

## Document 2 : Kit de sensibilisation au certificat médical



Ce diaporama est proposé par la CNSA à tout intervenant, coordonnateur d'équipe pluridisciplinaire, formateur, médecin enseignant etc ... qui souhaite présenter à des professionnels de terrain, médecins ou non, le nouveau certificat médical devant être fourni par la personne handicapée à toute demande qu'elle présente en MDPH.

Chaque intervenant a la possibilité de s'approprier ce diaporama à sa convenance en modifiant notamment la présentation des diapositives, leur ordre, leur contenu ...

Toutefois, l'attention est attirée sur l'intérêt de garder la cohérence d'ensemble du message ainsi relayé auprès des professionnels concernés.

## Refonte du certificat médical présenté à l'appui d'une demande en MDPH

- ❑ Toute demande présentée à la MDPH doit être accompagnée d'un certificat médical datant de moins de 3 mois
- ❑ La nécessité de refonte du modèle officiel est liée à la mise en place de la loi de 2005 :
  - ▶ Termes inappropriés
  - ▶ Barrière des âges
  - ▶ Difficultés de remplissage pour les médecins traitants
  - ▶ Difficultés d'exploitation pour les équipes pluridisciplinaires des MDPH

Dr Pascale Gilbert - 2009

2

La loi de 2005 a mis en place le nouveau dispositif des Maisons départementales des personnes handicapées afin d'apporter une meilleure compensation aux besoins des personnes qui vivent avec un handicap. La loi est très ambitieuse et vise un véritable changement de regard de la société toute entière. Cela inclut les professionnels de santé, qui ont à l'égard du handicap, comme toute personne, des habitudes de pensée, des représentations propres. Le certificat médical est un des supports, en général la « porte d'entrée » des relations entre les professionnels de terrain qui assurent l'accompagnement « quotidien » des personnes handicapées, et la MDPH, notamment son équipe pluridisciplinaire chargée de l'évaluation de la situation et d'élaborer des réponses aux besoins de compensation, ainsi que la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDA) qui prend les décisions. Les commissions précédentes étaient séparées : COTOREP pour les adultes, CDES pour les enfants. Chacune avait un modèle officiel de certificat médical qui a été reconduit à l'identique en 2006 pour les MDPH en attendant une refonte complète.

## L'ancien certificat adulte (1)

<b>COTOREP</b> (Tatpoch-dale)	N° dossier _____ N° agent instructeur _____
 <b>Ministère de l'emploi et de la solidarité</b> Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle	 <b>DDASS</b> N° 03 Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
<b>CERTIFICAT MÉDICAL PERSONNE ADULTE HANDICAPÉE</b>	
<p>Mon cher confrère,</p> <p>En application du guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées, je vous serais obligé(e) de bien vouloir remettre à votre patient sous <b>pli confidentiel ce certificat médical</b>, pour qu'il le joigne à son dossier de demande.</p> <p>Le guide-barème (décret n° 95-1216 du 4 novembre 1995) s'appuie sur les concepts de l'Organisation Mondiale de la Santé (<b>déficience, incapacité, désavantages</b>).</p> <p>Une <b>déficience</b> correspond à une atteinte des organes et des fonctions.</p> <p>Une <b>incapacité</b> caractérise la limitation des capacités dans les gestes et actes élémentaires de la vie quotidienne.</p> <p>Le <b>désavantage social</b> qui en résulte caractérise la limite ou l'interdit dans l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socio-culturels.</p> <p>Ce barème fixe les divers taux d'incapacité, <b>d'après l'importance de la déficience</b>, celle-ci étant appréciée par ses répercussions sur les capacités fonctionnelles et sur l'autonomie dans la vie quotidienne.</p>	

Dr Pascale Gilbert - 2009

3

Les praticiens ont souvent fait état de difficultés à remplir ces anciens certificats, tandis que les équipes des anciennes commissions et désormais des MDPH ont constaté une qualité médiocre du remplissage et une difficulté générale à récupérer l'information pertinente sur la situation des personnes, qui est pourtant la base indispensable d'une évaluation de qualité de sa situation et de ses besoins.

## L'ancien certificat adulte (2)

Maison Départementale des Personnes Handicapées  
(Tampon date)

N° dossier

Ministère de l'Éducation Nationale  
Ministère de la Santé et de la Consommation

cerfa  
N° 1512001  
09/10

### CERTIFICAT MÉDICAL PERSONNE ADULTE HANDICAPÉE

Mon cher confrère,

Je vous serais obligé(e) de bien vouloir remettre à votre patient sous pli confidentiel ce certificat médical pour qu'il le joigne à son dossier de demande.

Pour permettre aux médecins de l'équipe pluridisciplinaire de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) d'effectuer une étude du dossier dans les délais les plus courts et de proposer à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDA) une décision équitable, veuillez avoir l'obligeance de compléter les rubriques concernant votre patient et joindre les documents complémentaires que vous jugerez utiles.

Dr Pascale Gilbert - 2009

4

## L'ancien certificat enfant

cerfa  
N° 1512001

COMMISSION DES DROITS ET DE L'AUTONOMIE  
DES PERSONNES HANDICAPÉES

### CERTIFICAT MÉDICAL

Décret n° 83-1218 du 4 novembre 1983

Veuillez cocher les cases correspondant à vos réponses

A Demande d'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé  
Article 6 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, Décret n° 75-1769  
du 15 décembre 1975

B Demande de carte  
Article 173 du C.F.A.S.

