

# Un enfant différent : les solutions locales

## Invitation téléphonique du Dr M. ZORNIOTTI



Cliquez sur l'image

Si vous ne pouvez entendre le message sonore,  
il vous faut télécharger « VLC Média Player »



PC



MAC

# Objectifs

- **CAMSP : centre de ressources pour les généralistes**
- **Quels enfants nous adresser et quand ?**
- **Les autres acteurs de ce parcours local**

# CAMSP

# Le CAMSP de Haguenau

- Le CAMSP de Haguenau est ouvert depuis décembre 97
- Il est situé 63 route de Marienthal
- 03 88 05 48 55

# CAMSP

- **Structures créés en 75**
- **Accueil des enfants entre 0 et 6 ans, présentant une difficulté du développement ou pour suivi des enfants à risque de développement, avant toute notification de handicap par la MDPH**
- **Pour une intervention précoce, parfois pendant la grossesse**
- **Financement assurance maladie et conseil général**
- **Hospitaliers ou médico-sociaux**
- **Polyvalent ou spécialisé**

# Les missions des CAMSP

- **Le dépistage et le diagnostic** : précoce des déficits ou handicaps,
- **La prévention ou la réduction de l'aggravation de ces handicaps** (sur handicap),
- **La mission de soins** :
  - Sous forme de cure ambulatoire
  - Pour favoriser une prise en charge rééducative précoce des enfants

# Les missions des CAMSP

- **L'accompagnement des familles, dans les soins et l'éducation requis par l'état de l'enfant**
- **Le soutien et l'aide à l'adaptation sociale et éducative (socialisation, scolarisation)**
- **La mission de ressource pour l'environnement.**

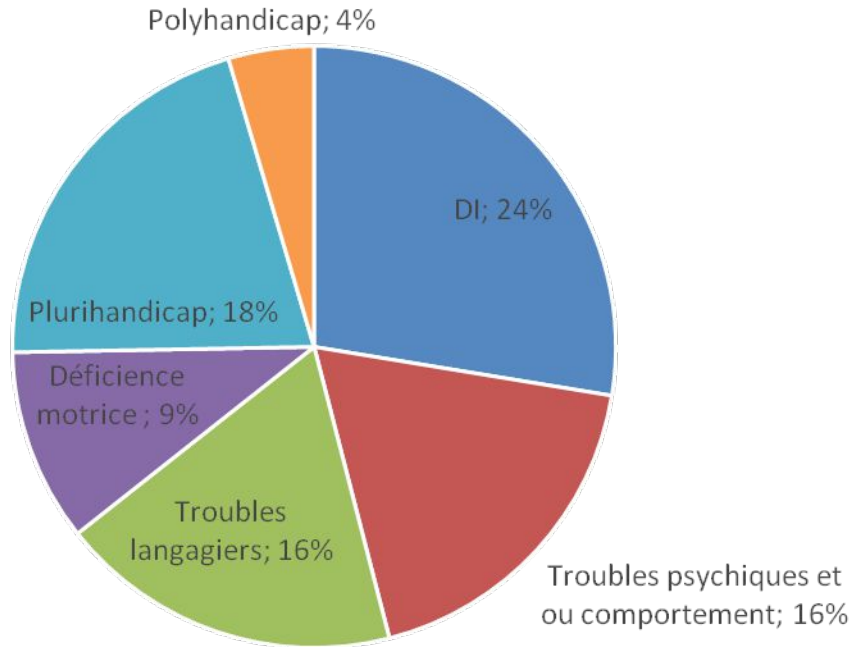
# Les fonctionnements des CAMSP

- **Pédiatre directeur technique : coordonne les projets et gère les rapports avec l'hôpital et le secteur sanitaire libéral**
- **Professionnels présents dans un CAMSP :**
  - **Champ médical (pédiatre, pédopsychiatre, médecin MPR), staffs communs avec la génétique et la neuropédiatrie**
  - **paramédical (kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, ergothérapeute, psychomotricien)**
  - **Educatif (éducateur de jeunes enfants ou spécialisé)**
  - **Psychologues cliniciens, psychologues du développement**
  - **Assistante sociale accès au droit et orientation vers les structures adaptées aux enfants**

# Au CAMSP de Haguenau

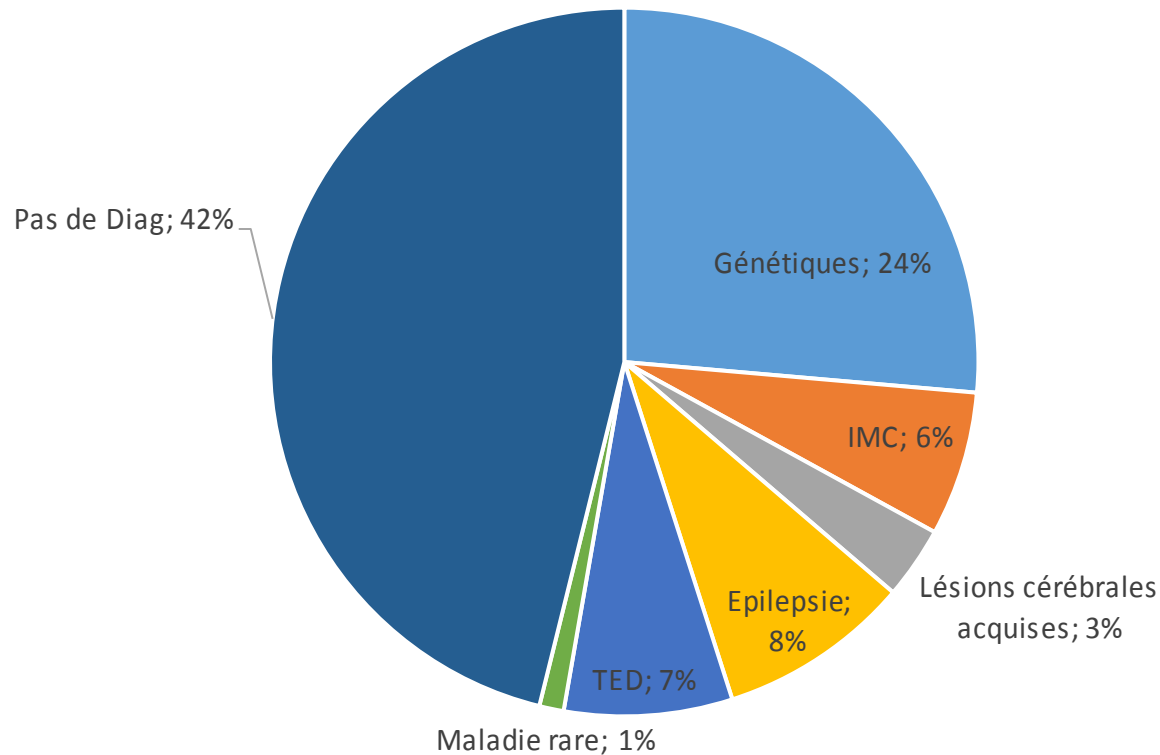
- **Agréments 30/70**
- **Nombres d'enfants accueillis l'an dernier : 175**
- **Parcours type**
  - Observation
  - Suivi et les attentes de suivi
  - Suivi coordonné avec le libéral
  - Surveillance

# Répartition du type de déficience en 2014



- DI
- Troubles langagiers
- Plurihandicap
- Troubles psychiques et ou comportement
- Déficience motrice
- Polyhandicap

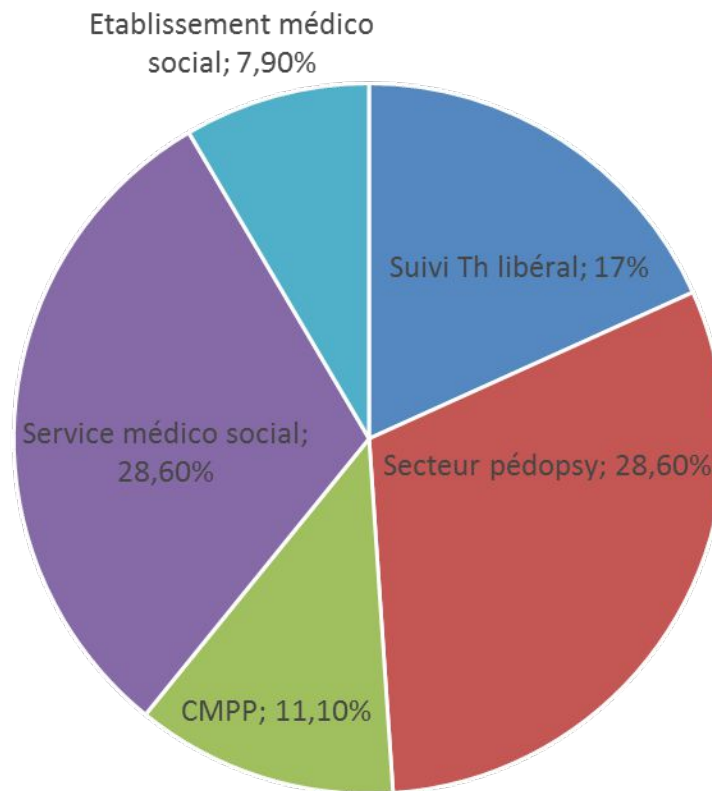
# Type de pathologies identifiées 2014



■ Génétiques ■ IMC ■ Lésions cérébrales acquises ■ Epilepsie ■ TED ■ Maladie rare ■ Pas de Diag

