



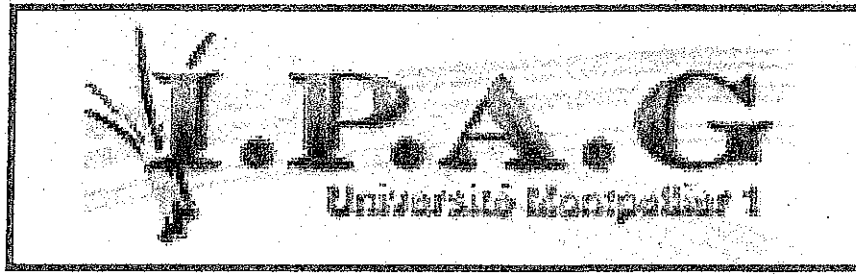
Sujets d'examens

UM1, IPAG, M2, 2013-2014, semestre 1

Les sujets sont fournis à titre indicatif et ne sauraient engager l'équipe pédagogique sur un type précis de sujet



8/25
EXAMEN
1er sem



1^{er} sem.

Culture Générale

Master 2

1^e trimestre 2013/2014

Sujet :

La personne de confiance

Personne de confiance

La **personne de confiance** est une notion de droit français de la santé¹. Elle a été créée initialement pour favoriser le consentement des personnes hors d'état de s'exprimer, suivant ainsi l'avis n° 58, 12 juin 1998 du CCNE, le Comité consultatif national d'éthique.

Ce rôle a été étendu dans la loi à deux missions :

- accompagner à sa demande le patient dans des démarches de santé, y compris les consultations médicales, dans le but de l'aider à mieux comprendre ce qui s'est passé lors de ces démarches ;
- transmettre les volontés du patient qui serait devenu hors d'état de s'exprimer (en raison de coma ou de démence par exemple) à l'équipe médicale.

En aucun cas, cette personne de confiance ne peut décider à la place du malade ou avoir accès aux informations le concernant (dossier).

- Qui peut désigner une personne de confiance ?

Toute personne, capable majeure, c'est-à-dire n'étant pas sous tutelle et ayant plus de 18 ans. Le mineur consultant un médecin sans que ses parents soit au courant peut désigner une personne de confiance.

- Quand désigner une personne de confiance ?

Les établissements hospitaliers ont l'obligation de favoriser la désignation d'une personne de confiance. En dehors de l'hospitalisation, n'importe quel individu peut désigner une personne de confiance, dans le domaine de la santé.

- Comment désigner une personne de confiance ?

Le plus simplement du monde, d'après la loi, il suffit de noter ses noms et coordonnées sur un papier libre. On peut regretter que l'accord de la personne pressentie ne soit pas obligatoire, quant à son information et à son accord.

- Qui peut être personne de confiance ?

La loi cite "*un proche, un parent ou un médecin*", sans mention d'âge ni de capacité mentale. On peut néanmoins penser qu'un lien étroit doit préexister entre le malade et la personne de confiance, puisqu'il s'agit de transmettre des opinions, des positions, des consignes, qui ne peuvent qu'avoir été discutées auparavant.

- Quelle est la durée du "mandat" de la personne de confiance ?

Le temps de l'hospitalisation dans le cadre de celle-ci. Sans limite dans le cadre privé. La désignation peut être annulée sans préavis, à n'importe quel moment.

De plus, il ne peut y avoir qu'une seule personne de confiance. La désignation d'une nouvelle personne de confiance annule de facto la précédente.

♦ Personne de confiance

Sommaire

1. Qu'est ce qu'une personne de confiance ?
2. Qui peut désigner une personne de confiance ?
3. Qui peut avoir la qualité de personne de confiance ?
4. Quelle est la mission de la personne de confiance ?

1. Qu'est ce qu'une personne de confiance ?

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a souhaité mettre en place une véritable démocratie sanitaire. Elle affirme les droits des personnes malades, et fait de l'information, du consentement du patient aux soins qui lui sont prodigués des principes fondamentaux. Elle fait de l'usager un acteur central du système de santé, et définit une nouvelle relation entre le médecin et son patient.

L'une des manifestations de cet esprit novateur est incontestablement la notion de « personne de confiance » désignée par le malade, consacrée par la loi et insérée dans le Code de la santé publique.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 a introduit dans le Code de la santé publique quatre articles mentionnant la personne de confiance. On relève que la notion de personne de confiance est originale : elle se distingue du mandataire mentionné à l'article 1984 du Code civil.

La disposition essentielle concernant la personne de confiance est la suivante :

Article L. 1111-6 :

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révoquée à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci ».

