

Questionnaire complémentaire pour les personnes en situation de handicap liée à des altérations des fonctions mentales, cognitives, psychiques dont les troubles neuro-développementaux

(Troubles du développement intellectuel, troubles du développement de la parole ou du langage, troubles du spectre de l'autisme, troubles spécifiques développementaux des apprentissages, trouble du développement de la coordination motrice, déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité,...)

Source : CIM 11

Notice de remplissage

Le questionnaire suivant est complémentaire au formulaire de demande MDPH.

Il **n'est pas obligatoire** mais recommandé afin d'aider l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation à **mieux cerner vos besoins** en lien avec votre situation de handicap.

Il est constitué de deux parties distinctes qui se complètent :

- La partie 1 (Volet 3 du certificat médical) est à remplir par votre médecin à partir de sa connaissance de votre situation.
- La partie 2 (Retentissements dans votre vie quotidienne) est à remplir par vous ou votre entourage (aidant familial, professionnel médical, social, etc.).

Si nécessaire, plusieurs exemplaires peuvent être complétés et renvoyés à la MDPH.

A partir des éléments fournis dans votre formulaire de demande et ce questionnaire complémentaire, les professionnels de la MDPH vont déterminer les aides qui vous seraient utiles.

Les informations que vous donnez sont confidentielles.

Vos données personnelles sont utilisées par la Maison départementale des personnes handicapées pour étudier votre demande. Elles sont transmises le cas échéant aux organismes qui mettent en œuvre et paient les droits qui vous sont attribués.

Vous pouvez accéder à vos données en vous adressant au délégué à la protection des données de votre MDPH. Vous pouvez demander la rectification ou la limitation de ces données.

1 Volet 3 du certificat médical

i **Volet complémentaire à joindre au certificat médical** destiné à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) pour les personnes en situation de handicap liée à des altérations des fonctions mentales, cognitives, psychiques dont les troubles neuro-développementaux.

- Ce document s'adresse à votre (vos) médecin(s).
- Ce document est à renvoyer à la MDPH.

Ce volet vient compléter le certificat médical. Il n'est pas obligatoire de le transmettre dans le dossier de demande à la MDPH mais il permet aux équipes d'évaluation de mieux cerner vos besoins.



Identification de la personne :

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

N° d'immatriculation
sécurité sociale :

i Indiquez ci-dessous les différentes fonctions altérées, en apportant si besoin les informations complémentaires utiles à la compréhension de la situation et de l'importance de l'atteinte

Ce document a-t-il été rempli lors d'une 1ère consultation ou lors d'un suivi ?	1ère consultation	Suivi
---	-------------------	-------

La personne présente une altération d'une ou plusieurs des fonctions suivantes (les autres altérations de fonctions sont à indiquer dans le document de base du certificat médical) :	Observations complémentaires (description, variabilité dans le temps, intensité, atteinte de seulement une partie de la fonction...)
---	--

attention (compétences permettant d'orienter, de maintenir, de déplacer, de diviser son attention)

mémorisation (compétences permettant d'enregistrer et de se souvenir d'informations à court ou à long terme, ainsi que d'enregistrer des automatismes)

organisation, exécution et coordination des gestes (compétences permettant la conceptualisation, la mise en oeuvre et l'exécution des mouvements simples ou complexes)

langage oral (compétences permettant la réception et l'expression du langage parlé ou gestuel)

langage écrit (compétences permettant la réception et l'expression du langage écrit)

calcul et manipulation des chiffres et des nombres (compétences permettant la reconnaissance et l'utilisation des nombres, symboles et fonctions mathématiques)

fonctions exécutives (compétences permettant l'abstraction, la compréhension de l'implicite, la prise d'initiative, l'organisation, la planification, la gestion du temps et de l'espace, la perception du temps qui passe, la flexibilité cognitive, la prise de décision, le jugement et la résolution de problèmes)

perception (compétences permettant les perceptions auditives, visuelles, olfactives, gustatives, tactiles ou proprioceptives)

perception et expression de la douleur

pensée (compétences permettant de gérer et organiser le rythme, la forme et le contenu de la pensée, ainsi que de contrôler la pensée)

