



Dispositif d'orientation permanent

Demande d'évaluation

Fiche de saisine à retourner à la MDPH des Pyrénées-Atlantiques
Par courrier : Cité administrative- Rue Pierre Bonnard- 64 000 PAU
Par mail : mdph.pau@mdph64.com

La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) des Pyrénées-Atlantiques, dans le cadre de la démarche «Une réponse Accompagnée Pour Tous », met en œuvre le Dispositif d'Orientation Permanent (DOP), conformément à l'article L114-1-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 89.

Ce dispositif a pour objectif d'éviter toute rupture de prise en charge ou de répondre à l'absence de solution adaptée en proposant une alternative au plan personnalisé de compensation lorsque celui-ci ne peut pas être mis en place.

Si la demande d'évaluation entre dans les critères d'éligibilité du dispositif, des propositions sont élaborées au sein des équipes pluridisciplinaires ou au sein de Groupes Opérationnels de Synthèse (GOS) convoqués par le directeur de la MDPH. Lorsque ces propositions sont alternatives, elles sont formalisées par le biais d'une décision spécifique de la CDAPH adossée au Plan Personnalisé de Compensation (PPC) : le Plan d'Accompagnement Global (PAG) dont les règles sont définies par l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé.

Le PAG est construit avec la participation active de la personne ou de son représentant légal, il précise l'ensemble des interventions nécessaires dans un objectif d'inclusion.

Le PAG est subsidiaire, il doit être sollicité quand toutes les démarches nécessaires à la mise en œuvre du PPC ainsi que les recherches de réponses de droit commun ont été réalisées et n'ont pas abouti. Il propose des solutions sur mesure, modulaires voire dérogatoires.

Le PAG est temporaire, dans l'attente de la mise en œuvre du PPC défini par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH et validé par la personne concernée et/ou son représentant légal le cas échéant.

Afin d'évaluer si la situation d'une personne relève de ce dispositif, il est donc nécessaire de communiquer des informations retraçant son parcours ainsi que toutes les démarches déjà réalisées.

NB : Ces éléments, confidentiels, seront partagés entre les différents acteurs chargés de réfléchir et proposer des réponses. C'est pourquoi le consentement de la personne est un préalable indispensable à l'étude de la situation.

Volet à remplir par le demandeur

1. Identification du demandeur et de sa situation

Nom – Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse : _____

N° de dossier MDPH : _____

Organisme et N° de Sécurité Sociale : _____

Si le demandeur est mineur, merci d'inscrire les coordonnées du ou des représentant(s) légaux :

Père

Mère

Autre

Nom – Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone/ mail : _____

Nom – Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone/ mail : _____

La personne bénéficie-t-elle d'une mesure de protection en cours ? oui non

Si oui, précisez : tutelle curatelle sauvegarde MASP autre :

Exercée par (coordonnées) :

2. Identification de la personne qui a accompagné cette demande

Nom – Prénom : _____

Fonction / Service ou lien de parenté : _____

Coordonnées (téléphone / mail) : _____

3. Historique du parcours de la personne en situation de handicap :

Indiquer les périodes de scolarité, d'accueil institutionnel ou d'accompagnement social ou médico-social, d'hospitalisation etc...

4. Description de la situation actuelle :

Décrire le lieu de vie, le quotidien, les activités etc...

5. Description des besoins :

Préciser attentes et besoins actuels et leur éventuelle évolution.

Quels besoins sont couverts et comment ?

Quels sont ceux non couverts et pourquoi ?

Quelles démarches ont été engagées pour y répondre ?

