



## **Recommandation d'un professionnel de la santé concernant le formulaire de demande de mesures d'adaptation en vue de l'examen de compétence**

### **Directives**

Veillez remplir ce formulaire dans son intégralité et le présenter au Collège des agents de brevets et des agents de marques de commerce (Cabamc) par courriel, accompagné de tous les documents justificatifs requis, à l'attention de la Direction de l'inscription à [dirregistration@cpata-cabamc.ca](mailto:dirregistration@cpata-cabamc.ca).

Les agents en formation inscrits au programme d'inscription du Collège doivent réussir les examens de compétence applicables pour être admissibles à un permis d'agent de brevets ou à un permis d'agent de marques de commerce au Canada. Vous trouverez [ici](#) une description détaillée du format et de la durée des examens relatifs aux permis. Les examens de compétence permettent de déterminer si un agent en formation fait la preuve du niveau minimal de compétence requis d'un agent de brevets ou de marques de commerce débutant.

Les agents en formation peuvent demander une mesure d'adaptation en vue d'un examen de compétence en se fondant sur un motif énoncé dans la *Loi canadienne sur les droits de la personne*, L.R.C. (1985), ch. H-6. Pour demander une mesure d'adaptation au motif d'une invalidité, un agent en formation doit remplir et présenter un formulaire de demande de mesure d'accommodement et produire la documentation médicale à cet effet attestée par un membre d'une profession de la santé réglementée autorisé à diagnostiquer l'invalidité.

**NOTE IMPORTANTE :** Les agents en formation doivent fournir une confirmation médicale de l'existence de l'invalidité et des renseignements pour aider le Collège à appliquer une mesure appropriée d'accommodement. Les agents en formation peuvent fournir volontairement des renseignements plus détaillés sur leur invalidité, y compris un diagnostic précis. Le Collège utilise ces renseignements uniquement pour répondre à la demande de mesure d'accommodement et aux questions raisonnablement pertinentes. À moins d'un consentement à cet effet, le Collège ne communique pas ces renseignements à qui que ce soit.

### **Information à l'intention de l'agent en formation**

Remettez ce formulaire à un membre d'une profession de la santé réglementée, autorisé à diagnostiquer l'invalidité pour laquelle vous demandez une mesure d'adaptation. Le professionnel doit confirmer le diagnostic de l'invalidité pour laquelle vous demandez une mesure d'adaptation.

Signez ce formulaire à l'endroit indiqué ci-dessous autorisant votre professionnel de la santé à fournir les renseignements justificatifs et tout autre renseignement plus détaillé (p. ex., un diagnostic) à votre choix.

Le professionnel de la santé qui remplit ce formulaire doit le transmettre en l'accompagnant des pièces justificatives dans un seul et même courriel adressé au Collège à [DirRegistration@cpata-cabamc.ca](mailto:DirRegistration@cpata-cabamc.ca).



La ligne Objet du courriel doit se lire comme suit : « Recommandation du professionnel de la santé concernant le formulaire de demande de mesure d'adaptation en vue de l'examen de compétence – **Nom de famille du candidat, prénom du candidat** ».

### **Partie 1 : À remplir par l'agent en formation**

Nom légal actuel

Prénom :

Second prénom :

Nom de famille :

CABAMC n° :

J'autorise le professionnel de la santé dont le nom figure ci-dessous à communiquer des renseignements concernant les limitations fonctionnelles en raison de mon handicap au Collège des agents de brevets et des agents de marques de commerce afin de justifier ma demande de mesure d'adaptation.

Consentement à la divulgation du diagnostic au Collège :

Je consens à ce que mon diagnostic soit indiqué sur ce formulaire.

Je ne consens pas à ce que mon diagnostic soit indiqué sur ce formulaire.

Signature de l'agent en formation

Date

### **Information à l'intention du professionnel de la santé**

L'agent en formation susmentionné a demandé des mesures d'adaptation au motif d'une invalidité lors d'un examen de compétence. Afin de traiter sa demande, le Collège exige des documents médicaux à l'appui de la demande provenant d'un membre d'une profession de la santé réglementée autorisé à diagnostiquer l'invalidité pour laquelle des mesures d'adaptation sont demandées.

Vous devez avoir établi le diagnostic de l'invalidité pour laquelle l'agent en formation demande une mesure d'adaptation ou être en mesure de le confirmer.

