



DOSSIER UNIQUE

ACT – Appartement de
Coordination Thérapeutique

LHSS – Lit Halte Soins Santé

LAM – Lit d'Accueil Médicalisé

ACT Hors les murs

LHSS mobile / EMSP

❗ Ce dossier ne concerne pas le dispositif ACT
« Un chez soi d'abord »

SOMMAIRE

NOTICE.....	2
DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION.....	5
DONNÉES MÉDICALES	6
AUTONOMIE	10



NOTICE

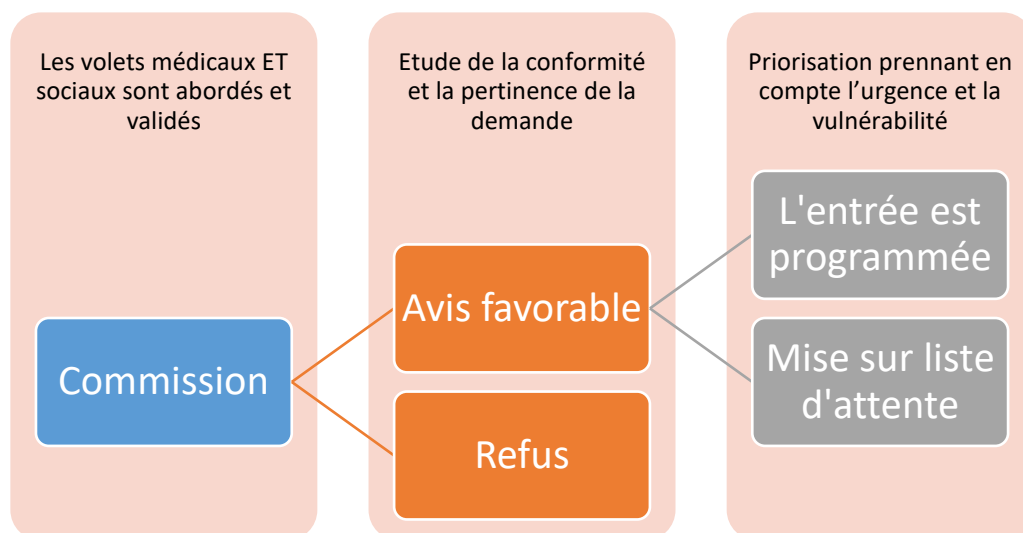
Chers partenaires,

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

- Appartement de coordination thérapeutique (**ACT**) avec hébergement
- **ACT hors les murs**
- Lit d'Accueil Médicalisé (**LAM**)
- Lit Halte Soins Santé (**LHSS**) avec hébergement
- **LHSS mobile / EMSP** (Equipe Mobile Santé Précarité)

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 indispensables. Sans ces pièces complémentaires fournies en même temps que la demande d'admission, le dossier ne pourra être traité par l'équipe.

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'établissement ou service sollicité 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 guichet unique ou le (ou les) établissement(s) que vous sollicitez.

Le dossier de demande d'admission en ACT, LAM, LHSS 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, LAM, LHSS 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 (ACT) avec hébergement accompagnent les personnes, majeures ou mineures (alors accompagnées d'au moins un des titulaires de l'autorité parentale) atteintes d'une maladie chronique sévère et présentant des vulnérabilités psychologiques et sociales. Un accompagnement est, en effet, indispensable pour ces patients dont la situation de précarité met en jeu la stabilisation de leur santé et, plus généralement, celle de leur bien-être et des autres dimensions de leur vie. Les usagers des ACT ne nécessitent pas une hospitalisation. Toutefois, leurs fragilités et leur dépendance dans l'accomplissement des gestes de la vie quotidienne affectent la bonne adhésion à leur parcours de soins ainsi que le suivi et la qualité de leurs démarches administratives et sociales.

Rattachés à un ACT avec hébergement et disposant des mêmes compétences, les **ACT « Hors les murs »** répondent au besoin de déployer des interventions pluridisciplinaires au sein de toute forme d'habitat, ou non, et visent les usagers les plus éloignés de l'offre de soins et des dispositifs de prévention.

Il importe de noter que si l'accompagnement en ACT est temporaire, il n'est pas limité dans le temps.

Les Lits Halte Soins Santé (LHSS) avec hébergement, accueillent des personnes sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue. La durée de séjour est temporaire : séjour de 2 mois renouvelables (voire plus selon les besoins et le contexte de la personne).

