

ACCOMPAGNER LES TROUBLES DU NEURODEVELOPPEMENT (TND)



Vers une amélioration des pratiques auprès
des personnes présentant des TND



Juin 2025

Fondation OVE

Pôle TND - Juin 2025

Directeur de publication : Christian Berthuy

Pilotage et rédaction : Christelle Okmekler, Sarah Saïd

Conception et mise en page : Signes de sens

Impression : IDMM

**Les valeurs,
fondements et
appuis stratégiques**

1

**L'intelligence collective au
service de la bienveillance, de
l'inclusion et du pouvoir d'Agir**

**Le
neurodéveloppement
et les TND**

2

**Les bases théoriques et
conceptuelles du
neurodéveloppement et des
TND**

L'intervention

3

**Les fondamentaux de
l'accompagnement des TND au
sein de la Fondation OVE**

Les outils

4

**La boîte à outils des équipes et
des managers**

Table des matières

REMERCIEMENTS	8
1. Les valeurs, fondements, appuis et leviers stratégiques	12
1.1. Le contexte	12
1.2. S’engager dans l’affirmation de nos valeurs : bienveillance, autodétermination et pouvoir d’agir, Inclusion	13
1.2.1. La bienveillance	13
1.2.2. L’autodétermination par le développement du pouvoir d’agir	13
1.2.3. L’inclusion	16
1.3. Les fondements	17
1.3.1. Une vision du handicap inspirée du modèle de développement humain : le MDH-PPH	17
1.3.2. Une orientation : conformité aux Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles dans le champ des TND	18
1.3.3. Un objectif : la qualité de vie des personnes accompagnées	19
1.4. Les appuis stratégiques	20
1.4.1. Les avancées scientifiques	20
1.4.2. La promotion de l’intelligence collective et de la transdisciplinarité	21
1.4.3. Un management éclairé	22
1.5. Les leviers	26
1.5.1. La création d’une équipe ressource interne à la Fondation OVE	26
1.5.2. La promotion de la recherche	27
1.5.3. La formation, vers un socle de connaissances partagées	28
1.5.4. La supervision des pratiques	28
1.5.5. Vers une plus grande implication des aidants	29

1.5.6. Les autres leviers à exploiter : RH, financier, stratégique, environnemental et partenarial	30
2. Le Neurodéveloppement et les Troubles du neurodéveloppement (TND)	32
2.1. Le Neurodéveloppement	32
2.1.1. Les généralités sur le neurodéveloppement	32
2.1.2. Les étapes clefs du développement	32
2.2. Les Troubles du neurodéveloppement	43
2.2.1. La description générale des TND	43
2.2.2. Quand s'inquiéter ?	44
2.2.3. La description détaillée des troubles du neurodéveloppement	45
2.2.4. Les troubles associés	56
2.2.5. Les risques psycho-sociaux	56
3. L'intervention	62
3.1. Le choix des approches et méthodes d'intervention	62
3.1.1. Les approches	62
3.1.2. Les méthodes	62
3.2. La démarche diagnostique	69
3.2.1. La notion de diagnostic	69
3.2.2. La définition	69
3.2.3. La psychoéducation pour donner suite à l'annonce du diagnostic	70
3.2.4. Les outils recommandés pour structurer les observations cliniques et évaluer	71
3.2.5. La question de la réévaluation	79
3.3. Le projet personnalisé	80
3.3.1. L'enjeu du projet personnalisé	80
3.3.2. La définition	80

3.3.3. Les étapes	81
3.3.4. L'importance des pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne	87
4. Les outils de mise en œuvre sur le terrain dont la grille d'auto-évaluation des pratiques dans le champ des TND	90
4.1. La grille d'auto-évaluation des pratiques TND	90
4.1.1. Les objectifs de la grille	90
4.1.2. L'utilisation de la grille	91
4.1.3. L'état des lieux et le plan d'action	92
4.2. Les outils du plan d'action	94
4.2.1. La prise en compte des spécificités	94
4.2.2. Les pratiques professionnelles	102
4.2.3. L'organisation	142
4.2.4. Le fonctionnement dans l'établissement ou le service	142
CONCLUSION	148
Liste des recommandations des bonnes pratiques professionnelles de la HAS concernant les TND et utilisés dans le modèle d'accompagnement	150
GLOSSAIRE	153
BIBLIOGRAPHIE	157
5. Annexes	160
5.1. Annexe 1 : La politique prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance à la Fondation OVE	160
5.2. Annexe 2 : Une définition de la psychologie	162
5.3. Annexe 3 : PCM dispensé par PCMA (professional crisis management association)	163

FONDATION OVE

REMERCIEMENTS

Accompagner des personnes en situation de vulnérabilité requiert des compétences humaines fines. La Fondation OVE soutient qu'en œuvrant ensemble, il est possible de créer des conditions d'épanouissement durables et ajustées.

La création de ce modèle est issue d'un travail collectif dans lequel la Fondation OVE a tenté d'incarner les valeurs qui lui sont chères depuis sa création, il y a plus de 80 ans.

La Fondation tient à exprimer sa reconnaissance à toutes les personnes qui y ont contribué. L'engagement et l'expertise de chacun ont été essentiels.

Ce projet est le fruit d'une intelligence collective soutenue dans la méthodologie par le cabinet Beenow.

La combinaison des compétences et des perspectives, pour penser un modèle d'accompagnement innovant et inclusif, a généré des liens humains durables et un fort sentiment d'appartenance. Cette collaboration met en lumière l'importance et la richesse du travail transversal au service de l'amélioration des pratiques professionnelles.

Merci à tous les collaborateurs de leur précieux engagement.

Pour le pilotage du projet d'accompagnement final et le soutien :

Mme Géraldine MASSONNAT – directrice régionale et déléguée générale du siège

Mme Claire MONNIER - directrice régionale

Mme Christelle OKMEKLER – directrice de territoire

Mme Sarah SAID – responsable pôle TND

Pour le soutien :

M. Yohan FERNANDO – consultant externe (Société Beenow)

Pour la participation au groupe de projet initial et la rédaction du modèle :

M. Christophe ANNEQUIN-DIGON -responsable de site

Mme Anissa BILAL – directrice de territoire

M. Jérémy CORTIAL – éducateur spécialisé

Mme Naïla OUARTI – monitrice éducatrice

Mme Agnès PERIN – directrice

M. Yvan REVELLIN – directeur de territoire

Mme Alix ROUSSELOT – éducatrice de jeunes enfants

Mme Camille TURBEAUX – neuropsychologue

M. Romain VERNAY – neuropsychologue

Pour la participation à la rédaction du modèle :

Mme Gwenaëlle ANIESA – ergothérapeute

Mme Laurie BETTEGA – psychomotricienne

Mme Magali CELLE – neuropsychologue

Mme Magali DEFAY - directrice de territoire

M. Laurent MATILLAT – chargé de mission

Mme Sonia RAFFNER – orthophoniste

Mme Jennifer RIERA – psychologue

Pour la participation à la réflexion et à la participation aux sous-groupes de travail du projet d'accompagnement :

Mme Carine ACQUAVIVA – ergothérapeute

Mme Camille ALBIN – chargée de développement

Mme Flore BARADUC – psychologue

Mme Blandine BESSON – coordinatrice EMAS

Mme Charlotte BOUDET – éducatrice spécialisée

Mme Coralie BOUVET – éducatrice spécialisée

Mme Virginie BRUYERE – directrice

Mme Ariane CHARLES – neuropsychologue

Mme Marie DEKERLE – neuropsychologue

Mme Malvina DELMAIRE – neuropsychologue

Mme Anne-Claire DUCHON – responsable qualité

Mme Cyrille FASCIANELLA – chef de service

Mme Audrey FENON – directrice

Mme Maud FRERY – directrice évolution de l'offre

Mme Léa GACHOT – éducatrice sportive

Mme Blandine GUIGNOT – éducatrice spécialisée

Mme Joséphine HAUTIN – psychomotricienne

M. Éric HILLENMEYER – DRH

Mme Zoe LAISMAN – éducatrice spécialisée

Mme Chrystel LOMBARD – directrice adjointe

Mme Takouhie MIRIEL – chargée de développement

Mme Coralie POZZOBON – neuropsychologue

Mme Valériane RASCLE – psychologue

Mme Violette SERVANT – neuropsychologue

Mme Marianne SZAROWSKI – éducatrice spécialisée

Mme Benoite TAFFIN – monitrice -éducatrice

Mme Véronique TOURNIER – directrice adjointe

Mme Ophélie VAL – neuropsychologue

Mme Carole VERNE – directrice

Mme Anna ZANONE – psychologue

Pour la relecture du modèle d'accompagnement :

M. Christian Berthuy - directeur général

M. Pierre-Henri CHYSCLAIN – directeur de territoire

Mme Sibylle GONZALEZ – médecin neurologue

Mme Séverine HUBSCH – chargée de développement

M. Sully LEPINAY – coordonnateur de parcours

Mme Virginie JABOULAY - directrice de territoire

FONDATION OVE



1ere partie :

Les valeurs, fondements,
appuis et leviers
Stratégiques

FONDATION NOVE

1. Les valeurs, fondements, appuis et leviers stratégiques

1.1. Le contexte

Une tendance à la hausse des troubles du neurodéveloppement est observée dans tous les pays développés avec, en particulier, une augmentation de la prévalence de l'autisme et du TDAH depuis une vingtaine d'années. Les raisons de ces augmentations ne sont pas encore toutes connues et la recherche se poursuit. Selon la Haute Autorité de Santé¹, les troubles du neurodéveloppement touchent environ 5 % de la population (fourchette basse), soit environ 35 000 naissances par an en France. C'est donc aujourd'hui **un sujet de santé publique et un axe de la politique de santé**.

La Fondation OVE estime que plus de **80% des personnes qu'elle accompagne sont concernées par un ou plusieurs TND**. Cette donnée rend la connaissance et l'expertise autour de ces troubles, prioritaires pour proposer un accompagnement de qualité. Il apparaît donc essentiel de promouvoir une culture d'accompagnement actualisée dont les objectifs sont, entre autres, de :

- Associer engagement humain et données scientifiques actualisées
- Améliorer la qualité de vie des personnes avec TND accompagnées au sein d'OVE et soutenir leur autodétermination
- Faire évoluer les pratiques d'accompagnement des personnes avec TND en formant les professionnels (quel que soit leur métier) et en mettant en place des outils efficaces
- Accompagner les managers au changement des pratiques en s'appuyant sur des dynamiques de parcours (y compris diagnostique) modulables, graduées en intensité et sur la base de l'autodétermination.

Ces objectifs viennent répondre à des enjeux d'amélioration de la qualité des pratiques d'accompagnement et de développement d'une société inclusive, deux engagements forts de la Fondation OVE.

La construction d'un projet d'accompagnement des personnes avec TND au sein de la Fondation OVE se base sur des références et des valeurs socles : bienveillance, inclusion et autodétermination. L'ensemble concourt à développer les capacités et l'autonomie des personnes accompagnées, et, de fait, à améliorer leur qualité de vie.

1 <https://handicap.gouv.fr/la-strategie-nationale-autisme-et-troubles-du-neurodeveloppement-2018-2022>

1.2. S'engager dans l'affirmation de nos valeurs : bienveillance, autodétermination et pouvoir d'agir, Inclusion



1.2.1. La bienveillance

La Fondation OVE fait de la prévention des risques de maltraitance et de la promotion de la bienveillance une priorité de sa politique qualité et gestion des risques². Elle s'appuie en partie sur la définition proposée par la Commission Nationale pour la Lutte Contre la Maltraitance et la Promotion de la Bienveillance : « *La maltraitance vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations.* »³

La promotion de la bienveillance contribue au développement de l'autonomie et des capacités des personnes avec TND. C'est ce qui en fait un des concepts clés sur lequel repose la construction d'un projet d'accompagnement des personnes avec TND.

Pour promouvoir efficacement la bienveillance, il est essentiel de bien connaître la personne et ses troubles. En effet, cette compréhension approfondie constitue une étape clé dans l'élaboration d'un accompagnement adapté et bienveillant. Mesurer la satisfaction de ces personnes est une manière d'illustrer l'évolution de leur qualité de vie. Ce point, parfois complexe à mettre en œuvre pour les personnes non oralisantes, s'impose à nous.

1.2.2. L'autodétermination par le développement du pouvoir d'agir

L'autodétermination désigne la capacité pour une personne à faire ses propres choix et à exercer un contrôle sur sa vie. Dans le secteur du handicap, elle signifie que les personnes concernées construisent leur parcours de vie, selon leurs besoins, leurs aspirations et leurs objectifs. Cela suppose que leurs compétences soient reconnues et développées par les services sociaux et médico-sociaux. Lorsque les personnes concernées sont en mesure de s'exprimer librement et de faire des choix éclairés, elles créent une dynamique positive qui transforme à la fois les pratiques professionnelles et les politiques d'accompagnement⁴.

2 Fiche annexe de présentation de la démarche de promotion de la bienveillance....

3 Art. L. 119-1 du code de l'action sociale et des familles ; Art. L.1431-2 du code de la santé publique.

4 Rapport IGAS n°2024-017R

Développer le pouvoir d'agir des personnes accompagnées est indispensable pour :

- Respecter les droits humains universels (charte des droits de l'homme)
- Construire son propre parcours de vie selon ses besoins
- Augmenter l'efficacité des accompagnements
- Augmenter la qualité de vie des personnes accueillies
- Limiter les répercussions du handicap
- Limiter l'usure au travail des professionnels
- Rendre effective l'humanité dans la vie des établissements
- Éviter les relations de pouvoir interpersonnelles et la maltraitance

L'autodétermination sollicite plusieurs habiletés telles que :

- L'autonomie qui correspond à la prise de décision, de choix ;
- L'autorégulation qui comprend la prise de risque, la résolution de problème et la réorientation en fonction des feedbacks ;
- L'autoréalisation : auto-compréhension de soi et de son propre comportement, auto-conscience, utilisation de ces connaissances pour mieux atteindre des objectifs ;
- L'appropriation psychologique : auto-efficacité, attribution du contrôle.

L'autodétermination s'apprend, s'entraîne, passe par les expériences dont les erreurs. Elle implique une prise de risques positive. Elle demande la collaboration de nombreux partenaires avec parfois des négociations difficiles.

Ce que l'autodétermination n'est pas :

- Faire tout ce que l'on veut
- N'avoir que des droits et aucun devoir
- Faire seul, ne plus avoir d'encadrement ni de soutien.

Le développement du pouvoir d'agir des personnes accompagnées contribue à définir des objectifs de travail auxquels les personnes (et leur familles) adhèrent et qu'elles vont contribuer à faire avancer.

Il s'agit également d'aider à se départir de sa tenue de « sachant » pour adopter une posture d'accompagnant – soutien – étai. L'objectif est d'expérimenter de petites réussites sur des domaines importants pour les personnes accompagnées. Cette manière de travailler amène l'équipe à développer des outils pour recueillir les attentes des personnes accueillies et de leurs familles, être créative, innovante.

Concrètement, la prise en compte de l'autodétermination doit se traduire par :

- Le recueil régulier des attentes (personne accompagnée et famille) en s'inspirant de la nomenclature SERAFIN – PH des besoins ;
- Le développement et l'utilisation des moyens de communication adaptés (CAA) aux personnes avec TND pour garantir une compréhension des informations utiles à ses prises de décisions ;
- L'écoute et l'observation de la personne, notamment pour identifier les manifestations d'approbation ou d'opposition, en écoutant son entourage ;
- La proposition de plusieurs options permettant de faire un choix éclairé, des expériences dont des erreurs ;
- Des propositions d'accompagnements en lien avec les besoins identifiés ;
- Le repérage et la favorisation du potentiel d'apprentissage ;
- La proposition régulière des évaluations/réévaluations permettant de voir les progrès réalisés pour atteindre les objectifs ;
- La valorisation des initiatives personnelles.

Une expérimentation du développement du pouvoir d'agir en SESSAD, au service de l'inclusion des enfants accompagnés.

Le SESSAD du Turquet expérimente une approche basée sur le développement du pouvoir d'agir pour favoriser les parcours inclusifs des enfants accompagnés par le service.

Comment imaginer une scolarisation et une vie au milieu des autres sans se ressaisir de la possibilité d'agir sur ce qui se passe dans sa vie ? L'enjeu est de taille pour le service.

Il s'agit de redonner du pouvoir aux enfants accompagnés sur l'accompagnement qui leur est proposé, à des enfants souvent soumis à des parcours de vie difficile, contraignants et laissant peu de marges de choix : soins, rééducation, soutien scolaire... Leur permettre de définir ce qu'ils souhaitent pour eux-mêmes.

Pour les accompagnants, la finalité est de parvenir à définir des objectifs simples, atteignables, mesurables et acceptés (et portés) par l'ensemble des parties prenantes.

Il s'agit également de soutenir les familles dans les zones de fragilité et de leur redonner confiance dans leur capacité à faire face aux besoins de leurs enfants.

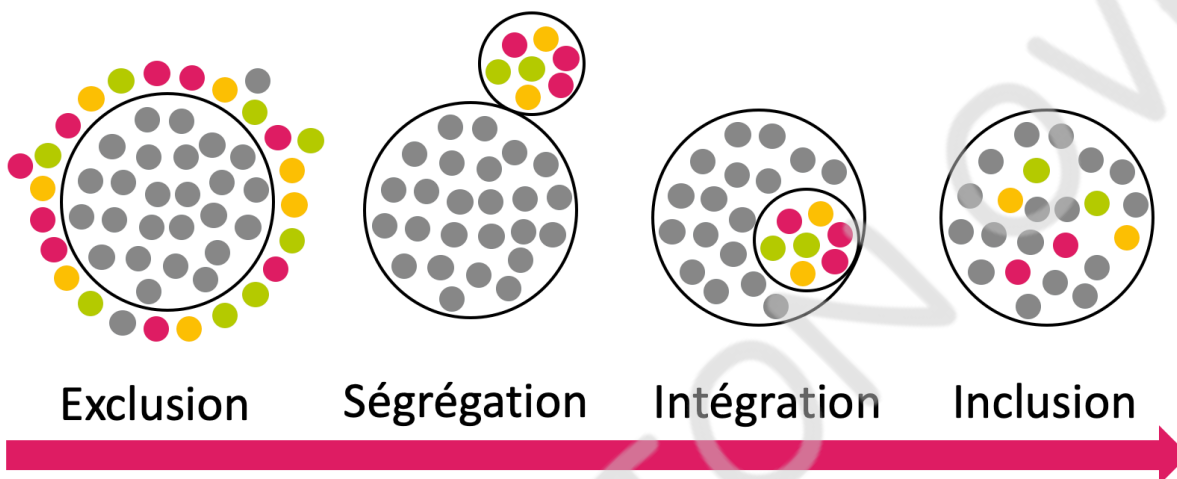
Un tel projet ne peut s'imaginer sans le soutien d'une hiérarchie, à tous les niveaux, agissant dans le même esprit.

Cette stratégie ne peut pas non plus s'imaginer sans une équipe transdisciplinaire au service de l'ensemble des personnes accompagnées et de leur famille.

1.2.3. L'inclusion

1.2.3.1 Définition

La Commission Européenne caractérise l'inclusion sociale par « *une participation pleine et entière à la vie économique, sociale et civile* », quand les personnes « *disposent d'un accès suffisant aux revenus et à d'autres ressources (d'ordre personnel, familial, social et culturel) pour pouvoir bénéficier d'un niveau et d'une qualité de vie considérés comme acceptables par la société à laquelle ils appartiennent, et lorsqu'ils jouissent également de leurs droits fondamentaux.* »⁵



L'inclusion sociale se réfère à l'ensemble des actions et des politiques visant à garantir que toutes les personnes, indépendamment de leurs caractéristiques individuelles (comme l'âge, le genre, l'ethnicité, le handicap, etc.), aient les mêmes opportunités de participer pleinement à la vie économique, sociale et culturelle de la société. **L'objectif d'une démarche inclusive est de réduire les inégalités et de combattre la ségrégation.**

L'inclusion des personnes handicapées par un TND vise à assurer que ces individus puissent participer de manière active et égale à tous les aspects de la vie sociale, économique, éducative et culturelle. Cela implique l'élimination des obstacles physiques, sociaux et comportementaux qui peuvent entraver leur participation.

Ce concept repose sur plusieurs principes clés :

- **Égalité des droits** : les personnes handicapées ont les mêmes droits que tout le monde, y compris le droit à l'éducation, au travail, à la santé et à la participation sociale.
- **Accessibilité** : les environnements physiques, les technologies, les services et les informations doivent être accessibles à tous, indépendamment des capacités physiques ou cognitives. Cela inclut l'accessibilité des bâtiments, des transports, des technologies de l'information et de la communication (TIC), ainsi que des services publics et privés.
- **Participation active** : les personnes handicapées doivent être encouragées et soutenues

5 Jaeger, M. (2015). L'inclusion : un changement de finalité pour le travail social ? Vie sociale, n° 11(3), 43-54. <https://doi.org/10.3917/vsoc.153.0043>.

à participer activement à la vie communautaire, aux processus décisionnels, et aux activités sociales, culturelles et politiques.

- Adaptations raisonnables : les adaptations et les aménagements nécessaires doivent être faits pour répondre aux besoins spécifiques des personnes handicapées, sans imposer de contraintes excessives. Cela peut inclure des ajustements dans l'environnement de travail, des méthodes d'enseignement adaptées, et des aides techniques.
- Sensibilisation et éducation : promouvoir la compréhension et le respect des droits et des capacités des personnes handicapées par le biais de campagnes de sensibilisation et d'éducation. Cela aide à combattre les stéréotypes et les préjugés.

1.2.3.2 Pour la Fondation OVE

Pour la Fondation OVE, la démarche inclusive est l'élément central qui motive l'ensemble des



prestations proposées aux personnes accompagnées. C'est pourquoi la Fondation a œuvré dans le cadre de son projet « demain sera inclusif » et avec un collectif d'acteurs engagés à promouvoir l'inclusion dans la cité. Elle a participé à la création d'un guide méthodologique inspirant sur la question. Ce guide est aujourd'hui une référence pour beaucoup de partenaires.

Il nous semble que l'ensemble de l'accompagnement proposé par les professionnels et les personnes elles-mêmes doit viser son inclusion, et ce de façon durable. Il est bien entendu que cette inclusion se pense à des niveaux différents et impacte l'accompagnement de la personne et de son environnement pour :

- Donner les moyens d'accessibilité / compensation aux personnes et acteurs de droit commun
- Soutenir les environnements afin de mettre en place les adaptations indispensables à cette inclusion : action de sensibilisation au handicap dans les écoles, lieux de vie des usagers, création de supports avec les usagers pour expliquer les besoins...

