

Tél : 05 46 39 26 69

Fax : 05 46 39 90 11

Mail : [contact.alp@ramsaysante.fr](mailto:contact.alp@ramsaysante.fr)

## CONDITIONS D'ADMISSION

1. Réaliser **IMPERATIVEMENT** un sevrage de **7 jours minimum, de tout produit.**
  - L'équipe soignante sera dans l'obligation d'annuler votre entrée si cette condition n'est pas respectée.
2. Prendre connaissance du « **Contrat de soins** » et « **Informations pratiques** ».
3. Constituer un dossier d'admission et l'adresser au Centre Alpha (courrier, mail, fax).
4. Aucun dossier incomplet ne passera en Commission Médicale.
5. Le Centre Alpha ne prescrit pas de Bon de Transport Aller/Retour.

## CONSTITUTION DU DOSSIER D'ADMISSION

1. La **Demande d'Admission** (4 pages) est complétée et signée par vous-même.

### Documents à nous remettre :

- Lettre de motivation **manuscrite**, écrite par vous-même,
- Photocopie de l'attestation sécurité sociale ou C2S, **à jour des droits**,
- Photocopie recto-verso de la carte mutuelle, **à jour des droits**,
- Photocopie recto-verso d'une pièce d'identité (CNI, passeport),
- Formulaire Désignation de la personne de confiance, **signé par les 2 parties**,
- Si vous êtes hébergé : attestation d'hébergement à la sortie d'hospitalisation

2. Les **Renseignements Médicaux** (4 pages) sont complétés (date, signature et cachet) par votre médecin.

### Documents à nous remettre :

- Ordonnance **récente** de vos traitements en cours,
- Compte-rendu d'hospitalisation des 12 derniers mois,
- Résultats de bilan sanguin, de moins d'un mois, comprenant :
  - NFS / glycémie à jeun / Créatinine + clairance de la créatinine**
  - Potassium / sodium / transaminases / gamma GT / TSH**
  - Sérologie hépatite B et C / VIH**

Dès que votre dossier d'admission sera complet, il passera en commission médicale, qui donnera un avis pour une éventuelle entrée. Toute demande de réadmission fera l'objet d'une concertation en équipe pluridisciplinaire. Nous demandons **OBLIGATOIREMENT** 6 mois minimum après votre dernière hospitalisation au Centre Alpha.

Nos secrétaires se tiennent à votre disposition pour tous renseignements complémentaires aux heures d'ouverture : **du lundi au vendredi, de 9h à 12h et de 14h à 16h.**

## CONTRAT DE SOINS

Pour le bon déroulement de votre séjour, ainsi que celui des autres patients, nous avons élaboré ce contrat de soins qui vous engage durant **6 semaines d'hospitalisation**, et ce sans interruption, ni départ prématuré.

### **I. VIE EN COLLECTIVITE**

#### **a. Organisation de votre journée**

- Participer à l'ensemble des ateliers lorsqu'ils sont obligatoires,
- Honorer tous les rendez-vous programmés avec les professionnels de santé,
- Respecter les horaires : traitements / repas / ateliers / consultations,
  - Tous les repas se prennent au centre : **petit déjeuner 8h, déjeuner 12h, dîner 19h.**
  - Excepté le dimanche midi, à partir de la 3<sup>ème</sup> semaine, sur inscription.
- Respecter les horaires de sortie autorisées et leurs consignations dans le registre des sorties :
  - **Semaine 1, 2, 3, 4 :** 6h30 – 7h30, puis de la fin des ateliers de l'après-midi jusqu'à **18h**.
  - **Semaine 5 et 6 :** En dehors des ateliers et consultations, jusqu'à **18h**.

