

Dossier de préadmission

Post-cure « Re-source »



Centre Hospitalier Le Cateau-Cambrésis
28 Boulevard Paturle
59360 Le Cateau
TEL : 03.27.84.66.80

PRESENTATION DE LA STRUCTURE

NOTRE « SPECIFICITE » :

« *RETOURNER A LA SOURCE, RETROUVER MES RESSOURCES.* »

Les troubles de l'estime de soi sont fréquemment responsables du risque de rechute dans les problématiques addictives. L'unité de Soins de Suite et de Réadaptation « Re-Source » a donc pour objectif de développer l'estime de soi des personnes présentant une addiction. Nous accompagnons le patient dans une démarche de réflexion personnelle et d'introspection.



Nous vous proposons une prise en charge « intensive » en hospitalisation de post-cure, pour évaluer, faire progresser et développer votre estime de soi.

Pour ce faire, diverses thématiques sont abordées en groupe au cours du séjour de 4 semaines :

➤ *L'estime de soi*

Bilan de la situation personnelle à l'aide de questionnaires, point sur la situation familiale passée et actuelle, travail sur les fonctionnements actuels et leurs remises en question.

➤ *L'affirmation de soi*

Savoir dire non, faire une demande, accepter et faire une critique, engager une conversation, accepter un compliment.

➤ *Les émotions*

Comprendre les émotions et apprendre à les gérer.

➤ *Les éléments cognitifs*

Comprendre les fonctionnements des pensées et apprendre à y faire face.

➤ *La relaxation*

Pratiquer et apprendre à apaiser l'anxiété.

➤ *Activité physique (obligatoire) et balnéothérapie proposée*

Retrouver des sensations corporelles positives

En parallèle, un travail personnel est demandé au patient, à l'aide de support comme la lecture ou l'écriture.

L'EQUIPE

- Chef de pôle : Vincent VANDERPOTTE
- Chef de service
- Médecins addictologues
- Psychiatre
- Cadre de santé
- Psychologues
- Infirmiers
- Equipe de rééducation et de réadaptation :
 - ◆ Neuropsychologue
 - ◆ Professeur d'APA
- Aides-soignants
- Secrétaire médicale
- Assistance sociale
- Monitrice éducatrice



- ◆ Diététicienne
- ◆ Ergothérapeute

◆ Kinésithérapeute

DEMARCHE DE PREADMISSION

Après avoir dûment complété et renvoyé ce questionnaire de préadmission, un entretien téléphonique avec l'une des psychologues du service aura lieu le lundi matin. Nous vous demandons ainsi d'être disponible sur cette plage horaire (de 9h à 12h). A la suite de cela, un appel téléphonique viendra confirmer ou infirmer votre admission dans les jours suivants.

LIEU DE VIE

- Vous serez accueilli dans un petit groupe, soit en chambre double soit en chambre individuelle, en fonction des possibilités du service.
- Vous partagerez votre séjour avec les patients du Court Séjour d'Addictologie. Salle de vie, salon, salles de soins et d'activités sont en commun.
- Les chambres ne sont pas équipées de télévision mais vous en trouverez une à votre disposition dans la salle de vie et dans le salon.

REGLES

- Les visites sont autorisées uniquement dans votre chambre et/ou à la cafétéria du centre hospitalier. Elles ont lieu :
 - ◆ Le lundi, mardi, jeudi et vendredi : de 13h45 à 14h30 (sauf si consultation individuelle), et de 18h à 19h ;
 - ◆ Le mercredi : de 13h45 à 16h ;
 - ◆ Le week-end et jour férié : de 13h45 à 19h.
- Les patients ne doivent pas se rendre visite entre eux de chambre en chambre.
- Des permissions de sorties peuvent vous être accordées par l'un des médecins du service :
 - ◆ Le mercredi : de 13h45 à 16h
 - ◆ Les week-ends et jours fériés : soit de 9h à 19h, soit de 10h à 20h. Ces horaires peuvent être modulés en fonction des transports en commun. Cependant, la durée maximale de permission (10h) est respectée.
- Abstinance de tous produits exigée (éthylotest après les sorties).
- Le règlement intérieur est le trousseau vous sont fournis dans la partie « Annexes » de ce document.

INFORMATIONS PRATIQUES

PLAN



ITINERAIRE

 **EN VOITURE :**

De Lille, par l'A23 sortie 21a

De Valenciennes,

De Cambrai

Adresse GPS ?

