

**FICHE DE SAISINE DE LA RESAD Val Parisis**

(Réunion d’Evaluation des Situations d’Adulte en Difficulté)

* **à retourner à la coordinatrice du CLSM, Adeline ATTIETALLAH**

**Mail :** [**aattietallah@valparisis.fr**](mailto:aattietallah@valparisis.fr) **Téléphone : 06 37 04 84 90**

**Critères à rassembler en vue d’une sollicitation de la RESAD Val Parisis (cumulatifs) :**

* Situation de souffrance ou de trouble psychique, faisant partie des difficultés ;
* Imbrication de problèmes psychiques et de difficultés sociales ;
* Les actions déjà mises en place et les canaux habituels de travail inter-partenarial ne suffisent pas ;
* Adulte relevant du territoire du CLSM Val Parisis[[1]](#footnote-1).

**LA RECHERCHE DE L’ACCORD DE LA PERSONNE CONCERNEE EST UN PRINCIPE FONDAMENTAL, même lorsqu’il s’agit d’un majeur protégé.**

**Informations à transmettre de manière accessible à la personne concernée lors du recueil de son accord « éclairé »** :

* les raisons de cette réunion,
* l’aide que cette réunion peut lui apporter,
* le rôle de la RESAD,
* son fonctionnement et son déroulement,
* sa composition (fonction et métier de chaque membre/participant),
* les informations la concernant qui seront transmises,
* l’absence de valeur juridique des avis rendus.

**Si la personne concernée donne son accord pour que la situation soit étudiée, une plaquette de présentation de la RESAD doit lui être remise.**

Il est recommandé au professionnel demandeur :

* de s’assurer de la recevabilité de la situation avant de recueillir l’accord de la personne concernée ;
* ou de lui préciser que l’étude de sa situation sera proposée mais ne sera reçue que si elle répond bien à tous les critères mentionnés ci-dessus.

**La personne concernée a la possibilité de se faire accompagner par la personne de son choix si elle participe à la réunion, ou d’écrire un courrier de présentation de sa situation si elle n’y participe pas.**

**Afin de signifier son acceptation des principes mentionnés dans la charte déontologique de la RESAD, notamment au sujet du partage d’informations à caractère secret, le professionnel demandeur doit retourner la charte déontologique de la RESAD signée à la coordinatrice du CLSM avant la réunion.**

**FICHE DE SAISINE DE LA RESAD Val Parisis**

|  |  |
| --- | --- |
| Date de remplissage de la Fiche : | Numéro de référence de la situation  (partie réservée à la coordinatrice CLSM) |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMATIONS SUR LA PERSONNE** | | | | | | |
| NOM Prénom : ou  Situation Anonyme | | | | | | |
| Date de Naissance : | Commune : | | | | Sexe | F  M |
| **SITUATION ACTUELLE DE LA PERSONNES** | | | | | | |
| Situation Familiale |  | Mesure de protection juridique ? | |  | | |
| Existence d’un médecin traitant (nom) ? |  | Emploi ? | |  | | |
| La personne est-elle informée de la demande de RESAD |  | | | | | |
| La personne a-t-elle donné son accord pour le passage en RESAD ? |  | | | | | |
| La personne sera-t-elle présente lors de la RESAD ? |  | | | | | |
| **ELEMENTS JUSTIFIANT LA SAISINE DE LA RESAD** | | | | | | |
| Quelles ont été les démarches mises en œuvre avant la présentation en RESAD ? Quelles limites/points de blocage justifient la demande de RESAD ? | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Autres informations que vous considérez importantes pour cette réunion : | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **MOTIFS DE LA SOLLICITATION DE LA RESAD** : Difficultés rencontrées/identifiées par le professionnel | | | | | | |
| Santé (psychiatrie, souffrance psychique, addiction, somatique…) | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Logement (accès au logement, logement inadapté, dette locative, troubles du voisinage…) | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Demande sociale (accès aux droits, protection de l’enfance, situation de séjour irrégulier, grande précarité…) | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Réseau familial/amical soutenant/impliqué identifié ? | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Autres motifs | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **DEMANDE EXPRIMEE PAR LA PERSONNE** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **SUIVI SOCIO-SANITAIRE** :  acteurs qui suivent la personne => Cocher les professionnels à inviter et indiquer leur nom et coordonnées mail | | | | | | |
| CCAS |  | Service Social CRAMIF |  | | | |
| CMP |  | Mission Locale |  | | | |
| Circonscription d’Action Sociale |  | ESuivi Emploi |  | | | |
| CAF |  | Bailleur |  | | | |
| Autres acteurs sociaux intervenant dans la prise en charge |  | | | | | |
| Acteurs sanitaires intervenant dans la prise en charge |  | | | | | |
| Autres acteurs intervenant dans la situation |  | | | | | |
| Réseau familial/amical aidant dans la situation ? |  | | | | | |
| **ACTEURS QU’IL PARAIT NECESSAIRE D’INVITER A LA RESAD LORS DE L’ETUDE DE LA SITUATION**  parce qu’ils suivent déjà la personne ou parce que leur implication dans la situation fait défaut/serait pertinente (hors membres permanents de la RESAD) **Indiquer le nom et le mail du professionnel** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **INFORMATIONS SUR LE PROFESSIONNEL DEMANDEUR** | | | | | | |
| NOM / Prénom : | Profession : | | | | | |
| Structure : | Ville : | | | | | |
| Téléphone  *(ligne directe ou portable)* |  | Adresse mail | |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **FICHE NAVETTE**  **Circule exclusivement entre la coordinatrice du CLSM et le professionnel demandeur** | |
| **PRECONISATIONS PROPOSEES A L’ISSUE DE LA RESAD DU \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_** | |
|  | |
| **MISE EN ŒUVRE DES PRECONISATIONS : RETOUR FAIT PAR LE DEMANDEUR A LA RESAD** | |
| Retour à faire avant le (date à déterminer en RESAD) : |  |
|  | |

**Plaquette RESAD remise à la personne**

**Charte déontologique de la RESAD signée par le professionnel demandeur**

1. Beauchamp, Bessancourt, Cormeilles-en-Parisis, Eaubonne, Ermont, Franconville, Frépillon, Herblay-sur-Seine, La Frette-sur-Seine, Le Plessis-Bouchard, Montigny-lès-Cormeilles, Pierrelaye, Saint-Leu-la-Forêt, Sannois, Taverny [↑](#footnote-ref-1)