



## CENTRE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION SPECIALISE EN ADDICTOLOGIE



### OBJECTIF DU SEJOUR

Un séjour de 6, 8, 10 ou 12 semaines permettant aux patients accueillis d'expérimenter le « sans produit ». Chacun bénéficie d'un accompagnement individualisé et de groupe, autour d'axes de changement qu'il souhaite, et dans le respect de ses choix.

SSRA LE PHARE  
1, rue Alphonse Tanguy  
56104 LORIENT

[Lephare.admissions@mutualite29-56.fr](mailto:Lephare.admissions@mutualite29-56.fr)

Tel 02 97 21 22 94

Fax 02 97 21 74 03

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 des séjours de 6, 8, 10 ou 12 semaines pour une prise en charge **addictologique**, généralement après un sevrage en milieu hospitalier.

Vous trouverez ci-dessous le dossier d'admission.



*Réalisée par les patients du SSR Le Phare*

### Indications de la Postcure

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

### Être volontaire:

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

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, entretiens individuels

### **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 groupes de parole ou d'entretiens individuels

## 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 ont 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. Atelier d'écriture, affirmation de soi.

*Sous forme de sorties*

Médiathèque - Arthotèque - 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)

Public homme de 18 à 65 ans

Capacité de 25 lits

Durée de séjour de 6, 8, 10 à 12 semaines selon projet de soins

Possibilité d'un séjour dit de rappel, d'une durée de trois semaines, dans l'année suivant la sortie.



SSRA mutualisé.....

Centre S.S.R. en Addictologie

**LE PHARE**

1 rue Alphonse Tanguy

56100 LORIENT

Tél. : 02-97-21-22-94 Fax. : 02-97-21-74-03

[lephare.admissions@mutualite29-56.fr](mailto:lephare.admissions@mutualite29-56.fr)

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

### **Dossier médical :**

- Les comptes-rendus d'hospitalisation datant de moins de 2 ans
- Bilans biologiques complets et les sérologies virales

**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).**

- La dernière ordonnance
- Traitement pour 48 heures

### **Dossier administratif**

- Carte de mutuelle recto verso ou attestation CSS
- Attestation de sécurité sociale
- Pièce d'identité



SSRA mutualisé.....  
Mis à jour le 23/02/2021

## **I – Fiche médicale d'admission** (A compléter par le **médecin** prescripteur du S.S.R.A.)

A adresser sous pli cacheté au médecin du centre: Dr DIOURIS Marc, addictologue  
Dr PAYSANT Yannick, addictologue  
Dr KERJEAN Jacqueline Addictologue

NOM du patient :..... Prénom..... .... Date de naissance.....

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

**Date d'entrée en cure ou sevrage :**

**Date prévue de sortie :**

**Nom et adresse + tél du service prescripteur :**

**Nom et adresse + tel du médecin traitant :**

**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) :***



SSRA mutualisé.....

**Autres consommations repérées :**

- Tabac : **non** ( ) **oui** ( ) démarches de sevrages antérieurs ? Non ( ) Oui ( )
- Benzodiazépines : **non** ( ) **oui** ( ) démarches de sevrages antérieurs ? Non ( ) Oui ( )
- Cannabis : **non** ( ) **oui** ( ) démarches de sevrages antérieurs ? Non ( ) Oui ( )
- Opiacés : **non** ( ) **oui** ( ) démarches de sevrages antérieurs ? Non ( ) Oui ( )
- Cocaïne : **non** ( ) **oui** ( ) démarches de sevrages antérieurs ? Non ( ) Oui ( )
- Autres : **non** ( ) **oui** ( ) démarches de sevrages antérieurs ? Non ( ) Oui ( )

**SUIVI Addictologique ?** oui ( ) Non ( )

Si oui lequel ? : (Coordonnées de la ou les structures le cas échéant)

**Antécédents médicaux :**

- **Allergie** : **non** ( ) **oui** ( ) :.....
- 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** ( )
- 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** ( )
- Pathologie **infectieuse** (tuberculose, hépatite C, autre.....): **non** ( ) **oui** ( ) :.....  
(joindre derniers courriers des spécialistes consultés)
- **Troubles cognitifs** : **non** ( ) **oui** ( ) : .....
- **Tests réalisés ?** **non** ( ) **oui** ( ) :
- MOCA ...../30 et/ou BEARNI score total...../30 score cognitif ...../22

**Merci de joindre tout bilan neuropsychologique effectué pour le(la) patient(e) le cas échéant :**

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



SSRA mutualisé.....

**Antécédents Gynéco-obstétricaux :**

Parité ?

Contraception ?

