

5e JOURNEE DES DYS DANS L'YONNE

5 NOVEMBRE 2016

5^e JOURNEE PLURADYS



Prise en charge et évaluation des troubles DYS par les équipes de la Protection Maternelle et Infantiles de l'Yonne (PMI)

Bilan de santé dans les écoles :

Campagne de dépistage relayé sur l'ensemble du territoire (Sénonais, Jovinien-Migennois, Tonnerrois, Auxerrois, Puisaye-Forterre, Avallonnais)

Orientation vers les orthoptistes, O.R.L., orthophonistes

5^e JOURNEE PLURADYS



Prise en charge et évaluation des troubles DYS par les équipes de la PMI de l'Yonne

Près de 60 % des enfants inscrits en école maternelle ont bénéficié d'un bilan

Soit 2 200 enfants sur l'année scolaire 2014/2015 ont bénéficié d'un dépistage visuel, auditif, de langage

44 d'entre eux ont bénéficié d'un bilan complet

5^e JOURNEE PLURADYS



Prise en charge et évaluation des troubles DYS par les équipes de la MDPH de l'Yonne

Un premier traitement administratif :

Dossier cerfa de dépôt de demande

Renseignements administratifs généraux

Formulaire de demande(s) auprès de la MDPH

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 résidiez 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 :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° et Rue :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Complément d'adresse :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Commune :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fax :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse électronique :	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Précisez qui détient l'autorité parentale : Mère Père Les deux Autre

Si autre, précisez les coordonnées de la personne ou organisme : _____

N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : [][][][][][] Commune : _____

Téléphone : [][][][][][][][][][][][][][][][][] Fax : [][][][][][][][][][][][][][][][][]

Adresse électronique : _____

A4 - Représentant légal (pour les adultes - le cas échéant)

Tutelle Curatelle simple Curatelle renforcée Autre

Nom de la personne ou organisme : _____

Adresse de la personne ou organisme : N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : [][][][][][] Commune : _____

Téléphone : [][][][][][][][][][][][][][][][][] Fax : [][][][][][][][][][][][][][][][][]

Adresse électronique : _____

A5 - Identification de l'organisme payeur de prestations familiales

Précisez le numéro d'allocataire : _____ CAF MSA Autre

Nom et prénom de l'allocataire : _____

Nom de l'organisme : _____

Adresse de l'organisme : N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : [][][][][][] Commune : _____

A6 - Situation familiale de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

Vous êtes : Célibataire Marié(e) En couple sans être marié(e)

Séparé(e), divorcé(e), veuf(ve)

Depuis le : [][][][][][][][] Nombre d'enfants à charge : [][]

Si vous êtes en couple, précisez l'identité de votre conjoint(e) :

Nom de naissance : _____

Prénom(s) : _____ Date de naissance : [][][][][][][][]

A7 - Situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

	Vous	Votre conjoint(e)
<input type="radio"/> Salarié(e) y compris apprentissage depuis le :	[][][][][][][][]	[][][][][][][][]
Type de contrat :	_____	_____

Date de début du contrat :	[][][][][][][][]	[][][][][][][][]
Date de fin du contrat :	[][][][][][][][]	[][][][][][][][]

Prise en charge et évaluation des troubles DYS par les équipes de la MDPH de l'Yonne

Pièces administratives obligatoires :

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

5^e JOURNEE PLURADYS



Prise en charge et évaluation des troubles DYS par les équipes de la MDPH de l'Yonne

Pièces administratives complémentaires :

Bilan de spécialistes (en cas de suivi)

GEVA Sco (première demande ou réexamen)

5^e JOURNEE PLURADYS



Prise en charge et évaluation des troubles DYS par les équipes de la MDPH de l'Yonne

Une instruction pluridisciplinaire :

Médecin

Référent scolaire

Enseignants spécialisés

Psychologue scolaire

Assistante sociale

5^e JOURNEE PLURADYS



Prise en charge et évaluation des troubles DYS par les équipes de la MDPH de l'Yonne

Des formations internes spécialisées :

Formation sur les principaux éléments de diagnostics des DYS – Docteur Michèle MAZEAU

Formations sur les troubles des apprentissages – Réseau Pluradys

5^e JOURNEE PLURADYS



Améliorer l'accès de la MDPH de l'Yonne :

**Mieux comprendre les besoins et les attentes de l'enfant
et des familles : un nouveau formulaire de demande**

Un traitement plus individualisé : un interlocuteur unique

A qui s'adresse ce formulaire ?

Ce formulaire s'adresse à la personne présentant un handicap.

Si la personne concernée a moins de 18 ans, ses parents sont invités à répondre pour elle.

Si la personne de plus de 18 ans a une mesure de protection : son tuteur répond avec elle ou son curateur l'accompagne dans sa demande.

Pour obtenir de l'aide pour remplir ce formulaire, vous pouvez vous adresser à l'accueil de la MDPH.

