



## I – Fiche médicale d'admission

(A compléter par le **médecin** prescripteur de la postcure)

A adresser sous pli cacheté aux médecins du centre: Dr STEPHANT, addictologue  
Dr PAYSANT, addictologue

NOM:..... Prénom..... Date de naissance.....

**Le patient est admis dans notre centre de postcure uniquement par transfert hospitalier après une *cure de sevrage*.**

**A l'admission, il est demandé un bulletin de sortie de l'hôpital et un bilan sanguin comportant : NFS Plaquettes, TP, TGO, TGP, GammaGT, bilan rénal et sérologies Hépatites B, C et HIV. Merci d'en faire part au service choisi pour le sevrage si vous n'êtes pas en possession de données récentes (à joindre à ce document si vous les avez, s'il vous plaît).**

*Il est souhaitable que le patient arrive avec sa dernière ordonnance (ou ses dernières ordonnances s'il y a plusieurs prescripteurs) et son traitement pour 24 heures, merci de le signaler également au service que vous choisirez avec le patient pour son sevrage.*

### Historique des addictions :

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

### Historique des sevrages et post-cures : *joindre compte(s) rendu(s) si moins de 2 ans :*

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

### Historique d'hospitalisations en psychiatrie : *joindre compte(s) rendu(s) :*

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

### Fonction(s) repérée(s) de l'alcool :

.....  
.....

### Dépendances en cours hors alcool :

-Benzodiazépines : **non** ( ) **oui** ( )                      - Tabac : **non** ( ) **oui** ( )

-Cannabis : **non** ( ) **oui** ( )

[Merci de nous adresser copie des derniers contrôles Cannabis en votre possession].

- **Autre** : .....

**ANTÉCÉDENTS MEDICAUX:**

- Pathologie cardiovasculaire :      **non** ( )      **oui** ( ) :.....
- Pathologie pulmonaire :            **non** ( )      **oui** ( ) :.....
- Pathologie rénale :                  **non** ( )      **oui** ( ) : .....
- Diabète :                                **non** ( )      **oui** ( ) : type :.....
- Pathologie **digestive** :
  - œsophagienne :                    **non** ( )      **oui** ( )
  - hépatite(s) (alcoolique, infectieuse, iatrogène) : **non** ( )      **oui** ( ) :.....
  - cirrhose :                            **non** ( )      **oui** ( )
  - pancréatite(s):                    **non** ( )      **oui** ( )

p 1

- Pathologie **neurologique** :
  - polynévrite des membres inférieurs : **non** ( )      **oui** ( ) avec difficultés à la marche **non** ( )      **oui** ( )
  - épilepsie :                            **non** ( )      **oui** ( )
  - syndrome cérébelleux :            **non** ( )      **oui** ( ) avec difficultés à la marche **non** ( )      **oui** ( )
- Pathologie **cancéreuse** : **non** ( )      **oui** ( ) :..... (joindre dernier compte rendu de suivi)
- Pathologie **infectieuse** (tuberculose, hépatite C, autre.....): **non** ( )      **oui** ( ) :.....  
(joindre derniers courriers des spécialistes consultés)

- Troubles cognitifs** :                **non** ( )      **oui** ( ) : .....
- Pathologie psychiatrique** connue traitée **non** ( )      **oui** ( ) : .....

**-Personnalité:**

.....  
.....

- Autre pathologie médicale (cutanée, orthopédique, ...) : .....

- Transfusion :                        **non** ( )      **oui** ( ) date :.....
- Allergie** :                            **non** ( )      **oui** ( ) à :.....

**ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :**

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

**Merci de joindre à ce dossier en cas de pathologie nécessitant un ou des suivis spécialisés, les noms et adresses des spécialistes que le patient a consulté.**

**TRAITEMENT EN COURS :**

TSO	Buprénorphine	Méthadone
Dosage		

Psychotropes	Autres

**En cas de traitement par Benzodiazépines :**

- Date de prescription initiale :
- Motif de prescription:

.....

.....

.....

.....

**Votre avis de prescripteur :**

**Fait à:**

**Le:**

**Docteur :**

**Coordonnées (adresse, tél, n° poste) :**



CSSRA LE PHARE

## II - Fiche de renseignements sociaux

(à compléter par l'intéressé)

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Lieu de naissance :

### I - Domicile actuel :

- rue:

- ville:

- téléphone:

- portable personnel :

S'agit-il de votre domicile personnel  oui  non

Si non, précisez : parents , proche , centre d'hébergement

Autre à préciser :

Domicile à la sortie de la post-cure (si différent) :

### II - Votre situation familiale : (entourez la réponse juste)

Célibataire - marié - divorcé - séparé - veuf - remarié - pacsé - concubinage

Enfants:

Prénom : .....

Age : .....

A charge :

.....

A charge :

.....