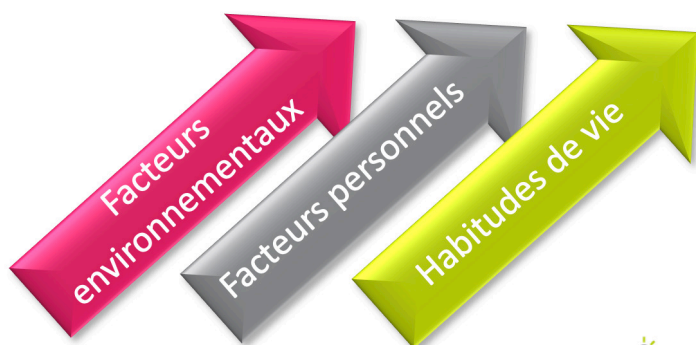
1.3. Les fondements

1.3.1. Une vision du handicap inspirée du modèle de développement humain : le MDH-PPH

Les valeurs et la conception de la Fondation OVE trouvent une résonance dans la vision du handicap portée par le modèle de développement humain (MDH-PPH).

Le MDH-PPH fait partie de la famille des modèles biopsychosociaux qui théorisent une vision systémique et complexe de l'être humain. Le modèle considère le handicap comme le résultat d'une interaction dynamique entre les caractéristiques personnelles de l'individu et les facteurs environnementaux. Il ne se limite pas aux déficiences physiques, mais inclut également les aspects psychologiques et sociaux. En adoptant cette vision, on reconnaît que le

handicap n'est pas seulement une question de limitations individuelles, mais aussi de barrières environnementales et sociales. Cela favorise une approche plus inclusive et respectueuse des droits des personnes en situation de handicap que prônent la Fondation OVE.



Fougeyrollas-1998,2010



Le modèle MDH-PPH valorise la participation active des personnes en situation de handicap dans la définition de leurs objectifs et la planification de leur accompagnement. L'autodétermination est essentielle pour que les personnes accompagnées puissent prendre des décisions éclairées et contrôler leur

propre vie. Le MDH-PPH soutient cette valeur en encourageant l'implication des individus dans toutes les étapes de leur parcours.

Le modèle MDH-PPH permet de mettre en œuvre des pratiques inclusives et d'appréhender la logique des nomenclatures SERAFIN-PH en partant des besoins des personnes en situations de handicap.

Focus sur la réforme SERAFIN PH :

La Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la CNSA conduisent, depuis fin 2014, les travaux nécessaires à la réforme SERAFIN-PH. Comme l'indique le rapport de l'IGAS de janvier 2025 sur la transformation de l'offre sociale et médico-sociale, trois objectifs principaux assignés à la réforme :

- L'équité : un financement assis sur des critères objectifs liés aux besoins des personnes accompagnées et aux prestations dont elles bénéficient ;
- La simplicité : un financement lisible par l'ensemble des parties prenantes ;
- Le soutien à la transformation de l'offre médico-sociale : un financement incitatif au développement de parcours fluides, modulaires, personnalisés, inscrits dans une société inclusive.

1.3.2. Une orientation : conformité aux Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles dans le champ des TND

La Fondation OVE a à cœur de faire monter les équipes en compétences sur la connaissance des recommandations de bonnes pratiques éditées par l'HAS dans le champ des TND, mais également dans le parcours des personnes en situation de handicap (évaluations et diagnostic, projet personnalisé, coordination de parcours, bientraitance...). La liste de toutes ces RBPP est à retrouver en annexes.

Au-delà de les connaître, elle souhaite que les équipes de direction parviennent à ce que **tout professionnel des établissements et services se les approprie et concourt à leur mise en pratique au quotidien auprès des personnes accompagnées.**

1.3.3. Un objectif : la qualité de vie des personnes accompagnées

La Fondation OVE s'engage activement dans la préservation et l'amélioration continue de la qualité de vie des personnes qu'elle accompagne. En mettant en œuvre des stratégies interventionnistes en investissant dans la transformation de certains établissements et dans l'ouverture de nouveaux, elle vise à garantir l'autonomie et la dignité de chaque individu.

Exemple de L'EAM Jean-Pierre Demagny

Depuis 2023, l'EAM dispose d'une autorisation d'hébergement de 40 places pour adultes autistes (dont 6 pour des situations complexes) et 20 places pour personnes souffrant de handicap psychique.

C'est un bâtiment aux contraintes architecturales importantes au regard du projet d'accompagnement, à savoir 4 000 m² de bâti répartis sur 4 étages.

Entourés d'une équipe de maîtrise d'œuvre que nous avons sensibilisée aux troubles autistiques, de cabinet conseil Andibo, spécialisé dans l'aménagement d'espaces pour personnes autistes, et forts de notre expérience et expertise de projet immobilier pour ce public, nous avons réussi à transformer les contraintes en atouts.

De façon générale et sur l'ensemble du bâtiment, nous avons ainsi réalisé un travail important sur :

- L'acoustique, afin de réduire le volume sonore des grands espaces,
- La lumière, avec un travail sur les huisseries,
- L'éclairage, avec la possibilité de varier l'intensité des lumières,
- Les couleurs, pour aider aux repérages dans l'espace,
- La robustesse des équipements, pour éviter les dégradations et les risques de blessures,
- Le chauffage, pour rendre agréable et homogène la diffusion de la chaleur,
- La définition des espaces, avec de nombreuses niches de retraits, des aménagements spécifiques pour ce public (cabanes, espace de répit, mobiliers adaptés...)

Le bâtiment est composé de 6 unités d'hébergement, 5 unités de 10 à 11 chambres et une unité de 6 chambres pour les situations complexes. L'architecture du bâtiment s'est construite autour de 3 axes de réflexion, liée aux 3 types de publics accueillis, déclinée en 3 types d'aménagements.

→ Pour l'unité renforcée de 6 places : une architecture résistante et contenante,

Une architecture avec beaucoup d'espaces de retrait dans les circulations, des cabanes contenant, des petites pièces pour créer plusieurs espaces et pouvoir travailler en sous-groupe.

Les chambres sont entièrement recouvertes de protections murales en bois, rendant très chaleureux l'espace nuit, permettant une grande solidité des murs et un entretien facilité.

Tous les équipements (lumières, chauffage, ventilation) sont coffrés pour éviter d'être endommagés.

Les meubles sont menuisés et fixés au sol, avec un travail sur les arrondis et la résistance des charnières des placards.

→ Pour les unités TSA : une architecture structurée,

Des recoins et des espaces de retrait sont installés dans les circulations et les espaces collectifs. Les meubles ont été choisis pour leur résistance, leur acoustique et leur esthétique. Un travail important sur les couleurs a été opéré afin d'aider les personnes à se repérer dans leur unité : travail sur les sols, les peintures, la signalétique...

→ Pour les unités handicap psychique : une architecture comme à la maison,

Ce public présentant des troubles du comportement moins importants que le public TSA, nous avons opté pour une architecture plus familiale, comme à la maison. Les unités sont en duplex avec des escaliers ouverts sur les circulations. Le mobilier est moins spécifique, les séparations et les cloisons ont été travaillées en bois, rendant très chaleureux les espaces de vie.

La mesure de la satisfaction des personnes accompagnées est une manière d'illustrer l'évolution de leur qualité de vie. C'est pourquoi, il est nécessaire de l'évaluer quel que soit le niveau de développement de la personne et de ses capacités communicationnelles.

1.4. Les appuis stratégiques

1.4.1. Les avancées scientifiques

L'évolution permanente des connaissances est une opportunité pour affiner les pratiques et offrir à chacun un soutien adapté et fondé sur les meilleures données disponibles. L'accompagnement des personnes avec TND doit dès lors s'appuyer sur une veille scientifique constante.

Alors que la recherche sur les TND était auparavant fragmentée, la création en 2019 d'un groupement d'intérêt scientifique, le GIS.TND, a permis à la

France d'avoir aujourd'hui une force de 700 chercheurs. Ceci a contribué à établir un réseau de collaborations scientifiques avec plus de 400 équipes de recherche à travers le monde⁶.



6 Source : Stratégie Nationale 2023-2027 pour les TND

Le choix de la Fondation OVE s'appuie sur les évolutions de la science et ce, pour plusieurs raisons :

- **Des méthodes d'intervention basées sur des éléments preuves** : l'évolution scientifique permet d'évaluer l'efficacité des approches éducatives, thérapeutiques et médicales. Des méthodes comme l'ABA (Analyse Appliquée du Comportement) pour l'autisme ou les interventions multimodales pour le TDAH sont régulièrement adaptées en fonction des nouvelles découvertes.
- **Une meilleure compréhension des TND** : les recherches récentes permettent d'affiner notre compréhension des mécanismes biologiques, neurologiques et environnementaux des TND. Cela aide à identifier des stratégies d'accompagnement plus efficaces et personnalisées.
- **Une évolution permanente des connaissances** : la science étant en constante évolution, il est essentiel pour les professionnels d'actualiser leurs pratiques. Ce qui était considéré comme une vérité il y a 10 ans peut aujourd'hui être remis en question par les avancées scientifiques.
- **L'adaptation aux besoins spécifiques des individus** : grâce aux progrès en neurosciences et en psychologie, les professionnels peuvent proposer des stratégies adaptées aux particularités de chaque personne, évitant ainsi les accompagnements devenus « obsolètes » ou inefficaces.
- **Une approche éthique et bienveillante** : suivre les avancées scientifiques permet de garantir un accompagnement respectueux, fondé sur des faits et non sur des croyances ou des pratiques non réactualisées. Cela contribue à améliorer la qualité de vie des personnes concernées et de leurs familles.

1.4.2. La promotion de l'intelligence collective et de la transdisciplinarité

L'accompagnement des personnes avec un TND nécessite une approche collaborative et transdisciplinaire. L'intelligence collective, qui repose sur la mise en commun des savoirs, des expériences et des compétences, est un levier au service de l'amélioration de la qualité de vie des personnes concernées.

Encourager l'intelligence collective, c'est construire ensemble des solutions adaptées, évolutives et inclusives. C'est reconnaître la richesse de la diversité et mettre en place un accompagnement plus humain, efficace et innovant.

- **Une sensibilisation et une évolution des mentalités**

Promouvoir l'intelligence collective permet de renforcer l'interconnaissance et facilite la lutte contre les préjugés en permettant une approche par compétence. L'objectif de cette approche collaborative est d'impliquer l'ensemble des acteurs concernés et encourage :

- Une meilleure acceptation et reconnaissance des capacités de l'ensemble des professionnels
- Une meilleure reconnaissance des capacités des familles et personnes concernées par un TND
- Une adaptation des pratiques professionnelles

- Une **approche transdisciplinaire** pour un accompagnement adapté :

Cette approche favorise l'intelligence collective et le travail en équipe entre différents professionnels : médecins, psychologues, professionnels de la sphère éducative, enseignants, aidants familiaux, partenaires... Cette diversité d'expertises permet :

- Une meilleure compréhension des besoins individuels.
- La création de solutions adaptées et personnalisées.
- Une coordination plus efficace des interventions.

- L'innovation sociale et technologique grâce au partage des connaissances

L'intelligence collective stimule l'innovation en favorisant l'échange d'idées et le développement de nouvelles solutions :

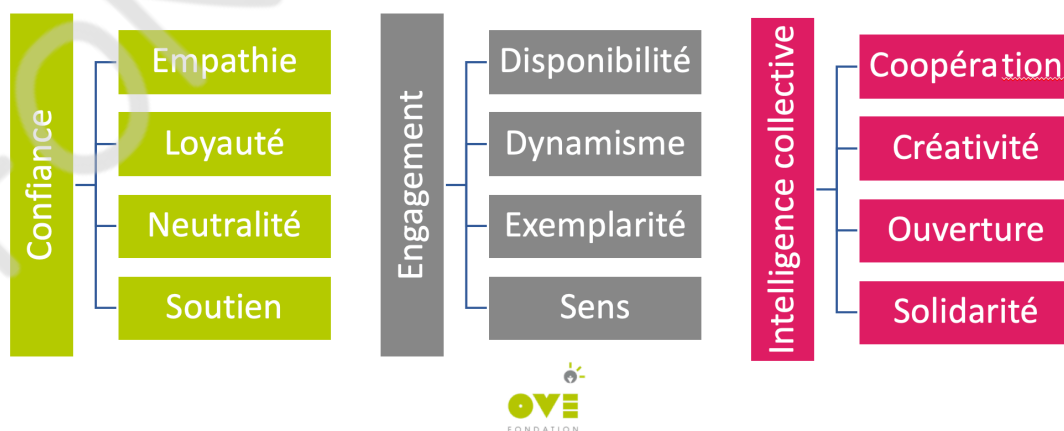
- Outils numériques et applications favorisant l'autonomie.
- Méthodes pédagogiques adaptées pour l'inclusion scolaire et professionnelle.
- Innovations en matière d'accessibilité et d'adaptation des espaces.

L'intelligence collective repose aussi sur le partage de compétences et la formation continue des professionnels et aidants. La mutualisation des savoirs permet de s'adapter aux évolutions scientifiques et aux besoins émergents.

1.4.3. Un management éclairé

1.4.3.1. La posture managériale attendue

En soutenant les managers, la Fondation s'engage à ce que les équipes fonctionnent du mieux possible, dans un environnement mouvant et complexe : se donner de la confiance mutuelle en équipe, savoir dialoguer, se mettre d'accord sur les priorités, être responsable de ses actes, respecter les engagements pris.



3 grandes valeurs sont identifiées pour guider les pratiques managériales à la Fondation OVE. Ces 3 grandes valeurs s'incarnent dans 5 grands principes d'actions pour les managers :

- Ajuster ses comportements ainsi que ses compétences relationnelles en prenant conscience de sa posture de leader (Savoir-être) ;
- Favoriser l'engagement, soutenir et accompagner les équipes en cocréant le sens humain et l'efficacité des actions (Piloter) ;
- Planifier et Organiser les ressources (Organiser et planifier) ;
- Animer et organiser le travail collectif et individuel en fonction des besoins et de la vision stratégique (Animer) ;
- Évaluer l'efficacité de l'action collective et individuelle et faire des ajustements (Contrôler).

1.4.3.2 La traduction opérationnelle de la posture managériale attendue

Selon les principes d'action définis, les managers intègrent dans leurs pratiques les rôles et tâches précisés ci-après :

PRINCIPES D' ACTIONS	RÔLES	TÂCHES
P1 SAVOIR ETRE	Donner du sens et Motiver Inspirer	Prendre le temps de communiquer Cocréer le sens des actions
	Accompagner et soutenir	Piloter les compétences : faire l'état des lieux, soutenir le développement des compétences, donner des feed-back
	Ajuster et être agile	Comprendre les besoins des professionnels et revoir les cadres opérationnels pour satisfaire les usagers
	Réassurer	Créer de la détente, adapter les attentes
	Réguler les conflits et les tensions	Oser traiter les conflits et permettre la résolution

PRINCIPES D' ACTIONS	RÔLES	TÂCHES
P2 PILOTER	Développer une vision et l'animer	Engager les collaborateurs dans la création et le déploiement de la stratégie
	Piloter	Prendre des décisions dans le quotidien et à moyen et long terme
	Fidéliser les équipes	Développer un bon climat de travail dans le service ou l'établissement
P3 ORGANISER PLANIFIER	Orchestrer	Donner le tempo et rythme
	Organiser le travail	Développer les conditions de travail matérielles et psychiques (compétences, énergie et comportement)
	Organiser et planifier – être garant du projet	Faire concorder les besoins en accompagnement du terrain avec les RH disponibles
	Respecter la loi	Connaitre les différentes réglementations qui régissent notre champ d'intervention
	Assurer l'équilibre financier	Comprendre et gérer un budget
P4 ANIMER	Clarifier	Organiser le travail à court, moyen et long terme, reporting, délégation de pouvoir
	Transformer	Permettre la réflexion pour faire évoluer, prendre le temps pour favoriser le décentrage
	Réseauter, rayonner	Connaitre le territoire d'intervention et les différents partenaires
P5 CONTROLLER	Contrôler/tracer	Vérifier la réalisation des tâches selon ce qui est prescrit.

1.4.3.3. La feuille de route du manager

Développer le pouvoir d'agir

Développer le **pouvoir d'agir** des équipes est essentiel pour renforcer leur autonomie, leur engagement, et leur capacité à répondre aux besoins des usagers de manière innovante et adaptée. De ce fait certains points pourraient être pris en compte par les managers dans l'accompagnement des professionnels :

- Créer une culture organisationnelle propice à une communication fluide
- Valoriser l'intelligence collective : encourager le travail collaboratif, les échanges d'idées et la co-construction de solutions.
- Encourager l'initiative et l'autonomie : offrir un cadre où les équipes peuvent expérimenter, prendre des décisions et apprendre de leurs erreurs.
- Favoriser la reconnaissance : valoriser les contributions de chacun, qu'il s'agisse de petites actions ou d'initiatives d'envergure.

Former et outiller les équipes

- Développer les compétences : proposer des formations continues sur des sujets tels que la gestion des conflits, la communication non violente ou la résolution de problèmes en soutien des formations « cœur de métier ».
- Renforcer les savoirs partagés : organiser des ateliers de partage d'expériences entre professionnels sur le territoire ou en pluri-territoire par exemple.

Promouvoir un leadership participatif

- Impliquer les équipes dans la prise de décision : instaurer des espaces d'expression comme des réunions participatives ou des groupes de travail thématiques.
- Rendre le management accessible : former les cadres à un style de leadership qui soutient et accompagne (a priori) plutôt qu'il ne contrôle (a posteriori).
- Instaurer une logique de coresponsabilité : favoriser des pratiques où chaque membre se sent responsable et investi dans les résultats.

Construire un environnement de travail favorable

- Améliorer les conditions de travail : optimiser les charges administratives, optimiser les plannings, et faciliter l'équilibre vie professionnelle/vie personnelle.
- Encourager le soutien mutuel : développer des mécanismes de mentorat ou des binômes pour renforcer la solidarité entre collaborateur.
- Soutenir la mise en place d'un cadre sécurisant : mettre en place des dispositifs pour prévenir et accompagner les moments de tension ou de crise.

1.4.3.4. La nécessaire connaissance du public accompagné par les managers

Au-delà de la posture et des compétences managériales, **la connaissance des particularités du public accompagné par les managers est indispensable** pour proposer un accompagnement cohérent et de qualité aux personnes. La connaissance fine des troubles du neurodéveloppement par les managers dans notre modèle d'accompagnement est demandée :

- En amont de la prise de poste si possible
- Dans les mois suivant la prise de poste grâce à un parcours formatif précis.

Cette connaissance du public est d'autant plus importante du fait de l'hétérogénéité des profils tant sur le plan clinique que sur le plan physiopathologique, de l'enfance à l'âge adulte, dans le champ des TND. Il existe une grande diversité des trajectoires développementales et une grande diversité des parcours de vie. Pour autant, le cœur du projet d'accompagnement des personnes TND se concentre autour des apprentissages, de la démarche inclusive dans la cité, de l'obtention du maximum d'autonomie et d'indépendance au quotidien.

Plusieurs leviers doivent permettre de décliner concrètement et de manière opérationnelle les valeurs et fondements soutenus.

1.5. Les leviers

1.5.1. La création d'une équipe ressource interne à la Fondation OVE

Le niveau de formation initiale des professionnels ne répond pas suffisamment aux besoins des personnes accompagnées et aux recommandations d'accompagnement. De ce fait les équipes de direction doivent quotidiennement faire face à un défi quasiment insoluble :

- Organiser l'accompagnement de personnes en situation de handicap complexe ;
- Avec des ressources en personnel non qualifiées et souvent en sous dotation ;
- Et avec un financement des parcours de formations limité.

Il s'agit là du tiraillement central sur lequel il est important d'agir. C'est pourquoi, l'objet de cette démarche consiste à créer une équipe ressource interne TND. Cette équipe aura 3 missions principales :

- Soutenir la réalisation d'états des lieux :
 - Des besoins en formation,
 - De la qualité d'accompagnement des personnes accompagnées,
 - De la qualité managériale des équipes.

- Assurer des formations et des supervisions (coachings) grâce à la montée en compétence de professionnels internes à la Fondation OVE :
 - Auprès des ESSMS,
 - Auprès de structures externes à la Fondation.
- Accompagner les professionnels dans l'amélioration des pratiques dans le champ des TND.

Dans un premier temps, cette mission sera centrée sur les ESSMS de la Fondation OVE et, une fois l'impact du modèle d'accompagnement démontré, pourra être déployée à d'autres organismes gestionnaires.

Ces missions viendront répondre à des objectifs et à des enjeux d'amélioration de la qualité des pratiques d'accompagnement des personnes et au développement de la société inclusive.

Une stratégie de repérage des collaborateurs susceptibles de rejoindre cette équipe ressource doit pouvoir s'installer durablement au sein de la Fondation de manière à étoffer l'équipe et de prévenir l'épuisement de ces mêmes ressources.

Pour cela, il semble essentiel d'utiliser les entretiens professionnels pour identifier les collaborateurs qui se sont formés (CNIA par exemple) ou qui développent une expertise dans le champ des TND.

Pour autant, ces entretiens ne doivent pas être la seule source de feedback. Le retour d'information doit pouvoir s'alimenter de retours de supérieurs hiérarchiques, d'animation de projet, de projets transversaux...

Les experts doivent eux aussi pouvoir se faire connaître auprès du pôle (en association avec leur direction). L'attractivité de l'équipe ressource doit donc être connue et valorisée.

1.5.2. La promotion de la recherche

Portée par son goût pour l'innovation au service du public qu'elle accompagne, la Fondation OVE porte un réel intérêt au développement de la recherche. Le projet d'accompagnement des TND s'appuie sur l'évolution des connaissances en la matière. Aussi, participer à des recherches actions ou des programmes de recherches est une voie à suivre en réponse au projet d'accompagnement.

Pour cela, la Fondation OVE dispose d'un comité scientifique et souhaite marquer davantage son engagement sur cet axe au travers de son projet associatif 2026-2030.

Ce comité définit les lignes stratégiques en matière de recherche et soutient l'identification de partenariats ainsi que les modalités de mise en œuvre du programme de recherche au sein de la Fondation OVE. Dans ce cadre, les membres du COPIL TND ou des personnes accompagnées expertes, ou pair aidantes, peuvent contribuer à cette dynamique.

L'engagement dans une démarche de recherche a également pour but d'inscrire la reconnaissance de l'expertise de la Fondation OVE en matière de TND.

