



FICHE DE SYNTHÈSE

AIDE AU REMPLISSAGE DU CERTIFICAT MÉDICAL MDPH



Fragile X France

Association nationale du syndrome X Fragile et des maladies associées à la prémutation

L'association Fragile X France poursuit depuis 1990 de nombreux objectifs en faveur des familles touchées par le syndrome X Fragile et les maladies associées à la prémutation.

En partenariat avec son conseil scientifique, et avec le soutien de médecins exerçant en MDPH, Fragile X France a travaillé sur la rédaction d'un document à destination des médecins de première et seconde ligne qui sont amenés à remplir le certificat médical MDPH pour des personnes porteuses du syndrome X Fragile.

Cette notice a pour vocation de mettre en avant les points essentiels à renseigner afin de faciliter l'étude du dossier par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH.

Il s'agit de proposer une aide au remplissage, ce document n'a pas vocation à remplacer une consultation.

Il ne permet en aucun cas de pré remplir le certificat médical qui est un document qui doit prendre en compte les situations spécifiques de chaque personne.

Dans la mesure du possible, il est recommandé de privilégier le remplissage du certificat médical dématérialisé.

Vous pouvez le retrouver [ici](#).

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter :

- [Le Protocole National de Diagnostic et de Soins](#) sur le site de la HAS : www.has-sante.fr
- [Le site Internet de l'association](#) : www.xfra.org

Fragile X France

33 Rue St Jean de Dieu
69007 Lyon

06 25 45 64 96
contact@xfra.org



Certificat médical

A joindre à une demande à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)



cerfa
15695*01

Articles R.146-26 et D.245-25 du code de l'action sociale et des familles. Ce certificat est un document obligatoire et essentiel pour permettre à la MDPH d'orienter et d'attribuer allocations et prestations à la personne en situation de handicap. Il peut être téléchargé et complété sous forme papier ou rempli en ligne avant d'être imprimé.

A l'attention du médecin



Ce certificat médical, et les éventuels documents complémentaires, sont à remettre à votre patient, pour qu'il les joigne, sous pli confidentiel, à son dossier de demande à la MDPH.

- Il est destiné à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH qui a besoin de recueillir des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap* de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel.
- Nous vous recommandons de conserver une copie du présent formulaire de certificat médical. Les professionnels de la MDPH restent à votre disposition.

Depuis votre précédent certificat médical :

L'état de santé (diagnostic, signes cliniques) de votre patient a-t-il changé ? ☐ Oui ☐ Non

Les retentissements fonctionnels ou relationnels dans les différents domaines de la vie de votre patient (mobilité, communication, cognition, entretien personnel, vie quotidienne et domestique, vie sociale et familiale, scolarité et emploi) ont-ils changé ? ☐ Oui ☐ Non

La prise en charge thérapeutique de votre patient (médicamenteuse, y compris ses conséquences ; médicales ou paramédicales ; appareillages) a-t-elle été modifiée ? ☐ Oui ☐ Non

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

Si vous avez répondu oui à au moins une de ces trois questions veuillez remplir la totalité du certificat médical. Dans le cas contraire vous pouvez remplir le certificat médical simplifié ci-dessous :

Je soussigné Docteur _____
certifie qu'il n'y a aucun changement dans la situation
de M. ou Mme _____
depuis mon précédent certificat.

Date :

Signature :

A l'attention du patient

Il est très important de remplir la partie "Coordonnées" faute de quoi le dossier peut être renvoyé ce qui fera perdre du temps.



Merci d'aider votre médecin en remplissant les éléments ci-dessous :

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

N° d'immatriculation
sécurité sociale :

N° de dossier
auprès de la MDPH :

Quels sont les principaux besoins et attentes exprimés dans votre demande à la MDPH ?

Cette case doit être remplie par le médecin en lien avec la famille ou le patient, en fonction de la demande exprimée : quel est l'enjeu de ce certificat médical ?