 **EN TRAIN :**

De Lille,

De Valenciennes,

De Cambrai

 **EN BUS :**

De Valenciennes,

De Cambrai

De Caudry

De Bohain

De Landrecies

DANS LE CENTRE HOSPITALIER :

Se présenter aux admissions du Centre Hospitalier pour établir votre dossier, puis au premier étage du centre hospitalier dans le service d'Addictologie.

INFORMATIONS PERSONNELLES

IDENTITE

Nom usuel : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Numéro de téléphone pour l'entretien téléphonique :

____ / ____ / ____ / ____ / ____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Personne de confiance :

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro de téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Personne à prévenir :

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro de téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

SITUATION MATRIMONIALE ET FAMILIALE

Situation matrimoniale et familiale : _____

Si vous avez un conjoint, veuillez remplir les informations suivantes vis-à-vis de votre conjoint :

Âge : _____ Situation professionnelle : _____

Nombre d'enfant : _____ Combien à charge : _____

Autres personnes à charge : _____

Nom de vos enfants	Prénom de vos enfants

NIVEAU SCOLAIRE

Quelle est la dernière classe que vous ayez fréquentée ? _____

Avez-vous terminé cette classe ?

Oui

Non

Quel est votre niveau scolaire ?

Brevet des collèges

Bac+3 (Licence)

BEP / CAP

Bac+4 (Maîtrise)

Baccalauréat

Bac+5 (Master)

Bac+1

Bac+8 (Doctorat)

Bac+2 (DEUG)

Autre : _____

SITUATION PROFESSIONNELLE

Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?

Êtes-vous :

en arrêt de travail

en longue maladie

en invalidité

Si oui depuis le _____ / _____ / _____

Quelles sont vos ressources ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Salaire | <input type="checkbox"/> AAH |
| <input type="checkbox"/> Indemnités journalières | <input type="checkbox"/> Retraite |
| <input type="checkbox"/> ASSEDIC | <input type="checkbox"/> A la charge d'un tiers |
| <input type="checkbox"/> RSA | <input type="checkbox"/> Invalidité |

LOGEMENT

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Propriétaire | <input type="checkbox"/> Chez des amis | <input type="checkbox"/> Sans domicile fixe |
| <input type="checkbox"/> Locataire | <input type="checkbox"/> Dans la famille | <input type="checkbox"/> En foyer |
| | | <input type="checkbox"/> En hospitalisation |

Si vous avez coché la case sans domicile fixe, en foyer ou en hospitalisation, un engagement moral vous sera demandé. Ce dernier se trouve dans la partie « Annexes » de ce document.

PERMIS DE CONDUIRE

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Non concerné | <input type="checkbox"/> Valide | <input type="checkbox"/> Suspension | <input type="checkbox"/> Annulation |
|---------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|

DIFFICULTES AVEC LA JUSTICE

Suivi judiciaire en cours : _____

Nom du tribunal et référent concerné : _____

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

MESURE DE PROTECTION

Mesure de protection :

- | | | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tutelle | <input type="checkbox"/> Curatelle | <input type="checkbox"/> Sauvegarde
de justice | <input type="checkbox"/> Mesure
en cours | <input type="checkbox"/> Pas de
mesure |
|----------------------------------|------------------------------------|---|---|---|

Noms du tuteur ou curateur : _____

Téléphone : _____ / _____ / _____ / _____ / _____

Organisme : _____

COUVERTURE SOCIALE

Numéro de sécurité sociale :

_____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____

Caisse d'affiliation CPAM : _____

CMU :

Oui

Non

ENGAGEMENT DE PRISE EN CHARGE DE LA MUTUELLE

Nom de la mutuelle : _____

CMU complémentaire :

Oui

Non

Numéro de téléphone : _____ / _____ / _____ / _____ / _____

Numéro d'adhérent : _____

Date de validité : _____ / _____ / _____

RENSEIGNEZ-VOUS AUPRES DE VOTRE MUTUELLE POUR UNE PRISE EN CHARGE CONCERNANT :

Un séjour de quatre semaines au Centre de Soins de Suite et de Réadaptation :

Service « RE-SOURCE »
28 Boulevard Paturle
59360 Le Cateau
TEL : 03.27.84.66.80
FAX : 03.27.84.68.46

En information, il vous sera demandé **LA DISCIPLINE** du service et le numéro de **FINESS**.

DISCIPLINE : (demander à Aurore).

NUMERO DE FINESS : 590000436

Assurez-vous que votre mutuelle s'engage à prendre en charge **le forfait journalier hospitalier et le ticket modérateur**.

En cas de refus de prise en charge contacter le service au **03.27.84.66.80**.