La personne présente une altération d'une ou plusieurs des fonctions suivantes (les autres altérations de fonctions sont à indiquer dans le document de base du certificat médical) :

Observations complémentaires (description, variabilité dans le temps, intensité, atteinte de seulement une partie de la fonction...) :

motivation (compétences permettant de se mobiliser pour initier ou accomplir des actions de base ainsi que d'anticiper, d'entreprendre ou de persévérer dans un projet)

cognition sociale (compétences permettant le décodage et l'expression de ses émotions, la reconnaissance et la compréhension des émotions, pensées, croyances, désirs et intentions d'autrui, l'empathie émotionnelle)

sociabilité et interaction sociale (compétences permettant l'établissement de la relation à l'autre, l'interaction avec autrui de façon adaptée, le respect et la compréhension des codes sociaux)

métacognition (compétence permettant l'évaluation de ses capacités et de la qualité de ses réalisations, la prise en compte de cette évaluation pour ajuster son comportement, la reconnaissance et la prise en compte de ses limites, la conscience de ses troubles, la capacité à demander de l'aide et à mettre en place des stratégies)

Éléments complémentaires que vous souhaiteriez indiquer par rapport aux altérations de fonctions de votre patient (notamment retentissement fonctionnel) :

La personne présente une ou plusieurs des manifestations cliniques ci-contre : Merci de bien vouloir décrire ci-dessous l'impact (fréquence, intensité, variabilité dans le temps... dans la vie de la personne)

Liste indicative (non-exhaustive) : troubles du sommeil, troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles phobiques, troubles obsessionnels, troubles de la vie émotionnelle et affective, troubles des conduites addictives, troubles de l'estime de soi, troubles du comportement alimentaire, troubles praxiques, troubles phonologiques, hallucinations, idées délirantes, difficultés comportementales, intérêts restreints, comportements stéréotypés, difficultés à tolérer le changement, hypo sensorialité, hypersensorialité, fatigabilité, lenteur, trouble de la compréhension, trouble de l'écriture, trouble des apprentissages, troubles « Dys » (TDLO/dysphasie, dyspraxies, dyslexie, dyscalculie, dysorthographe), trouble de l'attention, troubles neurovisuels, troubles des traitements spatiaux, troubles de l'organisation et de la planification, troubles de l'initiative, troubles de la régulation des émotions, etc.

Exemple 1 : TOC à type de vérification présents plus de 15 jours / mois, et prenant 2 à 4h/j

Exemple 2 : Difficultés comportementales et relationnelles avec mises en danger (invite des inconnus pour la nuit), risques de gestes auto-agressifs, difficultés à supporter la collectivité

Éléments complémentaires que vous souhaiteriez indiquer par rapport aux manifestations cliniques de votre patient :



Coordonnées et signature

Docteur :

Identifiant RPPS :

Identifiant ADELI :

Adresse postale :

Téléphone :

Email :

Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre le :

Fait à :

Signature et cachet :

2 Retentissements dans votre vie quotidienne

- i** Ce document s'adresse à la personne et à son entourage (aidant familial, professionnel médical, social, médico-social, etc.)
- Si plusieurs personnes souhaitent le compléter, plusieurs exemplaires peuvent être renvoyés.
- Ce document est à renvoyer à la MDPH, en complément du dossier de demande. Il n'est pas obligatoire de le transmettre dans le dossier de demande à la MDPH mais il permet aux équipes d'évaluation de mieux cerner vos besoins.

Description des répercussions dans les différents aspects de la vie

i Pour le remplissage, aidez-vous de la grille d'appréciation suivante :

A : réalisé sans grande difficulté et sans aucune aide

B : réalisé sans aide mais avec de grandes difficultés

C : réalisé seulement avec aide humaine directe (dont stimulation et/ou soutien) et/ou aide technique

D : non réalisé

Pour les enfants, indiquez la différence par rapport à un enfant du même âge, ne précisez que les items adaptés à l'âge de l'enfant.