A joindre à ce document



Si des examens complémentaires, évaluations ou hospitalisations en lien avec le handicap ont été réalisés, le mentionner dans ce formulaire aux rubriques concernées, et joindre les comptes-rendus et documents les plus significatifs. Ces documents sont à joindre par le médecin et/ou le patient.

1. Pathologie motivant la demande

Questions
obligatoires

Une pièce
jointe est attendue

Pathologie motivant la demande :

TND de type trouble du développement intellectuel (précisé si associé ou non à un TSA) dans le cadre d'un syndrome de l'X Fragile

Autres pathologies éventuelles :

Il est important de décrire ici le retentissement du syndrome sur la vie de la personne

Éléments essentiels à retenir (diagnostic, facteurs de gravité...) :

Préciser le diagnostic étiologique en plus du diagnostic fonctionnel.
Est-ce qu'il y a une Déficience Intellectuelle (DI) ? Un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ? Quelles sont toutes les conséquences du syndrome pour cet enfant ou cet adulte là ? Est-ce qu'il y a des troubles du comportement avec par exemple de grosses crises de colères ?
Il est nécessaire de préciser le diagnostic et les sous-diagnostic sans pour autant les détailler ici.

Il faudra indiquer ici toutes pathologies associées en cours, y compris celles hors du champ du X Fragile. Exemple : pathologie cardiaque, crises d'épilepsie. Dans le cadre de l'épilepsie, il est très important de préciser la fréquence réelle plutôt que de cocher les cases qui seront moins précises.

2. Histoire de la pathologie motivant la demande

Origine, circonstances d'apparition :

- ☒ Congénitale ☐ Maladie ☐ Accident vie privée
☐ Accident du travail ☐ Maladie professionnelle

Date d'apparition :

La date d'apparition a peu d'importance : à la naissance ou date d'apparition des 1ers symptômes

- ☒ A la naissance ☐ Depuis moins d'un an
☐ Depuis 1 à 5 ans ☐ Depuis plus de 5 ans

Antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux en rapport avec le handicap :

Il faudra préciser ici la date du diagnostic, qui compte dans le cadre des demandes formulées à la MDPH.

Il faudra aussi indiquer ici les antécédents médicaux y compris hors du champ X Fragile.

Pour un enfant, indiquer la présence éventuelle d'un retard dans les acquisitions principales

(développement psychomoteur, langage...) : Cette case peut aussi être remplie pour préciser la trajectoire développementale d'un adulte

Donner ici des informations sur : la motricité globale (âge tenue de tête, âge de la station assise, âge de la marche), la motricité fine (attrape les objets, graphisme), le langage (âge des 1ers mots, mots associés, phrases), et la socialisation.

Ces précisions n'empêchent pas un courrier complémentaire rédigé par le médecin qui précisera toutes les informations utiles à porter à la connaissance de la MDPH.

3. Description clinique actuelle

Les points clefs qui décrivent le fonctionnement de la personne doivent être très précis.

Poids :

Taille :

Latéralité dominante
avant handicap :

☐ Droite ☐ Gauche

Description des signes cliniques invalidants et fréquence :

Permanents

Réguliers
> 15 j par mois

ponctuel
< 15 j par mois

Il faudra décrire ici les difficultés de la personne : préciser dans une case ce qui est de l'ordre du cognitif, dans une autre ce qui est de l'ordre du comportemental (préciser s'il y a une grosse intolérance à la frustration).

Préciser également les signes à l'examen (par exemple troubles de l'équilibre, anomalies à l'examen neurologique, trouble oculo-moteur)

Exemple : (La plupart des signes sont permanents)

Case 1 : trouble du développement intellectuel avec gros impact sur le langage

Case 2 : trouble du Spectre de l'Autisme avec difficultés d'interactions sociales et particularités sensorielles ... Définir ici le trouble exact : ne pas donner seulement la définition du TSA mais préciser ce qu'il en est exactement pour la personne

Case 3 : trouble praxique ou trouble du développement de la coordination

Précisions :

Autres signes type macrocéphalie ou dysmorphie par exemple

Perspective d'évolution globale : L'évolution est dépendante de chaque personne : cocher non définie.