2. Qui peut désigner une personne de confiance ?

→ Toute personne majeure

L'article L. 1111-6 habilite « toute personne majeure » à désigner une personne de confiance. Il faut donc être majeur pour choisir une personne de confiance.

→ L'exclusion du mineur

Le mineur ne peut pas désigner une personne de confiance : cette interdiction résulte directement de l'article L. 1111-6.

→ S'agissant de la personne mise sous tutelle, le dernier alinéa de l'article L. 1111-6 n'autorise pas l'incapable à désigner une personne de confiance. Toutefois, si une personne de confiance avait été antérieurement désignée, le juge des tutelles peut décider de confirmer la mission de celle-ci, soit révoquer sa désignation.

On peut penser qu'en pratique, la mission de la personne de confiance sera poursuivie dans l'intérêt même du patient.

→ S'agissant de la personne mise sous curatelle ou sous sauvegarde de justice, elle peut certainement désigner une personne de confiance, car elle peut effectuer elle-même un certain nombre d'actes de la vie courante (articles 508 et 511 du Code civil).

→ S'agissant d'une personne ne bénéficiant d'aucun régime de protection, mais ne disposant pas de son entière lucidité, elle peut désigner une personne de confiance, tout comme elle peut consentir aux soins. Mais il appartient aux professionnels de santé particulièrement aux médecins de se montrer vigilants.

3. Qui peut avoir la qualité de personne de confiance ?

L'article L. 1111-6 précise que la personne de confiance peut être « **un parent, un proche ou le médecin traitant** ».

Le choix d'une personne de confiance peut s'avérer délicat pour le patient hospitalisé qui ne dispose ni de parents, ni de proches, ni d'amis alors qu'il souhaite désigner un tiers. Un agent hospitalier, un gérant de tutelles, une assistante sociale, un interprète peuvent-ils être proposés ? Une association d'usagers peut-elle autoriser certains de ses membres à se présenter comme tiers ?

Il est sûr qu'il y a une certaine contradiction entre les termes de confiance et de tiers : il n'y a pas de confiance sans connaissance préalable véritable. Désigner une personne de confiance sans véritablement la connaître ne paraît pas raisonnable.

La personne de confiance est unique. Le texte ne prévoit pas la possibilité de désigner plusieurs personnes de confiance.

L'article L. 1111-6 précise que la désignation est révoquée à tout moment. Elle est valable pour la durée de l'hospitalisation, sauf volonté contraire du patient.

4. Quelle est la mission de la personne de confiance ?

→ La mission de la personne de confiance dans le domaine des soins

En matière de diagnostic et de soins, la mission de la personne de confiance évolue en fonction de l'état de santé du patient :

✓ **Lorsque la personne malade dispose de toute sa lucidité**, la mission de la personne de confiance se trouve limitée : elle accompagne, assiste, mais ne se substitue pas à l'intéressé et ne s'exprime donc pas à sa place.

✓ **Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté**, la personne de confiance est aussi l'interlocuteur direct du médecin. L'article L. 1111-4 alinéa 4 dispose ainsi que le médecin consulte obligatoirement la personne de confiance, ou la famille, ou à défaut, un des proches du patient. Cette consultation est obligatoire avant toute intervention ou toute investigation. Le patient ne peut s'en dispenser qu'en cas d'urgence ou d'impossibilité.

→ La mission de la personne de confiance dans le domaine de la recherche biomédicale

La loi du 4 mars 2002 a modifié l'article L.1122-1 du code de la santé publique. Elle a inséré une disposition prévoyant qu'en cas de recherche biomédicales à mettre en oeuvre dans des situations d'urgence ne permettant pas de recueillir le consentement préalable de la personne, le Comité consultatif de protection des personnes dans la recherche biomédicale (CCPPRB) pourra solliciter le consentement des membres de sa famille, ou « à défaut l'avis de la personne de confiance ».

Encore une fois, la personne de confiance peut être saisie pour avis dans une situation d'urgence.

La personne de confiance

Bonne idée ou mesure inapplicable ?

Dr Christian TANNIER Neurologue, président du comité d'éthique du centre hospitalier de Carcassonne.

Nommer par anticipation, dans le cas où nous deviendrions incapables d'exprimer notre volonté, une personne de confiance susceptible de porter notre parole au sein d'une situation médicale complexe, paraît une bonne idée. Mais cette mesure, inscrite dans la loi, peine à trouver application. Quelles sont les difficultés rencontrées et les raisons de ce relatif échec ?

