Pôle Guidance Infantile
Secteur de Psychiatrie Infanto-Juvénile N°III
3ème secteur de Psychiatrie infanto-juvénile de Haute-Garonne

arsepa action solidaire

FERREPSY
20 Mars 2019

En quoi un projet de recherche Inserm a-t-il modifié les pratiques d'un hôpital de jour ?

Présentation atelier

Laurence CARPENTIER Pédopsychiatre
Marion ESPINET Psychologue
Estelle KATCHINSKY Orthophoniste
Marie MASSON FALGAYRAC Infirmière

Une rigueur accrue

- **Une référence au corpus théorique,** élaboré par l'association de psychiatrie infanto-juvénile de Bretagne qui recense et articule les différents courants de pensée

- **Une observation clinique plus précise** permettant un meilleur ajustement des propositions de soin avec mise en place d'une observation clinique structurée co-construite et enrichie par l'équipe à partir de l'observation initiale proposée pour l'enfant dans l'étude… et déjà revisitée

  Plusieurs axes : relation, communication verbale, communication non verbale, utilisation du corps, activités/jeux, sensorialité, émotions/angoisses/peurs, cognitif, autonomie/quotidien

Pôle Guidance Infantile
Secteur de Psychiatrie Infanto-Juvénile N°III
Hôpital de jour des Bourdettes
281 Route de Narbonne
31400 Toulouse
Tél : 05.61.73.06.77.
Fax : 05.61.00.55.09.
hjbourdettes.poleguidance@arseaa.org

arseaa action solidaire

Observation clinique structurée enfant porteur de TSA

Les questions auxquelles il faut savoir répondre lorsqu'on prend en charge un enfant porteur de TSA.

Anamnèse (médecin)

1) Somatique :

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

2) Développement :

- Absence de sourire au 2ème mois
- Absence de babillage avant le langage
- Absence de propreté de jour à 3 ans
- Absence de pointage impératif a 12 mois
- Absence de pointage protodéclaratif a 18 mois
- Absence de marche à 18 mois
- Absence d'association de mots à 18-24 mois
- N'a pas porté d'objet à sa bouche

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 (référent) :

1) Relation :

- Capacité à initier, à maintenir et à mettre fin une relation (différencier pairs, familiers, adultes environnants)
- Si il ne l'initie pas l'enfant accepte t'il la relation initiée par l'autre ? La resollicite t-il à son arrêt ?
- Recherche l'isolement, ignore les autres ?
- Accède-t-il au tour de rôle ?
- 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) ? Si oui, comment ?
- Codes sociaux acquis/non acquis, plaqués/habités
- Hétéroagressivité
- Imitation : (sons, mouvement, imitation simple (taper des mains, reproduire des sons) qualité de l'imitation complexe)
- L'enfant est-il mieux en individuel en tout petit groupe (deux enfants) avec éventuellement possibilité d'être en périphérie ou en groupe.
- Qualité de la relation (passivité, adhésivité, agressivité, maitrise, utilisation de l'autre comme un objet...)
- Quelle est la distance relationnelle nécessaire ou supportable pour l'enfant ?
- Rigidité : ne peut accéder aux demandes de l'autre, besoin d'immuabilité

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 immédiate ou différée, 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
- Peut-il répondre à des questions par « oui » ou « non » ?

Versant réceptif :

- La compréhension est-elle ou non déficitaire ?
- Contextuelle ou généralisée ?
- Soutenue ou non par le visuel ?

- Fluctuante selon le contexte ?
- Comment doit-on s'adresser à l'enfant pour qu'il soit le plus réceptif ?
  - Dans notre posture (de face, de côté)
  - Dans notre prosodie (normale, douce et ralentie, chantonnée, forte...)
  - Dans nos modalités (de façon directe ou indirecte, en parlant de lui au-dessus de sa tête, en commentant de façon générale...)

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 des gestes de communication (oui/non de la tête ou des mains, bravo, au-revoir...)
- A-t-il le pointage impératif puis protodéclaratif associé ou non à une recherche d'attention conjointe ? (balayage visuel coordonné)
- Est-il sensible à la recherche d'attention conjointe d'un autre ? (regard, pointage, parole)
- 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 déchiffrés que par son entourage ?
- Qualité des mimiques (uniquement dans les extrêmes, mimique non en phase avec les émotions échangés, visage inexpressif, mimique particulière)

4) Utilisation du corps :

- Niveau d'activité : hyperkinétique, figé...
- Particularités : maladresses, mouvements répétitifs, manque de coordination, mouvements bizarres (doigt, corps), stéréotypies gestuelles, balancement ?
- Hypertonie (marche sur la pointe des pieds) ? Hypotonie (s'allonge pour jouer) ?
- Les stéréotypies sont-elles enfermantes ou apaisantes ?
- Recherche de déséquilibre postural ? de hauteur ?
- Lors du portage y a-t-il un ajustement tonico-postural ?
- 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 problématiques ?
- A-t-il 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, a-t-il un manque d'initiative ?
- Utilisation des jouets/niveau de jeux (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)
- Capacité à jouer à plus de deux
- Capacité à partager d'autres jeux que des jeux moteurs

- 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 :**

- Evitement du regard
- Accroche aux architectures de la pièce
- Regard particulier, regard en coin, regard des objets de très près ou sous un angle particulier, fixe dans le vide
- Alignement des objets
- Intérêt pour la lumière les miroirs/les reflets
- Intérêts 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
- Une attention particulière doit-elle être apportée à sa vêture

➢ **Pour l'ensemble l'enfant peut-il intégrer ses différents flux sensoriels** (comodalisation sensorielle) ?

- Peut-il passer d'une exploration d'un sens à l'autre ? (manches longues, texture, large, serré…)
- Semble-t-il absorbé par l'exploration d'un seul sens dans l'indifférence alors des autre sens ?

9) Emotions-angoisses-peurs :

- Expression émotionnelle variée ou uniquement dans les extrêmes, adaptée ou non à la situation/Qualité des mimiques
- Existe-t-il des rires immotivés ?
- Capacité à repérer ses émotions, à les partager
- 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 ? des manifestations émotionnelles paradoxales ?
- 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 ?
- Se défend-t-il de ses angoisses par des rigidités de fonctionnement ?
- Se récupère-t-il dans une recherche de dur ?
- Comment se rassemble-t-il lorsqu'il est angoissé ?
- Y-a-t-il de l'auto-mutilation, de l'hétéro-agressivité ?