Les mesures d'adaptation visent à faire en sorte que l'examen de compétence se déroule dans des conditions équitables pour les candidats qui autrement pourraient ne pas se qualifier en raison d'un ou de plusieurs motifs prévus dans la *Loi canadienne sur les droits de la personne*.

Votre apport sera essentiel à la détermination des mesures appropriées d'adaptation à mettre en place pour l'agent en formation lors de l'examen.



**Partie 4 : Confirmation des motifs justifiant des mesures d'adaptation**

Dans cette partie, veuillez confirmer que l'agent en formation susmentionné est affecté par une invalidité, un problème de santé, un besoin lié à la grossesse ou un besoin lié à la maternité et décrire les limitations fonctionnelles associées à la situation de handicap ou à l'état qui ont une incidence sur son aptitude à passer l'examen de compétence dans les conditions normales indiquées à la page [Renseignements sur l'examen](#).

Depuis combien de temps l'agent en formation est-il sous vos soins?

Quand l'agent en formation a-t-il reçu un diagnostic de cet état?

Est-ce vous qui avez diagnostiqué cet état? Oui                  Non

Si vous n'avez pas diagnostiqué cet état, l'avez-vous confirmé? Oui                  Non  
(Si vous avez répondu « oui » à la question précédente, ne répondez pas)

Avez-vous diagnostiqué cet état ou confirmé ce diagnostic en recourant aux méthodes suivantes?  
(sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)

Un ou plusieurs examens médicaux spécifiques Oui                  Non

Observation médicale Oui                  Non

Auto-évaluation Oui                  Non

Autre méthode (veuillez préciser)

Veuillez décrire les limitations fonctionnelles associées à l'invalidité de la personne et expliquer comment elles influent sur son aptitude à passer l'examen de compétence dans des conditions normales.

**Partie 5 : Mesures d'adaptation recommandées**

Dans cette partie, veuillez indiquer les mesures d'adaptation que vous recommandez, ainsi que d'autres mesures d'adaptation qui peuvent être envisagées dans le format spécifique des examens de compétence et expliquer comment ces mesures permettront de pallier les limitations fonctionnelles associées à l'invalidité.

Toutes les mesures d'adaptation recommandées doivent être précises et tenir compte du format des examens de compétence. Par exemple, si vous recommandez des matériaux pour l'examen dans un autre format, précisez le genre de format que vous recommandez. Si vous recommandez d'accorder plus de temps à la rédaction de l'examen, veuillez indiquer les deux précisions suivantes :

- le délai supplémentaire précis que vous recommandez d'accorder, en heures et en minutes (aucune mesure d'adaptation d'une durée illimitée ne sera accordée);
- une base mesurable pour la façon dont vous êtes arrivé au temps supplémentaire recommandé (c.-à-d., veuillez fournir une justification établissant un lien entre la condition sous-jacente et le temps de rédaction supplémentaire recommandé).

**NOTE IMPORTANTE :** Si vous recommandez d'accorder plus de temps à la rédaction de l'examen de compétence en raison d'un trouble neurodéveloppemental (par exemple, des troubles d'apprentissage, un TDAH), l'agent en formation doit fournir une copie des plus récents rapports d'évaluation psychologique ou psychoéducationnelle à l'appui de votre recommandation. Un rapport d'évaluation psychologique ou psychoéducationnelle doit indiquer les problèmes qui affectent le développement et le fonctionnement de l'individu, la gravité de son état et le traitement en cours. Ce rapport doit :

- expliquer en quoi l'agent en formation est affecté par l'invalidité;
- expliquer en quoi ses limitations fonctionnelles sont causées par la déficience diagnostiquée;
- fournir une base mesurable reliant l'état et le délai supplémentaire que vous recommandez d'accorder à la rédaction.



### **Partie 6 : Confirmation et signature du professionnel de la santé**

Je confirme que l'information que j'ai fournie est exacte au meilleur de mes connaissances et de mon expertise et qu'elle relève de mon champ d'application.

Signature du professionnel de la santé

Date

Ce formulaire et toute annexe doivent être envoyés directement au Collège par le professionnel de la santé ayant apposé sa signature. Veuillez joindre le formulaire accompagné des annexes à un seul et même courriel et l'envoyer à [DirRegistration@cpata-cabamc.ca](mailto:DirRegistration@cpata-cabamc.ca). La ligne Objet du courriel doit se lire comme suit : « Recommandation du professionnel de la santé concernant le formulaire de demande de mesure d'adaptation en vue de l'examen de compétence – **Nom de famille du candidat, prénom du candidat** ».