1.5.3. La formation, vers un socle de connaissances partagées

L'accès à la formation pour tous est un axe majeur du projet d'accompagnement TND. Les objectifs principaux, et transversaux, sont d'augmenter :

- La qualité de vie des personnes accompagnées,
- La motivation et l'engagement des collaborateurs,
- La mise en œuvre terrain, sur le long terme, des acquis ,
- Les compétences, l'énergie,
- Le sentiment d'efficacité personnelle et le pouvoir d'agir des équipes.

Cette dynamique de formation doit participer à la construction d'une culture d'accompagnement commune, en mettant l'accent sur le développement de connaissances communes des professionnels.

1.5.4. La supervision des pratiques

Pour mieux accompagner les personnes avec TND, la « supervision des pratiques » est indispensable. Elle intervient dans le cadre d'activités opérationnelles que les professionnels doivent avoir la capacité de réaliser, en situation réelle de travail, avec un certain niveau de performance. Cette pratique accompagnée par un superviseur s'appuie sur :

- **L'observation active** : le superviseur observe l'environnement humain et matériel pour analyser.
- **L'appui organisationnel** : le superviseur réfléchit, avec l'équipe d'encadrement, aux moyens logistiques et organisationnels qu'impliquent les techniques recommandées.
- **La démonstration des gestes techniques** : le superviseur met en place, devant et avec les professionnels, les stratégies et procédures relatives aux approches enseignées en formation pour une meilleure appropriation et aide à développer les évaluations.
- **Les préconisations individualisées** : le superviseur fait des propositions d'axes éducatifs/ d'accompagnement et d'objectifs à travailler.

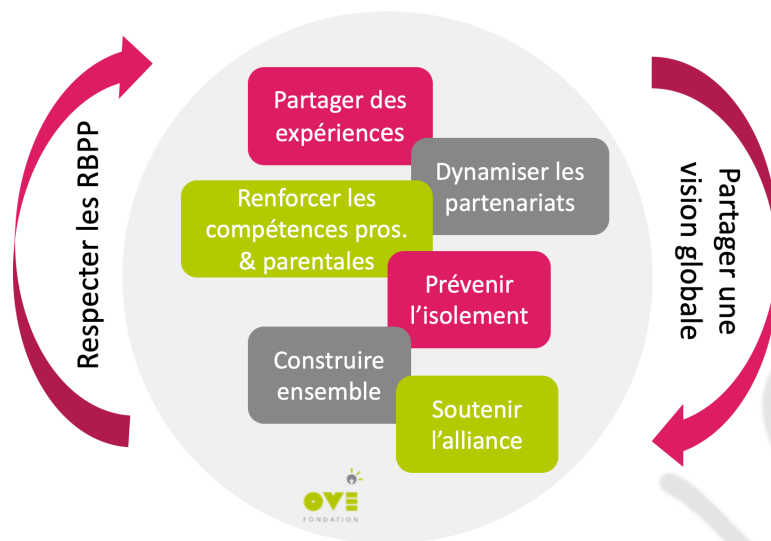
Il ne s'agit pas seulement d'acquérir la maîtrise d'outils, mais bien d'un savoir être en adéquation avec le mode de fonctionnement particulier des personnes avec un TND, visant au transfert des compétences pour une démultiplication en interne.

Le niveau d'adhésion de la personne présentant un TND à son accompagnement est un indicateur du niveau de qualité de l'intervention, surtout lorsque les personnes sont non verbales.

L'objectif est de rechercher à motiver la personne, à élargir ses compétences et à augmenter son autonomie afin de diminuer son stress et réduire ses comportements problématiques tout en favorisant son maintien dans un environnement le plus ouvert possible. C'est le fondement éthique de tout accompagnement par la Fondation OVE.

1.5.5. Vers une plus grande implication des aidants

Intégrer les aidants et les familles dans les formations proposées par les ESMS présente de nombreux avantages détaillés dans le schéma ci-dessous :



- **Partager une vision Globale** : les familles et les aidants apportent une perspective unique sur les besoins et les défis rencontrés au quotidien. Leur inclusion dans les temps de formation permet d'avoir une vision plus complète mais aussi plus nuancée des besoins des personnes accompagnées.
- **Respect des RBPP** : les RBPP de la HAS soulignent l'importance de la prise en compte de la famille dans l'accompagnement des TND. En intégrant les aidants dans les formations, on s'assure de respecter ces recommandations et d'améliorer la qualité des soins et de l'accompagnement.
- **Partenariat actif** : l'intégration des familles favorise un partenariat actif entre les professionnels et les aidants. Cela renforce la collaboration au quotidien et assure que les interventions sont mieux adaptées aux besoins spécifiques de l'enfant ou de la personne accompagnée.
- **Renforcement des compétences** : les formations qui incluent les familles permettent de renforcer leurs compétences et leur confiance dans l'accompagnement de leurs proches. Cela peut également réduire le stress et l'anxiété liés à leur rôle d'aidant.
- **Adhésion aux interventions (alliance)** : lorsque les familles sont impliquées dans le processus de formation, elles sont plus susceptibles d'adhérer aux interventions proposées. Cela favorise une continuité entre les pratiques à domicile et celles mises en œuvre par les professionnels.
- **Échange d'expériences** : les formations peuvent également être un espace d'échange où les familles partagent leurs expériences et leurs stratégies, ce qui peut être bénéfique pour tous les participants, et bien entendu très précieux pour les professionnels.
- **Soutien émotionnel** : la formation peut également offrir un soutien émotionnel aux familles, en leur permettant de se sentir moins isolées et de rencontrer d'autres personnes vivant des situations similaires.

- Sensibilisation : l'inclusion des familles dans les formations contribue à sensibiliser les professionnels aux réalités vécues par les familles et inversement, ce qui peut influencer positivement les approches complémentaires et les dynamiques de co-construction du projet.
- Amélioration des résultats : en fin de compte, l'intégration des aidants et des familles dans les formations peut conduire à de meilleurs résultats pour les personnes accompagnées, tant sur le plan du développement que de la qualité de vie.

1.5.6. Les autres leviers à exploiter : RH, financier, stratégique, environnemental et partenarial

Au-delà des leviers managériaux, d'autres, développés dans la partie 4, ont été identifiés à partir de la grille d'auto-évaluation de la qualité de prestations dans le champ des TND pour améliorer la qualité d'accompagnement des personnes TND :

- **Levier RH** : Organisation générale des RH, compétences ciblées et recrutement, supervision des pratiques, adéquation formation/emploi, autonomie des professionnels,
- **Levier financier** : Réorganisation des ressources budgétaires, CNR, CPOM, Mécénat, mutualisation de moyens,
- **Levier du pilotage et de la gestion stratégique** : Projet d'établissement, assigner des objectifs en fonction des résultats de l'auto-évaluation, déployer la stratégie et la mise en œuvre (avec quels outils ?), gestion du personnel, supervision des managers, processus décisionnel, périmètre des cadres,
- **Levier environnemental** : Réaménagement des espaces, des unités, (axes architecturaux) et de fonctionnement (outils internes, partenariats...),
- **Levier partenarial**.

2ème partie :

Le Neurodéveloppement
et les Troubles du
neurodéveloppement

2. Le Neurodéveloppement et les Troubles du neurodéveloppement (TND)

2.1. Le Neurodéveloppement

Pour mieux comprendre et accompagner les troubles du neurodéveloppement développé, il est essentiel de décrire et analyser le développement habituel de l'enfant.

2.1.1. Les généralités sur le neurodéveloppement

Le neurodéveloppement définit l'ensemble des mécanismes physiologiques qui permettent le développement des fonctions cérébrales : fonctions motrices, langagières, cognitives, sensorielles ou affectives d'un individu. Ce processus est influencé tant par des facteurs biologiques, génétiques, environnementaux que psychoaffectifs tout au long du développement de l'individu dès la conception jusqu'à l'âge adulte.

Autrement dit, le neurodéveloppement concerne tous les aspects de notre vie, incluant l'apprentissage, les émotions, la mémoire, l'attention, la socialisation et la capacité de contrôle de soi. Il nous permet de nous intéresser à l'évolution du système nerveux tout au long de la vie.

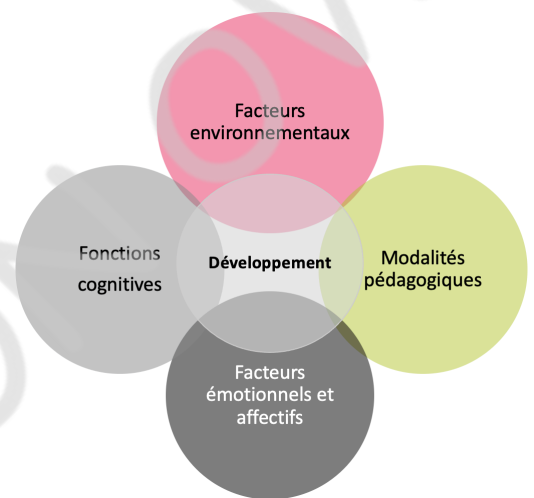


Figure 1 : Facteurs influençant le développement.

2.1.2. Les étapes clefs du développement

Le processus de développement est plus ou moins rapide selon les individus, il suit des étapes incontournables, qui s'enchaînent de façon fluide dans le cadre d'un développement ordinaire. L'ensemble des fonctions cognitives sont impliquées

2.1.2.1. Le développement sensoriel et moteur (0-24 mois) :

Fonctions instrumentales : percevoir et comprendre	Mémoire : apprendre et se souvenir	Attention : repérer l'information	Fonctions exécutives : s'adapter	Cognition sociale : socialiser
<ul style="list-style-type: none">• Langage• Gnosies• Praxies (motricité)• Développement sensori moteur• Capacités Visuo spatiales	<ul style="list-style-type: none">• Court terme• Long terme	<ul style="list-style-type: none">• Soutenue• Sélective• Divisée / partagée	<ul style="list-style-type: none">• Inhibition• Flexibilité• Planification• Mémoire de travail	<ul style="list-style-type: none">• Compétences émotionnelles• Théorie de l'esprit

Les étapes de développement de 0 à 3 ans

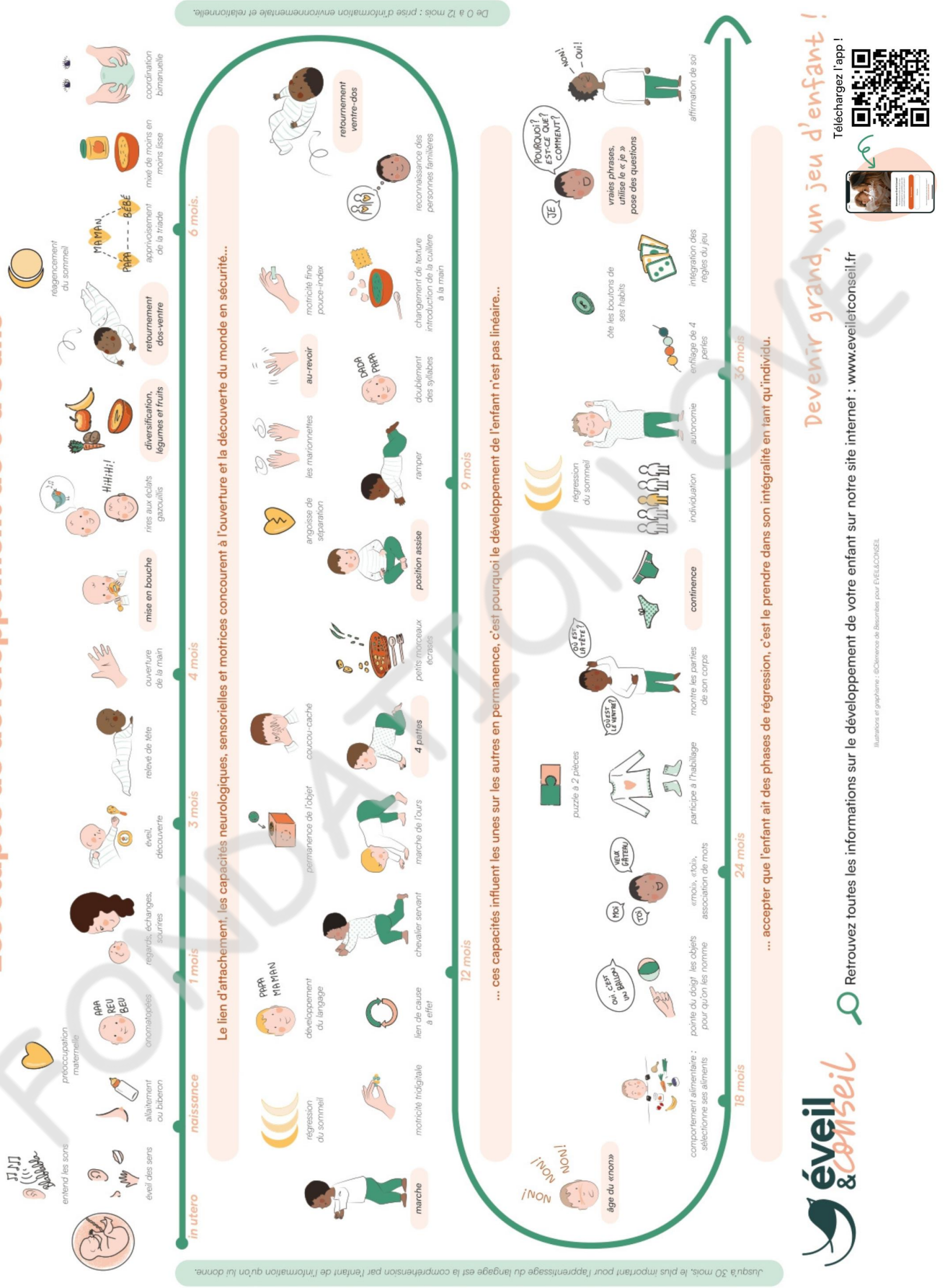


Figure 2 : Frise du développement de 0 à 3 ans, à retrouver sur le lien <https://www.eveilconseil.fr/frise-developpement-enfant>

Selon Piaget le développement sensori-moteur fait référence au stade le plus précoce du développement humain. Celui où les coordinations mentales se forment grâce à la coordination

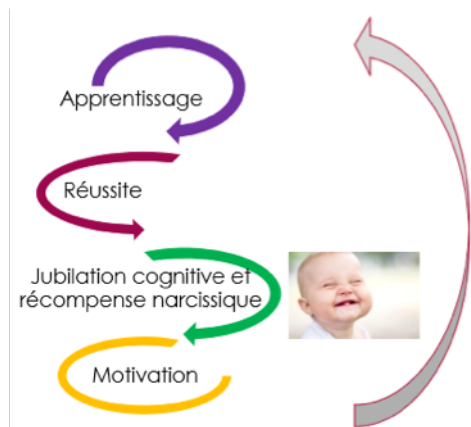


Figure 3 Boucle d'apprentissage du nourrisson (Siaud-Facchin, J. (2005)).

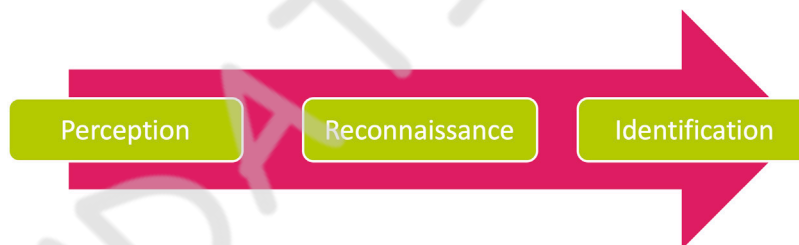
des actions sensorielles et motrices. C'est le processus par lequel un enfant acquiert l'usage et la coordination de ses muscles et commence à expérimenter son environnement par l'exploration sensorielle (la vue, l'écoute, l'odeur, le goût, le toucher).

Le développement sensori-moteur favorise l'entrée dans les apprentissages de chaque personne. C'est à travers l'exploration sensorielle de son environnement que le bébé va être poussé à se développer et va donner du sens à son environnement (babillage, développement moteur, comparaison de tailles, de formes, relation de cause à effet, vitesse, repérage dans le temps et l'espace...).

La maturation neurologique et l'apprentissage par l'expérience vont donc permettre à l'enfant de se développer sur le plan psychomoteur. Cette motricité va, petit à petit, devenir de plus en plus fine pour réaliser des gestes plus précis.

Les gnosies :

Les gnosies se définissent comme la capacité à percevoir un objet grâce aux sens (vision, ouïe, toucher...) puis à le reconnaître. La perception recouvre donc : ce que je reconnais, ce que je vois, ce sur quoi je mets du sens. Ainsi, il existe trois étapes pour reconnaître un objet :



Ces étapes permettent d'avoir une représentation mentale de l'objet vu, entendu, senti, touché, goûté... Par exemple, cette capacité est utilisée dans de nombreux apprentissages implicites du quotidien comme la capacité à dénommer, à appairer les objets ou encore la capacité à utiliser les représentations visuelles (image mentale), donc à reconnaître la fonction de l'objet. Dans le quotidien ces perceptions nous permettent également de reconnaître les visages familiers.

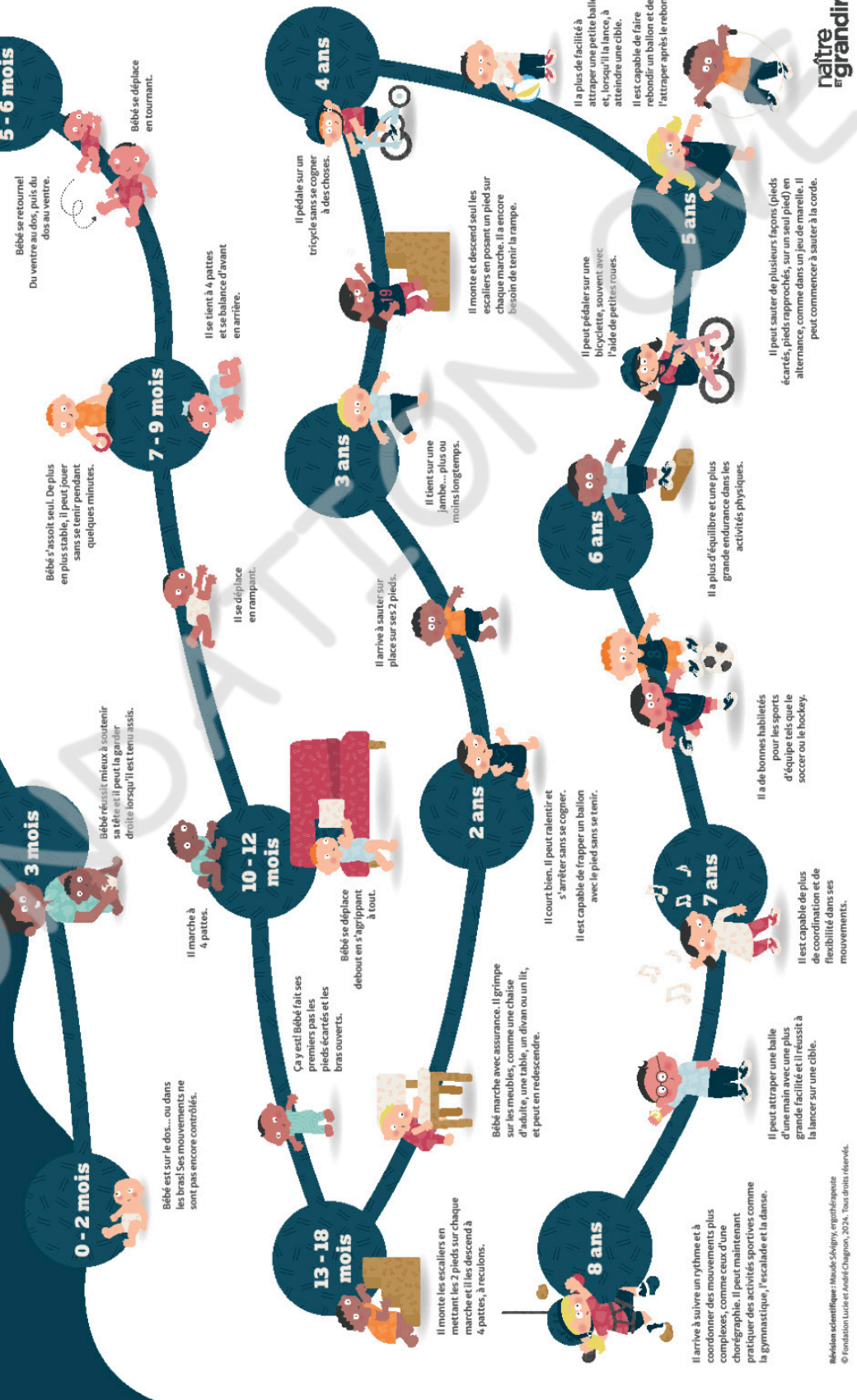
2.1.2.2. Le développement moteur (praxies)

Les praxies désignent les capacités à exécuter des mouvements simples ou des séquences de mouvements de façon volontaire. Par exemple, la capacité à réaliser un dessin ou à construire un objet.

Ainsi le développement moteur dépend des praxies. Vous trouverez dans l'illustration ci-dessous quelques exemples d'étapes fondamentales de la motricité de l'enfant (à retrouver sur le lien <https://naitreetgrandir.com/documentsng/pdf/affiche-motricite-etapes-developpement.pdf>).

La motricité en IMAGES

De sa naissance à 8 ans, votre enfant apprend à tenir sa tête droite, à s'asseoir, à marcher, à courir, à monter les escaliers, à sauter, à faire du vélo... Voici les grandes étapes de son développement moteur.



Revisions scientifiques : Marie-Christine, ergothérapeute
© Fondation Lucie et André Chagnon, 2024. Tous droits réservés.

naître **en** grandir

Figure 4 : Etapes du développement de l'enfant de 0 à 8 ans (Fondation Lucie et André Chagnon, 2024).

Les fonctions visuospatiales :

Les fonctions visuospatiales permettent de s'orienter dans l'espace, d'organiser les informations perçues de notre environnement. Elles entrent en jeu dans la capacité à résoudre des problèmes, par exemple pour planifier un itinéraire, mais aussi dans les capacités de socialisation (dans la mesure où ces fonctions visuospatiales conditionnent, par exemple, la capacité de se représenter ce que perçoit une personne en face de soi).

Elles nous permettent de percevoir les objets dans l'espace grâce à de multiples informations que nous traitons (angles, distances, direction ...) pour, par exemple, s'orienter géographiquement.