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***

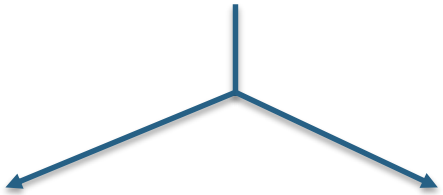
Critères du DSM-5 pour les Troubles du Spectre Autistique :

Signes spécifiques et symptômes.	Commentaires :
A. DEFICITS DE COMMUNICATION	**SOCIALE (TROIS ITEMS MINIMUM)**
1. Déficit de réciprocité socio-émotionnelle ; allant de l'approche sociale inappropriée et l'échec du dialogue bilatéral en passant par le partage limité des intérêts, des émotions, des réponses affectives, jusqu'à l'absence totale d'initiative d'interactions sociale.	
2. Déficit dans les comportements non verbaux de communication utilisés dans l'interaction sociale : allant du défaut de coordination de la communication verbale et non verbale en passant par les anomalies du contact visuel et du langage corporel ou les déficits de compréhension et utilisation de la communication non verbale, jusqu'au manque total d'expression faciale ou gestuelle.	
3. Déficit dans le développement et l'entretien des relations à autrui conforme au niveau de développement (au-delà des relations avec les parents) : allant des difficultés d'ajustement des comportements en fonction des différents contextes sociaux en passant par les difficultés à partager un jeu imaginatif et à se faire des amis jusqu'à une apparente indifférence à autrui.	
B. COMPORTEMENTS RESTREINTS ET	**REPETITIFS (AU MOINS DEUX)**
1. Discours, mouvements, ou utilisation d'objets stéréotypés ou répétitifs ; par exemple stéréotypies motrices simples, écholalie, utilisation répétitive d'objets, phrases idiosyncrasiques.	
2. Attachement excessif à des routines, comportements ou discours ritualisés, ou résistance excessive aux changements ; par exemple rituels moteurs, attachement à des trajets ou aliments, questions répétitives ou détresse majeure au moindre changement.	
3. Intérêts particulièrement restreints et sélectifs, anormalement focalisés ou intenses ; par exemple fort attachement ou préoccupation pour des objets inhabituels, intérêts excessivement circonscrits ou persistants.	
4. Hyper ou hypo réactivité à des stimuli sensoriels ou intérêt inhabituel pour des aspects sensoriels de l'environnement ; par exemple indifférence apparente à la douleur, la chaleur ou le froid, intolérance à certains bruits ou texture spécifiques, flairage ou exploration tactile excessive d'objets, fascination pour les lumières ou les objets qui tournent.	

Des bilans systématiques plus rigoureux initiaux ou d'évolution pour ajuster nos propositions de soins, certains ne faisant pas partie de l'étude, en particulier le profil sensoriel et le Comvoor

→ Une connaissance et une adoption du PEP 3

Evaluer le développement des enfants de façon moins contraignante qu'avec des tests habituels



Affiner les propositions de travail, en particulier du quotidien en s'appuyant sur les émergences repérées

Mieux analyser la performance cognitive en articulant le psychique et le cognitif

→ Pour exemple, l'évaluation initiale de l'orthophoniste pour accueillir les enfants dans des conditions optimales grâce à des indications fines et individualisées

Divers tests : Comvoor, ELO, Reynell, EDA…, toujours articulés autour de l'observation clinique structurée et complétés par une observation en situation individuelle avec ou sans les parents

Un exemple de test: le Comvoor

Outil d'évaluation des précurseurs de la communication, permettant de déterminer si un moyen de communication augmentative est nécessaire, et si oui, lequel

Par exemple, pour le bain thérapeutique, s'agira t-il :

Une communication augmentative mise en place selon les résultats du bilan Comvoor a des effets sur différents domaines de développement de l'enfant (compréhension, comportement, autonomie)

Les Supports visuels, « outils de communication augmentée »

- **Une utilisation des échelles pour évaluer les évolutions** (CARS, ECA) avec la conviction que l'impression clinique ne suffit pas. Constat à plusieurs reprises d'impression clinique (généralement négative) contredite par les échelles qui, à terme, se montraient plus pertinentes

Le travail de soin individuel et institutionnel auprès des jeunes enfants autistes fait traverser des éprouvés et surtout des sensations et des états en dehors du champs de la pensée et en dehors de l'intégration psychique des soignants. La lourdeur, la fatigue, la dépressivité, l'isolement, le découragement affectent régulièrement l'équipe qui prend en charge ces enfants

Si la mise en mots et le partage lors de réunions sont essentiels, l'utilisation de l'ECA en récoltant les observations sur des critères précis dégagés de nos impressions a souvent permis de mettre au jour l'évolution positive d'un enfant. Porter avec eux, accueillir en nous et dans l'institution l'intensité de ces éprouvés est essentiel au travail thérapeutique d'un hôpital de jour. Et décaler son regard sur l'objectivité de l'évolution de l'enfant permet alors à tout une équipe d'assumer l'exigence de ce travail

Une rédaction plus précise des projets de soins autour de 5 domaines

- sensori-moteur,
- communication,
- émotions/angoisses,
- cognitif/pédagogique,
- socialisation/autonomie

dans un langage compréhensible pour la famille auquel il est destiné

Pôle Guidance Infantile
Secteur de Psychiatrie Infanto-Juvénile 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
Hjbourdettes.poleguidance@arseaa.org

arseaa
action solidaire

2018/2019

PROPOSITION DE PROJET DE SOINS

Nom, prénom de l'enfant : C .....

Antenne : LES BOURDETTES ..... Date de naissance : ..

Référent de l'enfant :
Référent des parents :

Novembre 2018

1- Conclusion de la synthèse Novembre 2016 :

Réunion de concertation pluridisciplinaire Novembre 2016 :

- Sur le plan de la communication :

C' s'exprimait à un niveau préverbal lorsqu'il a commencé la prise en charge au CMP de Quint, il a beaucoup utilisé l'écrit à visée communicative qui s'atténue actuellement. Clément reprend les mélodies des comptines, il reproduit la musicalité et certains phonèmes, ce qui l'aide à relationner. Il existe encore de l'écholalie mais pas uniquement, Clément peut aussi s'exprimer parfois par un jargon en alternance avec un langage stéréotypé. Il fredonne souvent plus qu'il ne chante, il semble s'entourer d'une enveloppe sonore. Il peut nommer les enfants actuellement et enrichit son stock lexical qu'il utilise dans les codes sociaux. La communication non verbale est en place.
Sur le plan du langage réceptif, il comprend la double consigne, ses parents l'ont souligné dès les premiers entretiens.

- Sur le plan relationnel :

C... : est accessible à l'autre, il n'est pas coupé de la relation mais peut être perméable à l'ambiance du groupe. Il a encore un regard évitant avec les personnes inconnues. L'objet autistique dur tel que les trousseaux de clés ou le triangle à picots rouge est nécessaire pour lui, mais maintenant utilisé dans un but relationnel, il le montre et le nomme.
Clément a besoin de rituels, il ne demande pas d'aide. Il regarde souvent chaque adulte tout à tour comme pour appréhender la cohésion du groupe. La répétition est encore nécessaire dans la relation, et l'utilisation des pictogrammes est en place.

- Sur le plan corporel :

Son enveloppe corporelle n'est pas encore suffisamment construite et dans un premier temps un des axes de travail est le rassemblement des deux hémicorps autour de l'axe central. Clément montre ainsi une raideur corporelle dans ses déplacements, il se cogne souvent, peut tomber de sa chaise. Des balancements sont présents ainsi que des crispations des membres supérieurs. Il peut être sur la balançoire avec ses jambes en hyperextension dans une recherche sensorielle. Sur le dessin du bonhomme il n'y a actuellement qu'une seule jambe.

- Sur le plan émotionnel :

Les cris stridents et aigus qu'émet C... : sont souvent en lien avec certaines frustrations. Il peut montrer son mécontentement et manifeste des pleurs depuis peu. Des rires apparaissent parfois lorsqu'il est en difficulté. Il se montre sensible aux encouragements mais reste encore peu enclin à faire des câlins.

- Sur le plan cognitif :

Clément s'intéresse aux couleurs, aux lettres, il comprend la notion « le même que ». Ce petit garçon nous semble avoir des potentialités cognitives encore entravées par un niveau d'angoisse à travailler au préalable.

Réf : IT-PEC-008-02

• Jeux :
Les transvasements (ouvrir/fermer) l'intéressent ainsi que manipuler la semoule et les lentilles. C est sensible aux jeux sonores, regarde rouler les voitures et fait des empilements. Il est capable de jeux fictionnels mais peut se montrer encore souvent autosuffisant.
Lors de jeux excitatoires, il peut manifester de crispations ainsi que des rires et des balancements corporels.