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, s'inscrivant dans le cadre d'une éthique de l'autonomie, consacre le droit à l'information et le nécessaire consentement du patient aux décisions concernant sa santé. Cette information s'adresse en règle à un patient capable de la comprendre et en état d'exercer sa volonté, donc d'accepter un acte de soin ou d'investigation, mais aussi de le refuser en connaissance de cause, sans que personne ne puisse s'y opposer. Mais, en pratique, comment procéder quand une personne, « prisonnière de sa maladie », est hors d'état d'exprimer sa volonté et de comprendre une information ¹ ?

C'est pour répondre à cette question que Bernard Kouchner a inclus dans la loi la possibilité de désigner un représentant du malade hors d'état d'exprimer un consentement, qu'il a proposé de nommer « personne de confiance ».

L'article L. 1111-6 définit la personne de confiance et son rôle : « Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au

cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révoquable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. »

La proposition semble simple : une personne, hors d'état d'exprimer sa volonté, a désigné préalablement une autre personne amenée à être consultée lors de la décision la concernant. Il s'agit de doter le patient de la possibilité d'exercer sa volonté, par-delà les aléas de la maladie ; dans sa fonction première, la personne de confiance a pour mission de porter la parole du patient. L'avantage, comme le souligne Suzanne Rameix ², est que la personne de confiance est dans la même temporalité que les soignants et le patient, contrairement aux directives anticipées qui ont souvent été rédigées longtemps avant la phase aiguë de la pathologie. Elle peut ainsi nouer un dialogue intersubjectif avec les soignants qui conduira à la décision thérapeutique. Mais comment distinguer une parole dite strictement au nom du patient que la personne est censée représenter, d'une pensée qui est en fait propre à la personne de confiance sur ce qu'aurait pu vouloir le patient ?

Première difficulté : désigner par anticipation une personne « de confiance »

La personne désignée peut être un parent, un proche ou le médecin traitant. Le terme « parent » désigne un membre de la famille que le patient choisit selon

¹. Rapport 3263 sur le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Assemblée nationale, introduction générale, 21 septembre 2001.

². S. Rameix, « Information et consentement des patients : du paternalisme à l'autonomie ? », *Actualités Jurisanté*, 2002, n° 37, p. 16.

des critères qui lui sont personnels. Par contre, comme le souligne le rapport du conseil national de l'Ordre des médecins, un « proche » est beaucoup plus difficile à définir : « Il suppose que les deux "parties" se connaissent bien, entretiennent une relation qui soit suffisamment approfondie pour que, en cas de besoin, la personne désignée soit en mesure de faire connaître les souhaits et opinions du patient. Il semble difficile de choisir son voisin de chambre d'hospitalisation. ³ » Pourtant, le « proche », c'est celui qui théoriquement connaît bien la personne, ses idées, ses valeurs, ses volontés. On trouve souvent ses proches au sein de sa famille, mais pas toujours. En fin de vie, des conflits peuvent même surgir entre les proches de la famille et la parole d'une personne de confiance choisie en dehors de ce cercle ⁴.

Quant au médecin traitant, son introduction a donné lieu à des débats animés à l'Assemblée nationale. Il a été désigné comme le partenaire « logique » du malade dans le parcours de soins, devenant souvent au fil de la maladie un « véritable ami ». Pourtant, le Conseil national de l'ordre est en retrait sur cette proposition : « Le rôle du médecin traitant est d'informer le patient sur son état, les traitements qu'il lui propose, éventuellement de le conseiller. Il ne peut en même

part pour penser qu'elle exprimera ces valeurs et notre nom, en faisant abstraction de ses propres sentiments ou opinions, lorsque l'état ou les contenus de notre conscience ne nous permettront plus de le faire. Faire confiance dans cette circonstance, c'est en quelque sorte risquer l'avenir de sa fin de vie, en pariant sur la loyauté de la personne à laquelle on fait confiance car, par définition, on ne sera plus en mesure de contrôler son action. Comme dans tout rapport de confiance, il s'agit de ne pas demander trop (la personne de confiance ne doit pas avoir à prendre de décisions de vie ou de mort pour autrui) et de se garder d'une confiance excessive en précisant bien les souhaits personnels dont la personne de confiance doit être le porteur. En ce sens, les directives anticipées guident la parole de la personne de confiance ; cette dernière actualise et rend vivants des écrits parfois formels ou déjà relativement anciens.

