

Session 11: Législation et Vie Quotidienne

Quoi de neuf pour les MDPH ?

Quelles informations pour quelles demandes ?

Marie-Christine Poulain et les équipes EPI Bretagne et EFAPPE

JFE Montpellier - 6 novembre 2015





PRISE EN CHARGE GLOBALE INÉGALE ET INSUFFISANTE

- Sanitaire
- Médico-sociale
- Epilepsie une maladie chronique neurologique ET AUSSI
- Dans certains cas, en particulier pour un bon nombre de pharmaco-résistants une situation de handicap
- Pas seulement pour « handicap rare épilepsie sévère »



DIFFICULTÉS DE PENSER À L'ÉPILEPSIE COMME UNE SITUATION DE HANDICAP

- Intermittent
- Invisible (troubles de la mémoire, ralentissements cognitifs, troubles psychiques, etc.)
- Stigmatisation
- Epilepsie + handicap = double peine !



LOI DU 11 FÉVRIER 2005

- L'une des principales lois sur les droits des personnes handicapées
- « 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. »



MAISONS DÉPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPÉES

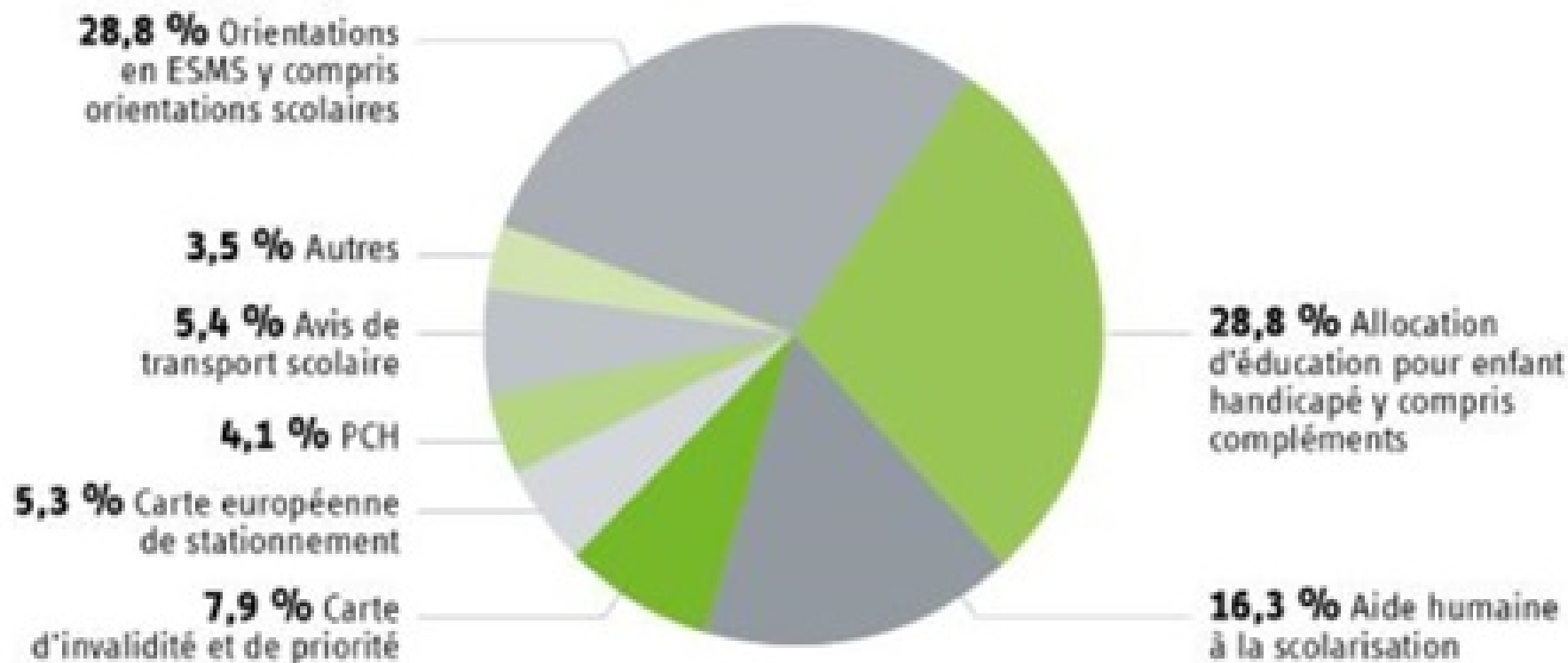
-Bonne nouvelle un **guichet unique**; tous les domaines de la vie

- ✧ Information, accueil, écoute
- ✧ Evaluation des besoins de compensation
- ✧ Elaboration du plan de compensation
- ✧ Attribution des prestations
- ✧ Orientation scolaire, médico-sociale ou professionnelle

-Droits reconnus par la Commission des Droits et de l'Autonomie composée des représentants du Conseil Départemental, des services de l'état, des caisses de protection sociale, des organisations syndicales, des associations de parents d'élèves, **de représentants de personnes handicapées**

