

DOCUMENT INDIVIDUEL DE PRISE EN CHARGE (D.I.P.E.C)

Entre L'Association Dom'Services Plus, Service Autonomie à Domicile (S.A.D) dont le siège social est situé 32, Rue de Sept Fons 03290 DOMPIERRE SUR BESBRE.

Autorisée par le du Conseil Départemental de l'Allier, par arrêté départemental, en date du 4/11/2021,

Agréée par la DIRECCTE de l'Allier N°424 854 941 délivré, en date du 1er janvier 2022,

Ayant procédé à la déclaration NOVA N°424854941 pour ses activités de services à la personne,

N° SIREN : 42485494100020

N°FINESS : 03 078 4409

Représentée par Mme Carinne BOUCHY agissant en qualité de Directrice par délégation de pouvoirs.

D'une part, ci-après nommée « la structure » ;

Et

Madame, Monsieur, ou le représentant légal (**rayez la mention inutile**)

Nom, Prénom :

Domicile :

.....

.....

Téléphone :

Adresse mail :

D'autre part, ci-après nommé « le bénéficiaire »

Le bénéficiaire et la structure, ensemble « parties », sont convenues de ce qui suit :

PREAMBULE

Le présent document individuel de prise en charge est relatif à la fourniture de prestations d'aide et d'accompagnement et éventuellement, de prestations de confort, par la structure au domicile du bénéficiaire ou à partir de celui-ci. En cas d'accord, les parties paraphent tous deux chaque page du corpus et ses annexes et le signent en dernière page. En signant le corpus, le bénéficiaire reconnaît qu'un devis personnalisé relatif aux prestations d'aide et/ou de confort, lui a été remis par la structure.

En sus dudit DIPEC et du devis, le client atteste avoir reçu les autres documents nécessaires à l'exercice de ses droits à savoir :

- L'information et le formulaire de rétractation,
- L'information sur la possibilité de désigner une personne de confiance.
- Le livret d'accueil usager, qui comprend :
 - le règlement de fonctionnement de l'entité,
 - la Charte des droits et libertés de la personne accueillie.

Le contrat est conclu dans le respect des dispositions du code de la consommation. Conformément au point 3.4.3 du cahier des charges, opposable au SAD et issu du décret n°2023-608 du 13 juillet 2023, le gestionnaire satisfait à l'ensemble des obligations d'information préalable du consommateur sur les prestations de services à la personne telles que définies dans l'arrêté pris en application de L112-1 du code de la consommation. En particulier, le gestionnaire applique l'article 6 de l'arrêté du 17 mars 2015 relatif à l'information préalable du consommateur sur les prestations de-service à la personne. Le S.A.D a transmis au bénéficiaire consommateur **un devis** gratuit, établi en conformité aux dispositions de l'article 7 dudit arrêté et faisant mention du mode d'intervention de la structure.

Par ailleurs, la structure respecte le décret n°2022-734 du 28 avril 2022 sur la transparence financière pour les prestations qu'elle délivre du périmètre de l'autorisation :

- Prestations dans le cadre de prises en charge légales (APA, PCH, aide-ménagère départementale) ;

- Prestations auprès de personnes âgées dépendantes ou de personnes en situation de handicap (par exemple complément de plan d'aide, prestation CARSAT etc.)

Pour ces prestations du périmètre de l'autorisation, la structure applique l'article D311-0-4-1 du code de l'action sociale et des familles, codifiant ce décret sur la transparence financière, selon lequel : « *le prix ou le tarif horaire mentionné dans le document individuel de prise en charge et facturé par les services proposant de l'aide et de l'accompagnement à domicile relevant des 6° et 7° du I de l'article L312-1 intègre l'ensemble des frais inhérents à la prestation, à l'exception des éventuels frais annexes correspondant à des exigences particulières ayant fait l'objet d'une demande écrite du bénéficiaire, ou de frais kilométriques pour les prestations d'accompagnement.* »

- **Ne peuvent, en particulier, être facturés indépendamment du prix ou du tarif horaire des prestations :**
- **1° Les frais de gestion administrative ;**
- **2° Les coûts éventuels exposés par le service pour le remplacement d'un intervenant en cas d'absence de celui-ci, pour le maintien des intervenants habituels après une absence du bénéficiaire. Le temps de prestation mentionné dans le document individuel de prise en charge correspond au temps effectivement consacré au service auprès du bénéficiaire, à l'exclusion notamment du temps de trajet de l'intervenant. »**

Conformément à l'arrêté du 3 décembre 1987 relatif à l'information du consommateur sur les prix, la structure procède également à l'affichage du prix des prestations proposées dans ses locaux et sur son site internet le cas échéant.