Deuxième difficulté : définir les missions de la personne de confiance

Ces missions et le rôle de la personne de confiance, qui pourraient être majeurs, varient selon le degré d'altération de conscience et de compétence du patient. Lorsque le patient garde une « certaine » autonomie et compétence (une maladie d'Alzheimer par exemple), ce rôle est essentiellement celui d'une aide à la décision ⁶ : la personne de confiance accompagne le patient dans les entretiens médicaux, reçoit avec lui l'information, aide à la compréhension, participe au consentement et finalement aux décisions. Le secret médical est partagé. Certes, ce pourrait être le rôle de tout parent ou ami, de façon informelle. Mais le législateur a voulu que ce rapport de confiance soit formalisé par écrit, si le patient le souhaite. Dans l'information en cas de diagnostic ou de pronostic grave, l'article 1110-4 place la personne de confiance après la famille ou les proches ou en tout cas sur le même plan, avec un rôle de recueil de l'information et d'assistance morale.

Si le patient a totalement perdu son autonomie et sa compétence, dans le cadre d'une démence profonde, ou lorsqu'il a perdu sa conscience du fait d'un coma ou d'un état végétatif, la personne de confiance pourrait avoir un rôle majeur dans l'expression de la volonté du malade, dans le consentement aux actes et dans les décisions de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives. L'article L. 1111-12 (loi du 22 avril 2005) stipule que l'avis de la personne de confiance prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exception des direc-

UN MEMBRE DE LA FAMILLE CHOISI DANS 96 % DES CAS

Dans une enquête récente sur les conditions de fin de vie en France ⁷, portant sur 4 891 questionnaires recueillis auprès de médecins ayant rempli fin 2009 un certificat de décès, il s'avère que 38 % des personnes avaient désigné une personne de confiance ; quasiment toutes (96 %) avaient choisi un membre de leur famille.

* S. Pennec, A. Monnier, S. Pontons, R. Aubry, « Les décisions médicales en fin de vie en France », *Population & Sociétés*, n° 494, novembre 2012.

temps être celui qui traduit le choix du patient. ⁵ » De plus, combien de généralistes sont encore suffisamment disponibles pour rendre visite régulièrement à leur patient à l'hôpital et accéder à la sphère de l'intime, au point d'être perçus comme des amis de confiance ?

En fin de compte, c'est la notion de confiance qui doit prévaloir. La relation de confiance est une alliance symbolique et éthique, non un contrat, encore moins une obligation intéressée. Il s'agit ici de désigner une personne vis-à-vis de laquelle on a un sentiment de sécurité et de sûreté suffisant, une foi en quelque sorte, d'une part pour lui confier ses souhaits et volontés en matière de fin de vie, de limitation des thérapeutiques ou de handicap inacceptable, d'autre

tives anticipées. Elle est consultée lorsque le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté (« en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable »), dans « les décisions d'investigations, d'intervention ou de traitement prises par le médecin », mais également lorsque le médecin envisage de « limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne » (art. L. 1111-13).

Dans ces circonstances, la personne de confiance est consultée sur les souhaits qu'aurait exprimés le patient, à défaut d'avoir rédigé des directives anticipées, et son avis doit être pris en compte dans la décision de limitation ou d'arrêt de traitement. Dans l'enquête précitée⁷, la personne de confiance était associée à ces décisions dans 15% des cas.

L'avis de la personne de confiance n'est pas décisionnel

Si la personne de confiance, lorsqu'elle a été désignée, doit être consultée par le médecin pour tout acte posant un problème décisionnel chez une personne hors d'état d'exprimer sa volonté, ce médecin n'est pas lié par son avis. La personne de confiance ne se substitue pas au patient, n'est pas son représentant légal, n'a pas de pouvoir de décision. Elle n'est pas chargée de consentir à la place du patient. Elle n'a pas accès au dossier médical. Le médecin conserve donc sa liberté d'appréciation ou de décision, même lorsque des avis contraires sont exprimés par la personne de confiance ou la famille. À l'inverse, le fait de se conformer à l'avis de la personne de confiance ne saurait écarter, sur le plan médico-légal, sa responsabilité. Cette prééminence de l'avis médical pose un problème éthique : on peut considérer que s'il est permis à chacun d'entre nous de refuser un acte ou une décision médicale, ce droit est trop personnel pour que son exercice puisse être transféré à autrui, même s'il s'agit de parents ou d'une personne de confiance, et qu'il est donc légitime que ces avis soient pris en compte dans la décision médicale, sans pourtant s'imposer à elle⁸. On peut aussi considérer que la personne de confiance ou la famille est dépositaire de la volonté du patient, surtout si celle-ci a été clairement exprimée, et que le médecin outrepasserait ses droits en y contrevenant en fonction de ses propres convictions. Ce problème ne peut être résolu que par l'écoute, la discussion et l'absence de précipitation, en dehors de l'urgence, qui pose d'ailleurs souvent moins de problème.