2.1.2.3. Le développement du langage

L'apprentissage du langage chez les enfants se fait très progressivement. De la voix de sa mère, lorsqu'il est à l'intérieur du ventre de celle-ci, à ses premières vocalises ou encore aux premiers mots, il y a plusieurs étapes à franchir. En général, les enfants se mettent à parler entre 12 et 16 mois, mais ils communiquent déjà avant.

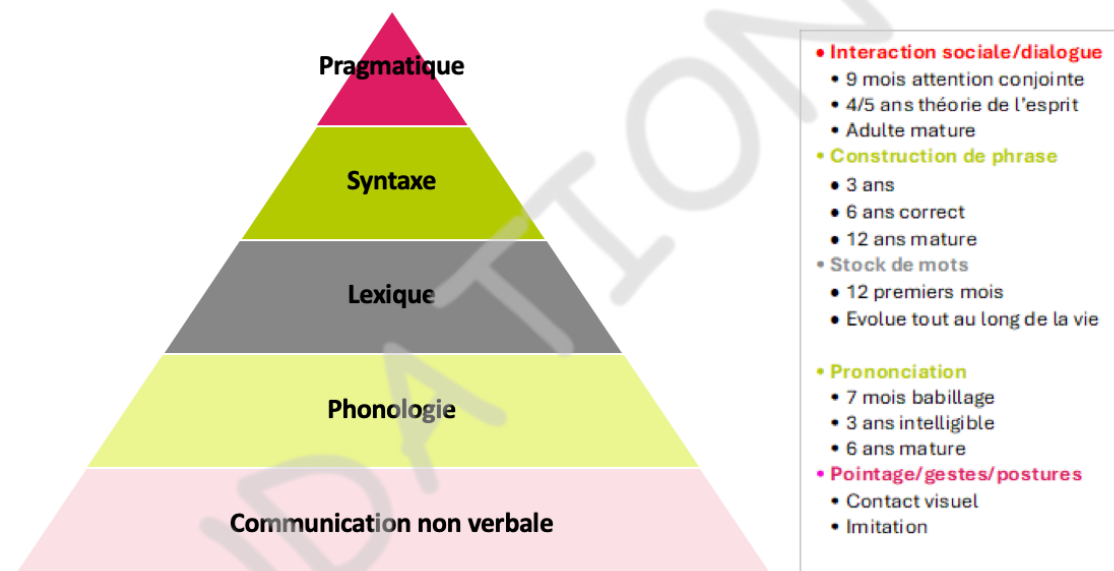


Figure 5 : Pyramide des principales étapes de développement de la communication.

Ces repères nous indiquent en quoi la fonction du langage permet d'interagir avec notre environnement, et ce, quel que soit le niveau de communication que l'on adopte (verbal, gestuel, visuel...).

Ainsi, nous pouvons différencier communication, langage et parole ; tous applicables à deux versants : à la fois expressif et réceptif :

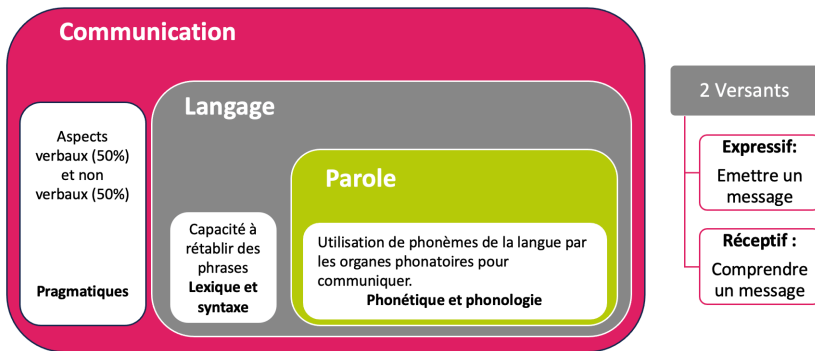


Figure 6 : Schéma des différentes fonctions du langage (formation UNESS en ligne sur les TND).

2.1.2.4. La communication (et ses précurseurs) et interactions sociales

Le langage a une fonction de communication et joue donc un rôle majeur dans les interactions sociales. Il sous-tend le langage verbal et le langage non verbal. Ainsi, il est nécessaire de s'intéresser aux éléments non verbaux de la communication pour comprendre les interactions sociales précoces du nourrisson. Le pointage et l'attention conjointe sont des éléments clés dans le développement des interactions sociales.

Dès la naissance, le bébé et l'adulte s'échangent de nombreux regards, puis des sourires, des rires et des sons. Puis, ces regards partagés vont intégrer un troisième élément : un objet, une autre personne, quelque chose d'inhabituel. L'attention conjointe va alors apparaître, c'est à dire le fait de regarder ensemble la même chose, au même moment, et de partager cette interaction (sinon, on parle d'attention parallèle).

Au départ, l'enfant va seulement répondre à l'attention conjointe proposée par l'adulte, puis il sera capable de l'initier et de la maintenir.

- **Attention conjointe** : vers 9-12 mois

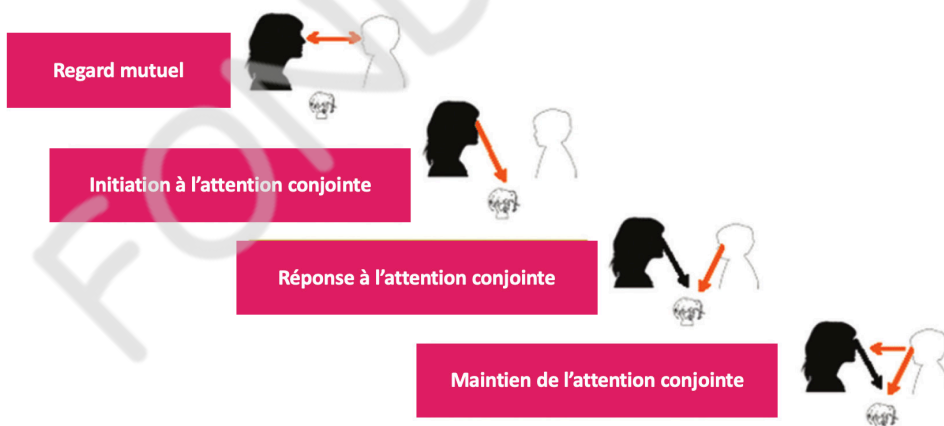


Figure 7 : illustration des trois composantes de l'attention conjointe, après un regard mutuel : l'initiation (ACi), la réponse (ACr), et le maintien (ACm) par Aubineau, L.-H., Vandromme, L., & Le Driant, B. (2017).

L'attention conjointe est très importante dans le développement du langage car elle démontre la capacité à échanger, à partager et donc à communiquer avec l'autre. Elle est un précurseur au pointage.

Goldin-Meadow & Butcher (2003) se sont intéressés aux gestes de communication qui jouent un rôle fondamental dans le développement du langage. L'un des gestes prépondérants est le pointage :

- Le pointage proto-impératif : l'enfant pointe afin d'obtenir quelque chose. Le pointage pourrait vouloir dire : « je veux » ou « donne-moi ». Ce pointage permettrait d'amener l'adulte à faire quelque chose pour l'enfant.
- Le pointage proto-déclaratif : l'enfant pointe pour montrer un objet qui est thématiqué et sur lequel il apporte un commentaire.

Avec ce deuxième type de pointage, qui a le plus intéressé les chercheurs, l'enfant ferait ainsi ses premières «phrases» à partir d'un thème qu'il met en circulation en attirant l'attention de l'adulte afin d'en faire un objet d'attention partagée. Il ne s'agit pas d'obtenir quelque chose, mais de partager avec autrui un affect, une surprise face à un événement, une situation différente, étrange, ou bien une peur, une joie sur un objet saillant de l'environnement. Le pointage est ainsi la marque d'une « aptitude symbolique » et de la capacité de l'enfant à créer lui-même un espace d'attention partagée.

2.1.2.5. Les autres Fonctions cognitives

La mémoire :

La mémoire est la fonction cognitive impliquée dans l'encodage des informations (perceptives, sensorielles, langagières) reçues de l'environnement afin de pouvoir les remobiliser ultérieurement. Elle est une ressource essentielle à la constitution de l'identité de chacun. On distingue plusieurs types de mémoire. Ainsi, différents systèmes de mémoire sont mis en œuvre selon l'information à garder en mémoire (un numéro de téléphone, une chanson, la façon de faire du vélo, notre histoire personnelle...) et le délai de maintien de cette information.

On va, entre-autres, différencier la mémoire à court terme et la mémoire à long terme.

La mémoire à court terme sert à mémoriser des informations pendant une durée brève. Elle a une capacité limitée. Quand le cerveau doit travailler pour stocker une information, puis la manipuler ou effectuer une autre action en même temps, on parle de mémoire de travail (écrire et écouter en même temps, comprendre une phrase lue, faire du calcul mental...).

La mémoire à long terme permet le stockage d'informations pendant une durée illimitée. Elle a une capacité immense. Elle contient elle-même différentes sous catégories (connaissances générales, souvenirs personnels, compétences motrices...).

La frise chronologique suivante illustre l'évolution de la mémoire avec l'âge. Ainsi, nous pouvons voir que la mémoire peut avoir un stockage limité en fonction de l'âge et l'accès à celle-ci peut être différente également.

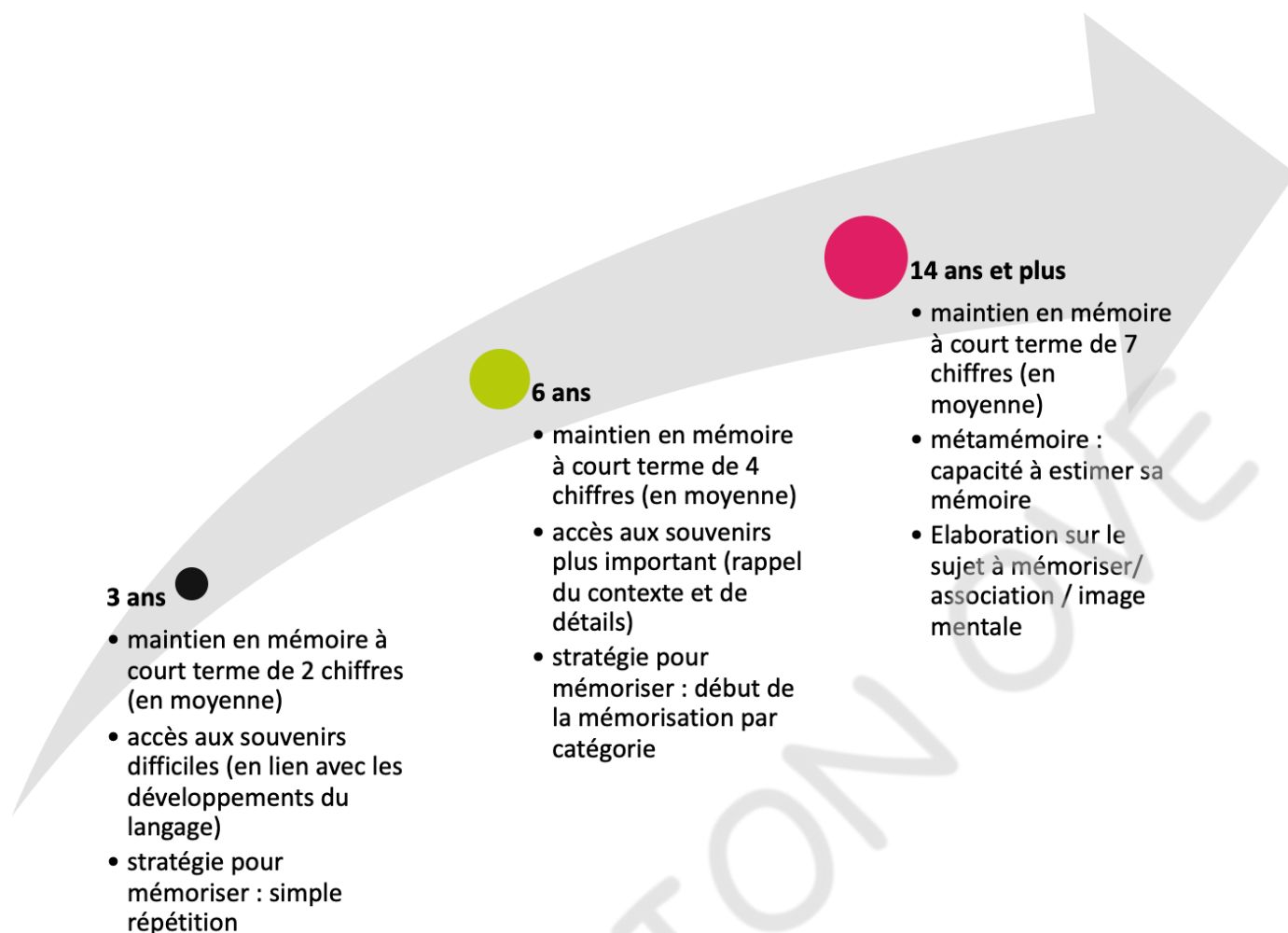


Figure 8 : Frise développementale des mémoires.

L'attention :

C'est une fonction cognitive complexe, primordiale dans le comportement humain. L'attention permet de sélectionner les informations à traiter en priorité selon leur pertinence pour l'action en cours.

Il en existe également plusieurs formes :

- L'attention avec une fonction d'alerte, c'est-à-dire de détection des stimuli potentiellement dangereux présents dans l'environnement ;
- L'attention sélective permet de prioriser le traitement des informations pertinentes pour une tâche ou une situation donnée ;
- L'attention divisée à l'inverse permet le traitement concomitant de plusieurs stimuli permettant de réaliser une double tâche, telle qu'entretenir une conversation pendant que l'on conduit une voiture ;
- L'attention soutenue (concentration) : permet de maintenir son attention sur la durée.

La flexibilité attentionnelle permet de passer d'une attention à une autre et va dépendre du niveau intellectuel, du degré de motivation et de la difficulté de la demande.

Flexibilité attentionnelle		
Changer		
Attention sélective <i>selectionner</i>	Attention soutenue <i>maintenir</i>	Attention divisée <i>partager</i>

La frise chronologique suivante vous permet d'avoir quelques repères d'âge sur l'évolution des capacités attentionnelles de l'enfant.

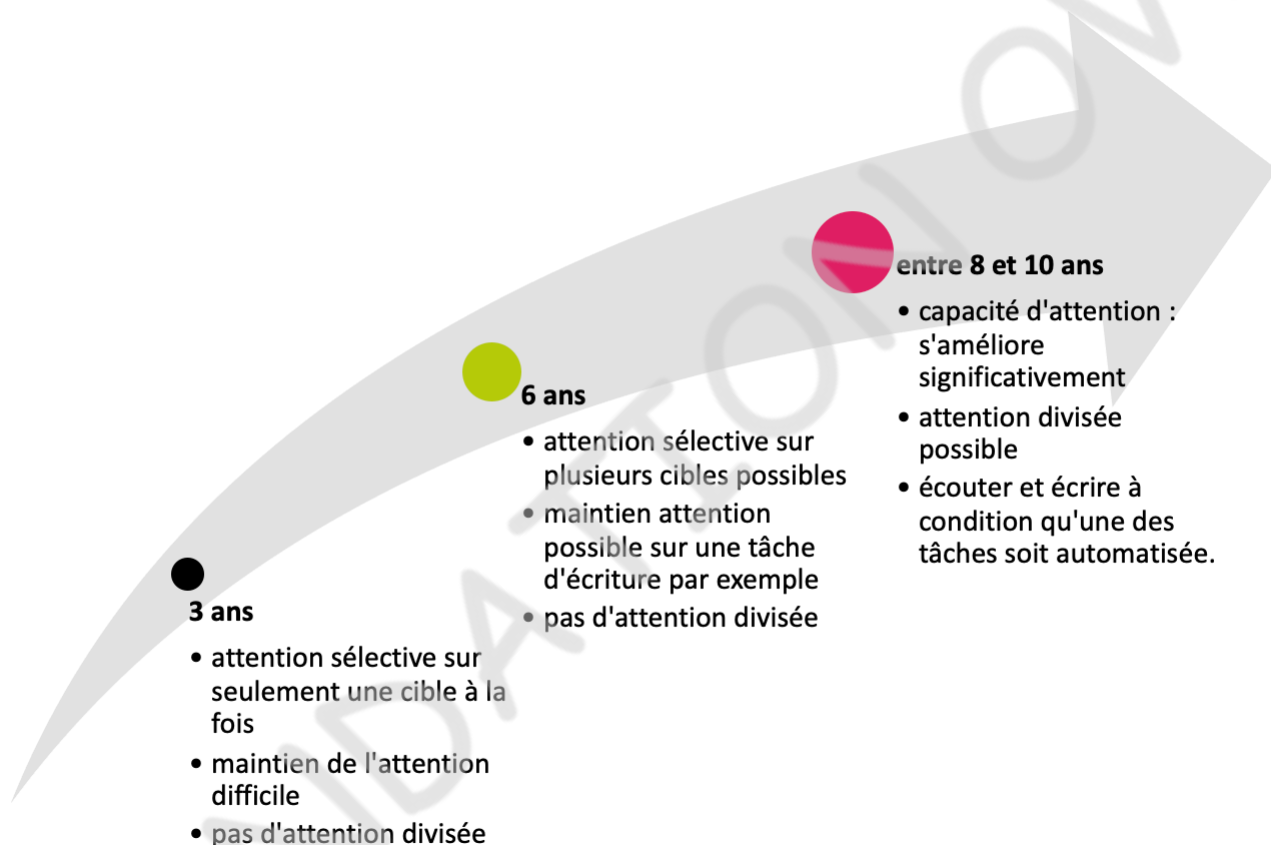


Figure 9 : Frise développementale des fonctions attentionnelles.

Les fonctions exécutives :

Ce sont l'ensemble des fonctions cognitives impliquées dans le comportement intentionnel non routinier (c'est-à-dire le comportement dirigé vers un but). Elles sont en effet impliquées dans la définition du but, dans la planification des stratégies nécessaires pour atteindre ce but, et dans l'inhibition des distracteurs susceptibles d'interférer avec la tâche en cours.

L'intégrité des fonctions exécutives est nécessaire pour pouvoir s'adapter à des situations nouvelles ou complexes.

- **Inhibition :**

Capacité de bloquer l'activation de certains comportements, réactions, stratégies pourtant automatiques. Elle permet de focaliser son attention en inhibant les distracteurs environnants

- Flexibilité cognitive :

Capacité à passer d'une tâche à l'autre, d'une stratégie à l'autre.

- Planification :

Capacité à planifier/organiser une action ou un comportement.

- Mémoire de travail :

Capacité à manipuler des informations retenues dans la mémoire à court terme

La frise suivante permet de donner quelques repères développementaux concernant les différentes fonctions. Ainsi, nous pouvons nous rendre compte qu'elles se développent et arrivent à leurs capacités maximales (maturité) à différents âges selon la fonction exécutive impliquée.

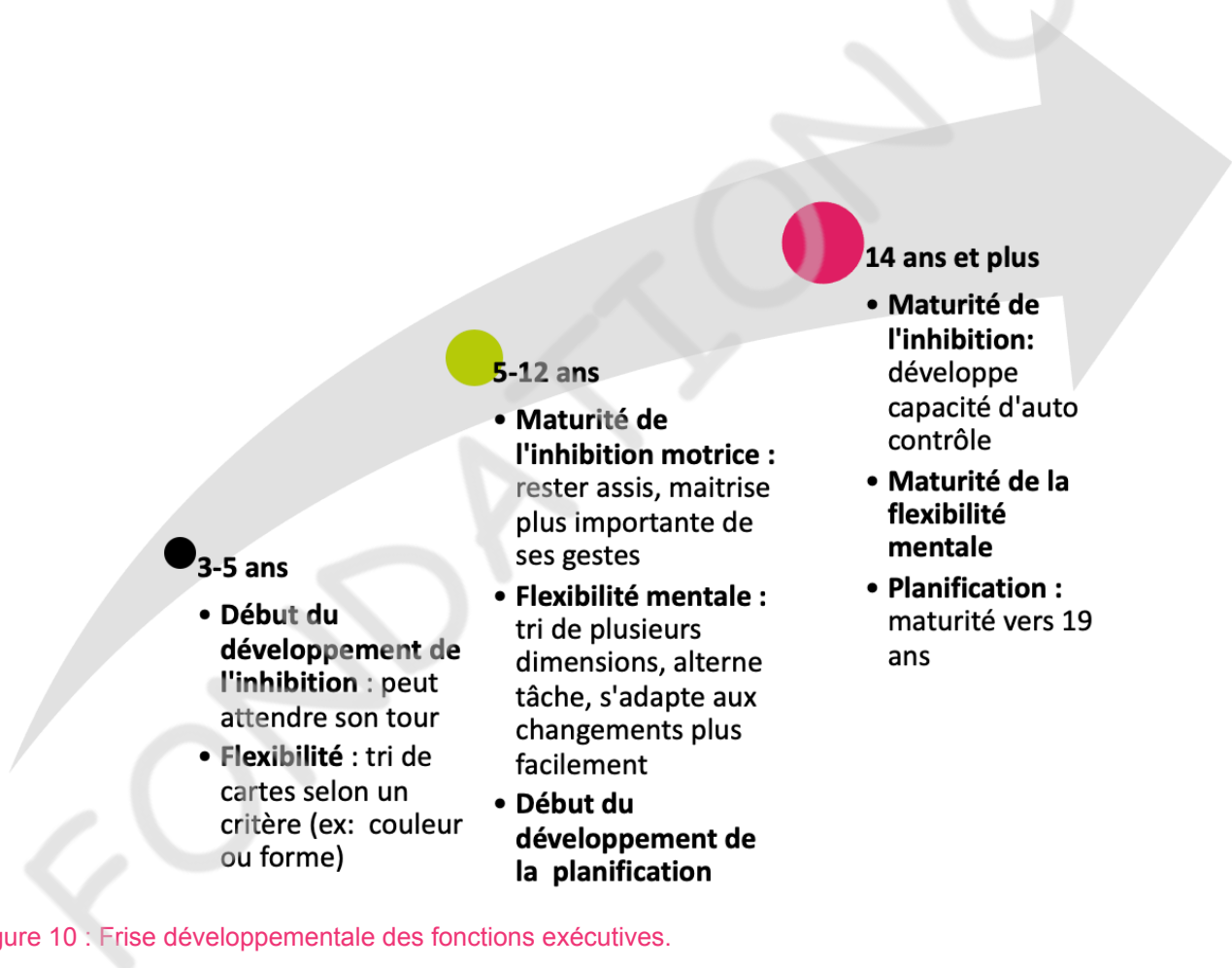


Figure 10 : Frise développementale des fonctions exécutives.

