

# CENTRE D'ADDICTOLOGIE D'ARZELIERS

## DOSSIER D'ADMISSION



Rédaction	Vérification	Approbation
Mme Nathalie FISCHER-LIENARD Adjoint des cadres – Pôle patients	Mme Marie LAFON Responsable qualité gestion des risques	Mme Isidorine REBOUL Directeur par intérim
Date : 16/03/2023	Date : 16/03/2023	Date : 16/03/2023
Visa :  <b>Signé</b>	Visa :  <b>Signé</b>	Visa :  <b>Signé</b>

<b>144.004</b>	<b>DOSSIER D'ADMISSION CENTRE D'ADDICTOLOGIE</b>	
Version 1 Page 2/20		

Au sein du Centre Hospitalier Buëch-Durance, le bâtiment du Centre d'Addictologie appartient au Pôle de psychiatrie générale, pour autant il est géographiquement excentré et indépendant.

L'établissement d'une capacité de 20 lits en chambre individuelle, propose une cure de 5 semaines, et s'adresse à des personnes majeures avec une problématique de dépendance.

Une équipe pluridisciplinaire vous accompagne dans un travail psychothérapeutique.

***Pour tout renseignement, merci de contacter le secrétariat : 04. 92. 67. 06. 04  
Du lundi au vendredi, de 9h à 12h et de 13h30 à 16h30***

Madame, Monsieur,

Pour faire suite à votre demande, nous vous adressons un dossier d'admission à compléter.

Vous y trouverez une partie à conserver et une partie à nous renvoyer.

Tout dossier incomplet entraînera un retard sur son évaluation et la validation de la date d'entrée par la commission médicale.

Avec nos remerciements, recevez Madame, Monsieur, nos sincères salutations.

Le Médecin Cheffe de service

Dr Annie DURIEUX

## ORGANISATION THERAPEUTIQUE

### INDICATIONS A L'ADMISSION

#### Nous vous proposons :

- Une expérience psychothérapeutique groupale et individuelle.
- Re/découvrir par soi-même et pour soi-même une nouvelle qualité de vie HORS-PRODUIT.
- Re/trouver liberté et autonomie.
- Un sevrage physique avant l'entrée en cure est conseillé.

### LE DÉROULEMENT DU SEJOUR

- L'accueil : nous vous accueillons le lundi et le mardi à partir de 9 heures.
- Transport : si vous n'avez pas de véhicule personnel, les transports entre la gare de Larnage et le Centre, peuvent être assurés par nos soins sur demande.
- **Pour tout déplacement médicalisé (VSL) la prescription (ALLER/RETOUR) doit être anticipée par votre médecin. Nous privilégions le retour en autonomie.**
- Les premiers jours sont destinés au sevrage physique si nécessaire, et à la rencontre avec les lieux et l'équipe soignante.
- Le mercredi lors de la réunion « groupe des entrants », il vous sera présenté le déroulement, et le règlement de la cure.
- **Un contrat signé vous engagera à respecter les règles du centre et à vous investir dans le programme de soins.**
- Dès le jeudi vous commencerez les soins planifiés (cf. Exemple de planning), sur 5 semaines avec une sortie thérapeutique au 4<sup>ème</sup> week-end **(en autonomie de transport).**

## APERCU DES SOINS

### LES ACTIVITÉS EN GROUPE

- **GROUPE DES ENTRANTS** : Présentation des soins, du règlement et signature du contrat d'engagement
- **ART THERAPIE** : Approche thérapeutique créative
- **MUSIQUE EXPRESSION** : Ecoute musicale et verbalisation des ressentis
- **JEU DE ROLE**
- **GROUPE DE PAROLES** : Echange autour d'un sujet proposé par le groupe
- **ACTIVITE CORPORELLE** : Psychomotricité, relaxation, séances anti douleurs...
- **SEANCES D'INFORMATION** : Enseignements en addictologie
- **GROUPE DES SORTANTS** : Echanges entre l'équipe soignante et les curistes sortants
- **NAVETTE** : Sortie en ville accompagnée
- **SORTIE DECOUVERTE** : Sortie nature ou culturelle accompagnée

