n° 91-92
Déc. 2016
Mars 2017

POUR LA RECHERCHE

http://psydoc-fr.broca.inserm.fr

BULLETIN DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

8 €

Editorial

- Jean-Michel Thurin -

Évaluation des pratiques intégratives en Unités de soins infanto-juvéniles pour des enfants présentant un autisme typique ou atypique

Directeur de la Publication :
Dr J-J Laboutière
Rédacteur en chef :
Dr J-M Thurin

Comité de Rédaction :
Dr M.C. Cabié,
Dr N. Garret-Gloanec,
Dr D. Roche-Rabreau
M. Thurin

PLR électronique,
Comité Technique
J.M. et M. Thurin,
D. Vélea, M. Villamaux

● L'évaluation des psychothérapies et des interventions psychosociales a considérablement progressé au cours des trente dernières années. Centrée initialement sur des études expérimentales, portant sur la réduction de symptômes et comportements isolés, elle a intégré progressivement le paradigme de la complexité et inclut les études observationnelles naturalistes dans le répertoire des protocoles à haut niveau de preuve. Les études portant sur la réduction des troubles autistiques sont un exemple de cette évolution. L'étude de Lovaas (1987) mérite à ce titre d'être revisitée : une très petite population (19 enfants), des résultats contrastés entre enfants entrant dans le cycle scolaire normal d'une école publique (9 enfants), 8 fréquentant une classe réservée aux enfants avec trouble majeur du langage et 2 une classe pour les enfants autistes ; une procédure de contrôle et une explication très fragiles des composants actifs de la méthode. Mais aussi, deux atouts majeurs, la participation des familles et l'entrée préparée dans le cycle scolaire.

Ce numéro présente la recherche *« Evaluation des pratiques intégratives en unité de soins infanto-juvéniles pour des enfants présentant un autisme typique ou atypique ».* C'est une bonne nouvelle pour la recherche et c'est une bonne nouvelle pour les personnes souffrant d'autisme que des travaux soit engagés.

Plusieurs contributions constituent ce numéro. D'abord celle de Léa Ferrand, Nicole Garret-Gloanec, Fabienne Roos-Weil et Maria Squillante, investigateurs principaux de cette recherche. Elle en présente le positionnement, le déroulement et la méthodologie.

Anne-Sylvie Pelloux rapporte le questionnement des parents par rapport à engager leur enfant dans la recherche, de s'y engager eux-mêmes puisque la méthodologie implique leurs réponses à un questionnaire. Ce questionnaire est également rempli par les soignants. Une série de questions très intéressantes surgit, notamment devant les écarts de cotations entre parents et soignants.

Stéphanie Jedoux, Florence Pécot et Maria Squillante présentent comment le domaine de la communication est abordé à travers un atelier « conte ». À partir de trois modes différents : la lecture du conte, le conte sur support informatique et le jeu, l'enfant s'approprie l'histoire suivant ses propres intérêts et les possibilités qu'il a à sa disposition à ce moment.

Laurence Carpentier montre à travers le travail en hôpital de jour et des vignettes cliniques, les articulations mises en place entre les différents domaines qui entourent l'enfant (l'équipe, la famille, la médecine, le milieu ordinaire...) afin d'avoir une appréhension globale de l'enfant.

Enfin, Béatrice Miscopein et Anne Rozencwajg introduisent le dossier « synthèse PPI » qui décrit pas à pas, le cahier des charges de cette recherche. C'est tout à fait impressionnant !

La recherche *PREPS 2013* et celle menée dans le cadre du *Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques* montrent que la période durant laquelle la participation directe et l'investissement dans un travail de recherche, qui paraissait impossible, est révolue.

Il s'agit maintenant de poursuivre et d'amplifier le mouvement engagé, afin que ces travaux et les données qu'ils amassent trouvent une place pérenne. La DGOS, l'Inserm, la Direction Générale de la Santé, la Fondation de France ont apporté leur soutien direct à ce mouvement. C'est une démarche qui s'avère très positive. Souhaitons qu'elle se poursuive et se renforce. ●

Évaluation des pratiques intégratives en unités de soins infanto-juvéniles pour des enfants présentant un autisme typique ou atypique - présentation

L. Ferrand, N. Garret-Gloanec, F. Roos-Weil, M. Squillante *

Introduction

Cette recherche s'inscrit dans le cadre des démarches d'évaluation des thérapeutiques en santé mentale. Elle a pour cadre les unités de psychiatrie infanto-juvéniles qui ont mis au point des « dispositifs intégratifs », tenant compte des avancées récentes des connaissances et offrant soins, éducation et approche pédagogique. L'évolution des enfants autistes bénéficiant de ces dispositifs intégratifs est étudiée, afin de déterminer la validité des dispositifs cités. La méthodologie s'appuie sur des études de cas en situation naturelle. Les cliniciens engagés se constituent en réseau, entre eux et avec les chercheurs, dans le cadre d'une étude multicentrique. Le partenariat avec la FFP-CNPP (ses collèges de pédopsychiatrie et de recherche) a soutenu la constitution d'un réseau et son animation afin de faciliter sa réalisation multicentrique, avec pour établissement support le CHU de Nantes. Cette recherche a obtenu le soutien financier de la DGOS par l'intermédiaire d'un jury PREPS en décembre 2013. Elle a débuté en 2014 et terminera dans quelques mois l'ensemble de ses inclusions (cohorte prévue de 80 patients). Cette présentation est une description et un point d'étape.

1. Positionnement et contexte

a. Justification de l'étude

Les troubles envahissants du développement regroupent des situations cliniques diverses identifiées en huit catégories dans la CIM10 (Classification internationale des maladies). Les études épidémiologiques de Fombonne en 2009 (1) retiennent une prévalence des Troubles envahissants du développement (TED) de 6 à 7 pour mille, et de 2 pour mille pour l'autisme infantile alors que, d'après l'expertise Inserm de 2002 (2), la prévalence des TED est de 27,3 pour 10000 et celle de l'autisme de 9 pour 10000.

Les troubles envahissants du développement sont maintenant nommés dans la nouvelle classification DSM V, (et ils le seront probablement dans la CIM 11 à venir), « Troubles du Spectre Autistique » ; ils ont les mêmes critères diagnostiques.

L'augmentation globale de prévalence pourrait être liée à l'extension du concept de spectre, à une évolution des critères diagnostiques, à une meilleure connaissance des troubles de la part des professionnels et au développement du dépistage précoce. Par conséquent, cette pathologie constitue un réel problème de santé publique qui mobilise les professionnels, les familles et les pouvoirs publics. Elle nécessite une dynamique de recherche et d'étude tant sur le plan étiologique et la compréhension des mécanismes sous-jacents que sur le plan de la prise en charge sous son double aspect thérapeutique et éducatif.

Notre recherche porte sur les enfants diagnostiqués « autisme typique et atypique », soit un tableau symptomatique caractérisé et mieux délimité que celui de l'ensemble des TED ou plus encore des TSA.

La prise en charge de l'autisme en pédopsychiatrie a beaucoup évolué ces dernières années dans ses références théoriques comme dans les modalités de soins qui en découlent. La nécessité que les enfants, présentant des troubles envahissants du développement, bénéficient de soins aussi intensifs et aussi précoces que possible est clairement reconnue et consensuelle (3, 4, 5, 6).

Au-delà des positions qui ont pu être dogmatiques sur ce sujet, la pluralité des facteurs en jeu dans l'avènement de la pathologie autistique amène à mettre en place des réponses multidimensionnelles qui ne préjugent pas de la part d'éléments génétiques et environnementaux (7, 8, 9). Le corpus théorique psychodynamique de la psychiatrie infanto-juvénile et l'expérience des soins, en s'appuyant sur la relation, comme support de la compréhension et de la mise en récit des angoisses et des comportements, ont permis d'étayer les organisations institutionnelles et leurs médiations thérapeutiques (10, 11). Les connaissances et les méthodes de soins se sont enrichies des apports d'autres travaux. Les données des cognitions sociales, de l'empathie, de la théorie de l'esprit, de l'imitation (12), de l'équipement neurophysiologique (13) sont ainsi intégrées dans les modalités de traitement. Les spécificités de la pathologie autistique, telles que les modes particuliers de fonctionnement sensoriel, de l'organisation corporelle, de la pensée, du partage des représentations et des émotions par exemple, sont prises en compte dans l'abord des jeunes patients. La description des unités de soins, dans toute leur diversité, témoigne de l'évolution de leurs dispositifs vers des actions plus intensives, et pluridimensionnelles en lien avec l'actualisation des connaissances.

b - Les soins intégratifs

Les unités de soins infanto-juvéniles ont mis au point des dispositifs multidisciplinaires coordonnés ou dispositifs dits de soins intégratifs.

Cette approche se définit par un ensemble d'interventions coordonnées, proposées à un enfant appréhendé dans sa globalité et sa singularité, en relation avec ses parents et le milieu habituel de vie. Elle s'appuie sur des perspectives complémentaires : psychopathologiques, physiques et physiologiques et associe une pluralité d'interventions (thérapeutiques, éducatives, pédagogiques) et une pluralité coordonnée d'intervenants. Ces dispositifs ont été interrogés ces dernières années, en particulier parce qu'ils n'avaient été ni suffisamment explicités ni évalués. Les recommandations de bonne pratique de la HAS en 2012 (14) insistent sur l'importance de développer la recherche clinique dans le but de connaître à long terme les effets des interventions proposées.

Le plan autisme 2013 rappelle l'importance de la poursuite des recherches sur le développement des prises en charge fondées sur l'évidence scientifique dont l'évaluation des traitements thérapeutiques. La fiche action 27 « favoriser la recherche clinique sur l'autisme », en définit les axes dont certains soulignent l'importance des interventions précoces.

L'évaluation des thérapeutiques en santé mentale est un problème d'une grande complexité (15,16, 17) puisqu'elle ne repose pas essentiellement sur des traitements médicamenteux mais qu'elle allie des approches éducatives, psychothérapeutiques et pédagogiques (18, 19). Elle nécessite une méthodologie qui prenne en compte, en situation naturelle, la diversité clinique des cas et leurs spécificités, les processus cliniques en jeu, leurs effets et les variables qui les sous-tendent (20, 21, 22, 23). Dans le domaine de l'autisme, il est pratiquement impossible de définir des traitements efficaces de façon globale, sous forme de protocoles codifiés et reproductibles, du fait de la diversité des profils développementaux des patients, malgré des critères diagnostiques proches (24). Ces dernières années, deux études réalisées sur le sujet des thérapeutiques

dans le domaine de l'autisme ont contribué à la mise en place de cette recherche :

- le travail de l'Association de Psychiatrie Infanto-Juvénile de Bretagne (APIJB) en association avec l'Association pour l'Evaluation et la Formation des Psychiatres-Société de l'Information Psychiatrique (AEFCP/ SIP) : évaluation du parcours de soins des enfants autistes en unités infanto-juvéniles (2011).

- le réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapiques (Unité Inserm Thurin, Falissard) (25, 26) réalise des études intensives de cas, associant à l'étude longitudinale des changements, celle des médiateurs qui les sous-tendent et des modérateurs qui les conditionnent en partie. Elles montrent que ces méthodes peuvent aboutir à des résultats très intéressants (27, 28). Certains des outils du réseau de recherche sur les pratiques psychothérapiques et la réflexion de ses animateurs ont contribué à la mise en place de cette recherche.

Les soins, sous forme de prises en charge intégratives, telles qu'elles sont exercées en pédopsychiatrie, n'ont pas fait l'objet de recherche clinique. Leur caractère coordonné, multidisciplinaire et précoce sera évalué, pour la première fois, dans leurs effets cliniques à partir de plusieurs services de psychiatrie infanto-juvénile répartis sur l'ensemble du territoire français. La part réservée à la réflexion et l'élaboration constante entre les partenaires impliqués autour de l'enfant et sa famille (échanges et synthèses approfondis) est une composante essentielle des dispositifs intégratifs.

Cette recherche permettra donc une meilleure connaissance des pratiques cliniques intégratives, ce qui répondra à l'attente des professionnels et des usagers, des divers partenaires de santé publique, des tutelles ainsi que de la HAS.

Elle permettra également le renforcement de la formation des équipes participantes par les échanges entre pairs, et par l'acquisition de connaissances contribuant au développement professionnel continu interdisciplinaire. Une formation aux outils d'évaluation est préalable à l'engagement des équipes dans la recherche.

2. Déroulement de l'étude, originalité et points forts

a - Centres investigateurs et réseau institutionnel de recherche

De nombreux services se sont engagés pour participer à cette recherche (24 équipes), tous n'ayant pas pu être retenus, témoignant ainsi de la volonté des professionnels de service public à évaluer leurs pratiques et leur impact sur l'évolution des enfants.

