



ANNEXES

1. Bibliographie
2. Calendrier des rencontres des groupes de travail
3. Composition des groupes de travail
4. Composition du groupe expert
5. Calendrier des entretiens avec les MDPH d'Auvergne
6. Calendrier des entretiens avec les représentants d'association de famille
7. Questionnaires envoyés aux ESMS



1. Bibliographie

3^{ème} PLAN AUTISME 2013-2017

ANESM, *Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement*. 2010.

ANESM, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, Décembre 2008

J-Y. BARREYRE, C. BOUQUET, C. PEINTRE - *Les enfants et adolescents souffrant d'autisme ou syndromes apparentés pris en charge par les établissements ou services médico-sociaux*, DREES, Etudes et résultats, n°396, avril 2005.

J-Y. BARREYRE, C. BOUQUET, C. PEINTRE - *Les adultes souffrant d'autisme ou de syndromes apparentés pris en charge par les établissements médico-sociaux*. DREES, Etudes et résultats, n°397, avril 2005.

CREAI Aquitaine, *Etude sur la prise en charge et les besoins des personnes atteintes d'autisme et d'autres TED en Aquitaine*, Février 2008.

CREAI Aquitaine, *Etude sur la prise en charge des personnes présentant des Troubles envahissants du développement dans le secteur médico-social en Aquitaine*, Décembre 2006.

ENQUETE ES 2010

FOMBONNE E, *Epidemiology of pervasive developmental disorders*, *Pediatric research*, vol 65, n°6, p.591-598, 2009

FOMBONNE E, *Estimations de Prévalences*, 18 mai 2013

HAS (Haute autorité de santé). *Autisme et autres troubles envahissants du développement. État des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale*. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010.

HAS (Haute autorité de santé). *Autisme et autres troubles envahissants du développement : diagnostic et évaluation chez l'adulte. Recommandation pour la pratique clinique. Argumentaire scientifique*. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.

HAS (Haute autorité de santé). *Audition publique. Accès aux soins des personnes en situation de handicap*. Paris, 22 et 23 octobre 2008. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009.

HAS, *Recommandations de bonnes pratiques « Autisme et TED » : diagnostic et évaluation chez l'adulte*, 2011

INFOSTAT, *Les jeunes atteints d'autisme ou d'autres troubles envahissants du développement en Aquitaine*, N°89-Décembre 2006

OMS (Organisation mondiale de la santé). CIM 10. *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. 10ème Révision*. Genève: OMS; 1999

Portraits de santé, ARS Auvergne, édition 2013

VACHEY.L, VERMIER.F, JEANNET .A, AUBURTIN A, FOULQUIER GAZANE M.C, *Etablissements et services pour personnes handicapées : offres et besoins, modalités de financement*, Octobre 2012

2. CALENDRIER DES RENCONTRES DES GROUPES DE TRAVAIL

Groupes de travail	Séance 1	Séance 2	Séance 3
<i>La scolarité des enfants autistes et TED</i>	26/09/2013	16/12/2013	18/12/2013
<i>Interventions précoces dès 18 mois jusqu'à 3 ans</i>	17/10/2013	25/11/2013	31/01/2014
<i>Offre médico-sociale et évolution du secteur</i>	23/10/2013	15/11/2014	19/12/2013

3. COMPOSITION DES GROUPES DE TRAVAIL

Composition du groupe de travail sur La scolarité des enfants autistes et TED

Représentants du secteur médico-social :

- Vincent COURIOL Délégué régional ANECAMSP CAMSP APAJH 43
- Stéphanie DUBREUIL Directrice SESSAD Vichy
- Bertrand GAUTHIER Directeur SESSAD du Marthuret
- Séverine GRANET SESSAD du Marthuret
- Johanna LACOSTE Educatrice spécialisée SESSAD ADAPEI 15
- Nathalie CROUZET Directrice Institut Marie Rivier
- Francis BURET Directeur pôle enfance ADAPEI 15
- Thierry LEFEVRE Directeur IME St Eloy ADAPEI 63

Représentants de la pédopsychiatrie :

