

Les enfant porteurs de Troubles du Spectre de l'Autisme en Ariège: quel parcours?

*Mme Dr Nathalie MEIER, pédiatre DIU neuro-pédiatrie (UEMA Varilhes, IME St Jean du Falga)
Mme Dr Violeta TENORIO, pédiatre du CAMSP Foix/Pamiers, médecin responsable de la
plateforme TND Ariège.*

*M. Loïc POUGET, psychomotricien (UEMA Varilhes, UMA Pédiatrie, Néonatalogie, Médecine de
l'Adolescence)*



6^e Journée Pédiatrique d'Ariège, 12 Octobre 2021



TSA en Ariège

- Raisons et objectifs de la présentation
- Définition TSA
- Incidence générale et chiffres en Ariège
- Physiopathologie, signes d'alerte, dépistage et diagnostic (illustrations vidéos)
- Particularités neurosensorielles
- Les réseaux de soins en Ariège: présentation de la plateforme TND et des réseaux de soins
- Témoignage audio et conclusion



Définition des Troubles du Spectre de l'Autisme critères DSM 5 (2013)

1) Dyade clinique 2) Trois niveaux de sévérité

Déficits de la communication et des interactions sociales

- Déficit de réciprocité sociale ou émotionnelle
- Déficit des comportements non verbaux
- Déficit du développement, maintien de la compréhension des relations

Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts

- Mouvements répétitifs ou stéréotypés
- Intolérance aux changements, adhésion inflexible à des routines
- Intérêts restreints ou fixes, anormaux dans leur intensité ou leur but
- Hyper ou hypo sensibilité aux stimuli sensoriels

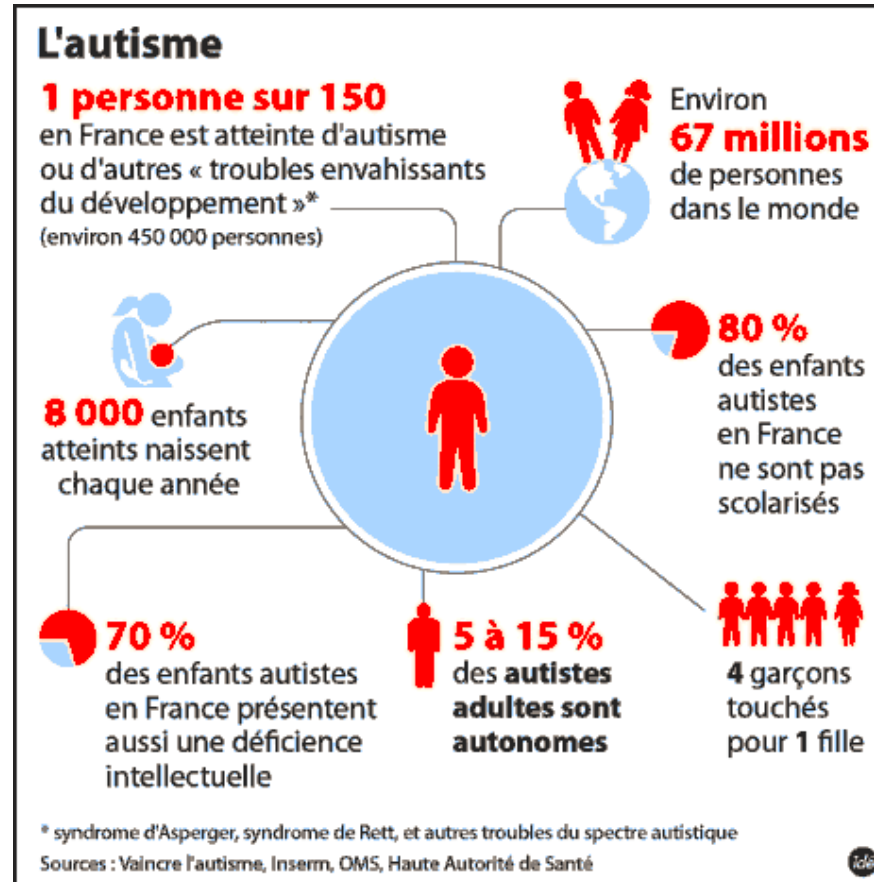


NIVEAUX DE SÉVÉRITÉ DU TSA

NIVEAU DE SÉVÉRITÉ	COMMUNICATION SOCIALE	INTÉRÊTS RESTREINTS ET COMPORTEMENTS RÉPÉTITIFS
Niveau 3 Nécessite un soutien très important	<ul style="list-style-type: none">• Déficits graves dans les compétences de communication sociale verbale et non verbale, provoquant des déficiences graves dans le fonctionnement.• Initiation très limitée des interactions sociales.• Réponse minimale aux tentatives de socialisation d'autrui.	<ul style="list-style-type: none">• Des préoccupations, des rituels fixes et/ou des comportements répétitifs qui nuisent considérablement au fonctionnement dans tous les domaines.• Détresse marquée lorsque les rituels et/ou routines sont perturbés.• Il est très difficile de rediriger les intérêts puisque la personne y retourne rapidement.
Niveau 2 Nécessite un soutien important	<ul style="list-style-type: none">• Déficits marqués au niveau des compétences de communication sociale verbales et non verbales.• Altérations sociales manifestes, en dépit des mesures de soutien mises en place.• Initiation limitée des interactions sociales, avec réponses réduites ou déficientes aux tentatives de socialisation des autres.	<ul style="list-style-type: none">• Les comportements restreints et répétitifs et/ou les préoccupations ou les intérêts se manifestent assez souvent pour perturber le fonctionnement de la personne dans plusieurs contextes.• La détresse et la frustration se manifestent lorsque les comportements restreints et répétitifs sont interrompus; il est difficile de rediriger les intérêts de la personne.
Niveau 1 Nécessite un soutien	<ul style="list-style-type: none">• Sans soutien, les déficits au niveau de la communication sociale provoquent des déficiences notables.• Difficulté à initier des interactions sociales, manifestation concrète de réponses atypiques ou vaines aux ouvertures sociales d'autrui.• Manque d'intérêt apparent pour les interactions sociales.	<ul style="list-style-type: none">• Les rituels et comportements restreints et répétitifs nuisent considérablement au fonctionnement de la personne dans un ou plusieurs contextes.• Résistance lors des tentatives d'une personne tierce de mettre fin aux comportements restreints et répétitifs ou la redirection des intérêts spécifiques.



Les TSA en chiffres





En Ariège:

145 personnes présentant un TSA
(enfants et adultes) sont
répertoriés par la MDPSH depuis
2020.



Physiopathologie des TSA





Hypothèses physiopathologiques

° Dys-connectivité (2004)

connexions défectueuses entre les aires primaires perceptives et les aires associatives et frontales ++, avec difficulté à décoder les consignes complexes.

Macrocéphalie fréquente chez ces enfants.

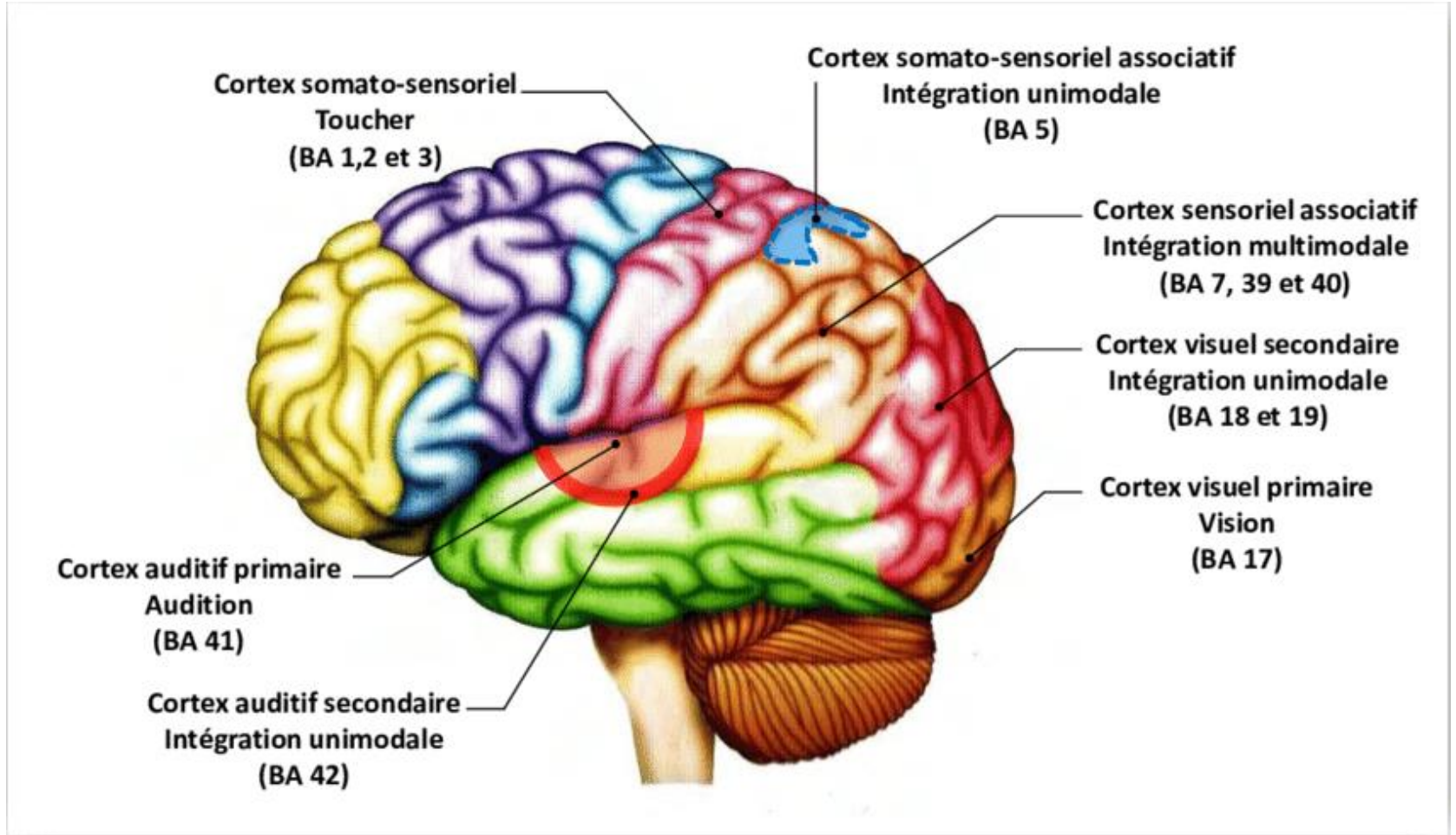
° Troubles de l'intégration multi-sensorielle (aire temporale supérieure)

Visibles en neuro-imagerie **IRM fc** et **Imagerie par tenseur de diffusion**

° Lien entre anomalies fonctionnelles et structurelles (Just et al.)