En tout cas, l'avis de la personne de confiance ne peut être considéré comme un contre-pouvoir annulant la responsabilité du médecin et son obligation de bienfaisance⁹. La position adoptée par Véronique Fournier et le centre d'éthique clinique de l'hôpital Cochin est intéressante : « Nous n'abandonons jamais la personne de confiance frontalement en lui disant : alors quelle décision aurait-il (elle) voulu

L'article L. 1111-12 (loi du 22 avril 2005) stipule que l'avis de la personne de confiance prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exception des directives anticipées.

que l'on prenne ? Nous préférons lui dire : parlez-nous d'elle ou de lui, dites-nous qui est-ce, quel genre d'homme, de femme, quelle a été son histoire... Il s'agit de demander à la personne de confiance de nous aider à restituer la personne malade en tant que personne à part entière, au-delà de son histoire médicale, pour la démedicaliser en quelque sorte, et la ré-humaniser [...] Il convient de prêter attention à ne pas lui faire porter un poids excessif en matière de responsabilité décisionnelle et à ne pas attendre de cette introduction qu'elle simplifie la vie des soignants et le processus de décision.¹⁰ »

Exprimer sa volonté lorsque la conscience s'en va...

La personne de confiance est une mesure théoriquement intéressante pour encore exprimer sa volonté lorsque la conscience s'en va... Est-elle un rouage essentiel d'une éthique de l'autonomie et de l'anticipation, permettant de confier à un proche ses valeurs et volontés qui survivront ainsi à la perte de conscience, et aideront à la prise des décisions, en particulier en fin de vie ? N'est-elle, comme l'expriment certains soignants, qu'un document inutile, un papier de plus dans le dossier, un travail supplémentaire qui prend du temps ?

3. I. Kahn-Bensaude, « Rapport du Cnom sur la personne de confiance », *Bulletin de l'Ordre des médecins*, n° 15, janvier-février 2011, p. 15.

4. Commission de réflexion sur la fin de vie en France, direction D. Sicard, 18 décembre 2012, p. 72.

5. I. Kahn-Bensaude, *op. cit.*

6. Ce pourrait être aussi le cas d'une personne parfaitement consciente et compétente, mais qui a besoin d'aide dans une situation difficile pour elle.

7. S. Pennec, A. Monnier, S. Pontone, R. Aubry, « Les décisions médicales en fin de vie en France », *Population & Sociétés*, n° 494, novembre 2012.

8. M. Penneau, « Décision médicale : la consultation de la personne de confiance », *Bulletin de l'Ordre des médecins*, mars 2008, p. 15.

9. J. Ricot, *Éthique du soin ultime*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010, p. 143.

10. V. Fournier, « L'expérience du centre d'éthique clinique » - La personne de confiance, quelle pratique ? Quelles perspectives ?, Journée de travail 25 octobre 2007, AP-HP, pp. 41-42.

Pour les tenants d'une éthique de l'autonomie, pour ceux qui veulent maîtriser leur destin alors même que leur conscience s'altère et transmettre leur volonté de ne pas subir d'acharnement thérapeutique, de ne pas être réanimé à tout prix, de ne pas vivre avec un handicap lourd, avec une altération des contenus ou de l'état de sa conscience, de ne pas être dépendants de leur entourage ou de la société, pour ceux-là, la nomination par écrit d'un proche qui portera ce message a un sens. Il en est de même pour leur position en termes de prélèvements d'organes ou de participation à un essai thérapeutique. Si l'euthanasie est un jour légalisée, la personne de confiance pourra jouer un rôle important dans la transmission de la position du patient, au même titre que les directives anticipées. Signalons que l'Association pour le droit de mourir dans la dignité joint, sur un même formulaire distribué à ses adhérents, le texte des

Les services de gériatrie sont beaucoup plus que les autres intéressés par la notion de personne de confiance.

directives anticipées et les noms et coordonnées d'une ou deux personnes de confiance, ce qui relève d'une logique certaine puisque les deux démarches sont très liées¹¹. Dans les situations extrêmes, la parole de cette personne de confiance dûment désignée et identifiée pourrait donc avoir une valeur importante dans les décisions médicales, surtout si elle actualise des directives anticipées concordantes.

En dehors d'une situation extrême, on pourrait envisager de réduire la mission de la personne de confiance à un simple rôle d'accompagnement et de vigilance, dans une situation de vulnérabilité et de dépendance. Bien des personnes s'en remettent à la bienveillance des équipes soignantes et de leurs proches lorsque leur autonomie psychique s'altère. La personne de confiance aurait alors seulement à répondre à la question : que pensent les proches de la situation ?, s'écartant ainsi d'une stricte application d'une éthique de l'autonomie.

