

## Dossier de demande d'admission en Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)

(Merci de **NE PAS** joindre de document administratif à cette demande)

Vous vous apprêtez à faire une demande d'admission en appartement de coordination thérapeutique sur le territoire de la Métropole de Lyon. Les ACT proposent un accompagnement global qui comprend une coordination de soins, un accompagnement psychosocial et un hébergement temporaire.

Pour être considérée complète la demande doit comporter :

□ 2 volets du dossier de candidature remplis :

- ⇒ Le volet social signé par le demandeur, **impérativement accompagné d'un rapport écrit de la situation sociale** qui permet d'éclairer la commission et de comprendre pourquoi une aide particulière est nécessaire.
- ⇒ Le volet médical renseigné par le médecin **complété des derniers bilans et comptes rendus.**

### Présentation

#### Définition règlementaire :

Les Appartements de Coordination Thérapeutique –ACT – sont un dispositif médico-social. Ils hébergent temporairement des personnes majeures, atteintes de maladies chroniques, «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, l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion ».

Les ACT accueillent donc des personnes en situation de précarité ou vulnérables et atteintes de maladies chroniques invalidantes (VIH, hépatite, cancer, sclérose en plaque...)

#### Précisions sur notre dispositif :

**Durée de séjour :** Elle sera définie par la structure en lien avec la personne hébergée sur la base de son projet individuel

**Pas de condition de régularité sur le territoire**

**Pas de condition de ressource minimale.**

**Sur le volet médical :**

Pas de liste exhaustive des maladies admises. Les addictions et les psychopathologies ne peuvent être envisagées qu'à titre de comorbidités (elles ne sont pas, à elles seules, un motif d'admission) et doivent être à minima stabilisées afin de permettre le soin de la maladie chronique.

**Sur le volet psychosocial :** une attention particulière est portée sur l'adhésion de la personne au dispositif.

Nous étudions aussi l'adéquation entre l'appartement disponible et la situation particulière de la personne.

#### Modalités d'accompagnement :

L'accueil et l'accompagnement global est proposé par une équipe pluridisciplinaire : Travailleurs sociaux, infirmiers, psychologues, médecin, personnels d'accueil et administratif, chefs de services.....

La mise en œuvre du projet personnalisé se déroule :

- en temps individuels avec une fréquence individualisée : consultations médicales, rendez-vous psychologiques, rendez-vous avec les professionnels à domicile et aux bureaux ; coordination avec les professionnels médicaux et paramédicaux externes au dispositif, suivi thérapeutique, éducation à la santé. Un accompagnement social : démarches administratives, ouverture de droits, liens avec les familles, orientations vers d'autres dispositifs plus adaptés ...

- en temps collectifs planifiés : des ateliers divers, groupes de parole, thématiques, activités sportives et culturelles, sorties et événements, animations et séances d'informations.

**Merci de transmettre le dossier par mail au Guichet unique :**

**[admissionact69@gu-rhone.org](mailto:admissionact69@gu-rhone.org)**

**Les commissions ont lieu une fois par mois, (sauf en août)**

**Attention, tout dossier incomplet ne sera pas étudié par la commission**

## VOLET SOCIAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN APPARTEMENT DE COORDINATION THÉRAPEUTIQUE (ACT)

Date de la demande :


Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Situation familiale (marié, divorcé, pacsé, etc.) :

 .....

 .....

@ .....

Le dispositif des ACT évolue. La demande peut dès à présent se faire «**Hors Les Murs** » et permettre une prise en charge dans l'hébergement actuel. Si vous avez des questions, vous pouvez contacter Betty GIRARD, cheffe de service des ACT Alynéa au 06 78 43 12 18.

HORS LES MURS  DANS LES MURS

Souhaitez vous recevoir le courrier de réponse à cette adresse ? oui non par mail ? oui non

Si non, merci de préciser à quelle adresse envoyer la réponse :

### Personnes accompagnantes incluses dans la demande

Nom/Prénom	Sexe	Lien avec le demandeur	Age

- Avez-vous un animal de compagnie ? oui non

**SERVICES PARTENAIRES**

<b>Médecin :</b>	<b>Intervenant Social :</b>
✉ .....	✉ .....
.....	.....
☎ .....	☎ .....
@ .....	@ .....