PARTIE MEDICALE (A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT)

AUTONOMIE DU PATIENT

Ventilation : _____

Cutané : _____

Appareillage : _____

Capacité fonctionnelle : _____

Alimentation : _____

Communication : _____

Troubles de la conscience, de l'humeur, cognitifs, comportementaux :

ANTECEDENTS MEDICAUX & CHIRURGICAUX

IMC DU PATIENT

Poids : _____ Taille : _____

IMC = _____

BACTERIE MULTI RESISTANTE

Le patient est-il ou a-t-il été porteur d'une bactérie multi résistante ? Bactérie hautement résistante ou patient contact ?

Oui

Non

Si oui, précisez : _____

ALLERGIE(S) MEDICAMENTEUSE(S) OU AUTRES DU PATIENT

ALLERGIE & REGIME ALIMENTAIRE

Allergie(s) alimentaire du patient :

Intolérances du patient :

Régime alimentaire spécifique du patient :

VACCINS & EXAMENS

La couverture vaccinale est-elle à jour ?

Oui

Non

Examens complémentaires en cours ou prévus ou avis spécialisés ? (Merci de préciser lesquels et à quelle date)

BILAN SANGUIN STANDARDISE

➤ NFS plaquettes

➤ Glycémie à jeun

➤ CRP

➤ SGOT SGPT gamma GT

➤ Créatinine

➤ Ionogramme

➤ TP

➤ Sérologie HIV hépatite B ou C

TRAITEMENTS EN COURS

Précisez les posologies actuelles des traitements :

Nom	Dosage	Posologie actuelle

PARTIE PSYCHOLOGIQUE (A REMPLIR PAR LE PATIENT)

PRISES EN CHARGE EN ADDICTOLOGIE

Quels sont vos conduites addictives ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alcool | <input type="checkbox"/> Médicaments |
| <input type="checkbox"/> Tabac | <input type="checkbox"/> Troubles alimentaires |
| <input type="checkbox"/> Cannabis | <input type="checkbox"/> Jeux |
| <input type="checkbox"/> Benzodiazépines | <input type="checkbox"/> Ecrans |
| <input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____ | |

Quel nombre de cure (addictologie ou diététique) avez-vous suivi ? _____

Quel nombre de postcure avez-vous suivi ? _____

Si oui, à quel endroit ? _____

Êtes-vous suivi par un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ?

- Oui Non

Ou par un autre service d'addictologie ?

- Oui Non

Si oui, lequel ? _____

Depuis quand ? _____

PRISES EN CHARGE EN PSYCHIATRIE

Avez-vous déjà été hospitalisé en psychiatrie ?

- Oui Non

Si oui, à quel endroit et combien de fois ?

Êtes-vous suivi par un Centre Médico-Psychologique (CMP) ?

- Oui Non

Si oui, à quel endroit ? _____

PRISES EN CHARGE ACTUELLE

Avez-vous déjà été suivi par un psychologue par le passé ?

Oui

Non

Dans quel contexte ?

Quelles thématiques avez-vous abordées ? Quels objectifs avez-vous déjà travaillés ?

Ce suivi est-il toujours en cours ?

Oui

Non

Êtes-vous suivi par un psychologue actuellement ?

Oui

Non

Quelles sont les coordonnées du psychologue qui vous suit ?

Quel autre professionnel vous suit actuellement ?

Psychologue

Educateur

Psychiatre

Addictologue

Assistant social

Autre : _____

Quelles sont ses coordonnées ?

VOS OBJECTIFS ET ATTENTES

Lors de votre séjour, quels sont vos objectifs personnels ? Que voulez-vous changer ?

Qu'est-ce qui vous amène au changement ? Pour quelles raisons souhaitez-vous changer ?

PARTIE PSYCHOLOGIQUE (A REMPLIR PAR LE PROFESSIONNEL RESPONSABLE DE VOTRE SUIVI)

VOS OBJECTIFS ET ATTENTES

Quelles raisons vous amènent à nous orienter le patient ?

Selon vous, quels sont les objectifs prioritaires à atteindre ?

BILAN PSYCHOLOGIQUE

Les pages suivantes comprennent trois questionnaires permettant d'évaluer différentes thématiques.

Le temps de passation moyen est estimé entre 10 et 15 minutes.

Les résultats permettront de mieux vous connaître.

Une restitution verbale des résultats sera assurée lors de l'entretien téléphonique de préadmission.

Questionnaire sur les stades de motivation lors d'un traitement :
(Prochaska et DiClemente)

URICA

Voici un questionnaire portant sur la façon dont vous percevez les problèmes qui vous ont amenés à venir consulter. Lisez attentivement toutes les questions et répondez en encerclant le chiffre correspondant à votre situation. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Si vous avez des difficultés à comprendre n'hésitez pas à demander à la personne responsable de la passation du questionnaire.