**Vous allez expliquer à la MDPH votre situation, vos besoins, vos projets et vos attentes.
Vous pourrez peut-être bénéficier des droits suivants :**

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et un de ses compléments

Renouvellement d'allocation compensatrice (ACTP ou ACFP)

Allocation aux adultes handicapés (AAH) et son complément

Projet personnalisé de scolarisation – parcours et aides à la scolarisation

Carte d'invalidité/de priorité/de stationnement

Orientation professionnelle et/ou formation professionnelle

Orientation vers un établissement ou service médico-social (ESMS) enfants/adultes

Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)

Prestation de compensation du handicap (PCH)

Affiliation gratuite à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)

Que dois-je remplir ?

- C'est ma première demande à la MDPH
- Ma situation médicale, administrative, familiale ou mon projet a changé
- Je demande une réévaluation de ma situation et/ou une révision de mes droits

Remplissez tout le formulaire pour exprimer l'ensemble de vos besoins

- Je demande le renouvellement de mes droits à l'identique car j'estime que ma situation n'a pas changé

Précisez le(s)quel(s) :

Remplissez les parties A et E. Vous avez aussi la possibilité de remplir tout le formulaire

- Votre aidant familial (la personne qui s'occupe de vous au quotidien) souhaite exprimer sa situation et ses besoins

Il peut remplir la partie F

Aide technique,
matériel ou
équipement

 Aménagement
de logement

 Aménagement
de véhicule

 Aides animalières

 Aides techniques (préciser) :
ex : barre d'appui, déambulateur...

 Autres :

 Aide à la personne
(avec quelqu'un
qui aide)

 Votre famille

 Professionnel de soins à domicile

 Un accompagnement médico-social

 Autres :

Frais liés au handicap et restant à charge

Indiquez les frais non remboursés ou, le cas échéant, remboursés partiellement par votre assurance maladie ou mutuelle complémentaire. Précisez notamment si vous recourez à l'emploi rémunéré d'une tierce personne, motivé par votre situation de handicap.

Frais engagés	Fréquence	Montant total	Montant remboursé	Précisions

B2

Vos besoins dans la vie quotidienne

Précisez vos besoins de compensation liés à votre handicap ou à celui de votre enfant.

Plusieurs réponses sont possibles :

- Adaptez les réponses à l'âge de la personne concernée par la situation de handicap, en faisant apparaître par exemple pour les enfants les éventuelles différences avec un enfant du même âge sans handicap.
- S'il s'agit d'un enfant, précisez seulement ses besoins, et non ceux du/des parents.
- Le besoin d'aide correspond à une aide humaine directe ou au besoin d'être stimulé, guidé, incité verbalement ou à une aide matérielle ou financière.
- Ce document correspond à l'expression de vos besoins ressentis.
Une évaluation approfondie sera ensuite réalisée par l'équipe de la MDPH, qui vous rencontrera si nécessaire.

Besoin d'aide dans la vie quotidienne :

 Pour régler les dépenses courantes
(loyer, énergie, habillement, alimentation...)

 Pour faire les courses

 Pour gérer son budget et répondre aux
obligations (démarches administratives
assurances, impôts...)

 Pour préparer les repas

 Pour l'hygiène corporelle
(se laver, aller aux toilettes)

 Pour prendre les repas

 Pour s'habiller
(mettre et ôter les vêtements, les choisir...)

 Pour faire le ménage et l'entretien des
vêtements

 Pour prendre soin de sa santé
(suivre un traitement, aller en consultation ...)

 Autre besoin, précisez :

Besoin d'aide pour se déplacer

- | | |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pour se déplacer dans le domicile | <input type="checkbox"/> Pour utiliser un véhicule |
| <input type="checkbox"/> Pour sortir du domicile ou y entrer | <input type="checkbox"/> Pour utiliser les transports en commun |
| <input type="checkbox"/> Pour se déplacer à l'extérieur du domicile | <input type="checkbox"/> Pour partir en vacances |

Utilisez-vous les transports adaptés proposés localement pour vous déplacer : Oui Non

Autre situation, préciser :

Besoin d'aide pour la vie sociale

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pour communiquer (s'exprimer, se faire comprendre) | <input type="checkbox"/> Pour s'occuper de sa famille |
| <input type="checkbox"/> Pour avoir des activités sportives et des loisirs | <input type="checkbox"/> Pour être accompagné dans la vie citoyenne (ex : aller voter, vie associative ...) |
| <input type="checkbox"/> Pour les relations avec les autres | <input type="checkbox"/> Pour assurer sa sécurité |

Autre besoin, préciser :

B3 Les attentes pour compenser la situation de handicap

Vos souhaits (plusieurs réponses sont possibles) :