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| ☐ Stabilité | ☐ Incapacité fluctuante | ☐ Amélioration (préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles) |
| ☐ Aggravation | ☐ Evolutivité majeure | ☐ Non définie |

Comptes-rendus joints. Préciser :

Bien indiquer les CR joints afin d'insister sur l'existence d'un complément d'informations.

Par exemple, bilan des Centres de Ressources Autisme, questionnaire sur le handicap psychique, bilan UEROS, etc...

4. Déficiences sensorielles

Idéalement, faire procéder si ça n'a jamais été fait à un bilan auditif et à un bilan visuel

En cas de **déficience auditive** avec un retentissement significatif, joindre le compte rendu type pour un bilan auditif rempli par un ORL (Volet 1 du cerfa n°15695*01)

Observations :

Si pas de déficience auditive : le préciser et ne pas mettre le bilan s'il est normal.

En cas de **déficience visuelle** avec un retentissement significatif, joindre le compte-rendu type pour un bilan ophtalmologique rempli par un ophtalmologiste (Volet 2 du cerfa n°15695*01)

Observations :

Préciser les éventuelles anomalies (hypermétrope, astigmatisme ...).

Si pas de déficience visuelle : le préciser et ne pas mettre le bilan s'il est normal.

5. Traitements et prises en charge thérapeutiques

Contraintes et effets secondaires présents ayant un impact sur la vie quotidienne.

Précisez dans chaque cas la fréquence et la durée :

Classes thérapeutiques ou nom des médicaments :

Cet item doit être rempli en fonction du patient. on retrouve souvent chez les personnes porteuses du syndrome X Fragile : méthylphénidate, risperdal, slenlyto, anti-épileptique ...

Préciser ici si un traitement vient d'être introduit.

Effets secondaires du traitement :

A remplir uniquement s'il y a eu ou s'il y a des effets secondaires qui entraînent une gêne importante (ne pas remplir les effets secondaires possibles car ce sera source de confusion).

Autres contraintes si connues (modalités d'administration, nécessité de déplacement, recours à une tierce personne, répercussions sur la vie sociale, familiale et/ou professionnelle...) :

Il est possible d'indiquer ici si le parent, l'aidant, doit récupérer son enfant pour gérer les prises en charges. Cette information est néanmoins souvent mentionnée également dans le projet de vie.

Régime alimentaire :

Indiquer ici s'il y a une sélectivité alimentaire, s'il y a un trouble associé de cet ordre.

Autre prise en charge concernant les soins :

- | | |
|---|--|
| ☐ Hospitalisations itératives ou programmées | ☐ Soins ou traitements nocturnes (si oui, préciser) |
| ☒ Suivi médical spécialisé | ☐ Autres |

Fréquence

Etre le plus précis possible

Précisions :

Il faut mentionner ici le suivi : neuropédiatre, pédopsychiatre, généticien, cardiologue ...

La fréquence doit être précisée à côté du praticien concerné.

Prise en charge sanitaire régulière	Fréquence	Suivis pluridisciplinaires :	Modalité de suivi
☐ Ergothérapeute		☐ CMPP (Centre Médico Psycho-Pédagogique)	
☐ Infirmière		☐ CMP (Centre Médico Psychologique)	
☐ Kinésithérapeute		☐ CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel)	
☐ Orthophoniste		☐ Hôpital de jour	
☐ Orthoptiste		☐ Autre	
☐ Psychologue		Il faudra indiquer ici les prises en charge mais également leur fréquence. Il faut aussi préciser en page 8 du certificat médical (case "Remarques complémentaires") les lieux de prise en charge et les contraintes (nombre d'allers-retours effectués par les parents par exemple).	
☐ Psychomotricien			
☐ Autre			

Projet thérapeutique :

Indiquer ici si un traitement sera prochainement introduit (et préciser la date envisagée).