Echelle de réponse :

1=Fortement en désaccord

2=Moyennement en désaccord

3=Neutre ou indécis

4=Moyennement en accord

5=Fortement en accord

1. D'après moi je n'ai aucun problème qui nécessite un changement	1	2	3	4	5
2. Je pense que je suis prêt à faire quelque chose pour m'améliorer	1	2	3	4	5
3. Je fais quelque chose au sujet des sujets qui me dérangent	1	2	3	4	5
4. Ça vaudrait la peine de travailler sur mon problème	1	2	3	4	5
5. Ce n'est pas moi qui ai un problème, ça n'a pas de sens pour moi d'être ici	1	2	3	4	5
6. Ça m'inquiète de savoir que le problème que j'avais réglé pourrait revenir, alors je viens ici pour chercher de l'aide	1	2	3	4	5
7. Je travaille enfin sur mes problèmes	1	2	3	4	5
8. J'ai pensé à changer quelque chose à propos de moi-même	1	2	3	4	5
9. J'ai réussi à travailler sur mon problème mais je ne suis pas certain de pouvoir continuer à mettre les efforts par moi-même	1	2	3	4	5
10. Parfois, mon problème est difficile mais je travaille dessus	1	2	3	4	5
11. C'est plutôt une perte de temps pour moi d'être ici car le problème n'a rien à voir avec moi	1	2	3	4	5
12. J'espère qu'ici on va m'aider à mieux me comprendre	1	2	3	4	5
13. Je suppose que j'ai des défauts mais il n'y a rien que j'ai vraiment besoin de changer	1	2	3	4	5

14. Je travaille vraiment fort pour changer	1	2	3	4	5
15. J'ai un problème et je pense vraiment que je devrais travailler dessus	1	2	3	4	5
16. Je n'ai pas persévéré aussi bien que je l'avais espéré dans les changements que j'ai fait, alors je suis ici pour éviter que mon problème revienne	1	2	3	4	5
17. Même si je ne réussis pas toujours à changer avec succès, au moins je travaille sur mon problème.	1	2	3	4	5
18. Je pensais qu'une fois que j'aurais réglé mon problème j'en serais débarrassé, mais parfois il m'arrive encore de me retrouver pris avec le même problème	1	2	3	4	5
19. J'aimerais avoir plus d'idées sur la façon de régler mon problème	1	2	3	4	5
20. J'ai commencé à travailler sur mes problèmes mais j'aimerais avoir de l'aide	1	2	3	4	5
21. Peut-être qu'ici on va pouvoir m'aider	1	2	3	4	5
22. J'aurais besoin d'un coup de main en ce moment pour m'aider à maintenir les changements que j'ai déjà fait.	1	2	3	4	5
23. J'ai peut-être une part de responsabilité dans le problème mais je ne le pense pas vraiment	1	2	3	4	5
24. J'espère que quelqu'un ici va pouvoir me donner de bons conseils	1	2	3	4	5
25. N'importe qui peut parler de changer, moi je le fais vraiment	1	2	3	4	5
26. C'est ennuyant ces discussions à propos de psychologie. Pourquoi les gens ne peuvent-ils pas juste oublier leurs problèmes	1	2	3	4	5
27. Je suis ici pour éviter que mon problème revienne	1	2	3	4	5
28. C'est frustrant, j'ai l'impression que mon problème pourrait revenir même si je croyais l'avoir réglé	1	2	3	4	5
29. J'ai des soucis comme tout le monde. Pourquoi perdre du temps à y penser ?	1	2	3	4	5
30. Je travaille activement sur mon problème	1	2	3	4	5
31. Je préférerais m'accommoder de mes défauts plutôt que d'essayer de les changer	1	2	3	4	5
32. Après tout ce que j'ai fait pour essayer de changer mon problème, ça revient encore m'obséder	1	2	3	4	5

ECHELLE D'EVALUATION DU SENTIMENT D'EFFICACITE PERSONNELLE

(Auteurs : SHERER et Coll. Traduction et adaptation : O. CHAMBON)

NOM :

PRENOM :

DATE :

Ce questionnaire consiste en une série d'affirmations que vous devez lire; puis, vous devez décider à quel point ces affirmations correspondent à l'image que vous vous faites de vous-même. Vous allez probablement être d'accord avec certaines affirmations et pas d'accord avec certaines autres affirmations. S'il vous plaît, veuillez indiquer vos propres sentiments à propos de chaque affirmation ci-dessous en entourant le degré d'accord qui décrit le mieux vos sentiments. S'il vous plaît, soyez attentif à vous décrire vous-même tel que vous êtes réellement et non pas tel que vous aimeriez être.