**Situation administrative**

	<b>Demandeur</b>	<b>Personne accompagnante</b>
<i>Nationalité</i> <i>(rayer les mentions inutiles)</i>	FRANCAISE ETRANGERE (Préciser svp).....	FRANCAISE ETRANGERE (Préciser svp).....
<i>Situation administrative</i>	Carte nationale d'identité française <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Droit au séjour <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Dossier déposé en Préfecture <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Autorisation de travail <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Carte nationale d'identité française <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Droit au séjour <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Dossier déposé en Préfecture <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Autorisation de travail <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<i>Date d'entrée en France</i>		

**Couverture sociale**

<b>Demandeur</b>	<b>Personne accompagnante</b>
<b>Couverture sociale</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non, Si oui type: ..... Date de validité : ..... <b>100% ALD</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <b>Couverture complémentaire</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui type: ..... Période de validité : .....	<b>Couverture sociale</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non, Si oui type: ..... Date de validité : ..... <b>100% ALD</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <b>Couverture complémentaire</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui type: ..... Période de validité : .....

**Parcours Résidentiel**

**Maitrise de la langue**

Francophone :  oui  non

Besoin d'interprète :  oui  non

Langues parlées : .....

**Où avez-vous vécu dernièrement ?**

**Logement autonome**

oui  non

**Hébergement temporaire**

oui  non

**Hébergement d'urgence**

oui  non

**Autre :** .....

**Ressources**

**Demandeur**

**Personne accompagnante**

**Vos ressources :**

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

**Ses ressources :**

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

**Avez-vous des dettes ? :**

oui  non

**Avez-vous un dossier de surendettement ?**

oui  non

**Parcours professionnel (Scolarité, formation, emploi...)**

**Quels sont vos besoins ? (Plusieurs choix possible)**

<input type="checkbox"/> Administratif <input type="checkbox"/> Budgétaire <input type="checkbox"/> Insertion professionnelle <input type="checkbox"/> Avoir un logement <input type="checkbox"/> Accompagnement dans le quotidien (hygiène, aide au repas, aide-ménagère, accessibilité ...)	<input type="checkbox"/> Santé <input type="checkbox"/> Ecoute et soutien psychologique <input type="checkbox"/> Vie sociale et familiale <input type="checkbox"/> Apprentissage du français <input type="checkbox"/> Autres ..... .....
---	---

**Éléments complémentaires**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date :

Signature du demandeur :

**VOLET MÉDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN APPARTEMENT DE COORDINATION THÉRAPEUTIQUE (ACT)**

**Joindre impérativement les ordonnances des traitements en cours et les courriers médicaux récents (< 6 mois)**

**Tampon du médecin instruisant la demande :**

**Identité du patient :**

NOM : Prénom :

Date de naissance : Sexe :

Téléphone :

**Données médicales**

**Pathologie chronique somatique** motivant la demande d'admission en ACT :

.....

**Stade :** .....

**Autres pathologies associées :** .....

.....

**Troubles psychiques/ psychiatriques** La(les)quelle(s) : .....

Suivi :  oui  non Service ou médecin référent : .....

**Conduites addictives** La(les)quelle(s) : .....

Suivi :  oui  non Service ou médecin référent : .....

**Grossesse en cours** :  oui  non

**Antécédents médicaux notables :**

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

**Traitement : Joindre les photocopies de l'ensemble des ordonnances.**

Besoins d'aide à l'observance : .....

.....

**Perspectives thérapeutiques :**

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

**Autonomie**

Déficit cognitif : .....

Déficit moteur : .....

PMR :  oui  non

A besoin d'être aidé(e) dans les actes de la vie quotidienne :

Courses  Préparation des repas  Prise des repas

Hygiène personnelle / habillage  Ménage

Autre(s) : .....

Nécessité d'interprétariat  oui  non Si oui, quelle langue : .....

**Besoins en accompagnement :**

Accès aux soins  Coordination des soins

Compréhension de la maladie  Compréhension du traitement

Equilibre alimentaire  Autres(s) : .....

**Autres informations :**

.....  
.....



---

**Joindre impérativement les ordonnances des traitements en cours et les courriers médicaux récents (< 6 mois)**

**Date :**

**Signature :**