NOTICE RELATIVE A UNE DEMANDE DE PLAN D'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL

Relevant du dispositif Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT)

LE PLAN D'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL, C'EST QUOI ?

Le PAG est un **document écrit,** qui retrace les engagements des acteurs mobilisés, pour apporter une réponse de prise en charge médico-sociale la plus adaptée aux besoins de la personne en situation de handicap. Il est un élément du Plan Personnalisé de Compensation.

La rédaction d'un PAG n'est pas systématique. Tout dépend de votre situation. C'est pourquoi, il est nécessaire de renseigner le mieux possible le formulaire de demande de PAG, et de donner votre consentement qui est indispensable pour le traitement de votre dossier.

UN PAG POUR QUI ?

Pour demander un PAG, vous devez :

- Avoir une notification d'orientation de la CDAPH vers un établissement ou service médico-social,
- Ne pas avoir trouvé de solutions ou de réponses adaptées malgré vos recherches auprès de tous les organismes notifiés ou sollicités par vos soins
- Compléter un formulaire de demande de PAG et l'envoyer à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

⚠ **La demande de PAG ne remplace pas le dépôt d'un nouveau dossier de demandes MDPH lorsque des prestations et/ou orientations ont besoin d'être révisées ou renouvelées. Elle vient le compléter. Ce n'est pas par ailleurs une voie de recours.**

COMMENT EST TRAITEE VOTRE DEMANDE DE PAG

A réception de votre demande, votre situation est examinée par une équipe composée de plusieurs professionnels dont un professionnel qui sera nommé référent du PAG.

Ce référent a pour missions :

- De préparer l'étude de votre demande ;

- De contacter les professionnels et les services qui interviennent déjà dans votre situation pour l'aider à trouver des solutions adaptées à vos besoins.
  Le référent peut aussi prendre contact avec de nouveaux partenaires qui pourraient intervenir dans votre prise en charge ou aider à trouver des solutions complémentaires.

- De rédiger, si c'est nécessaire, un PAG.
  NB : La rédaction d'un PAG n'est pas systématique. Parfois, vous recevrez seulement un courrier qui contient des conseils et/ou préconisations

  Votre demande pourra aussi être traitée dans le cadre du « traitement classique » d'une demande de compensation avec élaboration d'un Plan Personnalisé de Compensation (PPC) et non d'un PAG.

  En effet, Le PAG ne permet pas d'imposer à un établissement médico-social de vous prendre en charge.

- D'organiser, si c'est nécessaire, une réunion appelée Groupe Opérationnel de Synthèse (GOS). Si elle a lieu, cette réunion doit se faire avec vous et/ou votre représentant légal. Elle a pour objectif d'élaborer des solutions avec l'aide et en présence de professionnels de la MDPH mais également d'établissements et services médico- sociaux et si besoin d'institutions comme par exemple l'Agence Régionale de Santé (ARS).

  La réunion du GOS n'est pas systématique. Un PAG peut être élaboré sans cette réunion spécifique.

Le PAG est révisé au moins 1 fois par an.
Si votre situation change, il peut être révisé à n'importe quel moment.

UN PAG, QUI EN ASSURE LE SUIVI

Le suivi du PAG est assuré par un professionnel appelé **coordonnateur de parcours.**
Ce professionnel va vérifier que les solutions trouvées soient mises en place. Il fera aussi le lien entre vous et les différents professionnels engagés dans la mise en œuvre du PAG

Textes de référence :

- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (notamment son art. 89).
- Décret n° 2017-137 du 7 février 2017 relatif aux informations nécessaires à l'élaboration des plans d'accompagnement globaux des personnes handicapées.
- Articles L.114-1-1 ; L.146.8 à L.146.9 ; L.241-6 ; L-312-1 et L-312-7-1 et D146-29-1 et D146-29-2 du Code de l'action sociale et des familles (CASF)

DEMANDE DE PLAN D'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL (PAG)

Demande à retourner à l'adresse suivante :

MDPH 13 – 4 Quai d'Arenc – CS 80096 13304 Marseille Cedex 02
N° vert : 0800 814 844 boite mail générique : accueil.information.mdph@mdph13.fr

Ce formulaire est destiné à la personne en situation de handicap. Il peut être complété avec l'aide d'un professionnel**.**

- Si la personne concernée est mineure, ses parents ou représentants légaux sont invités à répondre pour elle,
- Si la personne concernée est majeure et qu'elle bénéficie d'une mesure de protection, son curateur/tuteur répond avec elle ou l'accompagne dans sa demande.

