
JOURNÉES D'AUTOMNE DE L'**ADESM** - 23 ET 24 NOVEMBRE 2017

Santé mentale des enfants, des adolescents et des jeunes adultes :
un investissement d'avenir.

MISE EN PLACE ET ÉVALUATION DE PRATIQUES INTÉGRATIVES AU SEIN D'UN HÔPITAL DE JOUR ACCUEILLANT DE JEUNES ENFANTS AUTISTES

24 NOVEMBRE 2017

HÔPITAL DE JOUR DES BOURDETTES – PÔLE GUIDANCE INFANTILE
3ÈME SECTEUR DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE DE
HAUTE-GARONNE – ARSEAA

DOCTEUR LAURENCE CARPENTIER

PRESENTATION DE L'HÔPITAL DE JOUR DES BOURDETTES

- Hôpital de jour du secteur III de Haute-Garonne Pôle Guidance Infantile
- Secteur avec une mission d'intérêt public ESPIC
- Rattaché à une association, l'ARSEAA,
gérant un ensemble d'établissements médico-sociaux et sociaux



UN HÔPITAL DE JOUR « DE PETITS »



- **30 enfants de 2 ½ ans à 7 ans pris en charge 16h par semaine dont deux repas**
 - Présentant pour la quasi-totalité à l'entrée, un autisme typique ou atypique selon la CIM10 avec des troubles associés
 - Intégrés en crèche ou à l'école (de 4 à 6 demi-journées)
- **Unité de Soins Précoces**, prenant en charge de 5 à 10 enfants de 1 à 3 ans, adossée à l'hôpital de jour

AU FONCTIONNEMENT « CLASSIQUE »

⇒ Le groupe de vie est le socle de l'hôpital de jour

Le soin s'ancre sur des expériences de vie dans le rythme du quotidien selon 3 axes :

- Le « vivre avec » corrélé avec le « prendre soin »
- Le « faire avec »
- La mise en mots et en récit



⇒ A partir du groupe, l'enfant expérimente d'autres approches, individuelles ou groupales sur des indications individualisées :

- Ateliers médiatisés aux objectifs précis (médiations corporelles, cognitives, sensorielles, artistiques, etc.)
- Temps éducatif individuel, Thérapie d'échanges et de développement
- Rééducations orthophonique et psychomotrice
- Approche psychothérapique : bain thérapeutique, petit groupe analytique, psychothérapie individuelle
- Temps de classe
- Séjours thérapeutiques



⇒ Un fonctionnement sensiblement différent pour les groupes de petits et les groupes des grands, une gradation du soin

EVOLUTION VERS UNE PRATIQUE INTÉGRATIVE

JOURNÉES D'AUTOMNE DE L'**ADESM** - 23 ET 24 NOVEMBRE 2017

Dr L. CARPENTIER - Pôle Guidance Infantile / Arseaa

DEFINITION DES SOINS INTEGRATIFS

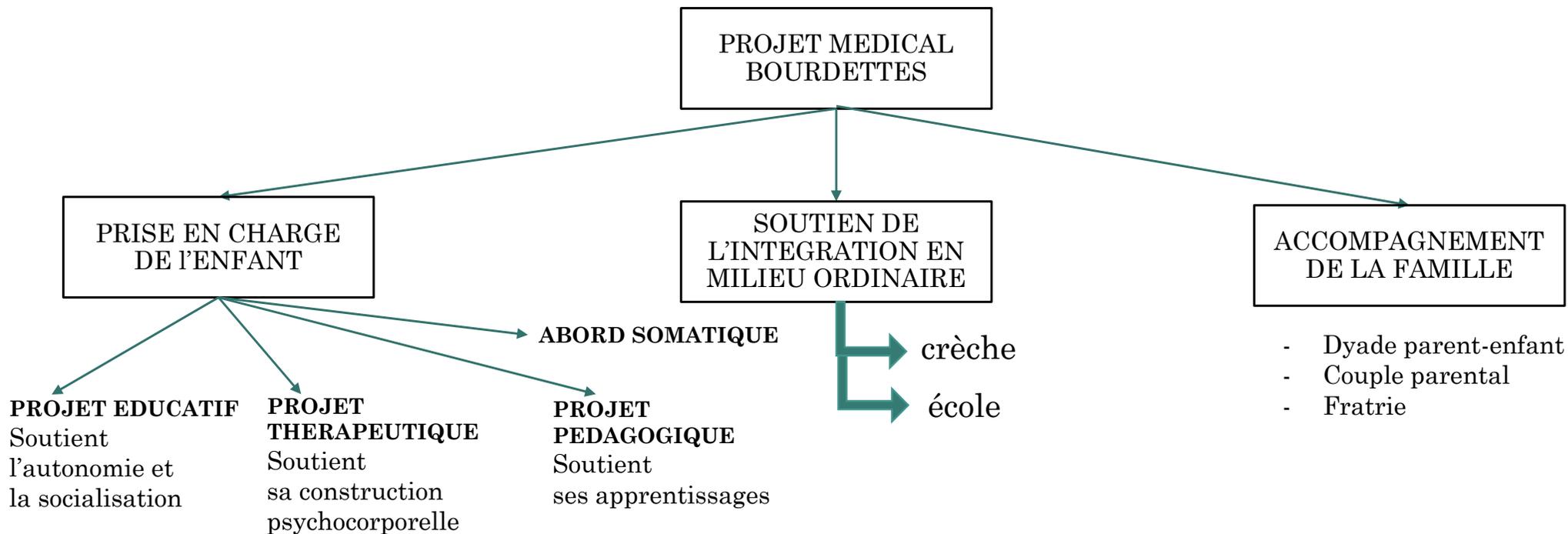
Ensemble d'interventions coordonnées (éducatives, thérapeutiques et pédagogiques) proposé à un enfant appréhendé dans sa globalité et sa singularité, en relation avec ses parents et son milieu habituel de vie

Les soins intégratifs s'appuient sur la mise en relation d'apports théoriques et de perspectives (psychopathologiques et physiologiques -neuro sciences-) complémentaires qui aboutit à une compréhension partagée et à un projet de soins individualisé

➔ La pertinence des soins intégratifs repose sur leur articulation :

- Notion d'interdépendance, de synergie (création de valeur résultant de la coopération de plusieurs entités)
- Notion de co-construction, chacun s'imprégnant et s'enrichissant du regard de l'autre pour le décliner dans son abord de l'enfant et de sa famille

PROJET MEDICAL



➤ Le passage à une pratique intégrative

- Une articulation entre différentes références théoriques
- Une intégration des avancées scientifiques
- Un positionnement différent auprès des familles
- Un accompagnement plus soutenu de l'intégration en milieu ordinaire
- Une attention portée aux dimensions somatiques

➔ Les finalités du projet :

Pour l'enfant :

- Lutter contre les effets de fragmentation, garantir la cohérence du projet de soin, la prise en compte globale de l'enfant
- Favoriser sa construction psycho-corporelle
- Freiner, réduire l'ampleur voire arrêter le processus autistique
- Soutenir son intégration sociale

Pour les familles :

- Etayer leur parentalité mise à mal par les difficultés de l'enfant
- Leur permettre de sortir du traumatisme, de « faire avec »

Pour l'équipe :

- Prévenir les effets de découragement des professionnels, soutenir leur investissement de l'enfant
- Améliorer nos savoir-faire

Une articulation entre diverses références théoriques

Au niveau de l'enfant

- Approches neuro-développementales et neuro-cognitives éclairant le développement des enfants et les « spécificités » des enfants autistes
- Approches psychanalytiques et psychodynamiques autour de la construction psycho-corporelle, de la sensorialité, de la nature des angoisses

⇒ Un usage des théories :

- Non dogmatique
- Enraciné dans une pratique clinique attentive à l'expression des phénomènes psychiques en situation
- Permettant des modélisations éclairantes des problèmes cliniques rencontrés

Au niveau de la famille

- Approches psychodynamiques
- Approches interculturelles pour aborder la diversité des familles

Un changement profond dans la conception du soin avec une prise en compte des particularités de fonctionnement des enfants autistes au cœur du dispositif

Au niveau institutionnel

- Mise en place d'un cadre formel accessible et compréhensible :
 - dans le temps
 - dans l'espace
- Attention apportée aux hypersensibilités sensorielles
- Aménagements architecturaux

Au niveau de chaque enfant

- Repérage de ses particularités :
 - Sensorialité (y compris l'expression de la douleur)
 - Capacité à accéder aux doubles consignes
 - Capacité à planifier les tâches
 - Besoin d'immuabilité
 - Besoin de supports de communication alternative ou augmentative
 - Difficulté à accéder au symbolique, nécessité d'un langage imagé pour soutenir la compréhension
 - Etc.
- Prise en compte de ces spécificités par chaque membre de l'équipe



L'attention donnée au respect des spécificités autistiques apporte une sécurité de base, un apaisement des enfants à partir duquel se déploie le soin psychique sur ses deux dimensions :

- Développementale et cognitive
- Psychodynamique

Les supports visuels utilisés



JOURNÉES D'AUTOMNE DE L'**ADESM** - 23 ET 24 NOVEMBRE 2017

Dr L. CARPENTIER - Pôle Guidance Infantile / Arseaa

Les espaces intérieurs



Photo : ©ARSEAA



Photo : ©ARSEAA

JOURNÉES D'AUTOMNE DE L'**ADESM** - 23 ET 24 NOVEMBRE 2017

Des abords sous-tendus par des approches différentes

- Par exemple :
 - Des thérapies d'échanges et de développement pour soutenir l'émergence des pré-requis à la communication chez les enfants non-verbaux
 - Des ateliers « Emotions » et « Habiletés sociales » pour favoriser la compréhension du monde environnant (approches neuro-cognitives)
 - Des psychothérapies individuelles (approche psychanalytique)

Le maintien du travail relationnel comme base du soin

L'ensemble des interventions est centré par la relation soignante, l'attention et la prise en compte des manifestations de l'enfant, le respect de ses spécificités, la mise en mots et en récit (on commente émotionnellement, on raconte, « on fait lien »)

Une réflexion partagée au sein de l'équipe pluridisciplinaire

- Un travail partagé au quotidien, permettant un enrichissement par les apports spécifiques des uns et des autres
- Une réflexion partagée (dimension essentielle) :
 - Mise en commun, partage du sens, analyse
 - Travail sur la cohérence, le lien qui vise à l'articulation et à l'harmonisation des diverses actions, à la définition des priorités déclinées par tous
 - Travail d'élaboration des contre-attitudes des professionnels
- Plusieurs temps soutiennent cette réflexion (RCP, supervisions, reprise...)