#### **b. Règles de l'établissement et Respect de tous**

- Respecter la tranquillité de tous, toute la journée et particulièrement entre 22h30 et 7h,
- L'apport de denrées alimentaires périssables est interdit, en chambre également,
- Votre téléphone doit être en silencieux durant les ateliers, les repas ET en chambre double,
- Etre respectueux des autres en ayant une hygiène correcte et porter une tenue adaptée,
- 1 seule zone « **fumeurs** » à votre disposition = le préau entre Hirondelle et Pervenche :
  - Le reste de l'établissement est **NON-FUMEUR**,
  - Seule la vape est autorisée dans le parc,
  - **Il est strictement interdit de fumer et/ou vapoter en chambre.**
- Jeter les déchets et détritus dans les poubelles et les mégots dans les cendriers,
- Vos clés de voiture doivent être déposées au secrétariat et seront rendues le jour du départ,
- L'accès aux chambres est réservé uniquement à leur(s) occupant(s) et aux professionnels,
- La confidentialité est primordiale, la prise de photo est soumise à autorisation,
- Ne pas communiquer votre nom de famille et numéro de téléphone aux autres patients,
  - Le vouvoiement est obligatoire avec les professionnels,
  - Les comportements et activités à risque sont interdits (vélo, trottinette, jet-ski, casino ...).

### **II. SITUATIONS ENTRAINANT UNE RUPTURE DU CONTRAT DE SOINS**

#### **a. Consommation / détention, sous toutes formes et en tous lieux de produits psychoactifs**

- **Licités** : Alcool, produits alcoolisés, bières sans alcool, médicaments, poppers, CBD, etc.
- **Illicités** : Cannabis, cocaïne, opiacés, etc.

**TOUS CES PRODUITS SONT A REMETTRE A L'INFIRMERIE LE JOUR DE L'ENTREE**

Tél : 05 46 39 26 69

Fax : 05 46 39 90 11

Mail : [contact.alp@ramsaysante.fr](mailto:contact.alp@ramsaysante.fr)

**b. Trouble du comportement**

- Acte de violence physique ou verbale,
- Agressivité,
- Délinquance,
- Dégradation,
- Harcèlement,
- Humiliation,
- Racisme,
- Sexisme.

**c. Refus de se soumettre à un test de dépistage**

Tout refus est considéré comme consommation.

Tout manquement aux règles du contrat de soins et de vie en collectivité, autres que celles listées ci-dessus, vous sera rappelé par les membres de l'équipe pluridisciplinaire du Centre ALPHA. En l'absence de modification de votre comportement, l'équipe pourra vous signifier la rupture de votre contrat de soins entraînant votre départ du Centre ALPHA.

Par la présente, vous vous engagez à respecter le contrat de soins et de vie en collectivité.

Nom, Prénom et Signature

L'équipe du Centre ALPHA

## INFORMATIONS PRATIQUES

### Horaires d'administration des médicaments (à l'infirmérie) :

**Matin / Midi / Soir / Nuit** : selon horaires affichés

### Horaires des repas : **Tous les repas se prennent au centre.**

Les repas sont pris en commun en salle à manger, les patients de 3<sup>ème</sup> semaine s'occupent du service.

- **Petit déjeuner** : 8h
- **Déjeuner** : 12h
- **Diner** : 19h

Visites : Il est demandé de signaler toute visite auprès de l'équipe.

### Horaires des sorties : **Nous n'autorisons aucune sortie exceptionnelle.**

Les sorties sont autorisées à partir du lundi suivant votre arrivée. Elles **doivent être consignées dans le cahier des registres**, disponible à l'accueil. Nous vous conseillons, lors de vos premières sorties, de vous entourer d'autres patients. Les sorties doivent se faire aux alentours du Centre Alpha, **sans voiture**.

