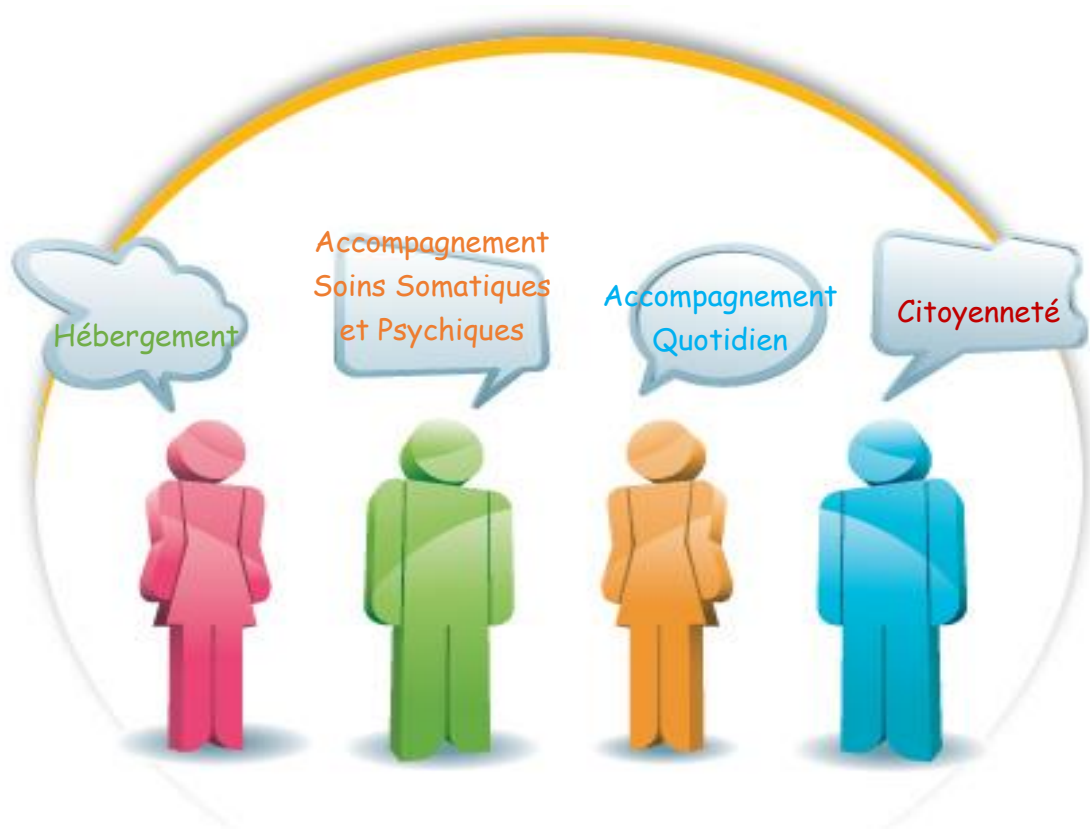


**DOSSIER D'ADMISSION POUR LES ACT**  
**LES HORIZONS DE REGAIN**



## **COMMENT FAIRE UNE DEMANDE D'ADMISSION sur les ACT les horizons de Regain ?**

**Au sein de l'espace santé – précarité d'Adages Regain  
421 rue de l'AGTHOIS  
34080 Montpellier**

L'article 1 du Décret n°2002-1227 du 3 octobre relatif aux appartements de coordination thérapeutique, définit la fonction des ACT : « Les appartements de coordination thérapeutique fonctionnent sans interruption et hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion. »

Des places ACT adaptées à l'accompagnement de 10 personnes en situation ou à risque de handicap psychique ont été créées dans le but d'améliorer leur état de santé psychique et somatique et de promouvoir leurs capacités et leur maintien ou engagement dans une vie active, sociale et citoyenne choisie.