# Orientation à la sortie

20 %enfants orientés MDPH n'ont pas de PEC à la sortie



■ Suivi Th libéral ■ Secteur pédopsy ■ CMPP ■ Service médico social ■ Etablissement médico social

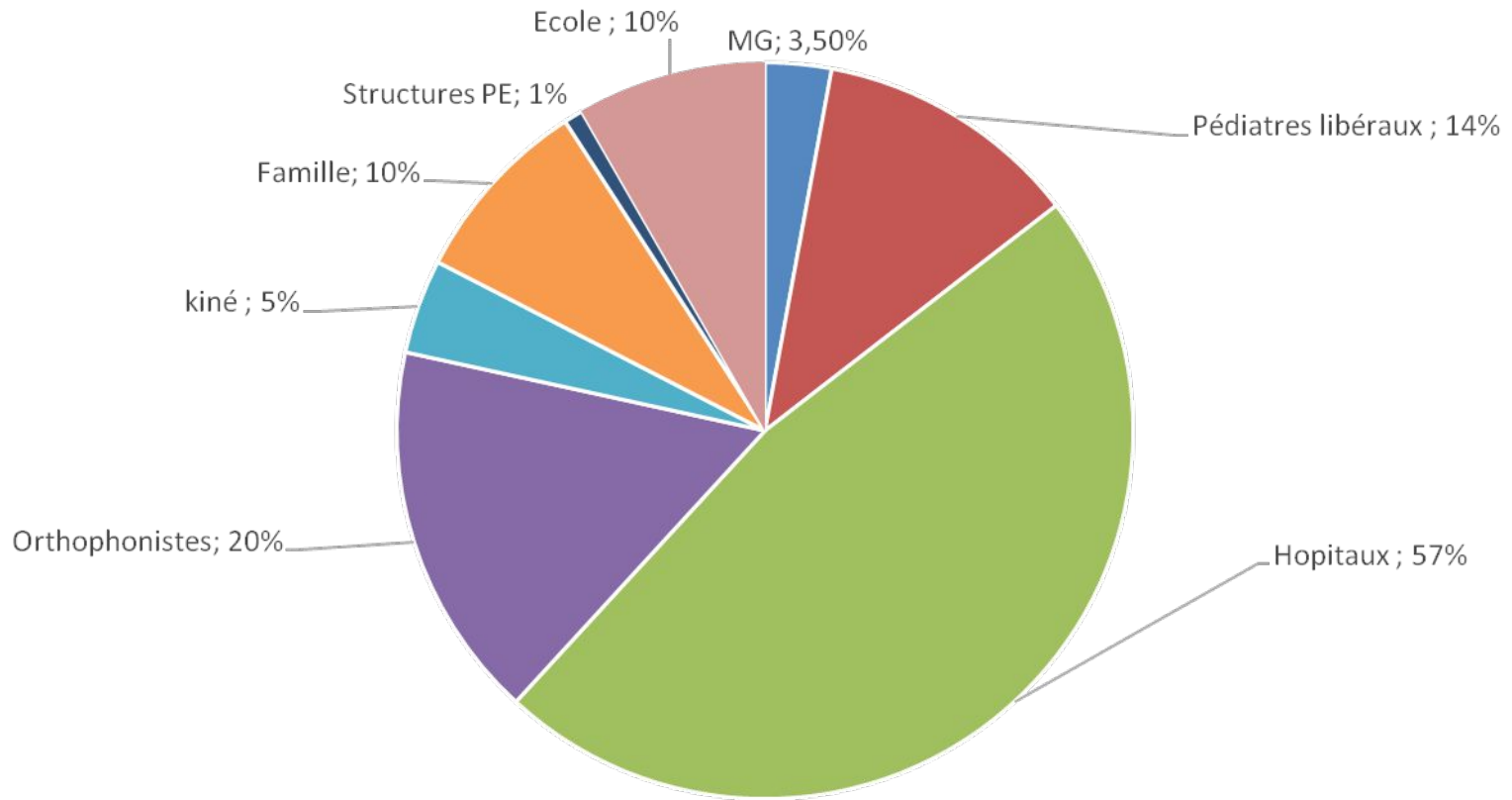
# Ressource pour les MG ?

# Un centre ressource pour vous

- **MG** au cœur du suivi de la santé de la famille
  - accompagne l'enfant et sa famille
  - connaît la famille et ses difficultés

Pour autant très peu d'adressages viennent des médecins généralistes,

# Adressages



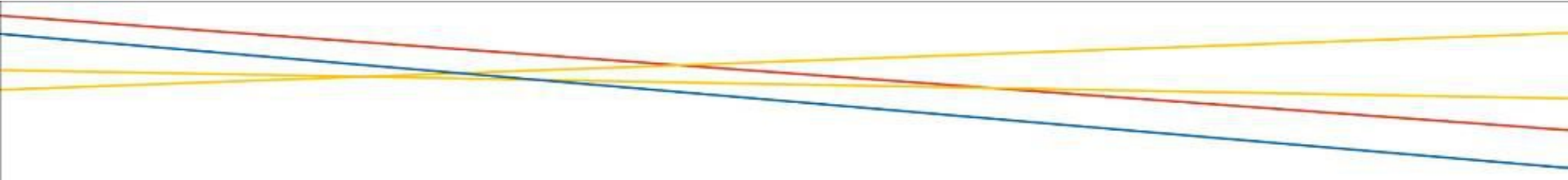
■ MG ■ Pédiatres libéraux ■ Hopitaux ■ Orthophonistes ■ kiné ■ Famille ■ Structures PE ■ Ecole

# Quand penser à nous ?

## Les adressages

- Les adressages précoces souvent par les services hospitaliers sur des pathologies anté ou périnatales.
- Les adressages au cours des 2 premières années sur le constat de retard de développements avec ou sans étiologies précisées. (Hôpital MT, Kiné)
- Après l'entrée à l'école maternelle ce sont plutôt des adressages pour des troubles du comportement et des difficultés d'apprentissages, la DI surtout légère est souvent repérée à l'école

# Quelques vignettes cliniques



# Nathan admis en anté natal

- Adressé par la génétique T21, rencontre des parents en anténatal,
- 1er accompagnement par l'assistante sociale et la psychologue,
- Suivi précoce en kinésithérapie de stimulation tous les 15 jours, puis hebdomadaire, puis groupe moteur, +/- MPR
- Guidance orthophonique une fois par mois stimulation du tonus bucco linguo facial et aux pré requis de la communication, puis intensification orthophonie avec introduction d'une communication type Makaton,
- Groupe d'éveil et aide à la socialisation
- Plus tard aide à la scolarisation et à l'orientation
- Sur le plan médical coordination des suivis spécifiques T21

# Téo, parfaitement droitier

- Téo né en 2010
- PN : 4050 g, TN : PCN 34,5 cm Apgar 10/10
- DP Moteur apparemment normal tête ? Assis 8 M marche à 15 M
- Chute dans escaliers 15 mois monoparésie transitoire MSG bilan Scanner lésion ancienne lésion séquellaire au niveau lenticulaire D
- Arrivée au CAMSP 16 mois en mai 2011, hémiparésie G
- De fait ETF à Nss pour macrosomie lésion hyper échogène corne frontale D (malacie hémorragie ?)
- Suivi CAMSP : ergothérapie + MPR + AS + école; kiné libérale
- Sortie vers un SESSAD moteur en 2014

# Sefa Troubles du comportement

- Adressé par l'école en PSM
- ATCD périnataux : G1P1 sp, Acc sp, A X/X découverte périnatale d'un Souffle cardiaque et doute sur les PEA
- 3ème semaine pyélonéphrite sur reflux vésico urétéral,
- Tout rentre dans l'ordre sur le plan médical
- Mais la mère développe une angoisse massive des « microbes » interdisant l'accès à l'enfant à tout le monde,
- Développement postural sp, pas de troubles praxiques
- Retard de langage +++, troubles du comportement massifs, accès de colère, pas de trouble des interactions
- Adressé en CATTP
- Importance du dépistage de ce type de troubles et tenter une PEC précoce : Unité mère bébé

# Antoine

- **Adressé à 4 A par EPSAN pour retard de langage et troubles du comportement**
- **G sp, Acc à 40 SA, A 9/10**
- **Dvp Moteur sp Assis 7m1/2 marche 16 mois**
- **Gestes fins : sp**
- **Langage gros retard ne parle pas à 20 mois, trouble expressif**
- **Neuro sp**
- **Crises de colères enfant opposant rigide agité,**
- **Orthophonie libérale 2x/sem, AVS 3 ½ journées à partir GSM**
- **CAMSP psychomotricité individuelle et groupe thérapeutique**
- **Bilan neuropédiatrique et génétique RAS**
- **Bilan cognitif pas de DI**
- **Hypothèse de Dysphasie, confirmée par AETA,**
- **Classe TSLO**

# Camille

- Adressée par école à 4 A pour troubles du comportement +++
- G3P2 sp, Césarienne pour infection maternelle 38 SA, LA teinté, PC 34 A X/X
- Transfert en poup pour fausse route, pas d'infection,
- Moteur assis 9 mois, marche 30 mois
- Pas d'intérêt pour jeux, encastremements ...
- 1er mots 2 ans, 4 A phrases plaquées toutes faites
- Comportement très difficile, pas contact visuel, peu d'interactions, stéréotypies, hypersensibilité aux bruits, se balance.
- Physique particulier : yeux en amande effilés, écartés, eczéma
- Ecole : accueil sur temps adapté
- Bilan neuropédiatrique, génétique
- Prise en charge orthophonique
- Prise en charge en HDJ