- **La semaine** : de 6h30 à 7h30, puis de la fin des ateliers de l'après-midi, jusqu'à 18h
- **Le week-end** : de 8h30 à 11h30 et de 13h30 à 18h

### Règlement intérieur :

- Votre chambre doit rester ordonnée, le sol dégagé et le lit fait pour 9h ;
- Tout problème matériel (ampoule, armoire, WC/lavabo bouchés ...) doit être noté sur le cahier des « **signalements des réparations** », situé en bibliothèque ;
- Dans une démarche de développement durable, nos machines à café ne délivrent pas de gobelet, vous avez la possibilité d'en acheter à l'accueil pour 1€ ou de venir avec votre propre tasse ;
- Un lave-linge (4€) et sèche-linge (4€) à jetons sont à votre disposition dans la buanderie :
  - Jetons disponibles à l'accueil,
  - Cahier d'horaires pour vous organiser entre patients,
  - Etendoirs et fil à linge à disposition, il est interdit d'étendre aux fenêtres,
  - Manipulez le matériel avec précaution,

Le secrétariat est ouvert du **lundi au vendredi, de 8h30 à 9h30 et de 10h30 à 11h30** ;

La Direction **décline toute responsabilité en cas de disparition d'objet de valeur** qui ne lui aurait pas été confié. Un coffre est à votre disposition auprès de la Direction.

# DOSSIER D'ADMISSION

**DEMANDE D'ADMISSION**

Page 1/4

**À COMPLÉTER PAR LE PATIENT ET À JOINDRE AUX  
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX****RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**M<sup>me</sup> M<sup>elle</sup> M. Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Nom de naissance : ..... Né(e) le : .....

À ..... Nationalité : .....

Adresse : .....

CP ..... Ville .....

Tél : ..... Portable : .....

Adresse e-mail : ..... @ .....

**MÉDECIN TRAITANT (RÉFÉRENT)****NOM – Prénom :**

Adresse :

N° de téléphone :

N° de fax :

Email :

**MÉDECIN PSYCHIATRE, ADDICTOLOGUE****NOM – Prénom :**

Adresse :

N° de téléphone :

N° de fax :

Email :

**COUVERTURE SOCIALE****(Joindre les photocopies des attestations Sécurité Sociale et Mutuelle recto-verso à jour des droits)****SÉCURITÉ SOCIALE**

Nom de l'assuré :

N° d'immatriculation :

Adresse de la Caisse Régime obligatoire :

**MUTUELLE COMPLÉMENTAIRE**

N° Adhérent :

Nom de l'organisme complémentaire :

Adresse :

**PHARMACIE HABITUUELLE**

Nom: ..... Tél. : .....

Adresse: .....

Ticket modérateur pris en charge :  OUI  NON \*Forfait journalier pris en charge :  OUI  NON \*

\* Si NON = règlement par le patient

***Tournez SVP***

**DEMANDE D'ADMISSION**

Page 2/4

**INFORMATIONS SOCIALES****1. Situation familiale :**

Célibataire  Marié(e)  PACS  Concubinage  Veuf(ve)  Séparé(e)  Divorcé(e)

Procédure en cours. En cas de divorce prononcé, précisez la date :        /        /

Nombre d'enfants :        dont à charge :

Age(s) :

Situation à l'égard des enfants :  droit de garde  droit de visite  aucun droit

autre (précisez) :

La garde des enfants est-elle organisée durant la durée des soins ?  OUI  NON

Précisez si les enfants bénéficient d'une mesure éducative :

Famille d'accueil  établissement spécialisé  AEMO  autre (précisez) :

**2. Situation sociale :**

Avez-vous un travailleur social référent ou bénéficiez-vous d'un suivi social actuellement :

OUI  NON

Coordonnées des intervenants sociaux :

Nom structure/référent : ..... Adresse : .....

Tél. : ..... Mail : .....

**3. Logement :**

Locataire  propriétaire  SDF

hébergé : joindre attestation hébergement + copie pièce d'identité de l'hébergeur

(précisez le type de structure :  CHRS  collectif  parents  entourage)

Si vous avez des problèmes de logement, qu'avez-vous prévu pour vous reloger après la fin du séjour ? .....