• Sur le plan de la sensorialité :
L'enveloppe sonore telle qu'une mélodie est souvent présente. C a pu se montrer effracté par les bruits, comme les bruits des travaux, des perceuses en se jetant au sol et se cognant. Il fait tinter les clés et tape souvent sur les objets, touche les picots des pièces en plastiques.
Il existe une sélectivité alimentaire avec un tri des aliments. C . flaire son doudou fréquemment.
Il longe les bordures, pat ailleurs il ne peut pas s'asseoir sur les toilettes.

Point clinique Septembre 2017 :
Cl nous avait été adressé par le CMP pour un tableau d'autisme avec des capacités d'évolution. La famille avait accepté la proposition d'intensifier les soins en hôpital de jour des Bourdettes où nous suivons Clément depuis le mois de septembre 2016.
A ce jour il présente :
• Sur le plan relationnel :
Cl s'adresser de façon beaucoup plus spontanée aux adultes et enfants de l'institution, et commenter le déroulement des prises en charge. Il reste encore très ritualisé dans son fonctionnement, sensible aux changements et aux temps de séparation. La nécessité de maitrise de l'environnement est encore présente mais Cl peut faire preuve de plus grande souplesse lorsqu'il s'agit de poser les objets qu'il faisait transiter auparavant d'une pièce à l'autre. Il a encore besoin de faire seul et ne demande que rarement de l'aide. Lorsque C refuse une situation avec un autre enfant ou se sent dépossédé de son objet, il peut se montrer plus agressif avec des cris.

• Sur le plan de la communication :
C montre des progrès au niveau de son langage expressif et la construction de petites phrases qu'il peut adresser. L'écholalie peut apparaitre dans les moments de moindre disponibilité où lorsque C est contrarié par les demandes. Spontanément elle devient plus épisodique. Ses capacités d'évocation et les demandes adressées sont maintenant plus manifestes. L'enveloppe sonore présente est encore présente.
L'utilisation de l'emploi du temps et des pictogrammes est nécessaire et apaise C .

• Sur le plan corporel et émotionnel:Souligner
Il y a du progrès sur le plan de la motricité globale et fine avec un graphisme qui s'améliore, et une meilleure utilisation de son corps. C est intéressé par les expérimentations motrices. Sur le plan émotionnel, C montre surtout les émotions extrêmes, plaisir, colère ou frustration... Il peut reprendre verbalement certaines émotions énoncées par les adultes, mais davantage sur un mode écholalique, semble-t-il.

• Jeux et intérêts :
Il existe encore des intérêts restreints autour des voitures, des circuits, du labyrinthe à bille et certaines constructions.
Il est encore difficile pour Clément d'accepter les propositions nouvelles et les jeux de partage collectif.

• Sur le plan de l'autonomie :
Cl montre une certaine autonomie au niveau de l'habillage et du déshabillage, de la douche à la maison ainsi qu'au repas au niveau des Bourdettes.

C : montre ainsi une évolution positive sur le plan de la communication et de la relation mais les intérêts restreints et la sensorialité sont encore très présents.
La rigidité de fonctionnement s'assouplit petit à petit. A la suite des moments de séparation (maladie, absence...) Cl reprend une rigidité de fonctionnement et de maitrise de l'environnement lors de son retour aux Bourdettes.

ELEMENTS CLINIQUES ET DIAGNOSTIC : (novembre 2018)

C est âgé de 6 ans, il est suivi à l'hôpital de jour les Bourdettes depuis septembre 2016 et présente un diagnostic d'autisme avec des capacités cognitives préservées. Ce petit garçon fonctionne

encore avec une certaine rigidité qui s'assouplit cependant au fur et à mesure de son évolution.
Sur le plan clinique nous observons les éléments suivants :

- **Relation** :
La relation est de plus en plus spontanée avec C qui tient compte de son environnement et s'adresse encore davatange aux adultes qu'aux enfants, même si l'on note des progrès réels. Lorsque Cl est dans un environnement rassurant et que sa maitrise n'est pas mise en jeu, il se montre plus tranquille. Néanmoins on note un assouplissement progressif au fur et à mesure lorsqu'il accepte de poser les objets qu'il s'approprie habituellement, voire de partager les jouets avec d'autres enfants. Les temps de transition sont toujours plus difficiles lorsqu'il revient aux Bourdettes après un temps d'absence ou de vacances. Il réagit encore parfois de façon plus opposante lorsque le non est énoncé par l'adulte.

- **Communication** : Les progrès se poursuivent sur le plan expressif, il existe moins d'écholalies et Clément a un meilleur niveau de langage sur le plan pragmatique. Les périodes d'écholalies sont beaucoup moins présentes et souvent reliées à un contexte plus anxiogène.

- **Corporel** :
Cl prend plaisir dans certains jeux moteurs et peut participer à un mouvement collectif partagé.
Il a un meilleur niveau de conscience corporelle mais le travail est à poursuivre.

- **Autonomie** :
Elle est en progrès.C exige moins de devoir faire seul, sans demander d'aide.

- **Émotions** : l'expression de ses émotions peut être parfois encore excessive mais il montre une meilleure régulation et peut énoncer ce qu'il ressent dans une situation.

2- Proposition de prise en charge :

Cl bénéficie d'un soin multidisciplinaire coordonné et intensif en raison de 4 demi-journées par semaine + 2 repas.

Travail sur le groupe Océan
- Poursuivre l'objectif d'aider C à se sentir suffisamment sécure pour ne pas se sentir trop intrusé par l'autre et pour pouvoir lui faire confiance.
- travailler dans la continuité, avec des repères stables, partager des moments privilégiés en groupe (sorties extérieures, rythme "vacances", jeux de société...)
- l'aider par là aussi à prendre conscience des dangers, et ainsi être capable en les identifiant de ne pas se mettre dans des situations risquées
- Permettre à C . de trouver une sécurité suffisante pour s'assouplir, se tranquilliser, en installant un climat
serein.
- s'aider de l'anticipation, fortement présente au départ (emploi du temps avec pictogrammes, le timer, un objet de transition tel que le "wagon voyageur" des Bourdettes) puis tenter de s'en détacher progressivement afin que Clément n'y ait recours que dans les moments difficiles.
- Accompagner son ouverture relationnelle en essayant de le décaler de ses intérêts restreints pour s'ouvrir à d'autres activités.
-jeux à 2, jeux de société, ateliers médiatisés
-accepter le partage, le tour de rôle, la nouveauté
-soutenir l'accès à des niveaux de jeu différents, notamment jeu fictionnel et symbolique qui émergent (avec des jeux type Playmobil) en s'appuyant sur ceux qu'il affectionne (par exemple le train)
-
- Soutenir l'accès à la narrativité (cahier de liaison, entretiens hebdomadaires parent(s)/enfant/référent)
- Aider à identifier ses émotions et celles des autres (commentaires après coup, lectures), et par là l'aider à s'ajuster dans la relation (bien différencier adultes et enfants)

Prises en charge individuelles

Orthophonie :
- travailler autour de la rigidité : varier les intérêts, détourner
- poursuite du travail phonologique
- augmentation du stock lexical et étayage de la structuration syntaxique
- encourager la spontanéité

Psychomotricité :
Poursuite du travail autour de :
- la régulation tonique (posture, émotions, repoussé, dialogue, abaissement du niveau tonique de fond...)
- de l'éveil et organisation de sa conscience corporelle (enveloppe, axe, renforcer arrière plan)

Et ;
- Développer les coordinations (dynamique générale et oculo-manuelle)
- Favoriser les jeux moteurs partagés (distance interpersonnelle, dialogue tonique, profondeur...)