Type d'activité	Niveau de répercussion	Observations utiles pour mieux expliquer la situation (indiquez par exemple si une aide est nécessaire, si la situation change selon les jours, si la personne ne peut faire qu'une partie de l'activité, quelle partie de l'activité peut seulement être effectuée, si elle est trop jeune pour certaines activités, si plusieurs personnes doivent intervenir ...)
	A B C D	

Domaine : 1. Tâches et exigences générales

Si vous n'avez pas de difficultés à réaliser les activités de ce domaine, passez directement aux activités du domaine suivant

S'orienter dans le temps
S'orienter dans l'espace
Gérer son comportement
Gérer ses émotions
Gérer le stress y compris pour faire face à des situations impliquant de la nouveauté ou de l'imprévu
Vivre de manière autonome
Entreprendre et mener à son terme un activité simple
Entreprendre et mener à son terme une activité complexe
Organiser, coordonner et planifier des tâches
Enchaîner plusieurs actions
Maintenir, fixer, diriger son attention
Evaluer ses capacités
Avoir conscience de ses troubles
Pouvoir demander de l'aide
Repérer une situation de danger
Ne pas mettre en danger ni soi, ni les autres
Réagir de façon adaptée à une situation risquée

Domaine : 2. Relations et interactions avec autrui

Si vous n'avez pas de difficultés à réaliser les activités de ce domaine, passez directement aux activités du domaine suivant

Respecter les conventions et les règles sociales
Suivre les règles d'une conversation (tour de parole,...)

Type d'activité	Niveau de répercussion A B C D	Observations utiles pour mieux expliquer la situation (indiquez par exemple si une aide est nécessaire, si la situation change selon les jours, si la personne ne peut faire qu'une partie de l'activité, quelle partie de l'activité peut seulement être effectuée, si elle est trop jeune pour certaines activités, si plusieurs personnes doivent intervenir ...)
-----------------	-----------------------------------	--

Domaine : 2. Relations et interactions avec autrui (suite)

Entrer en relation, interagir de façon adaptée avec des personnes familières

Entrer en relation, interagir de façon adaptée avec des personnes non-familières

Avoir des relations affectives

Savoir faire confiance à bon escient

Domaine : 3. Mobilité / capacité motrice, sensorielle, cognitive, psychique

Si vous n'avez pas de difficultés à réaliser les activités de ce domaine, passez directement aux activités du domaine suivant

Rester assis de façon prolongée

Rester debout de façon prolongée

Mettre en oeuvre des actions motrices

Assurer la coordination bi-manuelle

Assurer la motricité fine

Sortir de son domicile

Se déplacer dans un environnement familier et s'adapter aux imprévus (chantiers, grèves, etc.)

Se déplacer dans un environnement non familier

Se déplacer avec un moyen de transport individuel

Se déplacer avec un moyen de transport en commun

Conduire un véhicule

Domaine : 4. Entretien personnel

Si vous n'avez pas de difficultés à réaliser les activités de ce domaine, passez directement aux activités du domaine suivant

Laver et sécher son corps

Utiliser l'eau et les produits, matériels ou méthodes appropriées

Savoir régler la température de l'eau

Se laver les dents

Aller aux toilettes et assurer son hygiène

Mettre et ôter vêtements et chaussures

S'habiller selon les circonstances

Exprimer le besoin de manger ou boire

Prendre l'initiative de manger ou boire

Manger ou boire à des horaires et fréquences adaptés

Coordonner les gestes nécessaires pour manger ou boire

Surveiller son régime alimentaire et sa condition physique

Entretenir sa santé (prendre son traitement, consulter si besoin)

Domaine : 5. Communication

Si vous n'avez pas de difficultés à réaliser les activités de ce domaine, passez directement aux activités du domaine suivant

Comprendre la signification de messages parlés

Comprendre la signification de messages écrits

Comprendre la signification de messages gestuels

Dialoguer, échanger avec une ou plusieurs personnes

Utiliser des appareils techniques traditionnels de communication (téléphone, sms, mail)

Utiliser des appareils et techniques de communication alternative (pictogramme, synthèse vocale, etc.)

