

# Enfants et Adolescents

## LIVRET DE PRESENTATION

Votre demande concerne :

- Le CRA  L'EDAP Est  L'EDAP Nord  L'EDAP Ouest  L'EDAP Sud



## ADRESSES ET CONTACTS

Service	Adresse	Contact
<b>Centre de Ressources Autisme (pôle Enfant et Adolescent)</b>	9, rue Gaspard - 97436 SAINT-LEU	02 62 22 41 34 pole-enfant.cra@clairejoie.re
<b>EDAP Est</b>	10, rue du Centre Radio du Bel'Air - 97441 SAINTE-SUZANNE  <i>Pour l'inscription, adressez-vous à :</i> CAMSP 9, rue André Duchmann – 97470 SAINT-BENOIT	02 62 20 10 56 secmed.camsp@asfa.re
<b>EDAP Nord</b>	10, rue du Centre Radio du Bel'Air - 97441 SAINTE-SUZANNE  <i>Pour l'inscription, adressez-vous à :</i> CAMSP 47, rue Tessan – 97490 SAINTE-CLOTILDE	02 62 90 87 87 secmed.camsp@asfa.re
<b>EDAP Ouest</b>	3 bis, chemin Bœuf Mort, ZAC Cœur de Ville, résidence Les Lataniers Bleus - 97419 LA POSSESSION	02 62 22 29 63 secmed.camsp@asfa.re
<b>EDAP Sud</b>	3, rue Marius et Ary Leblond, 2 <sup>e</sup> étage – 97450 SAINT-LOUIS	02 62 91 82 75 accueil.edap@favron.org

## DANS CE LIVRET...

<b>Comment débiter la démarche diagnostique de mon enfant ?</b> .....	<b>1</b>
<b>VIE FAMILIALE</b> .....	<b>3</b>
<b>LA SANTÉ DE VOTRE ENFANT</b> .....	<b>5</b>
<b>MODE DE GARDE / PARCOURS SCOLAIRE</b> .....	<b>9</b>
<b>PRÉSENTATION DE VOTRE ENFANT</b> .....	<b>11</b>
<b>VOTRE ACCORD</b> .....	<b>15</b>

## Comment débiter la démarche diagnostique de mon enfant ?

Un professionnel de santé a adressé votre enfant ou votre adolescent vers un centre de diagnostic des **Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA)**.

En fonction de l'âge de l'enfant, le centre de diagnostic peut être :

- L'**EDAP** (Équipe Diagnostic Autisme de Proximité) pour les enfants âgés **de 18 mois à 6 ans**
- Le **CRA** (Centre de Ressources Autisme) pour les enfants et adolescents **de 6 ans à 17 ans** révolus ainsi que pour les **situations complexes avant 6 ans**, sur orientation de l'EDAP.

Il est à noter que si votre enfant atteint l'âge de 6 ans sans avoir pu bénéficier d'une évaluation à l'EDAP, son dossier et ce livret de présentation seront automatiquement transférés vers le CRA et nous vous en informerons au préalable, avec votre accord. Votre enfant sera intégré à la liste d'attente du CRA à la date d'inscription à l'EDAP.

L'inscription de votre enfant/adolescent sur liste d'attente nécessite les documents suivants :

- Livret de présentation rempli et signé par l'ensemble des détenteurs de l'autorité parentale
- Attestation d'Assurance Maladie
- Copie du livret de famille
- Copie des pages 8 et 9 du carnet de santé
- Courrier médical d'adressage (rédigé par médecin traitant, pédiatre, psychiatre...) avec réalisation de la M-CHAT (en annexe de ce livret)

Nous vous encourageons également à nous transmettre les éléments ci-dessous :

- Bilans médicaux réalisés, notamment dépistage sensoriel (ophtalmologue/ORL/orthoptiste)
- Bilans paramédicaux (orthophonie, psychomotricité, psychologie...)
- Comptes-rendus de l'équipe éducative et de l'équipe de suivi de scolarité
- Pour les enfants de plus de cinq ans* : questionnaire DCDQ-FE (en annexe de ce livret)

Si vous jugez cela nécessaire, vous pouvez également nous joindre les dessins de votre enfant.

**Tout bilan effectué durant le temps d'attente d'une évaluation diagnostique** doit nous être envoyé afin de compléter le dossier de votre enfant.

Si vous rencontrez des difficultés pour remplir ou obtenir les documents nécessaires à l'inscription sur nos listes d'attente, nous vous invitons à contacter le **secrétariat du service auquel votre demande est adressée** (voir la section Adresses et Contacts à la page précédente).