Une application très problématique en pratique quotidienne

L'introduction dans la loi de cette notion de personne de confiance semble donc constituer une mesure intéressante et potentiellement utile, mais son application continue de poser problème. Plusieurs années

après la loi, la personne de confiance reste rarement désignée et son rôle reste mal assimilé.

En établissement de santé : lors de toute hospitalisation, le professionnel de santé doit obligatoirement proposer au malade (hors mesure de tutelle) de désigner par écrit une personne de confiance, en lui expliquant son rôle ; mais pour des raisons diverses sur lesquelles nous allons revenir, le personnel soignant reste réticent à cette démarche, et en pratique ce n'est jamais le médecin qui s'occupe de cette proposition. La désignation devient alors souvent une démarche administrative (une croix à inscrire dans le formulaire d'accueil), ce qui lui ôte toute signification.

Hors cadre hospitalier : une personne de confiance pourrait également être désignée à tout moment, en médecine de ville, notamment dans le cadre d'un réseau de santé ou de soins, mais qui le sait et le fait ? Les travaux de recherche sur la personne de confiance en médecine générale montrent que le dispositif est méconnu par une large majorité des médecins interrogés (54 à 84%) : « *Le sujet semble être, dans une certaine mesure, un impensé en médecine générale.* »¹²

Le rôle de la personne de confiance reste mal connu par le personnel hospitalier autant que par le public et les médecins de ville.

Dans le cadre de la journée organisée sur ce thème en 2007 par le centre d'éthique clinique de l'hôpital Cochin, un questionnaire a été envoyé à 1 000 hôpitaux¹³. Il n'y a eu que 116 réponses, soit 10%. Il est intéressant de noter que la désignation de la personne de confiance se fait dans 60% des cas lors de l'étape administrative de l'admission, peu médicalisée. L'utilité ne semble pas évidente aux yeux des établissements : sur une échelle de 1 à 10, elle ne recueille qu'un score très faible de 3. Toutefois, les services de gériatrie sont beaucoup plus que les autres intéressés par la notion de personne de confiance.

Quelles raisons à ce relatif échec ?

Les réticences à la désignation d'une personne de confiance viennent à la fois du personnel soignant, du patient et de la personne de confiance elle-même. Le personnel soignant, lorsqu'il a pris la peine d'y réfléchir, est effrayé par la complexité de la démarche. Il n'est pas simple, et même très déroutant, de poser à tout patient entrant à l'hôpital, y compris pour une affection relativement bénigne, la question de son éventuelle perte d'autonomie psychique, de

soulever le spectre peu probable d'une complication qui entraînerait un coma ou un état végétatif pendant l'hospitalisation. La démarche est plus facile dans les services de chirurgie, habitués à ce type de raisonnement, que dans les services de médecine (hors admission en EHPAD).

On peut également relever la complexité des modalités de représentation d'une personne malade non autonome (famille, représentant du conseil de famille, « personne à prévenir », tuteur, curateur, personne de confiance...), ce qui peut être perçu comme source de complications ou de confusion des rôles par le personnel soignant. La confusion entre personne de confiance et personne à prévenir (celle qui va amener les vêtements ou arroser les fleurs) est particulièrement fréquente. **ENCADRÉ**

Il n'est pas facile non plus pour le patient de répondre à la demande lorsqu'elle est faite, soit par refus d'anticipation d'une situation désagréable et souvent peu probable à court terme, soit par embarras de désignation (à qui faire confiance dans ce type de situation ? À qui peut-on demander de porter le poids de ce type d'avis qui porte parfois sur des décisions graves, comme celle du laisser mourir dans le cadre de la loi Leonetti ?).

Reste enfin le problème de la personne de confiance elle-même, de son accord et de la validité de son avis. La loi ne précise pas que l'accord de la personne de confiance à sa désignation doit être recherché. Celle-ci pourrait ne pas être au courant de cette désignation et dans la même enquête ci-dessus, 42% seulement des personnes qui ont désigné une personne de confiance ont l'intention de l'en informer ! Qui doit d'ailleurs l'informer de ce rôle ? Sera-t-elle bien au courant de ses missions et de sa responsabilité morale, même si, en fin de compte, il n'y a pas de responsabilité décisionnelle ni judiciaire ? Il ne s'agit pas, encore une fois, de donner une opinion personnelle sur la situation, mais d'exprimer les valeurs et les volontés d'un patient qui n'a plus sa conscience pour le faire ; la loi ne dit mot de la difficulté pour un proche de se faire le porte-parole d'une volonté en conscience et en science, ou sur d'éventuelles conditions d'habilitation de la personne de confiance (quelle est sa compétence à comprendre les informations médicales et à juger de la situation du malade ?).