1 - Quand je fais des projets, je suis certain de pouvoir les mettre à exécution.

- Absolument pas d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'accord, ni pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

2 - Un de mes problèmes est que je ne peux pas me mettre au travail lorsqu'il faudrait.

- Absolument pas d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'accord, ni pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

3 - Si je n'arrive pas à faire quelque chose du premier coup, je continue d'essayer jusqu'à ce que j'y arrive.

- Absolument pas d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'accord, ni pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

4 - Il m'est difficile de me faire de nouveaux amis.

- Absolument pas d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'accord, ni pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

5 - Quand j'établis des objectifs qui sont importants pour moi, il est rare que je les atteigne.

- Absolument pas d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'accord, ni pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

6 - J'abandonne les choses avant de les avoir terminées.

- Absolument pas d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'accord, ni pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

7 - Si j'aperçois quelqu'un que j'aimerais rencontrer, je vais vers cette personne plutôt que d'attendre qu'elle vienne vers moi.

- Absolument pas d'accord
 Plutôt pas d'accord
 Ni d'accord, ni pas d'accord
 Plutôt d'accord
 Tout à fait d'accord

8 - J'évite de faire face aux difficultés.

- Absolument pas d'accord
 Plutôt pas d'accord
 Ni d'accord, ni pas d'accord
 Plutôt d'accord
 Tout à fait d'accord

9 - Si quelque chose a l'air trop compliqué, je ne prends même pas la peine d'essayer.

- Absolument pas d'accord
 Plutôt pas d'accord
 Ni d'accord, ni pas d'accord
 Plutôt d'accord
 Tout à fait d'accord

10 - Si je rencontre quelqu'un d'intéressant, mais avec qui il est très difficile de lier amitié, je vais vite arrêter tout effort de lier amitié avec cette personne.

- Absolument pas d'accord
 Plutôt pas d'accord
 Ni d'accord, ni pas d'accord
 Plutôt d'accord
 Tout à fait d'accord

11 - Quand j'ai quelque chose de désagréable à faire, je m'y colle jusqu'à ce que je l'ai complètement terminé.

- Absolument pas d'accord
 Plutôt pas d'accord
 Ni d'accord, ni pas d'accord
 Plutôt d'accord
 Tout à fait d'accord

12 - Quand je décide de faire quelque chose, je m'y consacre immédiatement.

- Absolument pas d'accord
 Plutôt pas d'accord
 Ni d'accord, ni pas d'accord
 Plutôt d'accord
 Tout à fait d'accord

13 - Quand j'essaie d'apprendre quelque chose de nouveau, j'abandonne très vite si je n'y arrive pas tout de suite.

- Absolument pas d'accord
 Plutôt pas d'accord
 Ni d'accord, ni pas d'accord
 Plutôt d'accord
 Tout à fait d'accord

14 - Quand j'essaie de devenir ami avec quelqu'un, mais qu'au départ cette personne ne semble pas intéressée par moi, j'abandonne très facilement.

- Absolument pas d'accord
 Plutôt pas d'accord
 Ni d'accord, ni pas d'accord
 Plutôt d'accord
 Tout à fait d'accord

15 - Quand des problèmes inattendus surviennent, j'arrive bien à y faire face.

- Absolument pas d'accord
 Plutôt pas d'accord
 Ni d'accord, ni pas d'accord
 Plutôt d'accord
 Tout à fait d'accord

16 - Je n'arrive pas à me comporter comme je le voudrais lors de réunions sociales (fêtes, repas, apéritifs etc.).

- Absolument pas d'accord
 Plutôt pas d'accord
 Ni d'accord, ni pas d'accord
 Plutôt d'accord
 Tout à fait d'accord

17 - J'ai confiance en moi.

- Absolument pas d'accord
 Plutôt pas d'accord
 Ni d'accord, ni pas d'accord
 Plutôt d'accord
 Tout à fait d'accord

18 - Mes amis actuels, je les ai parce que c'est moi qui au départ ait fait l'effort de lier amitié.

- Absolument pas d'accord
 Plutôt pas d'accord
 Ni d'accord, ni pas d'accord
 Plutôt d'accord
 Tout à fait d'accord

19 - J'abandonne facilement.

- Absolument pas d'accord
 Plutôt pas d'accord
 Ni d'accord, ni pas d'accord
 Plutôt d'accord
 Tout à fait d'accord

20 - Il me semble que je suis capable de faire face à la plupart des problèmes qui surviennent dans ma vie.