Une prise en compte de l'environnement

Un accompagnement intensif des familles

Préalables

- Les parents ne sont ni des patients, ni des co-thérapeutes. C'est à leur parentalité, parfois à leur parentalité blessée, que nous nous adressons. C'est dans une complémentarité de regards que nous réfléchissons
- Un devoir : permettre aux parents d'avoir une représentation de ce que vit leur enfant au quotidien (visite de la structure, portes ouvertes, cahier de liaison, échanges hebdomadaires avec le référent, albums photos, journal de l'institution, cahier de classe remis à chaque vacances, etc.)

Modalités

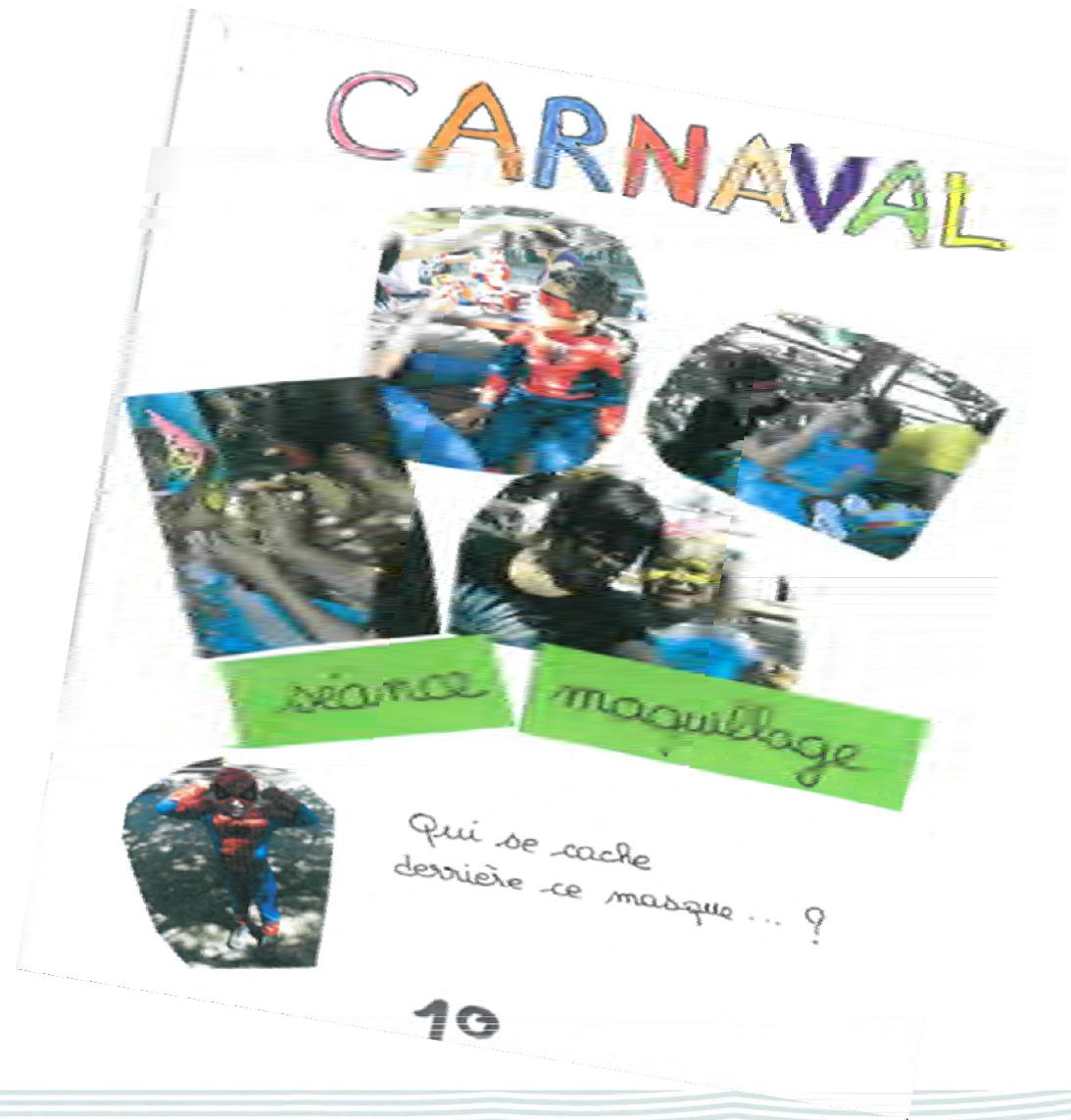
- Entretiens hebdomadaires avec le référent
- Entretiens bimensuels à l'entrée, puis au moins mensuels, avec le médecin
- Autres (travail en présence des parents, AS, groupe parents, groupe fratries, VAD...)

Le petit journal

LE PETIT
FACTEUR



Journal des Bourdottes n° 20



JOURNÉES D'AUTOMNE DE L'ADESM - 23 ET 24 NOVEMBRE 2017

Dr L. CARPENTIER - Pôle Guidance Infantile / Arseaa

Un soutien de l'intégration en milieu ordinaire

Une conviction : l'intégration permet une socialisation et une minimisation des risques déficitaires, elle doit être soutenue

⇒ Intégration en crèche :

- Observation sur site
- Raccourci régulier de l'enfant
- Réunions régulières avec le référent de l'enfant et le médecin, en présence des parents
- Texte sur les précautions à prendre avec un enfant autiste accueilli en crèche
- Formation du personnel des crèches du secteur

⇒ Inclusion scolaire :

- Une préparation du « devenir élève ».
- Liens réguliers entre les enseignantes de l'hôpital de jour et les enseignants de l'école
- Accompagnement éventuel sur certains temps
- Réunions régulières en présence des parents
- Texte sur les précautions à prendre avec un enfant autiste scolarisé
- Sensibilisation à l'accompagnement des enfants autistes pour les AVS et enseignants

Pôle Guidance Infantile

Secteur de Psychiatrie Infanto-Juvenile N°III
15 chemin du Tiroir
31670 LABEGE
Tél : 05.61.62.60.35
Fax : 05.61.99.21.50
accueil.guidance@arseaa.org



HOPITAL DE JOUR
LES BOURDETTES
281 route de Narbonne
31400 TOULOUSE

TÉL. : 05 61 73 06 77
Fax : 05 61 00 55 09

NOM de l'enfant :

Remis le :

Aménagements pour l'accueil d'enfants présentant des troubles du spectre autistique

Communication :

- Se mettre à la portée de l'enfant, s'accroupir, attirer son attention (exemple : le toucher si il le supporte).
- Même si l'enfant ne semble pas présenter de retard il y a toujours un déficit de compréhension, une absence d'accès à l'implicite. S'aider éventuellement de supports visuels. Ces enfants ont une meilleure mémoire visuelle qu'auditive.
- Nécessité de phrases courtes simplifiées. Évitez les phrases complexes, les consignes multiples, l'implicite. L'enfant n'a pas accès à l'humour, il prend les dires au premier degré, évitez les phrases métaphoriques (« je vais te manger », « je vais te passer par la fenêtre » etc...).
- Évitez les questions qui obligent l'enfant à communiquer, préférez les énoncés déclaratifs.
- Utilisez une voix modulée, les enfants coupent lorsque la voix est trop forte.
- Ne pas chercher le regard si l'enfant est dans l'évitement, l'utilisation de plusieurs canaux sensoriels peut être compliquée.
- Si l'enfant est dans un environnement trop stimulant du point de vu sensoriel, l'amener dans un lieu calme.

Aide à l'anticipation :

- Ces enfants ont de grandes difficultés à anticiper ce qui leur arrive, ceci peut générer des crises d'angoisse prises à tort pour une intolérance à la frustration (par exemple, crise survenant lorsqu'on arrête une activité).
- Pour aider ces enfants, le cadre, les repères fiables et constants, les supports visuels, les rituels sont essentiels.
- L'anticipation des changements doit être préparée (par exemple, photo de la personne qui vient le chercher, lui montrer son manteau tout en lui disant que l'on va sortir quelques instants avant, etc...).
- Les moments non structurés comme celui de fin d'après-midi où les parents se succèdent pour venir chercher leur enfant sont à éviter.

Interactions :

- Les interactions sont facilitées dans les situations investies qu'il convient de privilégier.
- Pour les enfants les plus loin, l'interaction est facilitée dans des contextes pauvres en stimulations sensorielles. L'imitation inversée (nécessité d'avoir des paires de jeux) facilite la relation.
- Les jeux à tour de rôle (à toi, à moi), prémices de la communication sont à favoriser.
- Dans les activités où l'attention est requise ces enfants, ayant encore une construction psycho-corporelle fragile, nécessitent de « les caler » dans des coques, des sièges où l'appui-dos est assuré.