Article 1 – Objet du DIPEC.

Le présent contrat a pour objet de définir les prestations délivrées par le Service Autonomie à Domicile (S.A.D) au bénéficiaire à son domicile ou à partir de ce dernier et d'en préciser leurs objectifs et modalités de réalisation. Il fixe les droits et obligations de chacune des parties.

Article 2 – Durée du DIPEC.

Conformément à l'article D311 IV du code de l'action sociale et des familles, le DIPEC est établi *pour la durée qu'il fixe à compter de sa date de conclusion*, à savoir :

Choisir l'une ou l'autres des deux options suivantes :

- Option n°1 – Le présent contrat est conclu pour une durée indéterminée.
- Option n°2 – Le présent contrat est conclu pour une durée déterminée du au
- Option n°3 : Le présent contrat est conclu pour une durée d'une année à compter de sa signature. Il est tacitement reconductible.

La structure avertit le client par écrit de la possibilité de ne pas reconduire le contrat au plus tôt trois mois et au plus tard un mois avant le terme du contrat.

Article 3 – Déroulement des prestations.

3.1. L'évaluation individuelle préalable

L'intervention prévue par le présent contrat fait l'objet d'une évaluation individuelle dans son lieu de vie (domicile ou établissement) préalable du bénéficiaire qui permet de déterminer avec lui ses besoins et attentes.

3.2. Le contenu de la prestation ou des prestations et l'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé.

Sont portées ci-après la nature des prestations retenues lors de l'évaluation des besoins ou des demandes propres à chaque bénéficiaire ; elles sont susceptibles de varier en fonction des besoins futurs du bénéficiaire :

-
-
-
-

Une fois l'évaluation préalable faite et le contenu des prestations arrêté au regard notamment du projet de service de la structure, un projet d'accompagnement personnalisé est élaboré par les professionnels intervenants avec la participation du bénéficiaire ou de son représentant légal le cas échéant.

3.3. Le rythme des interventions.

Les jours et horaires d'intervention sont définis par la structure avec le bénéficiaire. Ils ne peuvent être imposés unilatéralement au bénéficiaire.

Merci de préciser les tranches horaires

Il s'agit des interventions envisagées lors de la signature du présent contrat.

3

Jour	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matin 7H -12H							
Midi 12H -14H							
Après-midi 14H -18H							
Soirée 18H - 21H							
Nuit 21H – 6H							

3.3. 1 Le rythme des interventions modifié par la structure.

Conformément à l'article D311-X du code de l'action sociale et des familles, en cas d'absence des professionnels intervenants, la structure prévoit leur remplacement dans les conditions suivantes :

- En cas d'imprévu (absence de l'intervenante, congés...), ces interventions prévisionnelles pourront être modifiées. Le remplacement des intervenants est organisé par Dom'Services Plus, en priorité pour les actes essentiels et auprès des usagers fragiles.
- A l'exception des changements d'horaires et d'intervenante de moins d'une heure, l'utilisateur sera informé des éventuels changements (intervenante ; jours et horaires d'intervention) par le service, soit lors de la remise du planning mensuel, soit par téléphone ou encore par l'intervenante lors de la vérification des jours et horaires planifiés (modification portée directement sur le planning papier ou par mail de l'utilisateur).

Conformément à l'article D311-0-4-1 dudit code, pour les prestations du périmètre de l'autorisation (voir préambule), *les coûts éventuels exposés par le service pour le remplacement d'un intervenant en cas d'absence de celui-ci ne peuvent être facturés indépendamment du prix ou du tarif horaire des prestations.*

3.4. L'évaluation pour le suivi de l'accompagnement du bénéficiaire.

Une visite annuelle est fixée avec un professionnel de la structure intervenant au domicile du client afin d'apprécier sa situation et l'efficacité de la prestation apportée ou des prestations apportées.

Article 4 – Engagements des parties.

4.1. Engagements de la structure.

Dans le cadre du présent DIPEC, la structure s'engage en sus de ses obligations définies aux autres articles à :

- Répondre au mieux aux attentes et besoins du bénéficiaire ;
- Sauf secret professionnel partagé, assurer la confidentialité des informations transmises par le bénéficiaire dans le cadre de la constitution de son dossier en vertu de son droit relatif au secret des informations le concernant, garanti par l'article L1110-4 du code de la santé publique et par l'article 9 du code civil.
- Dans le cas où le client bénéficie de prestations de services à la personne qui ont fait l'objet de la déclaration NOVA par la structure, lui fournir avant le 31 mars de l'année N+1 l'attestation annuelle mentionnée à l'article D7233-4 du code du travail pour le bénéfice de l'avantage fiscal mentionné à l'article 199 sexdecies du code général des impôts, à savoir le crédit d'impôt.
- Enregistrer, étudier et répondre à ses éventuelles réclamations ;