Pataugeoire :
- Travail autour de l'intégration sensorielle
- Structurer la conscience corporelle en soutenant l'inscription de représentations du corps les plus unifiées, stables, cohérentes et permanentes possibles
- Médiatiser, soutenir, enrichir le jeu et la relation

Prises en charge groupales

Atelier émotions :
- identifier ses émotions et celles d'autrui
- étayer la mise en mot
- canaliser les angoisses liées aux émotions qui le traversent
- figurer ses ressentis par une trace

Atelier peinture, ouvert et institutionnel :
- Offrir un lieu, un espace dans lequel l'enfant peut s'exprimer au sein d'un atelier ouvert, où il s'expose lui seul au sein d'un petit collectif
- Respecter un lieu collectif
- Soutenir l'initiative et le plaisir de peindre et/ou expérimenter l'expression libre, la créativité, par le biais du médium peinture et de différents outils, supports et postures.
- Travailler la trace, le geste et étayer les effets qu'ils peuvent produire tant au niveau émotionnel que pulsionnel et narcissique (travail sur le beau, la pauvreté du geste, la répétition pour accéder à l'émerveillement et au plaisir partagé).
- Soutenir la capacité de l'enfant à mettre des mots sur ces réalisations, à passer de la représentation graphique à la représentation en mots.

Pâtisserie :
Cette année l'atelier pâtisserie fait l'objet d'un premier groupe transversal contenant. C'est un groupe avec des enfants et des adultes issus de tous les groupes ce qui va favoriser une ouverture relationnelle.
Une ritualisation de l'atelier (séquençage, pictogrammes...) permet d'installer un environnement sécurisant propice aux expérimentations et à une ouverture sur la nouveauté (exploration des sens, toucher et goûter des textures différentes, être au contact de nouveaux adultes...). Une continuité et une répétition de l'atelier amène, en effet, à une meilleur compréhension et appropriation de l'atelier. Lors de cet atelier, nous réalisons la même recette sur une période donnés, avec la mise en place d'un déroulé ritualisé permettant d'entreprendre une recette du début à la fin, afin que chaque enfant puisse s'y sentir impliqué (séquençage avec pictogrammes, énumération des ingrédients et des étapes), et de l'aider à structurer, à mieux organiser sa pensé.
Les réalisations culinaires sont partagées de manière conviviale, et au-delà de l'atelier, concrétisant à l'aboutissement de ce qui a été réalisé. Cela permet, également, de valoriser leur capacité à « faire du bon » et ainsi pouvoir accepter un retour positif sur leur réalisation.

PGA (groupe de psychothérapie) : travail de la relation à l'autre, soutien ses capacités imaginatives, expression des émotions.

Classe binôme :
- travailler la posture d'élève, en acceptant toutes les activités proposées, en arrivant au bout de l'activité.

- soutenir la scolarité en GS dans le domaine du langage, en travaillant la mise en corps et la mise en voix dans l'objectif de travailler la compréhension de textes. Dans celui de la découverte du monde, continuer le travail débuté sur la construction du nombre
- coopérer, faire ensemble et arriver à se détacher un peu de l'adulte

Accompagnement familial proposé :
Un rendez-vous mensuel avec le Dr [redacted] et Mme [redacted] est proposé à la famille pour parler de l'évolution de leur enfant et préparer l'orientation à venir. Nous proposons des rendez-vous avec Mme [redacted] alternance avec les entretiens familiaux (parents et enfants).

Projet à moyen terme, orientation envisagée :
C[redacted] bénéficier de sa dernière année de soin à l'hôpital de jour des Bourdettes et une orientation vers un SESSAD d'IME est proposé avec un dossier MDPH déjà constitué.

Inscription scolaire, partenariat social et médico-social :
C[redacted]est maintenu en grande section de maternelle à l'école de [redacted] alors que sa soeur jumelle a intégré le CP à l[redacted] avec une séparation un peu difficile à la rentrée pour les deux enfants.
La participation aux équipes éducatives et des liens téléphoniques entre la maitresse des Bourdettes et de l'école est en place, ainsi que des contacts avec le Dr [redacted] et l'AVS afin de travailler les particularités de C[redacted] et les aménagements à adopter.

Synthèse d'évolution prévue le : Courant 2019

3- Recueil de l'avis des responsables légaux

Mère :

Père :

4- DECISION DE PRISE EN CHARGE

Poursuite de la prise en charge avec relais vers un SESSAD d'IME en septembre 2019

Information donnée le : 13 novembre 2018. | Par :

Le médecin	L'enfant	Les responsables légaux
		Mère : [redacted] Père : [redacted]

- Enfin, des aménagements architecturaux prenant en compte les besoins des enfants autistes (hyper sensibilité sensorielle, besoin de repérages spatiaux, etc.)

Un travail d’équipe renforcé

- Grâce au partage clinique, en particulier autour des échelles d'évaluation :
  - Mise en place d'un langage commun et de partage de concepts
  - Meilleure appréhension et connaissance du travail des autres
  - Construction d'une clinique partagée avec des réponses co-construites :
    - Interrogation des mécanismes en œuvre chez l'enfant lors d'évaluations différentes de divers techniciens (angoisses? Aménagement de l'environnement? Etc.)
    - Mise en place d'outils spécifiques avec l'aide du « spécialiste » de l'équipe. Ex: les outils de communications non verbaux, les aménagements autour de la sensorialité
  - Meilleure dialectique entre les éprouvés cliniques et l'objectivation des difficultés

- Une pratique intégrative plus intégrée
  - Passage du millefeuille avec co-existence de pratiques différentes à une pratique réellement intégrative. Chacun s'imprègne et s'enrichit du regard de l'autre, pour le décliner dans son abord de l'enfant et de la famille
  - Mais, dans le respect de la spécificité de chacun

- Pour exemple, le travail de l'orthophoniste :
  - soutien de la mise en place des outils de communication augmentative sur les différents lieux de l'institution
  - Co-animation d'atelier , exemple atelier émotions

- ➲ Atelier coanimé par un éducateur spécialisé et une orthophoniste
- ➲ Travail de la reconnaissance des émotions
- ➲ Enrichissement de la boîte à outils
- ➲ Préalable à un travail intrapsychique
- ➲ Travail transversal sur les temps de classe, le groupe de vie par exemple

- Thérapie d'échange et de développement : augmenter, soutenir les compétences pré relationnelles (exemple : pointage, attention conjointe, tour de rôle…), alternance de séances par l'orthophoniste et par le référent de l'enfant

- Pour exemple, le travail de la psychologue :

  - Un respect des particularités spécifiques de l'enfant dans ses prises en charge psychothérapique

  - Un soutien dans la mise en place de méthodes centrées sur des outils développementaux (TED, PACT etc.)