Particularités sensorielles :

- Les particularités sensorielles sont à repérer pour éviter de mettre l'enfant dans le mal être.
- Ces enfants ont souvent une sensorialité exacerbée, les moments d'agitation, de bruits excessifs sont à éviter.
- L'idéal est de prévoir un coin calme de retrait sensoriel où l'enfant peut s'apaiser, où être amené lorsque la crèche ou lui-même déborde.
- Repas : repérer avec la famille les comportements particuliers, les respecter (absence de morceaux, intolérance aux mélanges, prédilection pour certaines couleurs et alimentation sélective).

Manifestations comportementales :

- Elles ont toujours un sens même si on n'arrive pas à les décoder.
- Repérer avec la famille et l'équipe de soin comment l'enfant se calme (retrait sensoriel, recherche de dur, enveloppe sonore).
- Dernier point : les angoisses de défécation fréquentes : mettre des mots quand on voit que l'enfant retient ou lâche et qu'il est mal, masser son ventre.

Certains enfants ont une réaction particulière aux manifestations d'interdit, ils semblent « provoquer » l'adulte, rechercher sa colère. En fait, ils ne décryptent pas la teneur émotionnelle et recherchent ce qui les amuse « animer l'adulte ». Répondre avec beaucoup de calme, décaler la situation est alors nécessaire.

Docteur Laurence CARPENTIER
Pédopsychiatre
Responsable de l'Hôpital de jour « Les Bourdettes »
Octobre 2013

Accueillir un enfant présentant des troubles du spectre autistique (TSA)

Cet enfant peut présenter :

Un déficit de la communication et des interactions sociales :

- Absence ou retard de langage
- Difficulté à initier ou soutenir une conversation ;
- Difficulté de compréhension de la communication verbale ou non verbale (gestes, intonations, expressions faciales, etc) ;
- Partage limité des intérêts et des émotions ;
- Difficulté de compréhension des codes qui régissent les relations sociales.

Un caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts et des activités :

- Présence de mouvements répétitifs et stéréotypés ;
- Utilisation répétitive et stéréotypée des objets (alignement d'objets, etc) ;
- Echolalie verbale ;
- Rigidité comportementale et résistance aux changements ;
- Intérêts restreints et atypiques ;
- Particularités sensorielles (hypersensibilité à certains sons, à certaines textures, hyposensibilité à la température, etc).

Ces caractéristiques se déclinent à des degrés divers et se manifestent différemment selon les enfants.

Déroulement de la classe	Spécificités	Aménagement possible
Transitions	Résistance aux changements, source d'anxiété. Difficultés à se repérer dans l'organisation de sa journée. Faire face à l'imprévu.	Présenter à l'enfant ce qui va se passer ensuite en s'appuyant sur les supports visuels de la classe. Anticiper, en les énonçant les changements ou les fins d'activités en se référant à l'emploi du temps individualisé. Le rassurer.
Temps du regroupement	Rester assis au milieu des autres. Attention labile. Prendre part aux échanges collectifs.	Proposer une place repérée par l'enfant (cerceau, étiquette prénom/symbole, coussin ou chaise individuelle...) Prévoir éventuellement un lieu de repli si l'enfant montre des signes d'agitation. Accepter que l'enfant ne s'exprime pas en grand groupe ou de manière décalée.
Activités d'apprentissage	Difficultés à se sentir concerné par une consigne collective. Comprendre et réaliser une consigne complexe.	Reformuler individuellement, montrer ce qu'il faut faire. Accompagner ses gestes pour démarrer l'activité. Utiliser un langage simple et concret, accompagné d'images. Décomposer la consigne en étapes successives, données une à une, à réaliser. Etayer les consignes avec des pictogrammes.

	Se déconcentre face à trop de stimuli Difficulté à maintenir l'attention sur la consigne (a tendance à l'oublier) Refus de laisser une trace. Difficultés à acquérir l'écriture cursive.	Préparer le matériel utile. Recentre l'enfant sur la tâche. Utiliser des supports effaçables, repasser sur des modèles avec le doigt, un objet... , accepter l'écriture capitale.
Temps de récréation	Moment angoissant en raison du bruit et du mouvement.	Accompagner ce moment pour sécuriser l'enfant. Prévoir un endroit calme si c'est trop insupportable.
Attitudes, Comportements	Hypersensibilité sensorielle : le bruit, le toucher, le contact, les odeurs, la lumière, le mouvement. Difficulté à communiquer, exprimer ses besoins, ses désirs, ses émotions Incompréhension des codes sociaux. Difficultés à deviner ce que la personne a en tête, ils ont tendance à penser que la personne pense comme eux. Ne comprend pas l'implicite, l'humour. Comportements stéréotypés	Repérer l'hypersensibilité de chaque enfant. Rassurer, expliquer. Moduler la voix. Lui donner des supports visuels. Lui prêter le langage pour l'aider à reconnaître, à dire ses émotions. Faire des gestes, théâtraliser les émotions : ne pas crier (mimer la colère) Aider à la compréhension des règles de vie, des codes par des supports visuels, montrer le comportement adapté. Apprécier ce besoin, l'accepter pour qu'il se ressource, le refuser dans l'activité.



Mon comportement peut paraître étrange. Ce n'est pas parce que je suis mal élevé. Il y a toujours une raison qui explique ma réaction.

Une prise en compte globale de l'enfant en particulier somatique

- Entretien avec l'infirmier du groupe lors de l'entrée à l'Hôpital de Jour :
 - Reprendre l'anamnèse « somatique » de l'enfant
 - Sensibiliser les familles à l'attention à apporter à la douleur
 - Travail sur le repérage de la douleur à partir d'échelles partagées (San Salvador modifiée)
- Bilan somatique étiologique initial systématique (Audiogramme, Bilan visuel, EEG, examen neuropédiatrique)
- Bilans somatique et dentaire annuels, orthoptique à 5 ans.
- Préparation aux soins somatiques et accompagnement éventuel
- Mise en place de supports à l'attention des somaticiens
- Soutien aux soins corporels (en particulier brossage des dents, coupe des ongles, apprentissage du mouchage, etc.)
- Liens réguliers avec le médecin traitant :
 - Courrier d'entrée : bilan initial, mention douleur
 - Adresse annuelle du projet de soin
 - Courriers lors des mises en place et changement de traitement
 - Courrier de sortie



JOURNÉES D'AUTOMNE DE L'ADESM - 23 ET 24 NOVEMBRE 2017

Dr L. CARPENTIER – Pôle Guidance Infantile / Arseaa

EVALUATION DES PRATIQUES

**PARTICIPATION À UNE ÉTUDE
PREPS AUTISME**

JOURNÉES D'AUTOMNE DE L'**ADESM** - 23 ET 24 NOVEMBRE 2017

Dr L. CARPENTIER - Pôle Guidance Infantile / Arseaa

Descriptif de l'étude

- **Evaluation clinique des pratiques intégratives en unités de soins infanto-juvéniles pour des enfants présentant un autisme typique ou atypique - Première étude sur ce champ**
- **Etablissement responsable : CHU de Nantes**
Partenaire : Fédération Française de Psychiatrie
 - **Objectif de l'étude :**
 - Evaluation des pratiques de soin à partir de l'évolution, sur un an, d'enfants âgés de 3 à 6 ans présentant un diagnostic d'autisme typique ou atypique (F84.0 – F84.1) soignés dans une unité de soins pratiquant des approches intégratives (CATTP-HJ)
 - **Objectifs secondaires :**
 - Mesurer l'efficacité des pratiques intégratives par l'évaluation de l'évolution globale des enfants appréciés selon des critères cliniques et des outils d'évaluation validés et sélectionnés
 - Evaluation par les familles :
 - De l'état de l'enfant et son évolution
 - De la qualité de la relation établie par l'équipe avec la famille
 - Homogénéiser les échelles d'évaluations
 - Etude multicentrique 25 unités de soins réparties sur l'ensemble du territoire

- **Critères d'inclusion**

- Enfants de 3 à 6 ans
- F 84.0 – F84.1/selon les critères établis par les recommandations sur le diagnostic
- Volumes d'heures d'intervention : entre 2 et 4 demi-journées/semaine

Critères de non inclusion : présence de co-morbidités telle qu'épilepsie, atteinte organique grave, somatique et sensorielle

- **Critères de jugement :**

Critère principal : évaluation développementale dans le domaine de la cognition verbale et préverbale et des comportements inadaptés dans le domaine des expressions affectives entre le temps M0 et M12, selon l'échelle PEP3