Le développement de la cognition sociale :

La cognition sociale, c'est l'ensemble des processus entrant en jeu lors des comportements sociaux. Elle permet de se mettre à la place des autres, d'éprouver de l'empathie ou encore identifier leurs intentions. On peut aussi parler d'habiletés sociales.

Reconnaitances des émotions / compétences émotionnelles :

Les compétences émotionnelles se définissent comme la façon dont les individus peuvent identifier, exprimer, utiliser, comprendre et même réguler leurs émotions, mais aussi celles d'autrui. Il existe cinq compétences émotionnelles de base concernant aussi bien nos propres émotions que celle des autres.

Identification	• identifier les émotions sur soi et sur les autres
Compréhension	• comprendre les causes et conséquences des émotions
Expression	• exprimer ses émotions de façon socialement acceptable
Régulation	• gérer le stress et les émotions
Utilisation	• utiliser les émotions pour accroître son efficacité personnelle

Tableau 1 : Différentes composantes des compétences émotionnelles (Mikolajczak, M., Quoidbach, J., Kotsou, I., & Nélis, D. (2023)).

Le développement des compétences émotionnelles est un aspect important du développement cognitif. Elles permettent de s'adapter à son environnement et d'entretenir de bonnes relations sociales. Elles influencent également la santé physique et le bien-être des individus. Ces dernières peuvent avoir un effet sur les performances académiques (scolaires) ou professionnelles (elles favorisent la gestion du stress par exemple).

La théorie de l'esprit :

C'est comprendre et attribuer différents états mentaux à autrui afin de mieux interagir avec eux. Il en existe deux types :

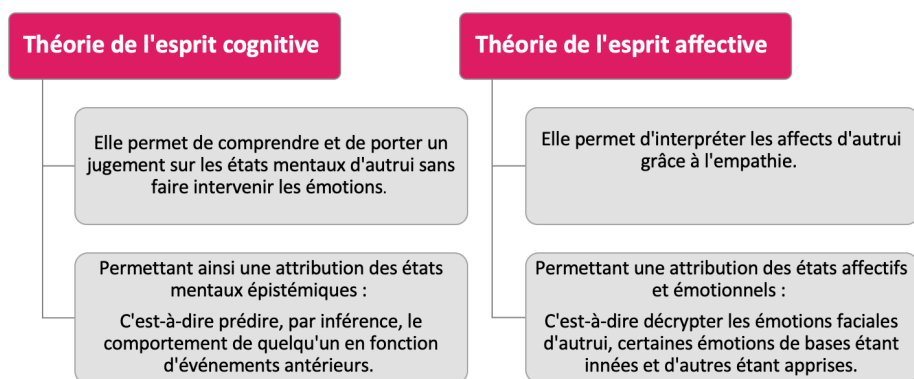


Tableau 2 : Deux différents types de théories de l'esprit (Desgranges, B., Laisney, M., Bon, L., Duval, C., Mondou, A., Bejanin, A., Fliss, R., Beaunieux, H., Eustache, F. et Muckle, G. (2012)).

2.1.2.6. Les apprentissages scolaires

Apprendre, c'est sélectionner des informations, les traiter, les manipuler et les enregistrer en vue d'un objectif à atteindre ou de leur réutilisation future. Il existe un lien étroit entre le fonctionnement cognitif et les apprentissages scolaires. Chaque enfant progresse à son rythme et ses apprentissages sont favorisés par son environnement social, familial, scolaire. Les étapes normales de l'acquisition de ces compétences sont en relation étroite avec le développement global de l'enfant. C'est dans l'interaction entre développement et apprentissage

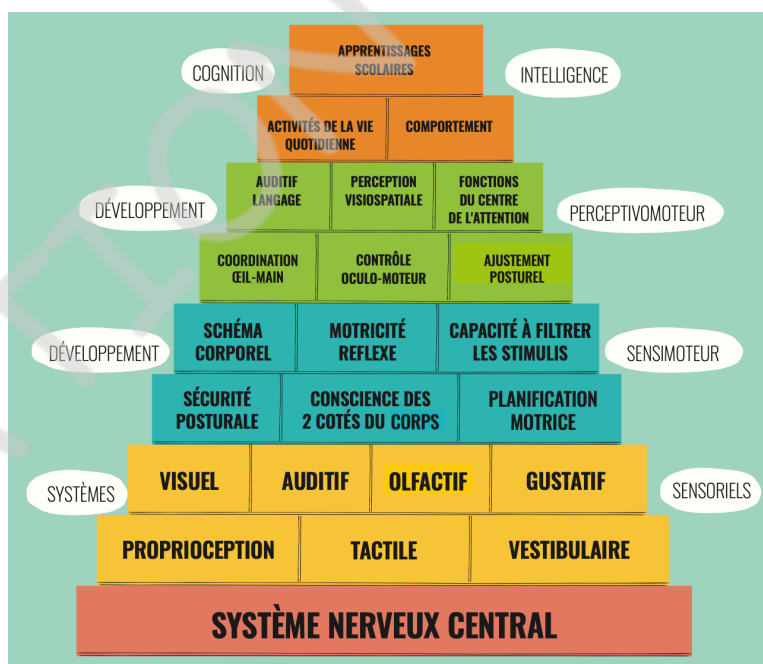


Figure 11 : La pyramide des apprentissages.

que l'enfant va évoluer, construire des concepts, développer son langage en lien avec le développement de ses capacités sensori-motrices, émotionnelles et sociales.

La pyramide suivante permet d'illustrer sur quoi s'appuient les apprentissages scolaires. C'est donc bien l'ensemble des fonctions cognitives qui sont à l'œuvre.

2.2. Les Troubles du neurodéveloppement

2.2.1. La description générale des TND

Il est important de distinguer les TND VS un simple retard d'acquisition, du fait de leur caractère durable, impactant lourdement le fonctionnement, et de leur probable origine neurologique.

En effet, les signes cliniques d'un TND doivent :

- Apparaître au cours du développement de l'enfant,
- Avoir une durée de plus de 6 mois
- Et être durable dans le temps.

Les aptitudes de la personne présentant un TND sont bien en dessous de ce qui est attendu pour une personne du même âge. Lorsque son niveau de performance dans différents actes est acceptable (ex : pour parler, bouger, s'habiller...), celui-ci n'est obtenu qu'au prix d'efforts importants et coûteux.

Les TND présentent des degrés de sévérité très variables et, bien que chaque trouble possède ses spécificités, certains processus sont communs à plusieurs. De la même manière, ils partagent des causes et facteurs de risque communs.

Les TND apparaissent fréquemment de façon concomitante, constituant alors un trouble multiple du neurodéveloppement.

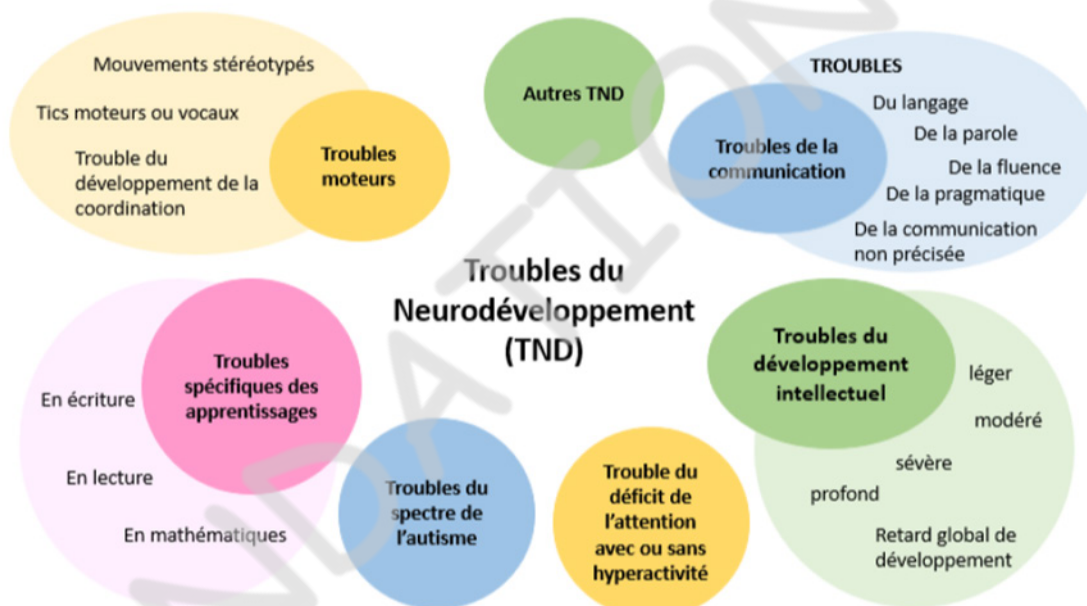


Figure 12 : Troubles du neurodéveloppement.

2.2.2. Quand s'inquiéter ?

Un écart inhabituel de développement est une action ou un comportement qui n'est pas observé chez un enfant à un âge donné alors qu'il est présent chez la majorité des autres enfants.

Par exemple l'enfant ne dit pas "non" à 18 mois, il ne joue pas avec d'autres enfants à 24 mois, ou encore ne peut pas empiler 8 cubes à 36 mois.

Les parents, premiers observateurs de l'enfant, peuvent alors solliciter des professionnels comme le médecin généraliste, de PMI ou pédiatre. Les professionnels de la Petite Enfance (crèche, assistante maternelle ...) sont aussi en première ligne pour prévenir toute suspicion de retard.

De manière générale, le médecin va s'intéresser au développement global de l'enfant comme son poids, sa taille, son développement physiologique mais aussi ses capacités à se tenir, à bouger, à faire des mouvements de plus en plus précis et assurés, sa façon d'interagir avec autrui et de s'intéresser à ce qui l'entoure, le développement de ses sens comme la vue et l'audition, sa façon de communiquer...

Repérer les enfants le plus tôt possible est important pour pouvoir intervenir au plus vite.

Certains signes doivent faire l'objet d'une vigilance particulière et inciter à une évaluation précoce et précise en fonctions de ces signes :

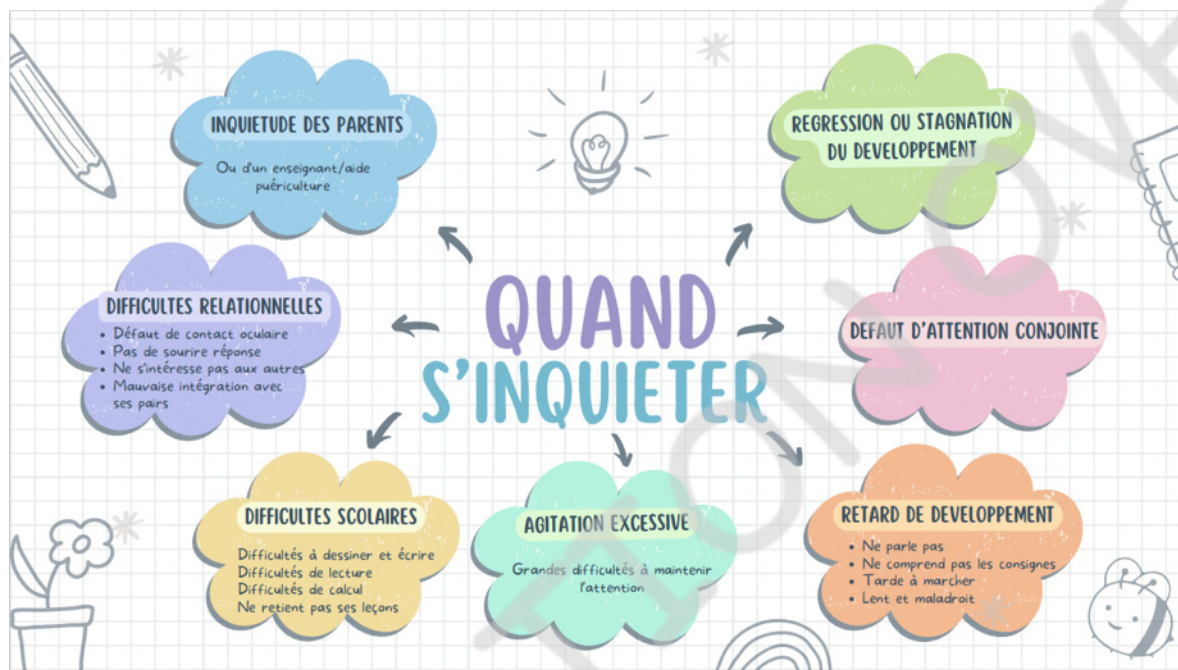


Figure 13 : Principaux signes d'alertes dans le développement de l'enfant.

2.2.3. La description détaillée des troubles du neurodéveloppement

2.2.3.1. Les éléments communs à l'ensemble des Troubles du Neurodéveloppement (TND)

● Définition

Selon le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-5), les Troubles du Neuro Développement (TND) correspondent à un défaut de développement d'une ou plusieurs compétences cognitives attendues lors du développement psychomoteur et socio-affectif de l'enfant, qui entraînent une altération du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel.

● Les idées reçues

De nombreuses représentations ou d'idées reçues sont souvent observées lorsqu'on évoque les Troubles du neurodéveloppement :

- Les TDA/H sont des enfants mal élevés, c'est la faute des parents,
- Trop d'écrans rendent les enfants autistes,
- Il n'est pas autiste parce qu'il me regarde dans les yeux,
- Les TND sont causés par des vaccins.

- L'âge d'apparition des symptômes des TND et la trajectoire développementale

Les TND se manifestent durant la période de développement, ils sont souvent identifiables avant l'entrée en maternelle, notamment pour les fonctions cognitives dont l'acquisition se fait de manière implicite, c'est-à-dire sans effort d'apprentissage, lorsque l'environnement est adéquat. D'autres se révèlent, dans un cadre scolaire (maternelle, primaire), au moment d'apprentissages structurés (lecture, écriture, calculs ...).

Les TND représentent une grande hétérogénéité, tant sur le plan clinique que physiopathologique de l'enfant. Les déficits développementaux peuvent varier : des limitations très spécifiques de l'apprentissage jusqu'à une altération globale des compétences sociales ou de l'intelligence. De ce fait, la diversité des trajectoires développementales et des parcours de vie est très importante. Pour autant, plus l'intervention sera précoce plus la trajectoire développementale peut être « rectifiée » et ainsi réduire l'écart à la norme.

Ainsi, comme vous avez pu le découvrir dans la partie neurodéveloppement, connaître les écarts de trajectoire va permettre de donner des chances supplémentaires aux personnes accompagnées.

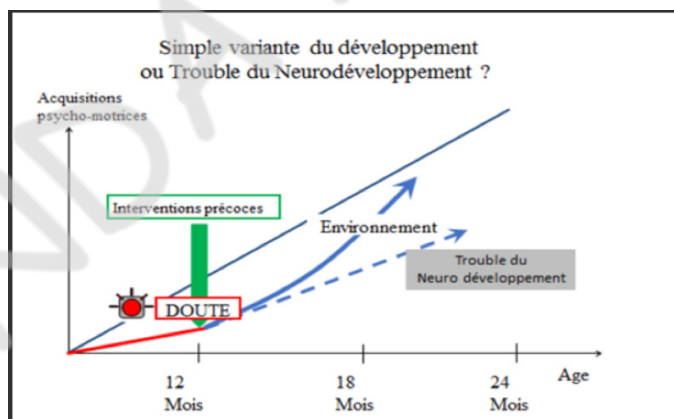


Figure 14 : Trajectoire développementale avec ou sans trouble du neurodéveloppement (Des Portes, V. (2020)).

Par exemple, un retard de langage peut aussi bien être en rapport avec un trouble du développement intellectuel ou s'intégrer dans le cadre d'un trouble spécifique du langage oral ou d'un trouble de la communication et des interactions sociales (TSA).

• La prévalence

La prévalence des TND, en France, au regard des données épidémiologiques (Picot, M. D. A., & Revet, A. (2023), est la suivante :

- TSA : 1 % en population générale ;
- TDAH : 5% des enfants et adolescents, 2,5% des adultes ;
- Dyslexie : 5 à 17% des enfants en âge d'être scolarisés ;
- Trouble développemental de la coordination (anciennement appelé dyspraxie) : jusqu'à 6% en population générale ;
- Trouble du développement intellectuel : environ 1,5% en population générale. Soit 1 million de français, dont 0.3 à 0.4 % de DI sévère à profonde. Pourtant 10 % de la population concernée directement ou indirectement par le TDI (famille, aidants, professionnels...)

Source : [La stratégie nationale autisme et troubles du neurodéveloppement \(2018-2022\) | handicap.gouv.fr](#)

Picot, M. D. A., & Revet, A. (2023). Prévalence des troubles du neurodéveloppement Document préparatoire à la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement 2023-2027 mars 2023. Mars, 2023-11.

Plusieurs facteurs concourent à l'augmentation de la prévalence :

- Modifications des critères diagnostiques et application plus systématique à l'ensemble de la population concernée,
- Substitution diagnostique (changement de catégorie de diagnostic),
- Variabilité des procédures d'évaluation des cas dans les études,
- Dépistage et diagnostic plus précoce,
- Facteurs environnementaux.

• L'origine et l'étiologie des TND

Les causes et origines du TND sont multi factorielles. Elles peuvent tout aussi bien être d'origine neurologique, génétique, épigénétique (modification de l'expression des gènes sans altération de la séquence d'ADN), qu'environnementale. Il est pourtant très fréquent que l'origine d'un TND soit tout simplement inconnue. Dans le tableau suivant, vous trouverez quelques origines qui sont en cours d'investigations et qui font partie des causes probables des TND.

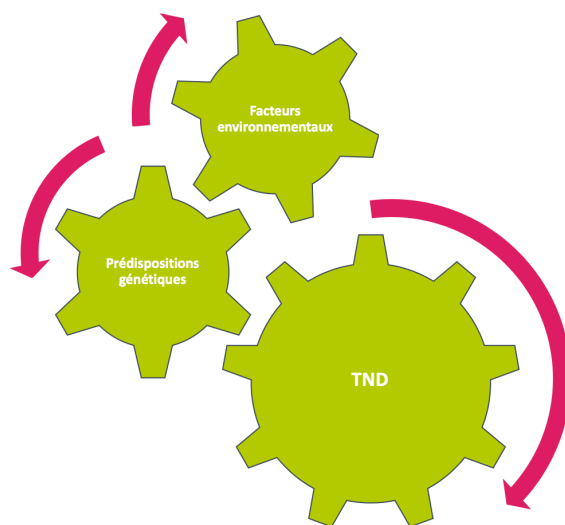


Figure 15 : Influences des facteurs génétiques et environnementaux sur les troubles du neurodéveloppement.

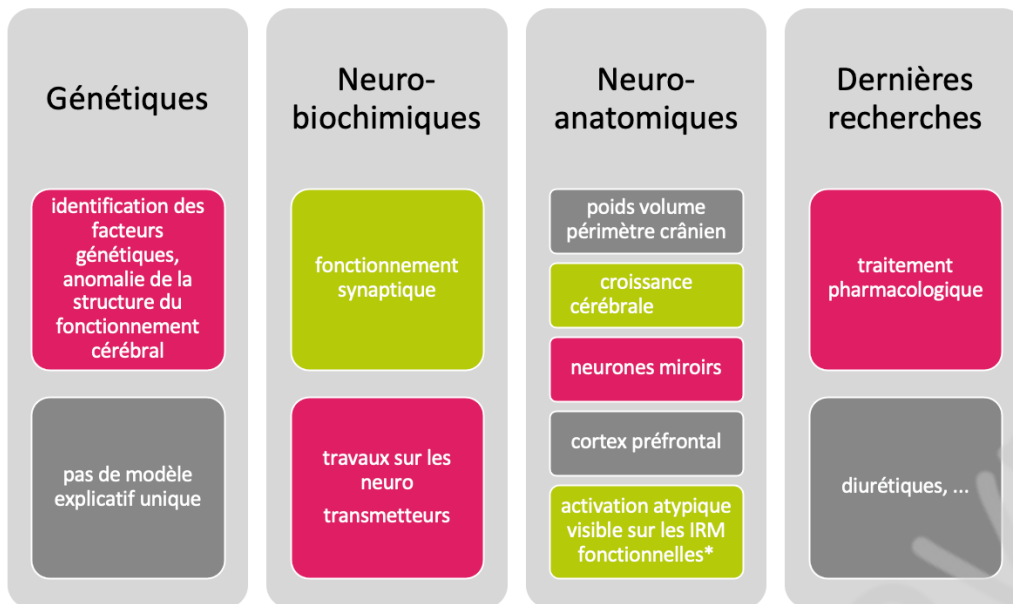


Tableau 3 : Principales origines des troubles du neurodéveloppement (liste non exhaustive).

* Rapport de l'expertise collective de l'INSERM sur le trouble développemental de la coordination : [Trouble développemental de la coordination ou dyspraxie · Inserm, La science pour la santé](#)

- Les facteurs de risques

Au même titre que l'origine des TND, les facteurs de risques peuvent être influencés par plusieurs causes qui peuvent être génétiques, environnementales ou liées à des complications pendant la grossesse ou l'accouchement. Ces facteurs peuvent aisément interagir les uns avec les autres, augmentant ainsi le risque de développement des TND.