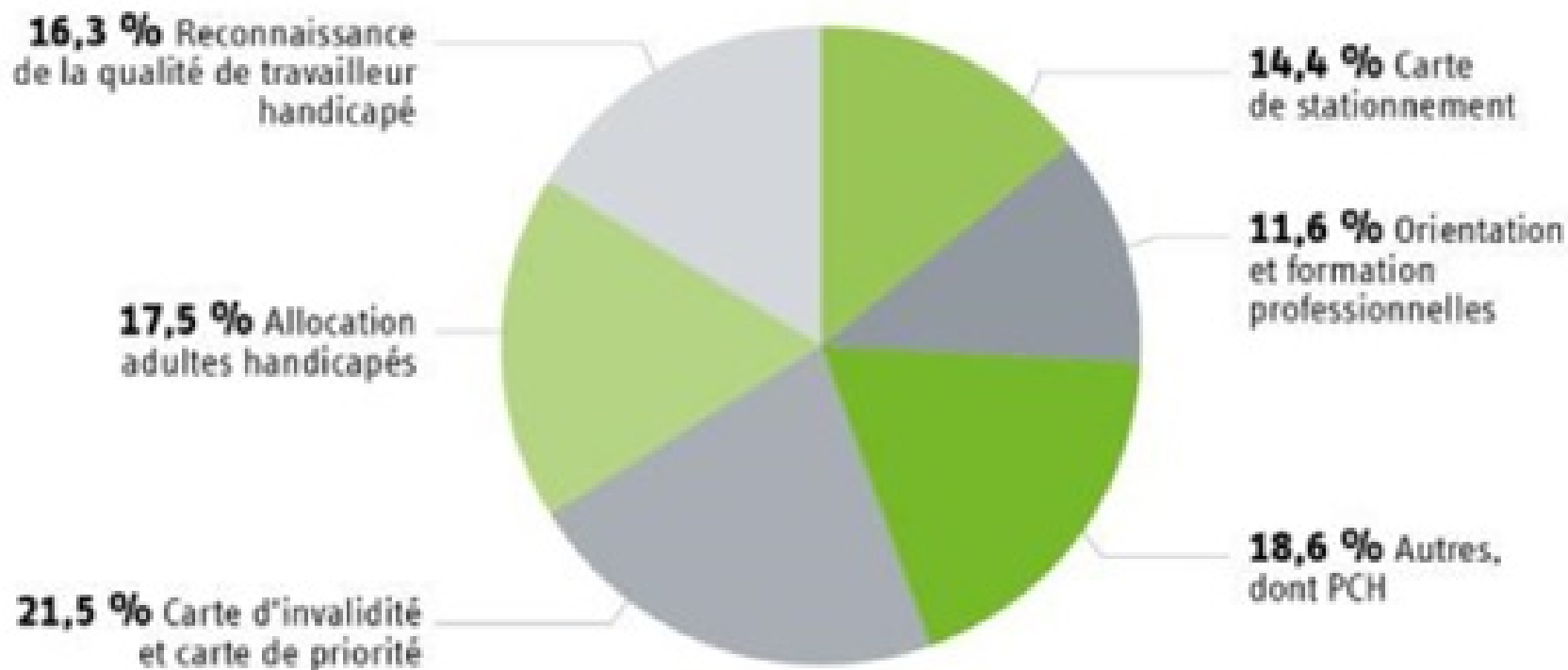
► Répartition des demandes « enfants » déposées en 2013