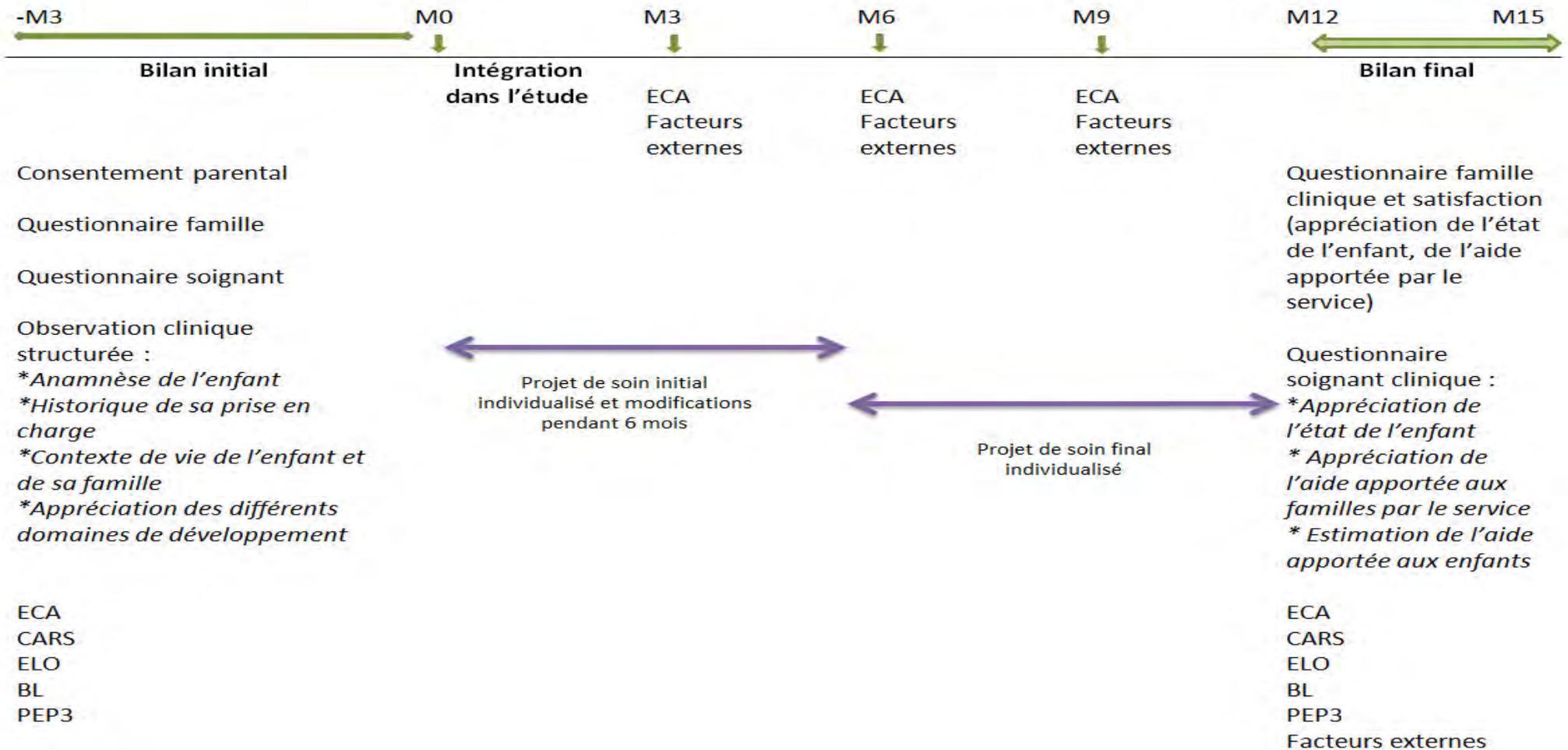
Critères secondaires :

- Evolution globale de l'enfant appréciée par domaine de développement : interactions sociales, comportements, langage, communication, sensori-moteur, domaine cognitif, angoisses et émotions, à l'aide des échelles ECA-R, CARS, bilan orthophonique ELO, psychomoteur Brunet Lézine à M0 et M12
- Point de vue des familles : questionnaire à M0 et à M12, adaptation d'un outil mis au point par Tavistok Clinic

JOURNÉES D'AUTOMNE DE L'**ADESM** - 23 ET 24 NOVEMBRE 2017

Dr L. CARPENTIER – Pôle Guidance Infantile / Arseaa

Déroulé de l'étude



Apports de l'étude

Observation détaillée autour de plusieurs axes :

- Somatique
- Développement
- Relation
- Communication verbale
- Communication non verbale
- Utilisation du corps
- Activités/Jeux
- Sensorialité
- Emotions/Angoisses/Peurs
- Cognition
- Autonomie/Quotidien

Observation clinique structurée

Anamnèse (médecin)

1) Somatique :

- Problème de grossesse/de naissance
- Retard de croissance staturopondérale
- Hospitalisations courtes répétées/hospitalisation longue
- Maladie aiguë/maladie chronique
- Accident
- Strabisme
- Autres...

2) Développement :

- Absence de sourire au 2^{ème} mois
- Absence de babillage avant le langage
- Absence de propreté de jour à 3 ans
- Absence de pointage impératif à 12 mois
- Absence de pointage protodéclaratif à 18 mois
- Absence de marche à 18 mois
- Absence d'association de mots à 18-24 mois

3) Divers :

- Antécédents de problème alimentaire
- Antécédents de problème de sommeil

4) Apparition des troubles : développement de la maladie

5) Environnement :

- Séparation des parents/conflits
- Décès
- Maladie psychique, somatique
- Difficulté économique
- Eloignement de la famille
- Parents immigrés de première génération
- Migrant avec histoire traumatique

6) Accueil avant 3 ans/scolarisation :

- Changement fréquent de mode de garde avant 3 ans
- Absence de scolarisation à la date d'observation
- Scolarisation en retard ...

Observation de l'enfant (réfèrent) :

1) Relation :

- **Capacité à initier**, à maintenir et à mettre fin une relation (différencier pairs, familiaux, adultes environnants)
- Si il ne l'initie pas l'enfant accepte-t-il la relation initiée par l'autre ? La ressollicite-t-il à son arrêt ?
- Recherche l'isolement, ignore les autres
- **Qualité du regard** (absence en réponse, absence dans l'attention conjointe, à son initiative, évitant, non pénétrant, périphérique, anormal)
- A-t-il un **attachement différencié** vis-à-vis des différentes personnes ?
- Reconnaît-il les visages ?
- Cherche-t-il de l'aide quand il est en difficulté ? (**auto-suffisance**)
- **Codes sociaux** acquis/non acquis
- Hétéroagressivité
- **Imitation** : (sons, mouvement, imitation simple (taper des mains, reproduire des sons) qualité de l'imitation complexe)

2) La communication verbale :

- **Versant expressif** : S'efforce-t-il de communiquer par la voix et la parole ?
- Absence de langage, retard de langage ?
- Le discours est-il ou non adressé ? (soliloque : discours non adressé)
- Particularités : mots particuliers, écholalie, inversion pronominale, stéréotypies verbales, jargon (conscience ou non de ne pas être compris)
- Contenu : questions répétées, préoccupation excessive vis-à-vis de sujets spécifiques ?
- Initiation et respect du tour de communication, ajustement à l'intérêt et au discours de l'autre
- Ajustement de la prosodie
- **Versant réceptif** : la compréhension est-elle ou non déficitaire ?

3) Communication non verbale :

- Les difficultés de communication verbale sont-elles compensées par une qualité de communication non verbale ?
- L'enfant s'efforce-t-il de communiquer par des gestes, par sa mimique ?
- A-t-il le **pointage** impératif puis protodéclaratif associé ou non à une attention conjointe ?
- Utilise-t-il le corps de l'autre (ex : prendre la main) pour communiquer ?
- A-t-il **des gestes pour exprimer ses besoins** qui ne peuvent être décodés que par son entourage ?
- Qualité des mimiques (uniquement dans les extrêmes, mimique non en phase avec les émotions échangées, visage inexpressif, mimique particulière)

4) Utilisation du corps :

- **Niveau d'activité** : hyper actif figé ...
- **Particularités** : maladrotes, mouvements répétitifs, manque de coordination, mouvements bizarres (doigt, corps), stéréotypies gestuelles, balancement ?
- Hypertonie (marche sur la pointe des pieds) ? Hypotonie (s'allonge pour jouer) ?
- Recherche de position d'équilibre instable ?
- Enlève-t-il ses vêtements ou au contraire recherche-t-il l'impression de serrage ?
- Peut-on retrouver **des angoisses en lien avec le corps**, angoisse de liquéfaction, de morcellement (recherche de coin, recherche de serrage), enveloppe poreuse, (intrusions multiples) ? Coupe des cheveux et des ongles, défécation, écoulement d'eau sur le visage problématique ?
- A-t-il la conscience d'un corps unifié ? Ignore-t-il une partie de son corps ? Utilise-t-il ses mains ?

7) Activités/jeu :

- Qualité de l'exploration de l'environnement. Fait-il attention à son environnement, **ajust** un manque d'initiative ?
- Utilisation des jouets/niveau de jeu (sensoriel, sensorimoteur, fonctionnel, fictionnel symbolique)
- A-t-il de l'imagination ? Utilisation adaptée des jouets (s'intéresse à certains détails ou utilisation inappropriée dans une recherche sensorielle) ?
- Est-il enfermé dans ses manipulations ?
- Capacités à jouer à tour de rôle (échange de ballon, jeux de société)
- Partage des intérêts
- Activités de son âge ?
- Activités restreintes et stéréotypées autour de conduites sensorielles (ex : ouvrir/fermer)
- Recherche à voir en boucle les mêmes dessins animés ou écouter les mêmes CD/Clips ? Les stéréotypies sont-elles apaisantes ou enfermantes ?
- Intérêt excessif et compétence pour les systèmes informatiques ?
- Rituels spécifiques, non fonctionnels (mise en place impérieuse pour prévenir les mouvements d'angoisse)

8) Sensorialité :

- Recherche-t-il plus les sensations que les émotions ?
- **Vue** :
 - o Evitement du regard
 - o Accroche aux architectures de la pièce

- o Regard particulier, regard en coin, regard des objets de très près ou sous un angle particulier, fixe dans le vide
- o Alignement des objets
- o Intérêt pour la lumière les miroirs/les reflets
- o Intérêt spécifique pour l'eau qui s'écoule ou qui tourne ou ce qui brille.
 - **Audition** :
 - Manque de réponse à l'interpellation, ne répond pas à son prénom
 - Discrimination de la voix humaine
 - Réponse différée au bruit
 - Distraction importante par les bruits extérieurs
 - Intrusion auditive (se bouche les oreilles, sursaute, peur des appareils électro-ménagers)
 - Recherche en permanence à faire du bruit avec les objets ou la voix
 - Intérêt spécifique pour la musique (vibrations)
 - **Goût, odorat, toucher** :
 - Activité de flairage
 - Reniflement
 - Particularités alimentaires et des goûts
 - Toucher : recherche de sensation des bords, agrippement à un objet dur
 - Réponse anormale à la douleur (ignore une petite douleur ou au contraire réponse excessive)
 - Ne supporte pas d'être touché, ne supporte pas de toucher (aliment, pâte à modeler)
 - Sensibilité paradoxale au toucher

9) Emotions-angoisses-peurs :

- Expression émotionnelle variée ou uniquement dans les extrêmes, adaptée ou non à la situation/Qualité des mimiques
- Capacité à repérer ses émotions
- Adaptation au changement. Réponse à l'anticipation
- Changement rapide de l'état émotionnel ?
- Capacités de repérer les émotions et les intentionnalités de l'autre (Théorie de l'esprit), capacités de s'y adapter
- Existe-t-il des situations d'angoisse ? des phobies ?
- Est-il possible de le calmer ? L'enfant trouve-t-il des moyens d'auto-apaisement ?
- A l'inverse enfant n'ayant pas assez peur, mises en danger ?