### **LES MISSIONS ET OBJECTIFS GENERAUX DES ACT**

#### **Offrir un hébergement temporaire permettant une prise en charge médico-psycho-sociale**

- ✓ En mettant à disposition des logements individuels ou partagés, chaleureux, respectueux et sécurisants
- ✓ En favorisant l'intégration des personnes dans la cité
- ✓ En accompagnant les personnes dans le quotidien (stimulation et éventuelle mise en place d'aide à domicile)

#### **Offrir une prise en charge médicale**

- ✓ En assurant une coordination médicale, infirmière et psychologique
- ✓ En favorisant la continuité des soins psychiques et somatiques
- ✓ En accompagnant la personne dans une démarche de rétablissement avec la connaissance de sa maladie, de ses troubles et des clés permettant prévention et zone de « confort », afin d'éviter les décompensations ou d'assurer le maintien de la continuité du parcours de santé et d'insertion sociale

#### **Offrir une prise en charge sociale et éducative**

- ✓ En assurant un suivi individuel en articulation avec le projet de soins
- ✓ En accompagnant la personne en vue de l'ouverture des droits sociaux et dans la mise en œuvre d'une insertion sociale, professionnelle
- ✓ En cherchant une solution de réorientation adaptée à l'état de santé de la personne et tournée le plus possible vers le droit commun et l'accès à un logement

## **Mode d'emploi**

### **1 Qui relève de ce dispositif ?**

- personnes majeures en situation de vulnérabilité sociale et présentant des troubles psychiques ou à risque de handicap psychique.
- personnes stabilisées dans le soin et qui nécessitent un suivi médical ainsi qu'un accompagnement vers l'inclusion sociale.
- Personnes orientées par le secteur Accueil hébergement Insertion car sans chez soi (hébergées en CHRS, en logement adapté, chez des tiers, ...).
- Personnes hospitalisées au long cours avec un potentiel d'évolution vers une autonomie sociale.
- Personnes en situation ou en voie de précarisation.

Il est indispensable que :

- Ces personnes ne nécessitent pas une surveillance et protection 24h sur 24, et soient capable d'appeler les secours en cas d'urgence.
- Ces personnes acceptent un accompagnement médico-psycho social : rencontres, visites dans le logement temporaire mis à disposition.

### **2 Qui peut effectuer une demande d'admission aux ACT les Horizons de Regain?**

Tous les partenaires des champs du sanitaire, du médicosocial et du social de la Région qui rencontrent des personnes majeures en situation ou à risque de handicap psychique, vivant dans la précarité au niveau du logement / hébergement et présentant une fragilité psychologique ou des troubles psychiques « sans chez soi » croisés à des difficultés sociales.

### **3 Comment effectuer une demande d'admission aux ACT les Horizons de Regain ?**

Le dossier de demande d'admission en ACT comporte un volet médical, un volet social et une demande de la personne elle-même.

Le volet médical doit être envoyé à l'adresse mail suivante : [medecinactregain@adages.net](mailto:medecinactregain@adages.net)

Le volet social et la demande de la personne doivent être envoyés à l'adresse mail suivante : [actleshorizonsderegain@adages.net](mailto:actleshorizonsderegain@adages.net)

### **4 Qui compose cette commission ?**

L'équipe des ACT : médecin psychiatre, cadre technique,, directrice, infirmière travailleur social, psychologue, aide-soignante.

*Les critères pris en compte par la commission d'admission sont définis en lien avec nos partenaires (CHU, dont du pôle de psychiatrie, des CMP, de l'UMIPPP, des cliniques psychiatriques, CSAPA, CAARUD, secteur Accueil Hébergement Insertion via le SIAO,...) et font l'objet d'évaluations régulières (comité de suivi et comité de pilotage pluri partenarial)*

### **5 Quand se réunit la commission ?**

La première commission d'attribution s'est réunie dans le mois suivant la notification de création de la structure des ACT. Une liste d'attente est constituée et réactualisée de façon mensuelle afin de s'assurer du maintien des demandes. Les nouvelles demandes y sont intégrées. A chaque fois qu'une place ACT va se libérer, la commission d'admission se réunit.

### **6 Quelle est la durée d'attribution d'une place en ACT ?**

Une fois l'admission prononcée, le séjour est pour une durée temporaire indéterminée, sous réserve du respect du règlement de fonctionnement et du contrat de séjour et projet personnalisé médico-psycho-social co-construit avec la personne accueillie. Un travail de recherche de projet de sortie vers une structure de droit commun est mis en place.