**4. Situation professionnelle :**

Profession :  en activité  chômage  invalidité  retraite  autre (précisez) .....

**Tournez SVP**

## DEMANDE D'ADMISSION

Page 3/4

### **5. Situation financière :**

salaire  pension d'invalidité catégorie  indemnités journalières  allocation adulte handicapé  RSA  pension de retraite  autre (précisez).....

Mesure de protection vous concernant  OUI  NON

Si OUI,  tutelle (*compléter formulaire « Autorisation d'hospitalisation d'un majeur sous tutelle »*)

curatelle  sauvegarde de justice  en cours

Coordonnées de l'organisme ou de la personne mandatée pour assurer cette mesure :

NOM : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

Mail : ..... @ .....

Suivi social  OUI  NON

SI OUI, coordonnées de la personne ou du service en charge du suivi social :

NOM : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

Mail : ..... @ .....

Bénéficiez-vous d'une mesure liée aux soins (suivi, injonction)  OUI  NON

Si oui laquelle ?

### **RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE D'ADMISSION AU CENTRE ALPHA**

Est-ce votre premier contact avec le Centre ALPHA ?  OUI  NON

Si NON : date du 1er contact : ..... date du séjour antérieur : .....

Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour dépression, tentative de suicide, addiction ?

OUI  NON

Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour des sevrages, cures et postcures ?  OUI  NON

Si OUI, précisez : dates, durée, lieux, établissements (joindre les copies des comptes rendus de votre dernière année) :

.....  
.....  
.....

Quel(s) produit(s) consommez-vous ?

Alcool  Cannabis  Héroïne  Cocaïne  Crack  Ecstasy  MDMA  3MMC

CBD  Tabac  Médicaments  Autres, précisez .....

***Tournez SVP***

**DEMANDE D'ADMISSION**

Page 4/4

Avez-vous des addictions comportementales ?

 Ecran  Jeux d'hasard et d'argent  Jeux vidéo  Achats compulsifs  Travail Troubles du comportement alimentaire  Addiction sexuelle  Sport Autres, précisez .....Qu'est-ce qui motive votre demande ? Joindre impérativement une **lettre de motivation MANUSCRITE**

Avez-vous un appareillage spécifique (ex : oxygénothérapie, machine à pression positive ...) ?

Si OUI, lequel : .....

Renseignements complémentaires :

.....  
.....Particularités alimentaires, **attention les préférences alimentaires ne sont pas prises en compte** :Avez-vous un régime MEDICAL ?  OUI  NONSi OUI, lequel ?  Diabétique  Hypocalorique  Hyposodé  Hypolipidique Autres, précisez .....Avez-vous une ALLERGIE alimentaire ?  OUI  NON Si OUI, laquelle ? Précisez : .....Avez-vous rédigé vos directives anticipées ?  OUI  NON

Cf information relative page 17

Je déclare être **volontaire** pour suivre un séjour de **6 semaines sans interruption ni départ prématué**J'ai pris connaissance du **Contrat de soins et de vie en collectivité** de l'établissementJe m'engage à respecter le **Contrat de soins et de vie en collectivité** de l'établissement

Fait à ..... le ...../...../.....

**Lu et approuvé / Bon pour accord****Signature du patient****Cet exemplaire est à retourner au Centre ALPHA**

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à la Direction du Centre ALPHA.

**Tél :** 05 46 39 26 69  
**Fax :** 05 46 39 90 11  
**Mail :** [contact.alp@ramsaysante.fr](mailto:contact.alp@ramsaysante.fr)

## AUTORISATION D'HOSPITALISATION D'UN MAJEUR SOUS TUTELLE

*(Cette partie doit être impérativement signée par le tuteur et remis à l'établissement)*

## **IDENTITE DU PATIENT MAJEUR SOUS TUTELLE :**

(Le consentement du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision)

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse : .....