### LES ACTIVITÉS INDIVIDUELLES

- **LE TEMPS DE RETOUR AU CALME** : Retour à soi dans l'inactivité
- **LA SORTIE THERAPEUTIQUE** : Retour à domicile le 4ème week-end
- **SEANCES D'HYPNOSE ERICKSONIENNE**
- **IMAGE DE SOI et ESTIME DE SOI** : Invitation à un réinvestissement de son corps

### ENTRETIEN

- **AVEC UNE PSYCHOLOGUE** à votre demande ou proposé
- **AVEC UN INFIRMIER REFERENT**
- **AVEC UNE DIETETICIENNE**
- **AVEC UNE ASSISTANTE SOCIALE**
- **DE BILAN DE CURE** avec la psychiatre et l'infirmier à la 5ème semaine
- **MEDICAUX** : Psychiatre, addictologue, généraliste
- **AVEC L'ENTOURAGE** : peut se faire sur RDV, à l'entrée, pendant la cure, et à la sortie (Cf. document p. 5)

### ACTIVITÉS AMBULATOIRES

- **CONSULTATIONS AVEC MEDECIN**
- **CONSULTATIONS AVEC PSYCHOLOGUE**
- **REUNIONS BIMESTRIELLES**

## RENCONTRE AVEC L'ENTOURAGE DU PATIENT

Un temps de rencontre avec votre famille ou toute personne proche est proposé par l'équipe :

- **Entretien d'accueil** à l'entrée du patient,
- **Entretien de sortie** à la fin de la cure,
- Et si besoin, **entretien au milieu de la cure.**

Lors de la confirmation téléphonique de votre admission, veuillez nous dire si vous souhaitez bénéficier de ces entretiens, et notre secrétaire vous fixera le rendez-vous selon l'heure de votre arrivée et selon nos possibilités.

### Entretien d'accueil

Toute personne proche (conjoint, parent, ... ou ami) peut y participer.

Le but de cet entretien est de faire connaissance et de créer le lien avec vous.

Nous répondrons à vos questions et vous expliquerons les principes de la prise en charge à Arzeliers.

### Entretien en milieu de cure

Il peut être organisé à la demande du patient, de sa famille ou celle de l'équipe.

En effet, il arrive que le processus de soins soit difficile car il nécessite souvent une remise en question, et peut toucher à des choses sensibles chez le patient ou l'entourage.

### Entretien de sortie

Il servira pour échanger avec vous et avec le patient sur son évolution, ses difficultés et ses progrès, sur ses projets d'avenir.

## CHARTRE DU CENTRE D'ADDICTOLOGIE D'ARZELIERS

**Sont formellement interdits l'introduction et la consommation dans le centre :**

- De boissons alcoolisées
- De médicaments non prescrits
- De substances illicites (drogues...)
- Le séjour se déroule dans un climat de respect et de confiance mutuelle, néanmoins des contrôles (fouilles, éthylo-tests, tests urinaires, salivaires...) peuvent être effectués.

Nous vous conseillons de ne pas vous investir dans une relation sentimentale qui vous détournerait de votre projet de soin.

La participation et la ponctualité aux différentes activités thérapeutiques sont impératives.

**Évidemment toute forme de violence est interdite**

**LE NON RESPECT DE CES REGLES SIGNIFIE UNE FIN DE SEJOUR.**

## RÈGLEMENT INTÉRIEUR

### L'ADMISSION, LA CHAMBRE, LES RÈGLES DE VIE COLLECTIVE

**Dès l'admission :** Chaque patient est tenu de remettre au personnel soignant :

- Tout produit alcoolisé ou toxique
- Les médicaments personnels
- Les clefs de son véhicule
- Tout objet dangereux

**La chambre est un espace individuel :** Seul le personnel est autorisé à y entrer.

- Interdiction de déplacer le mobilier, d'afficher sur les murs.
- Cafetière, bouilloire et denrées périssables sont interdites. Vous pouvez amener un thermos et un mug.
- Un coffre est à votre disposition dans le placard (l'établissement décline toute responsabilité en cas de vol).

**Règles de vie collective :** La vie en collectivité impose à chacun le respect mutuel.

- Il est interdit de fumer et de vapoter dans les locaux.
- Il est demandé d'adopter une tenue décente et adaptée ainsi qu'une hygiène correcte
- Chacun doit regagner sa chambre à 23h. Toutes les portes, ainsi que l'office sont fermées de 23h à 6h30.
- Respect de différents locaux, communs ou chambres
- Respect de l'autre et des autres et notamment, attention aux nuisances sonores (radio, télé, portables...)