**CONSEIL :** Remplir ce dossier demande beaucoup d'informations. Prenez votre temps pour répondre le plus précisément possible.

❖ VOTRE ENFANT

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe : .....

Né-e le :     /     /

Adresse de résidence : .....

Téléphone : .....

❖ DOSSIER REMPLI (OU AIDÉ À REMPLIR) PAR :

Nom : .....

Prénom : .....

Fonction : .....

➤ Qui vous a adressé vers ce centre de diagnostic de TSA (hôpital, CMP, médecin de famille, établissement spécialisé, assistante sociale, éducation nationale, famille, etc.) ?

.....  
.....

➤ À quelle occasion ?

.....  
.....

## VIE FAMILIALE

### ❖ LES PARENTS

	Parent 1	Parent 2
Nom		
Prénom		
Date de naissance	/ /	/ /
Profession		
Adresse		
E-mail		
Téléphone		
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Mariés / Pacsés <input type="checkbox"/> En concubinage <input type="checkbox"/> En union libre <input type="checkbox"/> Séparés / Divorcés <input type="checkbox"/> Famille monoparentale	

En cas de séparation ou de divorce,

➤ **Préférez-vous être reçus ensemble ou séparément ?** .....

➤ **Qui a la garde de l'enfant ?** .....

➤ **Qui dispose de l'autorité parentale (plusieurs réponses possibles) ?**

Parent 1       Parent 2       Autre (préciser) : .....

➤ **Quelle(s) langues est (sont) parlée(s) à la maison (plusieurs réponses possibles) ?**

Français     Créole

Autre(s) (préciser) : .....

❖ LA FRATRIE

Veillez remplir le tableau suivant avec les informations demandées.

Nom			
Prénom			
Date de naissance	/ /	/ /	/ /
Lien biologique avec l'enfant (frère/sœur, demi-frère/demi-sœur*)			
<i>*Si demi-frère/demi-sœur, préciser de quel parent biologique les enfants sont issus</i>			

Si l'enfant a plus de trois frères et sœurs, n'hésitez pas à compléter ci-dessous.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# LA SANTÉ DE VOTRE ENFANT

## ❖ SUIVI MÉDICAL

- Médecin suivant l'enfant (généraliste, pédiatre...)

Nom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

- Votre enfant prend-il un traitement ?  Oui  Non

Si la réponse est **oui** :

- Quel traitement et depuis quand ?

.....  
.....

- Quel spécialiste l'a prescrit (*nom, spécialité, adresse, informations complémentaires, etc.*) ?

.....  
.....  
.....  
.....

- Si l'enfant a déjà eu des bilans, merci de les lister dans le tableau ci-dessous et d'en joindre les comptes-rendus avec les autres documents demandés.

Nom du médecin	Spécialité (ex. : ORL, ophtalmo...)	Lieu	Date

- Par quel établissement est déjà suivi votre enfant ?

- La PCO\*     Le CAMSP     Le CMPEA  
 Le CMPP     Autre (préciser) : .....

*\*La Plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO), gérée par la Fondation Père Favron, s'adresse aux enfants de 0 à 11 ans inclus pour lesquels l'entourage et/ou le médecin suspectent un possible trouble neuro-développemental avant une reconnaissance auprès de la MDPH pour bénéficier des évaluations nécessaires.*

- L'enfant est-il pris en charge en libéral ?

Spécialité	Nom	Coordonnées	Suivi depuis...
Psychomotricien			
Orthophoniste			
Ergothérapeute			
Éducateur spécialisé			
Psychologue			
Autre (préciser)			

❖ DÉMARCHES MÉDICO-SOCIALES

- **Votre enfant dispose-t-il de notification(s) MDPH ?**  Oui  Non

Si la réponse est **oui**, veuillez cocher la ou les notifications(s) correspondante(s) :

- AESHi  AESHm  AEEH base  AEEH complément .....
- SESSAD  IME / UE  Autre(s) (préciser) : .....

- **Ces notifications sont-elles déjà en place (si plusieurs notifications, précisez au cas par cas) ?**

.....

.....

- **Des demandes auprès de la MDPH sont-elles en cours (merci de préciser la date de dépôt du dossier et les demandes faites) ?**

.....

.....