# Manon

- Adressée par MT pour demande bilan PM à 4 ans 3 mois
- 1ère enfant 41 SA, PC 34 cm A : X/X Transfert en pédiatrie pour hypotonie persistante RAS
- 1ère année, kiné pour hypotonie assise 9 mois, marche 21 mois
- Langage : 1er mot 12 mois mais le langage ne se dvp pas, peu compréhensible à entrée en maternelle suivi orthophonique depuis 3 ans et 9 M
- Croissance +1 DS P/T -1DS PC
- Motricité globale sur un mode hypotonique petite ataxie statique
- Fine : préhension globale, maladroite, difficultés praxiques
- Langage troubles expressifs et de compréhension
- Ccl : retard de langage, retard de motricité globale et fine, difficultés de compréhension, ex neuro non contributif bilan PM proposé

# Manon

- **Bilan ORL : otites séromuqueuses, hypertrophie amygdales bilan sommeil, ablation amygdales, drains, Tt orthodontique dysfonction maxillaire pour apnées du sommeil**
- **Bilan opht : hypermétropie légère corrigée**
- **Ecole : AVS en GSM.**
- **Bilan cognitif : DIL ou moyenne**
- **Bilan ergothérapie : pas dyspraxie difficulté en lien avec DI**
- **Au CAMSP : psychomot et psychologue pour mère et l'enfant**
- **Bilan neuroped sur particularité physique et DIL : EEG, IRM bilan métabolique et génétique Xfra caryotype OK, CGH Array négatif, séquençage à haut débit des gènes de la DI**
- **Quitte le CAMSP à 6 ans SESSAD en attente, orthophonie libérale, maintien en GSM + AVS demande PM libéral**

# Repérer les difficultés du développement



# Dépistage des troubles du développement

- **Dépistage systématique :**
  - En périnatal (Surdité et examens biologiques à la Nss)
  - Au cours du croissance suivi du DPM carnet santé,
- **Dépistage orienté par la notion de d'enfants à risque**
  - Anomalie aux écho anténatales
  - Pb néonatal
  - Pathologie familiale connue notamment des troubles psychiques ou de la DI

# Développement psychomoteur

Est lié à la maturation du système nerveux

Il s'évalue selon 4 dimensions :

- Développement postural : motricité globale (tenue de tête, station assise stable, marche),
- Coordination oculo-manuelle : motricité fine (préhension volontaire, jeu, graphisme), habilités de manipulation
- Développement du langage, et des pré requis langagiers
- Développement de la sociabilité (regard, sourire, imitation...) et de l'autonomie

Rôle MG repérer les sonnettes d'alarmes sans inquiéter inutilement mais aussi sans rassurer à l'excès

# Moyens d'évaluation du DPM

- **La clinique : écouter, observer examiner**
- **Les éléments du carnet de santé**
- **Matériel d'examen et outils tjrs les mêmes (expertise)**
- **Echelles de développement**
  - Brunet Lézine (0-30 mois)(révisée en 90, Fr)
  - Denver (0 à 6 ans) (+ ancienne, USA)



# Clinique : Ecouter

- **Ecouter les familles.**
- **ATCD familiaux.**
- **ATCD personnels, la grossesse, les conditions d'accouchement**
- **P/T/PC Apgar comportement 1ère semaine, difficultés succion, déglutition**
- **Acquisitions dans les 4 axes du développement,**

# Ecouter : comportement

- **Troubles d'alimentation et digestifs éventuels**
- **Caractère de l'enfant**
- **Sommeil qualité et cycle veille-sommeil ;**
- **La diade mère bébé à la recherche la dépression du post partum,**

# Observer : le PC

- Evolution courbes P / T / et surtout PC (/parents)
- Ce qui interroge :
  - $> + 3DS$  macrocéphalie ou  $< - 3DS$  microcéphalie (imagerie)
  - Cassure PC
  - Changement brutal de courbe croissance : surveillance rapprochée clinique

# Observer comportements spontanés sans solliciter

- **Gesticulation spontanée, globale, symétrique ou non, fluide ou figée,**
- **Mimiques et regards, l'intérêt pour les parents et l'examineur,**
- **En cas de mauvaises interactions : vérifier la vue et l'audition**

# Examiner

- **Dans de bonnes conditions,**
- **L'examineur : essayer de s'adapter à l'enfant,**
- **En décubitus dorsal avant l'âge de 6 mois,**
- **Assis sur les genoux d'un parent après 6 mois.**
- **L'examen sert à confirmer les hypothèses de l'interrogatoire et de l'observation**

# Examiner

- **Neurologique difficile : tonus axial, périphérique, force musculaire proximale distale, la disparition de RA, les réflexes ostéotendineux, BBK, existence d'une spasticité,**
- **Le dépistage sensoriel**
- **Recherche de signes d'appels associés :**
  - **Morphologie visage silhouette extrémités,**
  - **Cœur viscéromégalie ?**
  - **Peau (tâches) phanères,**
  - **OGE,**

# Tonus et motricité globale

Tonus axial

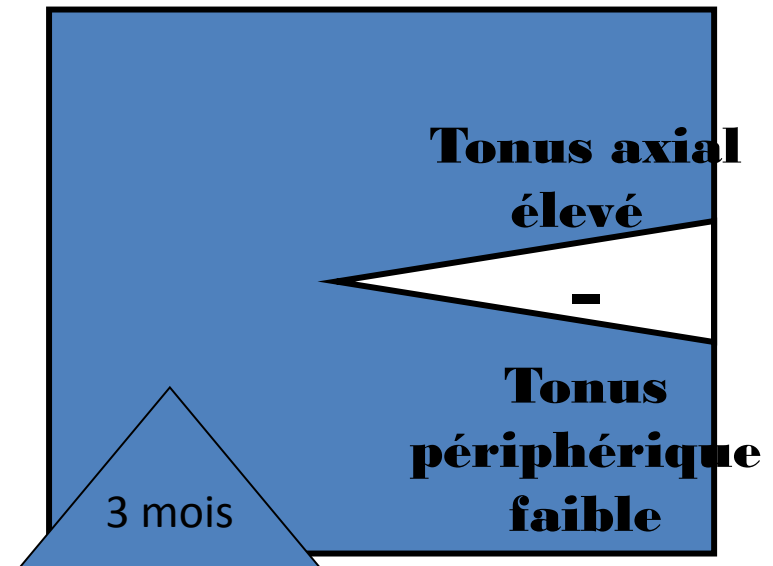
/v/ tonus périphérique

(tiré-assis, suspension ventrale)

(foulard, angles)

Basculement :

**Tonus axial  
faible -  
Tonus  
périphérique  
élevé**



Système sous cortico spinal  
cortico spinal

Système

# Le carnet de santé

- **Carnet de santé dates charnières 4, 9, 24 mois et 3 ans**
- **Items du carnet de santé, leur pertinence par rapport aux échelles de DPM (BLr) Denver**
- **Cocher « non » à un items = revoir vite**

# Plutôt entre 4 mois à 5 mois

**Tourne la tête pour suivre objet** 4 mois  
**Regarde et joue avec les mains** 5 mois  
**Attrape un objet tendu**

- **Attrape au contact** (90%) des 4 mois
- **Attrape à distance** (90% à 6 mois)  
**utilise les 2 mains**

**COORDINATION OCULO MANUELLE**

**Sourire réponse** 90% des 3 mois

**Rire aux éclats** 90 % des 5 mois

**SOCIABILITÉ**

# Plutôt entre 9 mois et 10 mois

**Saisit un objet avec participation du pouce** préhension pouce-index variable seulement 70% à 9M

**Manipulation bi manuelle**

**Permanence de l'objet à 9 mois**

**COORDINATION OCULO MANUELLE**

**Attention conjointe**

**Donne l'objet**

Gestes sociaux

Joue à coucou

**SOCIABILITÉ**

# 24 MOIS

**Superpose les objets :**  
**tour 5 cubes 98 % à 24 mois**

**COORDINATION OCULO MANUELLE**

**Jeux d'imitation** à 22 mois 90 % enfant  
Bon indicateur des capacité d'interactions  
sociales

**Mange et boit seul**

**Dépistage de Autisme 4 Q : 18 et 24 M**

**SOCIABILITÉ**

# Entre 3 et 4 ans

Se tient sur un pied 3''

**Monte les escalier en alternant** : 30% à 2 ans 70% à 30 mois

Saute en avant 90% 42 mois

Lance une balle : peu discriminant fenêtre large 15 à 30 mois

## POSTURE

Trait : à 2 A

Copie O à 3 A, + □ à 4 A, ▲ à 5 A.

