

### DEPISTAGE VISUEL

#### 1) Age de la première visite

- Enfants âgés de 3 ans et 6 mois à 4 ans et 6 mois inscrits en petite ou moyenne section de maternelle, au moment du bilan de santé dans les écoles maternelles ; cette proposition tient compte à la fois de l'âge auquel ces tests sont les mieux acceptés et de l'âge de réalisation défini pour le bilan de santé Eval Mater.

#### 2) Nombre de visites

- Si les moyens le permettent, réaliser deux visites auprès de tous les enfants âgés de 3 ans et 6 mois à 4 ans et 6 mois pour vérifier la maturation visuelle : une première visite l'année n **ET** une seconde visite l'année n+1 (avec un délai d'au moins 5 à 6 mois entre les 2 visites)
- **SINON**
  - Réaliser une première visite auprès de tous les enfants âgés de 3 ans et 6 mois à 4 ans et 6 mois inscrits en petite ou moyenne section de maternelle l'année n **ET** une seconde visite chez les enfants qui n'avaient pas 10/10<sup>e</sup> lors de la première visite pour vérifier que l'acuité visuelle évolue correctement
    - **SINON**, pour les équipes qui ne peuvent pas revoir 2 fois les enfants qui n'ont pas 10/10<sup>e</sup>
      - Réaliser le dépistage auprès de tous les enfants âgés de 3 ans et 6 mois à 4 ans et 6 mois inscrits en petite ou moyenne section de maternelle l'année n **ET** donner l'information aux parents des enfants qui n'ont pas 10/10<sup>e</sup> qu'une visite de contrôle auprès du médecin traitant ou du médecin de PMI ou du médecin des villes de Cannes, Nice et Antibes ou auprès d'un spécialiste sera nécessaire l'année n+1 (avec un délai d'au moins 5 à 6 mois entre les 2 visites)

#### 3) Tests de dépistage

- Réaliser une mesure de l'acuité visuelle de loin (en monoculaire ou en binoculaire si l'enfant ne supporte pas un cache) à l'aide du test **Cadet Images de loin ET** un test de dépistage du strabisme à l'aide du **Cover Test**.
- **OU**, pour les enfants chez lesquels des difficultés à réaliser la mesure de l'acuité visuelle de loin peuvent être remarquées (timidité, troubles du comportement...)
  - Réaliser une mesure de l'acuité visuelle de près (en monoculaire ou en binoculaire si l'enfant ne supporte pas un cache) à l'aide du test **Cadet Images de près PUIS** une mesure de l'acuité visuelle de loin à l'aide du test **Cadet Images de loin ET** un test de dépistage du strabisme à l'aide du **Cover Test**.

Remarque : enfant porteur de correction

- Réaliser les tests de dépistage avec les lunettes de l'enfant. Dans ce cas, l'obturation se fera par un cache à glisser entre l'œil et le verre. Il est inutile de réaliser le test sans lunettes.

4) Distances pour réaliser les mesures de l'acuité visuelle de loin et de près

- Loin : utiliser les échelles de dépistage à 2m50 de l'enfant
- Près : présenter le test à une distance d'environ 33 cm en position de lecture

5) Critères d'orientation

*Vision de loin*

Une orientation est à recommander à la famille si :

- Entre [3 ans - 4 ans [ : le résultat de l'acuité visuelle de loin est  $\leq 6/10^{\text{e}}$  **ET** si la différence d'acuité visuelle entre les yeux est de  $2/10^{\text{e}}$  (ex. : OD : 6/10 et OG : 7/10 ou OD : 7/10 et OG : 9/10)
- Entre [4 ans - 5 ans [ : le résultat de l'acuité visuelle de loin est  $\leq 8/10^{\text{e}}$  **ET** si la différence d'acuité visuelle entre les yeux est de  $2/10^{\text{e}}$  (exemple : OD : 8/10 – OG : 8/10 ou OD : 8/10 et OG : 10/10)

*Vision de près*

Une orientation est à recommander à la famille si :

- Entre [3 ans - 4 ans [ ou entre [4 ans - 5 ans [ : le résultat de l'acuité visuelle de près est différent de C2 ou C2 faible (ex. : C3, C3f, C4...)

Il est également important de tenir compte du comportement de l'enfant lors de l'examen et des antécédents familiaux (antécédents de strabisme, de myopie...), lorsque cela est possible.

6) Courriers d'information des familles

Un courrier (voir annexe 1) est à transmettre à toutes les familles des enfants examinés à l'aide des préconisations pour le dépistage des troubles visuels.