Préciser l'intérêt de débiter une prise en charge en SESSAD par exemple dans le cas d'une grande fatigabilité.

Préciser les éventuelles prises en charge qui pourraient être débutées si une AEEH était versée (ex : psychothérapie ou ergothérapie).

Il s'agit ici de préciser uniquement les projet de soins, l'AESH n'est pas considéré(e) comme un faisant partie du parcours de soin mais du parcours de scolarisation.

Type d'appareillage :

Corrections auditives :	☐ Unilatérale	☐ Bilatérale	☐ Appareillage	☐ Implant
Aide à mobilité	☐ Déambulateur	☐ Canne	☐ Orthèse, prothèse (préciser)	
	☐ Fauteuil roulant électrique		☐ Fauteuil roulant manuel	
	☐ Autre préciser (Ex : Scooter, ...) :			
Appareillage visuel :	☐ Télé-agrandisseur	☐ Terminal-braille	☐ Logiciel de basse vision	
	☐ Loupe	☐ Logiciel de synthèse vocale		
Alimentation / Elimination :	☐ Gastro ou jéjunostomie d'alimentation		☐ Stomie digestive d'élimination	
	☐ Sonde urinaire	☐ Stomie urinaire		
Aides respiratoires :	☐ Trachéotomie	☐ O2	☐ Appareil de ventilation (préciser)	
Aide à la parole	☐ Prothèse phonatoire			
Autre appareillage :				

Précisions (type, adaptation, circonstances d'utilisation, autonomie de la personne à l'utiliser, compliance) :

Dans le cadre de gastro ou jéjunostomie d'alimentation : si la case est cochée, penser à préciser de quoi il s'agit.

6. Retentissement fonctionnel et/ou relationnel

Déplacement : périmètre de marche

Modalités d'utilisation des aides techniques			Fréquence d'utilisation
Cannes	☐ En intérieur	☐ En extérieur	
Déambulateur	☐ En intérieur	☐ En extérieur	
Fauteuil roulant manuel	☐ En intérieur	☐ En extérieur	
Fauteuil roulant électrique	☐ En intérieur	☐ En extérieur	
Ralentissement moteur : ☐ Oui ☐ Non			Besoin de pauses : ☐ Oui ☐ Non
Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs : ☐ Oui ☐ Non			

Les rubriques qui suivent sont à compléter en fonction de ce que vous savez ou percevez de la situation de la personne et, pour les enfants, par comparaison avec une personne du même âge.

Aidez-vous de la grille d'appréciation suivante :

(A)	(B)	(C)	(D)	(NSP)
Réalisé sans difficulté et sans aucune aide	Réalisé avec difficulté mais sans aide humaine	Réalisé avec aide humaine : directe ou stimulation	Non réalisé	Ne se prononce pas

Mobilité, manipulation / Capacité motrice

Maintien postural, déplacement, manipulation, préhension, contrôle de l'environnement

	(A)	(B)	(C)	(D)	(NSP)
Marcher :	☐	☐	☐	☐	☐
Se déplacer à l'intérieur :	☐	☐	☐	☐	☐
Se déplacer à l'extérieur :	☐	☐	☐	☐	☐
Préhension main dominante :	☐	☐	☐	☐	☐
Préhension main non dominante :	☐	☐	☐	☐	☐
Motricité fine :	☐	☐	☐	☐	☐

Précisions : Si il y a de l'impulsivité, une mise en danger, si la personne peut partir en courant, si pour sortir elle doit être accompagnée (comparé à une autre du même âge) : ne pas cocher A mais C.