Corrélation réduction de taille du genou du corps calleux/ sous connectivité fonctionnelle entre les aires frontale et pariétales / sévérité de l'autisme à l'ADOS.

DYS-CONNECTIVITÉ



Dépistage précoce des TSA





Signaux d'alertes:

- **Regard fuyant** à n'importe quel stade du développement
- **Absence de réciprocité** dans l'échange à 9 mois
- Absence de babillage à 12 mois
- Absence de mot à 18 mois
- Absence de pointage à 12 mois
- Absence de sourire partagé à 18 mois
- Absence d'associations de mots (non écholaliques) à 24 mois
- **N'imites pas à 18 mois**
- **Absence de geste social** à 12 mois
- Rigidités comportementales / Inflexibilité
- Hyperactivité / niveau d'activité anormal
- Particularités alimentaires (texture, température, couleur des aliments)
- « Bizarrerie » du jeu
- **Régression ou stagnation langagière**

-> Aucun des signaux d'alerte pris de façon isolés n'a de valeur prédictive



Langage et communication dans les TSA

- **Altération qualitative de la communication**: retard, absence complète de langage oral sans compensation par le geste ou la mimique, incapacité à engager, à maintenir une conversation (pas d'échanges réciproques), pragmatique du langage altéré
- Si langage +, **nombreuses particularités**: « bizarreries » (néologismes), **écholalie**, inversion pronominale, pas d'utilisation de terme abstraits, mots détournés de leur sens habituel, **stéréotypies** ou idiosyncrasie de mots ou phrases, langage précieux, **trouble de la prosodie**.
- **Communication non verbale limitée**: difficulté à comprendre autrui (mimiques, sourire, gestes) ou à aider à l'expression (pointage proto-déclaratif, expressions corporelles émotionnelles)



Qui ? « 1^{ère} ligne »

- Les **professionnels de la petite enfance** (puéricultrices, EJE, assistantes maternelles, auxiliaire de puériculture ...)
- **Professionnels de PMI**
- Professionnels de l'éducation nationale (**enseignants en maternelle++**)
- **Professionnels de santé** avec exercice libéral (pédiatres, généralistes, orthophonistes, psychomotriciens, kinésithérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, infirmiers, orthoptistes)



Qui ? « En 1^{ère} ligne...

... en fait, lorsque ils sont entendus,

ce sont LES PARENTS eux-mêmes qui repèrent les 1ers signes
et
le plus souvent suspectent le diagnostic.

Les professionnels, eux, ont souvent peur de l'entendre ou ne savent qu'en faire:

- qualité du regard +++
- faible intérêt pour les jeux et pour les autres enfants
- Retard de langage



*Pour mettre d'accord
les uns et les autres:*

Un questionnaire simple permet de mettre en lien les interrogations de tout professionnel de la petite enfance et des parents,
dès les 16 mois du bébé :

M-CHAT

**SENSIBILITE et SPECIFICITE > 90% pour
DEPISTAGE des TND**



M-CHAT: Version française

Remplissez les questions en fonction du comportement habituel de votre enfant. Si le comportement se manifeste de façon irrégulière (par exemple si vous ne l'avez vu qu'une seule fois ou deux), ignorez-le dans vos réponses.

	1. Votre enfant aime t-il être balancé sur vos genoux?	Oui	Non
→	2. Votre enfant s'intéresse t-il à d'autres enfants?	Oui	Non
	3. Votre enfant aime t-il monter sur des meubles ou des escaliers?	Oui	Non
	4. Votre enfant aime t-il jouer aux jeux de cache-cache ou 'coucou me voilà'?	Oui	Non
	5. Votre enfant joue t-il à des jeux de faire semblant, par exemple, fait-il semblant de parler au téléphone ou joue t-il avec des peluches ou des poupées ou à d'autres jeux?	Oui	Non
→	6. Votre enfant utilise t-il son index pour pointer en demandant quelque chose?	Oui	Non
	7. Votre enfant utilise t-il son index en pointant pour vous montrer des choses qui l'intéressent?	Oui	Non
→	8. Votre enfant joue t-il correctement avec de petits jouets (des voitures, des cubes) sans les porter à la bouche, tripoter ou les faire tomber?	Oui	Non
	9. Votre enfant amène t-il de objets pour vous les montrer?	Oui	Non
→	10. Votre enfant regarde t-il dans vos yeux plus d'une seconde ou deux?	Oui	Non
	11. Arrive t-il que votre enfant semble excessivement sensible à des bruits? (jusqu'à se boucher les oreilles)	Oui	Non
→	12. Votre enfant vous sourit-il en réponse à votre sourire?	Oui	Non
→	13. Votre enfant vous imite t-il? (par exemple, si vous faites une grimace, le ferait-il en imitation?)	Oui	Non
	14. Votre enfant répond-il à son nom quand vous l'appellez?	Oui	Non
	15. Si vous pointez vers un jouet de l'autre côté de la pièce, votre enfant suivra t-il des yeux?	Oui	Non
	16. Votre enfant marche t-il sans aide?	Oui	Non
	17. Votre enfant regarde t-il des objets que vous regardez?	Oui	Non
	18. Votre enfant fait-il des gestes inhabituels avec ses mains près du visage?	Oui	Non
	19. Votre enfant essaie t-il d'attirer votre attention vers son activité?	Oui	Non
	20. Vous êtes vous demandé si votre enfant était sourd?	Oui	Non
	21. Votre enfant comprend-il ce que les gens disent?	Oui	Non
	22. Arrive t-il que votre enfant regarde dans le vide ou qu'il se promène sans but?	Oui	Non
	23. Votre enfant regarde t-il votre visage pour vérifier votre réaction quand il est face à une situation inhabituelle?	Oui	Non

M-CHAT

- Attention conjointe
- Pointage proto-déclaratif
- Fixation oculaire
- Réciprocité émotionnelle
- Imitation différée
- Jeu fonctionnel/Faire semblant
- 16-30 mois
- Gratuit / disponible sur le net



Résultats M-CHAT

- **Score total 0-2** (risque faible) 93% des cas
-> Si < 24 mois, répéter à 24 mois (ou dans 3 mois)
-> Poursuivre la surveillance/dépistage général
- **Score total 3-7** (risque modérée) 6% des cas
-> Référer pour évaluation TSA de seconde ligne
- **Score total >8** (risque élevé) 1% des cas
-> Référence immédiate pour évaluation TSA

Robins, Fein & Barton, 2009



Ex: Vidéo normale Ma. et Mi.



Ex: Vidéo de Ro. /patho



Autres signaux d'alerte:

- Troubles du sommeil +++
- Trouble de l'oralité (diversification alimentaire...)
- Trouble de la régulation des émotions (crises de tantrum)
- Retard global des acquisitions psychomotrices
- fréquence de l'épilepsie et du TDAH



Bilan étiologique:

- Nombreux progrès scientifiques pour comprendre les TSA et leurs causes

Les TSA font partie des **troubles neuro-développementaux**

Bilan sensoriel: ORL +++

Imagerie cérébrale (IRM cérébrale): indiquée si anomalie du PC et autres signes associés (épilepsie, signes dysmorphiques, ...)

EEG de nuit et veille: régression du langage, crises (éliminer une épilepsie fréquemment associée)

bilan génétique si DI et/ou forme familiale

Bilan métabolique (TSA secondaire)

...