- - Dr Anne HAMEL Pédopsychiatre CH Vichy
- - Dr Jean-Loup LEBRETON Pédopsychiatre CH Montluçon
- - Dr Monique POUDEROUX-RODDIER Pédopsychiatre CH Ste-Marie Le Puy en Velay

Représentant de l'Université Blaise Pascal :

- - Serge THOMAZET Maître de conférences à l'Université Blaise Pascal

Représentants de l'éducation nationale :

- - Stéphanie HAMELIN Enseignante coordonnatrice ULIS Ambroise Brugière
- - Nathalie PERBET Enseignante et coordonnatrice au Puy en Velay
- - Elisabeth PERRIN Enseignante spécialisée sur les projets de scolarité et formatrice AVS
- - Dominique MOMIRON Inspecteur de l'Education Nationale et conseiller technique ASH auprès du recteur
- - Marie SOULIER Conseillère pédagogique IEN ASH 43

Représentants des MDPH :

- Lydie PICHERIT Directrice de la MDPH de l'Allier
- Dr Christiane MAAZOUN Médecin MDPH de l'Allier

Associations :

- Christine MEIGNIEN Présidente association « Allier Sésame autisme »
- Fernando RAMOS Président association ABA Auvergne
- Marie-Laure REYNEWAETER Secrétaire association ABA Auvergne
- Michel BARON Président association Autisme Auvergne

Parents impliqués dans le projet :

- Anne LISSILLOUR
- Pascale VALEIN
- Jean-Claude GUERRERO

Représentants du CREAI :

- - Sophie LETURGEON, Directrice
- - Virginie CAZAUX, Conseillère technique
- - Najette M'SALLAK, Conseillère technique

Représentant de l'ARS :

- Charles-Henri RECORD Inspecteur Référent Autisme - Direction de l'offre médico-sociale et de l'autonomie

Composition du groupe de travail

Intervention précoces dès 18 mois jusqu'à 3 ans

Représentants du secteur médico-social :

- Vincent COURIOL Délégué régional ANECAMSP Directeur CAMSP Espaly
- Dominique FILIOL Directrice REZO CAMSP
- Dr Cécile BAZELLE Directrice CAMSP Vichy, Pédopsychiatre CH Vichy
- Marie-Jo RIOU Directrice CAMSP Clermont-Ferrand
- Dr Nathalie BLANC Neuropédiatre CAMSP Clermont-Ferrand
- Catherine CHAROBERT Directrice IME « Hélène Delalande » et SESSAD « Les Bosquets » Lavault Sainte-Anne
- Francis BURET Directeur pôle enfance ADAPEI 15

Représentants du conseil général de Haute-Loire :

- Dr Marie-Ange LEROUX Médecin PMI conseil général Haute-Loire

Représentants de la pédopsychiatrie :

- Dr Françoise NOTON-DURAND Pédopsychiatre, chef de service pédopsychiatrie CHU Clermont-Ferrand
- Dr Fabienne LEVY Pédopsychiatre CHU
- Dr Monique POUDEROUX-RODDIER Pédopsychiatre, Pédopsychiatre CH Ste-Marie Le Puy en Velay
- Dr Sylvain LEVALLOIS Pédopsychiatre, chef de service pédopsychiatrie CH Sainte-Marie Clermont-Ferrand

Représentant du secteur libéral :

- Dr Anne PIOLLET Pédiatre

Parent impliqué dans le projet :

- Anne LISSILLOUR

Associations :

- Christine MEIGNIEN Présidente association « Allier Sésame autisme »
- Fernando RAMOS Président association ABA Auvergne
- Marie-Laure REYNEWAETER Secrétaire association ABA Auvergne

Représentants du CREAI :

- Sophie LETURGEON Directrice
- Virginie CAZAUX Conseillère technique
- Najette M'SALLAK, Conseillère technique

Représentant de l'ARS :

- Charles-Henri RECORD Inspecteur Référent Autisme - Direction de l'offre médico-sociale et de l'autonomie

Composition du groupe de travail

Offre médico-sociale et évolution du secteur

Représentants du secteur médico-social :

