



DOSSIER UNIQUE DE DEMANDE D'ADMISSION  
ACT – ACT « Hors les murs- LHSS – LHSS « Hors les murs »

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 (= sans hébergement)
- Lit Halte Soins Santé (LHSS avec hébergement)
- LHSS hors les murs (= sans hébergement)

**Ce dossier doit être dûment renseigné tant dans sa 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'hospitalisation et de consultations sont indispensables. Sans ces pièces complémentaires fournies en même temps que la demande d'admission, le dossier ne pourra pas être traité par l'équipe.**

Nous attirons votre attention sur le fait que le dépôt du dossier de demande d'admission ne vaut pas admission. Nous nous engageons cependant à vous apporter une réponse écrite dans les plus brefs délais à la suite du dépôt du dossier considéré complet.

Veillez à renseigner ce dossier de manière la plus complète possible. En cas de besoin vous pouvez nous solliciter.

Le dossier de demande d'admission en ACT (avec hébergement et « hors les murs ») et LHSS (avec hébergement et mobile) comporte :

- Un volet social
- Un volet médical (qui sera transmis à part en raison de la confidentialité)
- Une **demande motivée de la personne elle-même** (la personne peut être aidée sur cette partie)

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



- **ZOOM sur les dispositifs**

**Les ACT avec hébergement** accompagnent les personnes atteintes d'une maladie chronique sévère et présentant des vulnérabilités psychologiques et sociale, quelle que soit leur situation administrative.

Nous assurons une mission d'hébergement à titre temporaire 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 peuvent également assurer des missions complémentaires d'accompagnement médico-social sans hébergement :

**Les ACT « Hors les murs »** répondent au besoin de déployer des interventions pluridisciplinaires au sein de toute forme d'habitat et visent les usagers le plus éloignés de l'offre de soins et des dispositifs de prévention. Les ACT « Hors les murs » peuvent ainsi accompagner des personnes atteintes d'une maladie chronique.

**Les Lits Halte Soins Santé (LHSS)** avec hébergement accueillent des personnes sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, 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 : séjours de 2 mois renouvelables (voire plus selon le contexte et les besoins de la personne).

Les LHSS se déclinent également sous la forme « hors les murs »

**Les LHSS « hors les murs »** avec la mise en place d'une équipe mobile. Cette équipe pluridisciplinaire met en place un accompagnement médico-social pour des personnes en grande précarité sociale quel que soit leur lieu de vie et leur statut administratif.

#### CRITERES D'ELIGIBILITE ACT / LHSS

- Pathologies chroniques somatiques
- Besoin de coordination médico-sociale

#### CRITERES DE NON ELIGIBILITE

- Addictions isolées
- Pathologies psychiatriques non stabilisées



**Cadre réservé aux ACT, ACT « hors les murs », LHSS, LHSS « hors les murs »**

Numéro de dossier :

Date réception dossier complet :

...../...../.....

Date de commission d'admission :

...../...../.....

Décision : ADMSSION  REFUS

AJOURNEMENT

Demande d'informations complémentaires :

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

Réponse avec avis motivé transmise à :

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

Le : ...../...../.....



- **VOLET SOCIAL**

**Merci de renseigner l'ensemble des items contenus dans le dossier. Tout dossier incomplet ne pourra être traité.**

**Très important : merci de joindre une copie de chaque document et ou justificatif évoqué dans la suite de la demande (identité, ressources, couverture santé, MDPH, APA, suivi judiciaire etc.)**

**Nature de la demande** (cocher **un seul type** de dispositif d'accompagnement)

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Appartement de coordination thérapeutique (ACT) avec hébergement<br>Hébergement : <input type="checkbox"/> collectif <input type="checkbox"/> semi-collectif <input type="checkbox"/> individuel |
| <input type="checkbox"/> ACT « hors les murs »  |
| <input type="checkbox"/> Lit Halte Soins Santé (LHSS) avec hébergement  |
| <input type="checkbox"/> LHSS « hors les murs »   |

**Personne / structure à l'origine de la demande**

Raison sociale :

Nom et qualité du / de la professionnel(le) :

Tél :

Mail :

Préférence en termes de communication :