Ne pas retarder la prise en charge

Quels que soient le bilan organique et les éventuelles causes retrouvées:

-> **agir en précocité pour prévenir** une évolution péjorative (cognitive), les troubles du comportement +++ , le sur-handicap

-> **répondre rapidement aux attentes parentales et les accompagner**: savoir quoi faire au quotidien, à la maison, sur les lieux de socialisation



Les outils diagnostics des TSA:

- **L' A.D.O.S.-2**: Autism Diagnostic Observation Schedule
- **L' A.D.I.-R**: Autism Diagnostic Interview- Revised

-> réalisés en centres de référence,
(CAMSP et CRA)

-> confirmation du diagnostic clinique,

-> pistes pour la rééducation



Les particularités neurosensorielles

Caractère
restreint et
répétitif des
comportements,
des intérêts

- Mouvements répétitifs ou stéréotypés
- Intolérance aux changements, adhésion inflexible à des routines
- Intérêts restreints ou fixes, anormaux dans leur intensité ou leur but
- Hyper ou hypo sensibilité aux stimuli sensoriels

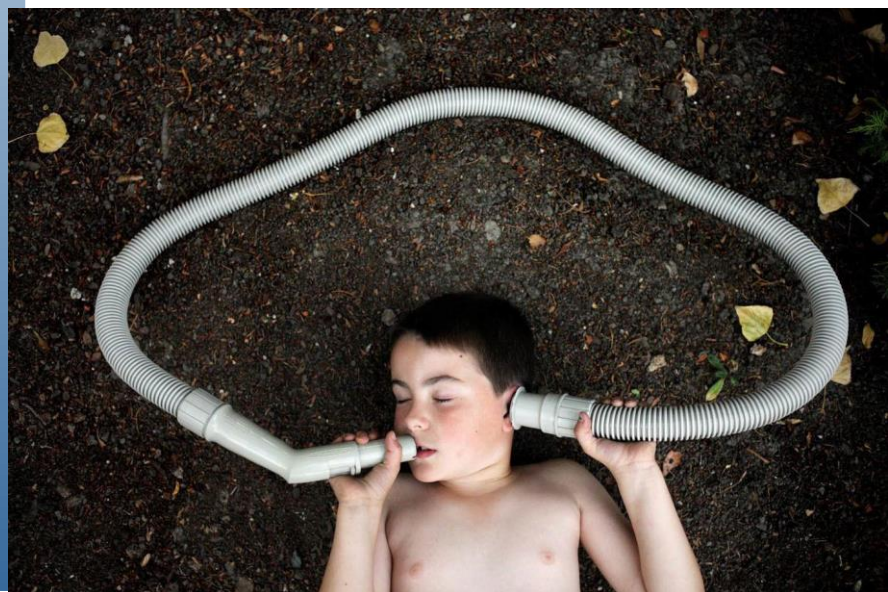
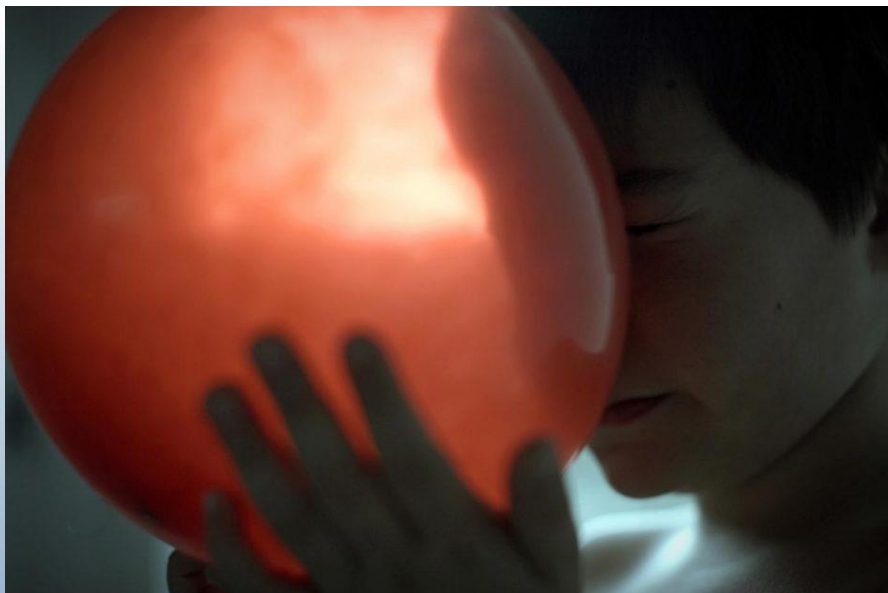


Caractère
restreint et
répétitif des
comportements,
des intérêts

- Mouvements répétitifs ou stéréotypés
- Intolérance aux changements, adhésion inflexible à des routines
- Intérêts restreints ou fixes, anormaux dans leur intensité ou leur but
- Hyper ou hypo sensibilité aux stimuli sensoriels



Les particularités neurosensorielles





(Source: Timothy ARCHIBALD, Eli)

Les particularités neurosensorielles

La vue



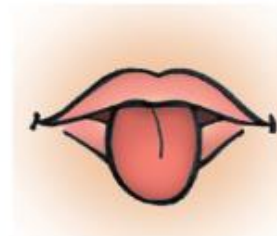
l'ouïe



l'odorat



le goût



Le toucher



le système vestibulaire



le système proprioceptif





Les particularités neurosensorielles

- Comportements « **bizarres** »
- Neurosensoriel et pas sensoriel
- Hypothèses neurophysiologiques pas consensuelles :
suractivité neuronale ? Synaptique ?
- Trouble de la modulation sensorielle
- **95% des enfants TSA** (*P. Giarcady et al, Troubles de la modulation sensorielle et difficultés adaptatives dans les troubles du spectre de l'autisme, 2018*)
- Décrits par de nombreux adultes autistes verbaux comme centraux dans leur pathologie : Donna Williams, Temple Grandin, Josef Shovanec



Les particularités neurosensorielles

0 à 18 ans

- Notion de patterns sensoriels

Hypersensibilité

Hyposensibilité

Recherche de sensations (autostimulations)

Surcharge sensorielle avec crises

- Evaluation par examen clinique +/- Questionnaires parentaux:

Profil sensoriel de
Dunn 2 (standardisé
au EU, sensibilité ---)

N°	Comportements de la personne	EV	V	SO	PS	Observations
1	Résistance au changement					
2	Remarque même les minuscules changements dans l'environnement					O. Bogdashina
3	Ne reconnaît pas un lieu familier si il y arrive d'une façon différente					(sensibilité ++)
4	Ne reconnaît pas des gens familiers dans des vêtements différents					
5	N'est pas dupe par les illusions d'optique					
6	Fait constamment attention aux minuscules particules, ramasse les petits moutons de poussière					
7	Détecte la noise et les lumières fortes					
8	A peur des flashs lumineux ou des éclairs etc.					
9	Regarde au sol la plus part du temps					
10	Cache, ferme ses yeux ou louches si la lumière est forte.					
11	Est attiré par la lumière					
12	Regarde de façon intensive les choses ou les personnes					
13	Bouge ses doigts ou des objets devant ses yeux					
14	Est fasciné par les reflets ou les objets brillants					
15	Passer sa main autour des objets					
16	Estoupe les choses					
17	Est facilement irrité ou fatigué par les lumières fluorescentes					
18	Est irrité par certaines couleurs (spécifier :)					
19	Est fasciné par les couleurs brillantes (spécifier :)					
20	Peut répondre de façons différentes (content, indifférent, angoissé) avec des stimuli visuels identiques (lumière, couleur, motif visuel, etc)					
21	Porte son attention sur les détails d'un objet au lieu de l'objet en entier (ex : une roue au lieu de la voiture en entier)					
22	Se perd facilement					
23	Craint la hauteur, les marches, les escalators					
24	A des difficultés pour attraper une balle					
N°	Comportements de la personne	EV	V	SO	PS	Observations



Traitement de l'information AUDITIVE

Observant : Bien

Mon enfant...

EV	1	réagit fortement aux bruits soudains ou intenses (par exemple, sirènes, chien qui aboie, sècheur à cheveux).	3	2	1
EV	2	couvre ses oreilles avec ses mains pour se protéger du bruit.			
SE	3	a de la difficulté à accomplir des tâches lorsqu'il y a de la musique ou que la télévision est allumée.			
SE	4	est distrait dans un milieu bruyant.			
EV	5	ne peut pas travailler avec un bruit de fond (par exemple, ventilateur, réfrigérateur).			
SE	6	fait la sourde oreille ou semble s'ignorer.			
SE	7	semble ne pas entendre lorsque je l'appelle par son prénom (alors que son ouïe est fonctionnelle).			
EN	8	aime les bruits étranges ou fat (dues) bruits) par plaisir.			

Score brut AUDITIF :

Commentaires pour le Traitement de l'information AUDITIVE :

Traitement de l'information VISUELLE

Observant : Bien

Mon enfant...

SE	9	préfère jouer ou travailler dans l'obscurité.	3	2	1
SE	10	préfère les vêtements aux couleurs et motifs vifs.			
EN	11	aime regarder les détails visuels des objets.			
EN	12	a besoin d'aide pour trouver des objets qui sont évidents pour d'autres.			
SE	13	est plus dérangé par des lumières fortes que d'autres enfants du même âge.			
SE	14	regarde les gens se déplacer dans la pièce.			

Score brut VISUEL :

EV 15 est dérangé par des lumières fortes (par exemple, sa cache de la lumière du soleil traversant la fenêtre de la voiture).*

* Cet item ne fait pas partie du Score brut VISUEL.