C Demande de Prestation de Compensation (PC)  
Article du 30 juillet 1979

Ce certificat, remis au demandeur sous pli fermé confidentiel et à n'ouvrir que par un médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, sera joint à l'ensemble du dossier destiné à la Commission des droits et de l'auto.

Dr Pascale Gilbert - 2009

5

# Le nouveau certificat commun

**Confidential**

Ministère français des Personnes handicapées, de la Santé et de la Vieillesse

**certifa**  
N° 1387901

**Certificat médical**  
Destiné à être joint à une demande auprès  
de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

Nom de naissance \_\_\_\_\_  
Nom d'épouse \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
N° d'immatriculation sécurité sociale \_\_\_\_\_  
N° de dossier auprès de la MDPH (si connu) \_\_\_\_\_

➔ Vous avez déjà rempli un certificat médical pour ce patient lors d'une précédente

Dr Pascale Gilbert - 2009 6

# Les enjeux liés au remplissage du certificat médical

2009

7

## Le droit à la compensation

### **La loi du 11 février 2005 consacre le droit à la compensation de la personne handicapée**

Aux termes du nouvel article L. 114-1-1 du code de l'action sociale et des familles :

*« La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie »*

Dr Pascale Gilbert - 2009

8

Pour bien comprendre les enjeux liés au remplissage du certificat médical par les praticiens de terrain, il est nécessaire de s'approprier au préalable certains « fondamentaux. Posés par la loi de 2005 ce fondamentaux constituent un changement profond des mentalités relatives à la notion de handicap tant chez les professionnels que dans le grand public.

Dans ce cadre, la notion de « droit à compensation » doit être entendue au sens large et bien distinguée de la prestation de compensation, qui n'est qu'un moyen parmi d'autres d'apporter des réponses aux besoins des personnes handicapées. Parmi les autres moyens, on trouve des réponses institutionnelles de type établissement d'accueil, hébergement, ou services d'accompagnement. Cela peut également passer par la mobilisation de leviers du droit commun : accès à un logement social adapté, soutien au sein de l'école ou de l'université pour l'accès au savoir, aménagement de postes au sein de l'entreprise ...

## Une définition du handicap

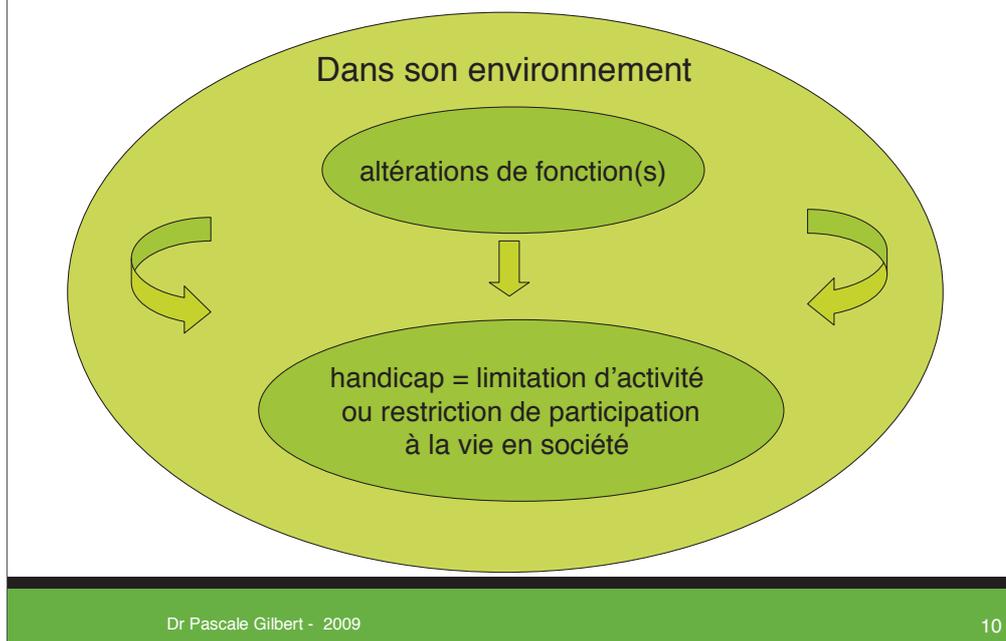
- “ Art. L. 114. - Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute **limitation d’activité ou restriction de participation à la vie en société** subie **dans son environnement** par une personne en raison d’une **altération substantielle, durable ou définitive d’une ou plusieurs fonctions** physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d’un polyhandicap ou d’un trouble de santé invalidant. ”

Dr Pascale Gilbert - 2009

9

La loi de 2005 a également introduit une grande nouveauté par rapport à la loi de 1975 qui fondait les CDES et les COTOREP. Nous avons désormais une définition légale du handicap, qui nous invite à nous rapprocher de la vision interactive de la notion de handicap qui prévaut désormais au niveau international.

## Le modèle de la loi de 2005 :



Cette définition replace les activités et la participation de la personne à la vie en société au centre de la notion de handicap.

La déficience, ou altération de fonction, de quelque type qu'elle soit, n'est que l'origine de cette situation de handicap, elle ne peut à elle seule la résumer.