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vivre à domicile | <input type="checkbox"/> Un aménagement du lieu de vie | <input type="checkbox"/> Réaliser un bilan des capacités dans la vie quotidienne |
| <input type="checkbox"/> Une aide financière afin d'assurer un revenu minimum | <input type="checkbox"/> Une aide pour se déplacer | <input type="checkbox"/> Un accompagnement pour l'adaptation / réadaptation à la vie quotidienne |
| <input type="checkbox"/> Une aide humaine : quelqu'un qui aide | <input type="checkbox"/> Vivre en établissement | <input type="checkbox"/> Un accueil temporaire |
| <input type="checkbox"/> Du matériel ou équipement | <input type="checkbox"/> Une aide financière pour des dépenses liées au handicap | |
| <input type="checkbox"/> Une carte de stationnement | <input type="checkbox"/> Une carte d'invalidité ou de priorité | |

Autre attente, préciser :

Avez-vous déjà identifié un établissement ou un service d'accueil, d'accompagnement ou de soin qui pourrait répondre à vos attentes ? Oui Non

Si oui lequel / lesquels : Êtes-vous en contact Oui Non
 Êtes-vous en contact Oui Non

C1 Situation scolaire

Si l'enfant est actuellement scolarisé, est-ce :

- En milieu ordinaire
- À domicile
- Avec accompagnement par un service de soin ou un établissement médico-social
- En temps partagé entre l'établissement médico-social et le milieu ordinaire ou domicile
- En temps partagé entre le service de soin et le milieu ordinaire
- En formation supérieure

Au sein de quel(s) établissement(s) ?

.....

Depuis le : / /

Autre, préciser :

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

- Oui Non

Si l'enfant n'est actuellement pas scolarisé :

Il est trop jeune

Il est sans solution d'accueil en établissement scolaire, universitaire ou médico-social

A partir de quand sera-t-il scolarisé ?

.....

Préciser :

.....

Autre, préciser :

Si vous êtes étudiant ou en apprentissage :

Type d'études :

.....

Diplôme(s) obtenu(s) :

.....

Diplôme(s) préparé(s) :

.....

Nom de l'établissement :

.....

Rue :

.....

Ville :

.....

Depuis le : / /

Votre parcours étudiant ou d'apprentissage :

Année(s)	Établissement(s)

Vous disposez actuellement d'accompagnement et soins :

Soins hospitaliers Soins en libéral

Autre, préciser :

Vous disposez actuellement d'adaptations des conditions matérielles :

Aménagements et adaptations pédagogiques Outils de communication Matériel informatique et audiovisuel
 Matériel déficience auditive Matériel déficience visuelle Mobilier et petits matériels
 Transport

Autre, préciser :

Emploi du temps actuel (accompagnement et soins, lieux...) :

	Matin	Midi	Après-midi
Lundi			
Mardi			
Mercredi			
Jeudi			
Vendredi			
Samedi			

C2 Les besoins dans la vie scolaire / étudiante

Précisez vos besoins de compensation liés à votre handicap ou à celui de votre enfant.
Plusieurs réponses sont possibles :

- Adaptez les réponses à l'âge de la personne concernée par la situation de handicap, en faisant apparaître par exemple pour les enfants les éventuelles différences avec un enfant du même âge sans handicap.
- Le besoin d'aide correspond à une aide humaine directe ou au besoin d'être stimulé, guidé, incité verbalement ou à une aide matérielle ou financière.
- Ce document correspond à l'expression de vos besoins ressentis.
Une évaluation approfondie sera ensuite réalisée par l'équipe de la MDPH, qui vous rencontrera si nécessaire.

Besoins en lien avec la scolarité

- | | |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pour lire | <input type="checkbox"/> Pour écrire, prendre des notes |
| <input type="checkbox"/> Pour calculer | <input type="checkbox"/> Pour comprendre, suivre les consignes |
| <input type="checkbox"/> Pour organiser, contrôler son travail | <input type="checkbox"/> Pour l'utilisation du matériel |
| <input type="checkbox"/> Autre, préciser : | |

Besoins pour communiquer

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pour communiquer
(s'exprimer, se faire comprendre) | <input type="checkbox"/> Pour les relations avec les autres |
| <input type="checkbox"/> Pour assurer sa sécurité | |
| <input type="checkbox"/> Autre, préciser : | |

Besoins pour l'entretien personnel

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pour l'hygiène corporelle (aller aux toilettes) | <input type="checkbox"/> Pour s'habiller
(mettre et ôter des vêtements) |
| <input type="checkbox"/> Pour les repas (manger, boire) | <input type="checkbox"/> Pour prendre soin de sa santé |
| <input type="checkbox"/> Autre, préciser : | |

Besoins pour les déplacements

- | | |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pour se déplacer à l'intérieur des locaux | <input type="checkbox"/> Pour se déplacer à l'extérieur des locaux |
| <input type="checkbox"/> Pour utiliser les transports en commun | |
| <input type="checkbox"/> Autre, préciser : | |

5e JOURNÉE DES DYS DANS L'YONNE

Merci de votre attention