Les particularités neurosensorielles

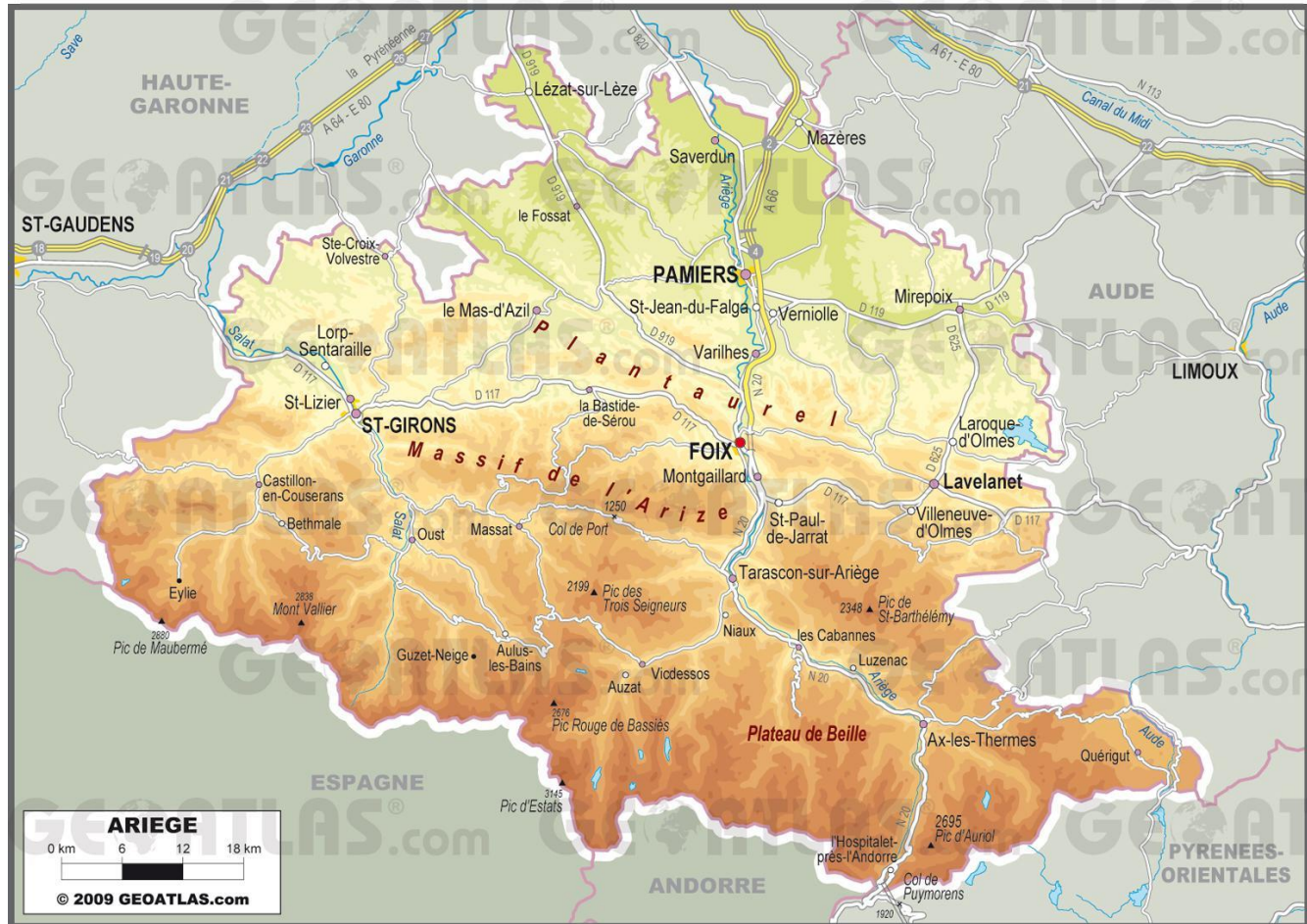
Quelques comportements

Caractère répétitif, rythmé et rigide

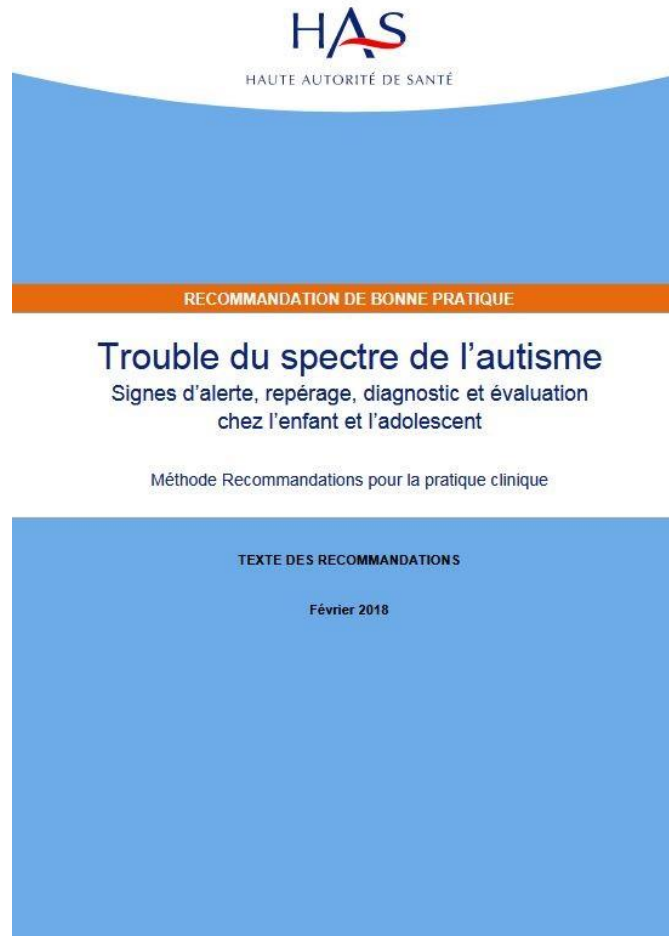
Outil de régulation émotionnelle / gestion du stress aigue

- Il bouge ses deux mains de façon répétitive *Hand Flapping*
 - Il met les objets à la bouche
 - Il marche sur la pointe des pieds
 - Il recherche le mouvement, se balance et tournoie sur lui-même
 - Il met ses maines sur les oreilles pour des bruits caractéristiques (*tracteur tondeuse, machine à laver, thermomix, froissement du papier etc.*)
 - Il répète des bouts de dessin-animés, des passages publicitaires
 - Il ne supporte pas certaines matières / textures et peut insister pour porter les même vêtements
- +/- sélectivité alimentaire*
- Il Aligne les objets, fait tourner les objets
 - Il Fait des mouvements avec ses mains devant ses yeux
 - Il Refuse le contact corporel ou de marcher pieds nus dans l'herbe, le sable, la terre
 - Il Renifle les objets, les gens
 - Il fait des bruits répétitifs avec sa bouche, sa gorge, sa langue
 - Il est littéralement fasciné par les objets brillants, colorés, contrastés
 - Il ne mange que des aliments rouge et rien d'autre
 - Il ne supporte pas qu'on lui coupe les cheveux ou les ongles
 - Il se frappe, se mord, coince ces doigts dans la porte

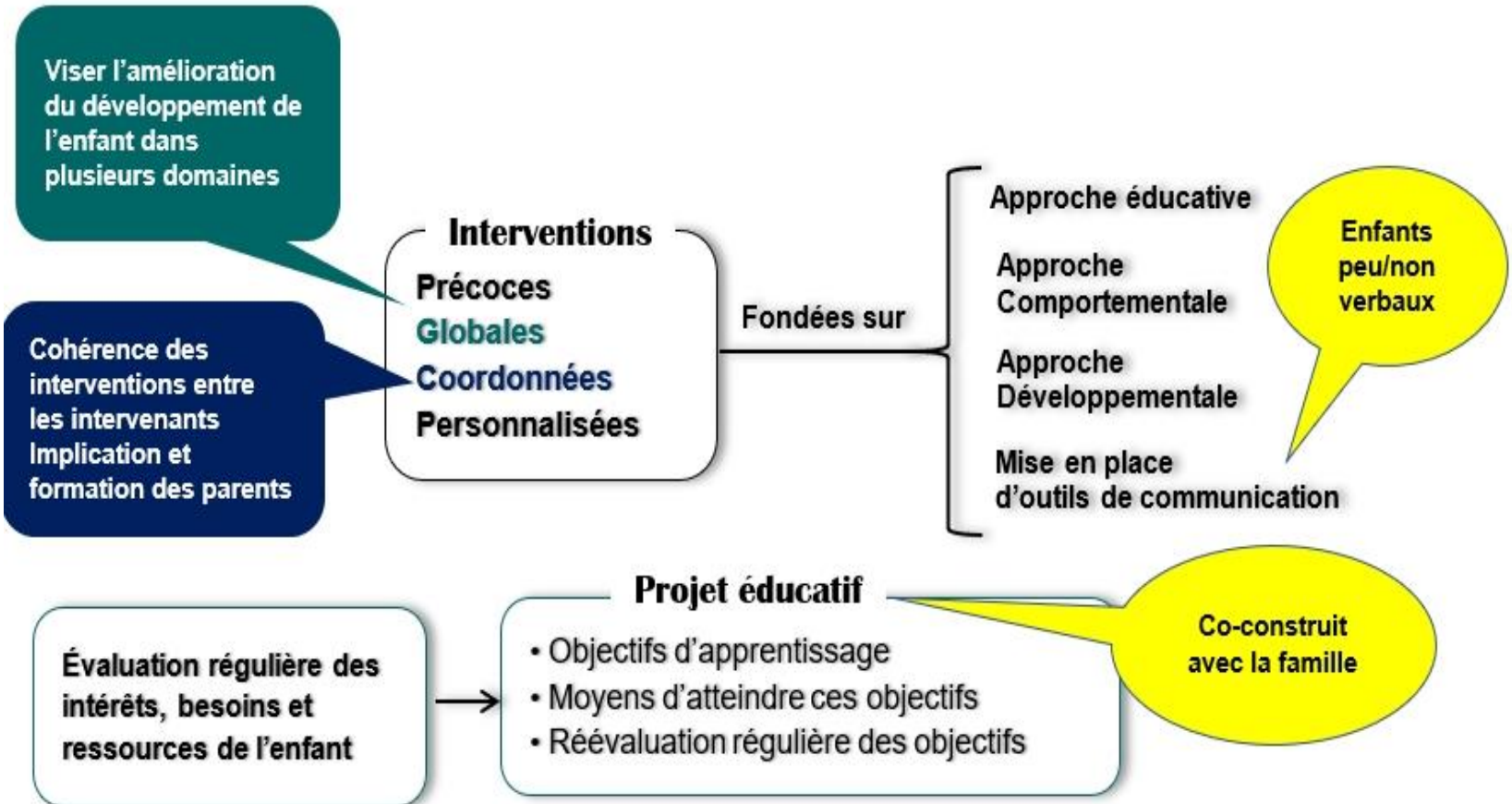
Les réseaux de soins en Ariège



Les recommandations de l'HAS



Enfants/adolescents autistes : que recommande la HAS ?