1 – VOTRE IDENTITE

❖ IDENTITE DE LA PERSONNE CONCERNEE PAR LA DEMANDE

Numéro de dossier MDPH 13 ……..
Nom……

Prénom……

Date de naissance : ……Sexe : ❑ Homme ❑ Femme

Adresse de résidence : ……

……..

N° TEL …… Adresse mail……

❖ IDENTITE DU REPRESENTANT LEGAL

NOM……

Prénom ……

Adresse, si différente de celle-ci-dessus ……

……

Lien avec la personne concernée ……

N°tél…… adresse mail……

Numéro de dossier MDPH (à renseigner en bas de chaque page) :

❖ **ORGANISME QUI VOUS ACCOMPAGNE DANS LE DEPOT DE CETTE DEMANDE**

NOM ……

Adresse ……

Nom du Professionnel – Fonction ……

N° tél…… Adresse mail……

2 – MESURE DE PROTECTION

⇨ **Si vous êtes mineur :**

Vous bénéficiez d'une mesure de protection des mineurs : ❑ Oui ❑ Non

Si oui, merci de préciser ci-après la mesure : ……

❑ Mesure Administrative : ☐ TISF ; ☐ AED ; ☐ Accueil Provisoire
❑ Mesure Judiciaire : ☐ AEMO ; ☐ Placement
❑ Suivi PJJ

Vous bénéficiez d'une autre mesure de protection: ❑ Oui ❑ Non Si oui, merci de préciser :

➔ **Si vous êtes majeur :**

Vous bénéficiez d'une mesure de protection : ❑ Oui ❑ Non

De quel type ? : ❑ Sauvegarde de justice ❑ Curatelle ❑ Curatelle renforcée

☐Tutelle ❑ Habilitation familiale

Coordonnées : ……

Vous relevez de l'Amendement Creton : ❑ oui ❑ non

3 – VOTRE SITUATION ACTUELLE, A LA DEMANDE DE PAG

Cases à cocher en fonction de votre situation. Plusieurs croix possibles.

Famille :
☐ Rupture familiale - ☐ Risque de rupture familiale
☐ Epuisement des aidants familiaux ☐ Retour en famille non souhaité/non adapté
☐ Isolement

Numéro de dossier MDPH (à renseigner en bas de chaque page) :

Scolarité / Emploi

Scolarisation :

☐ Scolarisation en milieu ordinaire - Si oui, temps de scolarisation …….
☐ Scolarisation adaptée en milieu ordinaire (ex : dispositif ULIS)
☐ Scolarisation en milieu protégé (ex : IME)
☐ Déscolarisation – Si oui, depuis quelle date ……

Emploi :

☐ En activité, Précisez laquelle ……..
☐ Sans activité …….. ☐ Non concerné

Prise en charge médico-sociale :

☐ Prise en charge en établissement médico-sociale. Si oui, nombre de jours par semaine ….

☐ Prise en charge en service médico-sociale. Si oui, nombre de passage par semaine ……

☐ En attente d'une prise en charge en établissement médico-social

☐ En attente d'une prise en charge par un service médico-social

☐ Pas d'établissement adapté à ma situation sur mon territoire

☐ Refus d'admission par le(s) établissement(s) sollicités

☐ Exclusion de l'établissement ou service médico-social (ou risque)

☐ En transition entre le parcours enfant et le parcours adulte

☐ Pas de mise en place de transport possible pour me rendre au sein de la structure médico-sociale / Eloignement du domicile

☐ Echec répété des prises en charge

☐ En Rupture de parcours. Pas de prises en charge médico-sociale.