Échantillon : 66 MDPH • Source : CNSA, échanges annuels 2014



► Répartition des demandes « adultes » déposées en 2013

Échantillon : 69 MDPH • Source : CNSA, échanges annuels 2014



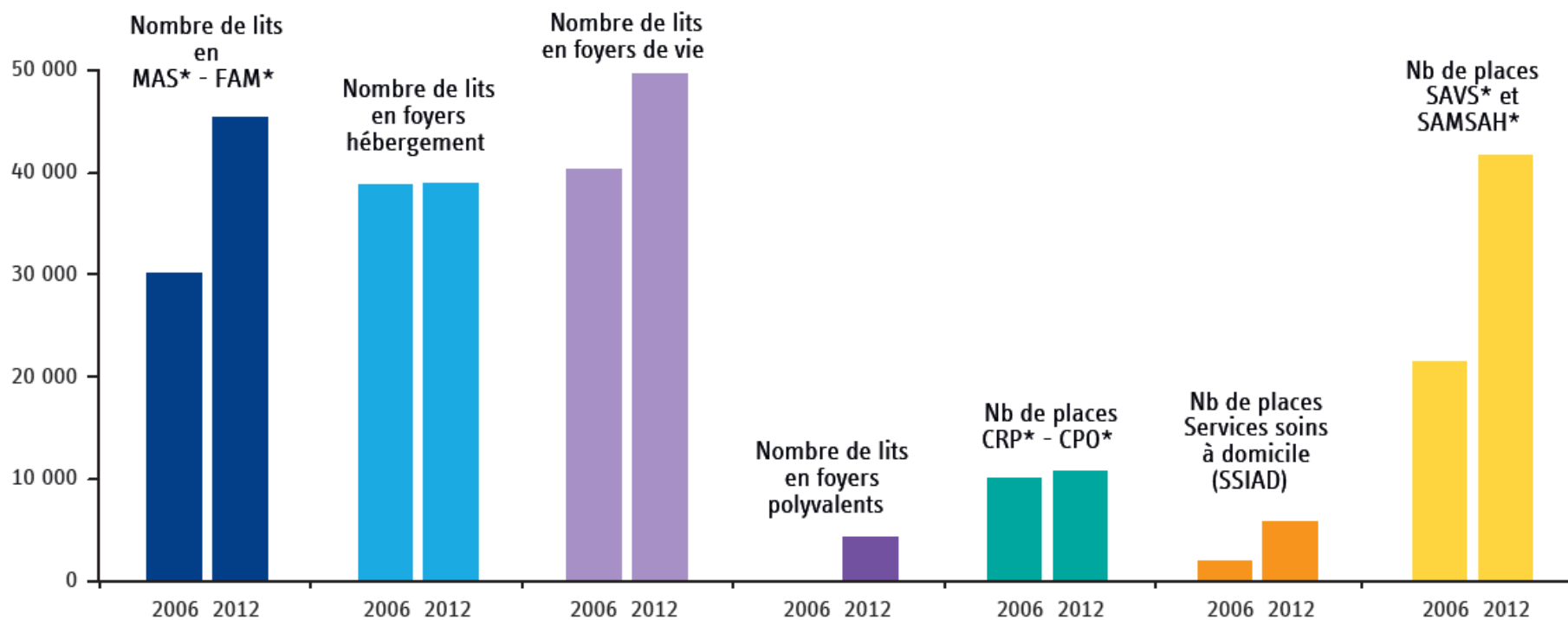


FINANCEMENT DES MDPH

- Les conseils départementaux (41 %)
- L'État (35%, surtout par les mises à disposition de personnels)
- La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie;
rôle d'animation du réseau des MDPH (19 %)
- Moyenne de 54 ETP par MDPH

* Évolution des places installées en ESMS pour adultes handicapés

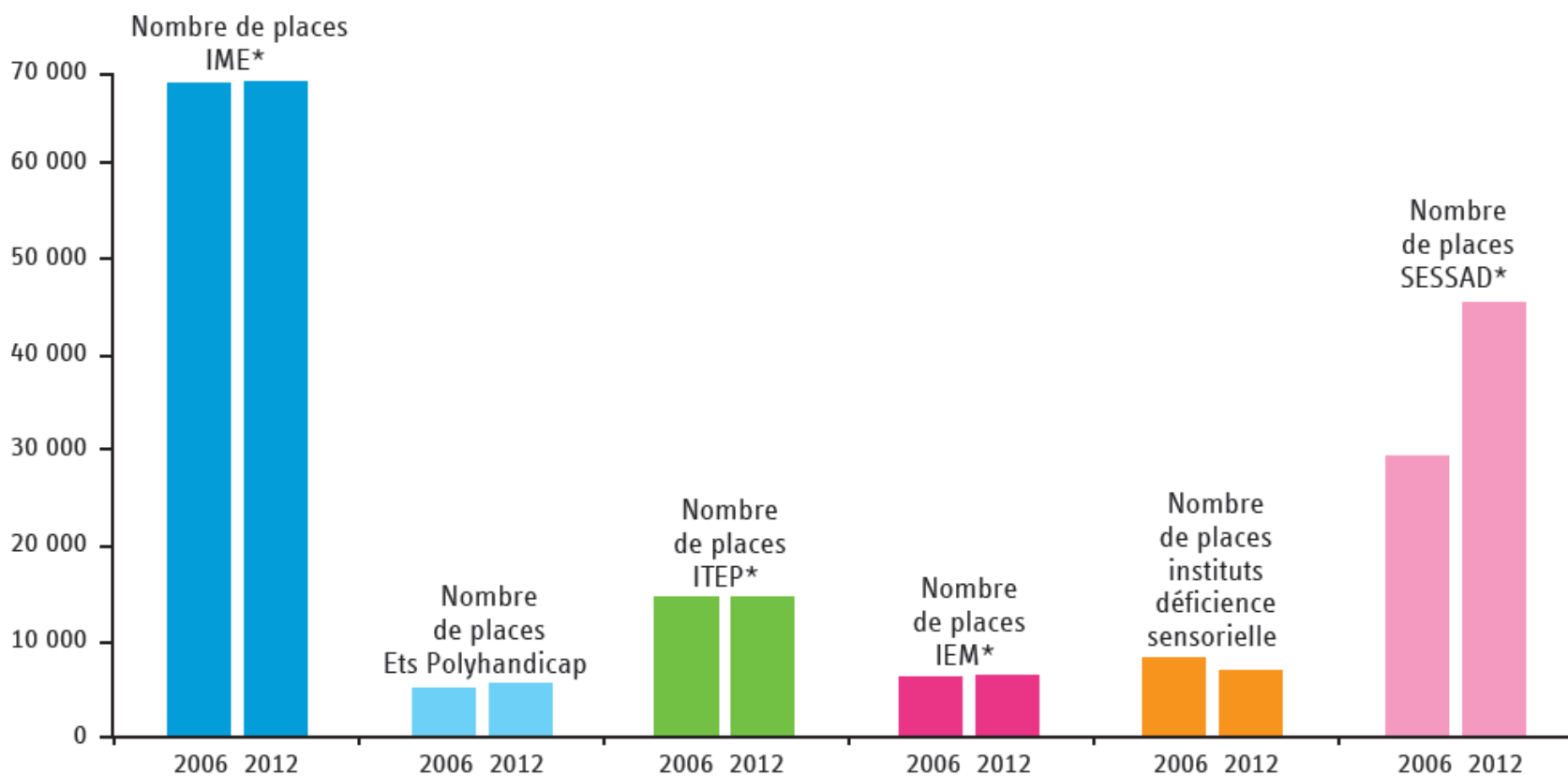
Source DREES 2012.



