



## Demande de mise en place d'un PAG (plan d'accompagnement global) pour une situation de rupture ou risque de rupture de parcours

### Notice :

Cette fiche est remplie par toute personne potentiellement concernée par l'accompagnement d'une personne en situation de handicap ou par la personne en situation de handicap elle-même, bénéficiant d'une orientation CDAPH et en situation de rupture ou de risque de rupture de parcours.

Il est impératif de respecter les indications suivantes :

- Une demande de mise en place d'un PAG dans ce cadre peut être effectuée prioritairement si :
  - La personne en situation de handicap n'a aucune prise en charge ;
  - La personne en situation de handicap est en fin de prise en charge avec risque de rupture d'accompagnement et notamment risque de retour à domicile dans le respect de l'article L241-6 du CASF ;
  - La mise en œuvre de la prise en charge est complexe (nécessité d'un étayage multiple) et le niveau de couverture insuffisant des besoins entraîne un risque de rupture.
- Ce document est transmis à la MDPH 77
  - soit par courrier adressé au 16 rue de l'Aluminium 77543 Savigny le Temple Cedex
  - soit par mail à [demande-pag@mdph77.fr](mailto:demande-pag@mdph77.fr) .
- Toute demande ne comportant pas les courriers de refus des établissements sera systématiquement refusée.

Cette demande sera ensuite analysée par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH qui pourra faire des demandes de compléments d'information et adressera un accusé de réception au demandeur ainsi qu'à la personne elle-même ou son représentant légal s'ils ne sont pas les demandeurs.

Elle sera ensuite soumise au Comité d'analyse, composé de représentants du Département, de l'ARS, de l'Education Nationale et de la MDPH, qui décidera de la suite à donner.

Dans le cas d'une demande par un professionnel, elle devra être visée et transmise par le directeur de la structure dont il dépend ou le responsable désigné pour ce faire par l'institution le cas échéant.



### **ATTENTION - la demande de mise en place d'un PAG n'est pas :**

- Une information préoccupante
- Une demande de fin de prise en charge qui doit être adressée à la MDPH pour décision préalable par la CDAPH (article L241-6 du CASF )

## Volet à remplir par le demandeur

### I. Identification du demandeur s'il n'est pas la personne en situation de handicap

NOM – Prénom : \_\_\_\_\_

Fonction / Service : \_\_\_\_\_

Coordonnées (téléphone / mail) : \_\_\_\_\_

### II. Identification de la personne en situation de handicap et description de sa situation

NOM – Prénom : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_

N° de dossier MDPH : \_\_\_\_\_

Si la personne en situation de handicap est un enfant, merci d'inscrire les coordonnées du père, de la mère ou de l'autorité parentale :

Monsieur    Madame    représentant légal (*barrer la/les mention(s) inutile(s)*)

NOM – Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone/ mail : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La personne en situation de handicap bénéficie-t-elle d'une mesure de protection en cours ?

oui    non

Si oui, précisez :  tutelle    curatelle    sauvegarde    MASP    autre :

Exercée par (coordonnées) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **1. 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...

Préciser si un PAG ou tout autre saisine ou plan d'action a déjà été mis en place. Si oui, indiquez ci-dessous les mesures inscrites dans ce plan et le cas échéant les points faibles/ points forts de leur mise en œuvre

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## **2. Présentation de la personne en situation de handicap et de sa situation actuelle :**

Préciser les attentes et besoins actuels et leur éventuelle évolution, les obstacles rencontrés pour couvrir ces besoins (pour la description des besoins merci de remplir le tableau ci-après)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Besoins	Niveau*
<b>Besoins en matière de santé somatique ou psychique</b>	
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 respiratoire	
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	
<b>Besoins en matière d'autonomie</b>	
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	
<b>Besoins pour la participation sociale</b>	
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	

**\* Légende :**

NE : non évalué

PBR : pas de besoin repéré

+ : Besoin présent

++ : Besoin important

+++ : Besoin très important

3. **Identification des intervenants impliqués actuellement dans l'accompagnement de la personne concernée** (professionnels ou non professionnels)

NOM/Prénom	Coordonnées	Nature de l'accompagnement	Date de début de l'accompagnement

**MDS du secteur :**

Préciser si un suivi par la MDS existe :  oui  non

Si oui coordonnées de la personne référente :

---

---

Si trouble du spectre autistique, préciser :

- si un suivi par le réseau AURA77 existe:  oui  non
- si le DIH 77 a été informé:  oui  non

Si la situation entre dans le cadre du handicap rare, préciser si l'équipe relais handicaps rares (ERHR Ile de France) a été informée :  oui  non

**Compléter l'emploi du temps des interventions ci-après**

### Emploi du temps hebdomadaire des intervenants et interventions :

<b>Lundi</b>	<b>Mardi</b>	<b>Mercredi</b>	<b>Jeudi</b>	<b>Vendredi</b>	<b>Samedi</b>	<b>Dimanche</b>
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 ?

#### 4. Démarches entreprises

Indiquer toutes les structures sollicitées et les réponses obtenues.

**Joindre impérativement les courriers reçus.**

Structure contactée	Date JJ/MM/AA	La structure a-t-elle apporté une réponse écrite (article L.241-6 du CASF) <sup>1</sup>		
		OUI/NON	Inscrit sur la liste d'attente depuis le JJ/MM/AA	Motifs du refus le cas échéant <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Toute décision de refus d'admission par l'autorité habilitée à la prononcer est adressée à la maison départementale des personnes handicapées, à la personne handicapée ou à son représentant légal, ainsi qu'à l'autorité qui a délivré l'autorisation. Elle comporte les motifs de refus au regard du deuxième alinéa du présent III.

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 PAG

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*)