**1 – Objet et domaine d’application**

Procédure liée à l’admission d’un usager sur la résidence accueil

# 2 – Cadre réglementaire

Note d’information DGAS/PIA/PHAN n°2006-523 du 16 novembre 2006 relative à la mise en place d’un programme expérimental de résidences accueil pour les personnes en situation de précarité ou d’exclusion, ayant un handicap psychique.

Circulaire interministérielle n° DGOS/SD1C/DHUP/DIHAL/2017/157 du 20 avril 2017 relative à la mise en œuvre du plan de relance 2017/2021 des pensions de famille et des résidences accueil.

# 3 – Circonstances

Ouverture d’une résidence accueil de 17 places à Avignon, sur le site Bel Air du centre hospitalier de Montfavet

# 4 – Date d’effet

Décembre 2018

**5- Actions- dispositions à suivre**

La résidence accueil s’adresse à des personnes suffisamment stabilisées pour vivre en logement autonome, mais dont la fragilité psychique rend nécessaire une présence qui, sans être continue, apporte sécurité et convivialité, ainsi qu’un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne.

**Elle est ouverte à des personnes présentant des profils et des parcours variés, ayant déjà testé le logement autonome de droit commun sans résultat probant.**

Elle est réservée à des personnes :

- Souffrant de troubles psychiques, en lien avec une pathologie mentale au long cours, ou un parcours de vie marqué par l’errance, les ruptures multiples ou les addictions chroniques ;

- Dont l’état de santé est suffisamment stabilisé pour respecter et bénéficier des règles de vie semi-collective et suffisamment autonomes pour accéder à un logement privatif ;

- Bénéficiant d’un suivi par une équipe de soins psychiatriques de référence ;

- En situation d’isolement ou d’exclusion sociale, à faible niveau de ressources (revenus minimums permettant l’accès au dispositif) ;

- Bénéficiant d’une mesure de protection ou d’une aide à la gestion du budget.

Il s’agit de personnes qui peuvent avoir connu des périodes d’hospitalisation prolongées, des épisodes d’errance, être restées à charge de leur famille ou accueillies en CHRS, mais ne relevant pas des structures médico-sociales spécialisées dans la prise en charge des personnes en situation de handicap (MAS, FAM, FDV, Foyer d’hébergement...).

Etude des dossiers et procédure

Le prescripteur porte la demande de l’usager via l’application SI-SIAO\* du Service Intégré d’Accueil et d’Orientation (SIAO) afin que celle-ci soit traitée.

**L’admission sur la résidence accueil se fait exclusivement après une orientation validée par le SIAO.**

Si vous ne disposez pas d’identifiants de connexion SI-SIAO **:** Contactez le Siao de Vaucluse, pôle Insertion/Logement par téléphone ou mail 04.90.85.79.08 / siao-84@orange.fr ou <https://siao84.fr/adresser-une-demande-au-siao/>

Procédure d’admission

* Après validation de l’orientation par le SIAO, le prescripteur peut suivre sa demande sur l’application SI\_SIAO, il est également informé par mail. Un courrier à destination du demandeur lui est adressé par ce biais ainsi qu’un **dossier de candidature** **résidence accueil** comportant un volet social et un volet santé. Celui-ci doit être adressé par le prescripteur (équipe soignante et/ou socio-éducative) au cadre de la résidence accueil du centre hospitalier de Montfavet, avenue de la pinède CS 20107, 84918 Avignon cedex 9. Vous pouvez joindre au dossier tous documents utiles à la bonne compréhension de la situation du patient.
* Les demandes validées sont positionnées sur une liste d’attente.
* Les dossiers de candidature en vue de l’admission en résidence accueil sont examinés par une commission de pré-admission composée du cadre, des professionnels de l’équipe de la résidence accueil et d’un représentant de l’EMPP, en lien avec l’équipe prescriptrice. Cette commission a pour mission de vérifier la complétude du dossier de candidature et d’organiser une rencontre avec l’usager, l’équipe prescriptrice et l’équipe de la résidence accueil.
* A l’issue de ce travail de coordination, les candidatures retenues sont étudiées et validées en commission d’admission présidée par le directeur du CHM (ou son représentant) et composée du cadre responsable du secteur santé-précarité du PSMS, de l’équipe de la résidence accueil, de l’infirmier(ère) et du médecin de l’EMPP.

La structure informe le SIAO et le prescripteur des décisions de refus prises en commission.

* En l’absence de places vacantes, la personne reste admissible et est orientée par le SIAO en fonction des disponibilités. Dans le respect de l’équité du traitement des demandes, dès l’information d’une place vacante, le SIAO oriente le ménage dont la demande validée est la plus ancienne.