Bonhomme en 3 parties entre 3 et 4 A

Se boutonner sur lui rarement avant 4 A

## COORDINATION OCULO MANUELLE

**Dit son prénom et nom**

**Fait des phrases**

Utilise les pronoms 50% à 30 M comprend préposition

Connaît les couleurs : variable

## LANGAGE

**Enlève vêtements** 90 % à 22 M

Joue en groupe

Autonomisation : variable

## SOCIABILITÉ

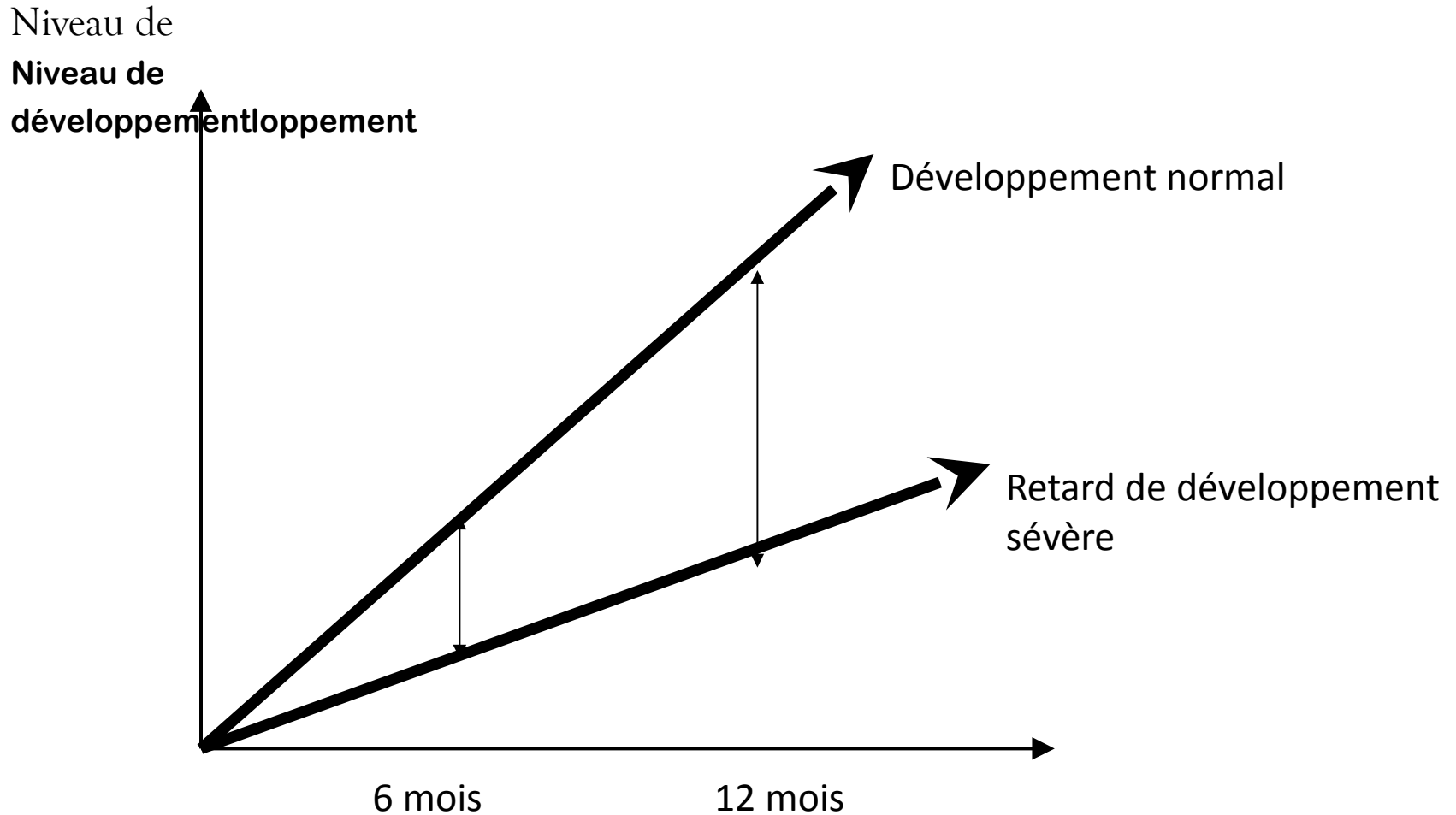
# Coordination œil main

- **17 mois place le rond dans le trou sur ordre**
- **20 mois met le rond sur la planchette tournée de 180°**
- **24 mois place les 3 morceaux sur la planchette**
- **30 mois met les 3 morceaux sur la planchette retournée**

# Le suivi du retard DPM en pratique

- **Décalage des acquisitions = répondre à 3 questions successives.**
  - décalage pathologique ou simple variante
  - Global ou dissocié
  - Régression des acquisitions = urgence
- **Le terme de « Retard » = euphémisme : ne sera peut être pas rattrapé...**

# Attention on peut aggraver son retard en progressant



# En cas de doute

- **En cas de doute lors d'une étape de surveillance ou dépistage systématique**
  - Ne pas laisser les parents seuls,
  - Stimulation précoce, enrichir l'environnement : bilan orthophonique, kinésithérapique, socialisation
  - Bilans sensoriels,
  - Revoir l'enfant pour suivre
  - Cs neuropédiatrique dans délais rapides (possible?)
- **Relais de proximité : professionnels libéraux, crèche, école ;**
- **Lien avec CAMSP, CMP, Neuropédiatrie, CRTA, AETA**

# En résumé

- **Ecouter les parents,**
- **PC**
- **Carnet santé les 4 dimensions du développement**
- **Matériel de consultation tjrs même en annexe**
- **Grille de Denver**
- **Stimuler et enrichir**
- **Bilan sensoriel**
- **Revoir rassurer mais pas trop et pas trop longtemps**

# Les autres acteurs de ce parcours local

- Les partenaires de 1ère ligne
  - diagnostic : pédiatres, services de pédiatrie les neuropédiatres, ORL OPH, CRTA, AETA, le CRA
  - diagnostic et PEC pédopsychiatrie
  - prise en charge : paramédicaux et plus particulièrement kiné spécialisés dans D, orthophonistes
  - Consultation conjointe CAMSP PMI 1er avis
  - CMPP en fonction de l'âge
  - Un dispositif en gestation sur le T1 : de coordination pour le repérage des troubles du développement de l'enfant sur le T1

# Types de PEC en pédopsy

Pédopsychiatrie en Alsace du Nord, EPSAN avec ses deux secteurs I01 et I02 :

- **CMP : Centre Médico-psychologique** : prises en charges ambulatoires sur le plan psychologique.
- **CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel** structure légère intermédiaire, entre Hôpital de Jour Psychiatrique et Centre Médico-Psychologique. Accueils sur une ou plusieurs demi journées.
- **Hôpital de Jour Pédopsychiatrique** : prise en charge de plusieurs journées ou demi-journées par semaine, qui remplace du temps scolaire pour la prise en charge psychiatrique des enfants les plus complexes.

# Les autres acteurs de ce parcours local

- **Si handicap est confirmé orientation vers des structures de suite**
- **Evaluer les besoins**
  - Médecin
  - Evaluation multidisciplinaire (CAMSP, CMP, CMPP AETA, CRTA)
  - Avis nécessaire de la famille et du milieu de vie de l'enfant : école structures de garde

# Orientation et prise en charge

- Principe de base : **choix et la décision appartient aux parents**
- Role du médecin :
  - Informer parents sur les capacités de l'enfant
  - Possibilités de PEC et l'évolution prévisible
  - Conseils et soutiens en matière de démarches administratives sociales, scolaires, soins...

# Principes et moyens de l'intégration de l'enfant en MO

## Principes de base

- **Priorité à la fréquentation du MO quand c'est possible**
- **Le plus souvent c'est souhait des parents,**
- **Si pas possible éducation spécialisée qui associe moyens pédagogiques psychologiques, sociaux, médicaux et paramédicaux de rééducation**

# Inclusion en milieu ordinaire

- **Scolarisation en classe ordinaire**
- **Si besoin d'un soutien scolaire particulier et de soins sur le temps scolaire**
  - **Projet personnalisé de scolarisation (PPS) pour enfants connus MDPH**
  - **Equipe de suivi de scolarisation (ESS)**
  - **Enseignant référent**
  - **AVS**
  - **Matériel pédagogique particulier apprécié par l'équipe pluridisciplinaire de CDAPH dans le cadre du PPS**

# MO : CLIS / ULIS

- **CLIS dans des écoles classiques, un petit effectif d'enfant de 10 à 12 ans, avec des difficultés importantes**
  - CLIS 1 DI dont CLIS TSLO
  - CLIS 2 déficience auditive, 3 visuel
  - CLIS 4 moteur dyspraxie
- **ULIS même modèle au collège**
- **SEGPA : Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté.**

# Etablissements médico sociaux

- **CMPP**
- **Les services de prise en charge sur les lieux de vie : SESSAD**
- **Les établissements de prise en charge :**
  - **IME**
  - **IEM**
  - **Etablissements sensoriels**
  - **Troubles des conduites et du comportement**
  - **Polyhandicap**

# CMPP

- **Pour les enfants et les adolescents de 3 à 20 ans avec des troubles neuropsychologiques,**
- **En + Médecins psy, psychomotriciens, psychologue il y a des psychopédagogues,**
- **Soins pour du handicap léger et troubles des apprentissages,**
- **Ou des troubles du comportement,**
- **Pas de notification MDPH**
- **Antenne de Haguenau et Saverne**

## **Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile SESSAD ou SESSD**

- 0 à 20 ans ;
- **Notification MDPH**
- **Soutien à l'intégration scolaire ou à l'acquisition de l'autonomie**
- **Les interventions et rééducations s'accomplissent dans les différents lieux de vie et d'activité de l'enfant ou adolescent (domicile, crèche, école...) et dans les locaux du service.**
- **Suivi cohérent entre l'école et les structures**
- **Les SESSAD sont des services médico-sociaux qui peuvent être autonomes mais qui sont très souvent rattachés à un établissement spécialisé (un IME la plupart du temps).**