- Si les résultats des tests de dépistage sont « normaux », seul le recto de ce courrier est à compléter.
- Si les résultats des tests de dépistage révèlent une anomalie, il convient de compléter le verso du document et de noter la date limite du retour (maximum 3 mois après la visite dans l'école) dans l'angle au haut à droite.

7) Courriers de relance des familles

Un courrier de relance des familles (voir annexe 2) doit être utilisé en cas d'absence de réponse dans un délai de 3 mois suite à l'orientation.

- Au recto, préciser la date de dépistage des troubles visuels
- Au verso, noter les résultats du dépistage réalisé le jour de la visite à l'école

## DEPISTAGE AUDITIF

### 1) Age de la première visite

- Enfants âgés de 3 ans et 6 mois à 4 ans et 6 mois inscrits en petite ou moyenne section de maternelle, au moment du bilan de santé dans les écoles maternelles ; cette proposition tient compte à la fois de l'âge auquel les tests sont les mieux acceptés et de l'âge de réalisation défini pour le bilan Eval Mater.

### 2) Nombre de visites

- Réaliser une visite auprès de tous les enfants âgés de 3 ans et 6 mois à 4 ans et 6 mois inscrits en petite ou moyenne section de maternelle.

### 3) Tests de dépistage

- Chez tous les enfants de la tranche d'âge retenue, réaliser un test d'audiométrie tonale avec un casque de norme NF. L'appareil doit être calibré tous les ans.
- **SINON, pour les enfants qui ont du mal à mettre un casque**
  - Réaliser un test **d'acoumétrie vocale à l'aide du test Audio 4** avec un étalonnage de la voix de l'examineur chez un audioprothésiste tous les ans.

### 4) Intensité et fréquences à tester

- Intensité à tester : 35 dB pour être dans les conditions d'un examen réalisé dans des écoles maternelles avec un bruit de fond.
- Fréquences à tester : 500, 1000, 2000 et 4000 Hz.

### 5) Orientation

Une orientation vers un ORL est à recommander à la famille si :

- En ayant fixé l'intensité à 35 dB pour les 4 fréquences, l'enfant entend (en levant la main par exemple ou en le conditionnant à jeter un objet dans un récipient) à moins de trois fréquences (soit 2 ou moins) sur les quatre testées et sur une ou deux oreilles.

### 6) Courriers d'information des familles

Un courrier (voir annexe 3) est à transmettre à toutes les familles des enfants examinés à l'aide des préconisations pour le dépistage des troubles auditifs.

- Si les résultats des tests de dépistage sont « normaux », seul le recto de ce courrier est à compléter.
- Si les résultats des tests de dépistage révèlent une anomalie, il convient de compléter le verso du document et de noter la date limite du retour (maximum 3 mois après la visite dans l'école) dans l'angle au haut à droite.

### 7) Courriers de relance des familles

Un courrier de relance des familles (voir annexe 4) doit être utilisé en cas d'absence de réponse dans un délai de 3 mois suite à l'orientation.

- Au recto, préciser la date de dépistage des troubles visuels
- Au verso, noter les résultats du dépistage réalisé le jour de la visite à l'école

# ANNEXES

....., le ..... 2015

Madame, Monsieur,

Chaque année, les enfants inscrits dans les écoles maternelles de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) bénéficient d'un bilan de santé réalisé à l'école par un médecin.

Dans le cadre de ce bilan de santé, j'ai effectué le / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / 2015 différents tests de dépistage pour évaluer la vision de votre enfant .....

Les résultats des tests pratiqués ce jour :

- <sub>1</sub> Sont normaux pour l'âge de votre enfant ;
- <sub>2</sub> Révèlent des difficultés. Il est nécessaire d'aller consulter un médecin ophtalmologiste. Le formulaire du verso lui est destiné. Pourriez-vous, s'il vous plait, prendre un rendez vous avec un médecin ophtalmologiste et lui remettre ce document. Une fois qu'il sera complété par le spécialiste, pourriez-vous s'il vous plait me l'adresser dans l'enveloppe jointe.

Je vous prie d'agrèer, Madame, Monsieur, mes meilleures salutations.

A l'attention du médecin ophtalmologiste

Document à retourner après la  
consultation et avant le .....2015

Madame, Monsieur,

Suite au dépistage des troubles de la vision effectué à l'école ....., je vous adresse l'enfant ....., né(e) en ..... pour lequel vous trouverez les résultats des tests pratiqués lors de cette visite.

- Port de correction <sub>2</sub> Non <sub>1</sub> Oui
- Mesure de l'acuité visuelle (test utilisé : Cadet images)
  - o Vision de loin <sub>2</sub> Non fait <sub>1</sub> Fait : OD : ...../ 10 OG : ...../ 10
  - o Vision de près <sub>2</sub> Non fait <sub>1</sub> Fait : OD : ..... OG : .....
- Strabisme (test utilisé : Cover test) : <sub>3</sub> Non fait <sub>2</sub> Anormal <sub>1</sub> Normal
- Autres signes : .....