L’admission est prononcée en dernier lieu par le directeur du CHM (ou son représentant).

**L’équipe de l’EMPP et le SIAO pourront être sollicités par le service prescripteur pour aider à la réflexion sur l’orientation d’hébergement la plus adaptée aux besoins de la personne.**

Accueil

Une fois la demande validée et orientée, une date d’entrée est proposée. Le jour de l’admission, le dossier doit être complété par tous les documents sanitaires nécessaires et l’accompagnement aux soins programmé :

* ordonnances médicales pour les traitements et les soins infirmiers au domicile (préparation et administration, etc... assurés par les IDE libéraux) ;
* rendez-vous médicaux et paramédicaux ;
* VAD programmées par l’équipe soignante si nécessaire.

A son arrivée, le résident prendra connaissance du règlement de fonctionnement et autres documents réglementaires. Il signera une attestation de remise de ces documents.

***L’accès à la résidence accueil ne sera pas subordonné à la reconnaissance du handicap par la MDPH.***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nom – Prénom | Fonction | Date | Signature |
| Rédaction | Dr Audrey VANELJean-Luc SICARD | MédecinCadre supérieur de santé | Novembre 2018 |  |
| Approbation | Laure BALTAZARDJacques ROUSSET | Directrice du pôle social et médico-socialChef de pôle | Novembre 2018 |  |
| Vérification qualité | GRANGE Fabienne | Ingénieur Qualité | Novembre 2018 |  |

**VOLET SOCIAL**

**ETAT CIVIL**

NOM : ……………………………………………. Date de naissance :…………………………………….....

Prénom : ……………………………………….. Lieu :……………………………………..........................

Domiciliation : ………………………………… Nationalité : ...……………………………………………….

Profession : .......................................

Code postal : ………………………………….. Situation de famille :..........................................

Ville : …………………………………….......... Nombre d’enfants : ...........................................

Téléphone : ...…………………………......... Dont à charge : ................................................

**PIECES D’IDENTITE**

⁮ Carte d’identité ⁮ Carte de séjour

⁮ Passeport ⁮ Autres : ………………………….........

⁮ Récépissé

**TYPE D’HEBERGEMENT**

⁮ Locataire ⁮ Foyer d’hébergement

⁮ SDF ⁮ Famille

⁮ Autres : ……………………………… ⁮ Amis

**SITUATION SOCIALE**

Couverture sociale :………………………..... N° d’assuré social : ……………………………………….

Caisse nom et adresse : ………………………

Ouverture des droits Date de début :………. Date de fin :……...

⁮ S.S de base ⁮ S.S + mutuelle ⁮ C.M.U ⁮ C.M.U.C

⁮ A.L.D ⁮ A.M.E ⁮ Aucun droit ⁮ En cours

**HISTOIRE DU PARCOURS EN LOGEMENT :**

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

**RESSOURCES**

⁮ Salarié ⁮ Retraite

⁮ Allocation chômage ⁮ Pension d’invalidité

⁮ RSA ⁮ Indemnités journalières

⁮ AAH ⁮ Autres :…………………………...

**MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE**

⁮ Sauvegarde de justice

⁮ Curatelle

⁮ Curatelle renforcée

⁮ Tutelle

Exercée par : Nom……………………………………… Prénom : ……………………………………………

 Adresse : ………………………………………………………………………...............................

 Téléphone : ………………………….. Mails : ……………………………………………….

**Accompagnement :**

Service : …………………………………………..... Téléphone : ………………………

Médecin : ……………………………………………. Téléphone : ………………………

Infirmier (e) : ………………………………………. Téléphone : ………………………

Travailleur social : ………………………………... Téléphone : ………………………

Autres : ……………………………………………….. Téléphone : ………………………

Fiche renseignée par : Signature

Nom lisible et coordonnées téléphoniques :

**VOLET SANTE**

**Motif de l’ORIENTATION :** …………………………………………………………………..……………………………………….

…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**ANTECEDENTS PSYchiatriques et Histoire ACTUELLE\* :** ………………………………………………………..………………………………………………...................................................

…………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………......

…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………........................................................... …………………………………………………………………………………………………...........................................................

**traitement en cours :** ………………………………………………………………………………………………………………. ………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………

**SUIVI pyschiatrique : CMP, HDJ, CATTP, HOSPITALISATION SEQUENTIELLE... :**………………………………………………………………………………………………………………………....................................

…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

***\*Si nécessaire, une synthèse médicale plus complète peut être adressée au médecin référent de l’EMPP.***

**Fiche à renseigner le plus précisément possible et à transmettre à la Résidence Accueil du Centre Hospitalier de Montfavet, avenue de la pinède, CS 20107 84918 AVIGNON Cedex 9**