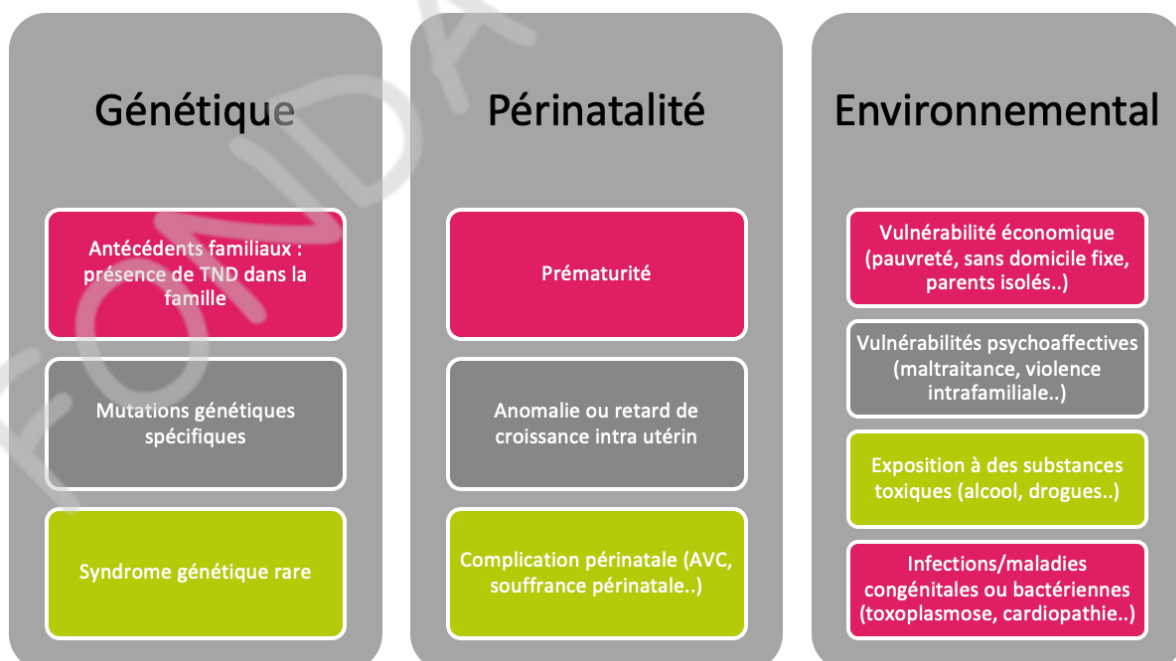


Tableau 4 : Facteurs de risques influençant l'apparition de trouble du neurodéveloppement.

En dépit de la croyance populaire, certains facteurs de risques ne sont pas reconnus :

- Vaccinations,
- Intolérances alimentaires (Caséine, Gluten),
- Intoxication aux métaux lourds (Mercure, plomb, aluminium).

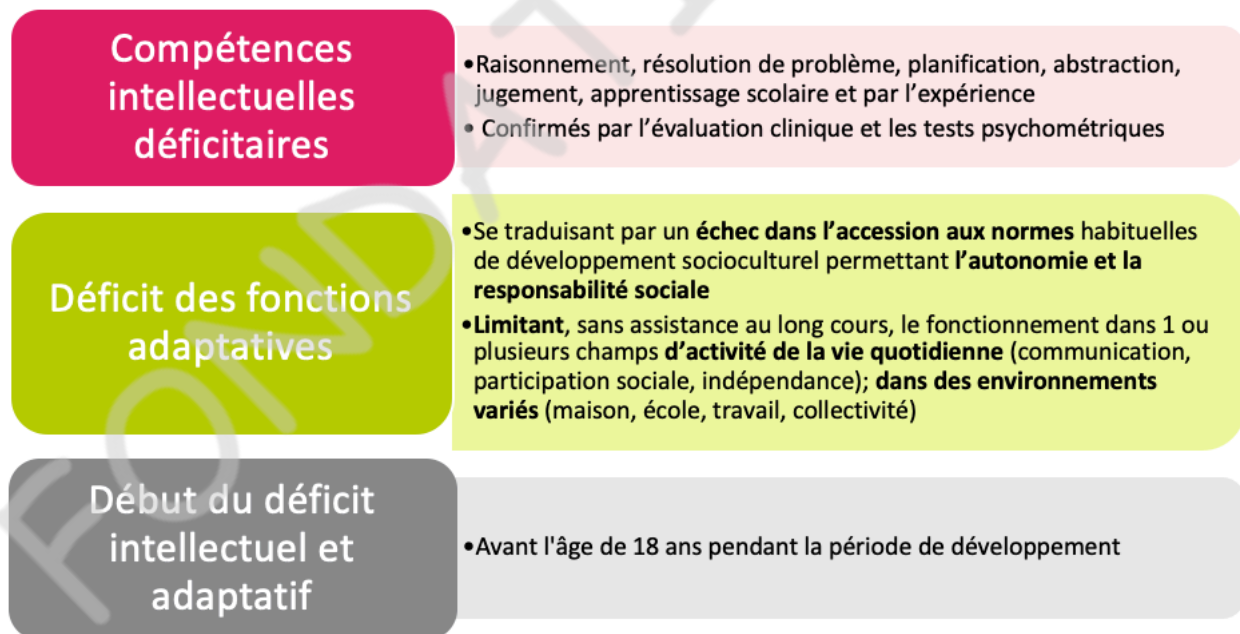
2.2.3.2. Le Trouble du Développement Intellectuel (TDI)

• Définition

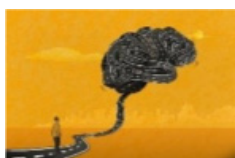
Caractérisé par un déficit général des capacités cognitives entraînant une altération du fonctionnement adaptatif. La personne présente des difficultés dans la compréhension des informations nouvelles ainsi que dans l'apprentissage et la mise en application de nouvelles compétences. De la même manière, elle ne parvient pas à répondre aux normes, qu'il s'agisse d'indépendance personnelle ou de responsabilité sociale, dans un ou plusieurs aspects de la vie quotidienne.

Lorsqu'il n'est pas possible de réaliser une évaluation du fonctionnement intellectuel car les étapes normales du développement ne peuvent être franchies, on parlera de retard global du développement.

• Les critères diagnostiques



• Témoignage



Thomas, 13 ans

Je m'appelle Thomas et j'ai 13 ans. Je souris presque tout le temps même quand je suis en colère.
Quand quelqu'un me parle, je parle en même temps ou j'ai tendance à répéter

le dernier mot qu'il vient de dire.

Quand on me pose une question, je réponds souvent par "oui" sans toujours comprendre la question.

Quand je croise un adulte ou un jeune que je connais, je lui demande plusieurs fois "ça va ?" et /ou je crie son prénom.

Quand j'ai envie de jouer avec quelqu'un, j'ai tendance à lui prendre la main et l'emmener vers le jeu qui me plaît sans lui demander son avis.

J'adore apprendre mais parfois c'est long, il faut me répéter plusieurs fois avant que je retienne ce que l'on m'a appris. J'aimerais pouvoir venir seul en bus à l'IME. J'utilise des images pour me repérer car je ne sais pas lire. J'ai appris à montrer un texte au chauffeur si je suis perdu. Je travaille très souvent le trajet avec mes parents et mes éducateurs pour pouvoir arriver à faire les trajets seul.

2.2.3.3. Le Trouble de la communication

• Définition

Il implique aussi bien un défaut de développement que d'utilisation des compétences tels que le langage, la phonation, la pragmatique (c'est-à-dire la communication sociale). Le trouble de la communication inclut également le trouble de la fluidité verbale, caractérisé par le bégaiement.

• Les critères diagnostiques

Difficultés persistantes d'acquisition et d'utilisation du langage dans ses différentes modalités (ex : langage parlé, écrit, langage des signes ou autre forme...)

• dues à un manque de compréhension ou de production incluant les éléments suivants

- 1. Vocabulaire restreint
- 2. Carence de structuration des phrases
- 3. Déficience du discours

Capacités de langage

- inférieures au niveau escompté
- Les symptômes débutent dans la période du développement
- Les difficultés ne sont pas imputables à un déficit sensoriel, moteur cérébral ou autre affection neurologique, ou mieux expliquées par un handicap intellectuel

• Témoignage



Emma, 17 ans

"Quel est le comble pour un électricien ? De ne pas être au courant."

Pourquoi "ne pas être au courant ?"

Je suis Emma et j'ai 17 ans, mon petit frère a raconté cette blague à table la semaine dernière. Tout le monde a rigolé. En voyant cela j'ai ri aussi mais je ne sais toujours pas pourquoi ?

Je n'ai pas compris la blague. Pour quelles raisons un électricien court ? En général on me dit que je n'ai pas d'humour. On m'a même dit que je devais être autiste.

Quand on me parle, les mots se mélangent dans ma tête comme si on parlait dans une autre langue.

Ma neuropsychologue m'a amené dans un supermarché pour un exercice. Je devais faire des choses inscrites sur une liste. J'ai cherché au rayon des poissons mais je n'ai pas trouvé de "pêche". Je crois que je n'ai pas réussi l'exercice.

Je me sens souvent isolée, même avec mon groupe d'amis. Ils parlent et je ne comprends pas toujours tout ce qu'ils racontent alors je souris et je baisse la tête. De toute façon je préfère ne pas parler, je risque de dire quelque chose de travers et les autres vont se moquer de moi. C'est difficile de se sentir seule même avec plein de monde autour de soi. J'aimerais pouvoir rire aux blagues et participer aux conversations sans avoir peur de me tromper.

2.2.3.4. Le Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA)

• Définition

Se caractérise par des déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes divers. On note également la présence de modes de comportements, d'intérêts ou d'activités restreints ou répétitifs.

• Les critères diagnostiques

Déficit de la communication
et des interactions sociales

3/3

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

Caractère restreint et
répétitif des
comportements, des
intérêts

2/4

- Mouvements répétitifs ou stéréotypés
- Intolérances aux changements, adhésion inflexible à des routines
- Intérêts restreints et fixes, anormaux dans leur intensité ou leur but
- hyper ou hypo réactivité aux stimuli sensoriels

• Témoignage



Lola, 18 ans

Je m'appelle Lola, j'ai 18 ans et je suis très à cheval sur les horaires. « Quand c'est l'heure, c'est l'heure ! »

J'ai mon programme de la journée qui me permet de me sentir bien et de pouvoir faire des apprentissages.

Alors gare à celui qui voudra le modifier car je peux sortir de mes gonds. Tout ça bien malgré moi, car je suis débordée, et il me faudra un moment pour me calmer.

J'ai de grosses difficultés à me projeter dans le temps, une fois que vous aurez compris cela ce sera plus facile pour qu'on se rencontre et qu'on prenne plaisir à être ensemble. J'adore colorier et jouer aux cartes, d'ailleurs j'ai un jeu dans une petite boîte rouge qui ne me quitte jamais car ça me rassure. J'apprécie également ramasser tous les bouts de bois dans la cour, ça peut paraître étrange mais moi j'aime ça.

La dernière chose que je voulais vous dire c'est que les copains de mon groupe sont tous autistes aussi, mais ils sont tellement différents de moi.

2.2.3.5. Le Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H)

- Définition

Se définit par des niveaux handicapants d'inattention, de désorganisation et/ou d'hyperactivité et d'impulsivité qui ne correspondent pas à l'âge ou au niveau de développement de la personne.

- Les critères diagnostiques d'après DSM V-TR

Conditions d'apparition des symptômes

- Être présents souvent pendant ≥ 6 mois
- Être plus prononcés que ceux attendus compte tenu du niveau de développement de l'enfant
- Survenir dans au moins 2 situations (p. ex., à la maison et à l'école)
- Être présents avant 12 ans (au moins quelques symptômes)
- Perturber le fonctionnement à la maison, à l'école ou au travail

Inattention $\geq 6/9$

- Ne prête pas attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie lors d'activités scolaires ou autres
- À des difficultés à soutenir son attention à l'école ou lors du jeu
- Ne semble pas écouter quand on lui parle directement
- Ne suit pas les instructions ou ne finit pas ses tâches
- À du mal à organiser les tâches et activités
- Évite, n'aime pas ou est réticent à s'engager dans des tâches qui nécessitent un effort mental soutenu sur une longue période
- Perd souvent les choses nécessaires aux tâches ou activités scolaires
- Est facilement distrait
- Est distrait dans les activités quotidiennes

Hyperactivité et impulsivité $\geq 6/9$

- Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille
- Quitte souvent son siège en classe ou ailleurs
- Souvent court de tous les côtés ou grimpe partout alors que ces activités sont appropriées
- À des difficultés à jouer tranquillement
- Souvent en train de courir, agissant comme s'il était mu par un moteur
- Souvent parle trop
- Répond souvent trop vite aux questions, sans même en attendre la fin
- Souvent a des difficultés à attendre son tour
- Souvent interrompt ou fait intrusion auprès des autres

Le diagnostic du type avec :

- Prédominance d'inattention nécessite ≥ 6 symptômes d'inattention,
- Prédominance hyperactif/impulsif nécessite ≥ 6 symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité,
- Mixte nécessite ≥ 6 symptômes d'inattention et d'hyperactivité-impulsivité.

• Témoignage

Je m'appelle Marco et j'ai 13 ans, je suis en 4ème et je bénéficie du dispositif ULIS de mon collègue.



Marco, 13 ans

Pour autant, et même si mes parents et les professionnels autour de moi disent le contraire, je ne pense pas en avoir vraiment besoin !

Je travaille beaucoup, j'ai l'impression de devoir travailler 2 voire 3 fois plus que les autres et je suis rarement satisfait du résultat. Je me mets beaucoup de pression pour avoir de bonnes notes, parce que c'est ça qui prouve l'intelligence, non ?

J'ai beaucoup de mal à retenir une leçon, malgré le fait que je passe du temps à réviser.

C'est impossible pour moi de lire un livre, je n'y comprends rien !

Parfois quand je me suis beaucoup concentré sur une leçon, sur une évaluation, ça bouillonne en moi et j'ai besoin de me défouler dans la cour de récré après. J'aime être en lien avec les autres, pour leur montrer je les pousse, je leur saute dans le dos, j'ai besoin du contact, je ne le fais pas méchamment. J'ai du mal à entendre quand on me dit d'arrêter, alors parfois, ça dégénère.

Je me sens souvent accusé à tort, ciblé, je ressens beaucoup d'injustice.

Je me sens rapidement moqué, quand quelqu'un rit à côté de moi, je suis souvent persuadé que c'est contre moi, je ne comprends pas toujours tout, les mots, le sens, tout se mélange dans ma tête. Il me faut des consignes très claires, qu'on me les répète, le mieux pour moi, c'est même de les avoir à l'écrit. Quand c'est visuel, ça m'aide beaucoup.

Je veux devenir maçon, dès que je suis dans l'action, je me sens épanoui, j'ai une tâche concrète à accomplir, il y a moins de mots, mon corps est en mouvement : je me sens plus compétent, plus à ma place.

J'ai beaucoup de mal à m'occuper seul, je tourne en rond dans ma chambre, je ne tiens pas sur une activité, même les jeux vidéo, les réseaux sociaux ne retiennent pas mon attention très longtemps.

2.2.3.6. Les troubles moteurs

• Définition

Sont constitués du Trouble du Développement de la Coordination (TDC), des mouvements stéréotypés et des tics. Le premier se caractérise par des déficits dans l'acquisition et l'exécution de bonnes compétences de coordination motrice (maladresse, lenteur, imprécision). Le second par une personne présentant des comportements moteurs répétitifs, en apparence sans but, qu'elle semble contrainte d'exécuter (balancement, se cogner la tête, se mordre/se frapper).

Et le troisième par la présence de tics vocaux ou moteurs soudains, rapides, récurrents, non rythmiques et stéréotypés.

• Les critères diagnostiques

A. L'acquisition et l'exécution de bonnes compétences de coordination motrice sont nettement inférieures au niveau escompté pour l'âge chronologique compte tenu des occasions d'apprendre et d'utiliser ces compétences.

- Les difficultés se traduisent par de la maladresse, de la lenteur ou de l'imprécision dans la réalisation des tâches motrices (p. ex., attraper un objet, utiliser des ciseaux, écrire à la main, faire du vélo ou participer à des sports).
- Une évaluation motrice standardisée recommandée

B. Les déficiences des compétences motrices

- Interfèrent de façon significative et persistante avec les activités de la vie quotidienne correspondant à l'âge et ont un impact sur les performances scolaires, les activités préprofessionnelles et professionnelles, les loisirs et les jeux.

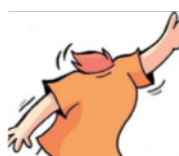
C. Le début des symptômes

- Avant l'âge de 18 ans
- Procéder à l'histoire développementale.

D. Les déficiences des compétences motrices ne sont pas mieux expliquées par une déficience intellectuelle, une déficience visuelle ou une affection neurologique motrice (p. ex., une paralysie cérébrale, une dystrophie musculaire, une maladie dégénérative).

- S'assurer que la vision a été évaluée. Procéder à un examen neurologique. Dans certains cas, un test de QI standardisé doit être effectué.

• Témoignage



Lucas, 25 ans

Je m'appelle Lucas, j'ai 25 ans. Depuis mon enfance, j'ai toujours rencontré des difficultés avec la coordination et les mouvements. Des tâches simples comme attacher mes lacets, écrire ou même jouer à des jeux de ballon étaient des défis pour moi. À l'école, je me sentais souvent maladroit et j'avais du mal à suivre en sport.

Heureusement, j'ai eu le soutien de mes parents, de mes enseignants et de mes amis. Ils m'ont aidé à trouver des stratégies. Par exemple, j'utilise des outils comme des stylos ergonomiques et des applications pour organiser mon emploi du temps. J'ai également appris à décomposer les tâches en étapes plus petites et à pratiquer régulièrement.

Aujourd'hui, je travaille comme graphiste, un métier qui me permet d'exprimer ma créativité sans être limité par mon trouble.

2.2.3.7. Les troubles spécifiques des apprentissages

• Définition

Se manifestent pendant les années d'apprentissage scolaire structuré et se caractérisent, en dépit de compétences intellectuelles efficaces, par des difficultés persistantes et handicapantes dans l'apprentissage des compétences scolaires fondamentales telles que la lecture, l'écriture ou les

mathématiques (Dyslexie, Dysgraphie et Dyscalculie). L'efficacité de la perception et du traitement des informations est nettement en dessous de ce qui est attendu pour l'âge ou bien ne peut se faire qu'au prix d'efforts extraordinaires.

- **Les critères diagnostiques**

Difficultés significatives et durables à apprendre et utiliser des compétences scolaires ou universitaires

- Lecture des mots inexacte ou lente
- Difficultés à comprendre le sens de ce qui est lu
- Difficultés à épeler
- Difficulté d'expression écrite
- Difficultés à maîtriser le sens des nombres, les données chiffrées ou le calcul
- Difficultés avec le raisonnement mathématique

Non explicable par un déficit : intellectuel, sensoriel et/ ou physique et de l'environnement

- Pas de TDI
- Pas de trouble psychiatrique
- Pas de trouble sensoriel/ moteur
- Pas de carence de stimulation / affective

- **Témoignage**



Marie, 27 ans

Je m'appelle Marie, j'ai 27 ans. Depuis mon enfance, j'ai toujours rencontré des difficultés à lire et à écrire. À l'école, je me sentais souvent frustrée et découragée parce que je ne pouvais pas suivre le rythme de mes camarades de classe. Les lettres semblaient danser sur la page et les mots se mélangeaient dans ma tête.

Cependant, avec le soutien de ma famille et de mes enseignants, j'ai appris à utiliser des stratégies pour surmonter ces défis. Par exemple, j'utilise des outils comme les logiciels de lecture à voix haute et les correcteurs orthographiques. J'ai également appris à prendre mon temps et à ne pas me comparer aux autres.

Aujourd'hui, je suis fière de dire que je suis diplômée de l'université et que je travaille dans un domaine qui me passionne.

- **Les autres Troubles Neurodéveloppementaux**

Spécifié

ex : trouble neurodéveloppemental associé à une exposition prénatale à l'alcool

Non spécifié

ex : présentation clinique où l'information est insuffisante pour faire un diagnostic plus précis

2.2.4. Les troubles associés

Les comorbidités fréquentes chez ces personnes incluent :

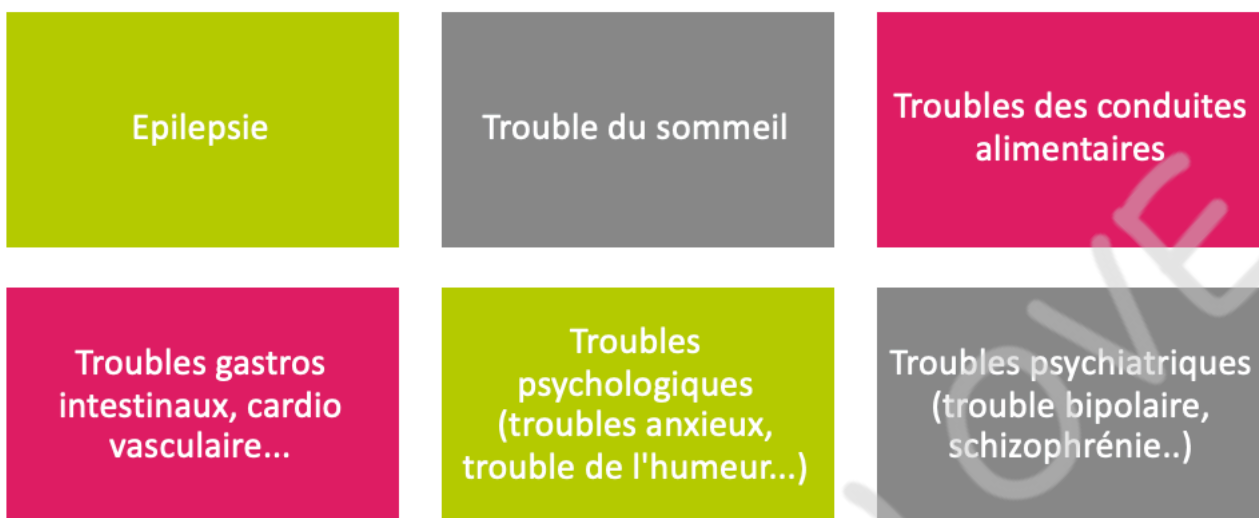


Tableau 5 : Liste des comorbidités associées aux TND (liste non exhaustive).

Ces comorbidités peuvent compliquer le diagnostic et la gestion des troubles du neurodéveloppement, nécessitant une approche intégrée et souvent multidisciplinaire pour un traitement efficace.

2.2.5. Les risques psycho-sociaux

Le coût psycho social est majoré dans le cadre des TND :

- **L'accompagnement inadapté**

Les personnes en situation de handicap rencontrent de nombreux obstacles dans leur parcours de soins. Elles doivent faire face à des difficultés pour accéder aux soins et être accompagnées de manière adaptée. L'accès physique à certains lieux peut être compliqué et les problèmes de communication augmentent la difficulté. De plus, la place accordée à la famille et aux aidants familiaux est souvent insuffisante, ce qui peut compliquer encore davantage la situation.

Les problèmes d'articulation et de coordination entre les professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social sont fréquents, en partie à cause des connaissances insuffisantes et mutuelles des acteurs de ces différents secteurs.

En matière de soins de santé généraux, les personnes en situation de handicap ont les mêmes besoins que les autres. Cependant, elles ont une probabilité :

- Deux fois plus grande de trouver des prestataires sans les compétences requises ou des installations insuffisantes.
- Trois fois plus grande de se voir refuser des soins.

- Quatre fois plus grande d'être mal soignées dans le système de soins.