- Absolument pas d'accord
 Plutôt pas d'accord
 Ni d'accord, ni pas d'accord
 Plutôt d'accord
 Tout à fait d'accord

21 - Mes amis actuels, je les ai parce que j'ai des capacités à lier des amitiés.

- Absolument pas d'accord
 Plutôt pas d'accord
 Ni d'accord, ni pas d'accord
 Plutôt d'accord
 Tout à fait d'accord

EVALUEZ VOTRE ESTIME DE SOI. (Rosenberg)

	Tout a fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
1- dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.				
2- parfois je pense que je ne vauds rien.				
3- Je pense que j'ai un certain nombre de bonnes qualités.				
4- Je suis capable de faire les choses aussi bien que la plupart des gens.				
5- Je sens qu'il n'y a pas grand-chose en moi dont je puisse être fier.				
6- Parfois je me sens réellement inutile.				
7- Je pense que je suis quelqu'un de valable, au moins autant que les autres gens.				
8- j'aimerais pouvoir avoir plus de respect pour moi-même.				
9- Tout bien considéré, j'ai tendance à penser que je suis un raté.				
10- j'ai une opinion positive de moi-même.				

POUR NE RIEN OUBLIER ...

Vous devez nous renvoyer au plus vite :

- Le dossier de préadmission
- La photocopie de votre carte d'identité
- La photocopie de votre attestation de sécurité sociale (avec vos droits ouverts)
- La photocopie de votre carte mutuelle

A l'issue de l'entretien téléphonique, l'acceptation ou le refus d'admission dans le service « Re-Source » vous sera transmise par téléphone.

ANNEXES

REGLEMENT INTERIEUR A L'USAGE DES PATIENTS HOSPITALISES

Vous décidez d'entreprendre une démarche de soins, avec un projet de réflexion et d'introspection sur votre niveau d'estime de soi. A travers le contrat de soins, vous vous engagez à prendre connaissance et à respecter ce règlement intérieur tout au long de votre séjour.

Une équipe pluridisciplinaire est présente pour vous accompagner dans votre démarche de soins. Elle est coordonnée par le chef de pôle, le Dr VANDERPOTTE Vincent. Elle est composée de divers professionnels médicaux, paramédicaux et socio-éducatifs :

- Médecins addictologues et psychiatre ;
- Psychologues et neuropsychologue ;
- Masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute et diététicien ;
- Professeur d'activité physique adaptée ;
- Cadre de santé paramédical ;
- Assistantes sociales et moniteur-éducateur ;
- Infirmiers diplômés d'état et aides-soignants ;
- Secrétaire médicale.

VOTRE ADMISSION

Votre entrée en hospitalisation est programmée après accord du médecin et des psychologues. Vous avez été informé des conditions dans lesquelles va se dérouler votre séjour, ainsi que vos droits et vos devoirs qu'il convient de respecter. En intégrant le service de post-cure « estime de soi », vous consentez donc aux soins.

Votre hospitalisation est planifiée le lundi à **9h30**. Vous vous serez renseigné au préalable auprès de votre mutuelle (le cas échéant) sur la prise en charge vis-à-vis de votre séjour au sein du service.

A votre arrivée, il vous est demandé de remettre à l'équipe soignante vos médicaments, vos produits à base d'alcool, toutes substances psychoactives et tout objet potentiellement dangereux : ces derniers vous seront rendus à votre sortie. **Un inventaire de vos effets personnels est réalisé dès votre entrée dans le service. Il est également interdit de prendre tout autre traitement que celui prescrit au sein du service.**

Vous avez la possibilité de déposer vos objets de valeur, votre argent, votre carte bancaire, votre chéquier... à la régie de l'établissement : **nous déclinons toute responsabilité** quant aux pertes, disparitions et vols au sein des services d'hospitalisation.

Il vous est également possible de désigner **une personne de confiance et une personne à prévenir**, ainsi que d'exprimer **vos souhaits quant à la communication** de certaines informations vous concernant. Si vous êtes sous tutelle, vous ne pouvez pas désigner une personne de confiance.

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, rédiger des directives anticipées pour le cas où, en fin de vie, elle serait hors d'état d'exprimer sa volonté : la rédaction de ces directives vous est présentée lors de votre entrée en hospitalisation.

Un cliché photographique vous est proposé dans le cadre de votre prise en charge : il alimente votre dossier médical informatisé, et est exploité lors d'une activité thérapeutique.

LES CONDITIONS DE VOTRE SEJOUR

La durée de votre séjour est de **4 semaines**.

Nous vous proposons des activités collectives et des entretiens individuels. Votre participation y est obligatoire. Votre quotidien est rythmé par les ateliers thérapeutiques, de 9h30 à 12h et de 15h à 18h.