10) Cognition :

- Attention/Mémoire
- Représentation du temps de l'espace
- L'enfant est-il capable d'anticiper de planifier ses actions ?
- Processus de penser (causalité, raisonnement)

11) Autonomie/Quotidien :

- Conduite alimentaire
- Hygiène dentaire, tolérance à la douche au shampoing
- Propreté (diurne et nocturne)
- Aide à l'habillage et au déshabillage
- Participation à la vie quotidienne
- Est-il sensible aux encouragements, à la gratification ?

Les éléments permettent de définir les axes de travail pour l'enfant :

- **Domaine sensori-moteur**
- **Domaine de la communication**
- **Domaine de l'émotion, angoisse**
- **Domaine pédagogique**
- **Domaine de la socialisation, de l'acquisition, de l'autonomie**

- Un partage du corpus théorique, élaboré par l'association de psychiatrie infanto-juvénile de Bretagne, sur l'ensemble des hôpitaux de jour de notre secteur et sur certains des autres secteurs de Midi Pyrénées. A noter, la référence à ce corpus théorique dans notre projet de service
- Une rédaction plus précise des projets de soin bâtis autour des 5 domaines (sensori-moteur, communication, émotions/angoisses, pédagogique, socialisation/autonomie)

Pôle Guidance Infantile

Secteur de Psychiatrie Infants-Juvenils N°III

Hôpital de jour Les Bourdettes
281 route de Narbonne
31400 TOULOUSE
Tel : 05 61 73 06 77
Fax : 05 61 00 55 09



2016/2017

PROPOSITION DE PROJET DE SOINS

Nom, prénom de l'enfant :

Antenne : Date de naissance :

Référént de l'enfant :

Référént des parents :

Octobre 2016

1- Conclusion de la synthèse :

E. est adressé en février 2014 par le médecin scolaire en raison des difficultés de communication et de relation et de l'importance de ses peurs, entravant son intégration dans le milieu scolaire.
E. est alors scolarisé à temps partiel en moyenne section.
A compter de septembre 2014, il est pris en charge à l'hôpital de jour Les Bourdettes pour un autisme sévère avec préservation cognitive.

Synthèse initiale : Octobre 2014.

Relation :
Le regard est inconstant, difficile à capter. Les expressions faciales ne sont pas dirigées dans le but de communiquer un affect. E. ne présente que peu d'initiatives relationnelles. Il a du mal à supporter les initiatives de l'autre, même si des émergences apparaissent en relation duelle. On note une absence de compréhension, de ses émotions et de celle des autres.

Communication :
Important retard de langage avec des mots isolés ou des amorces de phrases mais encore rudimentaires. Echolalias fréquentes. Utilisation stéréotypée de certains mots. La conversation reste difficile. Les gestes descriptifs conventionnels sont utilisés de façon spontanée mais limités dans leur diversité.

Activités restreintes et stéréotypées :
Enfermement autour de tout ce qui roule, absence de jeu fonctionnel et de jeu symbolique.

Alimentation :
Difficultés alimentaires importantes à type de sélectivité.

Nous notons par ailleurs des angoisses qui le déstructurent :
- Angoisses corporelles : difficulté à accepter que les cheveux soient coupés, les ongles, l'eau autour du visage.
- Angoisses massives d'intrusion sensorielle (absence de canalisation sensorielle).
- Angoisse des grands espaces
- Phobies diverses (vers de terre, araignées...).

Face à ces angoisses, E. s'accroche à des persévérations et des rigidités de fonctionnement. Il a besoin de maîtriser l'environnement, de comprendre le fonctionnement de ce qui l'entoure, pour canaliser ses angoisses.

Dans le groupe, E. est intrusé, paniqué. Il ne peut à la rentrée exprimer que ses difficultés. Dans ces moments il s'excite (excitation défensive), il est alors difficile de le rassembler, les mots n'ont plus sens. A noter la qualité de l'attachement d'E. à ses parents (E. demande à les voir lors des moments de détresse), leur valeur rassurante.

E. est néanmoins un petit garçon qui a des compétences et des potentialités qu'il ne peut exprimer qu'en individuel lorsqu'il est rassuré par les nombreux aménagements et l'attention soutenante de l'adulte. Il peut alors également s'appuyer sur les paroles de l'adulte pour exprimer ses émotions et ressentis.

Scolarité :

E. montre dans la classe de l'Hôpital de Jour de réelles compétences de grande section. Un soutien important est nécessaire pour permettre le maintien dans une scolarité ordinaire.

Point clinique : Janvier 2015

Au bout de quelques mois de prise en charge, nous notons une nette évolution :
- E. est beaucoup plus tranquille. Il peut dorénavant exprimer ses potentialités, même au sein d'un groupe, même si une attention soutenue est nécessaire pour éviter des intrusions sensorielles et relationnelles et lui permettre d'anticiper le déroulement de ses activités.
- Les angoisses de tout ordre sont moins vives, en particulier les angoisses corporelles. E. accepte dorénavant qu'on lui coupe les cheveux, les ongles et supporte l'eau au niveau du visage.
- Avec ses pairs, on note une amorce de recherche relationnelle même s'il s'agit encore plus de côte-à-côte que d'un réel partage.
- La communication et les expressions émotionnelles s'enrichissent.
- L'intégration scolaire en GS est plus satisfaisante et E. est intégré à mi-temps avec AVS.

Synthèse d'évolution : Avril 2016 :

E. est sur une dynamique positive. Malgré le départ quelques mois de son père pour formation et grâce aux nombreux aménagements dont il a bénéficié, E. s'est apaisé et peut exprimer ses potentialités.

Relation :

E. est dans une relation tranquille en duet avec un adulte. Il l'initie, répond aux sollicitations, peut être dans des échanges de qualité. Il commence à pouvoir être avec les autres enfants, en duet il peut même être ajusté. Le groupe est plus difficile (persistance d'un défaut d'ajustement social) mais E. n'est plus aspiré par le mouvement ou l'excitation comme il l'était auparavant. A noter une récupération du regard.

Communication :

Le niveau de langage oral est dorénavant satisfaisant. Dans le cadre rassurant du bilan ELO, E. a même pu montrer des compétences ordinaires. On ne note plus ni écholalie ni utilisation stéréotypée de certains mots. La conversation est possible lorsqu'E. n'est pas débordé par ses angoisses. Dans ce cas il s'agite, devient confus avec des rires immotivés.

Intérêts :

Les intérêts restent limités et souvent encore stéréotypés même si les dessins de téléphone sont moins fréquents et peuvent être détournés. Les jeux restent pauvres en dehors du soutien de l'adulte. On note moins de jeux sensoriels plus de jeux de manipulation ou de jeux de société. Les jeux à scénario restent rares.

Angoisses/émotions :

E. reste un enfant profondément angoissé. Ces angoisses sont en lien avec l'absence de prévisibilité (d'où l'impérieuse nécessité de rituels), les intrusions sensorielles, les angoisses corporelles. L'intensité de ces angoisses ont conduit à arrêter l'atelier poney.

Ces angoisses sont sources d'excitation, les mots n'ont alors plus prise, l'isolement dans un endroit calme l'apaise, ce qu'a compris E. qui y recourt maintenant de lui-même. Malgré la gravité des angoisses nous notons une diminution de leur intensité, E. peut aller sur l'extérieur, ne présente plus de phobies anormales, résiste mieux aux intrusions sensorielles.

Face à un environnement toujours vécu comme insécurisant E. cherche à comprendre le monde qui l'entoure, cette approche intellectuelle l'apaise.
Le repérage des émotions (des siennes et celles des autres) reste difficile.

E. commence néanmoins à pouvoir énoncer ce qui nourrit ses angoisses (ex : le bruit) à mettre en mots ses angoisses corporelles (« je suis en morceaux »). Il a par ailleurs intériorisé des capacités de protection et trouve des stratégies pour s'apaiser.
Sa pensée se construit. Enzo accède à la figurabilité, la narrativité et même à l'humour, des échanges sont possibles.

Scolarité :

E. est scolarisé en CP, il y est très adapté. Ses résultats sont très bons avec un réel plaisir à apprendre. Une vigilance doit néanmoins être maintenue sur la capacité à faire lien, à donner sens.

Point clinique, Octobre 2016

Le temps de prise charge a été diminué en raison de la lourdeur des trajets qui mettent à mal E. Celui-ci

est dorénavant scolarisé en CE1 accompagné par une AVS. Si les apprentissages scolaires ne posent pas problème nous notons néanmoins en ce début d'année une réactivation des angoisses tant au niveau de l'école (avec épisodes de rires immotivés) qu'au niveau des Bourdettes où E. se montre un peu plus agité et a peu moins disponible qu'à la fin de l'année scolaire précédente. Les modifications au niveau de la structure en lien avec le changement de la composition du groupe mais aussi les travaux qui soumettent E. à un environnement sensoriel plus difficile y participent. L'atelier piscine a débuté mettant en évidence les difficultés corporelles sensorielles d'E., des aménagements sont mis en place pour lui permettre d'y faire face et de ne pas s'enfermer dans de l'excitation et des recherches sensorielles d'accroche.