Le dépistage des signes d'alerte est souvent compliqué par des difficultés de communication et l'expression de la douleur, qui peut être masquée par des troubles du comportement liés à des conditions comme l'autisme. Cela entraîne des retards dans la détection et la prise en compte des problèmes somatiques.

Avant même un examen médical, les personnes en situation de handicap peuvent éprouver des difficultés à attendre, une intolérance au changement, et des difficultés de compréhension et d'anticipation. Cela peut provoquer un stress important et une augmentation des troubles du comportement, tels que les cris, l'agitation, et l'auto ou hétéro-agressivité, rendant l'examen très périlleux avant même qu'il ne commence.

- **L'impact sur la santé mentale**

On note des conséquences sur la santé mentale de la personne accompagnée et de son entourage. Avec en particulier :

- Des risques de blessures (automutilation) (risque majoré de 83 % chez les femmes TSA et 47 % chez les hommes)
- Sentiment de culpabilité, diminution de l'estime de soi, isolement
- Risque de maltraitance (2 à 3 fois plus important chez les personnes TSA avec TDI).
- Perte d'emploi
- Risque de suicide
- Risque de comorbidités psycho-pathologiques
- Surenchère médicamenteuse et hospitalisation inadaptée

- **Les comportements défis, autrement appelés Troubles du Comportement ou Comportements Problèmes**

Tous ces termes désignent des comportements « inadaptés » au contexte dans lequel ils surviennent.

Les « comportements-défis » sont décrits par Éric Emerson (2001) comme des : « *comportements d'une intensité, fréquence ou durée telle que la sécurité physique de la personne ou d'autrui, est probablement mise sérieusement en danger, ou bien comme des comportements susceptibles de limiter ou d'empêcher l'accès et l'utilisation des services ordinaires de la cité* ».

Les comportements défis peuvent entraîner :

- un isolement de la personne accompagnée,
- une rupture des interventions des professionnels gravitant autour,
- une perte de chance sur l'insertion scolaire et professionnelle,
- une dégradation de la qualité de vie de la personne.

Définition des troubles du comportement

« Un trouble du comportement est une action ou ensemble d'actions. Il est jugé problématique parce qu'il s'écarte des normes sociales, culturelles ou développementales. Il est préjudiciable à la personne ou à son environnement social ou physique. » Tassé, M. J., Sabourin, G., Garcin, N., & Lecavalier, L. (2010)

« Ces comportements constituent des défis majeurs pour maintenir un environnement d'apprentissage productif et des défis pour les professionnels qui souhaitent les changer. » Duc, D. (2023). Développer le pouvoir d'agir des enseignants ordinaires dans la gestion des comportements défis des élèves avec TSA.

Il existe des Recommandations de Bonnes Pratiques datant de juillet 2016 et janvier 2017 sur cette thématique :

- Volet 1 : Organisation à privilégier par l'établissement/ service : stratégies de prévention des « comportements-problèmes ».
- Volet 2 : stratégies d'intervention à mettre en œuvre par les professionnels face aux « comportements-problèmes. »
- Volet 3 : « Les espaces de calme-retrait et d'apaisement » recommandation ANESM janvier 2017.

Il existe différentes catégories et formes de comportements défis (manière dont le comportement se présente) :

- Automutilation : se frapper la tête, se mordre, se donner des coups, s'arracher les cheveux...
- Destruction : casser, jeter, renverser des objets, déchirer des papiers ou des vêtements...
- Comportement anti-social : crier, s'enfuir, s'opposer en permanence, se déshabiller en public...
- Autostimulation : se balancer, déambuler, agiter les mains, faire des sons répétitifs...
- Comportements alimentaires : hypersélectivité, vomissements, PICA, obsessions alimentaires...

L'objectif de l'accompagnement des troubles du comportement est double :

- D'une part, il permet de construire pour chaque personne accompagnée une grille d'escalade du comportement avec une description précise du comportement en fonction du niveau d'escalade.
- D'autre part, il est de diminuer autant que possible la fréquence, l'intensité, la prégnance de l'apparition des comportements grâce à l'identification de la fonction du comportement et à l'apprentissage d'un comportement modifié pour répondre à cette fonction.

Avant d'accompagner et de gérer les comportements défis, il est essentiel d'assurer pour la personne la mise en place :

- D'une structuration temporo-spatiale
- D'un moyen de communication fonctionnelle individualisé.

Après ces préalables ajustés, nous pouvons nous interroger sur l'intérêt de la mise en place d'un Plan d'Intervention Comportemental (PIC). Sa mise en place permet l'homogénéisation des pratiques pour la gestion des comportements-problèmes. Cela implique que chaque acteur gravitant autour de la personne connaisse l'existence et le contenu de son Plan d'Intervention Comportementale. Il décrit, en effet, un protocole d'intervention concret à partir des résultats de l'analyse fonctionnelle.

La gestion des comportement défis (cf. partie 4 outils)

FONDATION OVE



3ème partie : L'intervention

FONDATION NOVE



3. L'intervention

3.1. Le choix des approches et méthodes d'intervention

3.1.1. Les approches

Le projet d'accompagnement se centre, pour l'essentiel, sur des approches comportementales, cognitives et relationnelles qui répondent aux RBPP en matière d'évaluation et d'accompagnement des TND.

Les méthodes et approches proposées par l'ESMS doivent être en totale harmonie avec les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS.

Approche comportementale	Cette approche étudie le comportement observable et les processus d'apprentissage associés (exemple ABA).
Approche cognitive	Cette approche cherche à comprendre comment les individus traitent l'information et comment cela influence leur comportement (exemple : remédiation cognitive).
Approche cognitive et comportementale (TCC)	Cette approche vise à modifier les pensées et comportements inadaptés en les remplaçant par des pensées et comportements plus adaptés. Elle repose sur l'idée que nos pensées influencent nos émotions et nos comportements (TCC).

Ces trois approches sont complémentaires et doivent servir, au mieux, l'intérêt de la personne accompagnée.

3.1.2. Les méthodes

3.1.2.1 La remédiation cognitive

La remédiation cognitive est une intervention thérapeutique non médicamenteuse qui permet d'améliorer les processus cognitifs des personnes présentant des troubles, tels que l'attention, la mémoire, les fonctions exécutives, la cognition sociale, les processus métacognitifs ...

L'objectif est de diminuer l'impact des troubles sur la vie quotidienne, notamment en améliorant la capacité à gérer les tâches quotidiennes, à participer à des activités sociales et à maintenir une qualité de vie satisfaisante.

Les interventions sont réalisées par des professionnels formés aux troubles du

neurodéveloppement (psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes, ...), qui accompagnent les personnes dans la compréhension de leurs troubles et de leur fonctionnement tout en utilisant des outils tels que des exercices, des jeux, des activités de résolution de problèmes ou encore des programmes informatiques spécifiques. L'objectif est à la fois d'optimiser le processus cognitif et les stratégies développées pour son utilisation.

Il est important que la remédiation cognitive soit intégrée dans une approche globale qui inclut d'autres formes d'accompagnement. En effet, pour optimiser l'efficacité de cette remédiation, il est indispensable de maintenir une répétition régulière afin de préserver les bénéfices mais également de travailler la transposition de ces acquisitions dans les activités de la vie quotidienne afin que ces bénéfices aient un réel impact sur le quotidien et la qualité de vie.

Nom	Population cible	Quoi ? Comment ?	Par qui ?
CRT (Cognitive Remediation Therapy)	Enfants (dès 7 ans) présentant un trouble exécutif et une intelligence dans la norme	Entre 14 et 20 séances individuelles	Neuropsychologues
Méthode CO-OP (Cognitive Orientation to Daily Occupation Performance)		Par le biais de la méthode CO-OP, le thérapeute va accompagner les personnes dans un processus de résolution de problèmes les conduisant à appliquer leurs stratégies cognitives pour effectuer les tâches de la vie quotidienne. Dans un premier temps, il devra énoncer le but de son activité et indiquer comment il va l'atteindre. Puis il va réaliser cette dernière en suivant le plan qu'il a prévu. Enfin, la dernière étape est de vérifier si le résultat final est en adéquation avec le but initial.	Ergothérapeutes

Tableau 6 : Propositions thérapeutiques en remédiation cognitive.



C'est moi, LOLA,
Je rencontre des difficultés à gérer les changements de planning et d'horaire. Ce comportement est notamment causé par un manque de flexibilité cognitive. En remédiation cognitive (CRT), j'apprends à comprendre mes difficultés et mettre en place des stratégies pour les compenser au quotidien.

Par exemple j'ai appris à faire face à un changement de planning en créant une liste d'activités alternatives que je peux choisir pour remplacer une activité qui est annulée. Je travaille également ma flexibilité en effectuant des exercices dans lesquels je verbalise mes stratégies. Les exercices sont de plus en plus complexes mais toujours à mon niveau.

3.1.2.2. La psychoéducation et la guidance parentale

Psychoéducation et guidance parentale : initialement adressée aux personnes souffrant de troubles psychiatriques, la psychoéducation s'est généralisée dans tous les domaines de la santé et consiste en l'éducation et la formation d'une personne et de son entourage. Elle permet ainsi une meilleure compréhension du trouble et du fonctionnement de la personne, notamment l'impact de son trouble sur les activités de la vie quotidienne. La psychoéducation permet également de proposer des méthodes d'identification et d'ajustement des difficultés rencontrées ainsi que de développer les connaissances de la personne sur les accompagnements préconisés.

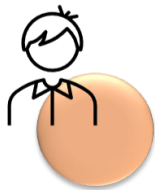
Ainsi ces nouvelles connaissances permettent une participation plus active et positive, de la personne et de son entourage, à la prise en charge.

En effet, il apparaît aujourd'hui indispensable d'accompagner une personne en prenant en compte la totalité de son environnement. L'objectif étant de favoriser la transposition des compétences et des interactions adaptées avec l'ensemble des personnes qu'elle côtoie. Il est donc important de pouvoir outiller l'environnement afin qu'il prenne connaissance des difficultés rencontrées et de la façon dont il peut contribuer à l'évolution de la personne.

La guidance parentale est un accompagnement destiné aux parents/aidants pour les aider à mieux comprendre et réguler les comportements de leur enfant. L'objectif est d'améliorer la qualité de vie de la famille en proposant des stratégies éducatives efficaces et adaptées à l'âge et au trouble de leur enfant. La famille et les professionnels identifient les comportements problématiques et proposent des techniques concrètes pour gérer les situations difficiles, tout en apportant un soutien émotionnel aux parents.

Nom	Population cible	Quoi ? Comment ?	Par qui ?
Formation RUBI (Research Units in Behavioral)	Accompagnement des parents et professionnels à réguler les comportements défaits chez les personnes TSA	Composée de 11 séances structurées autour d'objectifs précis dans le but de fournir des outils pratiques pour répondre de manière efficace aux comportements perturbateurs.	Professionnels formés
Méthode Barkley	Accompagner les parents à gérer les comportements des enfants TDAH	L'objectif est d'offrir un cadre structuré et des outils pratiques en se basant sur 6 principes développés dans les approches comportementales	Professionnels formés

Tableau 7 : Propositions thérapeutiques en psychoéducation et habiletés parentales.



C'est moi, THOMAS.

J'ai 8 ans, et j'ai été diagnostiqué avec un TDAH. Souvent, on me reproche de ne pas être attentif, c'est faux ! Je suis très attentif, mais pas toujours à la même chose que les autres. A la maison et à l'école, l'ambiance n'est pas toujours terrible. J'ai l'impression de me faire gronder pour un oui ou pour un non, et même quand je fournis des efforts, ce n'est jamais assez ! Quand je me sens incompris je rentre dans des colères noires, et je perds le contrôle de moi-même, parfois, mes parents se disputent aussi parce qu'ils ne savent plus comment réagir.

Mes parents ont besoin de guidance parentale. Avec la méthode Barkley, ils ont appris des techniques éducatives basées sur la psychologie comportementale et qui s'appuient sur le renforcement positif des bons comportements et l'extinction des comportements problématiques. Ils ont aussi bénéficié de psychoéducation pour mieux comprendre le TDAH et ses répercussions. Cela les aide à comprendre mon comportement et à mieux s'y adapter. L'objectif de la guidance parentale est que mes parents puissent mieux m'accompagner dans l'acquisition de mon autonomie et de préserver ou reconquérir du plaisir à être ensemble.

3.1.2.3. Les méthodes comportementales

Méthodes comportementales : se concentrent sur l'identification et la modification de comportements inadaptés en utilisant, notamment, le renforcement qui consiste à récompenser un comportement souhaité pour encourager sa répétition.

Nom	Population cible	Quoi ? comment ?	Par qui ?
ABA (Applied Behavior Analysis)	Enfants TSA	L'objectif est d'acquérir de nouvelles compétences et améliorer l'autonomie en réduisant les comportements inappropriés via des techniques de renforcement.	Professionnels formés
TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children)	Enfants TSA	L'objectif est de structurer l'environnement, via des repères visuels, routines, ... pour faciliter l'apprentissage et le développement.	Professionnels formés
CAR (Classes d'Auto-Régulation)	Élèves présentant un TND	L'objectif est de favoriser l'autonomie, la régulation émotionnelle et comportementale ainsi que les apprentissages en milieu scolaire en proposant un environnement structuré, prévisible et adapté à leurs besoins.	Equipe pluridisciplinaire
CAA (Communications Alternatives et Augmentatives)	Tout public présentant des difficultés de communication	Regroupe les méthodes et outils, notamment de compensation ou d'alternative à la communication orale la communication orale (LSF, PECS, Makaton, synthèse vocale...)	Orthophonistes

Figure 8 : Propositions thérapeutiques méthodes comportementales.



C'est encore moi, **LOLA**,

J'ai besoin que mon environnement soit clarifié afin d'en avoir une meilleure compréhension.

C'est la raison pour laquelle mes éducateurs ont créé des espaces destinés à des activités spécifiques (espace travail, repos, jeux, repas...)
Par exemple je vous montre mon espace de travail, sur lequel j'effectue des exercices.
Tout est organisé, prévisible, ça me rassure et me permet de mieux réaliser mes apprentissages.



Pictogramme issu d'AARASAC représentant la méthode TEACCH

3.1.2.4 Les méthodes relationnelles

Méthodes relationnelles : se concentrent sur la mise en place et le maintien des relations entre les individus.

Nom	Population cible	Quoi ? Comment ?	Par qui ?
Scénarios sociaux		<p>Il s'agit d'histoires courtes et personnalisées, sous forme de texte ou d'image, qui décrivent des situations sociales spécifiques incluant les attentes comportementales et les réponses appropriées.</p> <p>L'objectif est d'aider les personnes, en fournissant des informations claires et explicites, à comprendre les attentes sociales, améliorer les compétences sociales et la communication tout en diminuant l'anxiété pouvant être liée à ces mêmes situations sociales. Les scénarios sociaux permettent de développer les compétences sociales de manière progressive et structurée tout en fournissant des repères clairs et facilitant l'intégration sociale. Intégrer les familles dans l'utilisation des scénarios sociaux est essentiel pour maximiser l'efficacité de la méthode et créer ainsi un environnement cohérent et soutenant qui favorise le développement des compétences sociales de la personne accompagnée.</p>	Professionnels formés
CNV (Communication Non Violente)	Tout public	Favoriser les relations harmonieuses et respectueuses et la résolution de conflits via notamment des techniques d'affirmation de soi	Psychologues Professionnels formés

Tableau 9 : Propositions thérapeutiques Méthodes relationnelles.



C'est toujours **LOLA**,

J'ai besoin d'apprendre les bons comportements à avoir face à certaines situations. Alors avec mes éducateurs on fait des jeux de rôle. On apprend par exemple à parler à tour de rôle ou comment on doit se comporter quand on veut aller faire des courses en magasin. Pour cela j'utilise même un scénario social qui me permet de me rappeler de toutes les étapes à faire quand je vais acheter du pain. J'ai besoin de cet outil pour m'aider à me recentrer sur tout ce que je dois faire dans cette situation.

3.2. La démarche diagnostique

3.2.1. La notion de diagnostic

Le diagnostic est un processus visant à identifier et comprendre les problèmes ou besoins spécifiques d'un individu. Il repose sur la collecte et l'analyse de données pertinentes formulées dans une conclusion précise. Le diagnostic permet également d'identifier les interventions nécessaires aux besoins de l'individu pour des réponses plus précises et efficaces.

L'objectif du diagnostic est de comprendre la personne accompagnée dans sa globalité et de répondre à ses besoins spécifiques. Cela implique une évaluation détaillée de ses capacités, de ses difficultés et de son environnement. En comprenant mieux la personne accompagnée et son fonctionnement, les professionnels peuvent élaborer des plans d'intervention plus adaptés et efficaces, améliorant ainsi les résultats pour lui et sa famille.

Il est important de rappeler que seul un médecin peut poser un diagnostic. Les autres professionnels de l'environnement de l'individu peuvent contribuer à ce diagnostic, via des évaluations standardisées et des observations, en mettant en avant des hypothèses en lien avec leur domaine de compétence, dans le but d'orienter la recherche et ainsi confirmer ou infirmer des hypothèses.

3.2.2. La définition

La démarche diagnostique s'inscrit dans le temps, elle n'est pas une action figée à un instant T, mais bien une démarche continue avec évaluation régulière.

- **Le diagnostic médical VS l'évaluation fonctionnelle**

Le diagnostic médical permet de définir l'origine d'une maladie ou d'un trouble en fonction des signes ou symptômes. Il permet également de rechercher les causes biologiques, génétiques, environnementales ou psychologiques afin d'orienter le traitement. Il est indispensable qu'un médecin pose le diagnostic.

A contrario, l'évaluation fonctionnelle se concentre sur les conséquences pratiques d'une difficulté sur la vie quotidienne. Cette évaluation ne nécessite pas nécessairement l'intervention d'un médecin, ce qui peut permettre aux professionnels accompagnant la personne de mettre en avant l'impact des difficultés sur le quotidien et de se centrer sur les besoins d'adaptation, d'accompagnement nécessaires à l'amélioration de la qualité de vie de la personne.

Lors de l'évaluation fonctionnelle, on va pouvoir repérer les points forts et les fragilités et, trouver des points d'appui pour créer les ressources. L'idée est de permettre à la personne et sa famille de comprendre, par le biais de la psychoéducation qui en découle, son propre fonctionnement, ses difficultés et la façon dont elles impactent le quotidien.

- **Un travail d'équipe**

Bien que cela représente des défis significatifs, travailler en équipe transdisciplinaire dans le champ des troubles du neurodéveloppement est crucial et ce, notamment dans la question de l'évaluation fonctionnelle. Chacun apporte sa spécificité, ce qui permet d'améliorer considérablement la compréhension du fonctionnement de la personne et la qualité de l'accompagnement proposé. L'ensemble du parcours repose sur cette dynamique (évaluation/ réévaluation).

3.2.3. La psychoéducation pour donner suite à l'annonce du diagnostic

La psychoéducation est un processus permettant à une personne d'acquérir des informations et une compréhension sur la maladie ou le trouble à travers un apprentissage susceptible de modifier certains comportements et/ou représentations :

- Déconstruire ses idées préconçues sur la maladie ou le trouble
- Connaître les comportements contre-productifs (ce qui peut desservir la personne concernée, aggraver les symptômes)
- Mieux comprendre les conséquences de la maladie ou du trouble sur le quotidien
- Appréhender ce que signifie ce diagnostic, etc.

L'explication du retentissement des difficultés sur le quotidien, via les éléments de l'évaluation fonctionnelle, est une étape clé du parcours de la personne accompagnée. L'objectif est bien entendu de pouvoir apporter une meilleure compréhension aux difficultés présentées et mettre un nom sur les comportements observés, mais également de pouvoir accompagner la mise en place des interventions adaptées et personnalisées aux besoins de la personne accompagnée.

La psychoéducation va ainsi jouer un rôle essentiel à la fois en termes de compréhension mais également d'outillage permettant de réguler les comportements et les défis du quotidien.

3.2.4. Les outils recommandés pour structurer les observations cliniques et évaluer

L'objectif d'une évaluation est de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents aux difficultés de la personne afin de proposer des solutions adaptées pour favoriser son épanouissement. Il est donc important de combiner une analyse des performances aux épreuves proposées avec une évaluation qualitative des stratégies et méthodes utilisées.

Conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles, il convient d'utiliser des outils d'évaluation standardisés et validés sur le plan scientifique. Chaque outil peut évaluer plusieurs processus cognitifs et un processus cognitif peut être évalué par différents outils. Il conviendra donc de choisir les tests les plus pertinents à l'évaluation au regard des éléments anamnestiques recueillis. L'interprétation des résultats nécessite une analyse approfondie qui doit être réalisée par un professionnel spécialisé et formé. En effet, il ne s'agit pas d'interpréter des chiffres au regard des réponses apportées par la personne lors de la passation mais de mettre en lien l'ensemble des épreuves proposées afin d'en faire une analyse globale qui correspond au profil de la personne.

Dictionnaire des termes

Terme	Définition	Traduction dans le quotidien	Outils*
Évaluation psychométrique : base du bilan psychologique et du diagnostic différentiel, elle permet grâce au calcul de l'efficience intellectuelle de définir où se situe la personne par rapport à la norme attendue selon son âge.			
Efficience intellectuelle (QI)	L'efficience intellectuelle regroupe les capacités de raisonnement verbal et non verbal, les compétences visuo-spatiales, la mémoire de travail et la vitesse de traitement. Attention, le quotient intellectuel total ne peut être calculé que si le profil est homogène.		Évaluation par un psychologue

* De nombreux outils sont proposés à titre indicatif, toutefois certains nécessitent une formation ou l'intervention d'un professionnel habilité et formé avant de pouvoir être mis en place.

