

Maison départementale métropolitaine des Personnes Handicapées

Candidats en situation de handicap demandant à bénéficier de mesures particulières lors des concours d'entrée aux écoles paramédicales et aux écoles du secteur social

Note d'information

Bases juridiques:

- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Décret n° 2005-1617 du 21 décembre 2005
- Circulaire n° 2011-220 du 27 décembre 2011

Informations

Les candidats aux concours d'entrée aux écoles paramédicales et aux écoles du secteur social présentant un handicap, tel que défini à l'article L.114 du code de l'action sociale et des familles, peuvent bénéficier d'aménagements des conditions de passation des épreuves.

L'avis du médecin désigné par la Maison Départementale-Métropolitaine des Personnes Handicapées (MDMPH) sera transmis à l'autorité administrative en charge de l'organisation de l'examen, ainsi qu'au candidat. Cet avis n'est pas susceptible de recours.

La décision sera prise par l'autorité administrative en charge de l'organisation de l'examen qui transmettra l'information au candidat, ainsi qu'au centre organisateur de l'examen. Cette décision est susceptible de recours.

La date limite de dépôt de la demande est fixée à 2 mois avant la date du premier examen.

Envoi du dossier

Le dossier complet de demande doit comporter les pièces suivantes:

- document n°1:

Formulaire de demande d'aménagement d'épreuves rempli par le candidat

- document n°2:

Certificat médical, complété par le médecin traitant (Cerfa n°13878*01)

Il doit être daté de moins de 3 mois et être remis sous pli cacheté

- pièces complémentaires:

- Tous documents médicaux nécessaires pour la connaissance de l'état actuel de santé du candidat, sous pli cacheté. Les certificats doivent avoir moins de 1 an ;
- Éléments montrant les conditions du déroulement de la scolarité et notamment les aménagements ou mesures accordées (PAI, PPS, PAP) ;
- Si votre demande concerne un trouble des apprentissages, il conviendra de fournir:
 - un bilan orthophonique étalonné datant de moins d'un an, indiquant l'âge lexical et le niveau orthographique ;
 - indiquer la durée de la prise en charge orthophonique ;
 - et tous les éléments récents susceptibles d'éclairer notre avis : traitements médicamenteux, rééducations et bilans (ergothérapie, psychomoteur, psychologique...).

En fonction de la nature du handicap, les pièces suivantes seront fournies :

- Pour les troubles visuels :

Joindre un certificat médical intitulé « Compte rendu type pour un bilan ophtalmologique »
(Cerfa n°13878* - http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/certificat_oph_2R.pdf)

Ce certificat doit être établi par un ophtalmologiste précisant :

- acuité visuelle après correction (de près, de loin) ;
- troubles associés (nystagmus, albinisme, atteinte du champ visuel, vision binoculaire) ;
- mode de lecture utilisé ;
- aides techniques nécessaires (matérielles, humaines).

- Pour les troubles auditifs :

Joindre un audiogramme récent établi par un médecin ORL

- Pour les maladies chroniques invalidantes et les autres types de situation de handicap (moteur, psychique, mental) :

Joindre un certificat médical établi par le médecin spécialiste (en cas de suivi)

Le dossier dûment complété est à transmettre à la **Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)** du département de votre lieu de domicile de secours.

Le domicile de secours s'acquiert par une résidence habituelle de 3 mois dans un département postérieurement à la majorité ou à l'émancipation (article L122-2 du code de l'action sociale et de la famille).

Si votre adresse de domicile de secours est située sur une commune du territoire de la métropole de Lyon, ce dossier doit être transmis à l'adresse suivante:

Maison Départementale-Métropolitaine des Personnes Handicapées (MDMPH)

146 rue Pierre Corneille

69003 Lyon

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 : **Veuillez 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	☐	☐	☐
Se déplacer à l'intérieur	☐	☐	☐
Se déplacer à l'extérieur	☐	☐	☐
Préhension main dominante	☐	☐	☐
Préhension main non dominante	☐	☐	☐
Motricité fine	☐	☐	☐

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	☐	☐	☐
Orientation dans l'espace	☐	☐	☐

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, habillage, 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	☐	☐	☐	☐
S'habiller, se déshabiller	☐	☐	☐	☐
Manger et boire des aliments préparés	☐	☐	☐	☐
Couper ses aliments	☐	☐	☐	☐
assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	☐	☐	☐	☐

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

Maison départementale métropolitaine
des Personnes Handicapées

**Candidats en situation de handicap demandant à bénéficier de mesures particulières
lors des concours d'entrée aux écoles paramédicales et aux écoles du secteur social**
Document n°1 -demande du candidat

Identité du Candidat

Nom

Prénom

Date de naissance

Adresse

Code postal

Ville

Téléphone

Etablissement

fréquenté

Intitulé et date(s)
du concours préparé

Durée de la formation

*Candidat au concours: indiquer avec précision la nature, la spécialité de l'examen et s'il comporte des
épreuves pratiques*

Demande du candidat

Je soussigné(e), sollicite du médecin expert auprès de la CDAPH, le
bénéfice des mesures particulières pour les candidats handicapés en vertu des textes en vigueur.

A.....

Le.....

Nom et signature du candidat