[View Details](#) | [Edit](#) | [Delete](#)

Date d'hospitalisation :

## **LE TUTEUR :**

Il est rappelé que la qualité de tuteur doit être justifiée par la production de la décision de Justice n'ayant pas fait l'objet d'une révocation.

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Date de l'ordonnance du juge des tutelles nommant le tuteur :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Je reconnais avoir été informé(e) et donné mon accord à l'hospitalisation prochaine du majeur dont j'assure la tutelle désigné ci-dessus.

Fait le : ..... à : .....

Signature du tuteur :

Je reconnais avoir été informé(e) et donné mon accord à mon hospitalisation.

Fait le : \_\_\_\_\_ à :

Signature du patient :

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Page 1/4

A compléter par le **Médecin Prescripteur** du séjour de 6 semaines  
 Et à joindre à la demande d'admission **complétée par le patient**

CACHET DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR	DATE ET SIGNATURE
OBLIGATOIRE	OBLIGATOIRE

Je soussigné, Docteur .....

Certifie que l'état de santé de M..... Né(e) le ...../...../.....

N° de Sécurité Sociale .....

Nécessite un séjour de **6 SEMAINES AU CENTRE ALCOOLOGIQUE ALPHA.**

**Joindre obligatoirement les comptes rendus d'hospitalisation des 12 derniers mois**

**Ainsi que les résultats biologiques récents**

### ANTÉCÉDENTS MEDICAUX

**Si oui, merci de préciser pour chaque rubrique**

<b>CARDIO-VASCULAIRES</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>PULMONAIRES</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>HÉPATO-DIGESTIFS</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>NEUROLOGIQUES</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>ENDOCRINIENS</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>AUTRES</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>CHIRURGICAUX</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>INFECTIONS</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

***Tournez SVP***

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Page 2/4

<b>ALLERGIES MEDICAMENTEUSES</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>ALLERGIES ALIMENTAIRES</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Trouble anxieux <input type="checkbox"/> Psychose <input type="checkbox"/> Bipolarité <input type="checkbox"/> Trouble de la personnalité <input type="checkbox"/> Autres, précisez .....
<b>TDAH</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Diagnostiqué? Si oui, date :
<b>ANTECEDENTS DE PASSAGE A L'ACTE</b> TS, hétéro/auto-agressivité	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, dates :

<b>HOSPITALISATIONS EN SERVICE PSYCHIATRIQUE</b>  Joindre compte-rendu d'hospitalisation des 12 derniers mois	<b>DATE</b>	<b>LIEUX</b>	<b>DURÉE</b>
<b>HOSPITALISATIONS EN SERVICE D'ADDICTOLOGIE</b> (sevrage, post-cure)  Joindre compte-rendu d'hospitalisation des 12 derniers mois	<b>DATE</b>	<b>LIEUX</b>	<b>DURÉE</b>

***Tournez SVP***

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Page 3/4

ADDICTIONS ACTUELLES OU ANCIENNES	PRODUITS	DATE DE DEBUT	DATE DU SEVRAGE	QUANTITE
	Alcool			
	Cannabis			
	Médicaments			
	Tabac			
	Cocaïne			
	Opiacés			
	Autres produits			
	Autres (achats, jeux...)			

### HISTOIRE DE LA MALADIE ADDICTIVE :

### QUELLES SONT LES REPERCUSSIONS AUJOURD'HUI? :

ETAT ACTUEL DU PATIENT	Si oui, merci de préciser pour chaque rubrique
Consommations toujours d'actualité ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Idées suicidaires ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Troubles du comportement ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Surveillance ou traitement d'une pathologie particulière ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Handicap ou invalidité d'origine somatique ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

**Tournez SVP**

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Page 4/4

<u>ETAT ACTUEL DU PATIENT</u>		<b>Si oui, merci de préciser pour chaque rubrique</b>
<b>Troubles mnésiques ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, des tests neurologiques ont-ils été réalisés ?
<b>Troubles de la compréhension ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, des tests neurologiques ont-ils été réalisés ?
<b>Complications hépato-gastro ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
<b>Régime alimentaire MEDICAL spécifique ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Diabétique <input type="checkbox"/> Hypocalorique <input type="checkbox"/> Hyposodé <input type="checkbox"/> Hypolipidique <input type="checkbox"/> Autres, précisez
<b>Prise en charge 100% ALD</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Si oui, pour quelle(s) pathologie(s) ?

