

P R E A M B U L E

Madame, Monsieur,

Vous avez le projet d'entrer au Centre Mutualiste d'Addictologie de Saint Galmier.

Ce séjour doit s'intégrer dans une démarche globale de prise en charge d'une addiction à un (des) produit(s) psycho-actif(s) (alcool, cannabis, opiacés, tabac etc...) et/ou à des comportements répétitifs (jeu, achats, sexe etc....):

→ **Avant votre arrivée** : vous devez avoir déjà démarré des soins relatifs à vos problèmes d'addiction afin d'avoir pu mieux les cerner et les comprendre et d'être en capacité de suffisamment contrôler vos consommations ou vos comportements pour souscrire au contrat thérapeutique (cf page 2). Par exemple sevrage physique pour l'alcool, recours à des traitements de substitution, etc...

→ **Après votre séjour** : vous devez avoir déjà pensé à votre suivi ultérieur après les cinq semaines dans notre centre.

Vous pouvez remplir le dossier d'admission, que vous soyez déjà stabilisé, en cours d'hospitalisation ou en voulant programmer une pré-hospitalisation (sevrage) en fonction de la date de séjour que nous vous proposerons.

Ce dossier d'admission comporte :

- **Le contrat thérapeutique** (page 2) à lire très attentivement
- **Un questionnaire comprenant :**
 - ✗ *Un volet personnel* (pages 3 à 6) à remplir par vous-même
 - ✗ *Un volet médical* à remplir conjointement par vous et votre médecin (page 7) puis à compléter par votre médecin seul (page 8).
- **Des documents administratifs indispensables :**
 - ✗ *La photocopie de l'attestation papier de votre carte vitale*
 - ✗ *La photocopie de votre carte de Mutuelle (Attention, à vérifier toutes les mutuelles ne couvrent pas les séjours en addictologie)*
 - ✗ *Uniquement si vous ne résidez pas en Rhône-Alpes, l'entente préalable de prise en charge par votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie : la demande se fait en adressant au Contrôle Médical de votre CPAM, un certificat médical précisant la cause du séjour, la durée de 5 semaines et le lieu (Centre Mutualiste d'Addictologie St Galmier).*

Notre commission administrative statuera sur votre dossier complet dans la semaine suivant sa réception : un courrier vous précisera alors votre date d'entrée ainsi que les démarches éventuelles en fonction de votre situation (éventuellement documents à compléter, confirmation téléphonique, consultation préalable, etc...)

Remplissez avec soins ce dossier d'admission (éventuellement en vous faisant aider), même si cela est long : ceci facilite l'étude de votre demande et donc notre réponse.

Vous remerciant par avance de votre collaboration.



Docteur Christian DIGONNET
Chef d'Etablissement

C O N T R A T T H E R A P E U T I Q U E

Si vous avez décidé de faire un séjour de 5 semaines au CMA, c'est que vous avez fait le constat, ces derniers temps, que tout(e) seul(e) vous n'arriviez plus à vous arrêter ou à contrôler votre consommation de produit(s) psycho-actif(s): vous avez donc admis qu'il vous fallait une aide extérieure et qu'il fallait vous imposer à vous-mêmes des contraintes momentanées pour retrouver plus tard votre indépendance.

Ces contraintes correspondent à des interdictions et des obligations qui ne sont pas celles d'un règlement dicté et surveillé par les soignants : ce sont les clauses d'un contrat thérapeutique passé entre vous et nous :

- Pour vous permettre les évolutions et les changements que vous espérez,
- Pour nous assurer du cadre de soins et de la cohérence dont nous avons besoin dans notre travail thérapeutique.

Restrictions sur les produits psycho-actifs :

Le CMA est un « environnement protégé » où chacun doit subir le moins possible de risques de « craquer » :

- Les produits illicites sont strictement interdits dans le centre : vous ne devez pas en amener sous quelque forme que ce soit, ni vous en faire amener, ni en fournir à d'autres patients. Nous avons étendu cette interdiction à l'alcool et à tout médicament non prescrit par un médecin du centre.
- Le tabac est toléré à la condition d'être fumé en dehors du bâtiment.
- Sur la totalité de votre séjour (permissions comprises), vous vous engagez à vous abstenir du (des) produit(s) dont vous êtes addict et qui a (ont) motivé votre séjour dans le centre.