# Différents types de SESSAD ou SESSD

- Différents types de SESSAD spécialisé selon le type de handicap
  - SESSAD handicap moteur,
  - SESSAD handicap mental,
  - les troubles des apprentissages avec, notamment sur Haguenau, un SESSAD langage oral.
  - SAFEP (Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce) : il accueille les enfants de 0 à 3 ans déficients auditifs et visuels graves. –
  - SSEFIS (Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire) : il se charge des enfants de plus de 3 ans déficients auditifs graves. –
  - S3AIS (Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire) : il suit les enfants de plus de 3 ans atteints de déficience visuelle grave.
  - SSAD service de soins et d'aide à domicile polyhandicap

# Les établissements

# IME ou IMP pour la DI

- **Accueille des enfants avec DI suffisante pour nécessité le recours à une éducation spéciale.**
- **L'accueil pourrait se faire vers 3 ans mais le plus souvent vers 6 ans,**
- **Projet éducatif mais aussi pédagogique et de soins,**
- **Internat ou semi internat ou externat**

# Institut d'Education Motrice : IEM

## Pour troubles moteurs

- Enfants présentant des restrictions motrices importantes par ex enfants IMC
- Le choix se fait vers 6 à 7 ans
  - entre soit la CLIS ou
  - un IEM
  - ou un milieu normal avec AVS.

Cette orientation se fait surtout pour des enfants avec

- des difficultés plus globales y compris cognitives,
- Besoin de techniques éducatives,
- ou palliatives,
- ou nécessité de mise en œuvre de techniques pour la communication (synthèse vocale) ou la locomotion (fauteuil, appareillage .....

# Etablissements pour déficience sensorielle

- **SESSAD cf plus haut**
- **Etablissements pour des enfants avec des atteintes plus sévères**
  - **Deux établissements pour déficience auditive Jacoutot et Bruckhof**
  - **Un établissement pour déficience visuelle : Braille.**

# Les instituts pour enfants et adolescents polyhandicapés

- Le ratio adulte plus +++ que dans un IEM dans les structures polyhandicap,
- **Structures Nord Alsace**
  - Mont des Oiseaux
  - Sonnenhof
  - Site du Neuhof Raoul CLAINCHARD

# ITEP

- **ancien institut de rééducation : Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique**
- **Enfant non DI ou alors DI légère mais avec des troubles du comportement qui perturbent leurs apprentissages**
- **Pas sur le T1**

# MDPH

# MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

- **Missions de la MDPH :**
- **Mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et leur famille**
- **Mission de sensibilisation des citoyens au handicap**
- **Met en place et organise le fonctionnement de**
  - De l'équipe pluridisciplinaire,
  - De la CDAPH
  - De la procédure de conciliation interne
  - Et désigne la personne référente pour cette procédure.

# Equipe pluridisciplinaire

- Médecin
- Travailleurs sociaux
- Psychologue
- Ergothérapeute
- Enseignants référents

**Evalue les besoins sur dossier et certificats produits mais peut aussi charger un professionnel de rencontrer la famille pour une analyse de la situation,**

# CDAPH : Commission des droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

- 1 par MDPH
- Prend les décisions relatives aux droits de la PH
- Sur la base de l'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire
- Mesures d'orientation et/ou d'intégration scolaire
- Taux d'incapacité, prestations de compensation
- *Qualité de travailleur handicapé*

# Aides attribuées par la MDPH

- **AEEH et complément à l'AEEH de 1 à 6** couvre frais supplémentaires en lien avec le handicap, cessation d'activité ou réduction d'activité professionnelle ou recours à une tierce personne rémunérée.
- **Ou Prestation de Compensation du Handicap PCH** : Prestation personnalisée destinée à financer l'ensemble des dépenses liées à la compensation du handicap d'une personnes vivants à domicile ou en établissement :
  - aide humaine : non cumulable avec l'AEEH
  - aide technique : non cumulable avec l'AEEH
  - aménagement logement ou du véhicule ou surcout lié au transport cumulable avec AEEH
  - aide animalière : non cumulable avec l'AEEH
- **AVS**
- **Cartes d'invalidité, carte de stationnement, carte de priorité**
- **Transports spécialisés durant le temps scolaire**<sup>69</sup>

# Annexes

# Matériel consultation

- **Posture :**
  - < 9 m serviette pour mettre sur la tête de l'enfant
  - > 18 m balle, jouet à tirer
- **Coordination oculo manuelle**
  - tous 12 cubes en bois (+ grde tasse entre 6m et 1 an)
  - < 9 m : hochet, pastille couleur, anneau attaché ficelle, clochette
  - > 9 m : flacon verre + pastille couleur, planchette à encastrer (rond carré triangle), papier crayon livre d'image

# Matériel consultation

- **Langage :**
  - 10 jouets (petit format) balle, poupée, voiture, cuillère, crayon, lunette, bouton, cheval, mouton
  - Planches d'images d'objets familiers
- **Capacités de socialisation**
  - < 6 m: miroir
  - > 18 m : jeux d'imitations de faires semblant sur une grande poupée tasse, chaise, brosse à cheveu ...

# Maturation des voies cortico spinales : vague descendante céphalo caudale

**Naissance : Hypertonie des 4 mb (en triple flexion) et hypotonie du tronc**

- **2 mois : contrôle de la tête, disparition des R archaïques et de l'hyperexcitabilité, libération mb sup**
- **5 mois : tonus du tronc; posture tripodique, disparition du redressement debout**
- **7 mois: relâchement MI: assis avec appui**
- **9 mois : assis sans appui : parachutes latéraux**
- **10 mois : redressement volontaire**
- **13 à 18 mois : marche acquise**

# Tonus passif des membres

- **Angle des adducteurs** : jambes tenues en extension, on écarte doucement les jambes. On mesure l'angle qu'elles forment. Cet angle est de 30° à la naissance
- **Angle de dorsi-flexion du pied** : à terme, un nouveau-né doit avoir un angle jambe-pied à 0°
- **Angle poplité** : cuisses fléchies, cet angle est de 90° chez un nouveau-né à terme
- **Talon-oreille** : enfant en décubitus dorsal. On relève les deux jambes tendues dans la direction des oreilles. On mesure l'angle entre la table d'examen et les jambes
- **Manœuvre du foulard** position du coude par rapport à la ligne médiane

# Tonus passif des membres











- Angle pédieux = dorsiflexion cheville
- Angle poplité
- Angle des adducteurs

# TONUS PASSIF Membre

## MVT LENT angles normaux; angles pathologiques

ANGLES	2 mois	9 m : hypoT P	Jusqu'à 2 ans
ADD	90°	150° 40 à50° ciseaux	Diminution lente
TALON OREILLE	90°	150° : joue avec ses pieds	Diminution lente
POPLITÉ	90°	150° 90°	Diminution lente
PIED JAMBE	0 à 70 °	Pathologique sup à 70° Pieds équin	
FOULARD	Résistance forte à terme	Bras fait le tour du cou	Diminution lente
RETOUR EN FLEXION des 4 mb à terme	Disparition flexion avant bras	4 mois : disparition retour en flexion des membres inférieurs	



<p>Tête alignée avec les oreilles dessus des épaules Maintien de la position avec l'aide La rotation latérale de la tête ne n'apparaît que vers 3 mois</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>* A besoin de plus d'aide pour maintenir la position</li> <li>* Incapacité à avoir et à maintenir la tête droite</li> <li>* Peu ou pas de mouvement antigravitaire des bras</li> </ul>	
<p>Capacité à étendre de manière adéquate la nuque et le tronc pour maintenir la position Peut maintenir la tête sur de longues périodes (pas forcément droite)</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>* Difficulté ou incapacité à étendre la nuque et les extenseurs thoraciques pour soulever la tête</li> <li>* Peut essayer d'utiliser ses bras ou ses jambes pour maintenir la position</li> </ul>	
<p>Est conscient de la plongée en avant ; lève la tête et fait l'extension de la nuque Ne peut pas mettre volontairement les mains en avant pour se protéger avant 6 mois</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>* Incapacité à générer des mouvements antigravitaires de la tête et du tronc</li> </ul>	
<p>Peut supporter le poids du corps sur les MI avec un maintien extérieur du tronc Possibles mouvements intermittents de flexion et extension Bon alignement vertical de tête au tronc et aux pieds</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>* Ne supporte que peu voire pas de poids du corps</li> <li>* Faible ou absence d'activité musculaire pour atteindre ou maintenir une position debout</li> </ul>	

## Enfant de 4 mois

### Décubitus dorsal

- Belle symétrie médiane de la tête, des yeux et des membres
- Attention visuelle et saisissement contre la gravité
- Mouvements antigravitaire des MS et MI, et dissociation d'un tronc plus stable

### Typique



- Asymétrie corporelle de la tête et des extrémités, avec la tête tournée et le corps courbé
- Pas d'équilibre entre flexions et extensions
- Bouge les extrémités aléatoirement et sans mouvement antigravitaire
- Ne montre ni intérêt, ni de suivi visuel des objets