A charge :

.....

A charge :

Personnes à charge :

### III - Droits sociaux :

N° de sécurité sociale :

a) Joindre impérativement la photocopie de votre attestation sécurité sociale à jour.

b) Avez-vous une mutuelle qui prend en charge le forfait hospitalier?

oui

non

> Si oui : joindre une attestation de votre mutuelle au bénéfice du centre.

> Si non : à défaut d'attestation, nous demandons le règlement du forfait journalier dès l'admission pour 30 jours et celui du 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> mois en début de période.

c) Cas particulier des titulaires de la CMU :

> Joindre la copie de l'attestation de la CMU avec les droits ouverts.



CSSRA LE PHARE

#### IV- Renseignements professionnels :

- Votre formation générale :
- Votre formation professionnelle :
- Vos métiers successifs :

##### a) Si vous avez un emploi :

Employeur :

Statut professionnel :

- Emploi stable     C.D.D.     Interim     chômage

##### b) Si vous êtes demandeur d'emploi :

A quand remonte votre dernier emploi salarié ?

##### c) Cas particuliers :

- Pré- retraité ou retraité     Invalidité     Autre à préciser

#### V- Accompagnement médico-social :

a) Médecin traitant :                      *Nom :*                                      *Coordonnées :*  
Autre médecin (précisez):    *Nom :*                                      *Coordonnées :*

b) Etes-vous suivi par une assistante sociale (secteur, hôpital...) ?     oui     non  
➤ Si oui, veuillez préciser ses coordonnées :

c) Avez-vous une mesure de protection ? (accompagnement judiciaire, social personnalisé, curateur, tuteur)?     oui     non  
➤ Si oui, veuillez préciser ses coordonnées :

d) Etes-vous membre d'un groupement d'entraide aux personnes en difficulté avec l'alcool ?  
 oui     non

Si oui, lequel:

#### IV- Divers :

Avez-vous déjà séjourné au centre? - Si oui, en quelle année?

**Personnes à prévenir :** (en cas d'hospitalisation ou départ prématuré notamment) :

*Nom :*                                      *Lien de parenté :*                                      *N° de tél :*  
*Adresse :*

**Personne de confiance :** (consultée si votre état de santé ne vous permet pas d'exprimer votre volonté) :

*Nom :*                                      *Lien de parenté :*                                      *N° de tél :*  
*Adresse :*



CSSRA LE PHARE

### **III - Votre motivation**

(à compléter par l'intéressé)

> **Pouvez-vous expliquer pourquoi vous souhaitez être admis en postcure?**

> **A la lecture de la plaquette de présentation de notre centre de postcure, quels sont le ou les éléments qui vous intéressent particulièrement?**

➤ **Qu'est-ce que vous envisagez à la sortie?**



CSSRA LE PHARE

## IV – Contrat d’engagement – Forfait hospitalier

Je soussigné : Nom : ..... Prénom : .....

Demeurant à .....

Certifie avoir pris connaissance du forfait journalier applicable au Phare pendant tout mon séjour soit  $18\text{€} \times 84 \text{ j} = 1344 \text{ €}$ . Je m’engage à régler cette somme en 3 fois, la 1<sup>ère</sup> mensualité 480 € le jour de l’admission, les 2 autres le 30<sup>ème</sup> jour et le 60<sup>ème</sup> jour de mon séjour. Ces sommes ne seront pas réclamées dans 2 cas :

- a) soit si vous présentez un engagement écrit de prise en charge de votre mutuelle suivant le modèle que nous pouvons fournir (et non pas simplement sur présentation de votre carte de mutuelle),
- b) soit sur présentation de votre attestation de CMU complémentaire valable le jour de votre admission.

A.....

le.....

Signature :



CSSRA LE PHARE

## **V - REGLEMENT INTERIEUR**

Le patient s'engage à respecter :

- La durée : la postcure dure 56 ou 84 jours. Elle nécessite un engagement personnel à vivre pleinement ces 8 ou 12 semaines. Cet engagement est contractualisé lors de la signature du contrat de soins.
- Les locaux : chambre et lieux communs.
- Les personnes : toute vie en collectivité implique le respect de règles élémentaires de savoir-vivre (politesse, tolérance, hygiène corporelle,...)
- La participation aux tâches ménagères de l'établissement est obligatoire.
- Le programme thérapeutique : il s'organise autour de diverses activités auxquelles le patient est tenu de participer à partir du moment où il demande son admission au Phare. Il s'engage par conséquent à respecter les horaires fixés dans le cadre de ce programme.
- Les interdits :
  - toute introduction et consommation d'alcool (ainsi que toutes boissons dites sans alcool) et/ou tout autre toxique pendant son séjour,
  - la possession de tout type d'arme au sein de l'établissement,
  - la nourriture dans les chambres,
  - les locaux sont non-fumeurs.