Le rôle de l'environnement comme facilitateur ou obstacle aux activités et à la participation est maintenant pleinement intégré à la genèse d'une situation de handicap. Cela signifie qu'à déficience égale, il est logique qu'on ne constate pas le même niveau de limitations dans la vie quotidienne, en fonction des environnements dans lesquels elle se déroule.

## Les concepts qui doivent fonder les pratiques après 2005

- ❑ La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)
- ❑ Adoptée par l'OMS en mai 2001
- ❑ Largement citée comme support conceptuel lors des débats à l'occasion de la loi
- ❑ Cherchant à décrire le handicap au sein d'un modèle universel et non discriminatoire du fonctionnement humain (vocabulaire neutre)
- ❑ Modèle interactif qui prend en compte l'environnement (comme dimension à part entière de la classification)

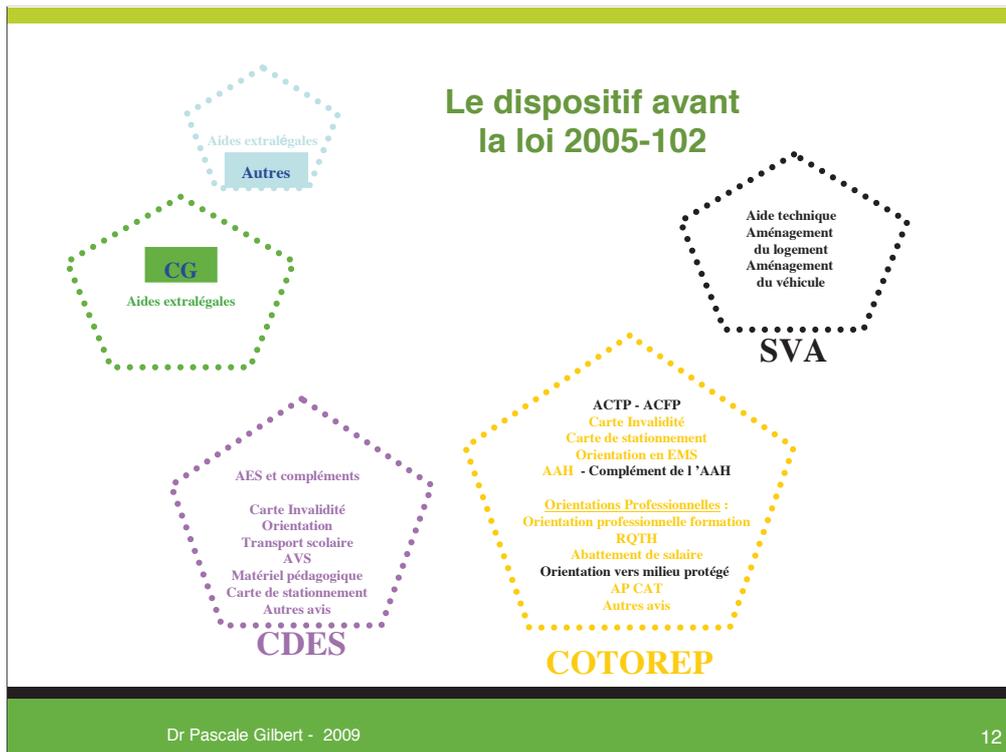
Dr Pascale Gilbert - 2009

11

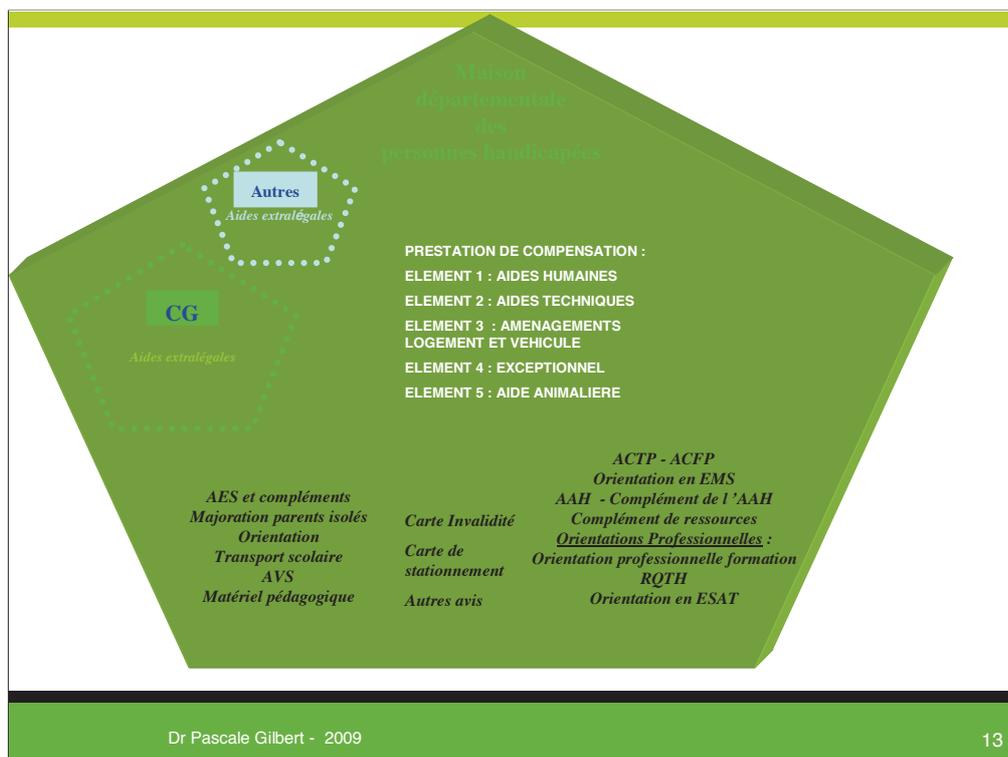
Ces concepts sont issus de la CIF, Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, adoptée par l'OMS en 2001. Cette classification, la deuxième publiée par l'OMS concernant le handicap, est encore « jeune » et reste à ce jour en débat, contrairement à sa plus classique cousine, la CIM, classification internationale des maladies, vieille de plus d'un siècle et très bien implantée dans les milieux médicaux.