### Atypique



### Couché sur le côté

- Les membres sont utilisés pour faciliter la rotation assistée
- Maintient de la position latérale avec un équilibre des muscles fléchisseurs et extenseurs du tronc
- Soulèvement de la tête et de la partie supérieure du tronc pour aller vers des mouvements de retournements autonomes



- Faiblesse des membres supérieurs lors du mouvement de rotation assistée
- Ne tient pas la position ; n'a pas une posture adéquate
- Ne peut pas soulever la tête et la partie supérieure du tronc du sol (ou du support)



### Décubitus ventral

- Position des épaules et des membres supérieurs en avant, avec les coudes devant les épaules
- L'extension progresse vers la partie inférieure de la colonne
- Rotation libre de la tête pour suivre le regard ; mouvement des bras pour saisir un objet
- Extension au niveau des lombaires



- Flexion des hanches déplaçant le poids vers l'avant, alors que les coudes restent derrière les épaules
- Uniquement extension de la nuque, sans support des avant-bras ; le soulèvement de la tête n'est pas maintenu
- Ne prend pas d'appui sur les membres inférieurs



### Manœuvre tiré assis

- Maintien de la tête dans l'axe sans sursaut et avec un bon contact entre le menton et le thorax
- Soulève les jambes et utilise les muscles du tronc pour aider la manœuvre
- Utilise également les muscles des membres supérieurs et abdominaux pour aider



- Remue la tête et ne la maintient pas dans l'axe une fois assis
- Ne participe pas avec les bras
- Semble ne pas anticiper le mouvement



## Recognizing Early Motor Delays

Enfant de 4 mois

Typical

Atypical

Assis

- Bon contrôle de la tête et du menton, la tête reste droite
- Maintien de la position avec seulement une stabilisation des hanches et du bassin ; le milieu de la colonne est tendu
- Effectue des mouvements en avant et arrière des hanches avec possibilité de revenir vers la position droite



- Pas de maintien de la tête ; pas de rotation de la tête pour regarder d'un côté à l'autre
- Doit être stabilisé haut sous les bras
- Utilise les extrémités pour compenser et permettre le manque de stabilisation de l'axe



Suspension ventral

- Peut maintenir l'extension à 45° de la tête et du tronc de manière stable et centrée
- Extension du rachis jusqu'à la colonne lombaire et adduction de la ceinture scapulaire
- Bouge librement les MS et MI



- Tient la tête brièvement, mais n'arrive pas à la maintenir dans l'axe
- Ne maintient pas l'extension du tronc et ne met pas les hanches en extension
- Ne tient pas l'extension du tronc lorsqu'il bouge les membres



Réflexes parachutes lors du plongeon en avant

- Maintient l'extension du cou, du tronc et des hanches lors de la plongée en avant
- Ne met pas les mains en avant car les MS participent à la stabilisation de l'extension



- Ne maintient pas fermement l'extension du cou, du tronc et des hanches lors de la plongée en avant
- Asymétrie excessive et fléchissement des MS pour stabiliser l'extension et éviter le choc de la tête



Debout

- Garde les hanches juste derrière les épaules
- Extension active de la colonne thoracique et lombaire mais pas d'extension complète des hanches
- Peut maintenir la position ; support minimal nécessaire au niveau du tronc pour maintenir l'équilibre



- Soutien de la partie haute du thorax nécessaire au maintien de la position
- Mouvements d'extension intermittents permettant le maintien en l'air de la tête
- Les épaules restent très avancées par rapport aux hanches
- Manque de contrôle des hanches et du tronc pour supporter le poids du corps et maintenir l'équilibre



## TYPIQUE

## ATYPIQUE

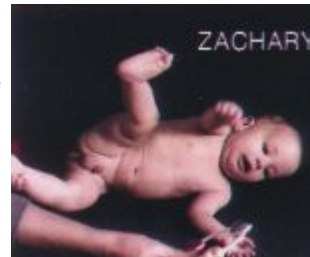
### DÉCUBITUS DORSAL

- Poursuite visuelle d'un côté à l'autre
- Peut tenir la tête centrée
- Atteint et saisit les objets
- Soulève les bras, les jambes et les fesses du sol



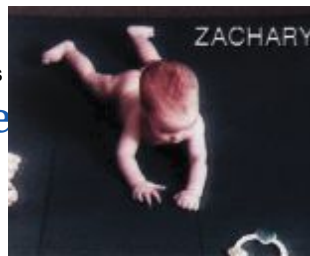
### COUCHÉ SUR LE CÔTÉ

- Maintient la tête droite et centrée
- Ramène les bras vers le milieu du corps
- Mobilisation active des muscles (pas mou)
- Déplacements des appuis corporels d'un côté à l'autre



### DÉCUBITUS VENTRAL

- Prends appui sur les bras tendus
- Redresse la tête et le tronc
- Attrape les objets placés devant lui
- Extension des hanches
- Déplacements des appuis d'un côté à l'autre



### MANŒUVRE TIRÉ ASSIS

- Lève la tête lors de la manoeuvre
- Les épaules sont stables
- Contracture des muscles abdominaux



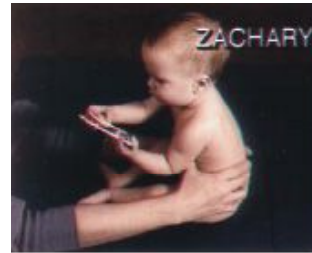
# Early Infant Assessment Re de find Enfant de 6 mois

## TYPIQUE

## ATYPIQUE

### ASSIS

- Garde la tête sur la ligne médiane
- Se penche activement en avant
- Cherche à atteindre et attrape les objets
- Le dos est droit, pas cyphotique



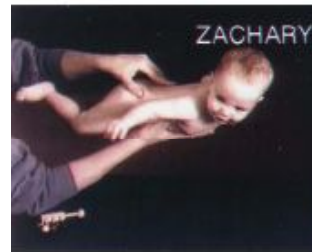
### DEBOUT

- Les épaules sont alignées avec les hanches
- Mouvements libres des MS
- Les hanches sont en extension
- Bouge les jambes, plie les genoux
- Supporte le poids du corps grâce aux pieds à plat sur le sol (ou le support)



### SUSPENSION VENTRALE

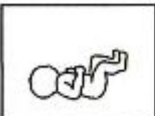


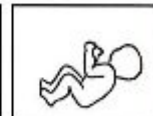











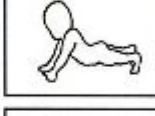

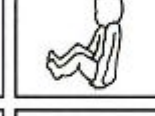


- Tient les bras, les jambes et la tête alignés
- Maintient le tronc tendu tout en bougeant les bras et les jambes dans toutes les directions



### RÉFLEXES PARACHUTES LORS DU PLONGEON EN AVANT

- Maintient la tête centrée entre les épaules
- Tend les bras en avant pour se protéger la tête au cours de la manœuvre