Dans l'activité du réseau, la contribution de la psychologue chargée de la recherche et des chefs de projet du service de recherche du CHU de Nantes a été essentielle.

L'organisation en réseau a permis des rencontres régulières (tous les 3 à 6 mois) des centres investigateurs représentés le plus souvent par plusieurs membres de leurs équipes, avec une réelle participation de chacun à la mise au point de la recherche et une réflexion constante sur les données recueillies et leur valeur, sur la méthodologie et ses difficultés. Elles ont aussi constaté les effets positifs de la recherche sur le travail thérapeutique en terme de meilleure pertinence des interventions cliniques. Ces réunions du réseau ont soutenu l'intérêt du travail et débouché sur des perspectives ultérieures communes de travail théorico-clinique.

b - Place des parents

Le point de vue parental sur les progrès de leur enfant et de la qualité du service rendu sont essentiels dans les objectifs de cette étude. Le même outil d'appréciation est proposé aux parents et aux professionnels en début et en fin de parcours. L'évaluation parentale sera comparée à celle des soignants avec les mêmes critères. Un questionnaire parent, adaptation d'un outil, mis au point par la Tavistock Clinic (Tavistock and Portman NHS Trust (London)), a été formalisé, afin que leur point de vue, toujours pris en compte en pédopsychiatrie, soit plus lisible. Nous souhaitons ainsi, par les regards croisés des parents et des soignants, tant sur l'enfant que sur les soins, avoir un éclairage sur les représentations subjectives des uns et des autres au cours de la prise en charge.

c - Déroulé de l'étude de l'inclusion à la fin de la procédure : part des outils standardisés, de l'observation clinique structurée dans la construction du projet thérapeutique individualisé et son évaluation

Dès lors qu'un enfant relève des critères d'inclusion dans la recherche au sein d'un centre investigateur, dans les 3 mois après l'énoncé du diagnostic, les bilans d'évaluation à M0 doivent être réalisés.

Notre méthodologie se fonde sur l'évaluation de l'enfant dans les différents domaines de son développement selon des outils validés et recommandés. Les évaluations ont lieu en début et fin d'étude et à des temps intermédiaires. Elles permettent notamment d'évaluer l'ajustement des pratiques intégratives aux particularités et aux besoins de l'enfant, l'évolution de celui-ci étant un élément de l'évaluation de l'efficacité des pratiques.

Au delà des bilans classiques (PEP, CARS, Brunet-Lézine, ELO), l'observation clinique habituelle dans les hôpitaux de jour a été structurée afin d'homogénéîser son relevé. Son principe clinique reste sa réalisation par les professionnels de l'unité de soins.

Domaines évalués	Outils
Langage et Communication	Bilan orthophonique ELO de Khomsi
Sensori-moteur	Bilan psychomoteur de Brunet-Lezine
Interactions sociales	ECA-R 29 items
Comportements autistiques	ECA-R
Cognitif, globale	PEP3 131 items de développement et 43 de Comportement.
Angoisse, émotions et évaluation globale	CARS 15 items (ou sous CARS 15 items (ou sous échelles)

A la lumière des bilans fonctionnels et de l'observation clinique structurée, les soignants, sous la responsabilité du pédopsychiatre (investigateur), élaborent le projet de soin dont le relevé sera très précis dans le cahier d'observation numérisé.

Ce projet de soin s'appuie sur le travail effectué par l'APIJB (association de psychiatrie infanto-juvénile de Bretagne) et la SIP (Société de l'Information Psychiatrique) en 2011. Les modalités de soins en pédopsychiatrie pour les enfants souffrant de TSA sont décrites et formalisées par domaine. Huit domaines ont été définis : sensori-moteur, communication, sphère émotionnelle/angoisse/comportement, cognitif/pédagogie, éducatif/autonomie proximale, socialisation/autonomie distale, ressources familiales, suivi somatique et pharmacologique, articulations internes et externes.

Pour chaque domaine, il est exposé un rapide rappel théorique constituant un corpus commun en pédopsychiatrie à partir d'une lecture symptomatologique et d'hypothèses de compréhension du fonctionnement de l'enfant, puis sont définis comment les manifestations dans ce domaine peuvent être objectivées, avec quels instruments, enfin les interventions thérapeutiques qui sont en continuité avec cette analyse. La spécificité de ce document est non seulement d'asseoir le pourquoi et le comment du soin, mais aussi de mettre en évidence la plus value apportée par l'articulation institutionnelle entre les domaines spécifiques d'interventions auprès des enfants et les compétences des intervenants. Les parents y ont toute leur place ainsi que les partenaires extérieurs dont les liens sont pris en compte dans le processus.

Pour faciliter le choix des interventions et leur réalisation, un tableau à 3 colonnes a été construit avec une liste par genre d'interventions. Par domaine, une colonne explicite la symptomatologie, une deuxième les mécanismes de fonctionnement et la cible, la troisième, les activités/ateliers/actions thérapeutiques correspondants. La richesse de ce travail tient aussi au fait que l'appartenance d'une activité n'est pas limitée à un domaine, et qu'au sein d'un même soin plusieurs domaines sont travaillés à des niveaux différents en fonction de l'évolution de l'enfant.

Ce travail a permis de structurer la recherche sous l'angle du projet de soins. Le cahier d'observation permet ce relevé et rend précis le contenu du soin. Ce document est une aide à la décision, tant au moment de l'élaboration du projet de soin qu'à sa révision régulière lors des synthèses. Les facteurs externes significatifs, dont la liste est fournie, sont relevés afin de les prendre en compte dans l'analyse de l'évolution. Nous pouvons qualifier cet ensemble de soins en étoile dont le cœur permet la globalité et l'intégration des actions ainsi que leur évaluation grâce à la dimension pluriprofessionelle institutionnelle.

3. Méthodologie générale

Description, explication, choix de la méthodologie

Le projet « Evaluations des pratiques intégratives » est un projet de recherche non interventionnelle, c'est-à-dire sans intervention spécifique pour les patients participant à l'étude. Seules des données (données de soins ou à partir de questionnaires) sont donc recueillies à partir d'observations médicales.

Bien que le caractère de ce type d'étude ne soit pas interventionnel, des autorisations réglementaires doivent être obtenues avant le démarrage d'un tel projet, notamment pour la mise en place et l'utilisation du fichier qui contiendra les données à caractère personnel des patients inclus dans cette étude. Le projet a donc fait l'objet d'une demande d'avis au Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS) ainsi que d'une demande d'autorisation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL). Ce projet a également obtenu un avis favorable du Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé (GNEDS), démarche réglementaire non obligatoire mais fortement recommandée.

L'objectif principal de ce projet portant sur l'évaluation des pratiques intégratives, il semblait évident de soumettre ce dossier à l'appel d'offre de la DGOS intitulé « Programme de Recherche sur la Performance du système de Soin (PREPS) ». En effet, cet appel à projets cible principalement l'évaluation de pratiques existantes au sein des services de soins. De plus, la pathologie autistique fait actuellement partie des axes prioritaires des pouvoirs publics notamment à travers le « Plan AUTISME 2013-2017 ». C'est pourquoi cet appel d'offre répondait parfaitement à la thématique de notre recherche.

Avant l'obtention du financement, des échanges ont été effectués entre la DGOS et le CHU de Nantes, établissement responsable de cette recherche, notamment concernant l'absence de groupe contrôle. L'absence de ce type de groupe dans notre étude se justifie de la manière suivante : les pratiques intégratives, progressivement formalisées depuis quelques années au sein des services de psychiatrie infanto juvénile, n'ont, à ce jour, jamais été évaluées à grande échelle. L'objectif de ce projet est donc d'évaluer ces pratiques dans leur globalité pour voir si elles entrainent une amélioration de l'enfant atteint sur un an. Cette pratique est globalement celle de la pédopsychiatrie publique. Prendre un groupe contrôle de patients suivis par ces services en délivrant, par exemple, une partie (ou aucune partie) de la prise en charge ciblée sur un domaine et avec une seule technique alors que les enfants de ce groupe relèveraient d'une prise en charge globale en soin courant pose une question éthique. Par ailleurs, d'autres études justifient que les profils sont tellement singuliers qu'avoir un groupe témoin n'a pas beaucoup de sens. En revanche, afin de limiter au maximum les biais, l'évaluation principale sera contrôlée par deux professionnels indépendants.

a - Il s'agit d'une étude prospective multicentrique, en situation naturelle

Elle implique des équipes des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du territoire national qui partagent l'approche définie dans l'argumentaire de l'étude.

La recherche présente les caractéristiques suivantes :

- Étude portant sur les thérapeutiques,
- Étude multicentrique nationale,
- Étude non contrôlée,
- Étude en situation naturelle non randomisée,
- Étude ouverte,
- Étude prospective.

b - Objectifs retenus par le projet PREPS

1. Objectif principal et critères d'évaluation

Il est centré sur l'évaluation des pratiques de soin, à partir de l'évolution sur un an, d'enfants âgés de 3 ans moins 3 mois minimum à 6 ans et 1 mois maximum au jour de la signature du consentement par les parents, présentant un diagnostic d'autisme typique ou atypique (F 84-0 et F 84-1), soignés dans une unité de soins pratiquant les approches intégratives (Centre Accueil Thérapeutique à Temps Partiel CATTP, Hôpital de Jour).

Les critères s'appuient sur l'évaluation développementale dans le domaine de la cognition verbale et préverbale et des comportements inadaptés dans le domaine des expressions affectives des enfants entre le temps M0 (mois d'inclusion) et M12 (12e mois de suivi) selon l'échelle PEP 3.

2. Objectifs secondaires et critères d'évaluation

Il s'agit de réaliser :

- L'évaluation de l'efficacité des pratiques intégratives par analyse de l'évolution globale des enfants appréciée selon des critères cliniques et des outils d'évaluation validés et sélectionnés.

- L'évaluation 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.

Le point de vue des familles est apprécié par un questionnaire à M0 et à M12.

Il comporte un questionnaire préalable à la prise en charge avec 30 questions, un questionnaire à la fin de la période de l'étude avec 44 questions, une appréciation de l'état de l'enfant « comment qualifierez-vous l'évolution de votre enfant ? », avec 10 items cotés de 0 à 4.

- Une contribution à une homogénéîsation des pratiques de soins (dans le sens d'une explicitation des orientations des interventions en fonction des axes symptomatiques).

- L'appréciation de l'évolution globale de l'enfant par domaine de développement (langage et communication, sensori-moteur, interactions sociales, comportements, domaine cognitif, angoisses et émotions) à l'aide des échelles, ECA-R, CARS et des bilans orthophonique (ELO) et psychomoteur (Brunet-Lézine) à M0 et M12.

L'observation clinique structurée ou étude de cas comporte l'anamnèse de l'enfant, l'historique de sa prise en charge, les éléments du contexte de vie de l'enfant et de sa famille, les différents domaines de son développement appréciés dans la relation au soignant. Le projet de soins proposé est détaillé. Cet élément pourra faire partie d'une étude qualitative dont l'analyse ultérieure pourra être réalisée par un psychologue des sciences humaines.

Les enfants sont inclus après diagnostic validé selon les recommandations de la FFP et la HAS de 2005 et après information et consentement écrit des parents. La première évaluation de l'enfant par domaines est réalisée entre M -3 et M0 à

partir d'échelles validées. Le profil de l'enfant ainsi défini sera la base pour l'élaboration du projet de soin. Elle comporte également un questionnaire aux familles, aux professionnels et une évaluation interjuge. La même évaluation sera réalisée à M12.

Des évaluations intermédiaires à M3, M6, M9 s'appuient sur une échelle de comportement, l'ECA-R.

c - Critères d'inclusion

- Ce sont des enfants de 3 ans moins 3 mois à 6 ans et 1 mois maximum (jour du consentement) avec diagnostic F84.0 et F84.1 selon les critères de la CIM-10. Le diagnostic devra avoir été fait selon les critères établis par les recommandations sur le diagnostic (FFP/HAS 2005).

- Enfants pris en charge dans des unités de soins répondant aux critères définis de pratiques intégratives.

- Enfants recevant un volume d'heures d'intervention entre deux et quatre demi-journées par semaine.

- Avec le recueil écrit du consentement des parents.

e - Critères de non inclusion

Présence de co-morbidité telle qu'épilepsie, atteinte organique grave, somatique et sensorielle.

f - Calendrier de l'étude

Actions	M0*	M3	M6	M9	M12
Étape diagnostique = Diagnostic validé	X				
Consentement des parents	X				
Première évaluation (échelles CARS, PEP-3, ECA-R, bilans orthophonique, psychomoteur, questionnaires famille et professionnels, évaluation inter-juge, Cr de l'observation clinique structurée)	X				X
Tableau du projet de soins individualisé	X				
Indicateurs de changement de comportement (ECA-R), inventaire des facteurs externes		X	X	X	
Dernière évaluation = Sortie Dernière évaluation= Sortie d'étude					X

* M0 = Visite d'inclusion - 3 mois

4. Les questions soulevées par les choix méthodologiques

Dans l'élaboration qui a présidé à la construction de la recherche se sont posées de nombreuses questions sur les choix méthodologiques.

