



Promo Soins

Maures Estérel - UDV



ACT - Appartement de
Coordination Thérapeutique

ACT - Hors les murs

DOSSIER SOCIAL

SOMMAIRE

NOTICE	3
DOSSIER SOCIAL DE DEMANDE D'ADMISSION	6
RAPPORT SOCIAL ET PROJET A LONG TERME PRÉCONISÉ.....	10

NOTICE

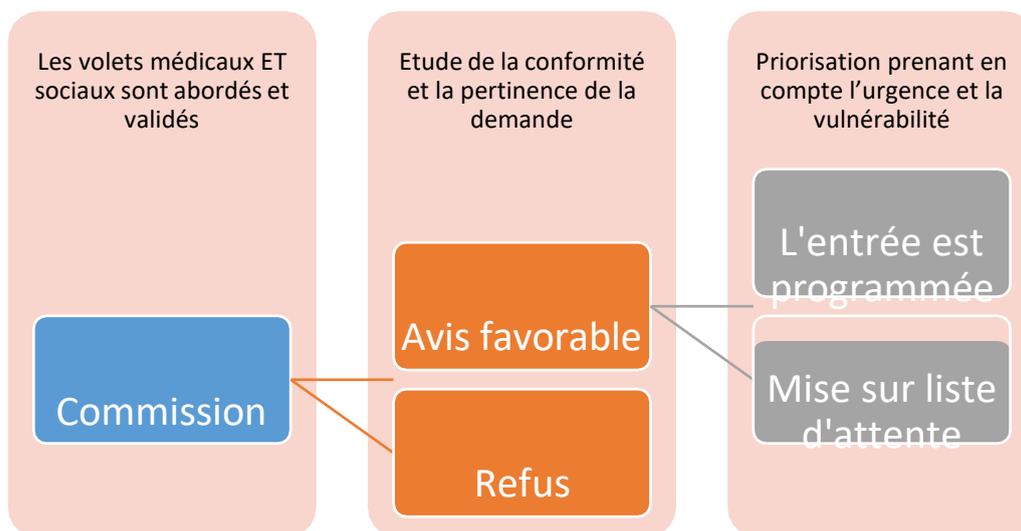
Chers partenaires,

Vous êtes sur le point de nous faire parvenir un dossier de demande d'admission en :

- **Appartement de coordination thérapeutique avec hébergement**
- **ACT hors les murs**

Ce dossier doit être dûment renseigné tant dans la **partie sociale** que **médicale** et complété par tous les documents sociaux et médicaux à votre disposition. Les ordonnances en cours, les bilans et examens, les comptes rendus d'hospitalisations et de consultations sont un plus, voir indispensables selon les dispositifs. Sans ces pièces complémentaires fournies en même temps que la demande d'admission, le dossier ne pourra être traité par l'équipe (hors dispositifs hors les murs).

Voici le **parcours de la demande** après réception dans les établissements ou guichets unique :



Nous attirons votre attention sur le fait que le dépôt du dossier de demande d'admission ne vaut pas admission. L'association s'engage à vous apporter une réponse écrite dans les plus brefs délais suite à son dépôt considéré complet. Le dossier doit être renseigné de manière la plus complète possible. En cas de besoin, vous pouvez contacter le secrétariat.

Le dossier de demande d'admission en ACT, ACT Hors les murs comporte :

- **Un volet médical** (annexe à part en raison de la confidentialité),
- **Un volet social** et
- **Une demande de la personne elle-même** (la personne peut être aidée sur cette partie)

Les prises en charge des ACT et ACT Hors les murs s'appuient sur des équipes pluridisciplinaires comprenant à la fois du personnel médical et du personnel social pour proposer une prise en charge médico- psycho-sociale globale et coordonnée.

ZOOM SUR LES DISPOSITIFS

Les Appartements de Coordination Thérapeutique avec hébergement accompagnent les personnes, majeures atteintes d'une maladie chronique sévère et présentant des vulnérabilités psychologiques et sociales, quelles que soient la situation administrative.

Les appartements de coordination thérapeutique fonctionnent sans interruption et assurent des missions d'hébergement à titre temporaire des personnes mentionnées au premier alinéa, ainsi que des missions de suivi et de coordination des soins, de soutien à l'observance des traitements et d'accompagnement psychologique, ainsi qu'une aide à l'insertion. Les usagers des ACT ne nécessitent pas une hospitalisation.

Les ACT « Hors les murs » permettent de développer des interventions pluridisciplinaires temporaires au sein de toute forme d'habitat. Ils s'adressent aux usagers les plus éloignés de l'offre de soins et des dispositifs de prévention. Ils proposent un soutien dans la gestion de la vie quotidienne et une aide à l'insertion. Ils peuvent assurer les missions complémentaires d'accompagnement médicosocial sans hébergement. » Les ACT « Hors les murs » accompagnent des personnes atteintes d'une maladie chronique :

- Qui disposent d'un logement ;
- Accueillies dans des dispositifs sociaux qui correspondent à leur niveau d'autonomie mais dont la prise en charge doit être adaptée à leur situation de santé, ce pour quoi les professionnels du secteur de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion (AHI) ne sont pas formés. L'accompagnement se caractérise alors par son centrage sur la santé, principalement autour de la coordination des soins, en complémentarité avec celui réalisé dans les autres domaines par les professionnels de l'établissement d'hébergement.
- Vivant à la rue ou dans des habitats de fortune qui ne peuvent ou ne veulent intégrer un ACT avec hébergement, en tout cas dans un premier temps, alors que leur état de santé réclame un accompagnement psycho-médicosocial immédiat

L'accompagnement en ACT est temporaire, il est contractualisé sur une période de 6 mois renouvelable.