Enjeux de la prise en charge précoce

- **Attention à la banalisation :**

Importance de la prise en charge précoce (<3 ans)

Corrélation entre précocité et intensité de la prise en charge et avenir développemental : **meilleur pronostic**

- **Attention à un (nouveau) diagnostic précoce différentiel: le syndrome d'EPEE**

(syndrome d'Exposition Précoce et Excessive aux Écrans)

Mêmes résultats mais totalement induits par les écrans (réversibles? pas seulement): **retard de langage, intérêt restreints**





Présentation du parcours de soins pour enfant TSA en Ariège

- Présentation de la plateforme TND
- Présentation de l'UEMA de Varilhes.

La Plateforme d'Orientation et Coordination pour les enfants avec des Troubles du Neurodéveloppement

Stratégie nationale autisme et TND 2018-2022.

Ambition: accélérer l'accès au diagnostic
et à l'intervention précoce

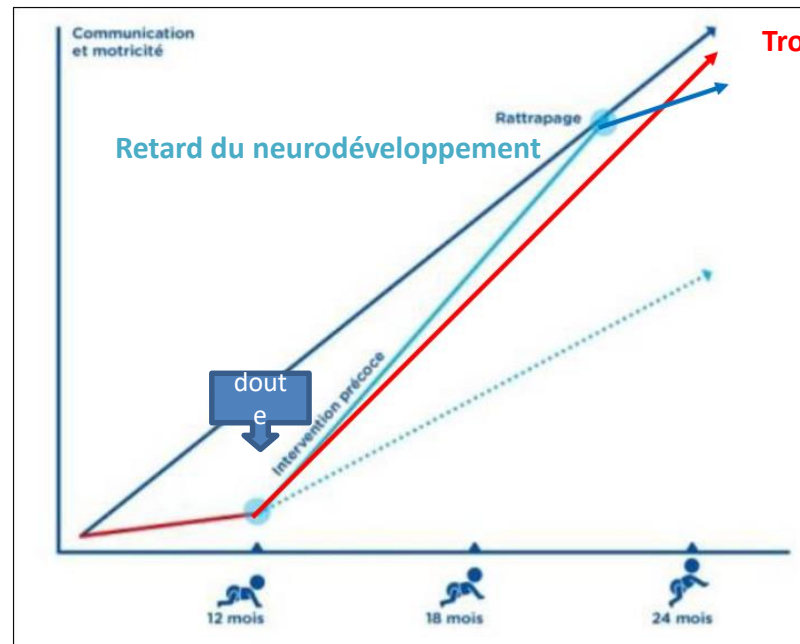
Mise en place d'un parcours coordonné
de bilan et d'intervention précoce d'un
an en amont du diagnostic

Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2019

- Construction d'un parcours coordonné, sécurisé et fluide
- Rémunération des professionnels libéraux contribuant au diagnostic par le biais d'un " forfait précoce" ergothérapeute, psychologue, psychomotricien



Les Troubles du Neurodéveloppement



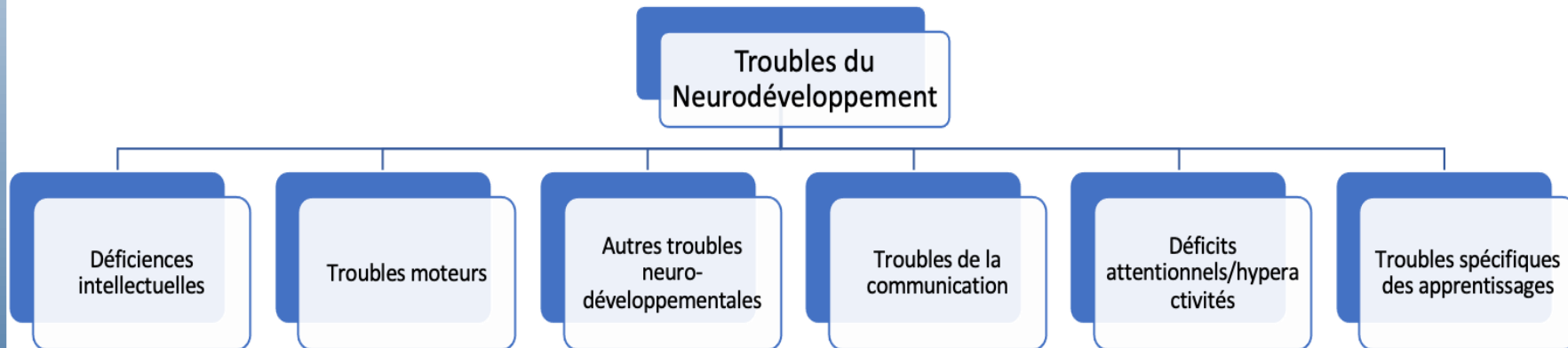
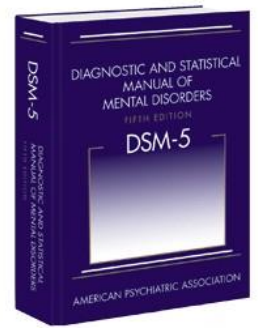
Trouble du neurodéveloppement

Enjeux des interventions précoces

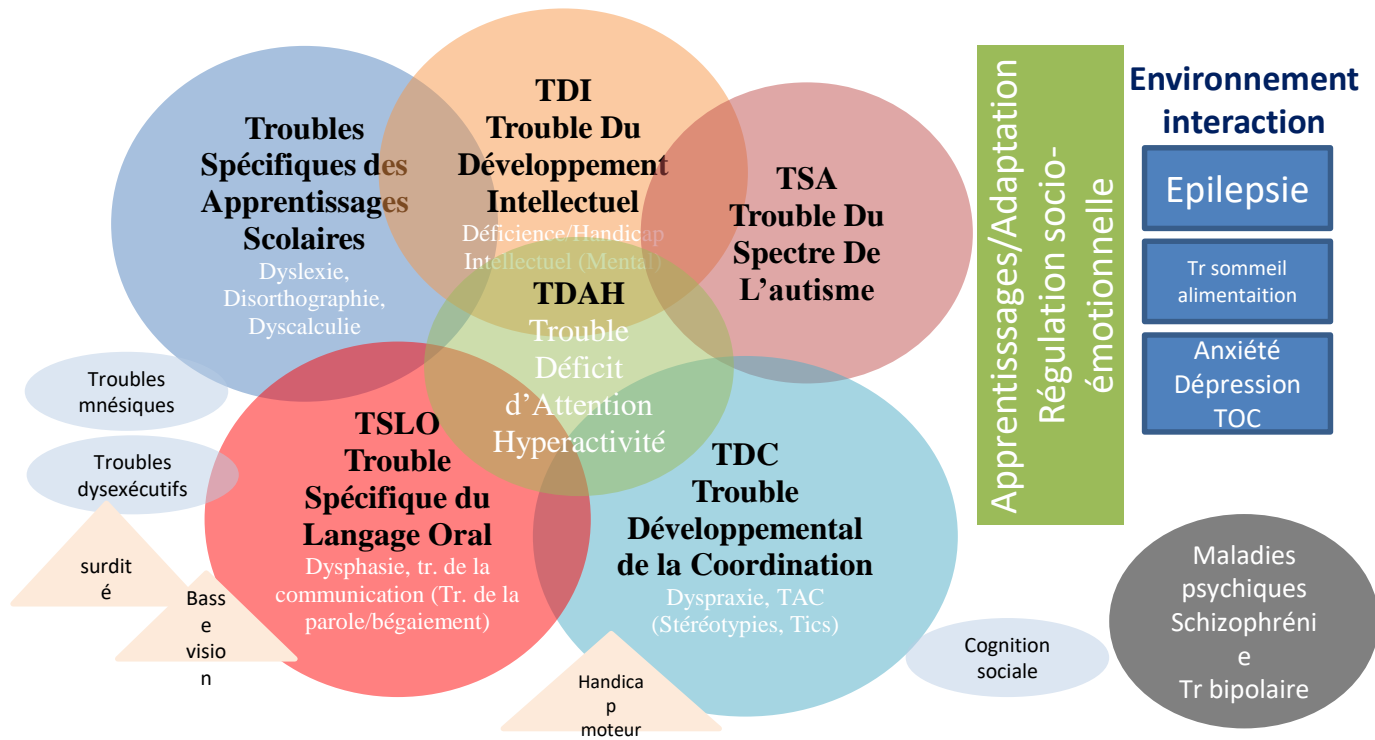
1. Plasticité cérébrale maximum 1000^{es} jours
2. Modifications de la trajectoire développementales avant stabilisation des circuits et des connections synaptiques
3. Place à l'environnement

Les Troubles du Neurodéveloppement

Les TND se caractérisent par une déviation de la trajectoire du développement psychomoteur et affectif de l'enfant qui entraîne un retentissement important sur le fonctionnement adaptatif scolaire, social et familial.