L'option a été prise de fonder l'étude sur l'expérience clinique des équipes : elles tirent leurs projets thérapeutiques des données de l'observation clinique associées aux évaluations reconnues et validées et communément pratiquées. La conceptualisation du fonctionnement autistique, sous l'angle d'hypothèses, est centrale dans l'analyse fonctionnelle des difficultés ; d'où l'étude de domaines-clés et de leur évolution sur un an.

Les pratiques intégratives ont un caractère de complexité dont l'évaluation n'apparaissait pas compatible avec la position de référence donnée aux essais contrôlés randomisés (ECR) dans les grades reconnus par la HAS. Le domaine exploré par cette recherche appartient en effet aux interventions thérapeutiques complexes (complexité de la symptomatologie et des interventions et nécessité d'adaptation de celles-ci). Ce champ clinique ne pouvait être étudié dans une perspective de simplification du traitement et une focalisation sur un trouble isolé. La pluralité des symptômes doit être comprise non comme comorbidité mais comme un ensemble symptomatique pris dans une boucle d'interactions réciproques.

D'autre part les ECR impliquent des groupes témoins et de comparaison, ce qui ne pouvait être retenu pour des raisons éthiques.

La recherche présentée a pour axes principaux la notion d'étude observationnelle en milieu naturel, l'examen de domaines-clés en les reliant à des hypothèses théoriques plurielles, l'observation clinique structurée qui reflète la diversité symptomatique en égard aux critères des classifications, les mesures multiples par des outils standardisés, l'étude de certains facteurs externes (« modérateurs »), l'ajustement des propositions d'interventions. Cette étude tente ainsi d'aborder la dynamique complexe à l'œuvre dans les pratiques intégratives, en se gardant de l'illusion d'un possible « modèle général ». ●

* L. Ferrand, ARC-Chef de projets RNI et SC Direction de la Recherche, Département promotion, CHU de Nantes. 5, allée de l'île Gloriette 44093 Nantes

N. Garret-Gloanec : investigateur-coordonateur, pédopsychiatre, chef de service, CNP-CHU de Nantes. 1 rue Marmontel, 44000 Nantes

F. Roos-Weil : investigateur-co-coordonateur, pédopsychiatre, Secteur 75I11 de psychiatrie infanto-juvénile de Paris, EPS Maison Blanche, 6-10 rue P. Bayle 75020 Paris

M. Squillante : investigateur-co-coordonateur, pédopsychiatre, CHU de Nantes. Centre psychothérapique pour jeunes enfants, 11-13 rue du Douet Garnier, 44000 Nantes

Remerciements au groupe de travail de la FFP-CNPP :

JM.Thurin, M.Thurin, MM. Bourrat et J. Chambry (Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et Disciplines Associées SFPEADA), C. Desobry (Association des Pédopsychiatres des Intersecteurs API) et M. Bydlowsky (Centre Ressource Autisme Fondation Vallée).

Remerciements aux investigateurs principaux :

R. Buferne ; L. Carpentier ; C. Chauvin ; E. Damville ; C. De Lorme ; D. Deyon ; O. Duretete ; C. Fourny ; L. Guibert ; J. Hassoun ; AM. Juteau ; S. Le Garec ; A. Legrand ; A. Marchal ; B. Miscopein ; AS. Pelloux ; AS. Pernel ; F. Roos-Weil ; AM. Royer; A. Rozencwaig ; M. Squillante ; V. Triffaux ; AM. Vaillant.

Bibliographie

1. Fombonne E. (2009) (18). Epidemology of pervasive developmental disorders, *Pediatric. Res* ; 65 (6) 591-8.

2. Expertise collective Inserm. Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. Paris : Inserm, 2002

3. Bursztejn C. (2009). Est-il possible de dépister l'autisme au cours de la première année ? *Enfance* ; 61(1) : 55-66.

4. **Delion P, Beucher A, Bullinger A, Carel A, Charlery M, Golse B, et al.** (2002). *Les bébés à risque autistique*. Ramonville Saint-Agne : Erès.

5. Fédération Française de Psychiatrie, Haute Autorité de Santé-Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme- Paris. FFP ; HAS- 2005.

6. **Fernell E, Hevall A, Westerlund J, Carlsson LH, Eriksson M, Olsson M.B, Holm A, Norrelgen F, Kjellmer L, Gillberg C.** (2011). Early intervention in 208 Swedish preschoolers with autism spectrum disorder. A prospective naturalistic study, Research in Developmental Disabilities, 32, 2092-2101.

7. 72e journées nationales de la SFPEADA-Psychopathologie et Neurosciences-5et 6 juin 2009- Lille

8. Bargiacchi A, Zilbovicius M. (2008). Imagerie cérébrale et autisme. *ANAE* ; 20(100) : 291-7.

9. Golse B. (2010). *L'autisme entre neurosciences et pychanalyse - enfance et Psy,* n°46 dossier : l'autisme aujourd'hui, ed Erès

10. Schmit G, Bouvet M, Hincky M.-O. (2008). Secteur de psychiatrie infantojuvénile. *EMC* - Pédopsychiatrie :1-20.

Suite Biblio, dernière page

Contribution des Parents

Intervention d'Anne-Sylvie Pelloux*

● Nous n'en sommes pas encore à la phase des résultats**, je tiens juste à vous faire part de mon expérience et de la réflexion que cette recherche a suscité pour nous.

Quelle a été la contribution des parents ?

Elle a été importante et décisive.

Le challenge n'était pas si évident. A peine entré à l'hôpital de jour, nous devions solliciter leur accord pour que leur enfant entre dans un « protocole de recherche ».

Les représentations, que nous avons les uns et les autres de la recherche, ne sont pas dénuées d'images négatives. Mon enfant va-t-il servir de cobaye ? Sera-t-il traité différemment des autres ? Et si oui, aura-t-il une perte de chance ?

Bien sûr, nous avons pu les rassurer. Il ne s'agit ni d'un médicament, ni de nouvelles modalités de traitement. Il s'agit d'évaluer nos pratiques.

Mais pourquoi évaluer nos pratiques ? Ne font-elles pas déjà l'objet de certitudes scientifiques ? En la matière, aucune preuve scientifique n'est de mise. Seulement des recommandations sont d'usage. Evaluer nos pratiques, s'inscrit bien dans une démarche scientifique. A l'échelle de l'enfant, comme à celle de l'outil, hôpital de jour, nous sommes toujours en quête d'une évolution la plus optimale qui soit.

Même si elle visait l'étude de nos pratiques, les parents ont bien perçu que la recherche se centrait sur leur enfant, qu'il pourrait lui-même en bénéficier par la mobilisation qu'elle suscitait autour de lui, par le biais des bilans, des questionnaires et des échelles.

Ils ont donc accepté avec une grande facilité pour la plupart et même enthousiasme pour certains. En tout cas, ce fut mon expérience et celle des collègues avec qui j'ai pu échanger.

Le questionnaire famille est venu sceller leur confiance dans le caractère sérieux de l'étude. Tenir compte de leur opinion concernant l'évolution de leur enfant et tenir compte de leur avis sur le service, légitime à juste titre leurs paroles et leurs vécus de parents.

Une place leur est donnée dans l'étude, pour l'évaluation de leur enfant, de son évolution, du service rendu, même si elle est subjective, et ce au même titre que celle donnée aux professionnels par le biais du questionnaire professionnel.

Nous avions expliqué aux familles qu'elles pouvaient envoyer leurs questionnaires remplis, directement au centre de recherche mais la plupart nous l'ont remis. Certaines nous ont aussi demandé des explications sur quelques questions.

La recherche a amené, de façon générale, l'occasion d'avoir encore plus d'échanges fructueux avec les parents.

J'aimerais m'intéresser à l'écart de cotation des questionnaires entre parents et professionnels. Je précise là encore qu'il ne s'agit pas de résultats mais *de premières impressions* qui ne se confirmeront peut-être pas.

Il me paraît quand même intéressant d'en discuter. Cela confirme surtout, la pertinence des chercheurs d'avoir mis en place dans leur méthodologie, ce double questionnaire parents-professionnels.

J'emprunte les données de ma collègue Laurence Carpentier qui a inclus beaucoup de patients et a tiré une première analyse de son expérience en Haute Garonne.

Elle a noté un écart dans la cotation des items entre parents et professionnels à M0 :

- plus important si les troubles sont sévères, notamment si le diagnostic est récent.

C'est-à-dire que les parents sont globalement plus cléments dans leur cotation que les professionnels, surtout si le trouble est sévère et le diagnostic récent.

Il existe un décalage particulièrement net sur certains items :

- concernant leur relation avec leur enfant :

« mon enfant me perçoit en tant que personne »,

« mon enfant s'apaise à mes réassurances »

- ou concernant la capacité de l'enfant à avoir du plaisir :

« mon enfant semble s'amuser lorsqu'il joue ».

J'ai moi-même fait le constat, qu'il existe un écart fréquent sur les items concernant le jeu de leur enfant :

« mon enfant aime jouer avec ses frères et sœurs ou ses pairs ».

Nous pouvons comprendre ces différences de perception de plusieurs façons.

Premièrement, l'enfant est différent à la maison. Il est dans son environnement familier, affectif, sécure, entouré de ses parents, de ses frères et sœurs. Il a ses repères, ses habitudes.

Deuxièmement, la relation et la communication sont souvent bien plus denses entre l'enfant autiste et ses parents, et même ses frères et sœurs qu'avec d'autres interlocuteurs, du fait du lien affectif.

Il peut s'agir *troisièmement* d'une forme de déni protecteur, surtout si le diagnostic est récent. Dans la mesure où ce déni n'est pas totale et n'empêche pas la mise en place d'interventions nécessaires, ce déni est non seulement protecteur pour les parents en les protégeant d'affects trop douloureux mais il est également protecteur pour l'enfant, car il lui préserve sa place d'enfant avant d'être autiste.

Mais là encore, restons prudent, car dans les situations de diagnostic récent, nous connaissons encore peu l'enfant et vice-et-versa. Il doit d'abord se familiariser avec les professionnels, les locaux, les rituels avant que nous puissions évaluer tout son potentiel. On ne parlera pas alors, de déni des parents, mais d'une absence de connaissance approfondie de l'enfant du côté des professionnels (à M0).

A M12, nous relevons que l'écart entre parents et professionnels devient moins important globalement, et que l'enfant gagne des points aussi.

Suite à notre réflexion précédente, nous pouvons dire que les professionnels connaissent mieux l'enfant, et vice-et-versa, et ce sans compter les progrès de l'enfant. Nous pouvons penser aussi, que les rencontres répétées parents-professionnels ont permis à chacun d'ajuster son regard respectif et d'accorder ses perceptions.

Et nous pouvons penser que ce rapprochement des perceptions soutient la compréhension mutuelle de l'enfant.

En dernier point, concernant l'évaluation de la qualité du service, nous avons fait le constat, que l'équipe « sous-estime » sa qualité du service par rapport aux parents, notamment lorsque les troubles restent sévères.

Peut-être peut-on en conclure que l'exigence est plus forte chez les professionnels et si tel est le cas nous pouvons nous en réjouir. ●

* Pedopsychiatre - Praticien hospitalier. Pôle Paris Centre Est, Hôpitaux Saint-Maurice

** Présentation de la recherche « Evaluation des pratiques intégratives en unité de soins infanto-juvéniles pour des enfants présentant un autisme typique ou atypique Autismes » PREPS 2013. 20 janvier 2017 à Paris

Domaine de la communication

Stéphanie Jedoux[1], Florence Pécot[2], Maria Squillante[3]*

* 1. Éducatrice, 2. infirmière, 3. pédopsychiatre. Hôpital de Jour du Douet Garnier, Secteur 2 de Psychiatrie Infanto Juvénile, CHU de Nantes chef de service Dr Nicole Garret-Gloanec.

● Dans l'ensemble des domaines, celui de la communication est étroitement lié à celui des interactions sociales ainsi qu'à celui du cognitif, il en est toutefois le socle nécessaire pour que l'enfant puisse développer toutes ses habilités.

Lors des observations cliniques, nous faisons attention et recueillons, pour chaque enfant, les acquis concernant la communication préverbale et verbale.

Dans l'approche du langage préverbal, registre de l'indication et du premier partage, nous nous centrons sur le regard, le pointage, l'attention conjointe, l'imitation, les mimiques, les gestes.