2- Proposition de prise en charge :

Prise en charge de pluridisciplinaire coordonnée et intensive de 3 demi-journées.

Travail informel dans le groupe «océan» :

- Rester vigilants aux conditions nécessaires pour sécuriser E. et l'apaiser. Porter une attention particulière au vécu corporel et sensoriel d'E. pour prévenir la survenue d'angoisse.
- L'aider à prendre sa place dans des petits groupes d'enfants dans un ajustement de qualité.
- Permettre à l'enfant d'utiliser ses capacités langagières à des fins de communication et susciter le lien entre les différents environnements dans lesquels il évolue.
- L'aider à repérer ses émotions et celles d'autrui et à les nommer, à reconnaître ses angoisses, à trouver des stratégies pour s'apaiser qui ne soient pas enfermantes.
- Soutenir la diversification de ses centres d'intérêt et le décaler de ses intérêts stéréotypés souvent en lien avec de l'angoisse.
- Soutenir ses initiatives de jeux de semblant, les jeux fonctionnels ou de jeux de société.
- L'aider à accepter le soutien de l'adulte lorsqu'il est en difficulté (le vit encore souvent comme une punition) et à venir solliciter de l'aide lorsqu'il est angoissé.

Prises en charge individuelles :

Orthophonie :
- Le travail autour du langage et de la communication laisse place, cette année, à un travail autour des émotions. Ce dernier point sera abordé au sein d'un atelier groupal: l'atelier Emotions.

Psychomotricité/Piscine :
- Travail autour des angoisses archaïques et des intrusions sensorielles massives qui envahissent E.,
- Propositions d'expériences de contenance et d'enveloppement.

Psychothérapie :
- Soutenir E. dans le repérage de ses angoisses et de ses émotions et de leur origine.
- Favoriser sa verbalisation
- Soutenir son apaisement.

Prises en charge groupales:

Atelier émotions :
- Fournir les outils qui aideront à la compréhension de ses propres émotions et de celles d'autrui.
- Favoriser l'apaisement des angoisses en comprenant mieux ses propres émotions et celles d'autrui.
- S'appuyer sur la narrativité et la possibilité de laisser une trace
- Encourager l'expression non-verbale.

Atelier peinture :
- Offrir à E. un lieu libre d'expression et de création.
- Soutenir les modalités d'expression.

Classe :

- Soutien de la scolarité en CE1.
- Echanges hebdomadaires avec l'enseignante de l'hôpital de jour afin de conforter E. dans son investissement.

Suivi familial :

- Partager nos visions et nos réflexions autour de l'enfant pour s'ajuster mutuellement au mieux à ses

besoins et co-construire un projet de soin ajusté permettant de trouver un équilibre entre le soutien de ses potentialités et la prise en compte de ses angoisses qui restent majeures.

Travail partenarial :

- Soutien de l'inscription scolaire en milieu ordinaire d'E. par le biais de rencontres avec l'enseignant et l'AVS et la participation aux équipes éducatives.

Synthèse d'évolution prévue le :

3- Recueil de l'avis des responsables légaux

Mère :

Père :

4- DECISION DE PRISE EN CHARGE

Poursuite du soin en hôpital de jour pour l'année 2016/2017.
Maintien d'une scolarité en milieu ordinaire (CE1 avec accompagnement AVS).
Demande d'orientation affectuée auprès de l'hôpital de jour de La grave (service du Professeur Raynaud).

Information donnée le :

Par :

Le médecin	L'enfant	Les responsables légaux
		Mère :
		Père :

JOURNÉES D'AUTOMNE DE L'ADESM - 23 ET 24 NOVEMBRE 2017

Dr L. CARPENTIER – Pôle Guidance Infantile / Arseaa

Premiers résultats

Evaluation parentale des difficultés de leur enfant

- **Ecart à M0 entre l'estimation de la famille et celle de l'équipe en fonction de la gravité des troubles**

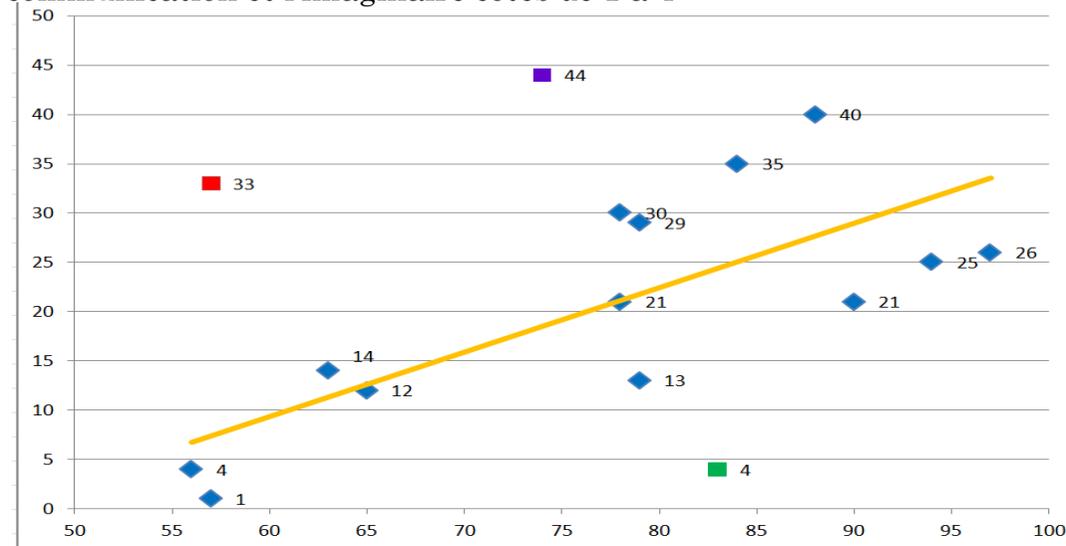
- 27 items sur le développement social, la communication et l'imaginaire côtés de 1 à 4 (max : 108)

3 points singuliers en lien avec :

- l'histoire clinique (57/33)

- le suivi antérieur (83/4)

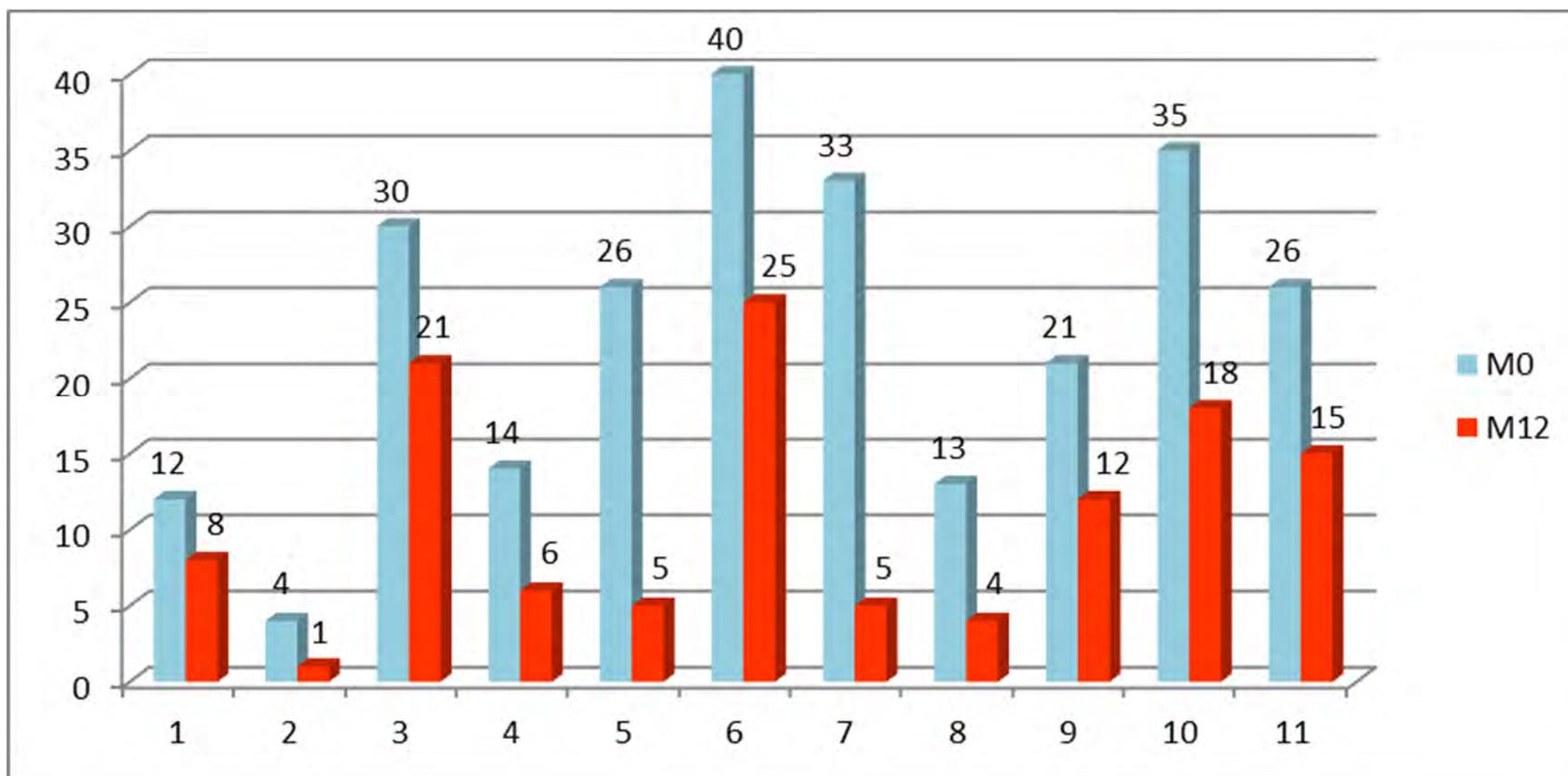
- une psychopathologie parentale avérée (74/44)