4.2. Engagements du bénéficiaire.

Dans le cadre du présent DIPEC, le bénéficiaire s'engage en sus des obligations définies aux autres articles à :

- Remplir et à remettre à la structure les informations nécessaires à la constitution de son dossier ainsi qu'à la facturation des prestations,
- Valider les heures d'intervention selon les modalités remises par la structure (télégestion),
- Faciliter l'exécution du présent contrat notamment :
 - En respectant les dispositions du règlement de fonctionnement ;
 - En respectant les conditions essentielles à la bonne exécution de celui-ci, notamment les règles d'hygiène, de sécurité et de respect des intervenants ;
 - En garantissant l'accès à son domicile aux heures d'intervention.
- Respecter les jours, les horaires, et la durée des interventions programmées :
Sauf situation d'urgence, le client s'engage à informer la structure de l'annulation de prestations au moins **48h à l'avance**. A défaut d'information de l'annulation dans le délai de 48h, et sauf situation d'urgence, la prestation annulée sera considérée comme due et facturée au tarif en vigueur.
- Informer la structure, en cas d'insatisfaction concernant le déroulement de la prestation afin de trouver une solution satisfaisante pour les deux parties ;
- Ne donner aux intervenants de la structure aucune délégation de pouvoir sur ses avoirs, biens ou droits et n'effectuer aucune donation, aucun dépôt de fonds, de bijoux ou de valeurs. La structure ne pourrait en aucun cas être tenue responsable, si le client contrevenait à cette obligation.

Article 5 – Conditions financières.

Les conditions financières sont fixées conformément au devis n°..... du annexé au présent contrat (**annexe 1**). Une facture correspondant au nombre d'heures réalisées est envoyée mensuellement et indique les noms des intervenants. **Les factures sont payables à réception.**

Le client devra régler la facture par :

- Prélèvement automatique
- Chèque bancaire
- CESU préfinancé
- Espèce (étant précisé que ce moyen de paiement n'ouvre pas le droit à l'avantage fiscal prévu par l'article 199 sexdecies du code général des impôts).

Les tarifs des prestations sont susceptibles d'évoluer annuellement dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

Pour les services autorisés en vertu de L313-1-1 du code de l'action sociale et des familles et habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale :

- Les tarifs de la Structure évolueront en fonction des tarifs arrêtés par le Conseil Départemental.
- Pour les prestations hors prises en charge légales et le cas échéant, si la structure propose des prestations de services à la personne, cochez la case suivante :
- Pour les prestations de services à la personne ou les prestations hors prises en charge légales, les évolutions tarifaires seront fixées librement par la structure.

Un courrier d'information mentionnant le délai de prévenance avant la prise d'effet de la modification des prix sera adressé au client. Dans ce délai, le client pourra indiquer son refus de la modification qui entraînera la résiliation du DIPEC. L'absence de réponse dans ce délai vaudra acceptation du nouveau tarif horaire.

Article 6 – Modalités de révision DIPEC.

Comme énoncé en préambule, la modification d'une durable et non exceptionnelle du DIPEC entraîne nécessairement la signature par les parties d'un avenant. Celui-ci sera proposé à la personne accompagnée et assortie d'un délai de réflexion de 15 jours. L'absence de réponse dans ce délai vaudra refus de l'avenant.

Les évolutions des prix des prestations sont soumises à la procédure de l'article 5 du DIPEC.

Article 7 – Modalités de résiliation du DIPEC.

7.1. Clause de résiliation anticipée pour le bénéficiaire.

Le bénéficiaire peut mettre fin à son contrat à tout moment par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée à la structure, moyennant un préavis de **quinze jours/15 jours**, sans motif et sans pénalité financière.

7.2. Résiliation pour autres motifs.

L'une ou l'autre des parties peut mettre fin au contrat à tout moment par **lettre recommandée avec accusé de réception**, sans préavis et sans pénalité financière, en cas de la survenance d'un ou de plusieurs des motifs suivants :