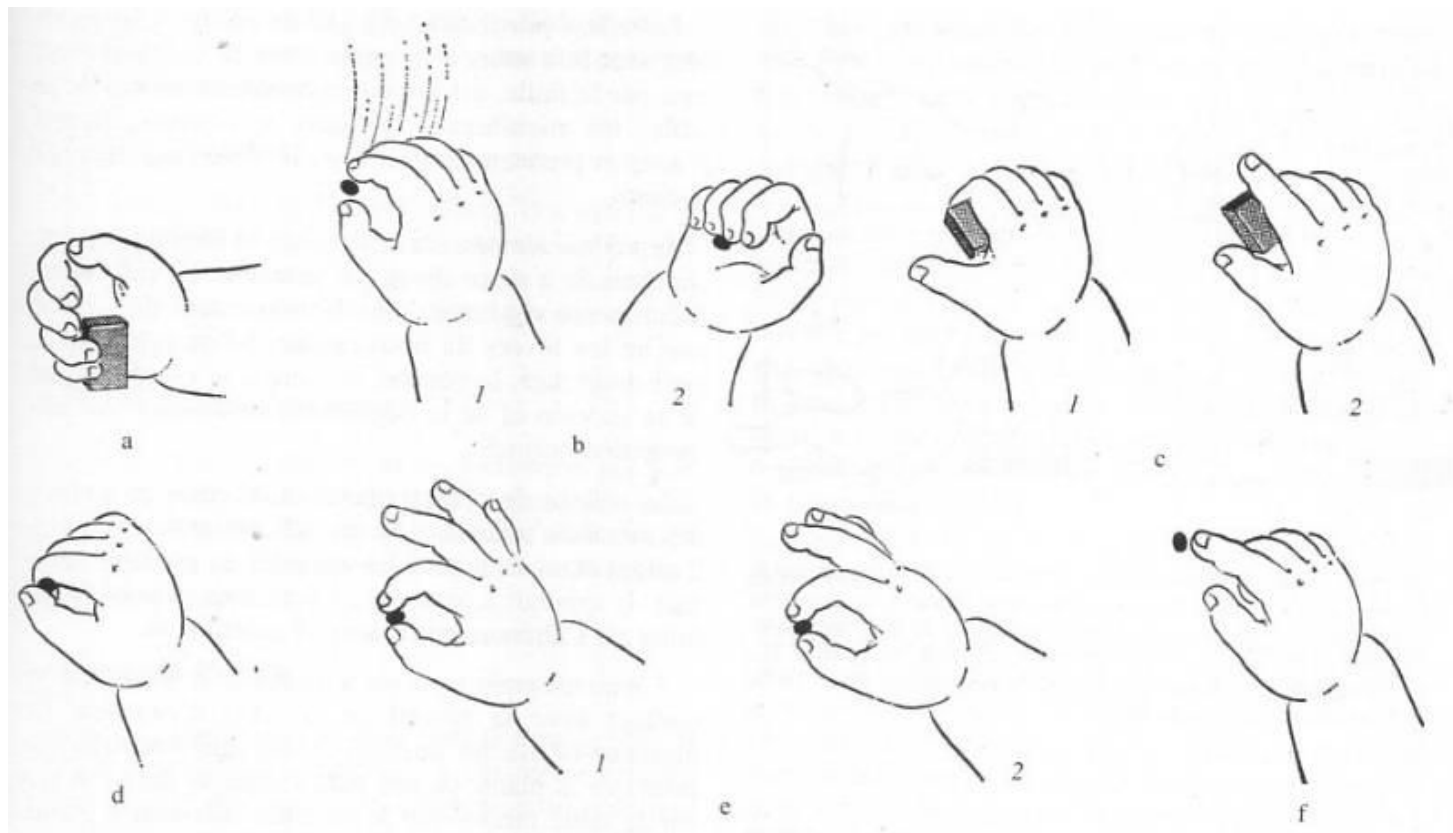


	Décubitus dorsal	Décubitus ventral	Suspension ventrale	Tiré-assis	Position assise
Nouveau-né					
1 mois					
1,5 mois					
2 mois					
3 mois					
4 mois					
6 mois					
8 mois					
10 mois					

Évolution du tonus du nourrisson au cours de la 1<sup>re</sup> année. D'après Pivard N, Cotte MF. Pédiatrie, neurologie, neuropsychiatrie. Lyon : Sinep, 1984.

# Les axes du développement normal

- **Motricité fine : Préhension au contact / à distance**







## Examen du neuvième mois

A 9 mois, votre bébé

- tient bien assis,
- aime jeter ses jouets pour que vous les ramassiez,
- commence à faire les marionnettes, « au revoir » avec la main ou le bras.

**Dans la chaise haute, votre bébé doit toujours être attaché. Ne le laissez jamais seul.**

### Préparer la consultation

Qui s'occupe de votre enfant dans la journée ?

.....

Y-a-t-il eu un changement récent dans la vie de votre enfant ou un changement est-il prévu ?

.....

Y a-t-il des animaux à la maison ?


.....




### Examen médical

Date :  Poids :  kg Taille :  cm PC :  cm

Risque de saturnisme non  oui

 Cornées transparentes	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Strabisme	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Globes oculaires de taille normale	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	si oui, pris en charge	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Pupilles normales	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Poursuite oculaire normale	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>

 Se retourne sur un bruit produit hors de sa vue non  oui

Tympanaux normaux à gauche non  oui

Tympanaux normaux à droite non  oui

Un test d'audiologie quantitative a-t-il été pratiqué ?

Si oui, test utilisé : .....

Résultat : normal  à refaire

avis spécialisé demandé

### Développement

Tient assis sans appui	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Pointe du doigt	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Motricité symétrique des 4 membres	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Réagit à son prénom	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Se déplace	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Répète une syllabe	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Saisit un objet avec participation du pouce	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Joue à « coucou, le voilà »	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>





# Examen au cours de la troisième année

## Préparer la consultation

Qui s'occupe de votre enfant dans la journée ?

.....

Y a-t-il eu un changement récent dans la vie de votre enfant ou un changement est-il prévu ?

.....

Y a-t-il des animaux à la maison ?

.....

A quoi votre enfant aime-t-il jouer avec vous ?

.....



## Examen médical

Date :      Poids :  kg Taille :  cm PC :  cm

Risque de saturnisme non  oui  IMC :

L'enfant a-t-il une correction ? non  oui   
*oui, l'acuité visuelle doit être mesurée avec sa correction)*

### Mesure de l'acuité visuelle

#### Vision de près

Test utilisé : .....

Résultat : œil gauche ..... œil droit .....

#### Vision de loin

Test utilisé : .....

Résultat : œil gauche ..... œil droit .....

Strabisme non  oui

Si oui, pris en charge non  oui

Poursuite oculaire normale non  oui

Tolère l'occlusion oculaire alternée

non  oui

Test de vision stéréoscopique fait  non fait

Résultat : normal  à refaire

avis spécialisé demandé

Tympan normaux  
à gauche non  oui   
à droite non  oui   
Test à la voix chuchotée non fait  fait   
Résultat : normal  à refaire   
avis spécialisé demandé

Un test d'audiologie quantitative a-t-il été pratiqué ?

Si oui, test utilisé : .....

Résultat : normal  à refaire

avis spécialisé demandé

## Développement

Peut nommer 3 couleurs non  oui

Dit son nom non  oui

Fait des phrases de 3 mots non  oui

Emploie des articles non  oui

Utilise le « je » non  oui

Comprend une consigne simple non  oui

Copie un cercle fermé non  oui

Fait un pont de 3 cubes non  oui

Monte les escaliers

en alternant les pieds non  oui

Mange seul non  oui

S'habille avec aide non  oui

Propreté acquise : Diurne non  oui

Nocturne non  oui

Comportement lors de l'examen :

adapté  inhibé  agité



# Examen au cours de la quatrième année

## Préparer la consultation

Qui s'occupe de votre enfant dans la journée ?

.....

Y-a-t-il eu un changement récent dans la vie de votre enfant ou un changement est-il prévu ?

.....

Y a-t-il des animaux à la maison ?

.....

A quoi votre enfant aime-t-il jouer avec vous ?

.....



## Examen médical

Date :    Poids :  kg Taille :  cm IMC :

Risque de saturnisme non  oui

Pression artérielle ..... Protéinurie .....

L'enfant a-t-il une correction ? non  oui  Strabisme non  oui   
(Si oui, l'acuité visuelle doit être mesurée avec sa correction) Si oui, pris en charge non  oui

### Mesure de l'acuité visuelle

Vision de près Poursuite oculaire normale non  oui   
Tolère l'occlusion oculaire alternée non  oui   
Test utilisé : ..... Test de vision stéréoscopique fait  non fait   
Résultat : œil gauche ..... œil droit ..... Résultat : normal  à refaire   
avis spécialisé demandé

Vision de loin avis spécialisé demandé   
Test utilisé : .....  
Résultat : œil gauche ..... œil droit .....

Tympan normaux Un test d'audiologie quantitative a-t-il été pratiqué ?  
à gauche non  oui  Si oui, test utilisé : .....  
à droite non  oui  Résultat : normal  à refaire   
Test à la voix chuchotée : non fait  fait  avis spécialisé demandé   
Résultat : normal  à refaire   
avis spécialisé demandé

## Développement

Enlève un vêtement non  oui  Connaît son sexe non  oui   
Joue en groupe non  oui  Connaît trois couleurs non  oui   
Sautte en avant non  oui  Fait des phrases bien construites non  oui   
Tient sur un pied 3 secondes non  oui  Utilise les articles, les prépositions non  oui   
Propreté acquise diurne non  oui  Dessine le bonhomme en 3 parties non  oui   
nocturne non  oui  Test de langage : pratiqué non  oui   
si oui lequel ? .....  
Résultat : normal  à refaire   
bilan demandé

# Brunet Lézine Synoptique

# Brunet Lézine Synoptique

# Brunet Lézine Synoptique

# Brunet Lézine Synoptique

### C.H.A.T (Checklist for Autism in Toddlers)

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **Date de naissance :** \_\_\_\_\_

#### Questionnaire pour les parents

	Oui	Non
1. Est-ce que votre enfant aime qu'on le balance ou qu'on le fasse rebondir sur les genoux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Est-ce qu'il manifeste de l'intérêt pour les autres enfants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Est-ce que votre enfant aime grimper sur les choses, comme par exemple les escaliers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Est-ce que votre enfant aime jouer à faire coucou ou à cache-cache ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <i>Est-ce que votre enfant joue de temps en temps à « faire semblant » (par exemple : parler au téléphone, s'occuper de poupées ou d'autres choses) ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Est-ce que votre enfant utilise parfois son index pour désigner ou demander quelque chose ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <i>Est-ce que votre enfant utilise parfois son index pour désigner ou indiquer son intérêt pour quelque chose ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Est-ce que votre enfant joue de façon adéquate avec de petits jouets (ex. petites voitures, blocs...) sans limiter son comportement à les porter à sa bouche, chipoter avec ou les laisser tomber ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Est-ce que votre enfant vous apporte régulièrement des objets pour vous montrer quelque chose ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Questionnaire pour les professionnels

	Oui	Non
10. Lors du rendez-vous, est-ce que l'enfant a établi un contact oculaire avec vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. <i>Capez l'attention de l'enfant, ensuite pointez votre index vers un objet intéressant de l'autre côté de la pièce et dites : « Regarde là ! Il y a...(nommez l'objet). Observez l'enfant : est-ce qu'il regarde ce que vous avez indiqué ? »</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. <i>Capez l'attention de l'enfant, ensuite donnez-lui un jouet représentant une tasse de thé et une théière et demandez-lui s'il peut verser du thé dans la tasse. Est-ce que l'enfant fait semblant de verser le thé, de le boire,... ? **</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. <i>Demandez à l'enfant : « Où est la lumière ? » ou « Montre-moi la lumière »***. Est-ce que l'enfant pointe son index vers la lumière ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Est-ce que l'enfant est capable de construire une tour de blocs ? (Si oui, combien ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Pour répondre OUI, assurez-vous que l'enfant regarde l'objet et pas votre main.