- **On note :**

- Une corrélation entre l'importance de l'écart et la sévérité des troubles lorsqu'il s'agit de diagnostics récents
- Des écarts moindres pour les familles dont l'enfant a bénéficié d'un suivi antérieur (Unité de soins précoces, CMP petite enfance)
- Un décalage particulièrement net sur certains items interrogeant la fonction parentale « mon enfant me perçoit en tant que personne », « mon enfant s'apaise à mes réassurances » ou la capacité de l'enfant à avoir du plaisir « mon enfant semble s'amuser lorsqu'il joue »
- Evocation d'une dénegation de survie

- Evolution de l'écart au cours de la prise en charge
- sur 11 enfants -



- Une représentation de l'enfant par la famille et par l'équipe qui se rapproche

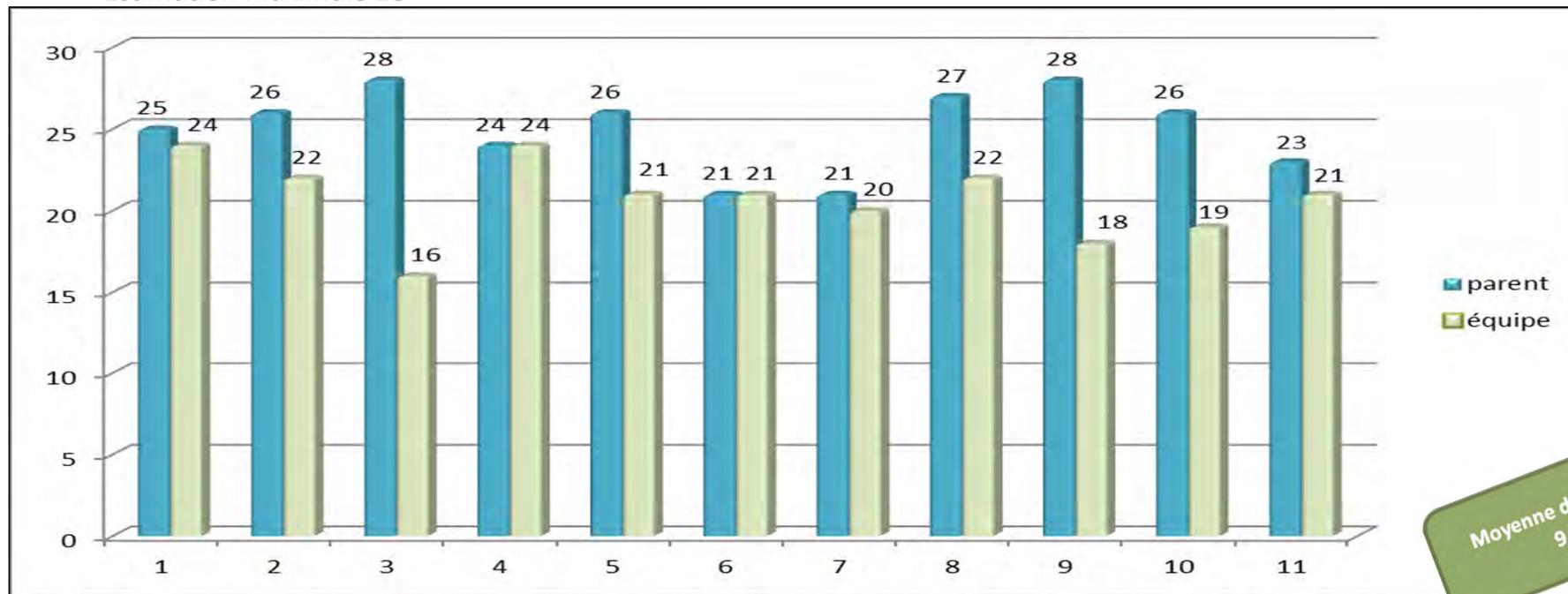
JOURNÉES D'AUTOMNE DE L'**ADESM** - 23 ET 24 NOVEMBRE 2017

Dr L. CARPENTIER - Pôle Guidance Infantile / Arseaa

- Evolution de la qualité du service (11 enfants)

- 7 items cotés de 1 à 4, comparaison entre l'estimation de la famille et celle de l'équipe sur les bienfaits apportés à l'enfant et à la famille

Estimation maximale 28



- Une sous-estimation par l'équipe des bénéfices estimés par les familles en lien avec la sévérité persistante des troubles

JOURNÉES D'AUTOMNE DE L'ADESM - 23 ET 24 NOVEMBRE 2017

Dr L. CARPENTIER - Pôle Guidance Infantile / Arseaa

Présentation écrite des résultats aux familles

Présentation des 5 grilles utilisées :
CARS, ECA, ELO, Brunet-Lézine, PEP3

Pour chaque grille, restitution des résultats à M0 - M12 avec
représentation graphique et commentaires

Rédaction d'une conclusion, remise du document à la famille

CARS

Les 15 items du CARS sont les suivants :

	ITEMS	Initiale	Finale
I.	Relations sociales	2.9	2.2
II.	Imitation	2.6	1.7
III.	Réponses émotionnelles	3.5	2.6
IV.	Utilisation du corps	3	2.4
V.	Utilisation des objets	3	2.3
VI.	Adaptation au changement	3	2
VII.	Réponses visuelles	2.9	2
VIII.	Réponses auditives	3.1	2
IX.	Goût-Odorat-Toucher (réponses et modes d'exploration)	3.1	2.6
X.	Peur, anxiété	3.5	2.7
XI.	Communication verbale	3.2	2.2
XII.	Communication non verbale	2.7	1.9
XIII.	Niveau d'activité	3.1	2.4
XIV.	Niveau et homogénéité du fonctionnement intellectuel	2.4	1.9
XV.	Impressions générales	3.4	2.8

Notation : Les notations sont de 1 à 4. 1 marquant l'absence de difficultés.

Passation initiale : —
Passation finale : —

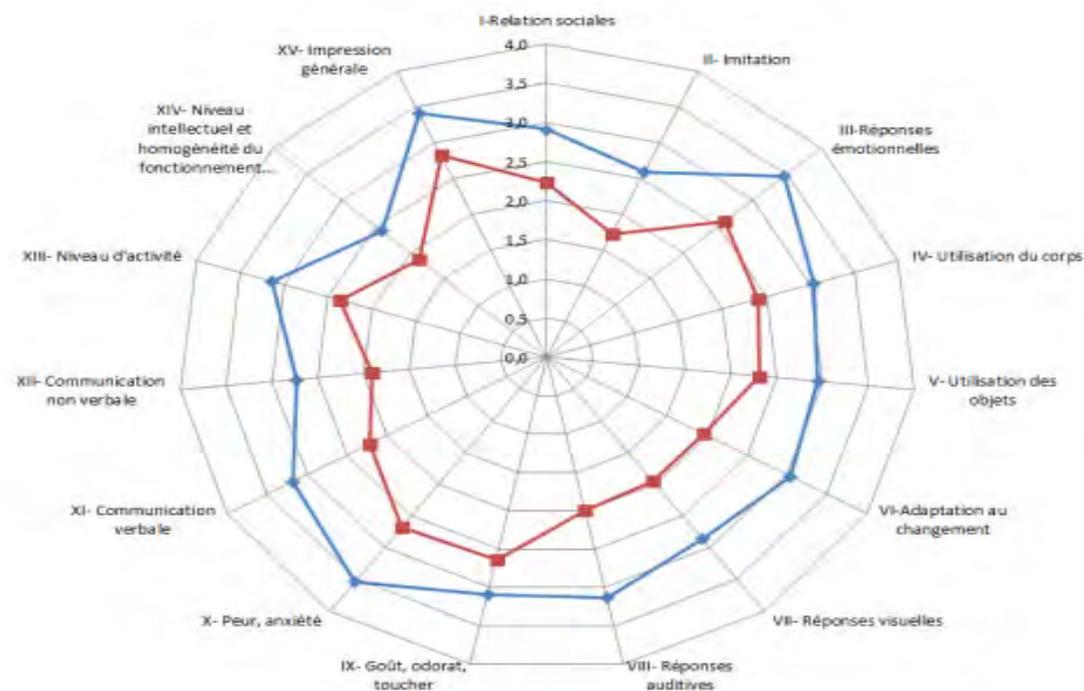


15 18 21 24 27 30 33 36 39 42 45 48 51 54 57 60

Non Autistique Légèrement à moyennement Autistique Sévèrement autistique

Commentaires :

Moyenne sur 11 enfants



JOURNÉES D'AUTOMNE DE L'ADESM - 23 ET 24 NOVEMBRE 2017

Dr L. CARPENTIER - Pôle Guidance Infantile / Arseaa

ECA-R

29 items au total – Extrait :