La nouvelle classification promeut une vision universelle de la question du handicap, commune à tous les êtres humains à des degrés divers et à différents moments de la vie. Elle permet de sortir d'une vision exclusivement bio-médicale du handicap, la plus répandue en France et, très logiquement, surtout dans les milieux médicaux. Elle permet de prendre en compte l'environnement, qui est une dimension à part entière de la classification, avec la possibilité de qualifier cet environnement comme facilitateur ou obstacle à une pleine participation sociale de la personne.

## Le dispositif avant la loi 2005-102

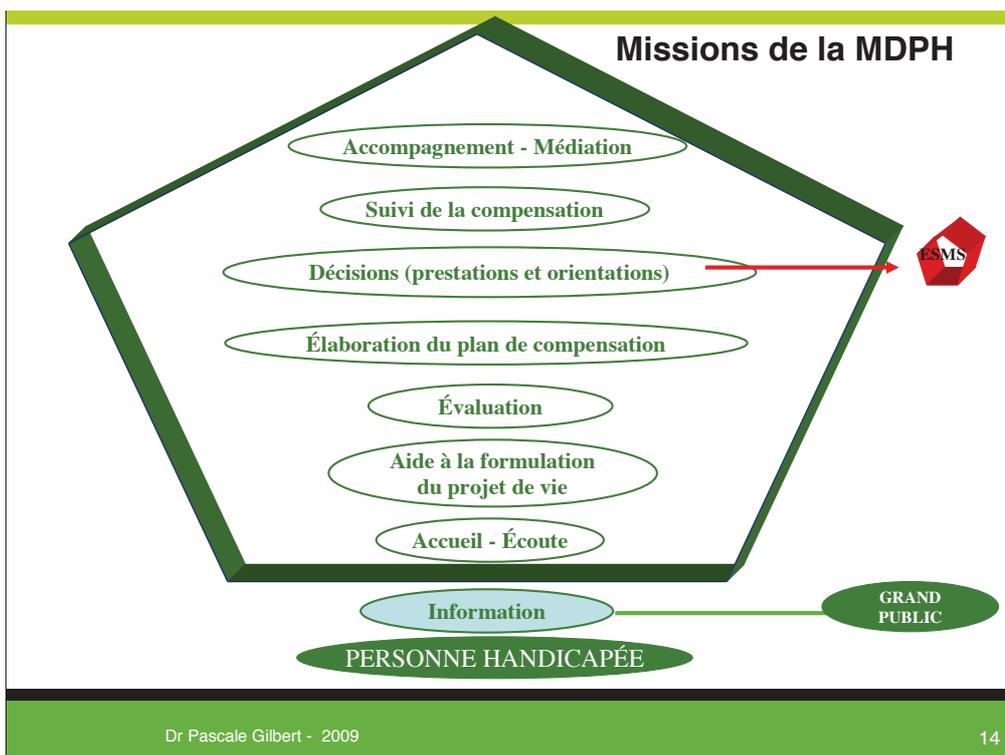


Dans le passé, les patients demandaient à leur médecin traitant de remplir le certificat « pour la COTOREP », plus rarement, la famille d'un enfant handicapé parlait de la CDES. Les prestations, orientations, reconnaissances administratives du handicap, sont autant de demandes dont la décision était prise par ces instances. D'autres outils de compensation du handicap pouvaient être sollicités auprès de divers autres partenaires, variables d'un département à l'autre, avec des financements et des critères d'attribution extralégaux, donc variables eux aussi.



La loi de 2005, en installant les MDPH, a voulu améliorer le « parcours du combattant » dénoncé par les associations représentatives des personnes handicapées, par l'installation d'un « guichet unique » aux missions élargies. En effet, la loi de 2005 ajoute aux différentes prestations existantes, la prestation de compensation du handicap, qui vient améliorer la couverture financière des besoins en aide humaine, aide technique, aménagement du logement ou du véhicule, frais de transports, autres frais divers ponctuels ou plus régulier, aide animalière.

La couverture n'est pas exhaustive, mais cette prestation est dite « universelle » c'est-à-dire qu'elle s'applique à toutes les personnes handicapées en fonction de critères identiques sur l'ensemble du territoire, avec des conditions de ressources permettant une couverture large des publics ayant des besoins de compensation.