Le nombre de places d'ESAT est passé de 103 000 à 116 000 durant la même période.

* Évolution des places installées en ESMS pour enfants handicapés

Source DREES 2012.





PRISE EN CHARGE MÉDICO-SOCIALE

- Situation de handicap
 - ✧ Qui peut être fluctuante
 - ✧ Qui doit être reconnue
 - ✧ Pas seulement le handicap rare
- Grille EFAPPE/CNDEE
 - ✧ Gravité de l'épilepsie 1, 2, 3
 - ✧ Handicaps associés 1, 2, 3
 - ✧ Groupe de travail CNSA, Cahier pédagogique



FORMULAIRES MDPH

- Formulaire unique de demande
- Certificat médical
- Eventuellement formulaires complémentaires par ex. formulaire médecin du travail, handicap psychique, etc.



Tampon dateur de la MDPH

Formulaire de demande(s) auprès de la MDPH

cerfa
N° 13788*01

A - Identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Nom de naissance : _____
 Nom d'épouse ou nom d'usage : _____
 Prénom(s) : _____
 Sexe : Masculin Féminin
 Nationalité : Française EEE ou Suisse Autre
 Date de naissance : _____
 Lieu de naissance : Code postal : _____
 Commune : _____
 Pays : _____
 Si vous résidez à l'étranger, précisez votre date d'entrée en France : _____
 N° de sécurité sociale : _____
 Nom de l'organisme de sécurité sociale : _____
 Si vous avez déjà un n° de dossier MDPH, précisez :
 Le n° : _____ Dans quel département? _____

A2 - Adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

N° : _____ Rue : _____
 Complément d'adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 Téléphone : _____ Fax : _____
 Adresse électronique : _____
 Si vous avez élu domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez lequel : _____

A3 - Autorité parentale ou délégation d'autorité parentale (pour les mineurs)

	Mère	Père
Nom :	_____	_____
Prénom :	_____	_____
N° et Rue :	_____	_____
Complément d'adresse :	_____	_____
Code postal :	_____	_____
Commune :	_____	_____
Téléphone :	_____	_____
Fax :	_____	_____
Adresse électronique :	_____	_____



ÉPI Bretagne

	Vous	Votre conjoint(e)
<input type="radio"/> Stagiaire de la formation professionnelle depuis le : _____	_____	_____
Le stage est-il rémunéré ? Nom de votre employeur : _____ ou organisme de formation : _____	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Adresse de votre employeur : N° et Rue : _____ ou organisme de formation Complément d'adresse : _____	_____	_____
Code postal : _____	_____	_____
Commune : _____	_____	_____
Téléphone de votre employeur : _____ ou organisme de formation : _____	_____	_____
<input type="radio"/> Non salarié(e) depuis le : _____ y compris exploitant agricole, prof. Libérale	_____	_____
Précisez à quel régime vous cotisez : _____	_____	_____
<input type="radio"/> Inscrit(e) comme demandeur d'emploi depuis le : _____	_____	_____
Indemnisé(e) depuis le : _____	_____	_____
Recevez-vous l'Allocation Solidarité Spécifique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Retraité(e) depuis le : _____	_____	_____
Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire Personne Agée ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Avez-vous demandé une pension de retraite ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Bénéficiaire d'une pension depuis le : _____	_____	_____
Catégorie de la pension d'invalidité : _____	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
Rente accident du travail :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire d'Invalidité ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Autre depuis le : _____ (Arrêt maladie, maternité, étudiant, bénéficiaire RMI, AAH ...)	_____	_____
Précisez : _____	_____	_____

A8 - Autre situation de la personne concernée

- Vous êtes hébergé(e) ou accueilli(e) en établissement médico-social
 Vous êtes hospitalisé(e)
 Autres cas, précisez : _____
- Nom de l'établissement : _____
 Adresse de l'établissement : N° : _____ Rue : _____
 Complément d'adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____

A9 - Logement de la personne concernée ou de la personne ayant l'enfant à charge

- Locataire, sous-locataire ou co-locataire Hébergé(e) chez un particulier (famille, ami...)
 Propriétaire ou accédant à la propriété Autres, précisez : _____



B - Expression des attentes et besoins de la personne concernée - (Projet de vie)

Ce paragraphe « Projet de vie » vous invite à vous exprimer librement sur vos attentes et vos besoins en relation avec votre situation. Il est facultatif et vous pourrez le modifier à tout moment.

Il donne un éclairage à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation pour construire votre Plan personnalisé de compensation. Précisez, si vous le souhaitez, vos attentes et besoins en termes de communication, santé, scolarité, formation, travail, logement, vie quotidienne, vie affective, vie familiale, loisirs ...