→ Le regard clinique psychodynamique a permis une lecture des enjeux psychiques que représentaient pour chaque petit patient les attentes de la méthode. Ceci potentialise ses capacités évolutives et aide ainsi l'enfant à accéder à de nouvelles étapes dans son développement

→ Souvent comprendre ce qui se joue intimement pour un enfant autour des manifestations d'angoisse permet de rendre accessible pour lui la méthode proposée. L'outil développemental peut alors porter ses fruits

- Pour exemple, le travail de l'infirmière :

  - Une observation plus fine des difficultés des enfants soutenue par d'autres professionnels qui viennent observer les enfants sur le groupe

    → Apport des psychologues sur le repérage des angoisses et mouvements intrapsychiques

    → Apport des psychomotriciens sur le repérage des défauts de construction corporelle et les difficultés sensorielles

    → Apport de l'orthophoniste sur le repérage des difficultés de communication

  - Co-construction de réponses adaptées : aménagement de l'espace, outils visuels, etc.. avec appropriation des outils, passage d'outils protocolisés à des outils individualisés à chaque enfant

  - Une attention particulière aux changements de comportement qui pourrait être une expression inhabituelle d'un processus douloureux. Mis en place de tests antalgiques

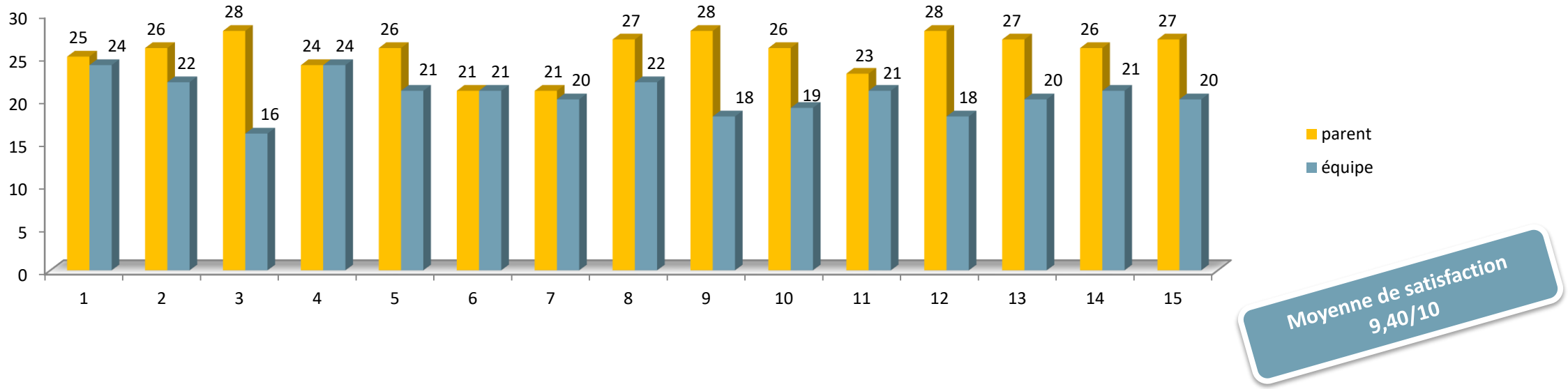
  - La participation à des ateliers croisés permettant une complémentarité des regards, pour exemple, l'atelier d'expression corporelle avec la psychomotricienne

La mise en place d'une posture de recherche

Une pratique validée par l'évaluation de la qualité du service par les familles (questionnaire de sortie) et par l'évolution des enfants

- Evaluation de la qualité du service par les familles
  - 7 items côtés 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



Moyenne de satisfaction 9,40/10

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

Évolution des enfants

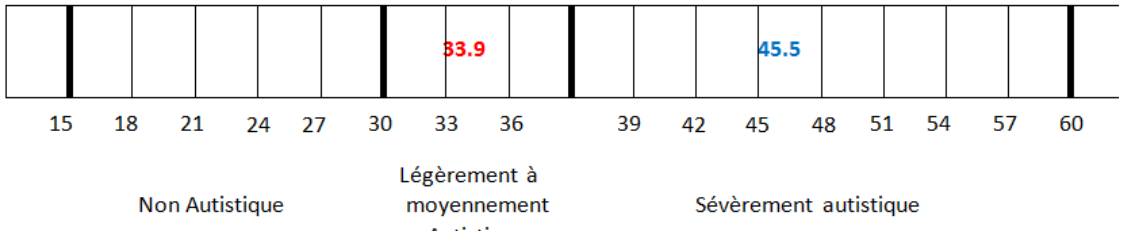
CARS

Les 15 items du CARS sont les suivants :

	ITEMS	Initiale	Finale
I.	Relations sociales	3	2.3
II.	Imitation	2.8	1.8
III.	Réponses émotionnelles	3.4	2.5
IV.	Utilisation du corps	2.9	2.4
V.	Utilisation des objets	2.9	2.2
VI.	Adaptation au changement	3.1	1.9
VII.	Réponses visuelles	3	2.1
VIII.	Réponses auditives	3	2
IX.	Goût-Odorat-Toucher (réponses et modes d'exploration)	3.1	2.6
X.	Peur, anxiété	3.6	2.7
XI.	Communication verbale	3.2	2.3
XII.	Communication non verbale	2.8	2
XIII.	Niveau d'activité	3.2	2.5
XIV.	Niveau et homogénéité du fonctionnement intellectuel	2.2	1.8
XV.	Impressions générales	3.4	2.7

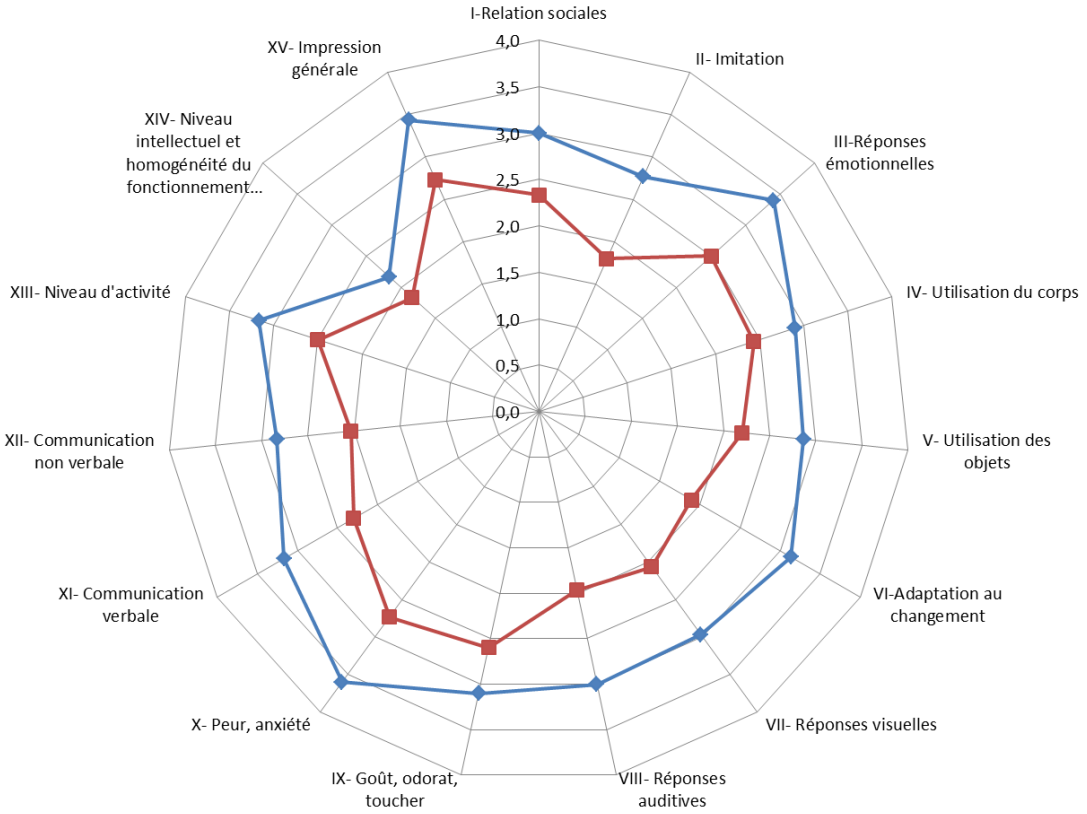
Notation : Les notations sont de 1 à 4. 1 marquant l'absence de difficultés.