- En cas d'augmentation du tarif d'une ou de plusieurs prestations par la seule volonté de la structure et ce, en cours de contrat.
- En cas de non-respect des règles d'hygiène et de sécurité : quelle que soit la durée du présent contrat, celui-ci pourra prendre fin à l'initiative de l'une ou l'autre des parties sans délai en cas d'une situation menaçant la sécurité des intervenants, du fait du client lui-même, ou de sa famille et son entourage.
- En cas de défaut de prise en charge financière par un tiers financeur éventuel : le bénéficiaire pourra mettre fin au contrat.
- En cas d'évolution de la situation du bénéficiaire rendant impossible la poursuite du contrat (placement, hospitalisation longue durée, déménagement etc.)
- En cas de non-respect du règlement de fonctionnement ou des conditions énoncées dans le document individuel de prise en charge. Le cas échéant, le gestionnaire de la structure peut mettre un terme à la prise en charge du bénéficiaire, après l'en avoir dûment informé. Cette décision intervenant en dernier recours en cas de répétition du comportement après mise en garde de son auteur.
- En cas de défaut de paiement du bénéficiaire que ce soit au titre d'un reste à charge légal ou extra-légal. La structure pourra suspendre la ou les prestation(s) après une relance envoyée au client par lettre recommandée avec accusé de réception mais non suivie d'effets de sa part, malgré un délai laissé de **30 jours** après réception de la lettre. Cette suspension durera jusqu'au règlement complet de la créance par le client.
Si toutefois, au bout d'un mois de suspension, le paiement n'est toujours pas effectué, la structure pourra initier la rupture.
- En cas d'initiative de la rupture du contrat par la structure, celle-ci s'engage à saisir préalablement les autorités administratives compétentes (ARS et Conseil Départemental) au moyen de la déclaration des dysfonctionnements graves et des événements indésirables survenus.

Article 8 – Données personnelles.

Le consentement de la personne accompagnée est recueilli quant à la collecte, la conservation et au traitement des informations le concernant recueillies à l'occasion de sa prise en charge par le formulaire en annexe 2 du présent DIPEC et dans le respect de ses droits mentionnés à l'article L311-3 du code de l'action sociale et des familles et du secret professionnel partagé et à partir d'un système d'information mentionné à l'article L312-9 du code de l'action sociale et des familles.

ARTICLE 9 : Mention relative au règlement général sur la protection des données (R.G.P.D).

Identité des responsables du traitement : Mesdames BOUCHY Carinne et LAMOTTE Magali.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à assurer la traçabilité des informations, leur instruction et leur archivage. Les destinataires des données sont ARCHE MC2 (éditeur de logiciels métier). Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 et le 25 mai 2018, dans toute l'Union Européenne, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à Dom'Services Plus 32, Rue de Sept Fons 03290 DOMPIERRE/BESBRE. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Article 10 – Recours au médiateur de la consommation.

En cas de litige avec notre structure, vous avez la possibilité de saisir gratuitement notre médiateur de la consommation aux coordonnées suivantes :

ANM CONSOMMATION :

02 Rue de Colmar
94300 Vincennes - France
+33 (0) 1 58 64 00 05 - contact@anmconso.com

6

Fait à

Le

En deux exemplaires

Signature du bénéficiaire ou son représentant légal

Signature et cachet de la structure
Représentée par Mme BOUCHY,
En qualité de Directrice par délégation de pouvoirs.



ANNEXE 2 - INFORMATION ET FORMULAIRE DE RETRACTATION

INFORMATIONS CONCERNANT L'EXERCICE DU DROIT DE RÉTRACTATION**Exercice du droit**

Vous avez le droit de vous rétracter du présent contrat sans donner de motif **dans un délai de quatorze jours**.

Le délai de rétractation expire quatorze jours après le jour de la conclusion du contrat.

Pour exercer le droit de rétractation, vous devez nous notifier à DOM SERVICES PLUS, située 32 Rue de Sept Fons 03290 DOMPIERRE/BESBRE, mail : contact@domservicesplus03.fr votre décision de rétractation du présent contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté (par exemple, lettre envoyée par la poste ou courrier électronique). Vous pouvez utiliser le modèle de formulaire de rétractation remis ci-après mais ce n'est pas obligatoire.

Pour que le délai de rétractation soit respecté, il suffit que vous transmettiez votre communication relative à l'exercice du droit de rétractation **avant l'expiration du délai de rétractation**.

Effets de rétractation

En cas de rétractation de votre part du présent contrat, nous vous rembourserons tous les paiements reçus de vous sans retard excessif et, en tout état de cause, au plus tard quatorze jours à compter du jour où nous sommes informés de votre décision de rétractation du présent contrat. Nous procéderons au remboursement en utilisant le même moyen de paiement que celui que vous aurez utilisé pour la transaction initiale, sauf si vous convenez expressément d'un moyen différent ; en tout état de cause, ce remboursement n'occasionnera pas de frais pour vous.