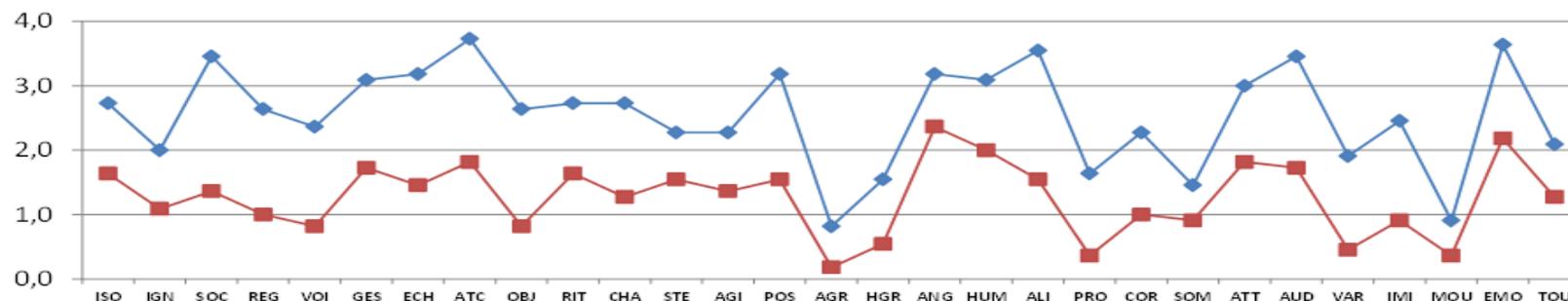
1	Recherche l'isolement (préfère être seul)	ISO
2	Ignore les autres	IGN
3	Interaction sociale insuffisante (et/ou échanges rares)	SOC
4	Regard inadéquat	REG

Moyenne sur 11 enfants

Notation :

0	1	2	3	4
Le trouble n'est jamais observé	Quelque fois	Souvent	Très souvent	Toujours

Passation initiale : 
 Passation finale : 



Commentaires :

	Passation initiale	Passation finale
Score :	74	36.73
Note déficience relationnelle :	37.45	18.45
Score insuffisance modulatrice :	6.55	3.18

JOURNÉES D'AUTOMNE DE L'ADESM - 23 ET 24 NOVEMBRE 2017

Dr L. CARPENTIER – Pôle Guidance Infantile / Arseaa

ELO

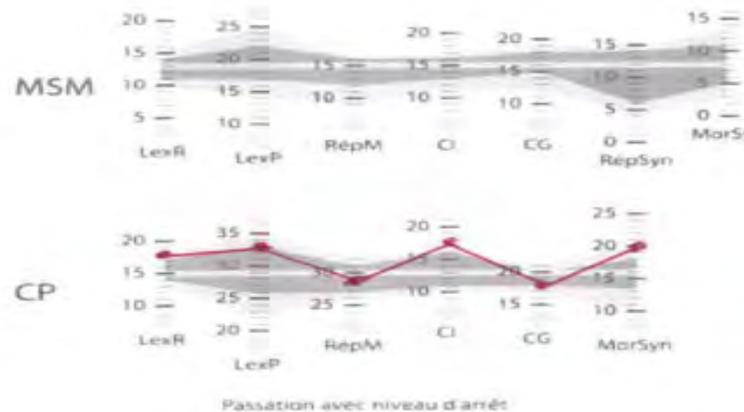
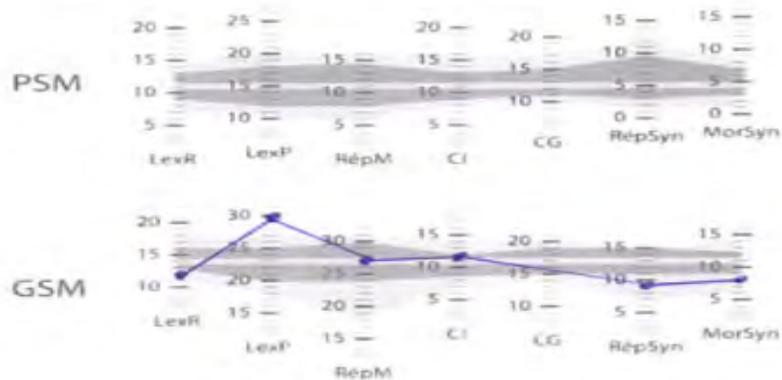
Notation :

- **Vocabulaire** comporte deux épreuves :
 - o Lexique en Réception (LexR) 12/18
 - o Lexique en Production (LexP) 30/33
- **Compréhension** :
 - o Compréhension immédiate (CI) 12/18
 - o Compréhension globale (CG) ---/18
- **Phonologie**
 - o Répétition de Mots (RepM) 27/29
- **Production linguistique**
 - o Répétition d'Enoncés (RepSyn) 9/12
 - o Production d'Enoncés (MorSyn) 8/20

Exemple sur 1 situation

Passation initiale : ▬

Passation finale : ▬

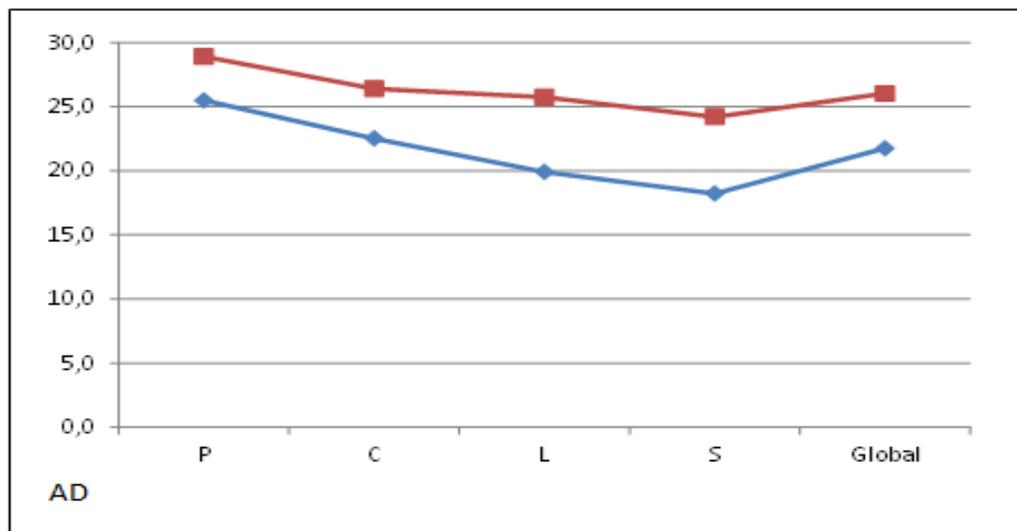


Commentaires :

Brunet-lézine

Passation initiale : — (blue line)

Passation finale : — (red line)



Moyenne sur 11 enfants

AD : Age de développement en mois : de 0 à 30

	P	C	L	S	Global
	Moteur ou Postural	Coordination Oculomotrice	Langage	Relations sociales	
Initiale	25.5	22.5	19.9	18.2	21.7
Finale	28.9	26.4	25.7	24.2	26

Commentaires :

PEP 3

Sous-Tests de performance - 10 items :

1	Cognition Verbale/Préverbale
2	Langage Expressif
3	Langage Réceptif
4	Motricité Fine
5	Motricité Globale
6	Imitation Oculo-Motrice
7	Expression Affective
8	Réciprocité sociale
9	Comportements Moteurs Caractéristiques
10	Comportements Verbaux Caractéristiques

Scores combinés - 3 items :

1	Communication
2	Motricité
3	Comportements inadaptés

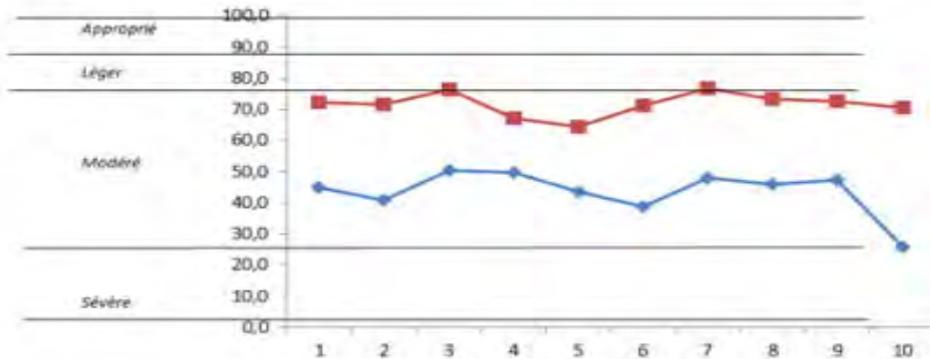
Niveaux Développement/Adaptatif - 4 :

- Approprié : 90 à 100
- Léger : 75 à 89
- Modéré : 25 à 74
- Sévère : 1 à 24

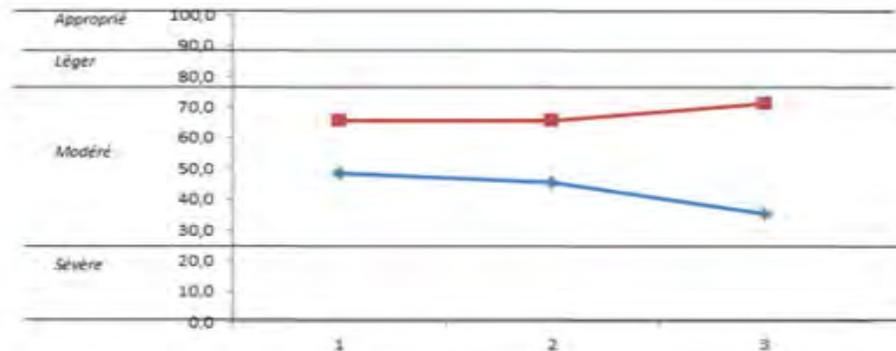
Moyenne sur 11 enfants

Passation initiale : —
 Passation finale : —

Sous-Tests de performance



Scores combinés



Commentaires :

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

JOURNÉES D'AUTOMNE DE L'**ADESM** - 23 ET 24 NOVEMBRE 2017