Passation initiale :
Passation finale :



Commentaires :

Moyenne sur 15 enfants



ECA-R

Moyenne sur 15 enfants

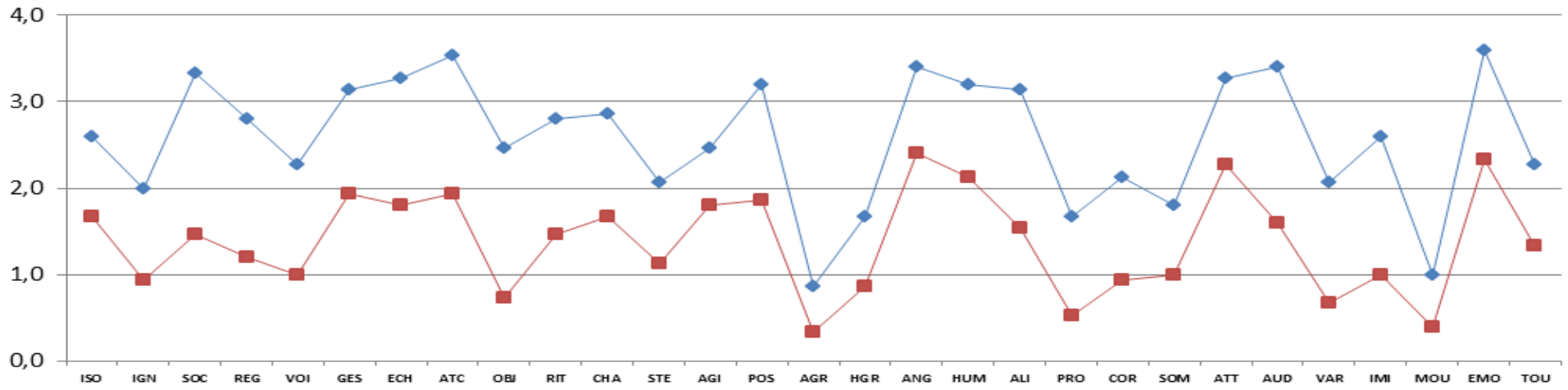
29 items au total – Extrait :

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

Notation :

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

Passation initiale :
Passation finale :



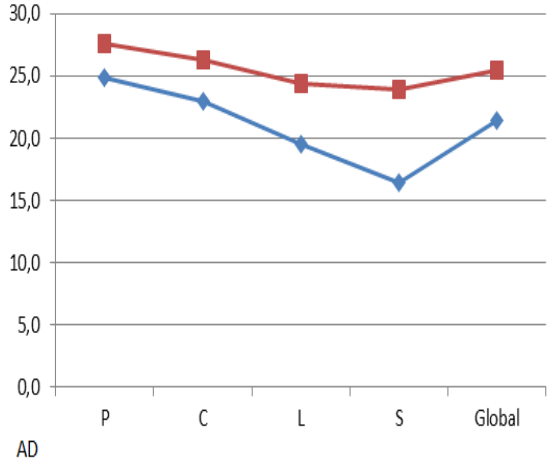
Commentaires :

	Passation initiale	Passation finale
Score :	74.73	39.47
Note déficience relationnelle :	37.40	19.07
Score insuffisance modulatrice :	6.73	4.07

Brunet-lézine

Moyenne sur 15 enfants

Passation initiale :
Passation finale :

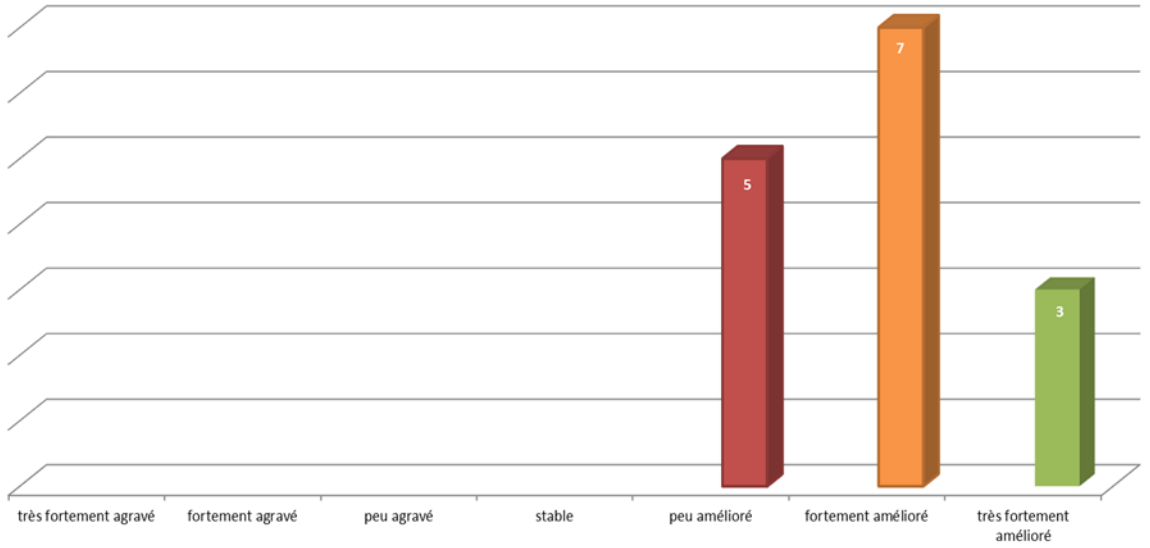


AD : Age de développement en mois : de 0 à 30

	P	C	L	S	Global
	Moteur ou Postural	Coordination Oculomotrice	Langage	Relations sociales	
Initiale	24.9	22.9	19.5	16.5	21.4
Finale	27.7	26.3	24.5	24	25.4

Commentaires :

Evaluation de l'amélioration globale par Chimical Global Impression (CGI)



Tous les enfants ont progressé

- Une posture de recherche : un dispositif toujours pensé comme perfectible

  - Une ouverture plus importante aux différents champs théoriques, une réactivité plus importante aux publications,

  - Un approfondissement du travail autour des outils alternatifs à la communication et de la sensorialité en articulation avec la CIPPA

  - Une majoration de la créativité dans l'équipe avec mise en œuvre d'outils et de médiations nouvelles

    Mais dans un processus d'évaluation et de remise en question qui interroge nos pratiques et nos valeurs soignantes

Pour exemple, la réflexion autour de la mise en place des outils visuels

- Une participation éventuelle à d'autres études. En particulier, PHRC autour de l'impact de la fatigue chez les enfants porteurs de TSA (CHU Toulon)

Une utilisation des films

- Valorisation de l’intérêt des films pour soutenir une observation partagée au sein de l’équipe (ADOS, PEP3, COMVOOR)

- …mais aussi avec les familles (reprise éventuelle de films anciens)

- A l’initiative des parents, réalisation d’un film de présentation du travail effectué aux Bourdettes destiné aux parents des enfants entrants sur la structure

Une attention accrue aux parents

- La passation d’évaluations parentales (initiales et finales pour l’étude), selon les mêmes critères qu’une évaluation par les soignants, leur confrontation source d’échanges, le visionnage commun des films ont modifié nos pratiques