Les LHSS mobiles et les Equipes Mobiles Santé Précarité (EMSP) constituent une activité complémentaire de LHSS avec hébergement déjà autorisés.

Les LHSS pédiatriques accueillent des personnes mineures accompagnées de leur mère sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être pris en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue.

Le LHSS de jour est une porte d'entrée vers une prise en charge médico-sociale et coordonne le parcours de la personne dès son entrée au sein du dispositif grâce au développement d'une coopération avec l'ensemble des acteurs du territoire. Il permet ainsi d'articuler les secteurs du social, du médicosocial et du sanitaire dans une logique de prise en charge globale des besoins de la personne.

En complément des prestations médicales et paramédicales, le LHSS de jour propose des prestations à caractère social, assurées par des travailleurs sociaux, en fonction des besoins de la personne, permettant



notamment d'effectuer des démarches d'accès aux droits ou de les orienter vers les dispositifs d'insertion de droit commun et l'accès au logement ou à un hébergement.

Il peut aussi fournir des prestations en matière d'hygiène : douches, laverie, coiffure, pédicure, manucure, etc. Diverses activités, animations ou ateliers peuvent également être instaurés pour faciliter la création du lien. Selon les modalités d'intervention retenues, les équipes peuvent être amenées à subvenir ponctuellement à des besoins primaires des personnes (alimentation, hygiène).

Les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) prévus au 9° du I de l'article L. 312-1 du CASF, accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, atteintes de pathologies lourdes et chroniques de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures. La durée du séjour n'est pas limitée. Elle est adaptée à la situation sanitaire et sociale de la personne et permet la construction de son projet de vie.

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

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 MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION

Document confidentiel à l'attention du médecin coordinateur

À transmettre par voie postale sous pli confidentiel à :

.....

Ou par messagerie sécurisée à :

<input type="checkbox"/> Appartement de coordination thérapeutique (ACT) avec hébergement <input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Semi collectif <input type="checkbox"/> Collectif
<input type="checkbox"/> Lit Halte Soins Santé (LHSS) avec hébergement
<input type="checkbox"/> Lit d'Accueil Médicalisé (LAM)
<input type="checkbox"/> ACT Hors les murs avec différents modes d'interventions possibles : <ul style="list-style-type: none">• Un accompagnement « ACT Dom » ou « ACT à domicile » dans le logement d'une personne, comme par exemple 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, ...)
<input type="checkbox"/> LHSS mobile / EMSP (Equipe Mobile Santé Précarité)

MEDECIN INSTRUISANT DE LA DEMANDE :

NOM :

Tampon :

Etablissement :

Service :

Tél :

Mail :

IDENTITÉ DU PATIENT :

NOM - Prénoms :

Date de naissance :

☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Transgenre ☐ Intersexe

Tél :



DONNÉES MÉDICALES

TRES IMPORTANT ! Joindre les comptes rendus de consultation et d'hospitalisation les plus pertinents

PATHOLOGIE MOTIVANT LA DEMANDE D'ADMISSION :

.....

☐ Stabilisé ☐ Evolutif Stade :

Date du début de la maladie :

PATHOLOGIES ASSOCIÉES EN COURS :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TROUBLES PSYCHIQUES/PSYCHIATRIQUES : ☐ Oui ☐ Non

Si « oui », lesquels :

.....

.....

Suivi : ☐ Non ☐ Oui Service ou médecin référent :

Traitement : ☐ Non ☐ Oui, préciser :

.....

.....

.....

.....

.....

.....



SYMPTOMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES :

<input type="checkbox"/> Idées délirantes	<input type="checkbox"/> Irritabilité / instabilité de l'humeur
<input type="checkbox"/> Hallucinations	<input type="checkbox"/> Déambulation pathologique
<input type="checkbox"/> Agitation, agressivité	<input type="checkbox"/> Gestes incessants
<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Troubles du sommeil
<input type="checkbox"/> Anxiété	<input type="checkbox"/> Troubles de l'appétit
<input type="checkbox"/> Exaltation de l'humeur	<input type="checkbox"/> Désinhibition
<input type="checkbox"/> Apathie, indifférence	<input type="checkbox"/> Autres

Précisez :

CONDUITES ADDICTIVES : ☐ Alcool ☐ Tabac ☐ Autres addictions

Préciser :

Type de substitution :

Depuis quand :

Suivi en centre spécialisé : ☐ Oui ☐ Non

Suivi en médecine de ville : ☐ Oui ☐ Non

GROSSESSE EN COURS :

☐ Non ☐ Oui, date prévue d'accouchement :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX, CHIRURGICAUX :

.....