Les missions des MDPH, qui se sont mises en place depuis 2006 dans tous les départements, comportent bien évidemment les décisions relatives aux prestations, qui sont désormais prises par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) à la place des anciennes CDES et COTOREP. Mais elles vont désormais bien au-delà : en amont de la décision, les MDPH ont désormais à assurer :

- information, y compris du grand public,
- accueil des personnes handicapées et de leur entourage,
- Aide à la formulation de leur projet de vie pour les personnes qui le souhaitent : en effet, lors de toute demande, la personne handicapée est invitée à formuler ses attentes, aspirations, souhaits, besoins. Une telle démarche est tout à fait nouvelle dans notre dispositif où les personnes handicapées ont été jusqu'alors assez peu associées aux décisions les concernant.
- Évaluation des besoins de compensation et élaboration du plan personnalisé de compensation : ces deux missions sont confiées à l'équipe pluridisciplinaire obligatoirement mise en place par la MDPH. Il s'agit là d'avoir une approche globale et multidimensionnelle de la situation de la personne, afin de mettre en évidence ses besoins et de proposer un plan cohérent de réponses, dont certaines seront soumises à décisions de la CDAPH, d'autres seront la mobilisation de leviers existants dans le milieu ordinaire et qui doivent être mobilisés : intervention de l'AGEFIPH, aménagements de scolarité au sein de l'école etc ...
- Au-delà des décisions, la MDPH est désormais chargée d'un suivi de leur mise en œuvre. Cette mission très nouvelle au regard des activités des précédentes commissions, se met progressivement en place. Elle est d'une grande complexité compte tenu de la diversité des situations et du volume des demandes traitées.

## Les limites du rôle des équipes pluridisciplinaires

- ❑ Les EP ne peuvent pas avoir un contact approfondi avec tous les demandeurs.
- ❑ Ce n'est pas qu'une question de moyens, c'est aussi une question de risque intrusif et de redondance des évaluations : les personnes sont en général déjà bien connues d'un dispositif de soin et/ou de suivi social.
- ❑ C'est pourquoi le certificat médical est une pièce majeure du dossier.
- ❑ C'est à partir de lui que l'EP va pouvoir construire une évaluation appropriée : ni trop superficielle, ni trop détaillée.

Dr Pascale Gilbert - 2009

15

## De quoi les EP ont-elles besoin pour évaluer rapidement et efficacement et proposer un PPC et des décisions à la CDAPH ?

- ❑ Rassembler toutes les informations pertinentes déjà existantes
- ❑ Afin de ne faire réaliser en plus que ce qui sera nécessaire
- ❑ En s'appuyant sur les premières données issues du certificat médical
- ❑ Et les comptes-rendus et documents joints en appui

Dr Pascale Gilbert - 2009

16

## Les informations pertinentes

- ❑ Elles découlent de la définition du handicap
- ❑ La pathologie seule n'est pas suffisante, ce sont ses retentissements dans la vie quotidienne de la personne, ainsi que les interactions avec l'environnement dans lequel elle vit qui vont devoir être analysés
- ❑ L'EP et la CDAPH doivent pouvoir apprécier si les critères d'éligibilité aux différentes prestations sont remplis : les difficultés dans la capacité à effectuer les actes de la vie quotidienne et les limitations dans leur réalisation effective dans l'environnement de vie de la personne sont des critères centraux

## Les référentiels réglementaires

- ❑ Le guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées : annexe 2-4 du Code de l'action sociale et des familles disponible sur :

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=7A0A697FA44BD5E2D4E9999C2449D322.tpdjo09v\\_2?idSectionTA=LEGISCTA000018780362&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20091012#LEGIARTI000019325262](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=7A0A697FA44BD5E2D4E9999C2449D322.tpdjo09v_2?idSectionTA=LEGISCTA000018780362&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20091012#LEGIARTI000019325262)

Dr Pascale Gilbert - 2009

18

Ces critères sont différents de ceux utilisés par d'autres dispositifs : il ne faut pas confondre ce barème avec celui des accidents du travail, ou ceux utilisés en matière d'assurance pour la réparation du préjudice corporel comme le barème dit « du concours médical ».

## Les référentiels réglementaires

- ❑ Le référentiel pour l'attribution de la prestation de compensation, annexe 2-5 du code de l'action sociale et des familles disponible sur :

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=7A0A697FA44BD5E2D4E9999C2449D322.tpdjo09v\\_2?idSectionTA=LEGISCTA000018780362&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20091012#LEGIARTI000018782324](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=7A0A697FA44BD5E2D4E9999C2449D322.tpdjo09v_2?idSectionTA=LEGISCTA000018780362&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20091012#LEGIARTI000018782324)

Dr Pascale Gilbert - 2009

19

# La structure du certificat médical

2009

20

## L'identification du demandeur

The image shows a medical certificate form titled "Certificat médical" with a "Confidentiel" watermark. At the top, it features the French flag and the text "Ministère de la Santé et de la Solidarité" and "Direction Générale de la Santé". A logo for "cerfa" with the number "N° 13879/01" is in the top right. Below the title, it says "Destiné à être joint à une demande auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)". The form contains several fields: "Nom de naissance", "Nom d'épouse", "Prénom", "Date de naissance", "Adresse", "N° d'immatriculation sécurité sociale", and "N° de dossier auprès de la MDPH (si connu)".

Dr Pascale Gilbert - 2009

21

Les N° d'immatriculation sécurité sociale et N° de dossier auprès de la MDPH sont à renseigner s'ils vous sont connus car ils constituent des éléments susceptibles de faciliter le parcours du dossier.