Vie Sociale.

Le CMA est une mini-société où chacun peut réapprendre une vie sociale sans produit(s) (privilégier la vie avec les autres, limiter les temps de repli sur soi).

- Vous participez à la vie quotidienne où chacun a une part active dans l'entretien des équipements, dans le maintien d'une bonne hygiène individuelle, dans le respect mutuel des projets de soins de chacun et dans le souci de convivialité.
- Vous prenez part à la vie institutionnelle où une réunion hebdomadaire obligatoire permet d'organiser les espaces et périodes de vie collective (bar thérapeutique, salons, soirées organisées etc...).

Observance thérapeutique.

Le CMA est un établissement de santé où vous devez être actif dans vos soins :

- Le suivi médico-psychologique individuel avec consultations, bilans....
- Les séances de thérapie de groupe (obligatoires)
- Les activités d'animation.

Sorties réglementées.

Le CMA constitue une « période parenthèse » de rupture dans les habitudes de vie et de recentrage sur vous-même :

- Les sorties ne sont pas autorisées en semaine ;
- Sur toute la durée du séjour les visites de l'entourage sont autorisées mais limitées au week-end (après-midis) et le mercredi (17-19h) ;
- Les permissions de week-end ne sont possibles qu'à partir de la troisième semaine de séjour.

Signer un contrat thérapeutique, c'est un engagement réciproque, librement consenti entre vous et nous :

Notre rôle en tant que soignants est de faire le maximum pour vous aider à respecter ce contrat dans un souci constant de compréhension, de discussion, de soutien et de persuasion en nous gardant de tout dirigisme ou coercition.

Votre rôle en tant que patient est de faire tous vos efforts pour respecter la parole donnée mais de ne pas hésiter à faire état de vos difficultés et à demander de l'aide sans attendre un niveau insupportable de malaise, de tension et d'anxiété où passage à l'acte et transgression ne peuvent amener que la rupture.

En conclusion, ce long document peut se résumer par une seule exigence mutuelle : à notre forte motivation de vous aider et vous accompagner doit correspondre chez vous une forte motivation de vous soigner.

St-Galmier, le

Signature :

Date de la demande: ____/____/____

E T A T C I V I L	
NOM d'usage :	NOM de naissance :
Prénom :	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Date de Naissance :	Lieu de naissance :
Adresse du domicile :	
Code Postal :	VILLE :
Téléphone :	

S I T U A T I O N P R O F E S S I O N N E L L E
Salarié / Chômage / Retraité / Etudiant / Invalidité / Autre
Précisez votre métier :.....
Si vous êtes en arrêt, depuis quand ?
S I T U A T I O N F A M I L I A L E
Célibataire / Marié / Divorcé / Veuf / Séparé / Remarié
Avez-vous des enfants : oui / non
Combien :..... Ages :
Vivez-vous seul : oui / non
Si non précisez avec qui (conjoint, enfants, parents, etc...) :.....

C O N T A C T S
Médecin traitant (<i>déclaré à la sécurité sociale</i>)
NOM : Prénom :
Adresse :
Tél :
Personne à prévenir (<i>en cas d'urgence / de nécessité</i>)
NOM : Prénom : Lien de parenté :
Adresse :
Tél :
Personne de confiance (<i>pour éventuellement vous représenter</i>)
NOM : Prénom : Lien de parenté :
Adresse :
Tél :
Tuteur/ Curateur :
NOM : Prénom :
Adresse :
Tél :

P R I S E E N C H A R G E D U S E J O U R

Les documents administratifs indispensables à nous joindre :

- La photocopie de l'attestation papier de la carte vitale
- La photocopie de la carte de Mutuelle (recto/verso)

M O D E D ' E N T R E E

Date d'entrée souhaitée :

Nom du médecin qui vous adresse au C.M.A. :

Adresse :

Téléphone : Fax :

Comptez-vous venir :

→ De votre domicile

→ Directement par transfert de l'hôpital ou d'une clinique

Quel établissement?

Parce que vous êtes hospitalisé actuellement

depuis le : ____/____/____

Parce que vous serez hospitalisé juste avant votre entrée au C.M.A.

