

**Centre de Soins de Suite et de Réadaptation Spécialisé en Addictologie  
LE PHARE**

1, Alphonse Tanguy 56104 LORIENT

Tél. : 02 97 21 22 94

Fax. : 02 97 21 74 03

Mail : [admissions@lephare.mutualite56.fr](mailto:admissions@lephare.mutualite56.fr)



**Public homme de 18 à 65 ans**

Le centre SSR en addictologie se situe au centre-ville de Lorient, proche de la gare et des pôles administratifs. D'une capacité de 25 places, l'établissement propose un séjour pour une prise en charge addictologie, généralement après un sevrage en milieu hospitalier.



**SSRA Le Phare Lorient**

**OBJECTIF DU SEJOUR**

Un séjour de 8, 10 ou 12 semaines permettant aux patients accueillis d'expérimenter le « sans produit ». Chacun bénéficie d'un accompagnement groupal et individuel autour des éléments de changement qu'il souhaite travailler et dans le respect de ses choix. Possibilité d'un séjour dit de rappel, d'une durée de 3 à 5 semaines, dans l'année suivant la sortie.

### Indications de la postcure

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

### Etre volontaire

Pour accepter de faire le point sur ses addictions aux produits toxiques, concrétisé par la réalisation d'un contrat de soins personnalisé

Pour accepter le lieu et la durée qui permettent la restauration de la personne sur le plan médico-psycho-social.

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.



Réalisée par les patients du SSR Le Phare

## Axes abordés

### *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.

### Informations en addictologie

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

### 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.

### Prise en compte de la dimension corporelle

Réappropriation des sensations. Recherche d'apaisement des tensions

### Travail sur la notion d'abstinence ou de mise à distance des produits

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

Travail possible avec l'entourage sous forme de groupe de parole ou d'entretien individuel

### **Le projet thérapeutique**

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

#### **L'accompagnement individuel**

Par les médecins Addictologues, infirmiers référents, psychologues, assistante de service social.

#### **L'accompagnement groupal**

*Sous forme de groupes de parole (utilisation de différents supports)*

*Sous forme d'ateliers manuels à visée thérapeutique*

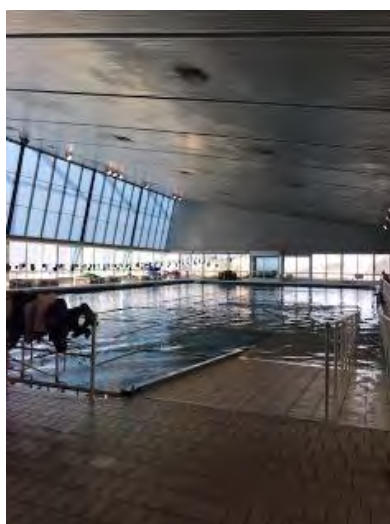
Travail du bois, rénovation de meubles, matelotage, vannerie, création ayant pour objectif de favoriser la revalorisation personnelle, de s'approprier de nouvelles compétences, de mettre en valeur ses capacités, de retrouver le plaisir à faire.

*Sous forme de sorties*

Médiathèque – Artothèques – Atelier « cyclette » - Atelier cuisine – Club loisirs de Kerpape

#### **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 gymnase du centre de kerpape)





S.S.R. A LE PHARE

## **Documents annexes à fournir avec le dossier d'admission**

### Dossier médical :

- Les compte-rendus d'hospitalisation datant de moins de 2 ans
- Bilans biologiques complets et les sérologies virales
- La dernière ordonnance
- Traitement pour 24 heures

### Dossier administratif

- Carte de mutuelle recto verso ou attestation CMUC
- Attestation de sécurité sociale



**I – Fiche médicale d'admission**  
(A compléter par le **médecin** prescripteur de la postcure)

A adresser sous pli cacheté au médecin du centre: Dr STEPHANT Dominique, addictologue  
Dr PAYSANT Yannick, 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 plait).**

*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 CMUC :

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





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 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  $20\text{€} \times 84 \text{ j} = 1680 \text{ €}$ . Je m’engage à régler cette somme en 3 fois, la 1<sup>ère</sup> mensualité 560 € 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 votre carte de mutuelle recto verso et en vous assurant que votre séjour sera pris en charge.
- 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**



## 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 :**