**Demande de mesures renforcées**

**Traitement en psychomotricité**

**Nouvelle demande**  **Demande de prolongation : 1ère  2ème  3ème**

***Seules les demandes originales et signées seront traitées***

|  |  |
| --- | --- |
| Identité de l’enfant/l’adolescent | |
| Nom : Prénom-s :  *(Indiquer tous les prénoms et souligner le prénom usuel)*  Date de naissance :  *(j/m/a)* féminin  masculin  Adresse : NPA + localité :  No 🕿 : Vivant en Suisse depuis la naissance  Depuis le :  Langue-s première-s : Autre-s langue-s : | |
| Scolarité | |
| Enfant non scolarisé  Année scolaire : Cycle 1 : 1ère  2ème  3ème  4ème  Cycle 2 : 5ème  6ème  7ème  8ème  Cycle 3 : 9ème  10ème  11ème  section/niveau:  Formation régulière (FR)  Formation spécialisée (FS)  Autre :  Nom de l’école : Adresse :  Enseignant-e : No 🕿 : Courriel :  Enseignant-e : No 🕿 : Courriel :  Représentant-e de l'autorité scolaire\* (Nom, prénom, fonction, No 🕿, courriel) :    \* Direction, direction adjointe de cycle, assistant-e scolaire du service socio-éducatif mandaté par sa direction. | |
| Représentant-s légal-aux | |
| Représentant-e légal-e 1 | Représentant-e légal-e 2 |
| Nom :  Prénom :  Date de naissance :  *(j/m/a)*  Adresse :  NPA + localité :  No 🕿/mobile :  Courriel : | Nom :  Prénom :  Date de naissance :  *(j/m/a)*  Adresse :  NPA + localité :  No 🕿/mobile :  Courriel : |
| **Autorité parentale : Oui**  **Non**  **Autorité parentale : Oui**  **Non** | |

|  |
| --- |
| Informations complémentaires |

***Suivi social de l'enfant/l’adolescent***

|  |
| --- |
| Curatelle  Tutelle  Assistant-e-social-e sans mandat officiel ou judiciaire  Autre  Nom et prénom de la personne responsable :  Nom de l'institution (le cas échéant) :  Adresse :  No 🕿/mobile :  NP Localité :  Courriel : |

***Indications concernant la ou le médecin de référence***

|  |
| --- |
| Nom et prénom :  Spécialité :  Adresse :  No 🕿/mobile :  NP Localité :  Courriel : |

***Demande d’examen en vue d’une indemnité pour frais de transport***

|  |
| --- |
| 1. Sur demande du ou des représentant-s légal-aux, l’OESN examine le droit à une indemnité pour frais de transport en lien avec la prestation en psychomotricité octroyée. 2. Il n’est pas octroyé d’indemnité pour des déplacements effectués au sein d’une même commune ou si l’enfant et le jeune est déjà au bénéfice d’un abonnement de transport financé par la commune (ex : transport scolaire). Les trajets sont remboursés en dehors du périmètre de la commune, dès 3 km par trajet, soit 6km aller-retour. 3. Lorsqu’une indemnité est octroyée, son droit commence le jour de la date de décision rendue par l’OESN. En pareil cas, l’indemnité est déterminée par les critères suivants :    * tout au plus, l’indemnité prend en compte les frais de déplacement pour atteindre le prestataire compétent le plus proche du lieu de domicile ;    * si le demandeur choisit de lui-même un prestataire plus éloigné, il doit prendre à sa charge le surcoût ;    * pour définir le montant de l’indemnité, l’OES détermine la situation la plus économique. Il se base sur la référence d’une indemnité de 0 fr.45 par km. La référence au prix des transports publics n’est privilégiée que dans la mesure où celle-ci est d’un montant inférieur au calcul kilométrique.   Ayant pris connaissance des conditions d’octroi, en qualité du ou des représentant-s légal-aux, je sollicite l’OESN pour examiner le droit à une éventuelle indemnité pour frais de transport : **Oui**   **Non**  Mon fils ou ma fille bénéficie d’un abonnement de transport payé  par un tiers (ex : commune) **Oui**   **Non**  En vue d'un éventuel remboursement, veuillez compléter les champs suivants :  Nom et prénom du bénéficiaire du compte :  Coordonnées postales :No de CCP :  Code IBAN :  ou coordonnées bancaires : Nom de la banque :  Nom de la succursale :  No de clearing :  No de compte:  Code IBAN : |