La communication passe par le canal des jeux d'imitation sociale et le faire semblant, dimension à laquelle nous sommes également très attentifs. Ces capacités vont de pair avec le soutien de la motivation de l'enfant à communiquer et à investir le langage verbal, qui lui, relève du registre de l'évocation, de l'écart entre le mot et la chose, de la subjectivité.

L'évaluation du langage verbal se fait d'une part sur son versant expressif avec les particularités bien connues chez les enfants autistes (inversion pronominale, écholalie, etc) et d'autre part sur son versant réceptif abordant les compréhensions verbale, sociale et de l'implicite.

La communication verbale fait aussi appel à la théorie de l'esprit, autre définition de l'accès à la méta-communication. Pour se représenter ce que l'autre pense, l'enfant doit passer par la reconnaissance et le partage des émotions, des siennes et celles des autres, par la compréhension de la causalité et de la temporalité. Toutes autres dimensions qui sont également explorées.

Ces évaluations soutenues par une observation fine de l'enfant dans ces divers aspects, nous permettent de proposer des interventions thérapeutiques ayant des caractéristiques précises dans leur forme et leur contenu.

La communication, intrinsèque à tout échange, est particulièrement « soignée » au sein de l'hôpital de jour comme dans les moments d'accueil et de départ, ou lors d'échanges devant l'enfant avec les parents (ou leurs représentants), lors des moments informels, autant d'occasions d'apprentissages « incidents » qui peu à peu forment le bagage communicationnel propre à chaque enfant.

Pour que l'enfant accède au sens et au plaisir de communiquer, un cadre stable, sécure est nécessaire. Les supports visuels favoriseront la mise en place de ces repères dans le temps et dans l'espace en assurant la prévisibilité, l'anticipation et la chronologie des évènements de sa vie quotidienne. Une fois l'enfant mieux inscrit dans la temporalité et la représentation de son environnement, il est alors plus disponible à la communication.

Nous vous exposons un exemple d'interventions qui ont été pensées pour cibler les différents aspects de la communication préverbale et verbale.

Les enfants de ce petit groupe sont suivis au sein de l'hôpital de jour déjà depuis un an. Ils sont maintenant capables de rester autour de la table, de pointer, d'avoir une attention conjointe, d'écouter une histoire.

Nous avons choisi, cette année, l'histoire de la petite taupe que nous déclinons à partir de trois supports : la lecture du conte, la reprise sur support informatique, le jeu (cf. encadré ci-dessous). Ce parcours permet l'expérimentation et la réalisation d'un chemin allant de la perception à la représentation.

Conclusion

Au travers d'un atelier structuré, s'appuyant sur l'analyse par domaine intégrant les différentes approches tant théoriques que pratiques, nous voyons comment chaque enfant, inscrit dans le processus, expérimente les étapes de l'appropriation de la communication. Le travail de soin, au sein de chaque atelier, ne s'en tient pas qu'à un seul domaine. Nous constatons combien les enfants travaillent avec l'aide des soignants aussi bien les interactions sociales, le sensori-moteur, le cognitif, la motricité fine, la transformation des émotions, la temporalité, que l'autonomie. La mise en forme finale a un sens dans un plaisir partagé. ●

Le Conte

L'histoire de la petite taupe est construite comme un conte : un héros, une quête, des aides, une résolution. Le récit est structuré ce qui permet de travailler la chronologie et le temps. La répétition des situations permet l'anticipation sur un fond de sécurité.
La voix du conteur forme l'enveloppe du groupe, les différentes intonations modulent l'histoire, permettent le repérage des émotions transmises par l'histoire.
Nous voyons que la disponibilité à l'écoute est différente pour chaque enfant ainsi que sa compréhension et l'appropriation du conte. Ainsi, un des enfants donne du sens à son récit avec les mots de l'histoire alors qu'au cours des premières séances il n'avait pas compris le sens ; un autre, encore écholalique, commence à faire siens les mots de l'histoire et à les utiliser dans son discours ; un troisième, qui ne parlait quasiment pas l'année dernière, jargonne avec enthousiasme et prononce de plus en plus de mots en lien avec le récit, et le quatrième, en position de retrait, semble avoir compris le sens mais il ne le partage pas.
Chaque enfant navigue, dans le conte, à son niveau de compréhension dans une expérience groupale, moment partagé autour d'un object commun.

Le support informatique

Les enfants s'installent devant l'écran de l'ordinateur, l'histoire est racontée, ils écoutent une autre voix que celles connues des adultes présents. Cette fois, grâce à l'informatique, le récit permet d'être acteur et de faire des choix. Chaque enfant regarde, pointe, choisit l'animal qui intervient dans l'histoire mais doit négocier avec les autres. Choisir oblige à parler en son nom, à partager les émotions, mouvement vers l'individuation.
Comme à la séquence précédente, les enfants participent à des niveaux différents : le pointing, qui peut se perdre dans une forme de sensorialité, peut traduire réellement ce que l'enfant choisit et l'amener à repérer la conséquence de son action. Le regard peut se perdre dans le vague puis être animé et vraiment adressé à l'interlocuteur.

Mise en scène du conte

Les enfants entrent en scène via les figurines des animaux qu'ils choisissent, ils racontent l'histoire avec d'autant moins d'appréhension qu'ils sont derrière leur personnage. Cette fois les enfants investissent l'espace, avec participation du sensori-moteur dans l'animation des figurines.
Participation active, parfois, précipitation pour certains enfants, retrait quelquefois, jusqu'à évoquer le signe du cube brûlant pour d'autres, l'engagement est encore une fois différent pour chaque enfant.
A travers ce jeu, troisième temps de l'atelier, l'enfant expérimente les mots, la phrase, l'intonation, la théâtralisation, les émotions, la représentation du conte, ensemble qui constitue peu à peu les différents niveaux de la communication.

Les articulations au cœur des pratiques intégratives : Spécificité et fondement du travail en hôpital de jour pédopsychiatrique

Laurence Carpentier*

Introduction

Articuler selon le dictionnaire, c'est joindre, relier harmonieusement ou assembler des pièces de manière à permettre leur mouvement l'une par rapport à l'autre. Articuler en hôpital de jour intègre ces deux dimensions, l'harmonie dans le lien, mais aussi la notion d'interdépendance ou plutôt de synergie (création de valeur résultant de la coopération de plusieurs entités). Articuler va au-delà de la coordination, c'est co-construire, chacun s'imprégnant et s'enrichissant du regard de l'autre pour le décliner dans son abord de l'enfant et de sa famille.

L'accompagnement de l'enfant repose sur un trépied thérapeutique : le projet de soin déployé au sein de l'hôpital de jour, avec ses trois dimensions (éducative, thérapeutique et pédagogique) ; le travail avec la famille ; le soutien à l'intégration en milieu scolaire. Leurs déclinaisons reposent sur des articulations multiples au service et autour de l'enfant. Ces articulations permettent de lutter contre les effets de fragmentation, garantir la cohérence du projet de soin, la prise en compte globale de l'enfant. Elles préviennent les effets de découragement des professionnels, étayent leur investissement de l'enfant. Elles enrichissent nos connaissances permettant une amélioration de nos savoir-faire et de nos savoir-être. Elles répondent ainsi mieux à nos objectifs pour l'enfant (favoriser sa construction psychocorporelle ; freiner, réduire l'ampleur voire arrêter le processus autistique ; soutenir son intégration sociale) et pour sa famille (étayer la parentalité mise à mal par les difficultés de l'enfant ; permettre aux parents et à la fratrie de sortir du traumatisme, de « faire avec »).

Nous allons décrire la façon dont ces articulations se déploient dans les pratiques intégratives d'un hôpital de jour toulousain (Hôpital de Jour des Bourdettes), qui accueille essentiellement des enfants de 30 mois à 7 ans, présentant des troubles du spectre autistique avec troubles associés.

Les articulations au niveau de l'équipe

L'articulation entre les *diverses références théoriques* soutient une pratique intégrative.

Notre équipe se réfère à plusieurs corpus théoriques. Au niveau de l'enfant, nous associons des approches neuro-développementales et neuro cognitives éclairant le développement des enfants et les « spécificités » des enfants autistes, et des approches psychanalytiques et psychodynamiques éclairant la construction psychocorporelle, la sensorialité, la nature des angoisses. Au niveau de la famille, nous associons des approches psychodynamiques et des approches interculturelles pour aborder la diversité des familles. L'usage des théories n'est pas dogmatique mais enraciné dans une pratique clinique attentive à l'expression des phénomènes psychiques en situation. Le choix, le recours à une théorie est corrélé à sa possibilité de nous offrir des modélisations éclairantes aux problèmes cliniques rencontrés, modélisations qui sous-tendent nos abords thérapeutiques.

Vignette clinique

Le même symptôme peut ainsi appeler des réponses différentes selon la lecture que l'on en a.

• *Antoine présente de graves crises d'angoisse lors des passages et changements d'activités. Les débordements émotionnels sont majeurs, Antoine hurle, se jette sur le sol. Un travail autour de l'anticipation, à l'aide de l'utilisation de pictogrammes et du timer et une attention portée à la limitation des imprévus se sont mis en place à l'hôpital de jour et à domicile. Les temps de passage ont été réfléchis, Antoine passe d'un lieu à l'autre avec son pictogramme à la main, il n'attend plus ses parents ou le taxi dans la salle réservée à cet usage mais sur son groupe et c'est rassemblé dans les bras de sa référente qu'il est accompagné jusqu'au taxi et y est installé. Ces aménagements, s'enracinant dans des pratiques cognitivo-comportementales ont permis un apaisement des crises.*

• *Louis présente de graves crises d'angoisse. Il s'agite, se perd dans son agitation, crie lorsqu'il est confronté à une ambiance trop sonore ou trop excitée. Il n'a, par ailleurs, aucune disponibilité à la relation lorsque l'environnement est visuellement surchargé. Une réflexion s'instaure sur les aménagements à mettre en place pour prévenir les intrusions sensorielles et favoriser sa disponibilité (installation dans des petites pièces « neutres », proposition de temps individuels, utilisation d'un paravent en vichy saturant la dispersion visuelle, retrait de Louis du groupe lorsque l'ambiance ne lui est pas supportable). Un travail autour des flux sensoriels est institué autour des prises en charge psychomotrices médiatisées (cocooning, pataugeoire). Les références théoriques qui sous-tendent cet abord sont les travaux en lien avec la sensorialité et la sensorimotricité et en particulier les travaux des sciences cognitives.*

• *Amélie présente de graves crises d'angoisse, elle hurle, se jette sur le sol. Il est extrêmement difficile de la rassembler (impression d'une enfant en morceaux) et de l'apaiser. L'équipe ne repère pas ce qui suscite ces crises : transition, problématique sensorielle, réminiscence d'une absence de sa mère (peut alors hurler « maman »), emploi du temps trop serré et trop demandant ? Les différents aménagements n'apaisent pas cette enfant. Nous proposons un travail pour l'aider à se rassembler corporellement, à récupérer l'unité de son corps. Chaque jour une médiation corporelle lui est proposée, « bain thérapeutique » avec une psychothérapeute et sa référente ou « cocooning » avec la psychomotricienne. Le niveau d'angoisse nous a conduit à préconiser également un traitement par Risperidone® qui a été refusé par la famille. Au bout de plusieurs semaines, la fréquence des crises diminue, celles-ci deviennent exceptionnelles. Les références théoriques qui sous-tendent ce travail sont celles autour de la construction psycho-corporelle, la notion de non intégration du schéma corporel et celle de la construction du moi corporel de Geneviève HAAG.*

L'appropriation des approches neuro-développementales et neuro-cognitives ont conduit à 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, une attention a été portée à la mise en place d'un cadre formel accessible et compréhensible dans le temps (déroulement prévisible, rituels, planification des tâches, utilisation de stratégies visuelles, emploi du temps, timer…), et dans l'espace (lieux différenciés, séparation des espaces repas et des espaces jeux). Une réflexion s'est instituée autour de la prévention des excès de stimulations sensorielles, en particulier auditives mais aussi visuelles. Le nombre d'enfants accueillis par groupe a été diminué, la décoration a été épurée, de petites pièces neutres pour des prises en charge individuelles ont été mises en place. La circulation au sein des

locaux a été repensée pour faciliter le repérage et l'anticipation des enfants (mise en place d'une circulation différenciée - selon que l'enfant vient de son groupe ou qu'il est amené par ses parents - pour accéder aux bureaux de consultation et de psychothérapie).

L'observation clinique partagée par l'ensemble de l'équipe permet *le repérage des particularités propres à chaque enfant* (sensorialité, 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.).