Toutefois, si vous avez demandé de commencer la prestation de services pendant le délai de rétractation, un montant proportionnel correspondant à ce qui a été effectué jusqu'au moment où vous nous avez informé de votre rétractation du présent contrat, par rapport à l'ensemble des prestations prévues par le contrat vous sera facturé et le cas échéant déduit de votre remboursement.

ANNULATION DE LA COMMANDE

Article L221-18 à L221-28 du code de la consommation sur le droit de rétractation

Si vous souhaitez annuler votre commande et faire valoir votre droit à rétractation, **vous pouvez utiliser le formulaire détachable ci-contre.**

Conditions d'annulation

Dans le respect des dispositions L221-18 à L221-28 du code de la consommation, merci de bien vouloir :

- **Remplir et signer le formulaire** ci-dessous,
- **Envoyer le formulaire par lettre recommandée avec accusé de réception** [vous pouvez également prévoir une rétractation par mail ou par lettre simple et dans ce cas, il convient de l'insérer] et l'expédier au plus tard le **quatorzième jour (14^{ème} jour) à partir du jour** de la commande ou, si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le premier jour ouvrable suivant.
- **Utiliser pour l'envoi l'adresse indiquée par la structure ;**

Partie à détacher et à retourner, par lettre recommandée avec accusé de réception ou par mail



MODÈLE DE FORMULAIRE DE RÉTRACTATION

Annexe à l'article R221-1 du code de la consommation

A l'attention de DOM'SERVICES PLUS, 32 Rue de Sept Fons 03290 DOMPIERRE SUR BESBRE/
domservicesplus03@orange.fr

Je/nous (identité du bénéficiaire à compléter)vous notifie/notifions (*) par la présente ma/notre (*) rétractation du contrat pour la prestation de services (*) ci-dessous :

Commandé le

Nom du (des) consommateur(s) :

Adresse du (des) consommateur(s) :

Signature du (des) consommateur(s) (uniquement en cas de notification du présent formulaire sur papier) :

Date :

(*) Rayez la mention inutile.

ANNEXE 3 - PERSONNE DE CONFIANCE

En application de l'article [L. 1111-6 du code de la santé publique](#).

La présente notification d'information à l'utilisateur comprend :

- Des explications concernant le rôle et les modalités de désignation de la personne de confiance mentionnée à l'article [L. 311-5-1](#) du code de l'action sociale et des familles.
- **Cinq sous-annexes :**
 - **Annexe 3-1** : rappel des principales missions de la personne de confiance mentionnée à l'article [L. 1111-6](#) du code de la santé publique.
 - **Annexe 3-2** : formulaire de désignation de la personne de confiance.
 - **Annexe 3-3** : formulaire de révocation de la personne de confiance.
 - **Annexe 3-4** : formulaires à destination des témoins en cas d'impossibilité physique d'écrire seul (e) le formulaire de désignation ou de révocation de la personne de confiance.
 - **Annexe 3-5** : un modèle d'attestation de délivrance de l'information sur la personne de confiance.

Le rôle et les modalités de désignation de la personne de confiance

La loi donne le droit à toute personne majeure prise en charge dans un établissement ou un service social ou médico-social¹ de désigner une personne de confiance qui, si elle le souhaite, l'accompagnera dans ses démarches et sans prise de décisions.

1. Quel est son rôle ?

La personne de confiance a plusieurs missions :

Accompagnement et présence.

La personne de confiance peut si vous le souhaitez :

- **Être présente** à l'entretien prévu, lors de la conclusion du contrat de séjour, pour rechercher votre consentement à être accueillie dans l'établissement d'hébergement (en présence du directeur de l'établissement ou toute autre personne formellement désignée par lui et, chaque fois que nécessaire, du médecin coordonnateur si la structure d'accueil est un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Elle sera la seule personne de votre entourage à avoir le droit d'être présente à cet entretien.
- Soutenir **vos démarches** liées à votre prise en charge sociale ou médico-sociale afin de vous aider dans vos décisions.
- Assister aux entretiens médicaux prévus dans le cadre de votre prise en charge médico-sociale afin de vous aider dans vos décisions.

Aide pour la compréhension de vos droits.

Votre personne de confiance **sera consultée** par l'établissement ou le service qui vous prend en charge au cas où vous rencontriez des difficultés dans la connaissance et la compréhension de vos droits.

¹ Etablissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article [L. 312-1](#) du code de l'action sociale et des familles, lorsqu'il prend en charge des personnes majeures.

Cette consultation n'a pas vocation à se substituer à vos décisions.