## LA PERSONNE CONCERNÉE PAR LA DEMANDE

|   |  |
|---|--|
| NOM – Prénom(s)                               |  |
| Date de naissance                             |  |
| Téléphone                                     |  |
| Mail  |  |
| Adresse actuelle / organisme de domiciliation |  |
| Lieu de vie actuel                            | <input type="checkbox"/> Logement autonome > <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire<br><input type="checkbox"/> Rue<br><input type="checkbox"/> Squat<br><input type="checkbox"/> Hébergé(e) chez un tiers<br><input type="checkbox"/> Hospitalisé(e)<br><input type="checkbox"/> Autre (préciser) |
| FSL   | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, N° unique :   |
| Contingent préfectoral                        | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui  |
| Carte Vitale                                  | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Perdue / à refaire<br><input type="checkbox"/> En cours de fabrication  |
| Nationalité                                   |  |
| Document d'identité                           | <input type="checkbox"/> CNI<br><input type="checkbox"/> Passeport<br><input type="checkbox"/> Titre de séjour (préciser la nature du titre et sa validité)<br>.....<br>Si titre de séjour, autorisation de travailler : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non   |
| Date d'entrée en France, le cas échéant       | ..../...../.....   |
| OQTF  | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non   |
| Francophone                                   | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non   |
| Si non francophone, langue utilisée           |  |
| Situation familiale                           | <input type="checkbox"/> Célibataire<br><input type="checkbox"/> Marié/e<br><input type="checkbox"/> Divorcé/e<br><input type="checkbox"/> Séparé/e  |



|                      |  |
|----------------------|--|
|                      | <input type="checkbox"/> Veuf/ve<br><input type="checkbox"/> Pacsé/e   |
| Présence d'un animal | <input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Chien<br><input type="checkbox"/> Chat<br><input type="checkbox"/> Autre (préciser)<br>Puce d'identification <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Assurance <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Vaccins à jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

### COUVERTURE SANTE

|  |   |
|--|---|
| N° de sécurité sociale                 |   |
| Organisme de rattachement              |   |
| Type de couverture et date de validité |   |
| ALD                                    | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                         |
| Mutuelle                               | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non      Date de validité : |
| AME                                    | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                         |

### MDPH

Non

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

Préciser le contenu de la notification (PCH, AAH, SAMO, RQTH etc.) :

Demande en cours. Date d'envoi :

Accusé de réception de la demande. Date :

Refus, indiquer département, date et motif :

### APA :

Non

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

Demande en cours. Date d'envoi :

Refus, indiquer département, date et motif :



## RESSOURCES

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sans                         |   |
|   | Montant mensuel   |
| <input type="checkbox"/> Salaire                      |   |
| <input type="checkbox"/> Retraite                     |   |
| <input type="checkbox"/> Pensions                     |   |
| <input type="checkbox"/> AAH                          |   |
| <input type="checkbox"/> Allocation demandeur d'asile |   |
| <input type="checkbox"/> RSA                          | Coordonnées référent(e) :   |
| <input type="checkbox"/> Autres (préciser)            |   |
| N° Allocataire  |   |
| Mesure de protection                                  | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, préciser (nature, coordonnées du mandataire etc.): |

|                           |   |
|---------------------------|---|
| Dossier de surendettement | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours   |
|                           | N° de dossier :   |
|                           | Montant :   |
|                           | Décision :  |
| Dettes, prêts, crédits    | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, préciser nature et montant :   |
| Banque et Assurance(s)    | Compte bancaire : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, préciser :<br>Contrat obsèques <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, préciser :<br><input type="checkbox"/> Autre, préciser : |



## EMPLOI

Le cas échéant, préciser la nature de l'accompagnement (France Travail, Cap emploi etc.) :

## SUIVI JUDICIAIRE

Non

Oui, depuis le

Type de mesure :

Coordonnées du référent :

**AUTRES DEMANDES D'ETABLISSEMENTS D'ACCUEIL SOLLICITE(S) :**  Non

Oui, préciser le nom du ou des établissement(s) :

Préciser si démarche inaboutie et motif de refus :





- **VOLET MEDICAL**

**Document confidentiel à l'attention du médecin coordinateur**

**A transmettre sous pli confidentiel à :**

**A l'attention du médecin coordinateur du Pôle précarité Santé – Association Habitat Insertion**

**912, rue de Lille**

**62400 BETHUNE**

**OU par messagerie sécurisée à :**

**[equipemedicale-lephare@habitat-insertion.fr](mailto:equipemedicale-lephare@habitat-insertion.fr)**

**Nature de la demande** (attention, veuillez ne cocher **qu'un seul** dispositif)

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Appartement de coordination thérapeutique (ACT) avec hébergement |
| <input type="checkbox"/> ACT « hors les murs »  |
| <input type="checkbox"/> Lits Halte Soins Santé (LHSS) avec hébergement                   |
| <input type="checkbox"/> LHSS mobile  |