**Le téléphone :**

- Vous pouvez recevoir des appels téléphoniques sur le standard de 12h30 à 14h et de 19h30 à 21h. Les téléphones portables doivent être éteints pendant les activités.

**Le courrier :**

- Remis et expédié chaque jour ouvrable (timbres et enveloppes à votre charge).
- Les colis et les lettres pourront être vérifiés par l'infirmier(e) avec vous.

**Les ordinateurs portables et tablettes personnels :**

- Sont déconseillés
- Nous ne disposons que d'une connexion wifi limitée.
- En revanche, pour des démarches administratives, une connexion internet est possible sur un poste dédié.

**Les promenades :**

- Sont possibles à partir du deuxième week-end, sur un parcours défini et toujours accompagnées

**Les visites :**

- Vous pouvez recevoir la visite de vos proches le samedi et/ou le dimanche de 10h à 18h à partir du deuxième week-end.
- Elles se font dans les limites de l'enceinte de la structure ou sur le parcours défini

***EN DEHORS DE CES PROPOSITIONS, IL EST INTERDIT DE QUITTER L'ENCEINTE DE LA STRUCTURE.***

***LE NON RESPECT DU REGLEMENT INTERIEUR REMETTRA EN QUESTION LA POURSUITE DU SEJOUR.***

## INFORMATIONS DE PRISE EN CHARGE

- **AVANT VOTRE ADMISSION**, vérifiez vos droits, auprès de votre CPAM, et de votre mutuelle.

Si vous bénéficiez d'un accompagnement social en cours (accès au logement, finances, prise en charge, ...), il est possible de contacter l'Assistante Sociale du service, le mercredi, au 04.92.67.06.04. En effet, nous savons que certaines difficultés ou incertitudes peuvent parasiter l'investissement et l'engagement dans le projet thérapeutique que vous aurez à construire.

- **FRAIS DE SEJOUR**

Ils seront pris en charge par votre caisse de sécurité sociale.

- **Le ticket-moderateur** :

Il sera pris en charge selon votre situation :

- Par votre caisse de sécurité sociale si vous êtes à 100% (ALD)
- Par votre mutuelle si votre contrat couvre les hospitalisations relevant de la DMT 860

- **Le forfait hospitalier** :

15 euros /jour.

Il sera pris en charge en partie ou en totalité par votre mutuelle selon les modalités de votre contrat.

A noter :

Même si vous avez un 100%, vous êtes soumis au paiement du forfait hospitalier.

Le séjour est intégralement pris en charge pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire

- **La chambre particulière** :

Il est vous est proposé une chambre particulière.

Votre mutuelle la rembourse au Centre Hospitalier.

En l'absence de mutuelle, ou si celle-ci ne la prend pas en charge, le supplément ne vous sera pas facturé. **En aucun cas vous n'aurez à payer de supplément.**

- **TRANSPORT**

La couverture à 100% des frais d'hospitalisation de cette cure par la sécurité sociale ou les mutuelles **n'ouvre pas systématiquement à la prise en charge de votre retour à domicile en ambulance, VSL, ou taxi.**

Seules des raisons médicales particulièrement justifiées pourront faire l'objet d'une prescription par ce type de transport qui devra être fait par votre médecin adresseur en aller /retour. En effet, en fin de cure vous serez apte à regagner votre domicile autrement qu'en VSL ou taxi.

Par contre si vous le souhaitez un état des frais engagés en voiture particulière ou transport en commun pourra être effectué.

**N'oubliez pas qu'un des objectifs de la cure est d'aller vers plus d'autonomie.**

## LE TROUSSEAU

### « Ce qu'il vous faut apporter »

- La partie du dossier qui est à conserver
- Carte vitale
- Carte mutuelle
- Pièce d'identité
- Ordonnances et médicaments particuliers
- Nécessaire de toilette + serviettes de toilette + tapis de bain
- Attention : Tout produit d'hygiène contenant de l'alcool (ex : déodorant, parfum, après rasage...) est interdit.
- NB : ces produits existent sans alcool
- Pour les fumeurs de cigarettes et vapoteuses, prenez vos dispositions (le premier accompagnement en ville se fait en deuxième semaine)
- Pour autant, un accompagnement au sevrage tabagique vous est proposé.
- Argent de poche
- Tenues adaptées aux activités corporelles (relaxation, randonnée)
- Lessive : une machine à laver est à votre disposition mais la lessive n'est pas fournie
- Papeterie : stylos, feuilles ou cahier, enveloppes, timbres...