Dans l'intérêt de l'enfant et de façon à m'assurer de son suivi, je vous remercie de bien vouloir me communiquer vos conclusions et votre avis sur la conduite que vous préconisez.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes meilleures salutations.

**A remplir par le médecin ophtalmologiste****Date de la visite : /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ 2015**

- Acuité visuelle de loin : OD : ...../ 10 OG : ...../ 10 TEST utilisé : .....
- Valeur réfractée : OD : ..... OG : .....
- Mesure réfraction avec cycloplégie :
  - o <sub>1</sub> Oui (préciser laquelle) : <sub>3</sub> Tropicamide <sub>2</sub> Atropine <sub>1</sub> Skiacol
  - o <sub>2</sub> Non
- Strabisme : <sub>2</sub> Non <sub>1</sub> Oui
- Diagnostic : .....
- .....
- Prise en charge
  - o Prescription d'une paire de lunettes : <sub>2</sub> Non <sub>1</sub> Oui
  - o Changement de verres : <sub>2</sub> Non <sub>1</sub> Oui
  - o Rééducation : <sub>2</sub> Non <sub>1</sub> Oui
  - o Traitement : .....

Cachet et signature du médecin

....., le ..... 2015

Madame, Monsieur,

Votre enfant ..... a bénéficié le  
..... d'un dépistage visuel au sein de son école.

Les tests de dépistage pratiqués lors de la visite médicale à l'école ont révélé que votre enfant présentait quelques difficultés. A cette occasion, je vous ai invité à consulter un médecin ophtalmologiste et à me retourner les résultats de cette consultation.

Je vous rappelle qu'une bonne vision est nécessaire au développement et à l'épanouissement de votre enfant dans son environnement et à l'acquisition des apprentissages scolaires. Chez l'enfant, la prise en charge précoce permet un traitement efficace.

A ce jour, aucune conclusion d'un ophtalmologiste ne m'est parvenue.

Je souhaiterais connaître dans les meilleurs délais, le résultat de cette consultation.

Pourriez-vous, s'il vous plait, prendre un rendez vous avec un médecin ophtalmologiste et lui remettre le document situé au verso de ce courrier. Une fois ce document complété par le spécialiste, pourriez vous s'il vous plait me l'adresser dans l'enveloppe jointe.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes meilleures salutations.

A l'attention du médecin ophtalmologiste

Document à retourner

avant le ..... 2015

Madame, Monsieur,

Suite au dépistage des troubles de la vision effectué à l'école ....., je vous adresse l'enfant ....., né(e) en ..... pour lequel vous trouverez les résultats des tests pratiqués lors de cette visite.

- Port de correction <sub>2</sub> Non <sub>1</sub> Oui
- Mesure de l'acuité visuelle (test utilisé : Cadet images)
  - o Vision de loin <sub>2</sub> Non fait <sub>1</sub> Fait : OD : ...../ 10 OG : ...../ 10
  - o Vision de près <sub>2</sub> Non fait <sub>1</sub> Fait : OD : ..... OG : .....
- Strabisme (test utilisé : Cover test) : <sub>3</sub> Non fait <sub>2</sub> Anormal <sub>1</sub> Normal
- Autres signes : .....

Dans l'intérêt de l'enfant et de façon à m'assurer de son suivi, je vous remercie de bien vouloir me communiquer vos conclusions et votre avis sur la conduite que vous préconisez.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes meilleures salutations.

**A remplir par le médecin ophtalmologiste****Date de la visite : /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ 2015**

- Acuité visuelle de loin : OD : ...../ 10 OG : ...../ 10 TEST utilisé : .....
- Valeur réfractée : OD : ..... OG : .....
- Mesure réfraction avec cycloplégie :
  - o <sub>1</sub> Oui (préciser laquelle) : <sub>3</sub> Tropicamide <sub>2</sub> Atropine <sub>1</sub> Skiacol
  - o <sub>2</sub> Non
- Strabisme : <sub>2</sub> Non <sub>1</sub> Oui
- Diagnostic : .....
- .....
- Prise en charge
  - o Prescription d'une paire de lunettes : <sub>2</sub> Non <sub>1</sub> Oui
  - o Changement de verres : <sub>2</sub> Non <sub>1</sub> Oui
  - o Rééducation : <sub>2</sub> Non <sub>1</sub> Oui
  - o Traitement : .....

Cachet et signature du médecin