***Thérapeute en psychomotricité***

|  |
| --- |
| Nom et prénom :  Spécialité :  Entité éventuelle :  Adresse :  No 🕿 :  NP+ Localité :  Courriel : |

**Attention**

* **Demande initiale ou une demande de 1ère prolongation :** un **diagnostic psychomoteur** est requis : la ou le thérapeute en psychomotricité complète les critères d’évaluation (pages 4, 5, 6 et 7du formulaire) et l’adresse directement à l’OESN.
* **Demande de 2ème prolongation**: un **diagnostic médical** est requis. Il se base à la fois sur les critères médicaux CIM 10 et sur les critères psychomoteurs.
* La ou le thérapeute en psychomotricité complète les critères d’évaluation (pages 4, 5, 6 et 7 du formulaire) d’évaluation et l’adresse directement à l’OESN ;
* Le-s représentant-s légal-aux complète-nt la page 2 du « Rapport médical » disponible sur notre site [www.ne.ch/oes](http://www.ne.ch/oes) « Demande, à la ou au médecin traitant, d'un rapport médical à l'intention de l'OESN » et la transmette-nt à la ou au médecin traitant ;
* La ou le médecin traitant complète la page 1 du « Rapport médical » (disponible sur notre site [www.ne.ch/OES](http://www.ne.ch/OES)) et le transmette sous pli confidentiel à l'OESN.
* **Demande de 3ème prolongation**: la ou le thérapeute en psychomotricité complète les critères d’évaluation (pages 4, 5, 6 et 7 du formulaire) et l’adresse directement à l’OESN.

|  |
| --- |
| Autorisation Par leur signature, le-s représentant-s légal-aux de l’enfant/l’adolescent ou l’adolescent lui-même,  autorise-nt toutes les personnes et toutes les entités concernées par le suivi de l'élève (en particulier les médecins, le personnel paramédical, les établissements spécialisés, les caisses-maladie et les organismes publics) à donner à l’OESN les renseignements nécessaires à l’examen du bien-fondé de la demande et de l’octroi de prestations. |

**Par leur signature, le-s représentant-s légal-aux atteste-nt avoir pris connaissance des pages   
1 à 7 du présent formulaire et donne-nt leur accord à l'analyse de la demande.**

**Le dépôt de la demande ne présuppose pas l'octroi d'une mesure.**

Lieu, date :  Signature du ou des représentant-s légal-aux

ou de l’adolescent si majeur

**ENFANT/ADOLESCENT** (Nom, prénom-s, date de naissance) **THÉRAPEUTE EN PSYCHOMOTRICITÉ** (Nom, Prénom)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Bilan psychomoteur**  **Domaines d’investigation et diagnostics psychomoteur** | Test/échelle de développement utilisée[[1]](#footnote-1) | Nom de l’item, score, et écart type | | Pas de données | Aucun problème |
|  |
|  | **Observations globales, contexte du bilan** |  | |  | | |
|  |  | | | | | |
| **1.** | **Domaine du mouvement et des praxies (CIF[[2]](#footnote-2) : b147)** |  | | | |  |
| 1.1 | Capacités motrices globales, coordinations-dissociations, équilibre (CIF : b760, b761, b770, d410, d415, d430, d435, d450, d455) |  |  | |  |  |
| 1.2 | Capacités de motrice fine, des habilités oculo-manuelles et des habilités segmentaires[[3]](#footnote-3) (CIF : d440, d445) |  |  | |  |  |
| 1.3 | Intégration sensorimotrice (CIF : b156, d110, d115, d120, d155) |  |  | |  |  |
| 1.4 | Conscience du corps, du schéma corporel et de l’image du corps (CIF : b176, b180) |  |  | |  |  |
| 1.5 | Organisation du geste et des praxies (CIF : d155, d540) |  |  | |  |  |
| 1.6 | Latéralisation (CIF : b1473) |  |  | |  |  |
| 1.7 | Graphomotricité (CIF : d145) |  |  | |  |  |
|  | Observations cliniques | | | | | |
| **2.** | **Domaine de la fonction tonique et/ou tonico-émotionnelle** |  | | | |  |
| 2.1 | Tonus et régulation tonique (CIF : b735, b765) |  |  | |  |  |
| 2.2 | Agitation et/ou inhibition psychomotrice (CIF : b1470) |  |  | |  |  |
| 2.3 | Régulation tonico-émotionnelle ou tonico-affective (CIF : b122, b126, b152, d240, d250) |  |  | |  |  |
|  | Observations cliniques | | | | | |
| **3.** | **Domaines des fonctions cognitives** |  |  | |  |  |
| 3.1 | Organisation, orientation, structuration, adaptation : spatiale, rythmique et temporelle et par rapport aux objets (CIF : b114) |  |  | |  |  |
| 3.2 | Capacité d’attention, fonctions exécutives (CIF\* : b130, b160, b161, b164, d130, d135, d175, d177, d210, d220) |  |  | |  |  |
| 3.3 | Veiller à sa sécurité, prendre soin de soi (CIF\* : d570, d571) |  |  | |  |  |
|  | Observations cliniques | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.** | **Domaine de l’intersubjectivité, des interactions, de la modalité d’échange et de la symbolisation**. |  |  |  |  |
| 4.1 | Interactions et modalités de communication avec les personnes en présence (verbal et non verbal) (CIF : b125, d310, d315, d331, d335, d350, d710, d750) |  |  |  |  |
| 4.2 | Activités spontanées, capacité à jouer (CIF : d131, d880) |  |  |  |  |
| 4.3 | Capacités de symbolisation et d’évocation (CIF : d132, d135, d163) |  |  |  |  |
|  | Observations cliniques | | | | |

