

Notice

Le plan d'accompagnement global (PAG), c'est quoi ?

Le PAG est un **document écrit**. Il peut venir compléter vos droits et prestations accordés par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

La rédaction d'un PAG n'est pas systématique. Tout dépend de votre situation.

Un PAG, pour qui ?

Pour toute personne en situation de handicap (enfant ou adulte) qui ne trouve pas de solutions à sa situation en raison :

- du manque de place dans les établissements **ou** de l'inadaptation de l'offre à vos besoins
- de la complexité de la réponse à vous apporter en raison votre situation et/ou de votre handicap **ou** du risque ou constat de rupture dans votre parcours.

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
- compléter un formulaire de demande de PAG et l'envoyer à la Maison Départementale de l'Autonomie (MDA)

⚠ 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.

Un PAG, pourquoi ?

Le PAG peut aider à trouver des solutions :

- Si vous êtes en attente d'une place dans un service ou un établissement médico-social, le PAG aide à trouver un soutien personnalisé le temps d'obtenir une place.
- Si vos besoins sont spécifiques, le PAG permet de mettre en place des solutions plus souples et adaptées à vos besoins.

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

Comment est traitée 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 :

- discuter avec vous pour mieux comprendre votre demande. Il peut aussi discuter avec les personnes qui connaissent bien votre situation.
- 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.
- 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.
- 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).
- informer la CDAPH de la mise en place d'un PAG.

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 article 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 :

Maison Départementale de l'Autonomie – Service Evaluation, Droits et Parcours Handicap –
15, avenue Doyen Louis Weil – 38000 Grenoble **ou** par mail à : edph.adulte@isere.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 identité :

❖ Identité de la personne concernée par la demande :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Sexe : ☐ Homme ☐ Femme

Adresse et téléphone de résidence :

.....

.....

❖ Identité du demandeur si différente :

(= Représentant légal) :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Lien avec la personne concernée :

Fonction - Service :

N° de téléphone :

Adresse mail :

2- Votre situation :

Vous êtes : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Concubinage
☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

Vous vivez : ☐ Seul(e) ☐ Avec, précisez :

Vous avez des enfants : ☐ Oui ☐ Non

→ Si vous êtes mineur :

Vous vivez avec :

☐ Vos deux parents ☐ Votre mère ☐ Votre père ☐ Garde alternée

☐ Autre, préciser :

Combien de frères/sœurs, avez-vous ? :

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 sa nature : ☐ administrative ☐ familiale

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

☐ Tutelle ☐ Habilitation familiale

Coordonnées :

→ 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 :

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

Famille :

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

Scolarité / Emploi :

Scolarisation :

- ☐ Scolarisation en milieu ordinaire
- ☐ Scolarisation adaptée en milieu ordinaire (ex : classe ULIS)
- ☐ Scolarisation en milieu protégé (ex : IME)
- ☐ Déscolarisation

Emploi :

- ☐ En activité, précisez :
- ☐ Sans activité

Prise en charge médico-social :

- ☐ Prise en charge en établissement médico-social
- ☐ Prise en charge en service médico-social
- ☐ En attente de place en établissement médico-social
- ☐ En attente de place en service médico-social
- ☐ Pas d'établissement adapté à ma situation sur mon territoire
- ☐ Refus de l'orientation qui m'est proposée par la CDAPH
- ☐ Refus d'admission par l'établissement
- ☐ Exclusion de l'établissement ou du service médico-social
- ☐ En transition entre mon parcours enfant et mon parcours adulte
- ☐ Pas de mise en place de transport possible pour me rendre au sein de l'établissement ou du service notifié / Eloignement du domicile
- ☐ Echec répété des prises en charge
- ☐ Risque de rupture de mon parcours (prise en charge actuelle arrivant à son terme)
- ☐ En rupture dans mon parcours

Parcours de soin :

- ☐ Hospitalisation en cours o En psychiatrie o Autre, précisez :
- ☐ Hôpital de jour
- ☐ CMP / CATTP
- ☐ Absence de suivi médical psychiatrique
- ☐ Rupture de suivi médical psychiatrique

Sécurité/intégrité :

- ☐ Mise en danger pour moi-même
- ☐ Mise en danger d'autrui
- ☐ Sans domicile
- ☐ Au domicile sans prise en charge
- ☐ Sans solution de repli

❖ **Les acteurs qui interviennent dans votre prise en charge :**

(Famille, professionnels du soin, du médico-social, de l'éducation nationale, du social, ...)

Nom- Prénom	Coordonnées (Téléphone <u>et</u> adresse mail)	Nature de l'accompagnement	Date de début de l'accompagnement

NB : Joindre les bilans actualisés des intervenants (ex : rapports sociaux, rapports médicaux, bilans des derniers accueils réalisés ...)

❖ **Votre emploi du temps actuel :**

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Transport matin							
Prises en charge							
Repas midi							
Prises en charge							
Transport AM							
Soirée							
Nuit							

4- Les démarches que vous avez déjà entreprises :

(ou solutions alternatives mises en place)

Indiquer toutes les structures sollicitées et les réponses obtenues :

Joindre impérativement les courriers reçus (ex : courrier 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	Inscrit sur la 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 :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5- Motif(s) de votre demande de PAG :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6- Vos attentes :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

* * * * *

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 :

Mentions légales RGPD (règles d'utilisation de mes données à caractère personnel) :

Le Département de l'Isère est le responsable du traitement n°08.03.02, destiné à gérer le Dispositif d'Orientation Permanent MDPH afin de proposer un parcours de vie sans rupture aux personnes en situation de handicap.

Les informations collectées, fournies par vos soins sur ce formulaire, font l'objet d'un traitement informatique auquel vous consentez *car le dispositif relève d'une obligation légale (Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (notamment son article 89)).*

Toutes les informations demandées sont obligatoires (tout défaut de réponse peut entraîner l'impossibilité de traiter votre demande). Ces informations sont utilisées par les services du Département de l'Isère chargés du dispositif et par les personnes habilitées des organismes participant à votre accompagnement.

Les données à caractère personnel sont rendues anonymes *2 ans après votre sortie du dispositif.*

Conformément au Règlement Général de Protection des Données (RGPD) et à la loi informatique et libertés modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation ou d'opposition des informations qui vous concernent. Pour exercer ces droits, vous devez adresser votre demande, en justifiant de votre identité, par mail (dpo@isere.fr) ou par voie postale (Département de l'Isère, Délégué à la Protection des Données (DPO), CS 41096, 38022 Grenoble Cedex 1). En cas de non réponse dans les délais légaux, vous pourrez introduire une réclamation auprès de la CNIL (3 Place Fontenoy, TSA 80715, 75334 Paris cedex www.cnil.fr).