### POUR INFORMATION :

- Les chambres ne possèdent ni télévision, ni téléphone.
- Deux salles télévision avec lecteurs DVD, ainsi que livres, BD, et jeux de société sont à votre disposition.
- Les locaux possèdent une connexion wifi très limitée et peu accessible dans les chambres...
- L'établissement ne possède pas d'équipement sportif.
- Aucune arme, ni objet contondant ne sont autorisés.
- Aucun appareil tel que bouilloire, cafetière, rallonge... ne sont autorisés.

PAGE A CONSERVER

## DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

### Rappel des dispositions légales :

**Art. L.1111-6 du Code de la Santé Publique (Modifié par Ordonnance n°2018-20 du 17-01-2018 - art. 2)**

*Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le Médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut surtout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.*

*Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens Médicaux afin de l'aider dans ses décisions.*

*Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, ou dans un hôpital des armées ou à l'Institution Nationale des invalides, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.*

*Dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant s'assure que celui-ci est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation.*

*Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.*

Je soussigné(e) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mme,	
Nom : .....	
Prénom : .....	
Date de naissance : .....	
Adresse : .....	
IPP : .....	
Service : HC ADDICTOLOGIE	
<input type="checkbox"/> Ne souhaite pas désigner une personne de confiance	
<input type="checkbox"/> Désigne comme personne de confiance (dont la mission est rappelée dans l'article ci-dessus) :	
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mme,	
Nom : .....	
Prénom : .....	
Téléphone : .....	
Qualité (lien avec la personne) : .....	
<b>VISA DE LA PERSONNE DE CONFIANCE</b> Fait à : ..... le : ..... Signature :	<b>VISA DE LA PERSONNE HOSPITALISEE</b> (Ou prise en charge) Fait à ..... le : ..... Signature : N'est pas en mesure de signer : <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Révocation de la personne de confiance <span style="float: right;">Signature :</span> Fait à ..... le : .....	

*Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, chaque patient dispose sur les données personnelles le concernant d'un droit d'accès (art. 34 à 38 de la loi), de rectification (art. 36 de la loi) et d'opposition (art. 26 de la loi), qu'il peut exercer auprès du directeur de l'établissement, par courrier.*

Nom : .....

Prénom : .....

## DOSSIER PATIENT

(A REMPLIR PAR LE PATIENT)

### INFORMATION ADMINISTRATIVES

Madame     Monsieur

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Et lieu de Naissance : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

Profession : .....

Si sans profession :  Chômage     Retraite     Invalidité     AAH     RSA

Situation familiale :  Célibataire     Marié(e)     PACS     Veuf (ve)     Divorcé(e)

Nombre d'enfants, âge : .....

### PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS DE BESOIN

Nom : ..... Prénom : .....

Lien avec le patient (parent, ami (e), proche, médecin etc.) : .....

Téléphone : .....

### COUVERTURE SOCIALE

Caisse d'assurance maladie (**merci de joindre une attestation de droits à jour**)

N° de sécurité sociale : .....

Caisse d'assurance sociale : .....

Êtes-vous bénéficiaire :  CMU     ALD     Invalidité

**Mutuelle (merci de joindre une photocopie recto-verso de votre carte mutuelle)**

Nom : .....

Prénom : .....

**SERVICE SOCIAL (le cas échéant)**Curateur Tuteur Travailleur Social 

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... Fax : .....

Mail : .....

**Difficultés particulières :**

- Un logement ou un hébergement est-il prévu à la sortie ?

- Chez lui  
 Dans sa famille  
 Dans un foyer  
 Autre  
 Aucun logement à la sortie

Une réadmission dans le service d'origine est-elle prévue ?

- OUI       NON

Si oui, coordonnées de la personne à joindre pour l'organisation du retour :

.....

.....

- Le patient bénéficie-t-il d'une mesure de protection :

- Tutelle  
 Curatelle

**Merci de demander au patient de remplir la page lettre de motivation en fin de dossier,  
indispensable à son examen.**

Nom : .....