**Antécédents chirurgicaux :**

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

**SITUATION ACTUELLE :**

Poids :

Taille :

IMC :

Autonomie locomotrice ? Oui ( ) Non ( ) Périmètre de marche :.....

Autonomie sphinctérienne ?

**TRAITEMENT EN COURS :**

TSO	Buprénorphine	Méthadone
Dosage		

Psychotropes	Autres

**En cas de traitement par Benzodiazépines :**

- Date de prescription initiale :
- Motif de prescription:

**Pathologie psychiatrique connue traitée non ( ) oui ( ) :** .....

**Personnalité :**

.....  
 .....

**Votre avis de prescripteur :**

**Fait à:**

**Le:**

**Docteur :**

S.S.R.A. LE PHARE  
1 rue Alphonse Tanguy  
56100 LORIENT  
lephare.admissions@mutualite29-56.fr



www.emojipedia.com - 2473061742

SSRA mutualisé.....

**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**

*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 48 heures, merci de le signaler également au service que vous choisirez avec le patient pour son sevrage.*

## **QUESTIONNEMENT COVID AVANT ADMISSION**

**(A remplir par le patient)**

Service : ..... Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....	Avez-vous été testé positif au Covid 19 ?	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON Si oui : <input type="checkbox"/> PCR ou <input type="checkbox"/> sérologie Date du prélèvement : ...../...../.....
	Avez-vous été en contact prolongé (+ de 15 mn à moins d'1 m) dans les 15 derniers jours avec une personne testée positive au Covid 19 ou en présentant des symptômes ?	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON
	Présentez-vous en ce moment des signes pouvant faire penser au COVID (fièvre, toux, gêne respiratoire, fatigue anormale, perte du goût/odorat...)?	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON Si oui, lesquels : .....



**Date de la demande** :...../...../.....

### **Origine de la demande :**

*Établissement hospitalier sollicitant l'admission :*

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

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Tel : .....

Poste : .....

Nom du médecin prescripteur : .....

Nom du médecin traitant : .....

Coordonnées du service social :

Nom du travailleur social :..... Tel : .....

**Joindre un bulletin de sortie à l'admission**

## **Fiche de renseignements sociaux**

(à compléter par l'intéressé(e))

### **I - Etat civil**

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : ...../...../..... Lieu : .....

Nationalité : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville:.....

Téléphone domicile : ..... Portable :.....

Logement : Quel est le mode d'hébergement du patient (e) ?

- Locataire                       Propriétaire                       Hébergé (famille, amis...)  
 Structure collective:(préciser)                       Sans domicile

### **Projet de relogement envisagé à la sortie du S.S.R.A.**

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

### ***Si Suivi social : Coordonnées des différents intervenants***

.....  
.....

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

Célibataire – marié(e) – divorcé(e) – séparé(e) – veuf (ve) – remarié(e) – pacsé(e) - concubinage

Enfants:                      *Prénom* : .....                      *Age* : .....

.....

.....

.....

En cas de divorce ou de séparation, situation à l'égard des enfants :

- Droit de garde                       Droit de visite                       Aucun droit

La garde est organisée pour la durée des soins :  oui                       non

**III - Ressources :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Salaire                         | <input type="checkbox"/> Indemnités journalières |
| <input type="checkbox"/> Pension d'invalidité            | <input type="checkbox"/> RSA                     |
| <input type="checkbox"/> A.A.H                           | <input type="checkbox"/> Pension de retraite     |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez la nature)..... |  |

**Si vous avez une activité professionnelle ou vous êtes demandeur d'emploi vous pouvez demander un arrêt de travail à votre admission.**

**Mesure de protection**

- Oui    Coordonnées de l'organisme ou de la personne mandatée  
.....  
.....
- Non

---

**IV - Divers**

**Personne à prévenir :** personne majeure (en cas d'hospitalisation ou départ prématuré notamment) :

*Nom :*

*Lien de parenté :*

*N° de tél. :*

*Adresse :*

## **Votre motivation**

(à compléter par l'intéressé(e))

**> Pouvez-vous expliquer pourquoi vous souhaitez être admis en S.S.R.A. ?**

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

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

## **REGLEMENT INTERIEUR**

Le patient (e) s'engage à respecter :

- La durée : Le séjour dure 42, 56, 70 ou 84 jours. Elle nécessite un engagement personnel à vivre pleinement ces 6, 8, 10 ou 12 semaines.
- 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.
  - De conduire tous véhicules motorisés

L'engagement du patient à respecter le règlement intérieur est contractualisé lors de la signature du contrat de soin.

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

**LE PATIENT**

**La Direction**

## 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 (e),**

NOM : .....

PRENOM(S) : .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....

Je reconnais avoir été informé (e) 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 (e) 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 :