Chaque membre de l'équipe, quelque soit sa fonction, est attentif au respect de ces spécificités et à l'utilisation des outils mis en place sur l'ensemble des temps de prise en charge.

Pour notre équipe, *le respect des spécificités autistiques* apporte aux enfants *une sécurité de base*, un apaisement à partir duquel se déploie le soin psychique dans ses deux dimensions, développementale/cognitive, et psychodynamique. *Le travail relationnel* reste pour tous, *la 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, la mise en mots et en récit (on commente émotionnellement, on raconte, « on fait lien »).

Vignette clinique

Si le cadre théorique des psychothérapeutes de l'institution reste référé à la psychanalyse inspirant leurs commentaires interprétatifs, il tient compte des particularités des enfants avec autisme.

• *Lila, 5 ans, a besoin de quitter son groupe de vie et suivre son psychothérapeute pour pouvoir se représenter ce qui l'attend. Elle emporte, bien serré dans sa main, le pictogramme de la thérapie qui évoque le bureau et le thérapeute. Son thérapeute commente le trajet d'une voix calme et en décrit les étapes : ouverture des portes, montée d'un escalier, passage devant le secrétariat, personnes éventuellement rencontrées. Dans le bureau de thérapie, une attention particulière est portée à l'aménagement de l'espace (jouets en nombre restreint, limitation des bruits, chaises adaptées). Le thérapeute ajuste l'intonation de sa voix, ses modulations, le ralentissement du débit. Les verbalisations sont simples, les commentaires un peu théâtralisés de façon à communiquer leur impact émotionnel. S'il intervient de façon active pour aider à la figuration, le thérapeute doit respecter les replis nécessaires de Lila qui résultent d'une trop grande tension dans la relation. L'utilisation du Timer permet à Lila d'anticiper la fin de sa séance.*

*Des approches différentes sous-tendent les diverses médiation*s et abords proposés à l'enfant. Pour exemple, les thérapies d'échanges et de développement pour soutenir l'émergence des prérequis à la communication chez les enfants non-verbaux, ou bien les ateliers « Emotions » et « Habiletés sociales » pour favoriser la compréhension du monde environnant se réfèrent à des approches neurocognitives ; certaines rééducations orthophoniques ou psychomotrices, la scolarité interne à des approches neuro-développementales ; les psychothérapies à des approches psychanalytiques.

Vignette clinique

Atelier émotions

Quatre enfants participent à cet atelier accompagnés de deux adultes (une orthophoniste, un éducateur). Cet atelier a été pensé pour des enfants ayant des difficultés dans le repérage et la compréhension de leurs propres émotions et de celles des autres.

L'atelier se déroule en deux temps :

• L'humeur du jour : assis autour d'une table, chaque enfant et chaque adulte dessine un smiley représentant son humeur du moment puis à tour de rôle, présente son dessin au groupe et si possible exprime son humeur au groupe voire l'explicite. Cela donne lieu à un récit qui soutient un échange verbal entre les enfants. Ces petits dessins sont collés sur un tableau qui permet de garder une trace, d'inscrire une narrativité.

• Les temps de lecture d'un album : cette seconde séquence est initiée par un rituel. Les intervenants soufflent sur une plume après avoir déclamé une petite phrase annonçant l'entrée dans un moment de partage des émotions autour d'un support concret.

L'histoire est lue plusieurs fois, sur plusieurs séances et pourra se décliner en jeux de rôle, mimes, temps d'échange sur les émotions racontées. Par des expressions verbales mais aussi non verbales (mimiques, gestes…), les émotions sont expérimentées puis comprises. Le rituel de la plume est repris pour terminer cette séquence.

Grâce à cet atelier, les enfants se constituent une « boite à outils » leur permettant de décoder leurs propres émotions et celles des autres. La compréhension, l'intellectualisation leur facilitent l'appropriation de leurs ressentis. Leurs expressions spontanées s'enrichissent permettant à certains enfants de ne plus recourir à l'écholalie différée. La généralisation dans la vie quotidienne, à l'hôpital de jour est favorisée par la participation d'un éducateur à ce groupe.

Vignette clinique

Séance de petit groupe analytique

Des travaux de rénovation ayant été engagés dans notre établissement, l'équipe se mobilise pour aider les enfants à faire face aux changements que cela implique. Les thérapeutes sont sensibles au comportement de Gaël pendant la séance du petit groupe analytique.

• *Gaël est extrêmement agité, jetant les jouets, comme animé d'une « folie destructrice ». Il nous dit qu'il est la vilaine sorcière et qu'il est en enfer. Un des thérapeutes va donner sens à cette agitation et à cette identification au « mauvais ». Il se souvient que les enfants ont visité les locaux rénovés le matin même. Le lieu de thérapie groupale ne sera plus le même dans quelques semaines. Il énonce ce qui lui semble pouvoir être le ressenti de Gaël, celui-ci craindrait que le « petit groupe » disparaisse, soit englouti à jamais et cela l'inquièterait beaucoup. Cette interprétation touche juste et le comportement de Gaël se modifie. Il trouve également un écho chez les autres enfants. Gaël dit qu'il est désormais une sorcière gentille, il rejoint le groupe installé sous des couvertures, se blottit contre ses camarades et tous décrètent que la sorcière est le thérapeute. D'abord sorcière méchante, il deviendra sorcière gentille. De l'identification à l'agresseur, à la projection au dehors, des transformations s'opèrent et favorisent l'apaisement.*

La mise en œuvre de ces articulations s'enracine dans le *fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire.* Le travail est partagé au quotidien, ce qui permet un enrichissement par les apports spécifiques des uns et des autres. Soignants et techniciens interviennent sur les médiations, ateliers, temps d'accueil, repas thérapeutiques, sorties et séjours. Une psychomotricienne intervient lors des ateliers à médiation corporelle (poney, escalade, piscine, pataugeoire), l'orthophoniste intervient sur l'atelier Emotions et l'atelier Conte, l'enseignante sur le Petit Journal. Les séances de thérapies d'échanges et développement sont mises en place en alternant une séance avec l'orthophoniste et une avec le référent de l'enfant (infirmier ou éducateur), le travail sur les bains thérapeutiques est effectué par un psychothérapeute et le référent de l'enfant.

Vignette clinique

La participation des psychomotriciens aux temps de repas a permis une réflexion sur l'installation des enfants qui étaient soit installés sur des rehausseurs à des tables ordinaires soit sur

des petites chaises à des tables d'enfants. Comment les installer pour les rendre disponibles à ce moment bien difficile pour nombre d'entre eux ? Le calage du dos, pour leur permettre de ressentir leur arrière-plan, mais aussi l'entour de leurs côtés et la nécessité d'un repose pieds ont été actés comme des préalables pour leur permettre d'être suffisamment bien dans leurs corps. Notre souci de favoriser aux enfants pris en charge une généralisation de leur progrès dans le milieu familial, nous a conduit à l'achat de chaises Tripp Trapp (qui soutiennent le dos, offrent un calage du corps et des repose pieds) utilisables dans leur milieu familial.

La réflexion partagée est une dimension essentielle qui sous-tend le travail d'équipe. Elle permet une mise en commun (reprise clinique des éléments repérables manifestés par l'enfant dans les différents espaces de l'institution), un partage du sens, une analyse des manifestations cliniques de l'enfant, une réflexion sur les aides à apporter. Elle permet un 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. Elle permet aussi de réfléchir à la façon dont on peut aborder cet enfant, en particulier lors des commentaires émotionnels (Peut-il les supporter ? Peut-on s'adresser directement à lui ou faut-il mieux parler de lui de façon plus informelle ? Les entend-t-il mieux lorsqu'ils sont énoncés ou chantonnés ?). Elle étaye enfin le travail d'élaboration des contre-attitudes des professionnels, générées parfois par la difficulté du travail avec ces enfants en si grande souffrance.

Vignette clinique

• *Henri présente un autisme typique avec préservation cognitive. Cet enfant, initialement très angoissé, s'est apaisé. Il est beaucoup moins intrusé sensoriellement et son enveloppe corporelle s'est constituée. Il a bien évolué au niveau de sa communication, de sa restauration cognitive avec une intégration scolaire de qualité, de ses capacités de relation avec les autres même si elles manquent encore d'ajustement, de l'élargissement de ses champs d'intérêt. Néanmoins, le monde des émotions lui reste encore étranger. Alors que les années précédentes, la priorité avait été le travail psychocorporel pour soutenir l'apaisement d'Henri, cette année, la priorité est donnée au monde des émotions. Ce travail sera décliné par tous. « L'atelier émotions » favorise sa compréhension intellectuelle des émotions et leur causalité. « L'atelier d'expression corporelle » où l'enfant mime et aborde le champ émotionnel via son corps le familiarise avec le ressenti corporel de ses émotions. L'enseignante spécialisée travaille à partir d'albums parlant d'émotions et en particulier de leurs couleurs. En orthophonie, sont abordés le vocabulaire des émotions mais aussi leur causalité, la façon de les raconter à partir de vignettes à mettre en ordre. Sur le groupe, la lecture et le commentaire des livres par les soignants permettent à Henri de les aborder avec une distance prévenant toute intrusion. Les commentaires émotionnels des soignants sur ce qu'il ressent mais aussi sur ce qu'eux même ressentent ou sur ce que peuvent ressentir d'autres enfants, le lien énoncé entre les événements étayent son appropriation de cette dimension. Enfin, la psychothérapie analytique pluri hebdomadaire l'aide à différencier ses ressentis, à faire lien avec ses émotions, ses affects.*

De nombreux temps soutiennent cette réflexion. Les réunions de concertation pluridisciplinaires sont pluri-hebdomadaires en sous-groupes ou en équipe complète. Ces temps d'équipe permettent également la réactualisation de l'état des connaissances, le partage d'articles, un travail à partir de films réalisés lors des bilans (ADOS, PEP 3) ou lors de certaines prises en charge (thérapie d'échange et de développement). Cette modalité de travail a initialement suscité des craintes, l'expertise clinique qu'elle a apportée à chacun en permettant d'affiner son observation a permis de vaincre les résistances initiales. Chaque membre de l'équipe bénéficie, chaque semaine, d'un temps d'écriture et d'élaboration d'après-coup des ateliers médiatisés avec un psychologue ou un médecin d'équipe.

Des supervisions régulières ponctuent et enrichissent notre réflexion. Enfin, outre les formations individuelles dont le choix décline le projet d'équipe, nous bénéficions de formations d'équipe afin de soutenir la construction d'une pensée commune (par exemple, formation de l'ensemble de l'équipe aux outils de communication augmentatifs ou alternatifs et participation de plusieurs membres de l'équipe au congrès CIPPA avec rédaction d'un compte rendu de chaque intervention, travaillé ensuite en équipe).

Ce fonctionnement d'équipe permet de *décliner les étapes essentielles de la prise en charge de l'enfant :* l'observation clinique initiale partagée, complétée par des évaluations fonctionnelles qui précisent la nature des difficultés de l'enfant, ses émergences ; l'élaboration d'un projet de soin personnalisé ; les réévaluations et ajustements réguliers du projet de soin. L'observation clinique structurée est un préalable pour construire le projet de soins. Une observation détaillée a été élaborée en équipe autour de plusieurs axes : somatique, développement, relation, communication verbale, communication non verbale, utilisation du corps, activités/jeux, sensorialité, émotions/angoisses/peurs, cognition, autonomie/quotidien. Le projet de soin est bâti à partir de cette observation autour de cinq domaines : Sensori-moteur, communication, émotions - angoisses, pédagogique, socialisation - autonomie.

Les articulations avec les familles

L'articulation avec les parents est un axe essentiel de notre projet. 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. Les parents connaissent mieux leur enfant que nous et nous apportent des données précieuses, nous connaissons mieux la nature des troubles qu'il rencontre.

Accueillant des jeunes enfants, souvent non verbaux, du moins au début de leur prise en charge, nous avons le souci de permettre aux parents d'avoir une représentation de ce que vit leur enfant au quotidien. Les liens revêtent différentes formes : visite de la structure, portes ouvertes, cahier de liaison qui témoigne du quotidien de l'enfant, échanges hebdomadaires avec le référent, albums photos suite aux séjours thérapeutiques, journal de l'institution, cahier de classe remis à chaque vacance, etc.

L'accompagnement des parents est intensif, nous demandons aux parents d'accompagner au moins une fois par semaine l'enfant. Des entretiens, lors de cet accompagnement, avec le référent de l'enfant permettent des liens autour du quotidien mais aussi de partager et ajuster au mieux, les exigences éducatives aux possibilités de l'enfant. Le médecin reçoit les familles de façon bimensuelle à l'entrée, puis au moins mensuelle. Il transmet les évaluations, explicite le projet de soin proposé. Ces temps permettent une réflexion commune sur le sens des difficultés de l'enfant et la façon dont on peut l'aider à les atténuer. Ils permettent le partage des objectifs communs, la réflexion sur leur mise en œuvre et soutiennent ainsi l'ajustement parental. Ils permettent aussi aux parents de parler d'eux, de déposer leur souffrance, d'énoncer leurs espoirs, parfois leur découragement.