Communication

	(A)	(B)	(C)	(D)	(NSP)
Communiquer avec les autres (s'exprimer, se faire comprendre...) :	☐	☐	☐	☐	☐
Utiliser le téléphone :	☐	☐	☐	☐	☐
Utiliser les autres appareils et techniques de communication (téléalarme, ordinateur...) :	☐	☐	☐	☐	☐

Nécessité d'un recours à une aide humaine (interprète, interface ou codeur LPC, etc.) avec appareillage

☐ Oui ☐ Non

Précisions : Est-ce qu'il y a besoin de CAA, de pictos, est ce que la personne parle, est en retrait, est très difficilement intelligible ? Si la personne n'est pas en mesure d'utiliser les appareils de communication type téléphone, il est important de le préciser notamment pour les adolescents et les adultes car c'est aussi un item qui participe au calcul de la PCH.



Cognition / Capacité cognitive	A	B	C	D	NSP
Attention, mémoire, apprentissage, praxie, raisonnement, orientation dans le temps ou l'espace...					
Orientation dans le temps :	☐	☐	☐	☐	☐
Orientation dans l'espace :	☐	☐	☐	☐	☐
Gestion de la sécurité personnelle :	☐	☐	☐	☐	☐
Maîtrise du comportement :	☐	☐	☐	☐	☐

Précisions. Indiquer les autres atteintes sur le plan cognitif :

Rappeler ici les éléments sur le plan cognitif et indiquer le retentissement du syndrome sur la socialisation et la solarisation sur le plan des apprentissages.

Est-ce que la personne fait des phrases ? Est-ce qu'elle rentre dans les apprentissages (par rapport à un enfant du même âge). Par exemple :

- sur le plan du langage : est-ce qu'elle fait des phrases ? Est-ce qu'elle compte ?
- sur le plan du graphisme : est-ce qu'elle reproduit le rond ? Est-ce qu'elle reproduit son prénom en lettres bâtons ?

Il faut donner des exemples qui précisent ce que la personne peut faire.

Conduite émotionnelle et comportementale (Ex : relation avec autrui dans la conduite émotionnelle et comportementale) :

On retrouve souvent chez les personnes X Fragile une intolérance au changement et à la frustration, une difficulté à gérer les émotions, une très grande timidité, une hypersensibilité au bruit qui peut générer une crise Il faut également tenir compte ici de l'autonomie, de l'impulsivité, de la mise en danger, toujours en comparaison avec une personne du même âge (ex : si la personne ne peut pas être laissée seule quelques minutes sans risquer une mise en danger, il faudra cocher les cases C ou D).

Pour comparaison, et en règle générale : en fin d'école primaire, un enfant ne reste pas seul chez lui longtemps et dès la 6ème, un enfant peut rentrer seul chez lui, peut être autonome pour le déjeuner si celui-ci préparé ...

Retentissement sur la vie relationnelle, sociale et familiale (insuffisante gestion des situations à risque, mise en danger...) :

☐ Oui	☐ Non	☐ NSP	La personne sait-elle :	☐ Lire	☐ Ecrire	☐ Calculer	☐ NSP
------------------------------	------------------------------	------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	------------------------------

Entretien personnel	A	B	C	D	NSP
Toilette, habillage, continence, alimentation...					
Faire sa toilette :	☐	☐	☐	☐	☐
S'habiller, se déshabiller :	☐	☐	☐	☐	☐
Manger et boire des aliments préparés	☐	☐	☐	☐	☐
Couper ses aliments :	☐	☐	☐	☐	☐
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :	☐	☐	☐	☐	☐
Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :	☐	☐	☐	☐	☐

Précisions (si incontinence, si supervision ou stimulation nécessaire...) :

Ici non plus, il ne faudra pas confondre supervision et capacité motrice de faire les choses. La personne peut savoir faire les gestes sur un plan moteur mais si personne ne lui dit, elle ne fera rien. Dans ce cas, cocher C ou D même si mécaniquement elle saura faire l'action. Pour ce qui est de faire la toilette : préciser si la personne a besoin de supervision pour la faire, si elle n'a pas l'initiative des choses et qu'elle a besoin de guidance. Indiquer si la personne n'est pas propre ou a besoin de couches, si elle est continente mais avec un comportement inadapté, si elle ne peut pas s'essuyer seule ...