Par ailleurs, lors de la désignation de la personne de confiance du code de l'action sociale et des familles (dans le cadre de votre prise en charge sociale ou médico-sociale), si vous souhaitez que cette personne exerce également les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique (concernant les usagers du système de santé, par exemple, en cas d'hospitalisation, d'accompagnement de fin de vie...), **vous devez l'indiquer expressément dans le formulaire de désignation figurant en sous annexe 3.2**. Les missions de cette personne de confiance sont rappelées en sous-annexe 3.1.

10

La personne de confiance est tenue à un **devoir de confidentialité** par rapport aux informations qui vous concernent.

2. Qui peut la désigner ?

Cette faculté est ouverte à **toute personne majeure prise en charge** par une structure sociale ou médico-sociale.

C'est un droit qui vous est offert, mais ce **n'est pas une obligation** : vous êtes libre de ne pas désigner une personne de confiance.

Pour les personnes qui bénéficient d'une mesure de protection judiciaire (sauvegarde de justice lorsqu'un mandataire spécial a été désigné, tutelle, curatelle) pour les actes relatifs à la personne, **la désignation d'une personne de confiance est soumise à l'autorisation du conseil de famille s'il a été constitué ou du juge des tutelles**.

3. Qui peut être la personne de confiance ?

Vous pouvez désigner comme personne de confiance **toute personne majeure de votre entourage** en qui vous avez confiance, par exemple un membre de votre famille, un proche, votre médecin traitant.

Il est important **d'échanger avec la personne que vous souhaitez désigner** avant de remplir le formulaire de désignation et de lui faire part de vos souhaits par rapport à sa future mission. Il est important qu'elle ait la possibilité de prendre connaissance de son futur rôle auprès de vous et d'en mesurer de sa portée.

La personne que vous souhaitez désigner **doit donner son accord à cette désignation**. A cet effet, elle contresigne le formulaire de désignation figurant en sous annexe 3.2. Il convient de préciser que cette personne **peut refuser d'être votre personne de confiance** ; auquel cas, vous devrez en désigner une autre.

4. Quand la désigner ?

Vous pouvez la désigner **lorsque vous le souhaitez**.

Lors du début d'une prise en charge sociale ou médico-sociale, qu'elle soit effectuée par un service ou dans un établissement d'hébergement, il vous sera proposé, si vous n'aviez désigné personne auparavant, de désigner une personne de confiance.

Il est possible que vous ayez déjà désigné une personne de confiance pour votre santé (2), notamment au cours d'une hospitalisation, avant votre début de prise en charge sociale ou médico-sociale. Cette personne n'est pas automatiquement autorisée à être votre personne de confiance pour votre prise en charge sociale ou médico-sociale. Il vous sera donc nécessaire, si vous souhaitez que cette même personne soit également votre personne de confiance dans le cadre de votre prise en charge sociale et médico-sociale, de procéder à une nouvelle désignation.

La désignation de la personne de confiance du secteur social et médico-social **est valable sans limitation de durée**, sauf si vous l'avez nommée pour une autre durée plus limitée.

Si vous êtes demandeur d'asile, la notice d'information et le formulaire de désignation d'une personne de confiance vous ont été remis par l'Office français de l'immigration et de l'intégration lors de votre passage au guichet unique en même temps que la proposition d'hébergement en centre d'accueil pour demandeur d'asile ou, si cette proposition d'hébergement intervient postérieurement à votre passage au guichet unique, en même temps que la proposition d'une offre d'hébergement en centre d'accueil pour demandeur d'asile.

11

Si vous souhaitez désigner une personne de confiance, il convient dès votre arrivée que vous remettiez le formulaire de désignation au responsable du centre afin qu'il puisse engager sans délai la prise de contact avec la personne que vous aurez désignée.

5. Comment la désigner ?

La désignation se fait **par écrit**. Il est préférable d'utiliser le formulaire figurant en sous annexe 3.2, mais vous pouvez aussi le faire sur papier libre, daté et signé en précisant bien le nom, le prénom et les coordonnées de la personne de confiance.

La personne que vous désignez doit contresigner le formulaire ou, le cas échéant, le document.

Vous pouvez **changer de personne de confiance ou mettre fin à sa désignation à tout moment**. Dans ce cas, les modalités sont les mêmes que celles prévues pour la désignation (formulaire figurant en annexe 3).

Si vous rencontrez des difficultés pour écrire, vous pouvez demander à deux personnes d'attester par écrit, notamment au moyen du formulaire figurant en sous annexe 3.4, que cette désignation ou cette révocation est bien conforme à votre volonté.

6. Comment faire connaître ce document et le conserver ?

Il est important, lors d'une prise en charge, d'informer la structure et l'équipe de prise en charge que vous avez désigné une personne de confiance, afin qu'ils connaissent son nom et ses coordonnées, et d'en donner une copie.