à partir de ____/____/____

Pour vous envoyer la réponse de notre commission d'admission dans les 8 jours, précisez nous :

L'adresse où l'on peut vous joindre si adresse différente de votre adresse habituelle :

.....

Tél. :

H E B E R G E M E N T

Le centre a été conçu pour fonctionner avec des chambres à 2 lits mais dispose seulement de 11 chambres individuelles qui sont attribuées en fonction d'une liste d'attente à confirmer le jour de l'entrée.

Désirez-vous :

Une chambre à 2 lits

Une chambre à 1 lit (Attention supplément)

ACCOMPAGNEMENT(S) ACTUEL(S) DANS VOS SOINS

En plus du médecin qui fait cette demande avec vous, qui vous aide actuellement dans vos soins ?

Autres médecins

NOMS :

Tél :

Spécialité :

Assistante sociale / Travailleur social

NOMS :

Tél :

Associations

NOMS :

Tél :

Autres (famille, ami,...)

NOMS :

Tél :

Parmi les gens qui vous aident demandez à quelqu'un de donner son avis sur votre demande :

NOM : QUALITE :

DESCRIPTION DE VOS PROBLEMES

Votre (vos) Addiction(s) : perdre le contrôle d'une consommation ou d'un comportement.
Quel est le produit consommé (ou le comportement addictif) qui justifie le plus votre demande de séjour ?
Depuis combien de temps avez-vous des difficultés avec ce produit (ou ce comportement) ?
Avez-vous d'autres produits ou comportements associés qui pose le même type de problème ?
Les principales conséquences dans votre vie :
Sur votre santé physique ? (maladie du foie, cœur, accidents, etc...)
Sur votre santé psychique ? (dépressions, angoisses, changement de caractère, etc...)
Sur votre vie affective ? (relations amicales, conjugales, etc...)
Sur votre vie familiale ? (avec vos enfants, vos parents, etc...)
Sur votre vie professionnelle ? (échecs, précarité, influences, etc...)
Sur votre situation financière ? (dettes, mesures de protection, etc...)
Motivation(s)
Décrivez ce qui vous a le plus motivé à vous soigner ces temps-ci ?

TAMPON DU MÉDECIN	
NOM : Prénom :	Date : Signature :
Merci de nous joindre <ul style="list-style-type: none"> · L'ordonnance en cours <input type="checkbox"/> · Les derniers résultats paracliniques (<i>Fonction hépatiques, Sérologie : B - C - VIH, ECG, Résultats radio pulmonaire, Vaccinations : BCG - Tétanos, Transfusion/Produits sanguins récents</i>) <input type="checkbox"/> 	

P A R T I E C O N J O I N T E (à remplir conjointement patient/médecin)	
Patient	Médecin
Qu'attendez-vous principalement du séjour au C.M.A. ? <div style="border-left: 1px dotted black; height: 150px; margin-left: 50px;"></div>	
Quelles sont les principales causes d'inquiétude ou principales difficultés que vous craignez durant ce séjour ? <div style="border-left: 1px dotted black; height: 150px; margin-left: 50px;"></div>	
Après le séjour, y-a-t-il un projet de soin défini ? <div style="border-left: 1px dotted black; height: 150px; margin-left: 50px;"></div>	
Après le séjour, quels projets de changement sont envisagés ? (professionnels, familiaux, etc...) ? <div style="border-left: 1px dotted black; height: 150px; margin-left: 50px;"></div>	

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (à remplir par votre médecin adresseur)		
Histoire addictologique (alcool, tabac, drogues, TCA, etc...) :		
Soins en addictologie (en particulier séjours ou suivis spécialisés)		
Pathologies actuelles / associées :		
Système nerveux :		
Cardio-vasculaire :		
Hépatiques / Pancréatiques:		
Chirurgicaux :		
Psychiatriques :		
Autres:		
Contre-indications	Allergies	Régimes

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION				
(Précisez si chacun des éléments suivants est absent , présent , ou prépondérant dans votre indication du séjour)				
Eléments	Abs.	Prés.	Prép.	Précisions éventuelles
Addictions multiples				
Echecs répétés des prises en charge antérieures				
Injonction / Obligation				Préciser justice, travail, entourage...
Complication(s) somatique(s) imposant l'arrêt				
Trouble(s) psychiatrique(s) associé (s)				
Isolement (absence de réseau relationnel)				
Autre :.....				