Le non respect de ces consignes expose le patient à la rupture de son contrat.

**LE PATIENT**

**Le Directeur,**

**P. Y MORCET**





CSSRA LE PHARE

## PERSONNE DE CONFIANCE

**IMPORTANT** : en application de la loi n°2002/303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article **L 1111-6**, 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,**

NOM : .....

PRENOM(S) : .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....

Je reconnais avoir été informé de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour et

**Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance**

**Je souhaite désigner comme personne de confiance :**

Monsieur     Madame     Mademoiselle

NOM marital : .....NOM de jeune fille : .....

PRENOM(S) : .....

.....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

TELEPHONE : .....

E.MAIL : .....

• Cette personne de confiance, légalement capable, est :

Un parent/un proche     Mon médecin traitant

Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans mes démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :  OUI     NON

**J'ai été informé que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer l'établissement par écrit.**

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

Signature du patient :

**Cadre réservé à la personne de confiance :**

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance.

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

**Signature :**



CSSRA LE PHARE

## VOS CONDITIONS PARTICULIERES D'ADMISSION

Nous vous souhaitons la bienvenue dans le service hospitalier où vous allez être hospitalisé

→ **POUR UNE HOSPITALISATION COMPLETE**, souhaitez-vous une chambre seule ?

oui                       non

Nous nous efforcerons de prendre en considération vos souhaits quant aux choix de la chambre, **ceci dans la mesure des possibilités du moment.**

→ **SI OUI, AVEZ-VOUS UNE PRISE EN CHARGE DU SUPPLEMENT :**

- De 33 € par jour, pour les Mutuelles affiliées à la Mutualité Française Bretagne
- De 36 € par jour, pour les autres Mutuelles

EN TOTALITE                       PARTIELLEMENT                       PAS DU TOUT

→ **AVEZ-VOUS UNE PRISE EN CHARGE DU FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER PAR VOTRE MUTUELLE OU ASSURANCE ?**

EN TOTALITE                       PARTIELLEMENT                       PAS DU TOUT

→ **SOUHAITS PARTICULIERS :**

Je soussigné (e) M.....

Avoir pris connaissance des conditions de mon admission, et m'engage à régler directement au Centre Le Phare les montants non remboursés directement à l'établissement au Centre Le Phare par ma Mutuelle.

Fait à..... Le.....

Signature



## **PRESENTATION GENERALE**

(Document à conserver par l'intéressé)

### **Établissement de Soins de Suite et de Réadaptation en addictologie LE PHARE**

1, rue Alphonse Tanguy  
BP 90407 - **56 104 LORIENT CEDEX**  
E-mail: admissions@lephare.mutualite56.fr  
Établissement Sanitaire Participant au Service Public Hospitalier  
**Tèl. 02 97 21 22 94 - FAX. 02 97 21 74 03**  
**Téléchargement du dossier sur le site de la Mutualité 56-29**

**PUBLIC**: Hommes de 18 à 65 ans

**CAPACITÉ**: 25 lits

**DURÉE DU SÉJOUR**: 8 semaines, reconductible 4 semaines

**Possibilité de séjour de rappel, d'une durée de 15 jours, dans l'année suivant la sortie.**

## **I - Indications de la Postcure**

*Cure ou sevrage préalable en milieu hospitalier ou ambulatoire accompagné par un médecin.*

### **Être volontaire:**

- a) pour accepter de faire le point sur ses addictions aux produits toxiques, concrétisé par la réalisation d'un contrat de soins personnalisé.
- b) pour accepter le lieu et la durée qui permettent la restauration de la personne sur le plan médico-psycho-social.
- c) pour adhérer aux objectifs thérapeutiques, notamment en acceptant d'expérimenter les changements proposés : expérience sans produits, ateliers manuels à visée thérapeutique, groupes de paroles, activités physiques.

## **II - Les objectifs du séjour**

Le centre de soins en addictologie Le Phare propose un programme thérapeutique sur 8 à 12 semaines, inscrit dans une logique de continuité de soins. Un séjour qui permet à chaque patient accueilli d'expérimenter le « sans produit » en bénéficiant d'un accompagnement individualisé et de groupe, autour des axes de changement souhaités par le patient, et dans le respect de ses choix – travail sur le plan des addictions, du mieux-être, de la connaissance de soi, du relationnel et du social -.



### **III - Le projet thérapeutique**

Il s'articule autour des accompagnements individuels, de groupe et de diverses activités complémentaires.

#### **a) - L'accompagnement individuel**

- > Par les médecins  
3 médecins à temps partiel interviennent au centre: un médecin psychiatre et 2 médecins addictologues.
- > Par les infirmiers, qui sont accompagnants de chaque patient accueilli.
- > Par les psychologues cliniciennes.
- > Par l'assistante de service social.