## Le certificat simplifié

➤ Vous avez déjà rempli un certificat médical pour ce patient lors d'une précédente demande auprès de la MDPH (ou des dispositifs antérieurs, COTOREP ou CDES)

et  
il n'y a pas de modification significative dans l'état de santé, l'état fonctionnel ou le handicap\* de votre patient depuis le dernier certificat que vous avez établi :

**Vous pouvez remplir le certificat médical simplifié ci-dessous :**

Je certifie que depuis mon précédent certificat médical en date du \_\_\_\_\_, il n'y a pas de modification significative dans l'état de santé, l'état fonctionnel ou le handicap de M. \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Cachet

Signature du médecin

➤ Dans les autres cas : **Veillez compléter le certificat médical suivant**

Si des examens complémentaires, évaluations ou hospitalisations en lien avec le handicap ont été réalisés :  
**Joindre les comptes rendus et documents les plus significatifs.**

Vous pouvez alors simplement faire référence à ces documents dans les rubriques concernées.

Dr Pascale Gilbert - 2009

22

Vous ne pouvez utiliser cette rubrique **que si vous avez déjà rempli un certificat médical pour personne handicapée pour votre patient** et que, depuis ce dernier, les atteintes de son état de santé **et leurs retentissements fonctionnels** n'ont pas évolué. Tout éclairage nouveau de sa situation est le bienvenu, ne pas le signaler serait susceptible d'empêcher l'accès à un nouveau droit pour votre patient.

## La pathologie, son évolution, sa description clinique

The image shows a digital form with a light green header. The main content area is white with a thin purple border. It contains three sections: 1. 'Pathologie principale à l'origine du handicap' with a 'Code CIM' field. 2. 'Pathologies autres'. 3. 'Histoire de la (des) pathologie(s) invalidante(s) ou évolution depuis la dernière demande auprès de la MDPH'. This third section includes a 'Date de début des troubles' field with a sub-note: 'origine, circonstance d'apparition - antécédents médicaux, chirurgicaux, perinataux en rapport avec le handicap - poids de naissance pour les enfants - bilan initial, facteurs de gravité, évolutive'. Below this are three checkboxes: 'Accident du travail', 'Maladie professionnelle', and 'complications (points) (préciser)'. A green footer bar contains the text 'Dr Pascale Gilbert - 2009' on the left and '23' on the right.

Ces rubriques doivent vous permettre de décrire les éléments de la pathologie de votre patient qui retiennent de façon notable sur sa situation de handicap. Pour les jeunes enfants, tous les éléments éventuellement en rapport avec la grossesse, l'accouchement, le poids de naissance, la prématurité... sont à mentionner ici. Les antécédents sont à préciser s'ils sont en rapport avec le handicap ou de nature à influencer sur l'ensemble de la situation de la personne. Il est très important de préciser les symptômes associés comme la douleur, l'asthénie, les retentissements psychiques, qui pourront être pris en compte dans l'évaluation de la situation de handicap et des besoins de la personne. Pour les pathologies psychiatriques en particulier, il est important également, au delà du diagnostic, de décrire la symptomatologie qui peut en elle-même avoir un retentissement sur la situation globale de la personne.

**Si vous connaissez le code de la pathologie dans la Classification Internationale des Maladies (CIM), vous pouvez l'indiquer mais ce n'est pas une obligation.**

## La pathologie, son évolution, sa description clinique (2)

**Description clinique actuelle**, préciser le cas échéant, la fréquence des crises, douleur, asthène, fatigabilité, lenteur ...

Posés: \_\_\_\_\_ Telle: \_\_\_\_\_ latéralité dominante avant handicap: \_\_\_\_\_  complétez rendus (points) (préciser)

**Perspective d'évolution**

Stable  Aggravation  Incapacité fonctionnelle (préciser si nécessaire, la fréquence des poussées)

Risque vital  Amélioration (préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles)  Non définie

Dr Pascale Gilbert - 2009

24

Ne pas hésiter à joindre tout compte rendu, bilan, susceptible d'éclairer la situation de santé de la personne **y compris les retentissements fonctionnels et de vie quotidienne.**

## Cas particulier des atteintes sensorielles

En cas de déficience auditive avec un retentissement significatif : Joindre un audiogramme avec et sans appareillage et un audiogramme vocal

Observations :

En cas de déficience visuelle avec un retentissement significatif : Joindre le compte rendu type rempli par un ophtalmologiste

Observations :

- Pour les déficiences auditives : importance de l'audiogramme vocal, pour objectiver le retentissement fonctionnel

Une description par un spécialiste est obligatoire pour ces deux champs, lorsqu'ils sont atteints :

En cas d'atteinte auditive, les audiogrammes - non seulement l'audiogramme tonal mais également l'audiogramme vocal - seront essentiels pour préciser les retentissements des atteintes pour la personne.