Pour un enfant sourd, veuillez indiquer votre choix ou son choix, de mode(s) de communication dans le domaine de l'éducation et de l'enseignement :

Langue française avec ou sans LPC (Langue française Parlée Complétée) OU Bilinguisme (LSF : Langue des Signes Française + langue française)

(Si vous manquez de place, n'hésitez pas à poursuivre sur papier libre)

- Je souhaite être aidé(e) par un professionnel de la MDPH pour exprimer mes attentes et mes besoins
- Je ne souhaite pas m'exprimer

Vous pouvez préciser le nom et la fonction de la personne qui vous a éventuellement accompagné(e) dans cette formulation : _____



C - Demande d'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé et son complément

Votre enfant est-il en internat ? Oui Non Depuis le :
 Types d'accueil (crèche, assistante maternelle, garde d'enfant à domicile, halte garderie ...)

Types de scolarisation, de formation et de soins (école, collège, lycée, enseignement supérieur, établissement et service médico social ou sanitaire ...)

Si votre enfant est placé en internat, ses frais de séjour sont-ils intégralement pris en charge par l'assurance maladie, l'État ou l'aide sociale ? Oui Non

Présence d'une personne auprès de l'enfant

Du fait du handicap de votre enfant, exercez-vous une activité professionnelle à temps partiel ou avez-vous dû renoncer à votre emploi ? Oui Non
 Si vous recourez à l'emploi rémunéré d'une tierce personne, motivé par la situation de votre enfant, veuillez préciser le temps de rémunération : _____ heures par semaine
 Si l'emploi n'est pas régulier, veuillez estimer le nombre d'heures par an : _____ heures

Frais supplémentaires liés au handicap

Aides techniques, appareillages, frais de garde, frais de transport, frais médicaux ou para-médicaux divers (non remboursés ou partiellement remboursés par votre assurance maladie et/ou vos mutuelles complémentaires, couches, alèses et autres).

NATURE DES FRAIS	COUTS			PÉRIODICITÉ Semaine, mois, année, occasionnelle
	Financiers sollicités	Montants Obtenus	Reste à votre charge	
TOTAL				

D - Demande relative à un parcours de scolarisation et/ou de formation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social

Cette demande sera systématiquement évaluée avec vous et au regard de vos attentes et besoins exprimés au paragraphe B. Précisez éventuellement votre demande d'aide à la scolarisation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social.

Avez-vous une préférence pour un établissement ou un service ? Précisez :
 Nom : _____
 Code postal : Commune : _____



E - Demande de cartes

- Carte d'invalidité ou de priorité
- Carte d'invalidité avec mention besoin d'accompagnement
- Carte européenne de stationnement

F - Demande de prestation de compensation

- Prestation de Compensation - PCH
Pour un enfant, merci de remplir également le paragraphe C - Demande d'AAEH (Allocation d'Éducation d'Enfant Handicapé)
- Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Tierce personne - ACTP
- Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels - ACFP

Bénéficiez-vous de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie - l'APA ? Oui Non

Pour votre demande de PCH, pouvez-vous préciser vos besoins, s'il s'agit de :

- Aide humaine
Précisez : _____
- Aide technique, matériel ou équipement
Précisez : _____
- Aménagement du logement / Déménagement
Précisez : _____
- Aménagement du véhicule / surcoût du transport
Précisez : _____
- Charges spécifiques / exceptionnelles
Précisez : _____
- Aide animalière
Précisez : _____

G - Affiliation gratuite d'un aidant familial à l'assurance vieillesse

Nom : _____
 Adresse : N° : _____ Rue : _____
 Complément d'adresse : _____
 Code postal : [][][][][] Commune : _____
 Date de naissance : [][][][][][][][][] Lien de parenté : _____
 La CAF ou la MSA le contactera directement pour effectuer sa demande d'affiliation.



H - Demande d'Allocation aux Adultes Handicapés et de complément de ressources

- Allocation aux Adultes Handicapés - AAH Complément de ressources

Dans les 12 mois précédant votre demande vous avez reçu :

- un revenu d'activité
 du : au :
- un revenu issu d'une activité en ESAT
 du : au :
- des indemnités journalières de la Sécurité sociale
 du : au :

En cas de doute, précisez la nature du revenu :

I - Demande relative au travail, à l'emploi et à l'orientation professionnelle

- Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé - RQTH
- Prime de reclassement
- Autre (à préciser dans le projet de vie, paragraphe B)
- Orientation / Reclassement : Formation
 Milieu ordinaire de travail (dont entreprise adaptée)
 Milieu protégé (ESAT)

J - Demande d'orientation vers un établissement ou service médico-social pour adultes

Quelle est votre situation actuelle ? Vous bénéficiez de :

- Un accueil de jour - précisez : _____
- Un hébergement de nuit - précisez : _____
- Un hébergement permanent - précisez : _____
- Un accompagnement - précisez : _____
- Autres (accueils temporaires ...) - précisez : _____

Quelle orientation souhaitez-vous ?

- Un accueil de jour (CAJ, ...)
- Un hébergement de nuit (foyer d'hébergement pour travailleur handicapé ...)
- Un hébergement permanent (maison d'accueil spécialisée, foyer de vie, foyer occupationnel, foyer d'accueil médicalisé)
- Un service d'accompagnement (service d'accompagnement à la vie sociale - SAVS, service d'accompagnement médical et social d'adulte handicapé - SAMSAH ...)
- Autres (accueil temporaire ...)