.....

.....

.....

.....

.....



TRAITEMENT EN COURS : (joindre une copie des dernières ordonnances pour les LHSS, LAM)

Médicamenteux :

.....

Autres :

.....

Gestion habituelle des traitements : Autonome : ☐ Oui ☐ Non

Par une IDE : ☐ Passage quotidien ☐ Passage hebdomadaire

Projet de soins :

.....

.....

.....

.....

La personne a-t-elle une bonne connaissance de sa pathologie ? ☐ Oui ☐ Non (préciser) :

.....

.....

.....

.....

VENTILATION : (concerne demande LHSS, LAM)

Oxygénothérapie : ☐ Non ☐ Oui (indiquer débit O2) :

Une oxygénothérapie à court terme est-elle susceptible ? ☐ Oui ☐ Non

VNI : ☐ Non ☐ Oui (indiquer débit O2) :

Kinésithérapie respiratoire : ☐ Non ☐ Oui (nombre de séances /semaine) :

Trachéotomie : ☐ Non ☐ Oui

SOINS TECHNIQUES ASSOCIÉS : (concerne demande LHSS, LAM)

☐ Pansement Temps des soins :

Préciser type de pansement, localisation, stade :

.....



DOSSIER UNIQUE ACT, LHSS, LAM et dispositifs hors les murs

☐ Soins cutanés

Préciser :

☐ Perfusion sous-cutanée

☐ Perfusion intra-veineuse, préciser :

Autre, préciser :

☐ Besoin en matériel spécifique (pompe à morphine, pompe à alimentation, ...) :

Présence d'un germe multi résistant : ☐ Oui ☐ Non

Précaution complémentaire :



AUTONOMIE

DÉFICIT COGNITIF ☐ Non ☐ Oui, préciser :

Alimentation	Hygiène/toilette	Continence
<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Besoin d'aide pour s'alimenter <input type="checkbox"/> Régime particulier : <input type="checkbox"/> Fausse route <input type="checkbox"/> Alimentation entérale <input type="checkbox"/> Alimentation parentérale	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/> Incontinence urinaire <input type="checkbox"/> Incontinence fécale <input type="checkbox"/> Sonde à demeure <input type="checkbox"/> Stomie (type) :
Communication	Déplacement / Orientation	Appareillage
<input type="checkbox"/> Aisance <input type="checkbox"/> Difficultés à s'exprimer <input type="checkbox"/> Difficultés de compréhension <input type="checkbox"/> Déficience auditive <input type="checkbox"/> Non verbale <input type="checkbox"/> Barrière de la langue : Dit quelques mots en français <input type="checkbox"/> Se fait comprendre pour la vie quotidienne <input type="checkbox"/> Conversation possible <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Difficultés physiques (escalier, marche prolongée...) <input type="checkbox"/> Difficultés de transport en commun du fait de : Troubles visuels <input type="checkbox"/> Pb de lecture ou de compréhension du français <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aide pour les déplacements : Totale <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grabataire	<input type="checkbox"/> Lit médicalisé <input type="checkbox"/> Verticalisateur <input type="checkbox"/> Lève malade <input type="checkbox"/> Matelas à air <input type="checkbox"/> Pace maker <input type="checkbox"/> Prothèse <input type="checkbox"/> Chambre implantable <input type="checkbox"/> Dialyse péritonéale <input type="checkbox"/> Cannes/béquilles <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Déambulateur

DOSSIER UNIQUE ACT, LHSS, LAM et dispositifs hors les murs

BESOIN D'ACCOMPAGNEMENT POUR :

<input type="checkbox"/> Compréhension de la maladie	<input type="checkbox"/> Compréhension du traitement
<input type="checkbox"/> Observance	<input type="checkbox"/> Coordination des soins

☐ Autre, précisez :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date :

Signature :

En application du Règlement Général sur la Protection des Données et de la Loi Informatique et Libertés, nous vous informons que nous collectons et traitons des données à caractère personnel vous concernant.

Ces données seront conservées à des fins statistiques pendant 2 ans et seront ensuite détruites.