Notre *projet de soin* est dorénavant *écrit et remis aux familles* chaque année. Il restitue les conclusions de synthèse, les évaluations fonctionnelles au fil des années de prise en charge. Il détaille pour chaque intervention, y compris les temps de groupe, les axes de travail. C'est un outil pertinent qui soutient les échanges entre les parents et l'équipe, permet aux parents de discuter nos remarques et observations, d'avoir une plus juste représentation du travail effectué auprès de leur enfant, de témoigner du chemin parcouru, même dans les périodes de découragement.

D'autres modalités de suivis sont proposées aux familles en fonction de leurs besoins. *Les prises en charge de l'enfant en présence des parents* (prises en charge orthophonique, psychomotrice ou éducative), sont fréquemment indiquées lors de l'entrée de l'enfant dans la structure. Elles soutiennent la compréhension des troubles de l'enfant et du travail effectué. *Les prises en charge parents/enfant* (psychologue + éducateur, psychologue + psychomotricien) étayent la relation parents/enfant quand la rencontre est trop difficile. Les visites à domicile soutiennent le travail du quotidien et permettent une intensification du suivi parental lorsque la famille traverse une période de fragilité. Les entretiens avec l'assistante sociale soutiennent les démarches MDPH ou de loisirs. Les entretiens avec les techniciens sont réguliers, pluriannuels avec les psychothérapeutes, systématiques lors des comptes rendus de bilan ou à la demande. *Plusieurs groupes de paroles de parents* sont institués, fermés et réguliers (bimensuels ou hebdomadaires), ou ouverts à tous les parents ou aux seuls papas (trimestriels). Le partage entre les parents de leurs expériences, de leur ressenti est particulièrement précieux. Depuis peu, nous avons institué une réunion annuelle pour les parents d'enfants entrants, qui sont accueillis par des parents d'enfants sortants. Les appréhensions, le traumatisme du diagnostic, de l'indication hôpital de jour, la peur de l'avenir sont échangés. Les parents d'enfants sortants, dans une parole libre et habitée, permettent beaucoup mieux que nous de tranquilliser ces nouveaux parents. Enfin, parce qu'il est difficile d'avoir un frère ou une sœur en si grande difficulté, qui mobilise tant les parents, nous proposons des groupes de parole pour les fratries d'âge de latence ; des entretiens, à la demande, pour les adolescents. Les frères et sœurs sont invités lors de la visite initiale de la structure, nous leur expliquons, en présence de leurs parents, l'indication de soin de leur frère ou sœur.

Les articulations avec le milieu ordinaire

Les articulations avec le milieu ordinaire reposent sur *une conviction* : l'intégration permet une socialisation et une minimisation des risques déficitaires, elle doit être soutenue. Les enfants suivis sont pour la quasi-totalité intégrés en milieu ordinaire, en crèche puis à l'école, au moins 4 ½ journées par semaine.

Lorsqu'un enfant est en *crèche*, nous proposons une observation sur site lors de la période d'évaluation initiale. Nous réfléchissons au décours, à partir du texte rédigé « sur les précautions à prendre avec un enfant autiste accueilli en crèche » sur les aménagements à mettre en place pour cet enfant. Par la suite, un accompagnement régulier (à priori hebdomadaire) de l'enfant par un professionnel, voire un temps de travail sur les sites crèches est mis en place. Des réunions trimestrielles avec le référent de l'enfant et le médecin, en présence des parents ponctuent ce partenariat. Enfin, notre secteur a été très attentif à animer des formations des personnels des crèches du secteur sur le repérage et la prise en charge des enfants autistes.

L'inclusion scolaire, pour les enfants non scolarisés est préparée par les enseignantes spécialisées de l'hôpital de jour. Des temps de classe, dès que l'enfant est en âge d'entrer en maternelle, sont proposés pour lui permettre de « devenir élève », de comprendre les attendus de l'école. Les liens réguliers entre les enseignantes de l'hôpital de jour et les enseignants de l'école permettent la mise en place d'objectifs communs et/ou complémentaires et le partage des aménagements à instituer. Le référent de l'enfant peut éventuellement l'accompagner sur certains temps lors de la mise en place de la scolarité, ou lors d'une période difficile. Des réunions régulières en présence des parents sont instaurées. Ce travail est soutenu par la rédaction d'un texte sur les précautions à prendre avec un enfant autiste scolarisé et l'organisation annuelle d'un temps de sensibilisation à l'accompagnement des enfants autistes pour les AVS et enseignants des enfants pris en charge à l'hôpital de jour.

Les articulations avec la médecine somatique

Enfin, dans le souci d'une prise en charge globale de l'enfant, nous apportons une attention particulière aux éventuelles difficultés somatiques des enfants suivis dans notre structure. L'entretien avec l'infirmier du groupe, lors de l'entrée à l'Hôpital de Jour, permet de reprendre l'anamnèse « somatique » de l'enfant, de sensibiliser les familles à l'attention à apporter à la douleur et en particulier aux enfants en ayant une expression inhabituelle. Un travail sur le repérage de la douleur à partir d'une échelle partagée (San Salvadour modifiée) est effectué. Outre le bilan somatique étiologique initial systématique (Audiogramme, Bilan visuel, EEG, examen neuropédiatrique), nous demandons aux familles d'effectuer des bilans somatique et dentaire annuels. La mise en place de fiches navette permet de vérifier leur effectivité et de faire le lien avec les médecins traitants. Nous préparons les enfants aux soins somatiques et les accompagnons, si besoin avec leur famille. Des supports à l'attention des somaticiens ont été élaborés, ils sont intégrés au carnet de santé des enfants. Nous réalisons également un soutien aux soins corporels (en particulier brossage des dents, coupe des ongles, apprentissage du mouchage, etc.) pour prévenir les complications somatiques. Enfin, des liens réguliers avec le médecin traitant sont effectués (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 - échanges téléphoniques). La meilleure information des médecins traitants soutient leur implication, ce sont des tiers de qualité lorsque nous rencontrons des difficultés avec des familles ou lorsque celles-ci ont des questionnements à déposer.

Conclusion

La cohérence, la richesse du travail proposé en l'hôpital de jour, bases des pratiques intégratives, permettent une appréhension globale de l'enfant tant dans ses difficultés qu'au niveau de sa place dans sa famille et dans la société. Elles reposent sur de nombreuses articulations qui fondent notre travail et en font sa spécificité. ●

* Pédopsychiatre - Chef de secteur. Pôle Guidance Infantile - Arseaa - 3ème secteur de psychiatrie infanto-juvénile Haute-Garonne. Hôpital de jour des Bourdettes - 281 Route de Narbonne- 31400 Toulouse.

Élaboration du projet personnalisé d'interventions à partir de la synthèse de l'équipe pluridisciplinaire : le dossier « synthèse-PPI »

Béatrice Miscopein et Anne Rozencwajg*

Introduction

● Dans les deux hôpitaux de jour de Gonesse, un document, appelé « synthèse-PPI », rassemble l'ensemble des différents éléments concernant l'enfant et sa famille.

Il retranscrit les démarches diagnostiques, d'évaluation et d'élaboration des objectifs de soins.

Il répond ainsi à différentes exigences : témoigner de l'évolution de l'enfant, dans un cadre suffisamment ordonné et dans une écriture suffisamment claire et concise pour pouvoir le transmettre aux parents.

Nous allons exposer la méthodologie ayant permis la rédaction du document « Synthèse PPI » et l'élaboration de ce travail complexe, tant diagnostique que thérapeutique. qui s'ajuste et se remanie au fil du temps dans la concertation avec la famille et au sein de l'équipe.

La réflexion issue de la recherche et les outils qu'elle a préconisés ont été intégrés à ce document.

Ce dossier permet de rassembler, dans un même document, l'ensemble des éléments cliniques et de saisir plus précisément les modalités de construction du projet personnalisé d'interventions. Il s'agit de proposer un récit auquel la famille ou les soignants peuvent se référer à tout moment.

Le dossier synthèse-PPI

Sa trame est ici décrite en détail :

Il commence par l'inventaire *des nombreux référents* du parcours de l'enfant : coordonnées des parents, des référents de l'hôpital de jour (pédopsychiatre de l'unité, pédiatre, cadre socio-éducatif, assistant social référent, soignante référente), mais aussi des référents en dehors de l'hôpital de jour (pédopsychiatre référent sur le secteur, médecin de famille, enseignant référent, école, enseignant, AVS, transporteur).

Répondant à l'exigence de centrer notre attention sur le patient lui-même, il se poursuit d'emblée par une *présentation globale de l'enfant*, tel un portrait, où sa description initiale et actuelle donne immédiatement une idée générale de son évolution depuis son admission dans l'unité.

L'anamnèse

Ensuite, l'*anamnèse* reprend classiquement *les éléments biographiques de l'enfant* : grossesse, naissance (problèmes pré et périnataux), score d'Apgar, mode de garde de 0 à 3 ans, développement de l'interaction, développement moteur, développement de la communication verbale, développement des fonctions instinctuelles, antécédents personnels (médicaux, chirurgicaux, épilepsie…), évènements particuliers (douleurs d'origine somatique, séparations traumatiques…), repérage des premières difficultés, symptômes qui ont motivé l'orientation vers la pédopsychiatrie.

Le parcours de soins antérieur à l'admission de l'enfant est récapitulé : dates des consultations d'origine, bilans effectués, durée et dispositif des interventions thérapeutiques, éducatives, pédagogiques et ludiques, nom des professionnels sollicités.

Ensuite, *les éléments biographiques des parents et antécédents familiaux* sont résumés : situation parentale, consanguinité, dimension culturelle (origine du prénom et sa signification), langues parlées dans la famille, date de l'arrivée en France, conditions de vie, antécédents familiaux psychiatriques (TED, retard mental, troubles du langage, troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles psychotiques, addictions), antécédents familiaux médicaux (anomalies congénitales, fausses couches à répétition, décès périnataux, épilepsie) de la façon la plus factuelle. Un génogramme vient illustrer la structure familiale.

Le diagnostic pédopsychiatrique et pédiatrique

Le diagnostic pédopsychiatrique du TED est précisé selon la CIM 10 avec la date et le lieu de son annonce, le nom du médecin. Il indique les outils standardisés utilisés (ADI-R, ADOS, CARS, ECAR-T, VABS (Vineland), BECS, PEP-3, ECSP (Échelle communication sociale précoce), Brunet-Lézine, Profil sensoriel, ECPA (Grille de G. HAAG), grille de Wetherby, et leur mise en graphique, notamment pour la CARS et le PEP 3. Le diagnostic est éventuellement révisé au cours de l'évolution. *Le diagnostic de troubles psychiatriques associés* est recherché : retard mental, troubles de l'humeur (dépression…), troubles anxieux (aigu, généralisé, phobies, ESPT, TOC…), troubles du comportement (hyperactivité, opposition…), troubles psychotiques (troubles délirants…), troubles du sommeil, troubles sphinctériens, troubles des conduites alimentaires.

Le diagnostic pédiatrique rapporte une étiologie, s'il y a lieu, à travers le bilan TED : examen clinique, ORL, PEA, OPH, PEV, EEG, IRM, caryotype, recherche de l'X fragile, bilan métabolique, consultations spécialisés neurologiques et génétiques. Il précise les pathologies associées et intercurrentes.

La dernière consultation pédiatrique est rapportée : poids, taille, IMC, examen somatique. Les suivis somatiques réguliers sont notés : ophtalmologie, ORL, diététique, dentaire, ainsi que la capacité à exprimer la douleur, les vaccinations et les allergies. Tous les traitements en cours sont rapportés, ainsi que l'utilisation de la fiche de suivi/traitement psychotrope (ECG, TA, poids, bilan biologique, informations données aux parents, médecin prescripteur).

La vie familiale et sociale

Elle est appréhendée lors des *entretiens familiaux*. Ainsi sont rapportés les échanges d'observations et d'informations sur la vie à la maison, à l'école et à l'hôpital de jour, sur le sommeil, l'observance, la tolérance et l'efficacité du traitement médical, les changements dans l'organisation familiale. Une attention est accordée à la fratrie, ainsi qu'aux attentes et inquiétudes exprimées par les parents. Les interactions parents-enfants, la qualité de l'implication des parents dans la prise en charge, leurs initiatives, mais aussi leur compréhension des troubles et du projet de soins sont relevées. Leur propre analyse du développement de l'enfant et de l'origine de la maladie, polyfactorielle et le plus souvent mal identifiée, est prise en considération.