- Bertrand GAUTHIER Directeur SESSAD du Marthuret
- Dr Patrick REBOUL Pédopsychiatre SESSAD du Marthuret
- Séverine GRANET SESSAD du Marthuret
- Hélène MIRATON LEYRIS Chef de service IME « La Roussille »
- Thierry LEFEVRE Directeur IME Saint Eloy ADAPEI 63
- Yves LE BIGOT Directeur IME Pompignat
- Isabelle DONATI Direction SPMS & Site St Hostien
- Patrick ROBILLON Chef de service IME "Le Chardonnet"
- Nadine BECAMEL Chef de service FAM « L'Erable »
- Myriam VALLIN Directrice FAM "L'Erable"
- Laurence PONTLEVY Chef de service FAM Nades
- Nathalie CROUZET Directrice FAM
- Pascal CHATONNET Directeur du Pôle habitat et Pôle service AVERPAHM

Représentant de la pédopsychiatrie :

- Dr Anne HAMEL Pédopsychiatre CH Vichy

Associations gestionnaires :

- Lucien LALO Directeur général ADAPEI 15
- Christophe DESCOMPS Directeur général APAJH 43
- Marie-Christine GUILLAUMIN Conseillère technique SAGESS

Parent impliqué dans le projet :

- Anne LISSILLOUR

Associations :

- Christine MEIGNIEN Présidente association « Allier Sésame autisme »
- Fernando RAMOS Président association ABA Auvergne
- Marie-Laure REYNEWAETER Secrétaire association ABA Auvergne

Représentants du CREAI :

- Sophie LETURGEON Directrice
- Virginie CAZAUX Conseillère technique
- Najette M'SALLAK, Conseillère technique

Représentant de l'ARS :

- Lénaïck WEISZ-PRADEL Inspectrice principale, Chef de département de l'organisation et de la qualité - Direction de l'offre médico-sociale et de l'autonomie
- Charles-Henri RECORD Inspecteur Référent Autisme - Direction de l'offre médico-sociale et de l'autonomie

4. COMPOSITION DU GROUPE EXPERT

- Virginie CAZAUX, Conseillère technique du CREAI Auvergne
- Vincent COURIOL, Délégué régional ANECAMSP Directeur CAMSP Espaly
- Bertrand GAUTHIER, Directeur SESSAD du Marthuret
- Dr Sylvain LEVALLOIS, Pédopsychiatre, chef de service pédopsychiatrie CH Sainte-Marie Clermont-Ferrand
- Thierry LEFEVRE, Directeur IME Saint Eloy ADAPEI 63
- Yves LE BIGOT, Directeur IME Pompignat
- Sophie LETURGEON, Directrice du CREAI Auvergne
- Dominique MOMIRON Inspecteur de l'Education Nationale et conseiller technique ASH auprès du recteur
- Najette M'SALLAK, Conseillère technique du CREAI Auvergne
- Dr Patrick REBOUL Pédopsychiatre SESSAD du Marthuret
- Charles-Henri RECORD Inspecteur Référent Autisme - Direction de l'offre médico-sociale et de l'autonomie

5. CALENDRIER DES ENTRETIENS AVEC LES MDPH D'Auvergne

	Dates des rencontres
MDPH de l'Allier	10 mars 2014
MDPH du Cantal	24 janvier 2014
MDPH de la Haute Loire	24 février 2014
MDPH du Puy de Dôme	04 mars 2014

6. CALENDRIER DES ENTRETIENS AVEC LES REPRESENTANTS D'ASSOCIATION DE FAMILLES

	Dates des rencontres
Association ABA Auvergne	21 janvier 2014
Association Autisme Progrès	11 février 2014
Association Haute Loire Avenir	12 février 2014
Association AVEC	5 mars 2014

7. QUESTIONNAIRES ENVOYES AUX ESMS

FICHE CAMSP

1. NOM

2. N°FINESS.....

3. Type d'intervention du CAMSP (cochez la ou les cases correspondantes) :

Prévention, dépistage, diagnostic

Traitements, prises en charge

4. Nombre total d'enfants formant la file active pour l'année 2012 :

File active : ensemble des jeunes vus au moins une fois en 2012 quelle que soit la durée de prise en charge.