## Atteintes visuelles : un certificat type distinct

  
N° 1387/01

**Compte rendu type pour un bilan ophtalmologique**  
**A joindre au certificat médical destiné à la maison départementale des personnes handicapées**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Diagnostic principal : \_\_\_\_\_ Pathologies associées : \_\_\_\_\_

Date du bilan : \_\_\_\_\_

	Oeil droit	Oeil gauche
<b>Meilleure Acuité visuelle de loin</b> Echelle de Mooney à 5 mètres	Sans correction _____ Avec correction _____	_____
<b>Meilleure Acuité visuelle de près</b> Echelle de Parinaud à 40 cm avec le meilleur éclairage	Sans correction _____ Avec correction _____	_____

Le champ visuel binoculaire est-il normal ?  oui  non (compléter le tracé binoculaire Goldman III/4 au verso)

La vision des couleurs est-elle normale ?  oui  non (préciser)

La sensibilité aux faibles contrastes est-elle normale ?  oui  non (préciser)

Nystagmus  non  oui (préciser)

Diplopie  non  oui (préciser)

Dr Pascale Gilbert - 2009 26

En cas d'atteinte visuelle, le modèle annexe de certificat sera à remplir par un ophtalmologiste et joint au certificat principal. Il comporte des précisions indispensables pour bien apprécier le retentissement fonctionnel, l'acuité visuelle centrale n'étant qu'une petite partie des éléments nécessaires pour bien évaluer.

## Atteintes visuelles : un certificat type distinct (2)

Evolution prévisible des troubles  amélioration  stabilité  aggravation  non définie  
 Si amélioration : Dans quel délai ? Comment ?

**Déplacement à l'extérieur du domicile**

Seul avec assistance en permanence	Avec moyens de compensation*	Avec moyens de compensation* (préciser)
Seul selon certaines conditions (lumière, espace ou difficulté de trajet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec l'aide d'un tiers pour certains déplacements/préparer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec l'aide d'un tiers pour tous les déplacements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Réalisation des tâches de la vie courante**

Seul avec assistance en permanence	Avec moyens de compensation*	Avec moyens de compensation* (préciser)
Seul selon certaines conditions (lumière, espace...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec l'aide d'un tiers pour certaines tâches (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec l'aide d'un tiers pour toutes les tâches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

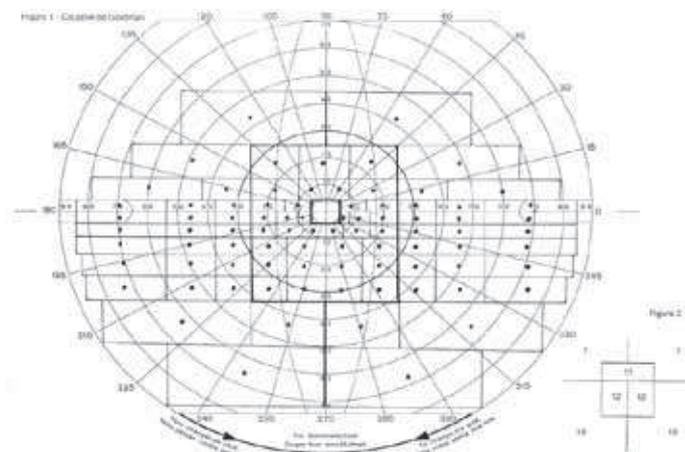
\*Moyens de compensation spécifiques : stratégies cognitives et attentionnelles ; Aides techniques.

Retentissement fonctionnel des troubles visuels sur la vie personnelle, sociale et professionnelle

Dr Pascale Gilbert - 2009

27

## Atteintes visuelles : un certificat type distinct (3)



Dr Pascale Gilbert - 2009

28

Au verso, un champ visuel, essentiel en cas d'atteinte, qui ne serait sinon pas prise en compte avec la seule acuité visuelle centrale, alors même que les conséquences fonctionnelles en sont souvent majeures.

## La description des traitements

**Traitements, prises en charge thérapeutiques**

Nature et durée des traitements en cours (donner régime, préciser les contraintes liées aux traitements, les effets secondaires)  complet(s) rendu(s) positif(s) (préciser)

**Prises en charge régulières**

Hospitalisations répétitives ou programmées  
 Autres consultations médicales régulières, spécialistes ou non  
 Autres prises en charge paramédicales régulières  
 Autre (préciser)

Nature:   
Fréquence:

**Soins ou traitements nocturnes**  réel  ou (préciser)

**Projet thérapeutique** (le cas échéant):

**Appareillages**

Appareil:  externe  interne

Céleste  Hémodialyseur  
 Suroscilisateur  Massoir  Stéthoscope  
 O-téléc. auditif (préciser)  
 Sonde urinaire  Stomie urinaire  
 Stomie digestive (préciser)  
 Ventilateur ou autorespirateur  
 Transdermique  
 Appareil de ventilation (préciser)    
 Autres (préciser) (préciser)

Préciser: Type adaptateur, circonstances d'utilisation, autonomie de la personne à utiliser, compléance

Dr Pascale Gilbert - 2009

29

Cette rubrique vise à décrire principalement les conséquences des traitements sur la vie de la personne. Pour les maladies viscérales notamment, c'est parfois le retentissement du traitement lui-même qui constitue le principal obstacle à une vie « normale » pour la personne et est ainsi constitutif des restrictions d'activités qu'elle vit au quotidien. Les différents items de cette rubrique visent à vous aider à décrire tous ces aspects des traitements, n'hésitez pas à les commenter. Il est notamment important de préciser les éventuels problèmes d'observance liés éventuellement à la mauvaise tolérance du traitement. C'est souvent le cas pour les maladies psychiques, et il est essentiel que l'équipe pluridisciplinaire le sache pour pouvoir évaluer correctement la situation de handicap vécue au quotidien par la personne.

Concernant les rééducations ou traitements par des paramédicaux, les copies des prescriptions peuvent être jointes, si elles permettent ainsi d'en préciser les objectifs.