Une réunion de synthèse pluridisciplinaire a lieu le mardi après-midi : l'ensemble de l'équipe soignante se réunit afin d'évaluer l'atteinte de vos objectifs thérapeutiques.

En l'absence des médecins référents du service, l'équipe fait appel aux **praticiens urgentistes présents 24h sur 24, et 7 jours sur 7.**

Une permanence administrative est assurée 24h/24 pour les problèmes logistiques et organisationnels.

Vie en collectivité et horaires de vie

Les repas se prennent en salle à manger aux horaires suivants :

- Petit-déjeuner : du lever jusqu'à 8h15
- Déjeuner : 12h15
- Dîner : 19h

Votre lever doit s'effectuer **avant 7h45**. **Votre toilette et l'entretien de votre chambre** doivent être réalisés **avant 9h**. **Le coucher** est prévu à **23h30** : nous vous prions de respecter le sommeil des autres patients hospitalisés. Le « *coin fumeur* » est fermé de 23h30 à 5h.

Une tenue vestimentaire convenable est exigée : le port du pyjama, de la robe de chambre, de pantoufles, de jupes et de shorts courts... est interdit dans les couloirs, dans le salon et la salle à manger. Le port d'une tenue de nuit est exigé.

Vous avez la possibilité de vous rendre à **la cafétéria**, se situant au rez-de-chaussée du centre hospitalier, aux horaires suivants :

- Tous les jours : de 9h à 9h15 ;
- Le lundi, mardi, jeudi et vendredi : de 13h45 à 14h30 (sauf si consultation individuelle), et de 18h à 19h ;
- Le mercredi : de 13h45 à 16h ;
- Le week-end et jour férié : de 13h45 à 19h.

Cette possibilité est soumise à autorisation. Par conséquent, vous devez demander l'accord verbal d'un professionnel de santé avant de vous rendre à la cafétéria.

Les visites sont autorisées uniquement dans votre chambre et/ou à la cafétéria du centre hospitalier. Elles ont lieu :

- Le lundi, mardi, jeudi et vendredi : de 13h45 à 14h30 (sauf si consultation individuelle), et de 18h à 19h ;
- Le mercredi : de 13h45 à 16h ;
- Le week-end et jour férié : de 13h45 à 19h.

Les patients ne doivent pas se rendre visite entre eux de chambre en chambre.

Des permissions de sorties peuvent vous être accordées par l'un des médecins du service :

- Le mercredi : de 13h45 à 16h
- Les week-ends et jours fériés : soit de 9h à 19h, soit de 10h à 20h. Ces horaires peuvent être modulés en fonction des transports en commun. Cependant, la durée maximale de permission (10h) est respectée.
- A votre retour, un éthylotest et/ou une analyse d'urines, et un inventaire de vos effets personnels sont réalisées. En cas de refus, nous considérons la positivité de ces contrôles et/ou la présence de substances psychoactives : vous risquez donc l'exclusion du service.

Les services d'Addictologie ne fournissent pas le linge personnel : nous vous conseillons vivement de prendre connaissance du formulaire intitulé « *le trousseau* ».

Précisions diverses

- Nous ne donnons aucun renseignement par téléphone ;
- Le téléphone portable est toléré en dehors des repas et des activités thérapeutiques ;
- Les patients ne doivent pas prendre de photographies. Nous vous demandons également votre entière discrétion à propos des autres personnes soignées ;
- Il est interdit de fumer et d'utiliser la cigarette électronique au sein du service ;
- A tout moment, un inventaire de vos effets personnels peut être réalisé en votre présence, ainsi qu'un éthylotest et/ou une analyse d'urine.

VOTRE SORTIE

Les sorties se font à 9h. Lors de votre sortie, vous êtes invité à compléter **un questionnaire de satisfaction**, et à le déposer dans la boîte à lettre à cet effet.

Un compte-rendu d'hospitalisation pour vous et pour votre médecin traitant vous est remis par un membre de l'équipe, le matin de votre sortie. Un suivi post-hospitalisation vous est alors proposé.

Avant votre sortie définitive, nous vous demandons de vous présenter au bureau des admissions ou à l'accueil des urgences, afin que vous puissiez obtenir **un bulletin de situation**.