#### **b) - L'accompagnement de groupe**

➤ ***Sous forme de groupes de parole (avec utilisation de différents supports) :***

C'est un espace de parole qui permet à chacun de se positionner par rapport aux autres, de réfléchir, avec la possibilité de trouver dans le groupe des appuis pour étayer sa propre démarche.

➤ ***Sous forme d'ateliers manuels à visée thérapeutique :***

Les différents ateliers (travail du bois, rénovation de meubles, matelotage, vannerie, création,) ont pour objectif de favoriser la revalorisation personnelle. A partir des différents supports proposés, chacun a la possibilité de s'approprier de nouvelles compétences, de mettre en valeur ses capacités, de les développer à travers la réalisation, création ou expression; tout ceci dans le but de retrouver le plaisir à faire.

➤ ***Sous forme de sortie***

La médiathèque : choix de livres, de DVD et de CD, possibilité de bénéficier d'un abonnement à 2€ en présentant un bulletin d'hospitalisation et une pièce d'identité.

#### **c) – Les activités corporelles et physiques**

- > Relaxation
- > Marche
- > Activité piscine sur le site du S.S.R de Kerpape
- > Activités sportives (Ping-pong, volley-ball, basket, en extérieur ou au sein du gymnase de Kerpape)



## **IV - Axes abordés**

### **1 – Personnalisation du contrat :**

- Prise en compte du contexte de vie et de l'entourage de la personne.
- Travail engagé sur la capacité de chacun à redevenir acteur de ses démarches, de sa vie.

### **2 – Informations en addictologie :**

- Connaissance des différents produits et de leurs effets.
- Addictions associées.

### **3 – Retour sur son histoire et travail de mise en mots :**

- Meilleure mise en évidence des ressources personnelles de chacun, des aides et solutions adaptées, dans la durée.

### **4 – Prise en compte de la dimension corporelle :**

- Réappropriation des sensations.
- Recherche d'apaisement des tensions.

### **5 – Travail sur la notion d'abstinence :**

- Les questions qu'elle pose pour chacun et les difficultés associées.
- Les stratégies à mettre en œuvre.
- Le sens que chacun peut lui donner.

## **V - Le déroulement des sorties**

- A partir de la première semaine les sorties sont possibles le samedi et dimanche de 14h à 16h.
- A partir de la 2<sup>ème</sup> semaine, les sorties sont possibles les mardis et jeudis de 10h à 12h et les samedis et dimanches de 13h30 à 18h30.
- A partir de la 3<sup>ème</sup> semaine, possibilité de bénéficier d'une sortie de 12h à prendre soit le samedi soit le dimanche
- A partir de la 4<sup>ème</sup> semaine, des sorties jusqu'à 48h, sont possibles.

## **VI– Le trousseau nécessaire pour un séjour au Phare**

- Une tenue de travail
- Une tenue de sport
- Une tenue de ville
- Un maillot de bain
- Un minimum de change personnel (des laves linges sont à votre disposition)
- Lessive
- Serviettes de toilette
- Nécessaire de produits toilette



## **VII – Informations diverses**

### **1 – CHAMBRES**

Toutes les chambres sont individuelles avec sanitaires indépendants.  
Il est possible d'obtenir la clé de la chambre moyennant **un dépôt de caution de 5 €** restitué en fin de séjour.

### **2 – TÉLÉPHONE / INTERNET**

Un point phone est à la disposition des patients n° 02-97-84-10-11 (fonctionnant avec carte téléphonique) en dehors des heures d'activité et de repas.  
L'usage des portables est autorisé en dehors des activités thérapeutiques et des repas.  
L'établissement est équipé d'un accès internet.

### **3 – VISITES**

Elles sont autorisées tous les jours de 16h à 19h et de 20h à 21h.  
Le samedi et le dimanche de 10h à 12h15, de 13h15 à 19h et de 20h à 21h.  
Les visiteurs peuvent prendre un repas au centre moyennant :

- Le respect des horaires et de la règle du « sans produit ».
- Une participation au frais.
- Avoir prévenu les cuisines au moins 48 heures avant la date.

### **4 – VISITE DE PRE-ADMISSION**

Une visite de pré-admission doit être organisée afin de clarifier les attentes respectives et préparer au mieux l'admission de chaque patient.  
Il suffit de téléphoner au centre et de prendre un rendez-vous.

### **5 – LA DEMANDE D'ADMISSION AU PHARE**

passer par l'établissement d'un dossier comprenant :

- I – une fiche médicale
- II – une fiche de renseignements sociaux
- III – une fiche motivation
- IV – le contrat d'engagement pour le règlement du forfait hospitalier
- V – l'attestation de sécurité sociale et carte de mutuelle recto verso

Après avis de la commission d'admission, une réponse est apportée par écrit au service prescripteur.