Au total, faire de la désignation de la personne de confiance une formalité systématique et obligatoire pour le soignant à chaque admission hospita-

DES MISSIONS MÉCONNUES

DES SOIGNANTS

Combien de temps aussi faut-il pour expliquer, même avec un livret bien fait, le rôle exact de la personne de confiance ? Dans une enquête réalisée en Picardie*, 84% des soignants y consacrent moins de quinze minutes, dont 21% moins de cinq minutes.

Dans la même enquête, seuls 33% des soignants donnent des bonnes réponses concernant les missions de la personne de confiance, alors qu'ils étaient 75% à affirmer qu'ils savaient ce que cette notion désignait dans la loi du 4 mars 2002.

...ET DES PATIENTS

Cette patiente entre à l'hôpital et l'infirmière lui explique, ainsi qu'à son mari, le rôle de la personne de confiance, lui demandant finalement qui elle désigne. Son mari prend la parole pour dire qu'il assumait pleinement ce rôle, sans problèmes. Plusieurs minutes plus tard, alors que l'entretien se termine, la patiente reprend la parole : « Non, pas toi, tu es vieux et tu ne sauras pas. Ce sera notre fils. » Lequel n'est évidemment pas au courant...

* C. Manaoui, V. Crépeau, « La désignation de la personne de confiance, un dispositif encore méconnu », *Soins*, décembre 2009, n° 741, p. 19.

lière n'est probablement pas une bonne idée. Il s'agit d'une démarche beaucoup trop complexe et riche de multiples implications éthiques pour être réglée en cinq à quinze minutes : elle est d'ailleurs souvent inadaptée à la situation ponctuelle de l'hospitalisation. Il serait beaucoup plus logique que chacun soit

Faire de la désignation de la personne de confiance une formalité systématique et obligatoire pour le soignant n'est probablement pas une bonne idée.

informé de cette possibilité par les campagnes de sensibilisation et d'information sur les droits des patients et le contenu des lois de 2002 et 2005 ; ou, encore mieux, que chacun soit informé par son médecin traitant¹⁵, qui pourrait en outre insister sur l'importance éventuelle de cette réflexion, lorsqu'une maladie neuro-dégénérative débute, notamment une maladie d'Alzheimer. Comme pour les directives anticipées, cette démarche pourrait ainsi être anticipée, suscitée et accompagnée dans certaines circonstances pathologiques. ■

11. « Si je me trouve hors d'état d'exprimer ma volonté à la suite d'une affection incurable quelle qu'en soit la cause ou d'un accident grave entraînant une dégradation irréversible de mes facultés, je souhaite que ma personne de confiance soit consultée sur ma volonté de finir dignement ma vie ».

12. R. Daire, B. Colombier, S. Mouliàs, L. Teillet, « La personne de confiance en médecine générale », *Soins Gériatrie*, n° 98, novembre/décembre 2012, p. 30.

13. V. Fournier, « L'expérience du centre d'éthique clinique » -

La personne de confiance, quelle pratique ? Quelles perspectives ?, *op. cit.*

14. Mais nous avons vu que la plupart des médecins de ville ne connaissaient pas la notion de personne de confiance.

M2

DROIT DE LA SECURITE SOCIALE / GRH

PIERRE CHAUDAT

- (SEM) -

DUREE DE L'EPREUVE : 3 HEURES

A partir d'une argumentation développée et organisée, vous répondrez au cas pratique et à l'ensemble des questions :

I Vous avez 2 expatriés qui partent pour des missions différentes. Ces 2 expatriés désirent la Sécurité sociale française. Quel régime d'attribution de la Sécurité sociale française choisissez-vous ? Argumentez votre réponse.

Un expatrié qui part au Portugal pour une durée de 7 mois. Un expatrié qui part en Algérie pour une durée 2 ans

II Quelles sont les trois caractéristiques qui différencient un salarié d'un travailleur indépendant ?

III Après avoir défini les risques professionnels, comment est-il possible de les reconnaître ?

IV Comment pouvez – vous expliquer l'assiette de cotisation ?

V Le suicide peut-il être reconnu comme un risque professionnel ? Comment se présente la charge de la preuve ?

VI Pourquoi la GRH est-elle stratégique ?

VII Comment peut-on définir la rémunération ?

VIII Comment le contrôle des salariés est-il exercé dans les nouvelles organisations ?

**Une convention bilatérale existe entre la France et l'Algérie.
Aucun document autorisé**

PLS
EXAM.
1er SEM.