Les Troubles du Neurodéveloppement



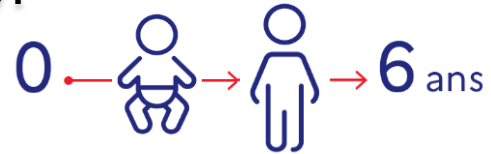


Les objectifs de la PCO

- ✓ Proposer un parcours coordonné des bilans et interventions précoces pour une durée d'un an voire 24 mois pour tout enfant de moins de 7 ans
- Répondre au problème d'errance diagnostique
- Réduire le sur-handicap en offrant un accès rapide aux rééducations
- Apporter une cohérence, une flexibilité, une interdisciplinarité en étant au plus proche des besoins de l'enfant

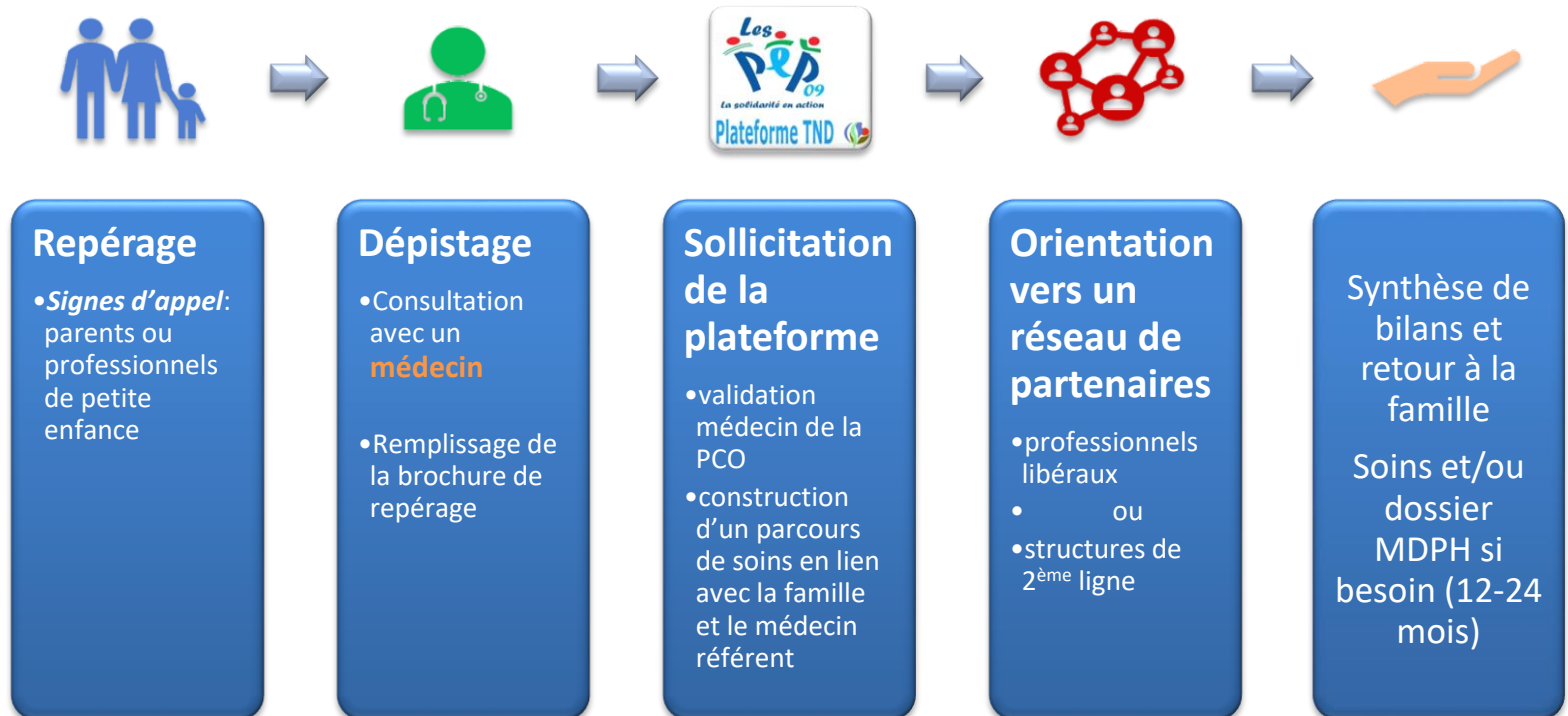
A qui s'adresse la plateforme

Peuvent être orientés vers la plateforme :



- ✓ Tout enfant jusqu'à **6 ans et 364 jours**
- ✓ Avec une **suspicion** de trouble du neurodéveloppement,
- ✓ Habitant en **Ariège**,
- ✓ Et **non bénéficiaire** d'une prestation de compensation MDPSH

Le parcours du patient dans la PCO





La première ligne

Le rôle du médecin référent –premier maillon de la PCO

- Son rôle est **de repérer les signes et de contacter la plateforme.**
- Seul le médecin référent de l'enfant pourra orienter l'enfant vers la plateforme.
- Le médecin référent utilise **une grille de repérage spécifique** pour adresser ses observations et ses recommandations.
- Le médecin coordonnateur de la plateforme ne devient pas le référent médical de l'enfant.
- La prescription du parcours peut venir de tout médecin (généraliste, pédiatre, PMI, scolaire).
- Consultation Médecins libéraux: profiter de la mise en oeuvre de la Consultation Très Complexe (cotée CCE-60€) ou TSA (avec consultation de suivi cotée CCX-46€)



**Détecter les signes
d'un développement
inhabituel chez
les enfants de moins
de 7 ans**

REPÉRER ET GUIDER

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN

La grille de repérage

DIMENSIONS TRANSVERSALES

FACTEURS DE HAUT RISQUE DE TND

- Frère ou sœur ou parent de 1^{er} degré ayant un TND
- Exposition prénatale à un toxique majeur du neuro-développement (alcool, certains antiépileptiques, etc.)
- Grande prématurité (moins de 32 semaines d'aménorrhée)
- Poids de naissance inférieur à 1 500 g
- Encéphalopathies aiguës néonatales (incluant convulsions)
- Anomalies cérébrales de pronostic incertain (ventriculomégalie, agénésie corps calleux, etc.)
- Microcéphalie (PC < -2 DS, congénitale ou secondaire)
- Infections congénitales ou néonatales (CMV, toxoplasmose, rubéole, méningites / encéphalites, etc.)
- Syndromes génétiques pouvant affecter le neuro-développement
- Cardiopathies congénitales complexes opérées
- Chirurgie majeure (cerveau, abdomen, thorax)
- Ictère néonatal sévère, y compris à terme (bilirubine >400 mmol/L)



COMPORTEMENTS INSTINCTUELS, SENSORIELS, ÉMOTIONNELS PARTICULIERS

Fonctions physiologiques instinctuelles (sommeil, alimentation) :

- Troubles durables et quasi quotidiens du sommeil (endormissement, réveils nocturnes)
- Grande sélectivité alimentaire inhabituelle pour l'âge (préfère les structures lisses, refuse les morceaux, a une aversion pour les aliments d'une certaine couleur, etc.)
- Difficultés de prises alimentaires (durée des repas très longue, réflexe nauséux massif)
- Exploration / utilisation étrange des « objets » et de l'environnement
- Mouvements répétitifs, stéréotypés : gestuelles (battements des mains, mouvements des doigts devant les yeux) ou corporelles (balancements, tournements, déambulations, etc.)
- Comportement anormalement calme voire passif, bougeant très peu (hypo-mobilité) pour les enfants de moins de 24 mois

Profil sensoriel et sensori-moteur particulier :

- Aversion / évitement du contact tactile, de certaines textures ou tissus
- Hyper-réactivité ou hypo-réactivité à des stimuli sensoriels (absence de réaction à un bruit fort ou réaction exagérée pour certains bruits, évitement ou attirance pour la lumière)

Régulation émotionnelle inhabituelle pour l'âge et quel que soit l'environnement :

- Intolérance exagérée au changement de l'environnement⁽¹⁾
- Colères violentes et répétées, inconsolables
- Hyperactivité motrice incontrôlable (se met en danger)

(1) Colère, chagrin, réaction de peur, disproportionnés ou sans objet apparent, avec violence (auto ou hétéro-agressivité), non apaisables et répétées.

La grille de repérage

SIGNES D'ALERTE

SIGNES D'ALERTE À 6 MOIS
2 « non » dans 2 domaines

Motricité globale, contrôle postural et locomotion

- Tient sa tête stable sans oscillation
- Tient assis en tripode, avec les fesses sur le sol

Motricité fine (cognition)

- Saisit l'objet tenu à distance
- Utilise une main ou l'autre, de façon volontaire

Langage oral

- Tourne la tête pour regarder
- Vocalise des monosyllabes

Socialisation

- Sourit en réponse au sourire
- Sollicite le regard de l'autre

SIGNES D'ALERTE À 18 MOIS
2 « non » dans 2 domaines

Motricité globale, contrôle postural et locomotion

- Se lève seul à partir du sol (trébuchement)
- Marche sans aide (plus de cinq pas)

Motricité fine (cognition)

- Empile deux cubes (sur modèle)
- Introduit un petit objet dans un récipient (attendu à 14 mois)

Langage oral

- Désigne un objet ou une image (chat, ballon, voiture, etc.)
- Comprend les consignes simples (chercher un objet connu, etc.)
- Dit spontanément cinq mots (papa, tiens, encore, etc.)