<b>TRAITEMENT</b>		
<b>Joindre impérativement l'ordonnance du traitement en cours</b>		
<b>Traitement substitutif ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Lequel ? Date de début ?
<b>Traitement AVK ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, le patient a-t-il un carnet d'information et de suivi du traitement ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

<b>EVALUATION DE LA MOTIVATION, par le médecin prescripteur :</b> (circonstance de la prise de décision de la démarche de soin)
--

## DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

**Important :** En application de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Je soussigné(e),

NOM d'usage : ..... NOM de naissance : .....

Prénoms : .....

Date de naissance :

Admis(e) au Centre Alcoolologique ALPHA pour 6 semaines, depuis le :

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance.

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte.

A tout moment, je peux procéder à cette désignation que j'effectuerai par écrit.

Je souhaite désigner une personne de confiance.

Parent       Proche       Médecin

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Cette désignation, vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.

Je suis informé(e) de la possibilité de modifier cette désignation à tout moment et m'engage à le signaler par écrit.

**Signature du patient**

**Signature de la personne de confiance**

## DESIGNATION DE LA PERSONNE A PREVENIR

Je désigne la même personne que la personne de confiance mentionnée ci-dessus  
 Je désigne la personne suivante :

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

E-mail : .....

Téléphone(s) : .....

# MIEUX CONNAÎTRE VOS DROITS

## La charte de la personne hospitalisée

(Circulaire n° 2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées)

L'établissement respecte les principes de cette charte. Vous la trouverez en fin de ce document et affichée dans l'établissement. Vous pouvez également l'obtenir en plusieurs langues sur le site du ministère des Affaires sociales et de la Santé.

## Le dossier de votre hospitalisation

**Il est le vôtre, nous nous devons de le conserver dans le respect des règles de confidentialité et nous pouvons, à votre demande, vous en communiquer une copie.**

(Article L. 1111-7 et articles R. 1111-1 à R. 1111-8 du Code de la Santé Publique et Décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006)

**La communication des documents médicaux** se fait par le médecin responsable de votre prise en charge ou en son absence, par le médecin désigné à cet effet par la conférence médicale de l'établissement.

**Sur place : la consultation est gratuite.** Vous devez formuler oralement ou par écrit votre demande et prendre rendez-vous avec le service concerné.

**Par envoi postal** : la demande écrite est à adresser à la Direction de l'établissement. Des frais d'envoi et de copie pourront vous être facturés. Si vous le souhaitez, un médecin pourra répondre à vos questions. Dans tous les cas un délai de réflexion de 48h est requis par la loi.

**Votre dossier médical doit être conservé**, quelle que soit la pathologie, pendant un délai minimum de 20 ans à compter de la date du dernier séjour ou de la dernière consultation externe du patient dans l'établissement. Il est conservé soit dans notre établissement, soit par un hébergeur agréé.

**Plus d'informations sur :** <http://www.sante.gouv.fr/vos-droits.html>

## Le traitement de vos données personnelles

**Il respecte les obligations réglementaires en vigueur**

*Le Règlement Général sur la Protection des Données vient renforcer les dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 et vous ouvre de nouveaux droits.*

La collecte de l'ensemble de vos données personnelles a pour but principal de permettre votre prise en charge administrative et médicale au sein de l'établissement et à tous les stades de votre séjour.