Date d'entrée souhaitée :

Avez-vous une préférence pour un établissement ou service ? Précisez lequel :

Nom : _____

Code postal : Commune : _____

Téléphone :



K - Procédure simplifiée

Qu'est-ce que la procédure simplifiée ?

Toute demande fera l'objet d'une décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

Afin de privilégier un traitement plus rapide de vos droits, une formation restreinte de la CDAPH peut statuer en votre absence dans les cas suivants :

- le renouvellement d'un droit ou d'une prestation dont vous bénéficiez si votre handicap et / ou votre situation n'ont pas évolué de façon significative ;
- la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ;
- l'attribution de la carte d'invalidité ou de la carte portant la mention « priorité pour personne handicapée » ;
- la reconnaissance des conditions médicales nécessaires en vue de l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse de la tierce personne d'une personne handicapée ;
- les situations nécessitant qu'une décision soit prise en urgence.

Pour ces cas là, souhaitez-vous bénéficier d'une procédure simplifiée ? Oui Non

L - Pièces à joindre à votre demande

Pour toute demande merci de bien vouloir joindre :

- Un certificat médical daté de moins de 3 mois
- Une photocopie recto verso d'un justificatif d'identité de la personne handicapée et, le cas échéant, de son représentant légal
(Pièce d'identité en vigueur ou titre de séjour en cours de validité ou tout autre document d'autorisation de séjour en France)
- Une photocopie d'un justificatif de domicile (pour les adultes)
- Une attestation de jugement en protection juridique (le cas échéant)

D'autres pièces vous seront demandées en cas de besoin

Fait à : _____ Le : | | | | | | | |

Signature : de la personne concernée de son représentant légal

« Quelconque donne, de mauvaise foi, des indications inexacts ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement. » (Articles L 114-13, L 114-19 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal - Article L 135-1 du Code de l'action sociale et des familles).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de la Maison départementale des personnes handicapées.

Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.

Confidentiel

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 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.

Ce certificat médical et les documents communiqués sont à remettre à votre patient, pour qu'ils les joignent, sous pli confidentiel, à son dossier de demande auprès de la MDPH.

Il est destiné au médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH qui a besoin que vous lui apportiez des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel. Ce médecin reste à votre disposition pour des informations complémentaires.

* «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.» (Article L.114 du code de l'action sociale et des familles, introduit par la Loi n° 2005-102 du 11 février 2005)



Pathologie principale à l'origine du handicap

Code CIM

Pathologies autres

Histoire de la (des) pathologie(s) invalidante(s) ou évolution depuis la dernière demande auprès de la MDPH

Date de début des troubles - origine, circonstance d'apparition - antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux en rapport avec le handicap - poids de naissance **pour les enfants** - bilan initial, facteur de gravité, évolutivité...

Accident du travail Maladie professionnelle compte(s) rendu(s) Joint(s) (préciser)

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

Poids Taille latéralité dominante avant handicap compte(s) rendu(s) Joint(s) (préciser)

Perspective d'évolution

Stabilité Aggravation Incapacité fluctuante (préciser, si nécessaire, la fréquence des poussées)
 Risque vital Amélioration (préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles) non définie

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 :

Traitements, prises en charges thérapeutiques

Nature et durée des traitements en cours (dont régime), préciser les contraintes liées aux traitements, les effets secondaires, ...

compte(s) rendu(s) joint(s) (préciser)

Prises en charge régulières

- Hospitalisations itératives ou programmées
 Autres consultations médicales régulières, spécialisées ou non
 Autres prises en charges paramédicales régulières
 Autre (préciser)

Nature

Fréquence

Soins ou traitements nocturnes non oui (préciser)

Projet thérapeutique (le cas échéant) :

Appareillages

- Appareil auditif unilatéral bilatéral
 Canne, déambulateur
 Fauteuil roulant manuel électrique
 Orthèse, prothèse (préciser)
 Sonde urinaire Stomie urinaire
 Stomie digestive d'élimination
 Gastro ou jéjunostomie d'alimentation
 Trachéotomie
 Appareil de ventilation (préciser) O₂
 Autre(s) appareillage(s) (préciser)

Préciser : Type, adaptation, circonstances d'utilisation, autonomie de la personne à l'utiliser, compliance ...

Retentissement fonctionnel et/ou relationnel A compléter en tant que de besoin, en fonction de ce que vous savez ou percevez de la situation de la personne

Mobilité, maintien postural, déplacement, manipulation, préhension, contrôle de l'environnement...

Périmètre de marche

L'appréciation tient compte des aides techniques habituelles (à préciser si autres que celles mentionnées ci-dessus) :

- 1 – pas de difficulté 2 – difficulté modérée
 3 – difficulté grave ou absolue

	1	2	3
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Motricité fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Communication orale, écrite, gestuelle ou autre, relation avec autrui...

Compte rendu de bilan du langage oral et écrit joint :

Utiliser des appareils et techniques de communication (téléphone, téléalarme, ordinateur...)

Conduite émotionnelle, relationnelle

Cognition, attention, mémoire, apprentissage, praxie, raisonnement, vitesse d'idéation, comportement, orientation dans le temps ou l'espace...

	1	2	3
Orientation dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Retentissement sur la sécurité : gestion des situations à risque, Capacité de discerner les dangers, mise en danger...

Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs : non oui (précisez)

Entretien personnel : toilette, habillement, continence, alimentation...