Evaluation parentale initiale des difficultés de leur enfant (16 inclusions)

- 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)

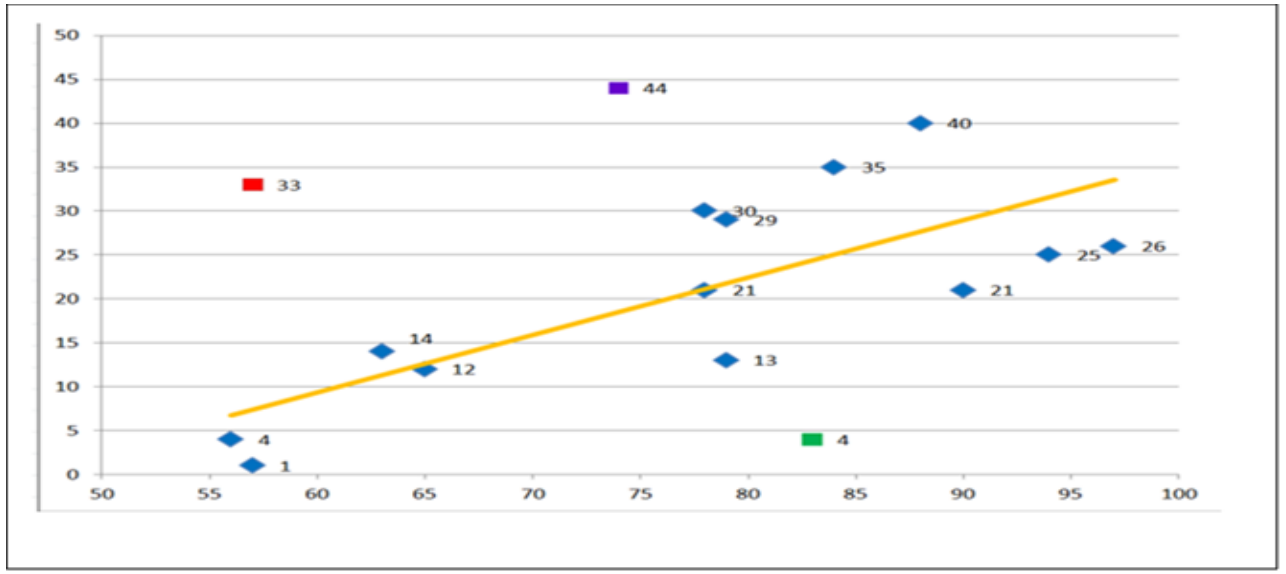
3 points singuliers en lien avec :

- l'histoire clinique (57/33)

- le suivi antérieur (83/4)

- une psychopathologie parentale avérée (74/44)

Ecarts

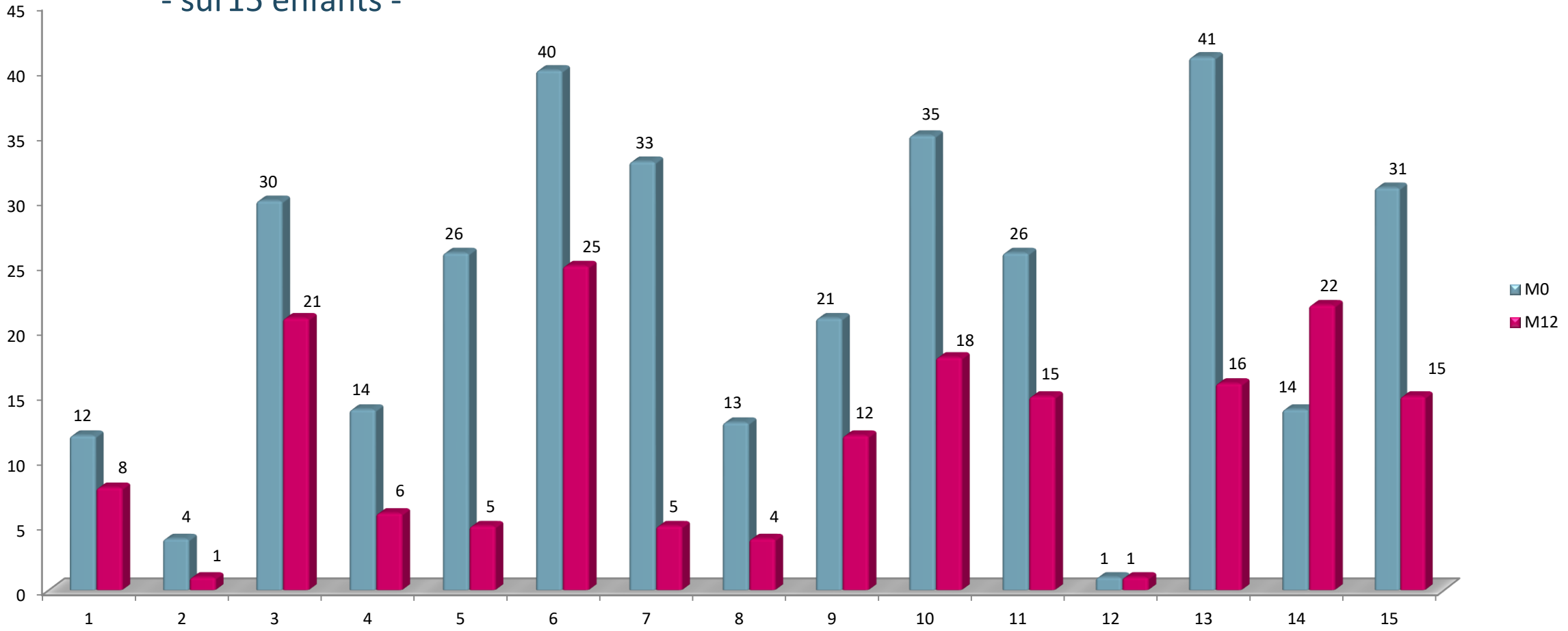


Gravité estimée par l'équipe

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 dénégation de survie

Evolution de l'écart au cours de la prise en charge
- sur15 enfants -



Une représentation de l'enfant par la famille et par l'équipe qui se rapproche…le plus souvent

- Renforcement du travail de co-construction avec les parents dans une complémentarité de regards. 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

  - Des entretiens, au minimum mensuel avec le médecin et l'assistante sociale
    - Transmettre nos évaluations, expliciter le projet de soin proposé (projet de soin écrit restituant les conclusions de synthèse, les évaluations fonctionnelles et détaillant pour chaque intervention, y compris les temps de groupe, les axes de travail)
    - Réfléchir ensemble au sens des difficultés de l'enfant et à la façon dont on peut l'aider à les atténuer. Soutien de l'ajustement parental
    - Partager des objectifs communs et réfléchir à leur mise en œuvre
    - Permettre aussi aux parents de parler d'eux, de déposer leur souffrance, d'énoncer leurs espoirs, parfois leur découragement

  - Des entretiens hebdomadaires avec le référent :
    - Liens autour du quotidien. Partager et ajuster les exigences éducatives

- 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.)