Il est souhaitable d'en tenir vos proches informés.

Il peut être utile de conserver le document de désignation avec vous.

Annexe 3.1**Rappel des principales missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique**

Dans le cadre d'une prise en charge par le système de santé (par exemple, en cas d'hospitalisation), la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique peut exercer les missions suivantes.

12

Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté, elle a une mission d'accompagnement :

La personne de confiance peut si vous le souhaitez :

- Vous **soutenir dans votre cheminement personnel** et vous **aider dans vos décisions concernant votre santé** ;
- **Assister aux consultations ou aux entretiens médicaux** : elle vous assiste mais **ne vous remplace pas** ;
- **Prendre connaissance d'éléments de votre dossier médical en votre présence** : elle **n'aura pas accès à l'information en dehors de votre présence et ne devra pas divulguer des informations sans votre accord**.

Il est recommandé de lui remettre **vos directives anticipées si vous les avez rédigées** : ce sont vos volontés, exprimées par écrit, sur les traitements que vous souhaitez ou non, si un jour vous ne pouvez plus vous exprimer.

Si vous **ne pouvez plus exprimer votre volonté, elle a une mission de référent** auprès de l'équipe médicale :

La personne de confiance sera la personne **consultée en priorité** par l'équipe médicale lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements et recevra les informations nécessaires pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité.

Enfin, en l'absence de directives anticipées, le médecin a l'obligation de consulter votre personne de confiance dans le cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté afin de connaître vos souhaits relatifs à la fin de vie. A défaut de personne de confiance, un membre de votre famille ou un proche sera consulté.

Elle sera votre porte-parole pour **refléter de façon précise et fidèle vos souhaits et votre volonté**, par exemple sur la poursuite, la limitation ou l'arrêt de traitement.

Elle n'exprime pas ses propres souhaits mais rapporte les vôtres. Son témoignage l'emportera sur tout autre témoignage (membres de la famille, proches...).

Si vous avez rédigé vos directives anticipées, elle les transmettra au médecin qui vous suit si vous les lui avez confiées ou bien elle indiquera où vous les avez rangées ou qui les détient.

La personne de confiance peut faire le lien avec votre famille ou vos proches mais en cas d'une contestation, s'ils ne sont pas d'accord avec vos volontés, son témoignage l'emportera.

Elle n'aura **pas la responsabilité de prendre des décisions concernant vos traitements**, mais **témoignera de vos souhaits, volontés et convictions** : celle-ci appartient au médecin, sous réserve de vos directives anticipées, et la décision sera prise après avis d'un autre médecin et concertation avec l'équipe soignante.

Nota. – Dans le cas très particulier où une recherche biomédicale est envisagée dans les conditions prévues par la loi, si vous n'êtes pas en mesure de vous exprimer, l'autorisation de votre personne de confiance sera en revanche requise.

Annexe 3.2**Formulaire de désignation de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.**

Je soussigné(e), Nom et Prénom, né(e) le _____ à ... :

Désigne :

Nom et prénom :

Né (e) le _____ à _____ :

Qualité (lien avec la personne) :

Adresse :

Téléphone fixe professionnel portable :

E-mail :

Comme personne de confiance en application de l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

Fait à... _____, le...

Signature :

Cosignature de la personne de confiance :

Partie facultative

Par le présent document, j'indique également expressément que cette personne de confiance exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code : oui non

Je lui ai fait part de mes directives anticipées, telles que définies à l'article L. 1111-11 du code de la santé publique, si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : oui non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui non

Fait à... _____, le...

Signature :

Cosignature de la personne de confiance :

**Annexe 3.3****Formulaire de révocation de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles**

Je soussigné(e) :

Nom et prénom :

Né(e) le JJ/MM/AA à... :

Met fin à la désignation de :

Nom et prénom :

Né(e) le JJ/MM/AA à... :

Qualité (lien avec la personne) :

Adresse :

Téléphone fixe professionnel portable

E-mail :

Comme personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Que, par suite, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique.

Fait à ... le... :

Signature :

Annexe 3.4**Formulaires à destination des témoins en cas d'impossibilité physique d'écrire seul (e) le formulaire de désignation de la personne de confiance****Cas particulier**

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul (e) le formulaire de désignation de la personne de confiance, deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

15

1. Formulaire en cas de désignation d'une personne de confiance**Témoin 1**

Je soussigné(e)

Nom et prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que la désignation de :

Nom et prénom :

Comme personne de confiance en application de l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

Nom et prénom :

Fait à...

Le...