A : sans difficulté B : difficilement ou avec aide technique
C : aide humaine partielle D : aide humaine totale

	A	B	C	D
Faire sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller, se déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger et boire des aliments préparés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Couper ses aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vie quotidienne et vie domestique : travaux ménagers, 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)

Avis du médecin du travail joint

Si travaille actuellement, retentissement sur l'aptitude au poste et/ou le maintien dans l'emploi : 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 souhaitables ...

Préconisations : Prise en charge médico-sociale, aide humaine, aide technique, aménagements... (Si besoin)

Observations (Tous autres éléments utiles pour la prise en compte des besoins de la personne)

Certificat médical établi par :

A le Cachet (obligatoire)

Signature du médecin



Pour aider à évaluer le handicap épileptique et afin de réunir des éléments objectifs, une fiche médicale à l'attention des équipes pluridisciplinaires a été préparée par la MDPH 35 et révisée par EPI Bretagne au 14 mai 2014. Il est recommandé aux équipes de l'utiliser pour toute demande de PCH, en complément du Certificat Médical destiné à être joint à toute demande auprès d'une MDPH.

1. Etat civil

Nom Prénom
 Né(e) le

2. Description des crises

Type de crises :
 Fréquence des crises :
 Etat de mal : Oui Non
 Crises en séries : Oui Non
 Si oui : fréquence et protocole ?
 Horaires des crises :

Hospitalisation suite à une crise : Oui Non
 Fréquence sur les 3 dernières années
 Service : Urgences, Neurologie, Orthopédie, ...

Existe-t-il des prodromes ?.....

Risque de chutes Oui Non Si chutes, fréquence :.....
 Conséquences des chutes :
 Blessures graves : Oui Non
 (ex: TC, Fractures, Plaies profondes, Brûlures, etc.)
 Blessures mineures : Oui Non
 (ex: Contusion, Plaies superficielles, etc.)
 Séquelles permanentes :

Autres dangers en cas de crise :

3. Etiologie

Connue : Oui Non
 Si oui, laquelle :
 A quel âge a eu lieu la première crise ?

4. Traitement

Actuellement pharmaco-résistance : Oui Non
 Nom et posologie des thérapeutiques :



Prépare seul son traitement : Oui Avec surveillance Non

Observance : Parfaite Avec des oublis

Conséquence d'un oubli

.....

Effets secondaires

.....

5. Pathologies associées

Il y a-t-il d'autres pathologies ? Oui Non

Si oui, précisez :

.....

6. Conséquences sur la vie quotidienne

Retentissement sur la sécurité

.....

.....

Aménagements du logement

Réalisés :

.....

Souhaitables :

.....

Impact sur la vie sociale : Oui Non

Si oui, précisez

.....

.....

Impact sur la vie professionnelle : Oui Non

Si oui, précisez

.....

.....

Y a-t-il eu une inaptitude médicale prononcée par le médecin du travail : Oui Non

Y a-t-il des restrictions au poste de travail : Oui Non

Lesquelles

.....

.....

Date

Signature et Cachet professionnel



CERTIFICAT MÉDICAL

- Informations clés :
 - ✧ Prodromes, Fréquence des crises
 - ✧ Sévérité, « Blessures de guerre »
 - ✧ Retentissements sur la sécurité, dangers
 - ✧ Troubles associés (lenteur, mémoire, fatigue, dépression, etc.)
 - ✧ Surtout ne pas minimiser et illustrer si possible
- Attention aux sections Retentissement fonctionnel et/ou relationnel et Préconisations → Elles peuvent être les plus importantes !
- Compte-rendu au médecin traitant

COMMENT BIEN PRÉPARER L'ÉVALUATION DE VOS BESOINS ?

J'AI LAISSÉ TOMBER
MES SUDOKU POUR
RÉVISER MON GUIDE
ET PRÉPARER MON ENTRETIEN! ...



SOMMAIRE

1^{er} CHAPITRE :

CE QU'IL FAUT SAVOIR 4

1. *Pour bénéficier de la Prestation de Compensation du Handicap* 4
2. *Besoins d'aide humaine* 5
3. *Charges spécifiques ou exceptionnelles* 7
4. *Aménagement du véhicule, surcoûts liés au transport* 7
5. *Points de vigilance* 7

2^e CHAPITRE :

MES PROJETS ET MES SOUHAITS 9

3^e CHAPITRE :

MES BESOINS 10

1. *Ma Santé* 10
2. *Ma vie quotidienne* 12
3. *Ma vie relationnelle et sociale* 13

PRÉSENTATION DU GUIDE

Depuis le 1^{er} janvier 2006, l'application de la nouvelle loi du 11 février 2005 concernant les personnes handicapées prévoit la mise en place d'une procédure d'évaluation de vos besoins et l'élaboration d'un plan de compensation.

Afin que vous puissiez bénéficier de financements au plus près de vos besoins réels, il est très important que vous soyez averti des droits que vous avez face à cette évaluation et que vous réfléchissiez au préalable à tout ce qui vous paraît nécessaire pour vous aider dans tous les domaines de la vie.

En effet, nombre d'entre vous nous ont informés de leurs craintes de ne pouvoir bien exposer aux professionnels l'ensemble de leurs besoins lors de l'évaluation sans s'y être préparés et sans connaître toutes les questions qui peuvent y être abordées.