Parcours de soins :

☐ Hospitalisation en cours ○ En psychiatrie ○ Autre, précisez : ……

☐ Hôpital de jour

❑ CMP / CATTP

❑ Absence de suivi médical psychiatrique

❑ Rupture de suivi médical psychiatrique

Numéro de dossier MDPH (à renseigner en bas de chaque page) :

Sécurité / Intégrité :

☐ Mise en danger pour moi-même

☐ Mise en danger d'autrui

☐ Sans domicile

☐ Au domicile sans prise en charge

❖ **LES ACTEURS QUI INTERVIENNENT DANS VOTRE PRISE EN CHARGE ACTUELLEMENT**

(famille, professionnels du soin, du médico-social, de l'éducation nationale, du social…)

Nom Prénom	Coordonnées (tél. mail)	Nature de l'accompagnement	Date de début de l'accompagnement

NB : joindre les bilans actualisés des intervenants (ex : rapports sociaux, rapports médicaux, bilans de prises en charge médico-sociales…)

Numéro de dossier MDPH (à renseigner en bas de chaque page) :

❖ **Votre emploi du temps actuel**

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Activités du matin							
Prise en charge médico-sociales ou sanitaires matin							
Quels moyens de transports utilisés pour se rendre dans ces structures ?							
Repas midi							
Activité après-midi							
Prise en charge médico-sociales ou sanitaires après-midi							
Soirée							
Nuit							
Quels moyens de transports utilisés pour se rendre dans ces structures ?							

Numéro de dossier MDPH (à renseigner en bas de chaque page) :

4 – LES DEMARCHES QUE VOUS AVEZ DEJA ENTREPRISES (ou solutions alternatives mises en place)

Indiquer toutes les structures sollicitées et les réponses obtenues

Joindre impérativement les courriers reçus (ex : courriers de refus d'admission)

(Décret n°2017-137 du 7 février 2017 relatif aux informations nécessaires à l'élaboration des plans d'accompagnement globaux des personnes handicapées)

Structure Contactée	**Date** JJ/MM/AA	La structure a-t-elle apporté une réponse écrite (article L.241-6 du CASF)*		
		OUI/ NON	Inscription sur liste d'attente depuis le : JJ/MM/AA	**Motif du refus, le cas échéant**

Informations complémentaires que vous souhaitez porter à notre connaissance concernant votre emploi du temps ou les démarches entreprises :

……

……

……

……

……

Numéro de dossier MDPH (à renseigner en bas de chaque page) :

5 – MOTIFS et ATTENTE DE VOTRE DEMANDE DE PAG

……

……

……

……

……

……

……

Fait à : …… Le : …… / …… ./ ……

❑ En cochant cette case, je certifie l'exactitude des informations déclarées ci-dessus et atteste avoir pris connaissance des éléments de la notice.

❑ Je suis informé des règles d'utilisation de mes données à caractère personnel, décrites en dernière page de ce formulaire.

❑ J'autorise l'échange d'informations individuelles nécessaires au traitement de ma situation entre les professionnels, en application de l'article L241-10 du Code de l'action sociale et des familles.

Signature : ❑ de la personne concernée

❑ de son représentant légal

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal :

Numéro de dossier MDPH (à renseigner en bas de chaque page) :

Consentement à la mise en œuvre

D'un Plan d'Accompagnement Global (PAG)

Date : ……

Dossier MDPH N° ……

M ou Mme ……

Représenté par : ……

□ Accepte la mise en œuvre d'un Plan d'Accompagnement Global

□ N'accepte pas la mise en œuvre d'un Plan d'Accompagnement Global

□ Autorise le service « Réponse Accompagnée Pour Tous » à communiquer, auprès des professionnels susceptibles d'intervenir dans mon accompagnement, les renseignements nécessaires à son élaboration.

□ N'autorise pas le service « Réponse Accompagnée Pour Tous » à communiquer, auprès des professionnels susceptibles d'intervenir dans mon accompagnement, les renseignements nécessaires à son élaboration.

Signature :

Numéro de dossier MDPH (à renseigner en bas de chaque page) :