Exclusion du service

Votre exclusion du service peut être prononcée, après discussion en équipe en cas de :

- Consommation et/ou possession d'alcool, de drogues illicites ou de médicaments non prescrits pendant la durée de votre séjour ;
- Possession d'armes ou d'objets dangereux ;
- Non-respect du personnel et/ou d'un autre patient ;
- Toute forme de violence verbale ou physique envers un soignant ou un soigné : cette agressivité peut faire l'objet d'une plainte ;
- Dégradation des locaux ou du matériel ;
- Comportement non adapté à la thérapie (relations amoureuses, discrimination, refus de participer aux activités thérapeutiques...)
- Sorties non autorisée ;
- Refus d'accepter un inventaire de vos effets personnels, un éthylotest ou une analyse d'urines considérant alors que celle-ci est positive.

CONSULTATION DU DOSSIER ADMINISTRATIF ET MEDICAL

Le dossier patient est informatisé au sein des services d'Addictologie. Ce document est le lieu de recueil et de conservation des informations médicales, paramédicales et socio-éducatives, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli. C'est un outil de partage et primordial de la qualité des soins.

L'accès aux informations relatives à la santé d'une personne peut être demandé par la personne concernée, son ayant droit en cas de décès de cette personne, le tuteur ou, le cas échéant, par le médecin qu'une de ces personnes a désigné comme intermédiaire. La demande doit être adressée au directeur de l'établissement. Les frais de photocopie et d'envoi sont à la charge du demandeur.

Vous avez le droit de vous opposer, pour des raisons légitimes, au recueil et au traitement des données nominatives vous concernant. Ces données sont transmises au Médecin responsable de l'information médicale dans l'établissement et sont protégées par le secret médical.

RECLAMATION ET CONCILIATION

Le questionnaire de sortie, qui vous est transmis pour l'équipe paramédicale, est un document interne permettant de recueillir vos demandes et vos remarques diverses.

En cas de contestation ou de réclamation, le patient ou sa famille ou la personne de confiance a la possibilité de saisir la Commission des Usagers (CDU), en envoyant un courrier à :

Mr le Directeur
Centre Hospitalier
28 boulevard Paturle
59360 Le Cateau Cambrésis

LE TROUSSEAU

Vous allez prochainement être hospitalisé dans notre service de post-cure. Pour ce faire, nous vous conseillons de vous munir de la liste ci-dessous. Nous vous précisons que le service de soins ne dispose pas de machine à laver, nous vous invitons donc à prendre suffisamment de linge pour toute la durée de votre séjour.

➤ Documents :

- ◆ Carte vitale et carte de mutuelle / attestation de Couverture Maladie Universelle (CMU) ;
- ◆ Liste des médicaments que vous prenez à domicile (Si possible, une ordonnance de votre médecin traitant).

➤ Papèterie :

- ◆ Bloc-notes ;
- ◆ Stylos, surligneurs ;
- ◆ Une pochette pour ranger vos documents.

➤ Nécessaire de toilette comportant :

- ◆ Des serviettes et des gants de toilette ;
- ◆ Savon et/ou gel douche, déodorant ;
- ◆ Brosse à dents et dentifrice ;
- ◆ Brosse à cheveux et shampoing ;
- ◆ Rasoirs et mousse à raser ...

➤ Vêtements et chaussures:

- ◆ Sous-vêtements, chaussettes ;
- ◆ Tenue de nuit et paire de pantoufles ;
- ◆ Pulls, t-shirts, pantalons...
- ◆ Une paire de chaussures de ville, dans laquelle vous êtes à l'aise ;
- ◆ Une tenue de sport complète (baskets, survêtement, t-shirt) ;
- ◆ Un maillot, un bonnet et une serviette de bain.

➤ Une montre ou un réveil

➤ Prévoir suffisamment de tabac pour les fumeurs

➤ Une photo de vous récente ou non (obligatoire), Un album photos avec des photos de famille ou des photos souvenirs si possible

Nous vous conseillons de ne pas apporter d'objets de valeur et/ou une somme d'argent importante : vous pouvez toutefois les déposer le jour de votre admission à la Régie de l'établissement. Un reçu portant inventaire de vos effets personnels déposés vous sera remis.

Si vous avez coché les cases : en foyer, sans domicile fixe ou en hospitalisation, dans la partie « Informations administratives », veuillez faire remplir ce document par l'établissement ou par un proche qui vous accueille actuellement.

ENGAGEMENT MORAL

Je, soussigné Mme, M. _____, représentant de l'établissement _____, demeurant au / dont l'adresse de l'établissement est :

m'engage à reprendre chez moi ou au sein de mon établissement :

Mme, M. _____

à sa sortie, en cas de difficultés au cours du séjour ou en cas de rupture de contrat avec le centre :

Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie « Re-Source »
Centre Hospitalier Le Cateau-Cambrésis
28 Boulevard Paturle
59360 Le Cateau

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

(Signature)
(Cachet dans le cas d'un établissement)