Prénom : .....

## DOSSIER MÉDICAL

(A REMPLIR PAR LE MÉDECIN ADRESSANT LE PATIENT)

### I. IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

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

### II. IDENTIFICATION DU MÉDECIN ADRESSANT LE PATIENT

Nom : ..... Prénom : .....

Fonction : .....

Adresse : .....

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

Téléphone : ..... Mail : .....

Etes-vous le médecin traitant du patient ?  OUI  NONEtes-vous le spécialiste qui suit le patient ?  OUI  NON**Médecin traitant habituel :**

Nom : ..... Prénom : .....

Fonction : .....

Adresse : .....

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

Téléphone : ..... Mail : .....

### III. CONDUITES ADDICTIVES ACTUELLES

 Tabac Alcool Cannabis Cocaïne Héroïne Autres produits, le(s)quel(s) : ..... Médicaments, le(s)quel(s) : .....Addiction sans produit ?  OUI  NON Si oui, laquelle ? .....Traitement de substitution aux opiacés ?  OUI  NONSi oui lequel ?  Méthadone  BuprénorphineY' a-t-il mésusage ?  OUI  NON

**Durant le séjour, un accompagnement à la réduction de la consommation de tabac  
sera systématiquement proposé.**

Nom : .....

Prénom : .....

**IV. LA DEMANDE DE CURE ÉMANE (plusieurs réponses possibles)**

- Du patient  
 De son entourage  
 D'une proposition médicale  
 De la justice

**V. HISTOIRE DE L'ADDICTION À PRENDRE EN CHARGE**

Y a-t-il eu des sevrages physiques antérieurs (hospitalisation &lt;12jours) ou des sevrages ambulatoires médicalisés ?

- OUI       NON

Y a-t-il eu des cures antérieures (hospitalisation > 21 jours) ?       OUI       NON

Lieux	dates

Le patient a-t-il actuellement un suivi spécialisé ?       OUI       NON

- Psychiatre      Nom : Dr .....  
 Psychologue  
 Addictologue      Nom : Dr .....  
 Association d'entraide

**VI. ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES**

- Troubles dépressifs  
 Troubles bipolaire  
 Troubles anxieux  
 Trouble de la personnalité  
 Antécédents tentative de Suicide  
 Trouble du comportement alimentaire  
 Hospitalisation en psychiatrie      Date :

**Éléments cliniques notables actuels :**

Nom : .....

Prénom : .....

**VII. ANTÉCÉDENTS SOMATIQUES**

Poids : ..... Taille : ..... IMC : .....

Le patient suit-il un régime particulier ?  OUI  NON Si oui, précisez : .....

➤ Médicaux : .....  
.....

➤ Chirurgicaux : .....  
.....

➤ Allergies :  OUI  NON Si oui, précisez : .....

**VIII. AUTONOMIE DU PATIENT**

Le patient est-il capable d'assurer les gestes de la vie quotidienne ?  OUI  NON

Existe-t-il un déficit sensoriel (auditif ou visuel ?  OUI  NON

**IX. TRAITEMENT ACTUEL : joindre une copie de la dernière ordonnance + dernier bilan biologique récent.**

**Parcours addictologique motivant la demande de cure.**

Date : ..... Nom du praticien : .....

Signature :

Nom : .....

Prénom : .....

## LETTRE DE MOTIVATION

Pour mieux personnaliser votre projet thérapeutique, nous vous invitons à remplir ce document le plus précisément possible.

Ces informations, soumises au secret médical, resteront confidentielles.

Quelles sont vos motivations à la demande de soins ?

Comment imaginez-vous les changements dans votre vie à l'issu de votre séjour ? (Projets, bénéfices...)

## LISTE DES DIFFERENTS DOCUMENTS A RENVOYER

*(Par courrier, messagerie sécurisée ou fax)*

### TOUT DOSSIER INCOMPLET ENRAINE UN RETARD DANS SON EVALUATION

- Fiche administrative remplie et signée par le patient.
- Photocopie carte vitale et mutuelle à jour.
- Photocopie d'une pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport, permis de conduire).

Pour vous connaître :

- Dossier médical rempli et signé par le médecin.
- Bilans sanguins et comptes rendu d'examens récents.

## PLAN D'ACCES