*Pour information, veuillez noter qu'existent également les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) prévus au 9° du I de l'article L.312-1 du CASF.*

*Ce dispositif, **qui n'est pas proposé par l'association Habitat Insertion**, accueille 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.*

**MEDECIN INSTRUISANT LA DEMANDE :**

Nom :

Etablissement, le cas échéant :

Cachet :

Tél :

Mail :



### IDENTITE DU PATIENT :

Nom – Prénoms :

Nationalité :

Date de naissance :

Tél :

### DONNEES MEDICALES :

**TRES IMPORTANT : joindre les comptes rendus de consultation et d'hospitalisation, les bilans sanguins les plus pertinents et préciser les principaux rendez-vous médicaux à venir.**

PATHOLOGIE MOTIVANT LA DEMANDE D'ADMISSION :

Date du début de la maladie :

ANTECEDENTS MEDICAUX, CHIRURGICAUX :

PATHOLOGIES ASSOCIEES EN COURS :

ALD :  Non  Oui (préciser pour quelle pathologie) :

ALLERGIES :

GROSSESSE EN COURS

Non  Oui, date prévue d'accouchement

MALADIE PROFESSIONNELLE

Non  Oui, préciser :



TRAITEMENT EN COURS : (joindre une copie des dernières ordonnances)

### Gestion habituelle des traitements

Autonome :  Oui  Non

par une IDE (le cas échéant, indiquer la fréquence du passage) :

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

### Soins techniques associés (concerne les LHSS) :

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> VNI                                     | <input type="checkbox"/> Trachéotomie                                  |
| <input type="checkbox"/> Sonde vésicale                          | <input type="checkbox"/> Perfusion sous cutanée                        |
| <input type="checkbox"/> Traitement IV (préciser)                | <input type="checkbox"/> Sonde nasogastrique                           |
| <input type="checkbox"/> Pansement (préciser type, localisation) | <input type="checkbox"/> Autre (préciser)                              |
| <input type="checkbox"/> Besoin en matériel spécifique :         | <input type="checkbox"/> présence d'un germe multirésistant (préciser) |

### AUTONOMIE

#### DEFICIT COGNITIF

Non  Oui, préciser :



| Alimentation   | Hygiène/toilette   | Continence   |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Autonome<br><input type="checkbox"/> Aide pour s'alimenter<br><input type="checkbox"/> Régime particulier :<br><br><input type="checkbox"/> Fausse route<br><input type="checkbox"/> Alimentation entérale<br><input type="checkbox"/> Alimentation parentérale | <input type="checkbox"/> Autonome<br><input type="checkbox"/> Aide partielle<br><input type="checkbox"/> Aide totale   | <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire<br><input type="checkbox"/> Incontinence fécale   |
| Communication  | Déplacement/orientation  | Appareillage   |
| <input type="checkbox"/> Aisance<br><input type="checkbox"/> Difficultés à s'exprimer<br><input type="checkbox"/> Difficultés de compréhension<br><input type="checkbox"/> Déficience auditive<br><input type="checkbox"/> Non verbale   | <input type="checkbox"/> Autonome<br><input type="checkbox"/> Difficultés physiques (escalier, marche prolongée)<br><input type="checkbox"/> Difficultés de transports en commun<br><input type="checkbox"/> Aide totale pour les déplacements<br><input type="checkbox"/> Aide partielle pour les déplacements<br><input type="checkbox"/> Grabataire | <input type="checkbox"/> Prothèse<br><input type="checkbox"/> Chambre implantable<br><input type="checkbox"/> Cannes/béquilles<br><input type="checkbox"/> Fauteuil<br><input type="checkbox"/> Déambulateur |

### TROUBLES PSYCHIQUES / PSYCHIATRIQUES :

Non  Oui, préciser :

Suivi :  Non  Oui

Nom(s) du ou des professionnel(s) assurant ce suivi (médecin, psychologue, IDE etc.)

Fréquence du suivi :

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 (préciser)                      |

### CONDUITES ADDICTIVES :

Alcool  Tabac  Autres, préciser :

Type de substitution, le cas échéant :

Depuis quand :

Suivi en centre spécialisé :  Oui  Non

Suivi en médecine de ville :  Oui  Non