Socialisation

- Est capable d'exprimer un refus (dit « non », secoue la tête, repousse)
- Montre avec le doigt ce qui l'intéresse, attire l'attention de l'adulte

SIGNES D'ALERTE À 3 ANS
2 « non » dans 2 domaines

Motricité globale, contrôle postural et locomotion

- Monte l'escalier seul en alternant les pieds
- Saute d'une marche

Motricité fine (cognition)

- Empile huit cubes (sur modèle)
- Copie un cercle sur modèle
- Enfile seul un vêtement (bonnet)

Langage oral

- Dit des phrases de trois mots
- Utilise son prénom ou le « je »
- Comprend une consigne orale

Socialisation

- Prend plaisir à jouer avec des autres
- Sait prendre son tour dans un jeu

SIGNES D'ALERTE À 6 ANS
3 « non » dans 2 domaines différents

Motricité globale, contrôle postural et locomotion

- Saute à cloche pied trois à cinq fois (sur place ou en avançant) oui non
- Court de manière fluide et sait s'arrêter net oui non
- Marche sur les pointes et les talons oui non

Motricité fine et praxies

- Ferme seul son vêtement (boutons ou fermeture éclair) oui non
- Touche avec son pouce chacun des doigts de la même main après démonstration oui non
- Copie un triangle oui non
- Se lave et/ou s'essuie les mains sans assistance oui non

Langage oral

- Peut raconter une petite histoire de manière structurée (avec début, milieu et fin) (exemple : histoire qu'on lui a lu, dessin animé qu'il a vu, événement qui lui est arrivé ... éventuellement suggéré par les parents) oui non
- Peut dialoguer en respectant le tour de parole (par exemple sur un sujet qui l'intéresse) oui non
- S'exprime avec des phrases construites (grammaticalement correctes) oui non

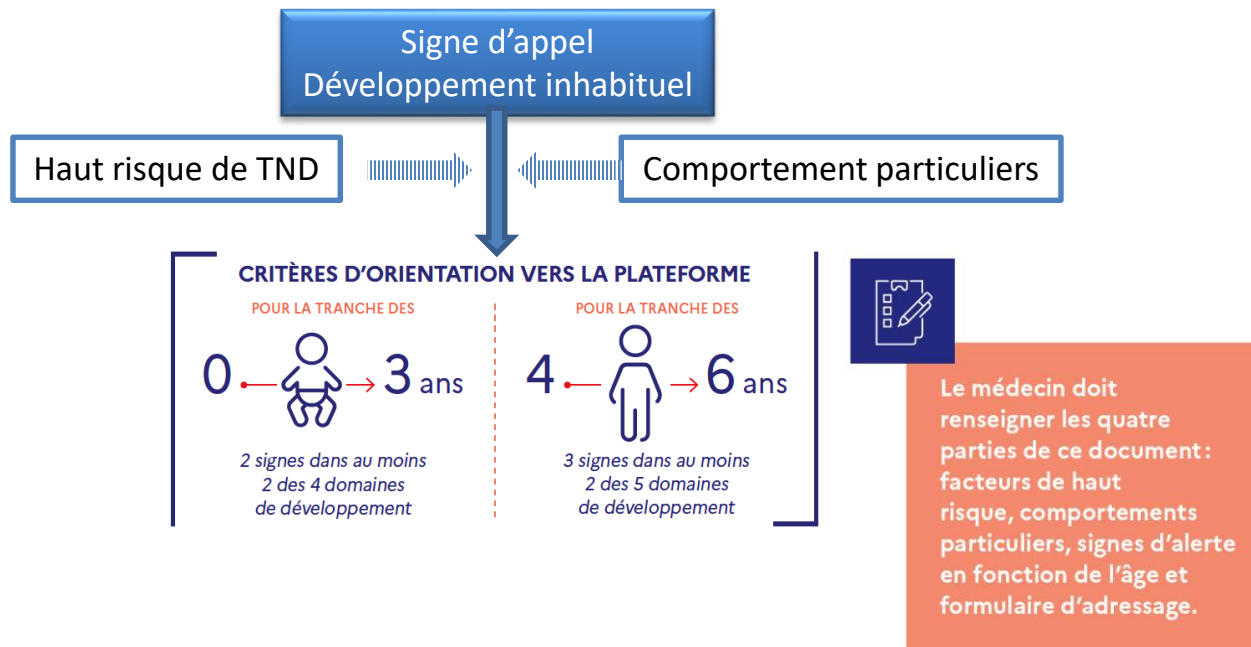
Cognition

- Dénombre dix objets présentés (crayons, jetons, etc.) oui non
- Peut répéter dans l'ordre trois chiffres non sériés (5, 2, 9) oui non
- Reconnaît tous les chiffres (de 0 à 9) oui non
- Maintient son attention environ dix minutes sur une activité qui l'intéresse, sans recadrage oui non

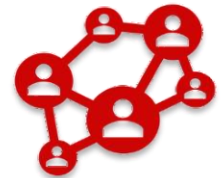
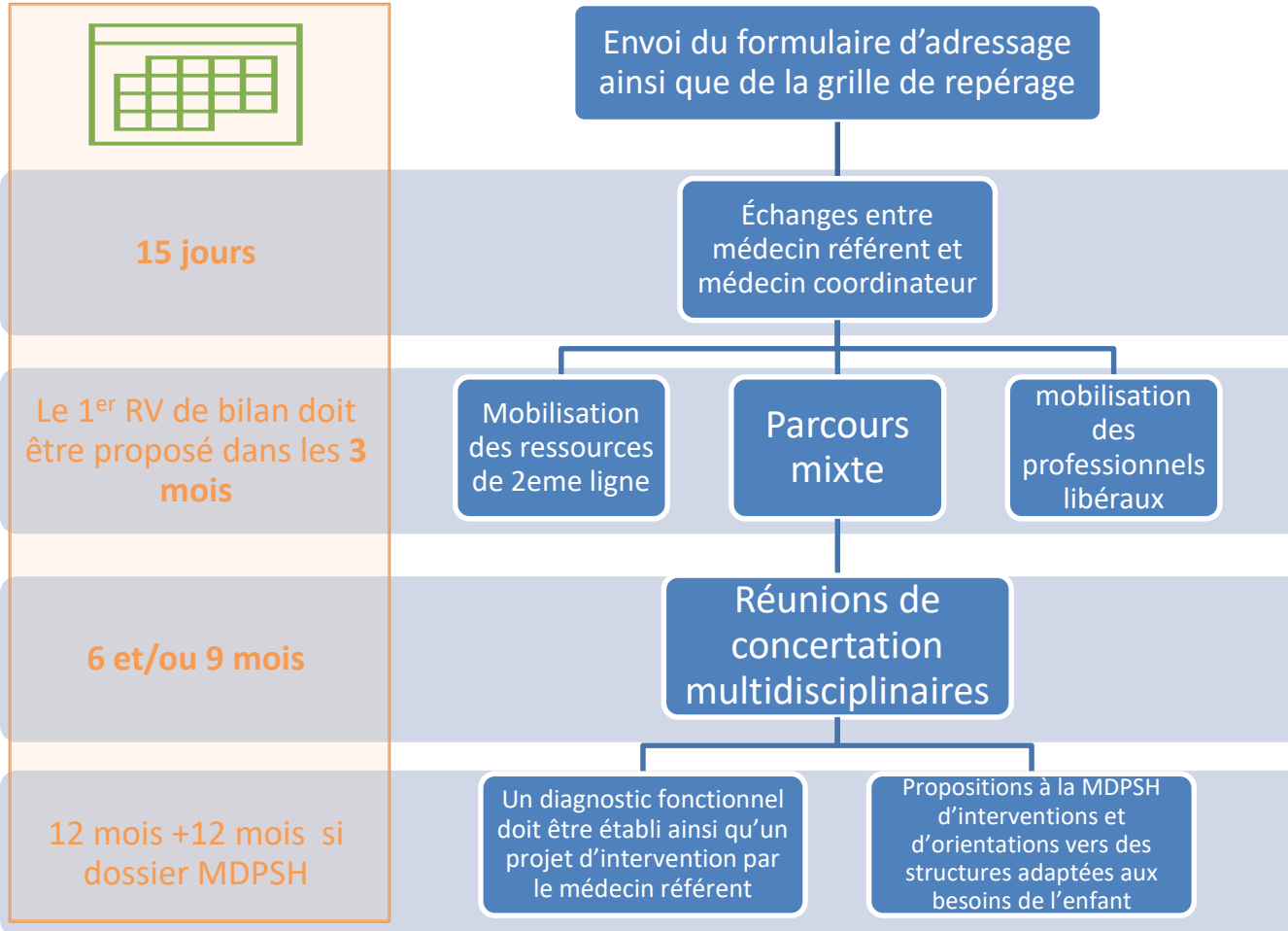
Socialisation

- Reconnaît l'état émotionnel d'autrui et réagit de manière ajustée (sait consoler son/sa camarade) oui non

Pour nous adresser un enfant



Chronologie



Est-ce payant?

Le forfait précoce permet la **prise en charge financière par l'Assurance Maladie** des bilans et des accompagnements en libéral

La PCO déclenche un
« **Forfait d'intervention précoce** »
pour le paiement des prestations en libéral

Pour des **professionnels libéraux non conventionnés** (psychomotriciens, ergothérapeutes et psychologues) ayant conventionnés avec la plateforme

Les professionnels seront directement rémunérés par la PCO sans reste à charge pour la famille

La PCO TND 09

L'équipe

- *Une Coordinatrice: M Christine Fontaine*
- *Un Médecin coordinateur: Dr Violeta Tenorio*
- *Une Secrétaire: Christelle Coqueber*
- *Une Assistante Sociale: Françoise*



Comment nous adresser un patient/ nous contacter

En ligne: ViaTrajectoire TND



Par mail: secretariatpco09@lespep09.org

Par voie postale:

PCO TND09

1, rue Salvador Allende

09000 Foix

Par téléphone: Tel: 07 86 77 16 70, permanence tél. L-M-V, 9h-17h

Pour plus d'info, consulter notre site web:

www.plateformeTND09.com

LA SAISIE DE LA PLATEFORME

- 1 Suite au dépistage, le médecin renseigne le guide de repérage téléchargeable sur le site handicap.gouv.fr et sur www.monsite.com
- 2 Envoi du formulaire à la plateforme TND par mail ou par courrier.
- 3 L'Équipe médicale de la plateforme valide et organise le parcours de soins précoces.