1. SEM.

2013/2014

EXAMEN

M2 SANTE

LUNDI 16 DECEMBRE 2013

9H – 12H salle 002

DROIT PUBLIC

M. Nicolas MARTY

SUJET :

Le rôle du Parlement sous la Vème République.

EXAM.
10/15/2014

M25

QCM droit hospitalier
1 trimestre 2013/2014

Sujet donné Dr. Bataille
et
après

1 sem.



6p.

QCM droit hospitalier
1 trimestre 2013/2014

| | |
|--|--|
| Statut juridique d'un Centre Hospitalier public | EPA <input type="checkbox"/> |
| | EPS <input type="checkbox"/> |
| | EPIC <input type="checkbox"/> |
| Le contentieux ordinaire d'un CH relève | droit privé <input type="checkbox"/> |
| | droit public <input type="checkbox"/> |
| | Autre <input type="checkbox"/> |
| L'organe décisionnel d'un CH est | Le conseil d'administration <input type="checkbox"/> |
| | Le conseil de surveillance <input type="checkbox"/> |
| | Le conseil de vie sociale <input type="checkbox"/> |
| Le maire est obligatoirement président du conseil décisionnel | oui <input type="checkbox"/> |
| | non <input type="checkbox"/> |
| Un médecin de l'établissement, en disponibilité, maire de la commune, peut être président du conseil | oui <input type="checkbox"/> |
| | non <input type="checkbox"/> |
| La Commission Médicale d'Établissement est un organe décisionnel | oui <input type="checkbox"/> |
| | non <input type="checkbox"/> |
| Le président de la CME est membre du conseil décisionnel | oui <input type="checkbox"/> |
| | non <input type="checkbox"/> |

QCM droit hospitalier
1 trimestre 2013/2014

| | |
|---|--|
| Le président de la CME est désigné parmi les praticiens hospitaliers par le directeur | oui <input type="checkbox"/> |
| | non <input type="checkbox"/> |
| Le directeur est nommé par | le directeur de l'ARS <input type="checkbox"/> |
| | par le président du conseil <input type="checkbox"/> |
| | par le ministre <input type="checkbox"/> |
| Le directoire est présidé par | le président du conseil <input type="checkbox"/> |
| | par le président de la CME <input type="checkbox"/> |
| | par le directeur <input type="checkbox"/> |
| La CME est consultée | avant chaque Conseil <input type="checkbox"/> |
| | après chaque Conseil <input type="checkbox"/> |
| Le comité technique d'établissement traite des carrières des médecins | oui <input type="checkbox"/> |
| | non <input type="checkbox"/> |
| Le comité technique d'établissement traite des carrières des personnels non médicaux | oui <input type="checkbox"/> |
| | non <input type="checkbox"/> |
| Les praticiens hospitaliers titulaires sont | Fonctionnaires <input type="checkbox"/> |
| | Agent publics sous statut <input type="checkbox"/> |
| | contractuels <input type="checkbox"/> |

QCM droit hospitalier
1 trimestre 2013/2014

Il y a?... Fonctions publiques

1 fonction publique

2 fonctions publiques

3 fonctions publiques

La caisse de retraite des Fonctionnaires hospitaliers est

la CNAV

la CNRACL

Autres

Pour pouvoir être titularisé dans la fonction publique il fait être

de nationalité française

ressortissant de l'Europe

ressortissant de la Communauté Europe

Pour être titulaire le stagiaire doit avoir

1 an d'ancienneté

1 an de présence

travailler 1640 heures

Titre I

L'agent titulaire est propriétaire

d'une qualification

d'un poste

d'un grade

Le salaire brut d'un fonctionnaire est dépendant

de sa qualification

de son poste

de son grade

QCM droit hospitalier
1 trimestre 2013/2014

Un Praticien hospitalier universitaire est

Fonctionnaires

Agent publics sous statut

contractuel

Un agent hospitalier en formation continue est

en disponibilité

en détachement

en activité

La date de la première réforme hospitalière est

1991

1996

1970

Avant la Réforme Hospitalière les hôpitaux publics relevaient

de l'État

du département

de la commune

La loi HPST a créé les

ARH

ARS

Le CLIN vise à lutter contre

la iatrogénie

les infections

QCM droit hospitalier
1 trimestre 2013/2014

Citer 3 des missions de l'hôpital

Citer 3 droits des fonctionnaires

Citer 3 obligations du fonctionnaire

Quel est le principe qui permet l'égalité d'accès a la Fonction Publique

Le comptable public est juge de l'opportuniste des marches publics

oui

non

Attention certaines questions peuvent amener des réponses multiples