Ce guide est fait pour vous aider dans ce sens.

Un premier chapitre présente ce qui est essentiel à connaître de **vos droits**.

Les deux chapitres suivants doivent vous aider à préciser vos projets, **vos besoins** et les réponses que vous souhaitez y apporter.

Ce guide vous appartient ; il peut être un support pour vous qu'il n'est pas nécessaire de transmettre aux professionnels. Il doit vous permettre de **vous préparer** à cette évaluation en démontrant la connaissance que vous avez de vos propres besoins. Il doit également vous permettre de trouver des **arguments** pour défendre vos points de vue dans l'élaboration du plan de compensation.



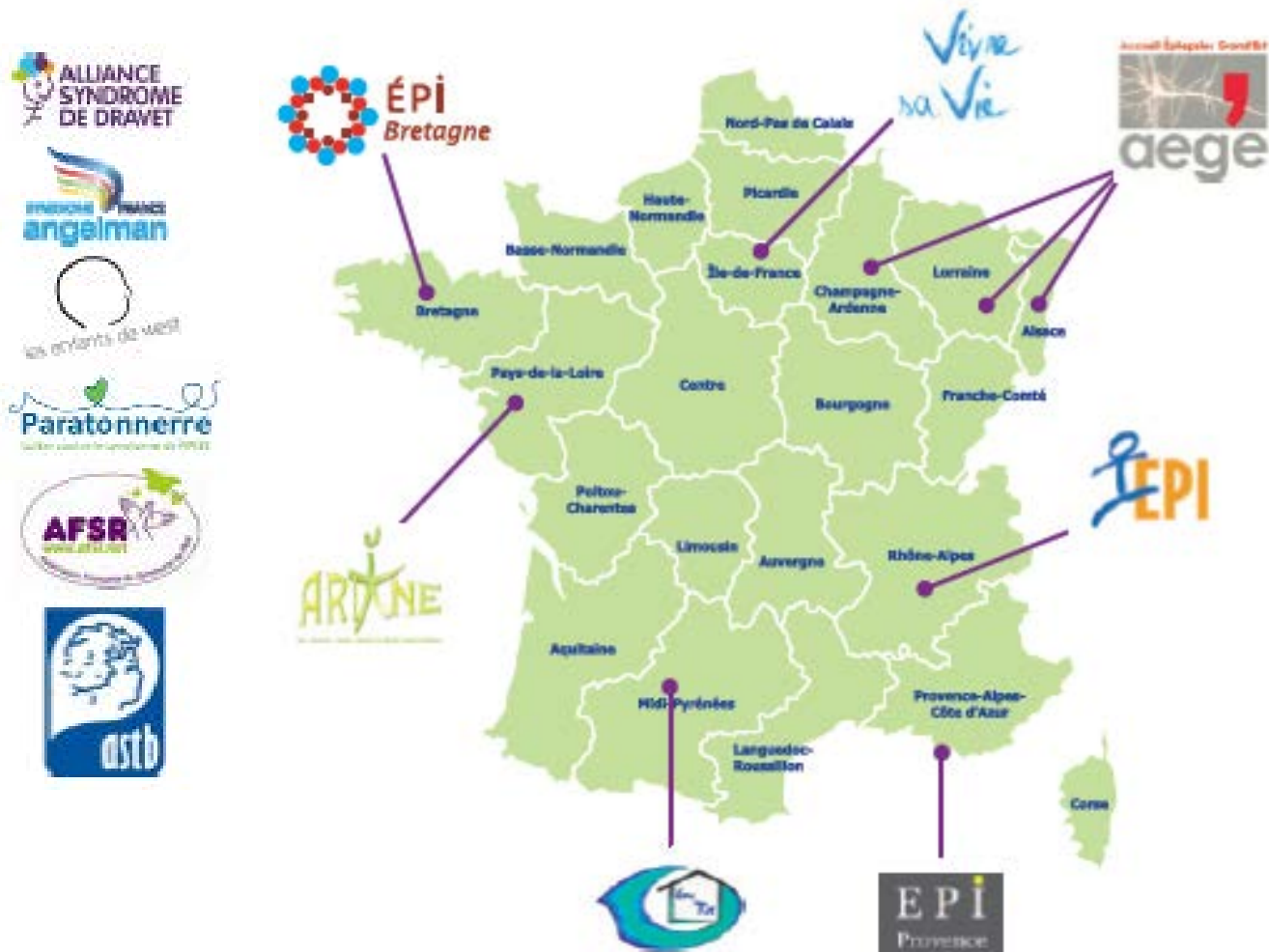
AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE MÉDICO-SOCIALE

- Demande une mobilisation des patients au sein des associations de patients → Besoin d'engagement
- Richesse des expériences, des compétences, des réseaux
 - ✧ Personnes concernées
 - ✧ Personnes opérées ou stabilisées
 - ✧ Parents d'enfants concernés
 - ✧ Parents et fratries d'adultes concernés



- Epilepsie France
- EFAPPE

ASSOCIATIONS MEMBRES D'EFAPPE





CONCLUSION

- Changement de paradigme sur le handicap
- Engagement des patients
- Investissement des associations de patients, des neurologues et des professionnels auprès des équipes MDPH avec des informations objectives, concrètes et percutantes.