\*\* Vous pouvez bien entendu trouver un autre exemple de jeu de « faire semblant ».

\*\*\* Nommez un autre objet, si l'enfant ne comprend pas le mot lumière.

#### Comment interpréter le CHAT ?

5 items du CHAT s'avèrent critiques (en italique dans le tableau) :

- 5 : *jeu de faire semblant.*
- 7 : *pointage protodéclaratif (attirer l'attention de l'autre sur un objet par le pointage).*
- 11 : *suivre le pointage - comportement d'attention conjointe.*
- 12 : *jeu de faire semblant.*
- 13 : *pointer en réponse à une demande - comportement d'attention conjointe.*

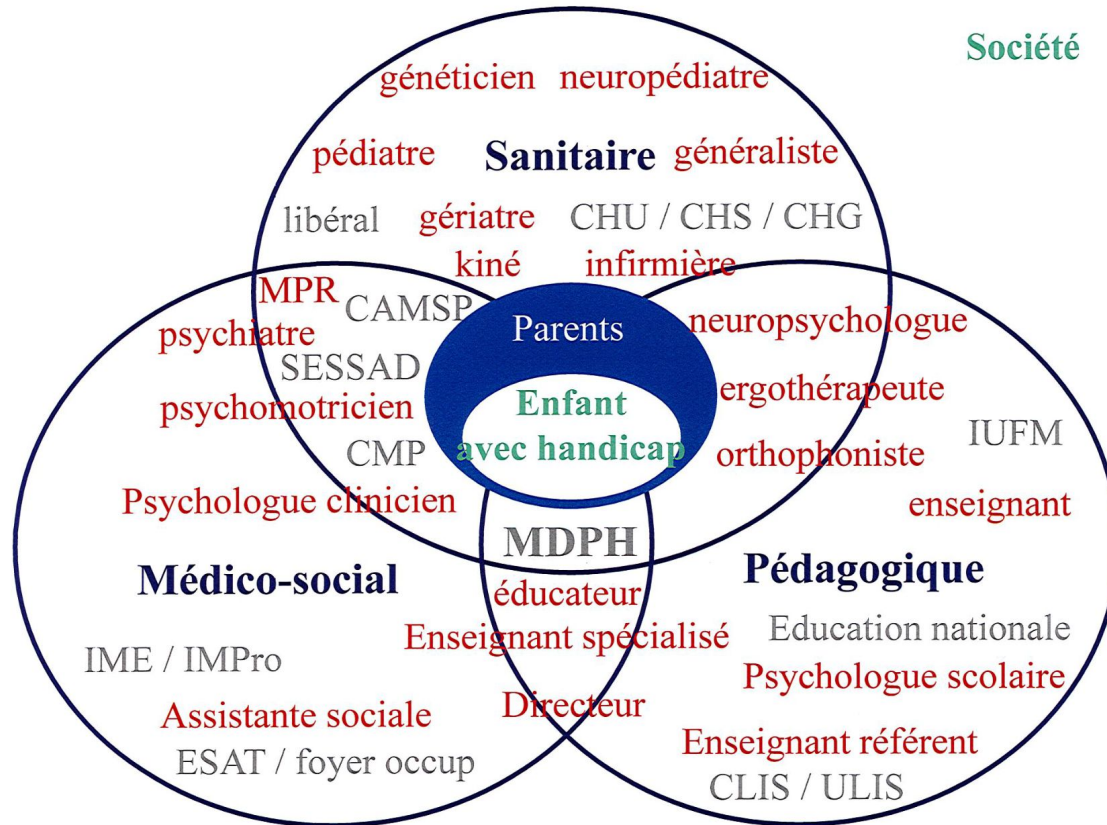
Si l'enfant échoue ces 5 items, le risque de développer un syndrome autistique est très élevé.

Si l'enfant échoue les items 7 et 13 le risque est moyen.

# TED

- **4 questions simples à poser aux parents pour dépister les situations qui questionnent**
  - Votre enfant a-t-il déjà utilisé son index pour pointer ?
  - Votre enfant joue-t-il à faire semblant ?
  - Votre enfant vous imite-t-il ?
  - Votre enfant répond-il au sourire ?
- **Signes d'alerte absolue nécessitant un avis spécialisé**
  - Absence de babillage à 12 mois,
  - Absence de pointage ou d'autres gestes sociaux à 12 mois,
  - Absence de mot simple à 16 mois,
  - Absence d'association de 2 mots (non en imitation immédiate) à 24 mois.
  - Toute régression au niveau du langage ou des compétences sociales, quel que soit l'âge.

# Les professionnels



# EPSAN I01

- Un secrétariat centralisé différents lieux de consultations
- I01 chef de Pôle Dr SOLTANI secrétariat médical au 03 88 64 45
- Le secteur est organisé en trois zones :
- Zone SUD qui représente la réunion des cantons de Hoenheim, Schiltigheim, Strasbourg 5 et la commune de Reichstett, centré sur le Centre Psychothérapique pour Enfants et Adolescents de SCHILTIGHEIM
- Zone CENTRE qui comprend les cantons de Bischwiller et les communes de Bietlenheim, Gries, Gambsheim, Hoerd, Kaltenhouse, Kilstett, Kurtzenhouse, La Wantzenau et Weyersheim centré sur le Centre Psychothérapique pour Enfants et Adolescents de BISCHWILLER
- Zone NORD qui comprend l'arrondissement de Wissembourg avec ses différents cantons, y compris celui de Woerth, centré sur le Centre Psychothérapique pour Enfants et Adolescents

# EPSAN I02

- **Chef de Pôle Dr PERRIER secrétariat médical au 03 88 64 61 09**
- **Le secteur est organisé en 3 grands pôles : Haguenau, Saverne et Brumath qui dispose chacun :**
  - d'une équipe pluridisciplinaire
  - d'Hôpitaux de Jour (HJ)
  - d'Atelier Thérapeutique (AT)
  - de Centres Médico-Psychologiques (CMP)
- **Des pôles centrés autour d'une activité complètent ce dispositif :**
  - le pôle mère-enfant avec une unité de jour (l'Hôpital de Jour La Frimousse, une unité d'hospitalisation à temps plein - Unité Mère-Bébé, et l'intervention à domicile),
  - le pôle adolescence : un pôle de coordination de la prise en charge des adolescents.

# Définition du handicap

- **Rappel définitions**

Nouvelle approche de Ph. Wood, chercheur américain, reprise par l'OMS pour définir le handicap, définition ratifiée par la France en 1993

- **La Déficience** : altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique.
- **L'Incapacité** : réduction de la capacité d'accomplir une activité d'une façon normale pour un être humain
- **Le Désavantage** : Conséquences concrètes résultant des incapacités de la personne. Limitation significative de l'adaptation à l'environnement
- **Dépistage** : de la déficience
- **Précocité** : réduire incapacité et désavantage

# Evaluer les besoins

- **Grille internationale OMS de type CIF**
  - **Déficience par rapport à une norme physiologique: altération fonctionnelle organique/anatomique**
  - **Capacité du sujet à effectuer une tâche ou une action : mobilité, communication, relations aux autres, entretien personnel, apprentissage**
  - **Participation : implication dans la vie réelle**
  - **L'ensemble des limitations dans les trois composantes du fonctionnement = handicap**
- **L'évaluation des limites du fonctionnement de l'enfant doit prendre en compte les facteurs personnels de l'enfant (origine sociale, éducation reçue..) et des facteurs environnementaux (cadre de l'école, habitudes sociales /intégration ...)**
- **Handicap observé à un temps T = interaction entre un problème de santé et les facteurs personnels de l'enfant et le contexte social dans lequel il vit**

# SESSAD ou SESSD Haguenau et Saverne

- **SESSAD DI :**
  - Bischwiller : SESSAD - RIED NORD
  - Haguenau : SESSAD LES GLYCINES
  - Ingwiller : SESSAD APAEIIIE,
  - Saverne : SESSAD LE ROSIER BLANC
- **SESSAD Autisme**
  - Bischwiller : SESSAD - RIED NORD :
  - Ingwiller : SESSAD APAEIIIE
  - SESSAD Polyhandicap Saverne : SESSAD LE ROSIER BLANC places)
- **SESSAD ARAHM moteur Schweighouse**

# IME Alsace Nord

- **Etablissement Les Glycines**
- **Mont des oiseaux**
- **Ingwiller**

# IEM Nord Alsace

- Pas les enfants vont sur Strasbourg

# Bibliographie

- Démarche diagnostique devant une déficience mentale de l'enfant en 2002 V. des Portes, M.O. Livet, L. Vallée, et le Groupe de travail de la Société française de neuropédiatrie (SFNP) sur les retards mentaux
- HAS : [depistages\\_individuels\\_28j-6ans\\_propositions\\_2006.pdf](#)
- Les grandes étapes du développement psychomoteur entre 0 et 3 ans Vincent des Portes RP 2004 : 54
- Pédiadoc site internet pour MG
- Tableau de DENVER
- BRUNET LEZINE tableau synoptique
- M CHAT
- Pathologie neurologique périnatale et ses conséquences Amiel Tison et Gosselin
- La paralysie cérébrale de l'enfant Bérard et Groupe Varax