4.1 Cette file active contient-elle des enfants autistes ou présentant des TED ?

Oui

Non

4.2 Si oui, combien ?.....

Pour chaque enfant autiste ou présentant des TED, merci de bien vouloir remplir la fiche individuelle ci-jointe.



Fiche individuelle ENFANT-CAMSP

I. INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Année de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

Département de résidence des parents :

Date de première consultation :

L'enfant est-il toujours suivi par le CAMSP ? Oui Non

Si non, date de dernière visite : (Mois – Année) :/.....

II. DIAGNOSTIC MEDICAL

1. L'enfant est-il diagnostiqué ?

Oui Non Ne sait pas

Si non, merci de passer au thème III.

1.1 Si oui, qui a posé le diagnostic ?

.....

1.2 Si oui, quel est le diagnostic (selon la CIM10) ?

- Autisme infantile
- Autisme atypique
- Syndrome de Rett
- Autres troubles désintégratifs de l'enfance
- Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés
- Syndrome d'Asperger
- Autres TED
- TED sans précision

III. LA PRISE EN CHARGE

2. Quelle prise en charge a été proposée par le CAMSP pour cet enfant ? (plusieurs réponses possibles)

- Prise en charge par le CAMSP
- Prise en charge pédopsychiatrique par 1 CMP ou 1 CATTP
- Prise en charge pédopsychiatrique en hôpital de jour
- Soins par psychiatre ou psychologue libéral
- Rééducations en libéral
- Prise en charge médico-sociale avec orientation CDAPH (cf. tableau ci-après)
- Autre, précisez :

2.1 Si l'enfant bénéficie d'une prise en charge médico-sociale, merci de préciser celle-ci en cochant la case correspondante :

SESSAD	
IME	
ITEP	
Struct. pour handicapés moteur	
Struct. pour enfants polyhandicapés	
Struct. pour déficients auditifs	
Struct. pour déficients visuels	
Autres (précisez)	

3. Ce projet d'orientation vers le médico-social a-t-il été validé par la CDAPH ?

Oui Non Ne sait pas

4. L'enfant était-il scolarisé en 2012 ? Oui Non

4.1 Si oui, selon quelles modalités de scolarisation :

	Milieu ordinaire Précisez le type de classe (CLIS, Maternelle ordinaire, primaire ordinaire)	Milieu spécialisé Précisez le cadre (hôpital de jour, jardin d'enfants spécialisé)
A temps plein		
A temps partiel		
Autre, précisez		

5. La prise en charge proposée par le CAMSP (question n°2) a-t-elle été mise en œuvre ?

Oui Non

En partie (précisez) :

.....

Ne sait pas

5.1 Si non, merci de préciser la prise en charge retenue :

Dans le cadre de renseignements complémentaires, merci de préciser le(s) nom(s) et fonction(s) de(s) la personne(s) qui a (ont) renseigné le questionnaire :



.....
.....
III. ACCOMPAGNEMENTS DE L'ENFANT PAR L'ETABLISSEMENT OU LE SERVICE :

7. Quelles sont les accompagnements (éducatifs/pédagogiques/thérapeutiques...) proposés aux enfants autistes/TED par l'établissement/le service ?

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

IV. RELATIONS AVEC LES FAMILLES

8. La famille (ou le représentant légal) est associée à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet personnalisé :
 Oui Non

9. La structure propose-t-elle des dispositifs de soutien aux familles ? Oui Non

Si non, se reporter au V.

10.1 Si oui lesquels :

V. FORMATION DU PERSONNEL

10. Combien de professionnels ont été formés aux spécificités de l'autisme et TED :

En 2010 : En 2011 : En 2012 :

11. Sur quelles méthodes ont porté les formations ? (plusieurs réponses possibles)

- Méthode ABA
- Programme TEACCH
- Education structurée
- Inclusion en scolarité ordinaire partielle ou totale
- Thérapies individuelles
- Jardin d'enfants thérapeutiques
- Psychothérapies institutionnelles
- Prise en charge intégrée (crèche, école)
- Thérapie d'échange et de développement
- PECS
- MAKATON
- LSF (Langue des Signes Française)
- Autres (à préciser) :
.....