LE FORFAIT PRÉCOCE

La PCO s'appuie sur le réseau de professionnels de santé libéraux conventionnés ou non avec l'assurance maladie elle se charge du paiement des forfaits des bilans et interventions réalisés par les:

- ergothérapeutes
- psychomotriciens
- psychologues

vous êtes professionnel libéral désireux de collaborer avec la plateforme, contactez-nous !

NOUS CONTACTER

1 rue Salvador Allende, 09000 Foix

secretariatPCO@lespep09.org

07 86 77 16 70

www.monsite.com

Horaires : Lundi: 9h-12h
Mercredi: 9h-12h
Vendredi: 14h-17h

PLATEFORME DE COORDINATION ET D'ORIENTATION

Repérage des troubles de neurodéveloppement chez l'enfant de 0-6 ans

www.monsite.com

Logos: l'Assurance Maladie ARIEGE, ars ARIEGE, Les PEP 09 de prévention et de soins, Plateforme TND

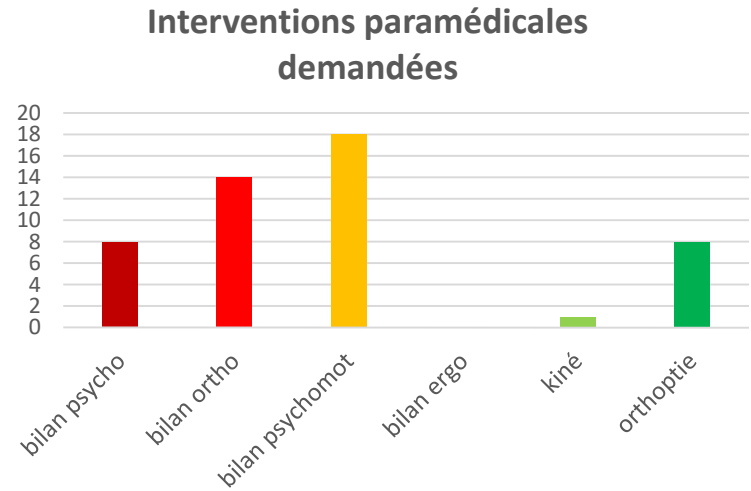
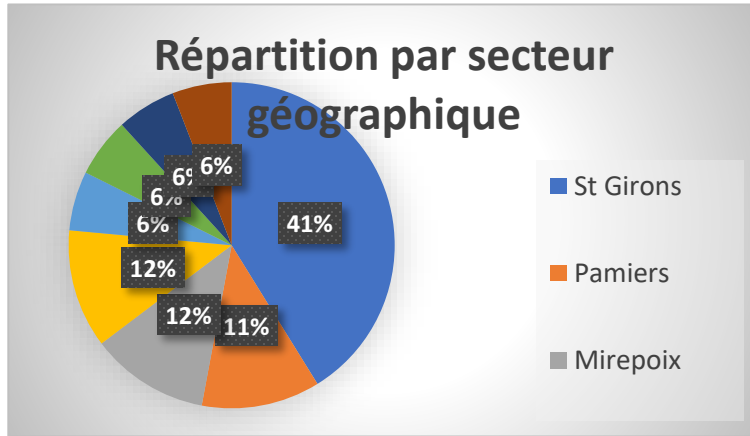


La PCO en quelques chiffres

Démarrage: le 24 juin 2021

Depuis, **19 enfants** sont entrés dans le dispositif, avec une **âge moyenne de 4,8 ans**, 11 garçons/8 filles

Suspicion **TSA** à l'entrée dans le dispositif: **5 enfants**



Le dispositif de **Coordination et appui des parcours précoces en autisme** - **CAPPA** - est un dispositif régional coordonné par le GIP Centre Ressources Autisme Midi-Pyrénées.

Chaque équipe CAPPA est composé d'un(e) :

- Médecin
- Psychologue
- Educateur Spécialisé
- Secrétaire



CAPPA
coordination & appui
des parcours précoces
en autisme



Le dispositif CAPPA a pour mission d'apporter un appui aux familles pour planifier, organiser et coordonner les interventions précoces appropriées au profil de leur enfant.

D'une durée maximale de 18 mois, le dispositif concerne :

- **Des enfants de moins de 4 ans et ½ à l'entrée du dispositif ;**
- **Diagnostiqués récemment porteurs de Troubles du Spectre de l'Autisme ;**
- **Accompagnés en secteur libéral et/ou associatif.**



prise en charge précoce (< 6 ans):

- **CAMSP** (0-6 ans)
- Socialisation en maternelle: **UEMA** (Unité Educative en Maternelle Autisme) de 3 à 6 ans
- **UEEA** (Unité Educative Élémentaire Autisme): relais à partir du CP en projet, ou dispositif d'autorégulation (TEACH)



UEMA de Varilhes

- 7 places, unité de soins (éducatifs spécialisés, orthophonie, psychomotricité, psychologue,...)
- Sur 3 ans et à partir de 3 ans.
- Entrée conditionnée à un diagnostic TSA confirmé par le CAMSP ou le CRA (dossier MDPSH) et compétences d'apprentissages.
- Intégration à l'école maternelle de Varilhes





Prise en charge après 6 ans:

° En Centre Médico-Psychologique

(Pamiers, St Girons, Lavelanet)

° Hôpitaux de jour de pédopsychiatrie:

HDJ La Villa, à Saint Lizier CHAC: Dr Manka

HDJ de la Vergnière, à Lherm, près de Foix: Dr Gilabert

° Hospitalisation pédo-psychiatrique (situation de crise, évaluation)

CHAC Saint Lizier (Pavillon Esquirol, Dr Hardy)



Prise en charge TSA après 6 ans

- Création de **10 places spécifiques de SESSAD** pour les enfants TSA
(5 à Pamiers, 5 à Saint Giron)

En relais de l'UEMA

Lorsque la scolarisation est possible en milieu ordinaire avec aides humaines et aménagements spécifiques.



Prises en charge TSA

Certaines familles choisissent les **soins en libéral** Ariège Autisme (informations, formations, guidance parentale, prise en charge éducative, en psychomotricité), basée à Saint Jean du Falga

Questions soulevées: quel médecin référent et coordinateur? Qui centralise les informations, se nomme garant de la cohérence des soins, appréhende et régule la fatigue de l'enfant?

Quelle que soit la PEC, la scolarisation des enfants TSA en milieu ordinaire nécessite un accompagnement humain formé et spécifique.



Lorsque le milieu ordinaire n'est pas possible:

Une **prise en charge institutionnelle** peut être nécessaire et bénéfique (soins multidisciplinaires, demi pension)

I.M.E.

(Institut Médico Educatif, Saint Jean du Falga) de 4 à 20 ans

TSA avec **déficience cognitive**, souvent secondaires (pathologies génétiques, néonatales,...)

Troubles du comportement associés fréquents



Conclusion 1

Messages à emporter:

1) Le diagnostic de TSA est CLINIQUE, souvent évoqué par les parents avant les soignants

NE PAS AVOIR PEUR d'EN PARLER AVEC LES PARENTS!

2) Si suspicion de TSA, dès 16 mois:

6 questions simples de la **M.CHAT** à poser:

- > 1 a-t-il de l'intérêt pour les autres enfants?
- > 2 pointe-il ? (sur un livre)
- > 3 cherche-t-il des yeux un objet pointé au loin?
- > 4 répond-il à l'appel de son prénom?
- > 5 imite-il?
- > 6 fait-il semblant? Joue-t-il de manière fonctionnelle?



Mission de 2^e niveau:

S'occuper du diagnostic

MAIS SURTOUT

Commencer la PRISE en CHARGE sans délais ++
(aide de la Plateforme TND)

Dépister, traiter et suivre les co-morbidités

Troubles du sommeil+++, TDAH, troubles du comportement alimentaire, ...



Conclusion (2)

Continuer d'œuvrer pour améliorer le parcours des enfants TSA

-> **Se rencontrer, se connaître, se coordonner,
croiser et mutualiser les moyens d'aide
aux enfants TSA.**



En guise de synthèse de parcours,
témoignage de « Jocelyn »
(TSA haut niveau)





MERCI

pour votre intérêt et votre attention!

Petite bibliographie utile:

- **L'autisme expliqué aux non-autistes**, Brigitte Harrisson et Lise St-Charles, (Marabout, 2017)
- **Autisme, comprendre et agir**. 3^e édition, Bernadette Rogé (Dunot, 2016)
- **Autisme et psychomotricité** 2^e édition, J. Perrin, T. Maffre, C. Le Menn-Tripi , préface de JM. Albaret (Deboeck, 2019)
- **Sensory Perceptual Issues in Autism and Asperger Syndrome**, Bogdashina O., Jessica Kingsley Publishers, London, 2003.
- **Troubles neuro-développementaux: tableaux cliniques, évaluation et orientation**; Jeanne Kruck et Lucie Bouvet (Inpress 2015)