Signature du témoin :

Cosignature de la personne de confiance :

Partie facultative

Je soussigné (e)

Nom et prénom :

Atteste également que :

Nom et prénom :

 a également indiqué expressément qu'elle exercera les**Témoin 2**

Je soussigné(e)

Nom et prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que la désignation de :

Nom et prénom :

Comme personne de confiance en application de l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

Nom et prénom :

Fait à...

Le...

Signature du témoin :

Cosignature de la personne de confiance :

Partie facultative

Je soussigné (e)

Nom et prénom :

Atteste également que :

Nom et prénom :

 a également indiqué expressément qu'elle exercera les

<p>missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Fait à...</p> <p>Le...</p> <p>Signature du témoin :</p> <p>Cosignature de la personne de confiance :</p>	<p>missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Fait à...</p> <p>Le ...</p> <p>Signature du témoin :</p> <p>Cosignature de la personne de confiance :</p>
---	--

2. Formulaire en cas de révocation de la personne de confiance

<u>Témoin 1</u>	<u>Témoin 2</u>
Je soussigné(e)	Je soussigné(e)
Nom et prénom :	Nom et prénom :
Qualité (lien avec la personne) :	Qualité (lien avec la personne) :
Atteste que :	Atteste que :
Nom et prénom :	Nom et prénom :
A mis fin à la désignation de	A mis fin à la désignation de
Nom et prénom :	Nom et prénom :
Comme personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;	Comme personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;
Que, par suite, dans le cas où elle lui avait confié ces missions, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique.	Que, par suite, dans le cas où elle lui avait confié ces missions, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique.
Fait à...	Fait à...
Le...	Le...
Signature du témoin :	Signature du témoin :

**Annexe 3.5****Modèle d'attestation relative à l'information sur la personne de confiance**

Je soussigné (e)

Nom et prénom :

Fonctions dans le service :

Atteste avoir délivré l'information prévue à l'article 311-0-3 du code de l'action sociale et des familles relative au droit à désigner une personne de confiance et avoir remis la notice d'information mentionnée à cet article à :

Nom et prénom :

Né (e) le _____ à _____

Attestation signée à _____, le _____

Signature du directeur ou de son représentant :

Cosignature de la personne accompagnée :

ANNEXE 4 - INFORMATION ET CONSENTEMENT AU PARTAGE D'INFORMATIONS**Vos droits**

En tant qu'utilisateur de DOM'SERVICES PLUS vous avez droit au **respect de votre vie privée, et au secret des informations vous concernant**. Ce secret couvre **l'ensemble des informations venues à la connaissance d'un professionnel du service et de toute autre personne en relation**, par ses activités, avec le service.

18

Le partage d'information entre les professionnels de notre structure

Afin, de garantir un accompagnement de qualité, il est important que les informations vous concernant circulent correctement au sein du service et entre les différents professionnels participant à votre prise en charge.

Ainsi, un **professionnel peut échanger avec d'autres professionnels du service**, qui vous prennent également en charge, les **informations strictement nécessaires** à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social. Seules les informations correspondant au périmètre des missions de chaque professionnel pourront être transmises. Vous êtes en droit **d'exercer une opposition** à l'échange et au partage d'informations vous concernant. Ce droit peut être exercé à tout moment.

Le partage d'information avec des professionnels d'autres structures

La structure pourra, dans le cadre de votre accompagnement, être amenée à partager des informations vous concernant avec d'autres personnes, extérieures au service (infirmière du service de soins à domicile, aide-soignante, personnel de l'hôpital...). Seules les informations **strictement nécessaires** à votre prise en charge seront communiquées.

Ce partage d'information pourra avoir lieu, auprès :

- Des professionnels de santé du SSIAD.....
- Des professionnels de santé du CMP
- Des autres professionnels de santé ou médico-sociaux : à préciser :
- :.....
-

Afin de permettre ce partage d'informations, les professionnels utilisent :

- Le classeur de liaison,
- Le dossier informatisé : sécurisé par mot de passe en fonction des professionnels et de la nature des informations
- Une messagerie sécurisée,
- Des fiches de liaison.

Le recueil et le partage d'informations est effectué conformément aux dispositions du règlement général sur la protection des données (RGPD) ainsi qu'à celles de la loi du 6 janvier 1978 modifiée. Vous disposez d'un droit d'accès de modification, de rectification des données vous concernant en vous adressant auprès de Madame BOUCHY et/ou Mme LAMOTTE.

Je soussignée Madame/ Monsieur, apporte mon consentement au partage des informations me concernant auprès de professionnels extérieurs au service, dans les conditions définies ci-dessus.

Fait à :

Signature

Le :