13. Pour votre structure, quelle(s) formation(s) complémentaire(s) serai(en)t intéressante(s) pour vos professionnels ?

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

Dans le cadre de renseignements complémentaires, merci de préciser le(s) nom(s) et fonction(s) de(s) la personne(s) qui a (ont) renseigné le questionnaire :

Merci de bien vouloir remplir une fiche individuelle pour chaque enfant autiste/TED accueilli.

Fiche individuelle ENFANT

I. INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Année de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

Département de résidence des parents :

Date d'entrée dans l'établissement ou le service ?.....

II. DIAGNOSTIC MEDICAL

1. L'enfant est-il diagnostiqué ?

- Oui Non

Si non, merci de passer au thème III.

1.2 Si oui, par qui (ex : psychiatre, unité d'évaluation et de diagnostic...)?

.....

1.3 Si oui, quel est le diagnostic (selon la CIM 10) ?

- Autisme infantile
- Autisme atypique
- Syndrome de Rett
- Autres troubles désintégratifs de l'enfance
- Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés
- Syndrome d'Asperger
- Autres TED
- TED sans précision
- Ne sait pas

III. PRISE EN CHARGE

2. Quel est le mode de prise en charge de l'enfant ?

- Semi internat (1)
- Internat modulé (2)
- Internat de semaine (3)
- Internat complet (4)
- Accueil temporaire (5)
- Placement familial spécialisé(6)
- Autre, précisez.....(7)

3. La prise en charge se fait-elle ?

- A temps plein
- A temps partiel

Nombre de demi-journées par semaine :

4. L'enfant bénéficie-t-il d'une prise en charge conjointe ?

- Oui Non Ne sait pas

Si non ou sans réponse, reportez-vous à la question 5

4.1 Si oui, de quelle nature ? (plusieurs réponses possibles)

- Hôpital de jour
- CMP
- CATTP
- Psychiatre ou psychologue libéral
- Rééducateur libéral
- Autre établissement médico-social
- Autre, précisez :.....

5. Estimez-vous que la prise en charge actuelle de cet enfant soit adaptée ?

- Oui, complètement Pas complètement

Non

Si oui, reportez-vous à la question 6

5.1 Si non, selon vous, pour quelle(s) raison(s) ? (plusieurs réponses possibles)

- Insuffisance du temps de prise en charge
 - Eloignement du domicile familial
 - Inadéquation du mode d'accueil
- Quel mode serait plus adapté ? (reportez-vous à la question 2 ci-contre et indiquez le code correspondant :
- Inadaptation des pratiques éducatives
 - Inadaptation des pratiques pédagogiques
 - Inadaptation des pratiques en matière de soins
 - Taux d'encadrement insuffisant
 - Besoin de formation du personnel
 - Cohabitation difficile avec les autres usagers
 - Autre, précisez :.....

6. Selon vous, une prise en charge complémentaire (à celle assurée par votre structure) serait-elle nécessaire ?

- Oui Non

Si non, reportez-vous à la question 7

6.1 Si oui, de quelle nature (plusieurs réponses possibles) ?

- CMP, CATTP
 - Hôpital de jour
 - Prise en charge médico-social
- Précisez :
- Scolarisation en classe adaptée
- Précisez :
- Autre, précisez :

7. Si une orientation vers une autre structure s'avère nécessaire, quel type de structure vous semblerait adapté? (Cochez la case correspondante)

SESSAD	
IME	
ITEP	
Structure pour handicapés moteur	
Structure pour enfants polyhandicapés	
Structure pour déficients auditifs	
Structure pour déficients visuels	
ESAT	
Foyer occupationnel	
FAM	
MAS	
Service psychiatrique	
Autre (Précisez)	
Ne sait pas	

8. Si la prise en charge doit prendre fin dans moins de 2 ans, quelle orientation sera demandée ? (Cochez la case correspondante)