Type d'activité	Niveau de répercussion A B C D	Observations utiles pour mieux expliquer la situation (indiquez par exemple si une aide est nécessaire, si la situation change selon les jours, si la personne ne peut faire qu'une partie de l'activité, quelle partie de l'activité peut seulement être effectuée, si elle est trop jeune pour certaines activités, si plusieurs personnes doivent intervenir ...)
-----------------	-----------------------------------	--

Domaine : 6. Apprentissage et application des connaissances

Si vous n'avez pas de difficultés à réaliser les activités de ce domaine, passez directement aux activités du domaine suivant

Reproduire une action ou un symbole
Apprendre en utilisant des objets
Obtenir des informations
Acquérir le langage
Acquérir, comprendre et utiliser des concepts
Apprendre à lire
Apprendre à écrire manuellement
Apprendre à rédiger
Apprendre à orthographier
Apprendre à compter, calculer...
Acquérir et appliquer un savoir faire
Penser, formuler et manipuler des idées
Lire, comprendre et interpréter des écrits
Produire des écrits spontanés
Apprendre à utiliser un outil (stylo, ciseaux, vélo...)

Domaine : 7. Vie domestique et vie courante

Si vous n'avez pas de difficultés à réaliser les activités de ce domaine, passez directement aux activités du domaine suivant

Vivre dans un logement indépendant
Planifier des courses
Savoir quels produits sont à acheter lors des courses
Assurer le paiement des achats
Préparer un repas simple
Faire le ménage
S'occuper du linge
Utiliser sans risque les produits ménagers
Utiliser des appareils électroménagers
Gérer son budget
Faire les démarches administratives
S'occuper de sa famille
Gérer son temps libre, avoir des activités récréatives, culturelles sportives ou de loisirs
Organiser son travail
Contrôler son travail
Comprendre des consignes
Accepter des consignes
S'adapter à la vie scolaire
Travailler en équipe
Respecter les règles scolaires
S'installer dans la salle de cours
Utiliser des supports pédagogiques
Utiliser du matériel adapté
Prendre des notes
S'adapter aux conditions d'examen et de contrôle
Participer à des sorties extrascolaires
Autres, préciser :

Type d'activité	Niveau de répercussion A B C D	Observations utiles pour mieux expliquer la situation (indiquez par exemple si une aide est nécessaire, si la situation change selon les jours, si la personne ne peut faire qu'une partie de l'activité, quelle partie de l'activité peut seulement être effectuée, si elle est trop jeune pour certaines activités, si plusieurs personnes doivent intervenir ...)
-----------------	-----------------------------------	--

Domaine : 8. Travail et emploi

Si vous n'avez pas de difficultés à réaliser les activités de ce domaine, passez directement aux activités du domaine suivant

Organiser son travail
Contrôler son travail
Être en contact avec le public
Assurer l'encadrement
Travailler en équipe
Être ponctuel
Être assidu
Respecter les relations hiérarchiques
Participer à des réunions
Assumer des modifications d'horaires
Autres, préciser :

Elements importants que vous souhaiteriez indiquer par rapport au parcours de vie :

Informations et signature

Personne ayant complété le questionnaire :

Personne concernée par la demande à la MDPH
 Avez-vous été aidé pour le remplissage ? OUI NON
 Si oui, par qui ?

Aidant (non professionnel)
 Vivez-vous avec la personne ? OUI NON
 Lien avec la personne :

Professionnel
 Merci de préciser :

Adresse email :

Téléphone :

Fait à :

Le :

Signature :