6. Merci de compléter le tableau de repérage des besoins¹.

Besoins	Niveau ²
Besoins en matière de santé somatique ou psychique	
1.1.1.1 - Besoins en matière de fonctions mentales, psychiques, cognitives et du système nerveux	
1.1.1.2 - Besoins en matière de fonctions sensorielles	
1.1.1.3 - Besoins en matière de douleur	
1.1.1.4 - Besoins relatifs à la voix, à la parole et à l'appareil bucco-dentaire	
1.1.1.5 - Besoins en matière de fonctions cardio-vasculaire, hématopoïétique, immunitaire et	
1.1.1.6 - Besoins en matière de fonctions digestive, métabolique et endocrinienne	
1.1.1.7 - Besoins en matière de fonctions génito-urinaires et reproductives	
1.1.1.8 - Besoins en matière de fonctions locomotrices	
1.1.1.9 - Besoins relatifs à la peau et aux structures associées	
1.1.1.10 - Besoins pour entretenir et prendre soin de sa santé	
Besoins en matière d'autonomie	
1.2.1.1 – Besoins en lien avec l'entretien personnel	
1.2.1.2 – Besoins en lien avec les relations et les interactions avec autrui	
1.2.1.3 – Besoins pour la mobilité	
1.2.1.4 – Besoins pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité	
Besoins pour la participation sociale	
1.3.1.1 – Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté	
1.3.2.1 – Besoins pour vivre dans un logement	
1.3.2.2 – Besoins pour accomplir les activités domestiques	
1.3.3.1 – Besoins en lien avec la vie scolaire et étudiante	
1.3.3.2 – Besoins en lien avec le travail et l'emploi	
1.3.3.3 – Besoins transversaux en matière d'apprentissages	
1.3.3.4 – Besoins pour la vie familiale, la parentalité, la vie affective et sexuelle	
1.3.3.5 - Besoins pour apprendre à être pair-aidant	
1.3.4.1 - Besoins pour participer à la vie sociale	
1.3.4.2 – Besoins pour se déplacer avec un moyen de transport	
1.3.5.1 - Besoins en matière de ressources et d'autosuffisance économique	

¹ Nomenclature SERAFIN - PH

² NE : non évalué PBR : pas de besoin repéré + : besoin présent ++ : besoin important +++ : besoin très important

7. Description des difficultés rencontrées par la personne et son entourage :

Précisez où se situe la ou les difficultés au quotidien ? Quelles démarches ont été engagées pour y pallier ?

8. Quelle est la demande de la personne ?

9. Quelles sont les demandes de l'établissement ou service pour répondre aux besoins et attentes de la personne ?

10. Identification des intervenants impliqués actuellement dans l'accompagnement (professionnels ou non professionnels) :

NOM/Prénom	Coordonnées	Nature de l'accompagnement	Date de début de prise en charge

Merci de compléter l'emploi du temps des interventions ci-après.

Emploi du temps hebdomadaire des intervenants et interventions :

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matin	Matin	Matin	Matin	Matin	Matin	Matin
Midi	Midi	Midi	Midi	Midi	Midi	Midi
Après-midi	Après-midi	Après-midi	Après-midi	Après-midi	Après-midi	Après-midi
Soir	Soir	Soir	Soir	Soir	Soir	Soir
Nuit	Nuit	Nuit	Nuit	Nuit	Nuit	Nuit
Transports ?	Transports ?	Transports ?	Transports ?	Transports ?	Transports ?	Transports ?

11. Démarches entreprises

Indiquer toutes les structures sollicitées et les réponses obtenues.

Joindre impérativement les courriers reçus.

Structure contactée		Date	La structure a-t-elle apporté une réponse écrite		
			OUI/NON	Inscrit sur la liste d'attente depuis le :	Motifs du refus le cas échéant :
Nom :	Préciser pour quels besoins :				

Volet à remplir par la personne en situation de handicap ou
son représentant légal

Consentement* à l'étude de la situation
et à l'échange d'informations concernant la personne en situation de
handicap entre les intervenants associés à la recherche de solutions
dans le cadre du Dispositif d'Orientation Permanent

Je soussigné(e),

Prénom :

Nom :

Le cas échéant, organisme :

Père, Mère, Représentant légal (barrez les mentions inutiles) de :

Prénom :

Nom :

- Atteste avoir pris connaissance du contenu de cette demande
- Autorise les professionnels de la MDPH et les partenaires associés à la recherche de solutions dans le cadre du PAG à échanger les informations individuelles nécessaires au traitement de la situation par tout moyen.

Fait à :

Le :

Signature :

*Sous réserve de l'accord préalable de la personne handicapée ou de son représentant légal, l'équipe pluridisciplinaire peut échanger avec les professionnels intervenant dans l'accompagnement sanitaire et médico-social de la personne handicapée (**article L.241-10 du CASF**)