SESSAD	
IME	
ITEP	
Structure pour handicapés moteur	
Structure pour enfants polyhandicapés	
Structure pour déficients auditifs	
Structure pour déficients visuels	
ESAT	
Foyer occupationnel	
FAM	
MAS	
Service psychiatrique	
Autre (Précisez)	
Ne sait pas	

IV. SCOLARISATION

9. Le jeune est-il scolarisé ?

- Oui Non

Si non, reportez-vous à la question 10

9.1 Si oui, est-il scolarisé :

- En intégration à temps plein
Indiquez le type de classe (CLIS, ULIS, classe ordinaire, UPI)
.....
- En intégration à temps partiel
Indiquez le type de classe (CLIS, ULIS, UPI, classe ordinaire)
.....
- Dans l'établissement médico-social uniquement
- Par correspondance
- Autre, précisez :
.....

10. Commentaires éventuels sur la situation du jeune

Dans le cadre de renseignements complémentaires, merci de préciser le(s) nom(s) et fonction(s) de(s) la personne(s) qui a (ont) renseigné le questionnaire :

.....

.....

.....

Fiche signalétique STRUCTURES ADULTES

I. INFORMATIONS GENERALES

Nom de l'établissement / service :

Nom de l'organisme gestionnaire :

N°FINESS :

Adresse de l'établissement / service

Code postal

Commune

Tél. / / / /

Fax / / / /

Courriel@.....

Type d'établissement /service (cochez une seule réponse)

ESAT

MAS

FAM

SAMSAH

Foyer de vie

SAVS

Foyer d'hébergement

Autre, précisez :

1. Nombre total de personnes prises en charge, tous handicaps confondus, au (30/09/2013) :

2. Votre structure est-elle expressément agréée, en totalité ou en partie, pour l'accueil de personnes autistes ou présentant des troubles envahissants du développement (TED)²?

Oui

Non

2.1 Si oui, pour combien de places ?

3. Accueillez-vous à cette date (30/09/2013) des personnes autistes ou présentant des TED :

Oui

Non

3.1 Si oui, combien ?

Si non, merci de nous retourner cette fiche.

II. EVALUATION THERAPEUTIQUE AUTISME ET TED

4. Quelle est la fréquence de réévaluation des besoins (éducatifs/pédagogiques/thérapeutiques) des personnes ?

.....Fois /An(s)

5. Au sein de votre structure, qui réalise l'évaluation des besoins des personnes ?

Psychiatre

Psychologue

Autre, précisez :

² L'autisme et les troubles qui lui sont apparentés constituent un ensemble de syndromes regroupés sous le nom de « troubles envahissants du développement »

Cf. rubrique F84 : troubles envahissants du développement » de la CIM10 (Classification internationale des maladies)

Les troubles envahissants du développement sont caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif.

6. La structure utilise-t-elle des outils spécifiques pour réaliser l'évaluation des besoins des personnes ?

- Oui Non *Si non, merci de passer à la question 8*

a. Si oui, merci de préciser lesquels :

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

III. ACCOMPAGNEMENTS DES USAGERS PAR L'ETABLISSEMENT OU LE SERVICE

7. Quelles sont les accompagnements proposés (éducatifs/thérapeutiques/aide à la communication...) aux personnes autistes/TED par l'établissement/le service ?

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

IV. RELATIONS AVEC LES FAMILLES

8. La famille (ou le représentant légal) est associée à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet personnalisé :

- Oui Non

10. La structure propose-t-elle des dispositifs de soutien aux familles ? Oui Non

Si non, se reporter au V.

10.2 Si oui lesquels :

V. FORMATION DU PERSONNEL

11. Combien de professionnels ont été formés aux spécificités de l'autisme et TED :

En 2010 : En 2011 : En 2012 :

12. Sur quelles méthodes ont porté les formations suivies ? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Méthode ABA | <input type="checkbox"/> Thérapie d'échange et de développement |
| <input type="checkbox"/> Programme TEACCH | <input type="checkbox"/> PECS |
| <input type="checkbox"/> Education structurée | <input type="checkbox"/> MAKATON |
| <input type="checkbox"/> Inclusion en scolarité ordinaire partielle ou totale | <input type="checkbox"/> LSF (Langue des Signes Française) |
| <input type="checkbox"/> Thérapies individuelles | <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : |
| <input type="checkbox"/> Jardin d'enfants thérapeutiques | |
| <input type="checkbox"/> Psychothérapies institutionnelles | |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge intégrée (crèche, école) | |