- **Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi auprès d'intervenants sociaux (aide sociale à l'enfance, assistante sociale de secteur, PRE, etc.) ?**

- Oui  Non

Si la réponse est **oui** :

**Nom** : .....

**Spécialité** : .....

**Adresse** : .....

**Téléphone** : .....

- **L'enfant bénéficie-t-il d'une reconnaissance en Affection Longue Durée (ALD) reconnue par l'Assurance Maladie ?**

- Oui  Non

- Si oui, pour quel(s) handicap(s) ou quelle(s) pathologie(s) ?

.....

.....

.....

❖ LORS DE NOTRE ÉVALUATION...

Si vous le jugez nécessaire, le jour de la consultation, vous pouvez nous apporter des films familiaux dans lesquels le comportement de votre enfant vous a paru étrange.

Par ailleurs, lorsque votre enfant sera reçu dans notre service pour l'évaluation, un goûter pourra lui être proposé en fonction des tests nécessaires.

- Suit-il un régime alimentaire particulier en raison de sa santé (*allergies, intolérances, diabète...*) et/ou de sa religion ?

Oui       Non

- Si oui, merci de préciser :

.....

.....

.....

## MODE DE GARDE / PARCOURS SCOLAIRE

### ❖ ENFANT DE MOINS DE 3 ANS

- L'enfant bénéficie d'une garde chez une assistante maternelle / MAM
- L'enfant va à la crèche
- L'enfant est gardé à la maison par.....
- Autre (*préciser*) .....

### ❖ ENFANT DE 3 ANS ET PLUS

#### ➤ Est-il scolarisé ?

- Oui       Non       Toujours à la crèche / MAM / Jardin d'enfant

Si oui, dans quel établissement ? .....

Quelle classe ? .....

Quel est le temps de scolarisation ? .....

- Si l'enfant est en école primaire, a-t-il un suivi RASED ?       Oui       Non

- L'enfant éprouve-t-il des difficultés en lien avec la scolarisation (*troubles du comportement, trouble des apprentissages...*) ?

.....

.....

❖ EMPLOI DU TEMPS ACTUEL DE L'ENFANT

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Matin						
Après-midi						

## PRÉSENTATION DE VOTRE ENFANT

- **Quand et comment avez-vous découvert que « quelque chose » n'était pas habituel dans le développement de votre enfant ?**

---

---

---

---

---

---

- **Quelles sont vos principales difficultés et inquiétudes actuelles (*santé, scolarité, comportement...*) ?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

❖ **LANGAGE ET COMMUNICATION**

*Si vous ne connaissez pas la réponse à l'une des questions, n'hésitez pas à la passer.*

➤ **Les expressions du visage (joie, peur...) sont-elles variées et adressées à quelqu'un ?**

Oui  Non

➤ **Vous regarde-t-il lorsque vous vous adressez à lui ?**  Oui  Non

➤ **Peut-il attendre son tour (pour parler ou pour jouer) ?**  Oui  Non

➤ **L'enfant peut-il suivre le fil d'une conversation ?**  Oui  Non

➤ **Est-t-il capable de pointer du doigt un objet qui l'intéresse ?**

Oui  Non

➤ **À quel âge a-t-il dit ses premiers mots ?** .....

➤ **Formulé ses premières phrases ?** .....

➤ **Était-il compréhensible à son entrée en maternelle ?**  Oui  Non

➤ **Utilise-t-il un outil alternatif de communication (classeur PECS, tablette de communication, images, photos, pictogrammes...) ?**

Oui (préciser lequel) .....

Non

❖ **INTERACTIONS SOCIALES**

*Si vous ne connaissez pas la réponse à l'une des questions, n'hésitez pas à la passer.*

➤ **Lorsqu'il était bébé, votre enfant vous souriait-il ?**  Oui  Non

➤ **A-t-il acquis la gestuelle habituelle de communication non verbale (dire au revoir de la main, envoyer un bisou, hocher de la tête...) ?**

Oui  Non

- **Arrive-t-il à jouer à faire semblant** (*jouer au papa ou à la maman, faire semblant de téléphoner ou de nourrir son poupon...*) ?  Oui  Non
  
- **S'intéresse-t-il aux autres enfants ?**  Oui  Non
  
- **Prend-il plaisir à jouer avec ces derniers ?**  Oui  Non

❖ **COMPORTEMENTS RESTREINTS / RÉPÉTITIFS**

*Si vous ne connaissez pas la réponse à l'une des questions, n'hésitez pas à la passer.*

- **Votre enfant manifeste-t-il des centres d'intérêt envahissants** (*prenant beaucoup de place*) **dans la vie quotidienne, mais adaptés à son âge** (*météo, dinosaures...*) ?<sup>(1)</sup>

.....

.....

.....