- Intensification des dispositifs d'accompagnement familiaux sous diverses formes

- Prise en compte des suggestions de parents : création d'un film, mise en place de rencontre avec des parents dont l'enfant est sorti, accueil des nouveaux parents par des parents « d'anciens »

Un soutien plus important de l'environnement

Un souhait de mieux partager notre connaissance de l'enfant et de mieux respecter ses spécificités autistiques

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
- Raccompagnement 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 » par les enseignantes spécialisées de l'hôpital de jour, des temps de classe dès que l'enfant est en âge d'entrer en maternelle
- Liens réguliers entre les enseignantes de l'hôpital de jour et les enseignants de l'école :
  - Mise en place d'objectifs communs et/ou complémentaires
  - Partage des aménagements à instituer
- Accompagnement éventuel sur certains temps par le référent de l'enfant lors de la mise en place de la scolarité
- Réunions régulières en présence des parents
- Rédaction d'un texte sur les précautions à prendre avec un enfant autiste scolarisé
- Organisation annuelle d'un temps de sensibilisation à l'accompagnement des enfants autistes pour les AVS et enseignants sur le site hôpital de jour

Pôle Guidance Infantile
Secteur de Psychiatrie Infanto-Juvénile N°III

Unité de Soins Précoces rattachée à
L'hôpital de jour des 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. Evitez 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...).
- Evitez 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 »

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 (hypersensiblité 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'angoisse. 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 stimulis 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 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.

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 Salvadour modifiée)
- Bilan somatique étiologique initial systématique (Audiogramme, Bilan visuel, EEG, examen neuropédiatrique)
- Consultation pédiatrique sur site à l'entrée de chaque enfant puis à la demande
- 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

QUELQUES REPERES

Pour une meilleure prise en compte des spécificités d'un enfant présentant un Trouble Envahissant du Développement en cas de soins somatiques.

PRENDRE SON TEMPS

- Passer quelques minutes avec l'enfant et avoir un temps d'échange avec ses parents est très important.
- Permettre, quand cela est possible, une mise en situation pour aider l'enfant à anticiper les soins.

CREER UN CLIMAT APAISANT

- Réduire au maximum le temps d'attente.
- Tenir compte des particularités sensorielles de l'enfant : sensibilité à la lumière, aux bruits, aux mouvements brusques, au toucher…
- Respecter les stéréotypies qui peuvent lui permettent de lutter contre l'angoisse.
- Permettre à l'accompagnant de rester auprès de l'enfant.

ETRE ATTENTIF A SA DOULEUR

- L'enfant peut être hyperalgique mais son expression de la douleur est souvent inhabituelle voire inexistante.
- En cas de soin, il est important de prendre des précautions antalgiques systématiques.
- Pour les affections réputées douloureuses, il convient de prévoir une couverture antalgique large.
- Lors de comportements inhabituels signalés par la famille (agitation, repli, augmentation des stéréotypies…) un test thérapeutique antalgique pourra être utilisé.

40

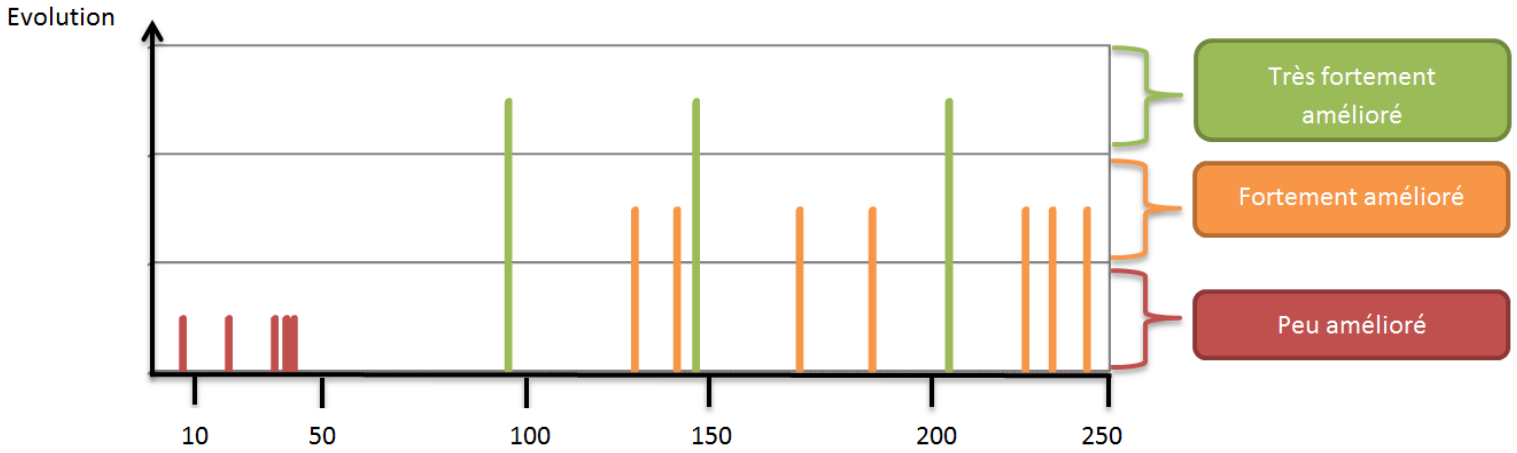
Un changement de pratiques au vu des résultats globaux

- Vis-à-vis des parents

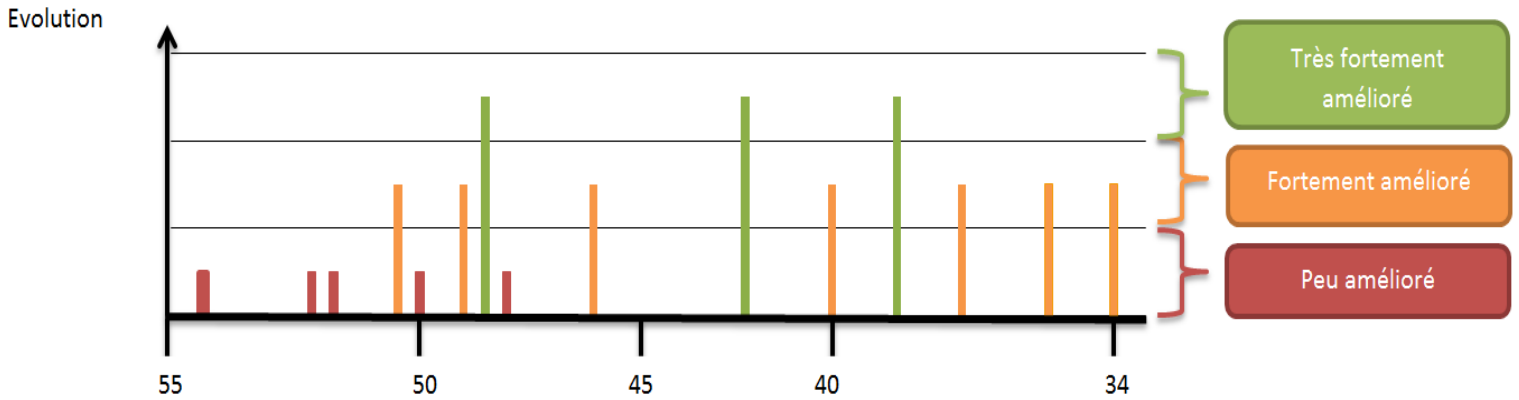
- Sur les indications d'hôpital de jour. Les enfants ayant un score particulièrement faible au PEP3 ne bénéficieraient-ils pas d'approches plus adaptées type IME spécifiques (tant au niveau de la contenance institutionnelle que des outils proposés) ?

- Des changements à venir après la restitution globale et nationale de cette étude (mai 2019)

- Corrélation entre une progression limitée et un faible niveau de développement établi au PEP3



Score développement PEP3 (communication + motricité + comportements inadaptés en rang percentile)



CARS initiale

Merci pour votre attention !

arsepa
action solidaire