L'ensemble des traitements est réalisé sous la responsabilité de l'établissement qui agit en tant que Responsable de Traitement. Les destinataires de vos données sont les services administratifs et médicaux de l'établissement ou du groupe Ramsay Santé, leurs éventuels sous-traitants (tels que, par exemple, des cabinets de recouvrement de créance), ainsi que les acteurs de santé tiers associés à votre séjour (par exemple les caisses de sécurité sociale, mutuelles, laboratoires ou centres d'imagerie). Les données ne sont conservées que pour les durées nécessaires à leur traitement, à concurrence des obligations réglementaires et des prescriptions des autorités de contrôle.

Sauf opposition de votre part, certaines données administratives et médicales totalement anonymisées relatives à votre séjour pourront ultérieurement être utilisées dans le cadre de recherches rétrospectives, à des fins statistiques et d'études.

**Vous disposez, par rapport à vos données personnelles, des droits suivants :**

- Droit d'accès et de consultation ;
- Droit de rectification, en cas de données inexactes ou incomplètes ;
- Droit à l'effacement («droit à l'oubli»), sauf obligation légale de conservation par le responsable du traitement ;
- Droit à la limitation du traitement ;
- Droit à la récupération de vos données ;
- Droit d'opposition aux traitements.

Vous pouvez exercer vos droits relatifs aux données personnelles en vous adressant, soit au directeur de l'établissement, soit au Délégué à la Protection des Données qui est joignable aux adresses suivantes :

dpd@ramsaygds.fr

M. le Délégué à la Protection des Données Ramsay Générale de Santé - 39, rue Mistislav RostropovitchCS 60053 - 75850 PARIS Cedex 17

La CNIL (Commission Nationale Informatique et des Libertés) est l'organe officiel chargé de faire respecter cette loi.

## Vos directives anticipées

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite appelée « directives anticipées », pour le cas où, en fin de vie, elle serait hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives indiquent ses souhaits concernant les conditions de limitation ou d'arrêt du traitement. Elles seront consultées préalablement à la décision médicale et leur contenu prévaut sur tout autre avis non médical. Elles sont valables sans limite de temps et peuvent être, dans l'intervalle, annulées ou modifiées, à tout moment.

Les directives doivent prendre la forme d'un document écrit sur papier libre, daté et signé. Afin de faciliter la rédaction d'un tel document, un modèle de directives anticipées est prévu par l'arrêté du 3 août 2016, qui prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non si elle est atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige :

- Vous pouvez vous aider de ce support : [MODELE DIRECTIVES ANTICIPEES - SANTE.GOUV.FR](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2023_04_modele_directives_anticipees.pdf) ([https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2023\\_04\\_modele\\_directives\\_anticipees.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2023_04_modele_directives_anticipees.pdf)), que vous garderez dans votre dossier médical ;
- Ou vous pouvez retrouver ce lien directement via Mon Espace Santé. Ainsi, vos directives anticipées y seront intégrées. N'oubliez pas de générer la synthèse de votre profil médical afin qu'elle bascule dans votre dossier médical et soit accessible par les professionnels de santé qui vous accompagnent.

Si vous souhaitez que vos directives anticipées soient prises en compte, sachez les rendre accessibles au médecin qui vous prendra en charge au sein de l'établissement : confiez-les lui, signalez leur existence ou indiquez les coordonnées de la personne à laquelle vous les avez confiées. Votre « personne de confiance » sera consultée en priorité si vous ne pouvez plus vous exprimer, veillez à ce qu'elle connaisse vos directives anticipées.

## Vos plaintes ou réclamations

**Elles sont toutes prises en compte par l'établissement et traitées dans le respect de vos droits**

(Décret n° 2005-213 du 2 mars 2005)

Toutes les plaintes et réclamations sont à adresser à la direction de l'établissement. Une réponse est systématiquement apportée et nous vous avisons des possibilités qui vous sont offertes pour traiter au mieux votre demande (médiateur, commission des usagers...).