Vie quotidienne et vie domestique

A B C D NSP

Travaux ménagers, courses, préparer un repas, gérer un budget, faire des démarches...
NB : à compléter par comparaison avec une personne du même âge

Prendre son traitement médical :

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Gérer son suivi des soins :

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Faire les courses :

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Préparer un repas :

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Assurer les tâches ménagères :

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Faire des démarches administratives :

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Gérer son budget :

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Autre (préciser) :

Précisions :

Est-ce que la personne peut prendre un traitement et le gérer seule (ex : lire l'ordonnance) ?

Si elle a besoin de soutien, cocher C ou D par écart en comparaison avec une personne neurotypique.

Retentissement sur vie sociale et familiale :

Situation familiale : ☐ Vie familiale ☐ Isolement ☐ Rupture ☐ Autre (préciser)

Présence d'un aidant familial : ☐ Oui ☐ Non

Quel est le lien de l'aidant avec la personne en situation de handicap ?

Bien penser à noter la présence de l'aidant qui est le plus souvent le parent.

Quel type d'intervention ?

Précisions :

Préciser ici si un parent a dû réduire son temps de travail pour gérer la prise en charge de son enfant.

Indiquer ici aussi s'il y a une fratrie impactée par le handicap de la personne.

Préciser ici si l'enfant ne peut pas rester à la cantine en argumentant (enfant trop fatigable, bruit ...).

Retentissement sur la scolarité et les études supérieures :

Rappel : c'est à la MDPH de préciser les besoins en aide humaine et les orientations; Il faut décrire ici les retentissements, le comportement de l'enfant face à une tâche (par exemple : il ne rentre pas dans les apprentissages, il ne sait pas rentrer dans une tâche ou la maintenir, il n'arrive pas à planifier). Il faut décrire mais ne pas prescrire. Il est plus intéressant pour la MDPH de connaître le comportement de la personne face à une tâche que de lire qu'il y a besoin d'une AESH sans en connaître les raisons.

Retentissement sur l'emploi :

Avis du médecin du travail joint (si disponible)

Si travaille actuellement, retentissement sur l'aptitude au poste et/ou le maintien dans l'emploi : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

Si oui, préciser : Il faut décrire ici le retentissement, le comportement de l'adulte face à une tâche.

Si ne travaille pas actuellement, retentissement sur la recherche d'emploi ou le suivi de formation : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

Si oui, préciser :

7. Remarques ou observations complémentaires si besoin

Le médecin peut indiquer l'aide humaine ou l'orientation qui pourrait être envisagée mais surtout, il doit argumenter et expliquer pourquoi cette demande est importante et de quoi la personne a besoin. Par exemple, dire que la personne a besoin d'une aide humaine pour se mettre au travail, pour rentrer dans les apprentissages, pour maintenir son attention, pour reformuler les consignes en individuel, pour gérer les difficultés de comportement ...

Les 3 items à mettre en avant sont l'aide pour l'autonomie, l'entrée dans les apprentissages et la relation avec les pairs.

Pour les enfants suivis en SESSAD : comme les trajets ne sont pas forcément effectués par le SESSAD, préciser s'ils sont faits par les parents car la contrainte n'est pas du tout la même.

Préciser si ce sont les parents qui font les trajets pour les prises en charge et à quelle fréquence. Préciser si le parent doit rester avec son enfant toute la séance

Résumer les bilans prévus avec les dates (le bilan psychologique est nécessaire en cas d'orientation spécialisée type ITEP ou IME).

8. Coordonnées et signature

Pensez à bien compléter la partie coordonnées et signature, faute de quoi, le dossier pourra être refusé.

Docteur :

Médecin traitant : ☐ Oui ☐ Non

Identifiant RPPS :



Identifiant ADELI :



Adresse postale :

Téléphone :

Email :

Il est impératif de bien penser à dater le document.

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

Fait à :

Signature du médecin

Signature du patient (non obligatoire)