Grille inspirée des travaux de Psychomotricité Suisse, section Vaud, 2013.

Lexique :

* Habilités segmentaires : libération du regard, rotation de la tête, capture, manipulation, coopération bi-manuelle, shoot, etc.
* Praxie : capacité de planifier, coordonner, d’exécuter des séquences de mouvements orientées vers un but qui permettent une interaction adéquate avec l’environnement. Ne sont pas innées, mais acquises au cours du développement et des expériences d’apprentissage (Pannetier, 2007).
* Fonctions exécutives : processus cognitifs élaborés comme la logique, la stratégie, la planification, la résolution de problèmes et le raisonnement. Offrent une souplesse dans le traitement de l’information à chaque instant. Permettent d’adapter notre comportement aux exigences de l’environnement (flexibilité mentale, planification, contrôle et régulation de l’action – inhibition, mise à jour de la mémoire de travail, etc.) (Cité des sciences et de l’industrie, 2015)
* Capacités d’évocation : représentation mentale d’un objet perceptif en son absence, repose sur les images mentales. Les processus mentaux suivent ce chemin : perception – évocation – traitement (Roulois, 2010 / Source : Neuropedagogie.Com)

1. **Éléments d’anamnèse et/ou impacts sur la vie quotidienne**
2. Étapes du développement psychomoteur :
3. Contexte familial, parcours préscolaire et/ou scolaire, et manifestations des troubles :
4. Facteur-s influant-s sur l’état de santé :
5. Parcours thérapeutique, mesures actuelles :
6. Remarques :
7. **Projet thérapeutique**
8. Conclusion et diagnostic psychomoteur :
9. Objectifs :
10. Motif de la demande souhaitée, en cas de prolongation :
11. **Mesure-s souhaitée-s**
12. **Prise en charge individuelle**

Durée des séances : 30 minutes  45 minutes  60 minutes

Fréquence des séances : 1 x par semaine  2 x par semaine

**Et**  **Ou**

1. **Prise en charge de groupe**

Nombre d'enfants dans le groupe : 2  3  4

Durée des séances : 45 minutes  60 minutes  75 minutes  90 minutes

Fréquence des séances : 1 x par semaine  2 x par semaine

1. **Date de la 1ère séance de bilan (en cas de prolongation après une pause de plus de 6 mois)**

Lieu et date :

Signature de la ou du thérapeute en psychomotricité :

1. Les tests M-ABC et NP-MOT sont obligatoires pour les enfants en âge de scolarité ; les observations sont obligatoires dans tous les cas, en particulier lorsqu’une échelle de développement non cotée a été utilisée.

   Pour les demandes de prolongation, les scores du tonus de fond au NP-MOT ne sont pas pris en compte. [↑](#footnote-ref-1)
2. CIF : Classification internationale du handicap et du fonctionnement, version 2012. [↑](#footnote-ref-2)
3. Lexique : cf. notes de bas de page à la fin de la présente grille. [↑](#footnote-ref-3)