## La Commission des Usagers - CDU

(Article L. 1112-3 du Code de la santé publique - Décret n° 2016-726 du 1er juin 2016)

Cette commission a pour objet de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches. Elle a un rôle de médiation. Les représentants des usagers, qui la constituent, sont des bénévoles extérieurs à l'établissement. Elle est compétente pour les questions relatives aux conditions de votre prise en charge que ce soit dans le domaine des soins, des conditions matérielles de votre hospitalisation ou de l'accueil qui vous a été réservé. En cas de plainte, il vous sera proposé d'être accompagné par un représentant des usagers membre de cette commission lors d'une éventuelle rencontre avec le médiateur de l'établissement.

## Le droit à l'information

Le droit à l'information appartient au patient. Pour les enfants, il est exercé par les titulaires de l'autorité parentale, et par le tuteur si le patient est un majeur sous tutelle. Nous veillons à informer le patient des actes et examens nécessaires à son état de santé, en fonction de son âge, de son degré de maturité et de ses facultés de compréhension, dans la mesure du possible et indépendamment de l'indispensable information aux parents ou représentants légaux. Le consentement aux soins sera systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

## Don d'organe

Faire don d'un de ses organes ou de certains tissus après le décès est un geste généreux et utile : il peut sauver la vie d'un autre homme, d'une autre femme, d'un autre enfant. Les prélèvements d'organes sont réglementés par la loi du 29 juillet 1994 dite « loi bioéthique ». Elle fixe le principe que toute personne venant à décéder est présumée avoir consenti au prélèvement de ses organes et tissus.

Toutefois, vous pouvez vous y opposer par tout moyen : inscription sur le Registre National des refus (Agence de Biomédecine, Registre National des refus, 1 avenue du Stade de France, 93212 Saint-Denis La Plaine, <http://www.dondorganes.fr>), déclaration orale auprès de la famille ou du personnel de l'établissement afin qu'ils témoignent si besoin ; déclaration écrite sur papier libre conservée sur soi.

## Culte

Vous pouvez faire appel à un représentant de votre confession. Adressez-vous au responsable du service pour obtenir ces informations.

## Qualité et sécurité

### **Nous nous engageons dans une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pour votre satisfaction.**

Nous participons au recueil des indicateurs nationaux de qualité et sommes soumis aux visites de la certification de la Haute Autorité de Santé. Vous trouverez nos derniers résultats de tenue du dossier, sécurité anesthésie, évaluation de la douleur, infections nosocomiales, etc. ainsi que les décisions de la Haute Autorité de Santé sur notre qualité de prise en charge, affichés dans l'établissement et le site d'information Qualiscope (Haute Autorité de Santé - Qualiscope - Qualité des hôpitaux et des cliniques ([has-sante.fr](http://has-sante.fr)))

Notre politique de prévention des risques s'appuie particulièrement sur notre Comité de Lutte Contre les Infections Nosocomiales (CLIN), notre Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) et notre Comité des Vigilances et Risques (COVIRIS). Composées de professionnels compétents, ces instances organisent et coordonnent nos programmes d'actions et veillent à la formation continue de l'ensemble des équipes.

**Votre avis nous faisant progresser, faites-nous part de votre impression sur la qualité de notre accueil et de notre prise en charge.**

Un questionnaire de satisfaction vous sera transmis avant votre sortie. Le remplir ne prend que quelques minutes. Vos réponses sont prises en compte et nous permettent de mieux faire.



# Usagers, vos droits

## Charte de la personne hospitalisée

### Principes généraux\*

circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée



Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.



Les établissements de santé garantissent **la qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.



**L'information** donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.



Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec **le consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.



**Un consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.



Une personne à qui il est proposé de participer à **une recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.



La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.



**La personne hospitalisée est traitée avec égards**. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.



Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales** qui la concernent.



La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie **d'un accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.



La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