Le parcours social

Il mentionne les démarches effectuées : ouverture des droits sociaux, accès au logement, mise en place d'aides extérieures (technicienne en intervention sociale et familiale, accès au centre de loisirs, halte-jeux, maisons de quartier, séjours de colonies spécialisées…), gestion des problèmes budgétaires et familiaux éventuels, constitution des demandes d'AEEH et de PPS. Travail de visite à domicile s'il y a des problèmes sociaux majeurs. Travail d'orientation de l'enfant vers les SESSAD et IME.

Le parcours scolaire en milieu ordinaire

Il détaille la fréquentation horaire, la présence horaire de l'AVS, la participation aux activités de groupe, à la cantine, aux activités périscolaires. La collaboration avec l'école, les conclusions de la dernière ESS (équipe de suivi de scolarisation), les objectifs en terme de socialisation, d'apprentissages, niveau, maintien ou sur maintien, comportements et acquis.

Les interventions en cours

Les interventions sont listées dans un tableau rempli par les soignants : il comporte une description de l'activité, une observation de l'enfant en situation individuelle ou en groupe avec le médiateur choisi, et les objectifs attendus.

Les interventions extérieures conjointes sont aussi rapportées, indirectement ou par les intervenants parfois présents lors de la synthèse. Il peut s'agir de psychomotricité, psychothérapie, intervention psycho-éducative à domicile, orthophonie, orthoptie, ergothérapie. Le nom des intervenants est précisé ainsi que la coordination avec l'équipe (mise en commun d'outils, contacts téléphoniques, mails, compte-rendu).

Avant la synthèse, les soignants, notamment la référente et le pédopsychiatre, rassemblent tous les éléments mentionnés jusqu'à présent et en particulier les modifications effectuées au fil du temps.

L'évaluation du fonctionnement de l'enfant, domaine par domaine

L'évaluation va permettre une analyse fonctionnelle fine à travers un échange d'observations par les différents professionnels concernés, dans les différents temps et espaces de la prise en charge. L'observation va être rapportée lors de la synthèse clinique, qui prend la forme d'un échange dirigé. Sont rassemblés : la référente, les infirmières, les éducatrices, le psychomotricien, le psychologue, l'enseignant spécialisé, l'assistante sociale, le cadre et le pédopsychiatre de l'unité.

Les regards croisés des uns et des autres vont permettre de s'interroger sur le sens à donner à certains symptômes, le ressenti de chacun, l'adéquation de la réponse apportée, la pertinence des différentes interventions face à l'évolution de l'enfant. La référente de l'enfant occupe ici une place particulièrement centrale pour l'enfant. Les objectifs qui avaient été posés antérieurement seront ensuite revus et adaptés.

Parmi les domaines retenus, certains sont déjà sont bien connus et d'autres ont été ajoutés pour mieux structurer l'observation : celui de la relation à l'objet et celui de l'investissement du corps.

Dans ce document, chaque domaine comporte des sous-titres qui seront gommés sur la version finale.

Les domaines sont ainsi déclinés :

Domaine de la communication

Mode préférentiel de communication utilisé par l'enfant.

Communication non verbale :

• Versant réceptif : sensible aux mimiques faciales et à l'étayage corporel, gestuel, imagé, écrit.

• Versant expressif : pointage proto-déclaratif ou impératif, mimiques faciales : acquiescer, faire non de la tête, utilisation d'outils de communication visuelle.

Communication verbale :

• Versant réceptif : compréhension des consignes simples/complexes ; répond à son prénom, sensibilité à la parole chantée, chuchotée, lente, simplifiée, avec des mots clefs, des phrases répétées, compréhension immédiate ou différée.

• Versant expressif : présence de langage verbal : intonation, volume, rythme et débit, prosodie, jargon, mots, phrases, syntaxe, stéréotypies, écholalie, langage « en air de chanson », logorrhée.

Domaine des interactions sociales

Regard et contact visuel (regard évitant, fuyant, absent, pénétrant, périphérique ou pétillant) ; capacité d'attention conjointe, de plaisirs partagés ; distance relationnelle ; ajustement ; accordage ; capacité à solliciter, à entrer dans des boucles relationnelles, à dialoguer, à différencier les personnes (famille, enfants, adultes). Qualité de la relation avec la référente ; façon d'être perçu par les autres.

Domaine de la relation d'objet

Permanence de l'objet. Capacité à jouer seul en présence de l'autre, investissement de l'espace relationnel (préhension, locomotion, …). Jeux stéréotypes, d'imitation, de faire semblant, jeux symboliques. Utilisation fonctionnelle de l'objet ou objet utilisé pour stimulations sensorielles, besoin d'un objet autistique. Intersubjectivité, conscience de soi.

Domaine des émotions

Anxiété, présence d'angoisses archaïques destructurantes (d'anéantissement, de morcellement, de vidage, spatiale), phobie, crise de panique, labilité émotionnelle. Capacité d'expression et de gestion des émotions (débordement émotionnel, rire immotivé, nuances), stratégie défensive. Capacité à reconnaitre et sensibilité aux émotions d'autrui (empathie, réaction inadaptée), humour.

Domaine des perceptions sensorielles

Hypo ou hypersensibilité : recherche, fascination ou évitement des stimulations : tactiles (recherche de la douleur, intérêt particulier pour les textures), olfactives (dégoût, flairage), auditives (se bouche les oreilles, recherche de bruit, enveloppe sonore), gustatives (sélectivité alimentaire, hyperphagie, pica, mérycisme), vestibulaires ou kinesthésiques (peur de tomber, recherche de balancement, de tournoiement, de portage), visuelles (intérêt pour les lumières, les reflets). Recherche d'une enveloppe sensorielle.

Domaine de l'investissement du corps

Activité stéréotypée, attitude corporelle : collage/évitement. Démarche/posture : effondrement ou enraidissement, type de locomotion préférentielle, surinvestissement ou sous-investissement d'une partie du corps (bizarrerie, clivage haut/ bas ; gauche/ droite) ; recherche de « contenant », « d'enveloppe », investissement de la sphère orale. Schéma corporel.

Domaine moteur

Motricité globale (coordination dynamique globale : saut, marche, équilibre statique, dynamique). Régulation tonique, dissociation motrice (articulaire, gestuelle). Motricité fine (coordination oculo-manuelle : déliement digital, pince fine). Latéralité, praxie. Tonus et posture.

Domaine du comportement

Sensibilité aux changements, recherche d'immuabilité, rituels spécifiques non fonctionnels. Hyperactivité, instabilité psychomotrice. Inhibition, passivité. Intolérance à la frustration, respect des codes sociaux, comportements problèmes. Auto et hétéro agressivité, mise en danger.

Domaine cognitif

Fonctionnement intellectuel global, performances hétérogènes, attention et concentration. Fonctionnement mnésique (visuel, kinesthésique, auditif), mémoire de travail, repères dans l'espace et dans le temps, fonctions exécutives (élaboration de stratégie, planification des tâches, flexibilité mentale).

Domaine scolaire

Comportement scolaire, socialisation, expression orale, lecture, reconnaissance du prénom, des photos, des images, écriture, graphisme, arts plastiques, mathématiques (grandeur, comptine numérique, dénombrement), renforçateurs efficaces, aptitudes à répondre à des consignes, à imiter, à catégoriser, à généraliser, à transférer, à commenter, à faire un récit.

Domaine de l'autonomie et vie quotidienne

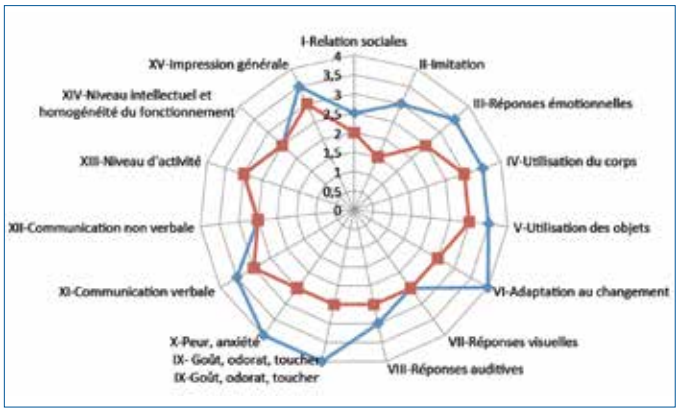
Alimentation (sélective, compulsive et vomissement), utilisation des couverts, sommeil (insomnie silencieuse, troubles de l'endormissement...), propreté sphinctérienne, habillage/déshabillage, capacité à exprimer ses choix (verbalement, gestuellement, avec des images…), à utiliser son emploi du temps visuel, investissement de l'extérieur (fréquenter des lieux publics, prendre les transports, marcher seul).

Les conclusions de l'évaluation du fonctionnement de l'enfant

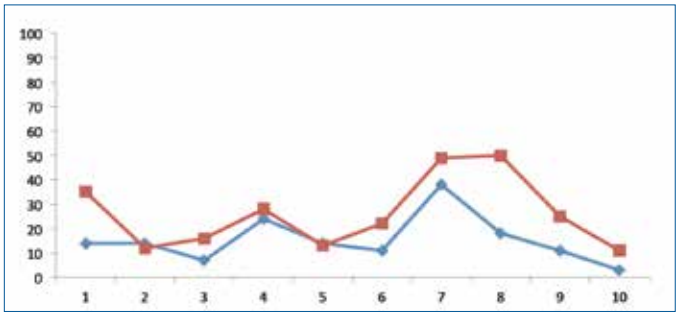
Elles reprennent en particulier ses compétences, les émergences du moment et les symptômes les plus entravants. Une attention particulière est portée sur l'évaluation de la souffrance psychique et les moyens mis en œuvre. On identifie les espaces ou contextes porteurs ou aggravants, la pertinence des activités et interventions proposées, les coopérations efficaces.

Notre participation à la recherche nous a amenés à tracer une représentation graphique de tous les tests à M 0 et à M 12 : la CARS, l'ELO, l'ECAR-T, le Brunet-Lézine et le PEP-3. Ces graphiques permettent de visualiser l'évolution de façon remarquable.

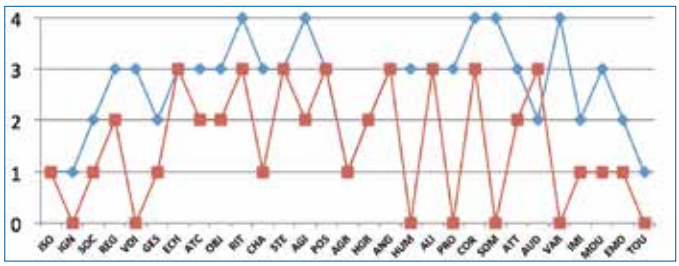
Exemple de la CARS en graphique



Exemple DU PEP 3



Exemple de l'ECA r



Une concordance est recherchée entre l'évaluation de l'évolution figurée par les différents tests (par exemple celle de la CARS à un an d'intervalle) et l'appréciation clinique de cette évolution domaine par domaine. Les discordances sont questionnées.

Ce travail de synthèse clinique aboutit à une compréhension partagée et à une représentation globale et cohérente du profil de l'enfant et de sa dynamique de développement.

Suite à l'évaluation, l'élaboration des objectifs de soin est possible. Le pédopsychiatre coordonne ce travail de réflexion qui permet, *in fine,* de construire un projet thérapeutique et éducatif sur mesure pour l'enfant, pris en compte dans son milieu naturel.

L'élaboration des objectifs

Elle prend forme dans un processus articulant plusieurs éléments ainsi déconstruits :

• *Les symptômes-cibles* sont donc *repérés* dans les différents domaines (communication, interactions sociales, relation d'objet, émotions, sensoriel, moteur, corps, comportement, cognitif, scolaire, autonomie) et leurs mécanismes de fonctionnement éclaircis.

• L'équipe trouve un consensus pour les hiérarchiser. Ex : l'agitation ou le repli majeur d'un enfant sera l'objet d'une attention particulière, car l'atténuation de ce symptôme semble un préalable à tout autre intervention.

• Ensuite, un à un, les symptômes-cibles sont reliés à un levier ou à *un point d'appui thérapeutique,* comme un intérêt particulier ou une émergence, pour définir des objectifs de soins (l'atténuation ou disparition du symptôme).

• Le repérage du *processus développemental à favoriser* permettra de choisir les interventions ou *activités à privilégier* (leur cadre, leur médiateur, en individuel ou en petit groupe).

• Cette action sera confortée par la possibilité de s'appuyer sur des moyens ou *ressources disponibles* ou mobilisables (matériels ou humains) et cela, *en coordination* avec la famille, l'école ou les partenaires extérieurs.