Il vise une autonomie en santé et dans la vie quotidienne, le cas échéant une orientation vers un dispositif d'aval (structure de l'AHI, des secteurs personnes âgées ou personnes handicapées, lit d'accueil médicalisé, lits halte soins santé ...).

CRITERES D'ADMISSION/INCLUSION

- Pathologies chroniques somatiques (ou suspicion de)
- Besoin de coordination médico-psycho-sociale

CRITERES DE NON ELIGIBILITE

- Addictions isolées
- Pathologies psychiatriques non stabilisées ou isolées

A NOTER :

Les troubles psychiatriques ou troubles cognitifs sévères (avec refus de la personne de les travailler) seront un motif de non admission/inclusion pour une intervention **ACT Hors les murs à domicile**.

Ce critère de refus ne vaut pas pour les interventions ACT Hors les murs à la rue, ou en AHI.

DOSSIER SOCIAL DE DEMANDE D'ADMISSION

À adresser par voie postale à 24 rue Grisolle 83600 Fréjus

Ou par messagerie sécurisée à accueil@promosoinsesterel.fr

Appartement de coordination thérapeutique (ACT) avec hébergement

ACT Hors les murs avec différents modes d'interventions possibles :

- Un accompagnement « ACT Dom » ou « ACT à domicile » dans le logement d'une personne, comme dans le cadre de suivi d'une personne sortante d'un ACT avec hébergement ;
- Un accompagnement d'une personne hébergée dans un établissement d'hébergement social (n'ayant pas d'équipes spécialisée pour un accompagnement médical) ou dédié aux demandeurs d'asile ;
- Un accompagnement auprès d'une personne ayant un lieu non prévu pour l'habitation (rue, véhicule, hall d'immeuble, abri de fortune, ...) ou un hébergement précaire (chez des proches ou une chambre d'hôtel payée par une association ou un autre organisme d'aide, ...)

Structure ou personne à l'initiative de la demande (Raison sociale et adresse) :

.....
.....

Nom et qualité du professionnel :

Tél :

Mail :

Le

DOSSIER ACT et ACT hors les murs

**Merci de renseigner tous les items contenus dans le dossier.
Tout dossier incomplet ne pourra être traité et sera renvoyé à l'expéditeur.**

IDENTITÉ DE LA PERSONNE CONCERNÉE PAR LA DEMANDE

NOM - Prénoms :

Date de naissance :

Féminin Masculin Transgenre

Tél :

Mail :

Adresse actuelle et/ou organisme de domiciliation :

.....
.....

Lieu de vie actuel : Rue Squat Hébergé(e) chez un tiers Hospitalisé(e) Autre (préciser) :

.....

Si logement autonome, préciser statut : Locataire Propriétaire Autre (préciser) :

.....

Mesure de protection ou suivi extérieur : Oui (préciser) :

Carte vitale : Oui Perdue/à refaire En cours de fabrication

Document d'identité : CNI Passeport

Nationalité : Française CCE Autre (préciser) :

Date d'entrée en France : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Francophone : Oui

Non francophone, langue utilisée : : Lu, Écrit

Nature du titre de séjour :

Validité du titre de séjour jusqu'à :

Situation familiale : Célibataire Marié/e Divorcé/e Séparé/e Veuf/ve Pacsé/e

Enfant(s) Oui Non

Nombres

A charge Oui Non

Droit de visite Oui Non

Présence d'un animal ? Non Oui

DOSSIER ACT et ACT hors les murs

DÉMARCHES EN COURS : Non Oui, précisez :

.....

DÉMARCHES NON ABOUTIES : Non Oui, précisez :

.....

AUTRE(S) INTERVENANT(S) PROFESSIONNEL(S) CONNU(S) ? Non

Oui, précisez Nom-Prénom, Profession, Organisme, coordonnées (tél, mail) :

.....

COUVERTURE SANTÉ : Sans

N° Sécurité Sociale :

Organisme de rattachement :

Droits de base PUMA CMU ALD

Mutuelle valable du au

CSS valable du au

AME valable du au

Autres :

MDPH : Non

Oui, N° de dossier ou coordonnées du référent (nom, mail, tél)

.....

PCH : Oui Non En cours

AEEH : Oui Non En cours

Demande en cours (envoyée le))

Refus, indiquer département, date et motif :

.....

APA : Non

Oui, N° de dossier ou coordonnées du référent (nom, mail, tél)

.....

Demande en cours (envoyée le)

Refus, indiquer département, date et motif :

.....

DOSSIER ACT et ACT hors les murs

RESSOURCES : Sans

Salaire RSA Retraite Pensions AAH ARE

Autres Montants mensuels :

N° Allocataire CAF :

Dossier de surendettement : Non Oui En cours

Numéro de dossier :

Décision :

Dettes, prêts, crédits : Non Oui, précisez :

.....

SUIVI JUDICIAIRE : Non

Oui, depuis le

Type de mesure :

Coordonnées du référent :

.....

.....

AUTRE(S) DEMANDE(S) d'établissements d'accueil sollicité(s) : Non

Oui, précisez le nom de l'établissement(s) :

.....

.....

Précisez si démarche inaboutie et motif de refus :

.....

.....

DOSSIER ACT et ACT hors les murs

Personne à prévenir (identité et coordonnées) :

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

Lien : Enfant Conjoint Autre (préciser) :

Personne de confiance (identité et coordonnées) :

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

Lien : Enfant Conjoint Autre (préciser) :

Date et signature :