- **A-t-il des centres d'intérêt plus « improbables » ou « étranges » pour son âge** (*plaques d'immatriculation, lampes, tuyauterie...*) ?<sup>(2)</sup>

.....

.....

.....

<sup>(1)(2)</sup> *Les intérêts liés aux écrans ne sont pas à prendre en compte.*

- **Comment vit-il les changements et les imprévus** (*fin d'une activité, changement de trajet...*) ?

.....

.....

.....

- **A-t-il une sensibilité plus forte ou, au contraire, plus basse, à des stimuli sensoriels** (*est-il anormalement dérangé ou attiré par la lumière, les sons, le toucher, bouche ses oreilles, regarde de près les objets...*) ?

.....

.....

.....

- **A-t-il l'habitude d'effectuer des mouvements répétitifs** (*de la main, de la tête, de la jambe...*) ?

.....

.....

.....

❖ **COMPORTEMENTS PROBLEMES**

- **Votre enfant présente-t-il des comportements problématiques ou difficiles** (*taper, crier, mordre, mise en danger, ...*) ?

.....

.....

.....

❖ **COMPORTEMENTS PARTICULIERS AUTRES**

- **Veillez noter ici tout comportement de votre enfant qui vous semble particulier n'entrant pas dans les rubriques précédentes.**

.....

.....

.....

## VOTRE ACCORD

- **Si nécessaire et afin de compléter le dossier, acceptez-vous que nous contactions les professionnels concernés, notamment pour la synthèse et les évaluations ?**

Oui       Non

**À savoir :** Dans le cadre de l'évaluation diagnostique d'un TSA, les examens sont habituellement enregistrés sous format audio et vidéo pour permettre l'élaboration d'une synthèse pluridisciplinaire.

- **Acceptez-vous que nous procédions à ces enregistrements (*nous vous informons qu'aucun document audio ou vidéo ne sera mis en ligne ou transmis d'une quelconque manière*) ?**

Oui       Non

- **Dans le cadre de recherche ou de formation des professionnels, accepteriez-vous que nous utilisions ces enregistrements audio et/ou vidéo ?**

Oui       Non

**Demande d'évaluation faite à :** .....

**Le :** ..... / ..... / .....

**Signature de tous les détenteurs de l'autorité parentale de l'enfant :**



## MERCI

Nous vous remercions pour le temps accordé à ce document qui nous permettra de mieux connaître votre enfant.

Pour rappel, **il est possible d'être aidé par un membre de l'équipe pour remplir le livret, n'hésitez pas à contacter le secrétariat correspondant** (voir adresses en première page).

Une fois que votre enfant sera inscrit sur notre liste d'attente, vous recevrez un **courrier de confirmation**. Nous tenons néanmoins à vous rappeler qu'après cette inscription, un **délai allant de plusieurs mois à plus d'un an** sera à prévoir avant que nous ne vous recontactions.

*Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à **favoriser la continuité de votre parcours**. Les destinataires des données sont l'équipe pluridisciplinaire de notre service.*

*Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au secrétariat correspondant (voir adresses en première page).*

# ANNEXES

- **Questionnaire M-CHAT** (*à remplir avec un médecin*)
  
- **Questionnaire parents DCDQ-FE** (*uniquement pour les enfants de plus de cinq ans*)

# M-CHAT-R™

Le questionnaire suivant doit être rempli en se basant sur le comportement habituel de l'enfant. Il convient d'essayer de répondre à toutes les questions. Si le comportement est exceptionnel (s'il n'a été observé qu'1 ou 2 fois seulement), il faut répondre à l'item par la négative.