La cohérence de ces objectifs avec les autres interventions sera examinée. Le tableau ci-contre illustre cette dynamique par des exemples cliniques.

Le travail de synthèse se clôture par les choix d'objectifs accessibles. Les modifications du projet de soins seront à valider tant pour l'hôpital de jour, la scolarité ou les prises en charge à l'extérieur. Les activités, ainsi réorganisées, sont rapportées sur *le planning hebdomadaire,* comme tous les autres temps d'interventions rythmant une prise en charge sur mesure.

Le projet personnalisé d'interventions

Il est joint à la synthèse clinique et récapitule de façon exhaustive et concise :

• *Les interventions auprès de l'enfant*

o Les interventions thérapeutiques : psychomotricité individuelle ou en groupe, psychothérapie individuelle ou en groupe, ateliers thérapeutiques, orthophonie, ergothérapie, kinésithérapie, traitement médicamenteux avec son protocole et sa fiche traitement.

o Les interventions éducatives et comportementales : ABA, TEACCH...

o Les interventions pédagogiques : scolarité en milieu ordinaire, scolarité en milieu spécialisé, à l'hôpital de jour.

o La mise en place de systèmes de communication visuelle : PECS ou Makaton, planning visuel, pictogrammes, cahier de vie, agenda personnalisé.

o Les interventions ludiques, sportives, culturelles et artistiques.

• *Les interventions auprès des parents :* entretiens de coordination, soutien social et psychologique, visites à domicile thérapeutique et éducative, rencontres entre l'équipe et les familles, ateliers et formations parents, documentations, CRAIF, associations.

• *Les interventions auprès de la fratrie :* accueil de la fratrie en présence des parents, Groupe de fratrie, Prise en charge individuelle.

ÉLABORATION ---------- SYMPTÔMES	LEVIER	OBJECTIF HIÉRARCHISÉ	PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE	ACTIVITÉ	RESSOURCE	PARTENAIRE
Isolement	Intérêt pour les gâteaux	Diminuer l'isolement *ou* établir une relation	Encourager les activités exploratoires gustatives	Amuse bouche	Référente présente dans l'atelier	Mère motivée par la démarche
Stéréotypies gestuelles	Disparition spontanée lors des vidéos	Atténuer les angoisses	Instaurer une enveloppe contenante et rassurante	Vidéo contes	Le groupe déjà connu	Parents pour identifier personnages investis
Passivité	Intérêt pour les pictogrammes	Devenir capable de faire des choix	L'amener à choisir son dessert, son jeu, avec picto plutôt que lui donner	Pecs	Matériel disponible Avs formé	Travail prolongé en orthophonie
Recherche de stimulations visuelles lumineuses	Curiosité et intérêt pour les lumières qu'il éteint et allume	Développer intérêts et compétences	Encourager exploration de la technique, de l'électricité pour découvrir la réalité extérieure	Psychothérapie, ateliers jeux	Plaisir partagé	Père enthousiaste des compétences bricolage et initiative du fils
Tombe sans cesse, bas du corps non investi	Apprécie d'être porté	Améliorer la coordination globale	Travailler la perception bas du corps dans un portage ancré sur dos d'un animal	Equithérapie	Intérêt pour stimulation olfactive	Animateur équestre
Phrases plaquées	Intérêt pour un personnage particulier	Améliorer l'expression du vécu authentique	Jeu symbolique où l'expression des émotions de son héros est favorisée	Atelier théâtre	Utilisation de masques	Enseignant spécialisé formé
Attitude de collage	Intérêt pour activité de remplissage	Favoriser son ajustement à l'autre	Création d'une enveloppe corporelle contenante par l'eau	Balnéo-thérapie	Activité très investie par l'enfant	Deux soignants disponibles
Défaut de motricité fine, doigts non investis	Intérêt pour les textures	Améliorer son autonomie, en particulier pour défaire son pantalon / wc	Manipuler précisément/ laçage, perles	Atelier manipulation Activité manuelle	Capacité d'attention	Soignants disponibles pour activité tempo très lent
Langage non fonctionnel	Tendance à imiter bruits, d'animaux, nombreux sons	Favoriser l'émergence de mots chargés de sens	Encourager l'expression de mots en rapport avec une situation émotionnelle chargée	Atelier comptine ou vidéo contes avec animaux	Découverte du plaisir à chantonner, à mimer des scènes	Dynamique scolaire autour des animaux
Défaut majeur interaction	Intérêt pour les pions	Mieux tenir compte de l'autre	Accompagner à s'effacer et à se mettre en avant, chacun son tour	Activité jouons ensemble	Lui permet aussi d'apprendre à différer ses attentes	Fratrie : jeu tour de rôle repris en famille
Intolérance à la frustration Incapacité à différer	Forte motivation pour une activité bien investie dans la semaine	Améliorer la représentation du temps, les repères temporels (et décomposition d'une tâche par étapes)	Proposer la représentation graphique des activités de la journée sur un planning, (ou le séquençage d'une activité)	Mise en place du planning visuel	Émergence de l'attention conjointe et du pointage ici utilisés	Parents : utilisation des mêmes images pour figurer les départs

• *Les interventions auprès des aidants :* transmission des outils spécifiques sur les lieux de vie de l'enfant (école, halte-garderie...). Soutien psychologique des familles thérapeutiques.

En pratique, la rédaction du dossier Synthèse-PPI se réalise par un travail préparatoire à la synthèse puis par un travail d'écriture et de correction à plusieurs mains. Il peut être réalisé une ou deux fois par an, selon l'effectif du groupe.

Le PPI est restitué régulièrement aux parents, ils sont invités à y inscrire leurs remarques et à le signer. Il leur est remis après chaque synthèse. Le temps de restitution de la recherche nous a encouragés dans cette démarche de transparence.

Conclusion

La recherche a permis aux équipes de faire évaluer leurs pratiques afin d'être au plus près des besoins de l'enfant et de sa famille.

Le travail d'élaboration avec les parents comme partenaires se traduit par la mise en commun d'une connaissance de l'enfant.

Les temps de construction d'un récit partagé autour de l'histoire de l'enfant, de la découverte de l'autisme et de son impact sur la vie familiale permettent aux parents de se représenter le parcours de soins, souvent discontinu, qui va de la démarche diagnostique jusqu'au projet personnalisé d'interventions. Lors

de la restitution, la correction des imperfections ou imprécisions permet des échanges positifs.

En pointant les compétences et émergences de l'enfant, sans les chiffrer, nous cherchons à relancer une dynamique positive et à aider les parents à observer leur enfant. Ce travail permet aux parents de mieux le comprendre, communiquer avec lui et imaginer comment il perçoit le monde.

La prise en considération des attentes et des initiatives des parents est aussi un véritable levier thérapeutique. La reconnaissance de leur qualité de personnes responsables et capables soutient leur participation à l'élaboration du projet.

Ainsi, la transmission aux parents de cet écrit nécessite un accord tacite sur un partage transparent de connaissances autour de l'enfant. Elle reflète la qualité de l'alliance thérapeutique et de la confiance, essentielles pour le travail de l'équipe auprès de l'enfant.

Du point de vue des professionnels, rédiger ce document témoigne de l'amélioration des pratiques. En effet, la prise en considération de la singularité et de la complexité de chaque situation au moment présent et l'effort de compréhension de l'histoire de l'enfant et de sa famille viennent complexifier et orienter le travail thérapeutique.

La coexistence d'approches théoriques et d'abords multiples et complémentaires (thérapeutiques, éducatives et pédagogiques) et l'exigence de leur articulation, caractérisent les pratiques intégratives. Ainsi, le soutien de la scolarisation en milieu ordinaire et de la socialisation représente le plus souvent un axe prioritaire.

Ce travail témoigne aussi de l'importance des concertations entre professionnels et de l'utilisation d'outils standardisés à travers un mode d'évaluation structuré. Il se concrétise par des adaptations régulières du projet thérapeutique au travers de modifications régulières des activités et de leurs structurations.

Ainsi un cercle vertueux est mis en place depuis l'évaluation de l'enfant, la définition d'objectifs, la réévaluation régulière de l'évolution de l'enfant et la réadaptation des objectifs. La structuration des soins devient ainsi pensée comme un processus qui permet des ajustements permanents en fonction de sa réévaluation régulière.

L'engagement dans la recherche et la mise en place de ce dispositif de prise en charge témoignent du dynamisme des équipes dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. La complexité de ce travail mérite d'être reconnue et d'être soutenue par des formations et supervisions adéquates pour continuer à faire preuve d'efficacité, d'adaptabilité et de créativité. ●

* Médecin thérapeute familiale - Psychiatrie infanto-juvénile du CH de Gonesse

** Pédopsychiatre, chef de secteur - Psychiatrie infanto-juvénile du CH de Gonesse

11. Hochmann J. (2009). Soin institutionnel aux enfants et aux adolescents souffrant de troubles graves et précoces du développement (autismes et psychoses de l'enfance). *EMC* - Pédopsychiatrie :1-9.

12. Nadel J. (2007). Imitation et cognition sociale dans l'autisme. *Neuro Psy News* ; 6(3) : 124-7.

13. Barthelemy C, Huc Chabrolles M, Tripi G, Gomot M, Martineau J, Bonnet Brilhault F. (2009). Les compléments neurophysiologiques du diagnostic. *Enfance* ; 61(1) : 89-92.

14. HAS-ANESM, Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent mars 2012.

15. Bréchot C, Danion JM, et al. (2007). Méthodologie de l'évaluation en psychiatrie et en santé mentale. Colloque Inserm. *Pour la recherche* 54 (3) : 1-12.

16. Kovess V, et al. (1994). Évaluation de la qualité en psychiatrie. Paris, *Economica.*

17. Kovess V, Lopez A, Pénochet JC, Reynaud M. (1999). *Psychiatrie des années 2000, Organisations, Évaluations, Accréditation.* Médecine-Sciences Flammarion, 306p.

18. Thurin JM. (2009). *L'évaluation des psychothérapies, où en sommes-nous ? in Fischman G L'évaluation des psychothérapies et de la psychanalyse.* Paris Masson, p 101-116.

19. Thurin JM. (2009). Évaluation des effets des psychothérapies. *EMC.* Elsevier Masson SAS, Paris, Psychiatrie, 37-802-A-10.

20. Lambert MJ. (2013). *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and Behavior Change.* Sixth Edition. NY, J Wiley & Sons.

21. Kraemer HC, Stice E, Kazdin AE, Offord DR, Kupfer DJ. (2001). How do risk factors work together ? Mediators, moderators, independent, overlapping, and proxy-risk factors. *Am. J. Psychiatry* 158:848–56.

22. Thurin JM, Briffault X. (2006). Distinction, limites et complémentarité des recherches d'efficacité potentielle et d'efficacité réelle : nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie. *L'Encéphale,* 32 : 402-12.

23. APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. American Psychologist, 61, 271–285.

24. Mesibov GB & Shea V. (2011). Evidence-Based practices and autism. *Autism*, 15 : 114-133.

25. Thurin JM, Falissard B, Danion JM. (2008). Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapiques. *Pour la recherche* ; 56

26. Thurin JM, Thurin M & Midgley N. (2012). Does participation in research lead to changes in attitudes among clinicians? Report on a survey of those involved in a French practice research network, *Counselling and Psychotherapy Research* ; 12:3, 187-193

27. Haag, Amenta, Messica, Thurin M et JM, Vassallo P, Lanteri A, Pasero L. (2012). Résultats préliminaires de 20 études intensives de cas du Pôle italien du RRFPP. Pour la recherche ; 73 :1-16.

28. Thurin, J. M., Thurin, M., Cohen, D., & Falissard, B. (2014). Approches psychothérapiques de l'autisme. Résultats préliminaires à partir de 50 études intensives de cas. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 62, 102-118.

FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

Pour la Recherche

ffpsychiatrie@wanadoo.fr
Tél. : 01 48 04 73 41

Remerciements

■ A la *Direction Générale de la Santé* dont la subvention permet l'édition de ce bulletin.

■ *A* la *S.I.P. et à la S.F.P.E.A.*, pour leur soutien actif à la diffusion des abonnements.

Tirage 1200 exemplaires - ISSN : 1252-7696
e.ISSN : 2263-7230

ABONNEZ-VOUS !

Adressez avec vos Nom, prénom et adresse un chèque libellé à l'ordre de la FFP,
de 28 € (France), 32 € (Institutions), 40 € (étranger)

(4 numéros - abonnement 2017)
à

Fédération Française de Psychiatrie
Hôpital Sainte Anne - IPP
26 boulevard Brune - 75014 PARIS

*Secrétaire de rédaction et maquette : **Monique Thurin***

Impression : Graffik plus - 01 48 12 11 62