## Retentissements

**Retentissement fonctionnel et/ou relationnel** à compléter en tant que médecin, en fonction de ce que vous savez ou pensez de la situation de la personne.

**Mobilité** : maintien postural, déplacement, manipulation, préhension, contrôle de l'équilibre...

**Périmètre de marche**

1 - approuchements bien contrôlés des axes techniques habituelles (à préciser et à noter que celles rendus inutiles ou absents)  
2 - axe de diffusion  
3 - diffusion globale

Marcher

	1	2	3
Se déplacer à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main dominante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main non dominante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher vite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Utiliser des appareils et techniques de communication (bâtonnets, béquilles, etc.)

**Communication orale, écrite, gestuelle ou autre**, relation avec autrui.  
Compte rendu de bilan du langage oral et écrit joint

**Conduite émotionnelle, relationnelle**

**Cognition** : attention, mémoire, apprentissage, plaisir, rétroajustement, vitesse d'exécution, compréhension, orientation dans le temps et l'espace.

Orientation dans le temps

Orientation dans l'espace

Dr Pascale Gilbert - 2009

30

Ces différentes rubriques cherchent à décrire uniquement les **conséquences** de l'état de santé d'une personne sur ses activités habituelles et sa participation à la vie sociale. En tant que médecin, vous n'avez pas obligatoirement l'intégralité des informations pertinentes sur ces domaines. Toutefois, les informations dont vous disposez éventuellement sont essentielles à une prise en compte globale des besoins de la personne et des domaines dans lesquels il sera pertinent que l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH propose des éléments de compensation.

Plusieurs domaines dans lesquels des retentissements peuvent être constatés vous sont proposés. Quelques mots de description de ces domaines sont cités à titre d'exemples non limitatifs, constituant une sorte d'aide mémoire pour vous aider à les balayer le plus largement possible. Toutes les personnes ne seront pas concernées par l'ensemble des rubriques, il vous est simplement demandé dans la mesure du possible de décrire ce dont vous avez connaissance. Vous disposez également de cases à cocher à la droite de chacun de ces domaines, permettant d'indiquer succinctement les retentissements les plus courants.

N'oubliez pas de préciser les impacts des pathologies sur la communication et les aspects relationnels : en effet, ces éléments sont souvent ceux qui sont les plus difficiles à évaluer et toute indication quant à leur existence sera la bienvenue pour l'équipe pluridisciplinaire qui sera ainsi en mesure d'approfondir ces questions si nécessaire.

## Retentissements (2)

**Retentissement sur la sécurité** (gestion des situations à risque, capacité de docerner les dangers, mise en danger)

besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs :  non  oui (préciser)

**Entretien personnel** (toilette, toilette, coiffage, coiffure, alimentation)

A sans effort B effort modéré ou avec aide technique  
C aide humaine partielle D aide humaine totale

Faire sa toilette :  A  B  C  D  
 Changer, se déshabiller :  A  B  C  D  
 Manger et boire des aliments préparés :  A  B  C  D  
 Couper ses cheveux :  A  B  C  D  
 Assurer l'hygiène de l'habitation (cuisine et salle) :  A  B  C  D

**Vie quotidienne et vie domestique** (travail ménager, course, préparer un repas, gérer son budget, faire des démarches...)

**Retentissement sur la vie sociale et familiale** (si besoin)

**Retentissement sur la scolarité** (si en âge scolaire) :  non  oui (préciser)

**Retentissement sur l'emploi** (si besoin)

Si travaille actuellement, retentissement sur l'aptitude au poste et/ou le maintien dans l'emploi :  Ays du médecin du travail ont  non  oui (préciser)  
 Si ne travaille pas actuellement, retentissement sur la recherche d'emploi ou le suivi de formation :  non  oui (préciser)  
 Dans les deux cas précisez les restrictions d'aptitudes éventuelles, les aménagements de poste et/ou accompagnements souhaités.

Dr Pascale Gilbert - 2009

31

## Préconisations, observations

<b>Préconisations</b> (Preu en charge médica sociale, aide humaine, aide technique, aménagements... (Et autres))		
<b>Observations</b> (Tous autres éléments utiles pour la prise en compte des besoins de la personne)		
<b>Certificat médical établi par</b>		
A _____	le _____	Cachet (obligatoire)
Signature du médecin		

Dr Pascale Gilbert - 2009

32

Comme praticien de terrain au plus près de la situation de votre patient, vous avez un avis ou des remarques sur les mesures utiles à améliorer sa situation : n'hésitez pas à en faire part à l'équipe pluridisciplinaire qui pourra ainsi mieux personnaliser les réponses à construire dans chaque situation.

**Votre signature et votre identification** sont essentielles pour attester de la validité du certificat qui va être adressé à l'équipe pluridisciplinaire comme pièce réglementaire de la demande. Il a souvent été constaté par le passé que les documents étaient surchargés par le patient lui-même, ou que le nom du praticien étant illisible, le certificat était de ce fait non valable. Merci de veiller à apposer votre cachet de façon lisible. De plus, si votre patient ne s'y oppose pas, cela permettra éventuellement au médecin de l'équipe pluridisciplinaire de reprendre contact avec vous en cas de besoin. Il vous est conseillé de mettre sous enveloppe ce certificat et de bien rappeler à votre patient qu'il lui revient de le transmettre sous pli confidentiel au médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH.