

9 octobre 2009 – Journée Orthoptie



Coordination avec l'école

Véronique Vedel, orthoptiste libérale St Marcellin

Expérience libérale rurale: l'importance d'un réseau informel

Pourquoi ?

La ruralité limite l'accès à des structures spécifiques...

- Le patient dans son entité
- Le patient et ses prises en charges
- Le patient face à ses difficultés

Une nécessité de s'investir dans l'existence d'un partenariat:

le réseau informel avec des interlocuteurs différents:

*-paramédicaux, personnel de l'éducation nationale,
médecins, spécialistes...*

Expérience libérale rurale: l'importance d'un réseau informel

- Comment ?

- Connaître les structures
- Communiquer
- Contribuer à la mise en place des aides pour que l'enfant puisse compenser son handicap

Connaître ...

Une nouvelle loi, des nouveaux droits

- Loi n° 2005-102 du 11.02.2005 :
 - Égalité des droits et des chances
- « Constitue un handicap (...) toute limitation 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. »
- « autant de milieu ordinaire que possible, autant de milieu spécialisé que nécessaire »

Connaissance des structures:

L'évaluation des besoins liés au handicap.

- **MDA**: Maison De l'Autonomie
- ou **MDPH** (maison départementale des personnes handicapées)
- **CDAPH** : commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées prononce les orientations vers:
 - Un établissement spécialisé?
 - Une classe spécialisée?
 - Une classe ordinaire avec l'aide d'un service spécialisé SESSAD et/ou d'une AVS

Connaissance des structures:

Les établissements spécialisés

- Handicapés moteurs
 - IEM
- Polyhandicapés
 - IMEP
- Troubles du comportement
 - ITEP
- Déficients intellectuels
 - IME
 - IMP
 - IMPRO

Connaissance des structures:

Les **Clis**: classe d'intégration

- Plusieurs types en fonction des pathologies
 - Clis 1: **cognitive ou mentale** (TED, Troubles spécifiques du langage et de la parole)
 - Clis 2: **auditive** avec ou sans troubles associés
 - Clis 3: **visuelle** avec ou sans troubles associés
 - Clis 4: **motrice** avec ou sans troubles associés et polyhandicap
- Effectif limité à 12 élèves, enseignant spécialisé

Connaissance des structures:

Le réseau d'aide: **RASED**

Réseau d'Aides Spécialisées aux Elèves en Difficultés

- Formé d'enseignants
 - - maître E: dominante pédagogique
 - - maître G: dominante rééducative
 - - psychologues scolaires
- Deux champs d'action
 - - la prévention
 - - la remédiation

Connaissance des structures:

Le SESSAD

(Services d'Education Spéciale et de Soins A Domicile)

- Déficience intellectuelle légère et / ou trouble des apprentissages
- Moteur
- Malvoyant (SAAAIS)
- Sourd (SEFIS)
- Polyhandicap ...

Connaissance des structures:

Rôle de l'auxiliaire de vie scolaire (AVS) ?

- Installation matérielle de l'élève et manipulation du matériel
- Participation aux sorties de classe, notamment activités physiques et sportives
- Accomplissement de gestes techniques hors des compétences médicales
- Suivi du projet d'intégration
- *L'AVS a grand besoin d'information par manque de formation initiale*
- Cas particulier: l'emploi de vie scolaire EVS (AVS-collectif) est attribuée à une classe ou un établissement par l'inspecteur d'académie.

Connaissance des structures:

Quelques repères de dates

- 1975: scolarisation des enfants en situation de handicap
- 1980: création des SESSAD
- 1989-1990: services d'éducation précoce, RASED
- 1991: CLIS classe d'intégration scolaire primaire
UPI: dans le secondaire
- 2005: AVS: auxiliaire de vie scolaire

Connaissance des structures:

Au sein de l'éducation nationale

- Adaptation des demandes des enseignants
- **PPRE** (projet personnalisé de réussite éducative) dans un temps donné/objectifs précis
- **Équipe éducative**
- Enseignant référent
 - **PPS** (projet personnalisé de scolarisation) faisant partie du dossier MDA
- Médecin de PMI
 - maternelle (PS et MS)
- Médecin scolaire
 - (GS à la terminale)
- Médecine universitaire
 - **PAI** (projet d'accueil individualisé sur le plan médical)

Communiquer...

Communiquer :

avec QUI?

- L'enfant et sa famille
- Le prescripteur
- Les différents intervenants
- L'environnement scolaire

POUR :

- informer
- expliquer
- soutenir
- comprendre

Communiquer : de QUOI?

- Devoir de réserve face au secret médical
- Le diagnostic médical concerne les professionnels de santé
- Le diagnostic orthoptique différent du diagnostic médical aboutit au projet de soins orthoptiques.

Communiquer :

autour du diagnostic orthoptique

- Importance du **motif du bilan** pour fixer un **projet** thérapeutique, des **objectifs** de rééducation en relation avec les plaintes, les pertes d'efficacité les envies, les désirs et les besoins....
- La rééducation orthoptique concerne les éléments sensoriels, optomoteurs et fonctionnels de la vision dans une perspective **ciblée** ou **générale** en étant attentif à la problématique générale pour ne pas l'aggraver.

Communiquer :

autour du compte rendu

- **Adaptation** en fonction de l'interlocuteur
- Importance de termes qualitatifs plutôt que quantitatifs
- **Expliciter** les conditions de la meilleure accessibilité visuelle en terme de capacités ou d'incapacités
- Une attention particulière doit être portée pour retranscrire la manière dont les tests sont présentés et réussis (ou le cas échéant, échoués)
- Une conclusion générale et par axe permettent de mieux cerner la problématique de l'enfant sur le plan orthoptique et plus fonctionnel (en pensant bien à expliciter les termes techniques employés) .

Communiquer :

OSER...

- Prendre contact avec n'importe quel professionnel
 - centre du langage
 - neuropsychologue
 - médecin scolaire
 - neuropédiatre
- Les mails
- La téléphonie
- Les réunions
- Les CR écrits
- Se déplacer aux réunions scolaires (équipe éducatives, PPS) pour:
 - éclairer comment la vision contribue à dégrader la situation scolaire
 - expliciter comment la vision peut être un soutien pour certaine compensation

Aider...

Contribuer à la mise en place des aides pour que l'enfant puisse compenser.

- Trouver le « *comment* » et le « *où* » visuel pour chaque enfant et l'explicitier.
- Connaître les aides matérielles existantes et « officielles » pour aider dans la conduite des choix.
- Insister sur le positif plutôt que sur la déficience.

Les aides matérielles existantes:

des conditions d'apprentissage au matériel pédagogique...

- Il est important qu'en dehors des structures les aides aient fait la preuve de leur efficacité. Le cabinet libéral peut être un lieu pour cette validation en termes:
 - D'éclairage
 - D'agrandissement, d'ordinateur, d'aide optique
 - De posture (plan incliné, siège moulé)
 - De temps (1/3 temps, secrétaire)
 - De sélectivité attentionnelle ...

Chaque enfant est unique et nécessite une aide personnalisée.

Quelques cas cliniques
pour y voir
plus clair...

Alyna 8 ans Adressée par un médecin de rééducation fonctionnelle

- Données médicales:

prématurité/ tétraparésie spastique

- Données orthoptiques:

amblyopie OG/ Exotropie variable OD fixateur

fixation OD ou OG instable/trouble de l'orientation du regard/ troubles neurovisuels?

- Problématiques globales:

langage: roumaine
scolarisation

motrice: en fauteuil

éducative: 1ère

sociale: manque de moyen financier +++

Quelles priorités???

PPS: scolarisation en CP, décroissement en GS les après-midi

équiper l'école /fauteuil (classe/toilettes/classe de dessin à l'étage...)

plan incliné? bureau adapté?

Difficulté majeure: refus pour l'intervention d'un SESSAD car déplacement > à 30 km !!!!

- Cheima 7ans adressée initialement par l'ophtalmologiste
 - données médicales:
 - prématurité/déficience intellectuelle?/Dysphasie
 - colobome papillaire microphthalmie OD/nystagmus de l'OG
 - données orthoptiques:
 - ésoptropie OG fixateur, nystagmus bloqué en adduction de l'OG
 - Trouble de l'orientation, du regard et perturbation de la coordination oculomanuelle
 - problématiques globales:
 - *langage*: absence de langage au début de la scolarité et langue maternelle différente
 - *motricité globale*: enfant introvertie
 - *sociale*: mère marocaine ne parlant pas le français, père décédé
 - ***Quelles priorités???*** ***1er PPS 2005: socialisation***
 - ***diagnostic médical à poser ► DYSPHASIE ► dossier MDPH ► AVS 6 puis 12h***
 - ***difficulté majeure: non reconnaissance d'un handicap visuel***
 - ***Cumul des handicaps = limitation des capacités de compensation de son trouble dysphasique***
 - ***prise en charge: orthophonie/pédopsychiatre/orthoptie***

- **Lucas 9 ans suivi depuis l'âge de 4ans**

- prématurité, leucomacie ventriculaire diagnostiquée à l'âge de 7ans , ésothropie, paralysie oculomotrice
- *PPS adaptation pour dysgraphie ► ordinateur*
 - *positionnement dans la classe, fatigabilité*

- **Enzo 9 ans suivi depuis l'âge de 5ans**

- trouble envahissant du développement, dyspraxie
- *PPS gros travail sur l'adaptation des attentes de l'enseignant et des outils solaires*
- *Adaptation de la méthode de lecture, de la charge graphique*

- **Kenza 5ans rentre en GS**

- rétinopathie diabétique
- intervention prochaine SAAAIS
- accompagnement pendant le diagnostic non posé en début de traitement
- *PPS conseil d'éclairage, d'agrandissement, bureau adapté, déplacement*

Un grand merci pour votre attention...