12. Pour votre structure, quelle(s) formation(s) complémentaire(s) serai(en)t intéressante(s) pour vos professionnels ?

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

Dans le cadre de renseignements complémentaires, merci de préciser le(s) nom(s) et fonction(s) de(s) la personne(s) qui a (ont) renseigné le questionnaire :

Merci de bien vouloir remplir une fiche individuelle pour chaque adulte autiste/TED accueilli.

Fiche individuelle ADULTE

I. INFORMATIONS SUR L'ADULTE

Année de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

Département de résidence :

Date d'entrée dans l'établissement ou le service ?.....

II. DIAGNOSTIC MEDICAL

1. La personne est-elle diagnostiquée ?

- Oui Non

Si non, merci de passer au thème III.

1.4 Si oui, par qui (ex : psychiatre, unité d'évaluation et de diagnostic...)?

.....

...

.....

...

1.5 Si oui, quel est le diagnostic (selon la CIM 10) ?

- Autisme infantile
- Autisme atypique
- Syndrome de Rett
- Autres troubles désintégratifs de l'enfance
- Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés
- Syndrome d'Asperger
- Autres TED
- TED sans précision
- Ne sait pas

III. PRISE EN CHARGE

7. Quel est le mode de prise en charge de la personne ?

- Accueil de jour (1)
- Hébergement modulé (2)
- Hébergement à la semaine (3)
- Hébergement à temps complet (4)
- Accueil temporaire (5)
- Placement familial spécialisé(6)
- Autre, précisez.....(7)

8. La prise en charge se fait-elle ?

- A temps plein
- A temps partiel

Nombre de demi-journées par semaine :

.....

9. La personne bénéficie-t-elle d'une prise en charge conjointe ?

- Oui Non Ne sait pas

Si non ou non réponse, reportez-vous à la question 5

9.1 Si oui, de quelle nature ? (plusieurs réponses possibles)

- Hôpital de jour
- CMP
- CATTP
- Psychiatre ou psychologue libéral
- Rééducateur libéral
- Autre établissement médico-social
- Autre, précisez :
- Ne sait pas

10. Estimez-vous que la prise en charge actuelle de cette personne soit adaptée ?

- Oui, complètement Pas complètement
- Non

Si oui, reportez-vous à la question 6

10.1 Si non, selon vous, pour quelle(s) raison(s) ? (plusieurs réponses possibles)

- Insuffisance du temps de prise en charge
 - Eloignement du domicile familial
 - Inadéquation du mode d'accueil
- Quel mode serait plus adapté ? (reportez-vous à la question 2 ci-contre et indiquez le code correspondant :
- Inadaptation des pratiques éducatives
 - Inadaptation des pratiques pédagogiques
 - Inadaptation des pratiques en matière de soins
 - Taux d'encadrement insuffisant
 - Besoin de formation du personnel
 - Cohabitation difficile avec les autres usagers
 - Autre, précisez :
-

11. Selon vous, une prise en charge complémentaire (à celle assurée par votre structure) serait-elle nécessaire ?

- Oui Non

11.1 Si oui, de quelle nature (plusieurs réponses possibles) ?

- CMP, CATTP
 Hôpital de jour
 Prise en charge médico-sociale

Précisez :

- Mesure de protection des majeurs

Précisez :

- Autre, précisez :

.....

12. Si une orientation vers une autre structure s'avère nécessaire, quel type de structure vous semblerait adapté ?

	Structure habituelle	
	Accueil de jour	Hébergement
ESAT		
Foyer occupationnel		
FAM		
Service psychiatrique		
Autre (précisez)		
Ne sait pas		

13. Commentaires éventuels sur la situation de la personne :

Dans le cadre de renseignements complémentaires, merci de préciser les(s) nom(s) de(s) personnes(s) qui a (ont) renseigné le questionnaire :

.....

.....