- |   |                  |
|---|------------------|
| <b>1</b> Si vous pointez du doigt quelque chose de l'autre côté de la pièce, est-ce que votre enfant le regarde ? <i>par exemple, si vous pointez du doigt un jouet, est-ce que votre enfant regarde le jouet ?</i>   | <i>oui / non</i> |
| <b>2</b> Vous êtes-vous déjà demandé si votre enfant était sourd ?  | <i>oui / non</i> |
| <b>3</b> Est-ce que votre enfant joue à faire semblant ? <i>par exemple, faire semblant de boire dans une tasse vide, faire semblant de parler au téléphone, faire semblant de donner à manger à une poupée.</i>  | <i>oui / non</i> |
| <b>4</b> Est-ce que votre enfant aime grimper sur des choses ? <i>par exemple, jeux d'extérieur, escaliers.</i>   | <i>oui / non</i> |
| <b>5</b> Est-ce que votre enfant fait des mouvements inhabituels avec ses doigts près de ses yeux ? <i>par exemple, agite-t-il ses doigts près de ses yeux ?</i>  | <i>oui / non</i> |
| <b>6</b> Est-ce que votre enfant pointe du doigt pour demander quelque chose ou obtenir de l'aide ? <i>par exemple, pointer du doigt un goûter ou un jouet hors de sa portée.</i>   | <i>oui / non</i> |
| <b>7</b> Est-ce que votre enfant pointe du doigt pour vous montrer quelque chose d'intéressant ? <i>par exemple, pointer du doigt un avion dans le ciel ou un gros camion sur la route.</i>   | <i>oui / non</i> |
| <b>8</b> Votre enfant s'intéresse-t-il aux autres enfants ? <i>par exemple, leur sourit-il, va-t-il vers eux ?</i>  | <i>oui / non</i> |
| <b>9</b> Est-ce que votre enfant vous montre des choses en vous les apportant, ou en les tenant devant vous pour que vous les voyiez, pas pour obtenir de l'aide mais juste dans un but de partage ? <i>par exemple, vous montrer une fleur, une peluche, une petite voiture.</i> | <i>oui / non</i> |
| <b>10</b> Est-ce que votre enfant répond quand vous l'appellez par son prénom ? <i>par exemple, est-ce qu'il lève les yeux, parle ou émet un son, arrête ce qu'il est en train de faire quand vous l'appellez ?</i>   | <i>oui / non</i> |
| <b>11</b> Quand vous souriez à votre enfant, vous sourit-il en retour ?   | <i>oui / non</i> |
| <b>12</b> Est-ce que des bruits du quotidien perturbent votre enfant ? <i>par exemple, est-ce que votre enfant crie ou pleure en entendant l'aspirateur ou de la musique forte ?</i>  | <i>oui / non</i> |
| <b>13</b> Votre enfant marche-t-il ?  | <i>oui / non</i> |
| <b>14</b> Est-ce que votre enfant vous regarde dans les yeux lorsque vous lui parlez, que vous jouez avec lui ou que vous l'habiliez ?  | <i>oui / non</i> |
| <b>15</b> Est-ce que votre enfant essaie d'imiter ce que vous faites ? <i>par exemple, faire au revoir de la main, taper dans les mains, ou faire un bruit amusant quand vous le faites.</i>  | <i>oui / non</i> |
| <b>16</b> Si vous tournez la tête pour regarder quelque chose, est-ce que votre enfant regarde autour de lui pour voir ce que vous regardez ?   | <i>oui / non</i> |
| <b>17</b> Est-ce que votre enfant essaye d'attirer votre attention ? <i>par exemple, vous regarde-t-il pour être félicité, ou dit-il « regarde » ou « regarde-moi ».</i>  | <i>oui / non</i> |
| <b>18</b> Votre enfant comprend-il quand vous lui dites de faire quelque chose ? <i>par exemple, sans pointer du doigt, comprend-il « pose le livre sur la chaise » ou « apporte-moi la couverture » ?</i>  | <i>oui / non</i> |
| <b>19</b> Si quelque chose de nouveau arrive, est-ce que votre enfant regarde votre visage pour voir comment vous réagissez ? <i>par exemple, s'il entend un bruit étrange ou amusant, ou voit un nouveau jouet, est-ce qu'il regarde votre visage ?</i>                          | <i>oui / non</i> |
| <b>20</b> Votre enfant aime-t-il les activités où il est en mouvement ? <i>par exemple, quand il saute sur vos genoux ou quand il est balancé.</i>  | <i>oui / non</i> |

## ALGORITHME DE COTATION

- Pour tous les items, exceptés les 2, 5 et 12, la réponse NON indique un risque de présence d'un TSA → cotation 1.
  - Et pour les questions 2, 5 et 12, la réponse OUI indique un risque de présence d'un TSA, → cotation 1.
- RISQUE FAIBLE** : un score total entre 0 et 2 ; si l'enfant a moins de 24 mois, repasser le test après le 2e anniversaire. Aucune autre action n'est requise à moins qu'une surveillance n'indique un risque de TSA.
- RISQUE MOYEN** : un score total entre 3 et 7 ; adresser l'enfant vers une consultation spécialisée (pédiatre, neuro pédiatre, pédopsychiatre) ou vers une structure médicale ou médico-sociale (CAMSP, CMP, hôpital de jour...).
- RISQUE ÉLEVÉ** : un score total entre 8 et 20 ; orienter l'enfant pour une évaluation-diagnostic.