# DOSSIER d'ADMISSION aux ACT les Horizons de Regain »

Demande à envoyer par mail à : [actleshorizonsderegain@adages.net](mailto:actleshorizonsderegain@adages.net)

Date :

## 1. FICHE SOCIALE

Demande effectuée par (Nom et Structure) :

Tel :

Fax :

Mail :

### Identité de la personne concernée :

Nom – Prénom :

Date de naissance :    /    /

Situation familiale :

Nationalité :

Sexe : masculin / féminin

Age :

Coordonnées :

Pièce d'identité (validité et nature) :

Protection juridique :

Coordonnées :

Si accompagnant, précision sur les liens : conjoint, enfant majeur,... :

Identité des personnes concernées :

## Situation administrative et sociale :

*Joindre une évaluation sociale*

Suivi social par :

Organisme de domiciliation et référent :

Revenus	Salaire	RSA	Retraite	AAH	Autre :	
Sécurité Sociale	SS de base	ALD	Mutuelle	CMU	CMU compl	AME

### **Ressources :**

Montant :

Démarches en cours :

### **Charges :**

Dettes éventuelles :

N° SS :

Organisme :

**Mutuelle :**

Démarches effectuées :

Au niveau administratif : ouverture de droits ? Dossier MDPH ? Autres

Situation actuelle (hospitalisation, hébergement, logement, centre de soin,....) :

Y a-t-il eu des demandes d'accueil en structure (SIAO, EPHAD-FAM-service de soins de suite, autres ?)

Faire mention des démarches inabouties :

Motif de refus :

**DOSSIER d'ADMISSION aux ACT les Horizons de Regain**

Document à envoyer par mail à l'adresse : [medecinactregain@adages.net](mailto:medecinactregain@adages.net)

Date :

**2. FICHE MEDICALE (CONFIDENTIELLE)**

*Joindre une évaluation médicale*

Demande effectuée par (Nom du Médecin et Structure) :

Tel :

Fax :

Mail :

Identité de la personne (Nom – Prénom) :

**Renseignements médicaux :**

- Pathologies psychiatriques ou troubles Psychiques motivant la demande d'ACT handicap psychique :

- Autres pathologies :

- Troubles du comportement :

- Consommation de toxiques / addictions : oui / non

- Si oui, précisez lesquelles :

Si, substitution : type

Suivi en centre spécialisé :

Médecine de ville :

	autonome	stimulation	aide
<b>Degré d'autonomie</b>			
Quotidien			
Lien aux autres			

**Marche :** oui / non / béquille / fauteuil roulant

**Appui :** oui / non                      **montée d'escaliers :** oui / non

**Durée prévisible de la prise en charge :**

**Environnement médical actuel :**

Hôpital référent :

Date de dernière hospitalisation :

Service :

Médecin référent :

Médecin traitant :

Autres médecins :

Intervenants santé :



**DOSSIER d'ADMISSION aux ACT**

**Les Hameaux des Horizons**

Date :

**3. TRAITEMENT ACTUEL**

**TRAITEMENT MEDICAL :**

Nom du médicament (en lettres majuscules)	Matin	Midi	Soir	Coucher	Durée du ttt (jours/sem/mois)

**Autonomie de la prise de médicaments : oui – non**

**SOINS INFIRMIERS / KINE/ CATTp, ...**

Soins	Nb de fois par jour	Durée (jours/sem/mois)

**Autres soins ou accompagnements en ambulatoire, Nécessité de prise en charge spécifique**

<b>Soins</b>	<b>Régularité</b>	<b>Durée (jours/sem/mois)</b>

# **Demande d'admission de la personne au sein des ACT les Horizons de Regain**

Vous vous apprêtez à faire une demande d'admission en appartement de coordination thérapeutique. Les ACT proposent un accompagnement global qui comprend :

- Une coordination de soins
- Un accompagnement psychosocial
- Un hébergement temporaire

Il est nécessaire d'adhérer à l'ensemble de ces trois axes pour vous permettre de bénéficier d'un accompagnement de qualité.

Notre objectif commun est de vous accompagner vers l'autonomie.

**Pensez-vous être amené à accueillir temporairement des personnes sur les ACT ? Si oui qui ?**

**Avez-vous un animal de compagnie ?**

OUI                     NON

**Quel a été votre parcours ? (Scolarité, formation, emploi...)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Quels sont vos besoins ?**

*(Plusieurs choix possibles)*

- Administratifs
- Budgétaires
- Insertion professionnelle

- Avoir un logement
- Accompagnement dans le quotidien (hygiène, aide au repas, aide-ménagère, accessibilité ...)
- Santé
- Ecoute et soutien psychologique
- Vie sociale et familiale
- Apprentissage du français
- Autres .....

**QUELLES SONT VOS MOTIVATIONS POUR INTEGRER LES ACT ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

demande l'examen de ma candidature en vue d'une éventuelle admission au sein des ACT les  
Horizons de Regain

Date

Signature