<p>Indice de compréhension verbale (ICV)</p>	<p>Évalue les aptitudes verbales en sollicitant le raisonnement, la catégorisation, la compréhension et la conceptualisation. Évalue l'habileté à former des concepts verbaux et les connaissances lexicales.</p>	<p>Faire du lien entre des informations et ses connaissances. Enrichir son vocabulaire.</p>	<p>Évaluation par un psychologue</p>
<p>Indice de raisonnement fluide (IRF)</p>	<p>Évalue le raisonnement conceptuel et séquentiel abstrait à partir de stimuli visuels, notamment les capacités d'induction et le raisonnement quantitatif</p>	<p>Raisonnement non verbal, capacité à faire des liens logiques et déduire de nouvelles règles sans implication du langage.</p>	
<p>Indice visuo-spatial (IVS)</p>	<p>Évalue les habiletés constructives et la capacité à établir des relations spatiales.</p>	<p>Se repérer dans l'espace, réaliser des constructions, assemblages (ex : lego, puzzle, ...)</p>	
<p>Indice de mémoire de travail (IMT)</p>	<p>C'est la mémoire temporaire que l'on utilise pour retenir des informations pendant un temps très court et les manipuler durant la réalisation de tâches plus ou moins complexes.</p>	<p>Retenir un numéro de téléphone le temps de le noter Retenir une consigne pour un exercice. Faire du calcul mental</p>	
<p>Indice de vitesse de traitement (IVT)</p>	<p>Traitement rapide d'une tâche visuelle.</p>	<p>Exemple : copier une information du tableau dans un temps imparti</p>	

Fonctions dites supérieures : impliquées dans l'ensemble des processus de réalisation

Fonctions exécutives

Les fonctions exécutives regroupent l'ensemble des opérations mentales nécessaires à la réalisation d'un objectif (initiation de la tâche, planification, organisation, contrôle, flexibilité, gestion des ressources attentionnelles, etc.), notamment au cours de situations nouvelles.

Elles sont le « chef d'orchestre » du cerveau et exercent un rôle de contrôle sur les autres fonctions, régulant ainsi l'ensemble des comportements intentionnels. Elles constituent des fonctions essentielles pour s'adapter à la nouveauté, intégrer et mettre en œuvre des stratégies d'apprentissages et résoudre des situations problèmes.

Exemple : enchaîner les étapes pour se préparer pour le matin (initier la tâche, définir l'ordre des actions, gestion du temps, gestion des distracteurs, s'adapter à un changement, s'assurer de la bonne réalisation des tâches)

Routines /
Procédures / Arbre
décisionnel
Timer
Emploi du temps
visuel
Organisation de
l'environnement
(code couleur, Picto,
...)
Programmes type
Reflecto / Pifam /
Attentix ...

<p>Inhibition</p>	<p>L'inhibition désigne la capacité à contrôler un processus automatique (verbal ou moteur) afin de mettre en place des actions contrôlées mais également la capacité à mettre de côté et ne pas se laisser distraire par des stimulations internes (pensées, état émotionnel) ou externes (environnement).</p>	<p>Exemples : en situation de classe, l'enfant ne pourra pas mettre de côté les bruits qui ne sont pas en lien avec les apprentissages (stylo qui tombe, tondeuse dans la cour, ...) Parler sans lever le doigt. Commencer le travail avant que la consigne ne soit donnée.</p>	
<p>Flexibilité mentale</p>	<p>Capacité à passer d'une activité à l'autre, à réorienter sa pensée et modifier ses actions pour s'adapter à une situation. Elle désigne aussi la capacité à générer des idées pour répondre à un problème nouveau.</p>	<p>Exemples : compter à l'endroit puis à l'envers. Je loupe mon bus, quelles options s'offrent à moi. Capacité à corriger ses erreurs Capacité à changer ses habitudes.</p>	<p>Anticiper : planning pour anticiper les changements (Attention au piège des routines). Les consignes pour établir le cadre. S'entraîner à générer toutes les solutions possibles</p>

Processus attentionnels

Alerte / Vigilance	<p>Capacité à être attentif sur un temps défini, à l'arrivée d'un stimulus éventuel</p>	<p>Attendre que le feu passe au vert pour traverser. Attendre le top départ lors d'une course.</p>	<p>Selon les RBPP, la remédiation cognitive et la prise en charge médicamenteuse sont préconisées. Du fait de leur</p>
Attention sélective	<p>L'attention sélective correspond à la capacité à focaliser son attention sur une information pertinente, en laissant de côté les informations qui ne sont pas importantes pour la tâche en cours. L'information peut être visuelle ou verbale.</p>	<p>Rester focaliser sur son travail sans prêter attention aux distracteurs</p>	<p>implication quotidienne, les processus attentionnels peuvent être mis au travail dans d'autres espaces (lieu de vie, rééducation, ...).</p>
Attention soutenue	<p>L'attention soutenue est la capacité à maintenir efficacement son attention sur une tâche qui nécessite le traitement continu de l'information pendant une longue durée (plusieurs minutes).</p>	<p>Capacité à aller au bout d'un exercice en classe. Rester attentif sur la durée du cours, d'une présentation...</p>	
Attention divisée / Double tâche	<p>L'attention divisée est la capacité à partager ses ressources attentionnelles sur deux tâches en même temps.</p>	<p>Prendre des notes en même temps qu'on écoute l'explication. Se souvenir de plusieurs consignes. Apprendre une leçon et écouter de la musique en même temps.</p>	

Comportement			
Agitation motrice / Hyperactivité	Comportement caractérisé par une agitation motrice et/ou mentale excessive.	Passer du coq à l'âne . Logorrhéique (parle beaucoup) . Bouge beaucoup.	Coussins dynair, élastiques, pédaliers, ...
Non compliance	Ne pas adhérer aux règles de la vie sociale, scolaire ou familiale. Peut conduire à des comportements défis en fonction des réponses apportées par l'environnement.	Ne pas respecter consciemment les règles.	Tableau de récompense.
Comportement défi	Comportements "inadaptés" au contexte dans lequel ils surviennent. La réponse peut varier en fonction de la tolérance de l'entourage et du contexte d'apparition.	Crier dans un lieu non approprié . Auto / hétéro agression. Casser des choses.	Grilles ABC. Analyse fonctionnelle. Echelle des comportements...
Habiletés sociales	Compétences permettant de comprendre les messages communiqués par autrui et y donner une réponse adaptée.	Savoir montrer à quelqu'un de l'intérêt quand il nous parle. Adapter sa communication non verbale. Ajuster son comportement à l'autre. Être capable de maintenir une conversation.	Groupes d'entraînement aux habiletés sociales.

Théorie de l'esprit	Aptitude permettant de réguler nos conduites et nos interactions sociales. Capacité cognitive qui permet de se représenter les états mentaux d'autres individus.	S'adapter au contexte (savoir ce que l'on doit dire ou faire) en fonction de ce que peut penser l'autre.	
Troubles et diagnostics			
Troubles "DYS"	Terme qui regroupe les troubles des apprentissages : Trouble spécifique du langage écrit et oral (dyslexie, dysorthographe, dysphasie) Trouble développemental des coordinations (dyspraxie) Troubles du calcul (dyscalculie) Trouble du geste graphique (dysgraphie) .		Le diagnostic étiologique relève exclusivement de la compétence du médecin. Les professionnels de santé peuvent faire des hypothèses diagnostiques au regard des éléments cliniques et de leurs évaluations. A la suite des évaluations, un diagnostic fonctionnel peut être réalisé par les professionnels "non-médecins". Il met en avant l'impact des difficultés sur le quotidien vs ce qui relève de l'enfance / « personnalité ».
Handicap	Limitation d'activité ou restriction de la participation à la vie en société subie par une personne en raison d'une altération d'une fonction ou d'un trouble de santé invalidant.	Mal de dos avec un impact important sur l'emploi Traumatisme crânien / AVC Troubles du neurodéveloppement Paraplégie	
Diagnostic différentiel	Différencier un trouble, une maladie d'un(e) autre par déduction.		
Comorbidité	Présence d'un ou de plusieurs troubles associés à un trouble ou une maladie primaire.	TDA/H avec HPI	
Impact fonctionnel	Répercussions des troubles sur le quotidien.		

Remédiation cognitive	La remédiation est un processus qui consiste à mettre en place des moyens pour aider à surmonter les difficultés rencontrées.	L'objectif est de limiter l'impact des difficultés et non de supprimer le trouble via un renforcement de certains processus cognitifs.	
Métacognition	La métacognition consiste à avoir une activité mentale sur ses propres processus mentaux, c'est-à-dire « penser sur ses propres pensées ».	Apprendre à la personne sa façon de fonctionner. Les stratégies qu'elle va employer pour répondre à une problématique.	
Habiletés parentales	Conduites parentales qui influent sur le fonctionnement de l'enfant.	Établir des limites claires.	Guidance parentale
Guidance parentale	Soutien, conseil et réassurance apportés aux parents afin de renforcer leur sentiment de compétences et leur permettre d'adapter leurs réactions au regard du comportement de leur enfant.		Entretiens psycho-éducatifs Méthodes type Barkley, TCC, ABA, ...
Psychoéducation	Informations autour du trouble et explication de son impact fonctionnel au quotidien.		Restitutions de bilan / séances de psychoéducation

Tableau 10 : Dictionnaire des termes.

3.2.5. La question de la réévaluation

Les enfants présentant des troubles neurodéveloppementaux montrent une trajectoire développementale qui nécessite des ajustements réguliers au niveau des accompagnements. Leur progression peut varier considérablement aussi bien en raison de l'évolution de leurs compétences qu'au regard des attentes liées à l'environnement ou leur âge. En effet, les attentes sur le plan de l'autonomie ne sont pas les mêmes pour un enfant de 4 ou 12 ans. Ainsi, l'évolution du schéma développemental peut mettre l'accent sur des difficultés qui évoluent et nécessitent donc un ajustement des interventions.

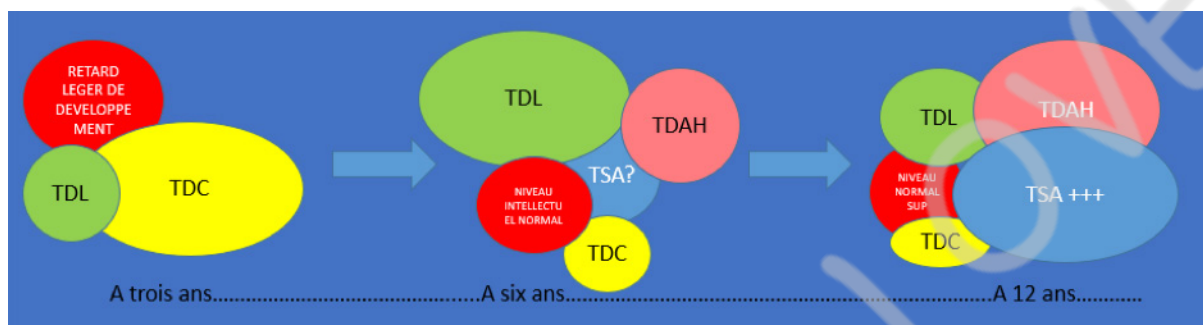


Figure 16 : Schéma développemental évolutif, Dr Stéphane Cabrol (2022).

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles abordent bien évidemment cette question. En effet, l'évaluation a pour objectif de définir et ajuster les interventions et de s'assurer de la cohérence du projet au regard de l'actualisation du diagnostic et des connaissances.

Pour actualiser le projet de la personne et suivre l'évolution de la trajectoire développementale, il est recommandé qu'une réévaluation régulière soit réalisée par des professionnels expérimentés et formés. Cette réévaluation s'appuie sur des évaluations fonctionnelles et le partage d'observations d'une équipe pluridisciplinaire incluant aussi l'ensemble des acteurs de l'environnement (parents, école, ...).

Le rythme recommandé pour ces évaluations fonctionnelles est de :

Age	Réévaluation du profil
Entre la naissance à 3 ans	3 à 6 mois
De 3 à 6 ans	6 à 12 mois
De 7 à 12 ans	1 fois par an
A partir de 12 ans	Tous les 2 ans

Tableau 11 : Recommandations de réévaluation.



L'utilisation des outils d'évaluation standardisés dans un contexte de réévaluation doit respecter les règles de tests définies par l'éditeur.

3.3. Le projet personnalisé

3.3.1. L'enjeu du projet personnalisé

L'enjeu pour la Fondation OVE est de faire évoluer l'outil existant de conception du projet personnalisé pour permettre de produire un projet personnalisé plus lisible, plus accessible et pour pouvoir en effectuer le suivi de façon fonctionnelle.

En effet, au-delà de l'obligation réglementaire de rédiger un projet pour chaque personne accompagnée, il est nécessaire que ce document soit utile et accessible à la personne, sa famille et aux professionnels, c'est donc une feuille de route.

Un professionnel (pilote, coordinateur ?) doit avoir en permanence en tête les objectifs fonctionnels pour les personnes qu'il accompagne. Dans les prestations proposées, un lien doit systématiquement être fait avec leurs besoins et les objectifs fonctionnels :

- Lorsqu'un professionnel propose un accompagnement à une personne ou à un groupe de personnes, les objectifs poursuivis doivent apporter des réponses aux besoins identifiés de chacun,
- Une même médiation peut remplir des objectifs individuels différents pour plusieurs personnes.

3.3.2. La définition

Le projet personnalisé est élaboré pour toute personne après son admission dans l'établissement ou service dans un délai de trois mois, si possible, et, au plus tard, dans les 6 mois. Il est réévalué a minima tous les ans et réactualisé chaque fois que nécessaire en fonction des nouvelles données recueillies. Le projet personnalisé correspond à un avenant au contrat de séjour, lui-même signé à l'admission. Il n'y a pas d'article de loi qui précise la méthodologie d'élaboration, de rédaction et de suivi des projets personnalisés. L'ANESM nous aide à clarifier la démarche dans les recommandations sur « les attentes de la personne et le projet personnalisé » (Décembre 2008).

Le projet personnalisé est un outil de planification et de coordination de l'intervention autour de la personne accompagnée. Il témoigne explicitement de la prise en compte des besoins de la personne et de sa famille. Il induit l'individualisation de l'accompagnement. Il se décline en objectifs fonctionnels de type SMART ayant, in fine, pour but d'augmenter l'autonomie de la personne accompagnée. Ces objectifs sont eux-mêmes travaillés dans une déclinaison de prestations et d'activités individuelles et collectives en cohérence avec les attentes de la personne et de sa famille et des ressources de l'établissement ou service.



Figure 17 : Nuage de mots évoquant la fonction d'accompagnant-Réalisation collective du groupe « Interventions et Projet personnalisé ».

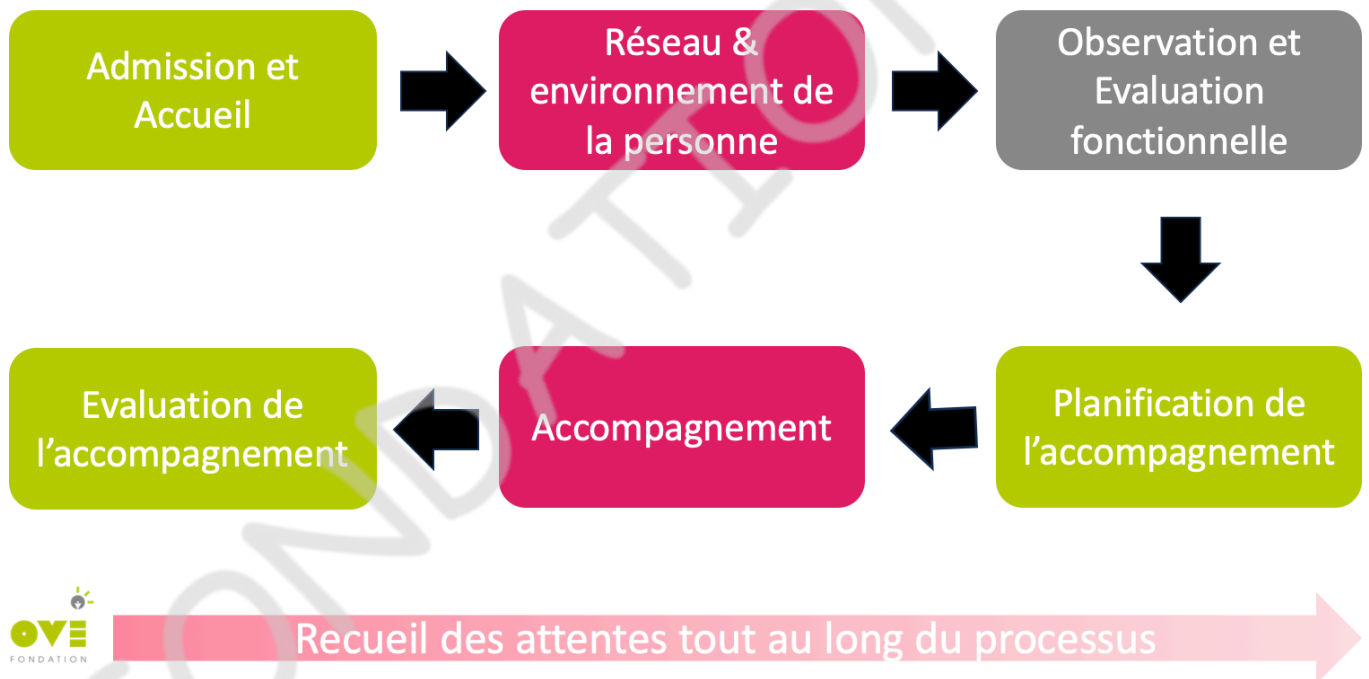
Focus SMART :

Définir des objectifs SMART⁷, c'est pouvoir évaluer l'atteinte de ces objectifs en toute objectivité, sans que cela relève d'une subjectivité ou d'une interprétation personnelle (voir déclinaison dans la partie 4.2.1.3.).

3.3.3. Les étapes

Chaque projet repose sur une dynamique, un processus. Il s'appuie sur différentes étapes :

- L'admission
- Le recueil des attentes à l'admission et à chaque étape de réévaluation
- Le réseau autour de la personne, (inventaire des ressources de la personne)
- L'observation de la personne et l'évaluation fonctionnelle
- La planification de l'accompagnement
- L'accompagnement
- L'évaluation de l'accompagnement.



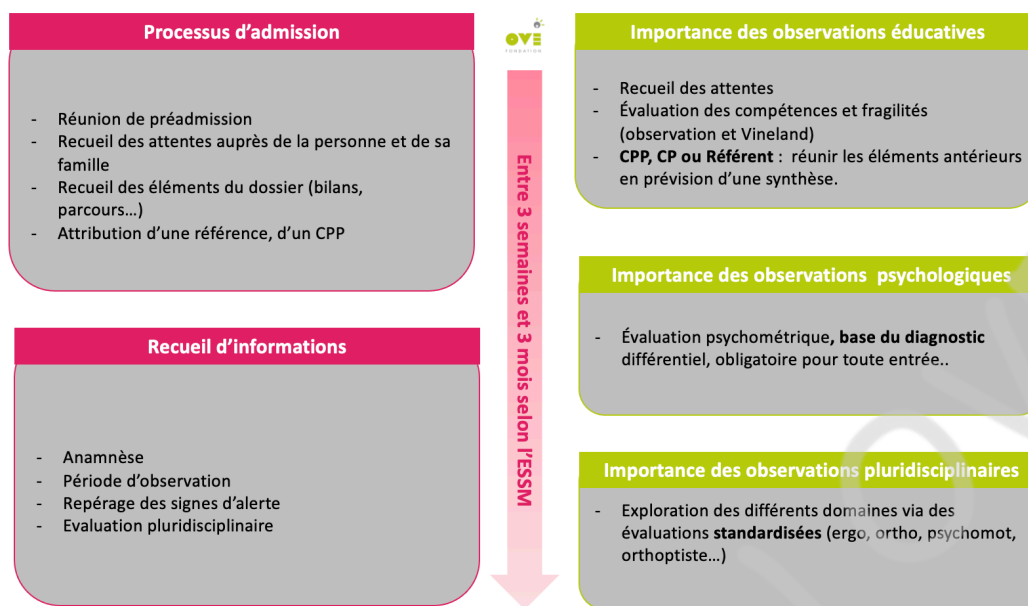
Chacune de ces étapes repose sur 3 axes :

- Les tâches et missions dans le champ de l'accompagnement,
- La coopération,
- Les tâches administratives et réglementaires (traçabilité des actions).

7 SMART : Spécifique / Mesurable / Atteignable / Réalisable / Temporellement défini.

3.3.3.1. L'admission et le recueil des attentes

L'admission :



L'admission est le processus qui met en relation une personne avec la structure médico-sociale et qui assure les moyens de sa bonne intégration. C'est un acte administratif qui marque l'entrée de la personne dans la structure. La réception de la demande, le traitement de la demande et le fait de statuer sur l'admission sont effectués par la direction après concertation médicale quand cette ressource est présente. L'assistant administratif (secrétaire par ex) prend alors contact avec la personne concernée et/ ou son représentant légal si elle est toujours intéressée.

Une décision d'orientation de la CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) ou demande de l'aide sociale à l'enfance (sauf CMPP, EHPAD, PCO) sont les conditions indispensables à toute admission en ESMS.

Plusieurs temps de rencontres avec les professionnels en fonction du type d'ESMS sont réalisés. La première rencontre consiste :

- À présenter l'ESMS à la personne concernée et sa famille.
- À échanger sur les attentes et les besoins de la personne,
- À vérifier que la personne pourra s'épanouir dans cet environnement.

Le recueil des attentes :

Recueillir les attentes de la personne et de sa famille nécessite la mise en place d'une dynamique tournée vers l'autodétermination. Faciliter le pouvoir d'agir peut parfois devenir confrontant avec les fonctionnements habituels des ESMS. Pour certains professionnels cette nouvelle façon d'appréhender la relation avec la personne accompagnée peut être complexe car elle interroge les pratiques et les habitudes.

Pour faire participer la personne accompagnée au recueil de ses attentes et besoins, de nombreux outils peuvent être utilisés :

- Outils OT'Hope
- Pictogrammes ELADEB
- EPO
- Outils de la CAA et Objets (en fonction des compétences verbales, intellectuelles...)
- Observations informelles

Le recueil des attentes est la base d'une dynamique tournée vers l'autodétermination et ne se résume pas à l'utilisation d'outils. Cette étape de recueil prend appui à l'admission et se prolonge tout au long de l'accompagnement à chaque actualisation du projet. Il est important de noter que le recueil des attentes doit permettre de réinterroger, plus tôt que prévue par l'organisation habituelle, la mise à jour du projet individuel.

3.3.3.2. L'accueil et l'évaluation fonctionnelle

L'accueil :

Sur ce temps d'accueil, la direction désigne un pilote (référént, assistant de parcours, coordinateur de parcours...) et définit les missions.

Le rôle de ce pilote est central dans le processus global d'accompagnement de la personne en commençant par le travail d'alliance avec la famille et l'inventaire du réseau autour de la personne (puis la mise en lien). La coordination et la centralisation des ressources documentaires et informatives sont à réaliser (par exemple, par le pilote et le référént administratif.)

Le temps d'accueil est variable selon la structure mais il doit être borné dans le temps et intégrer la dimension observation et évaluation du fonctionnement de la personne.

L'évaluation fonctionnelle :

Cette étape est menée par l'équipe pluridisciplinaire avec :

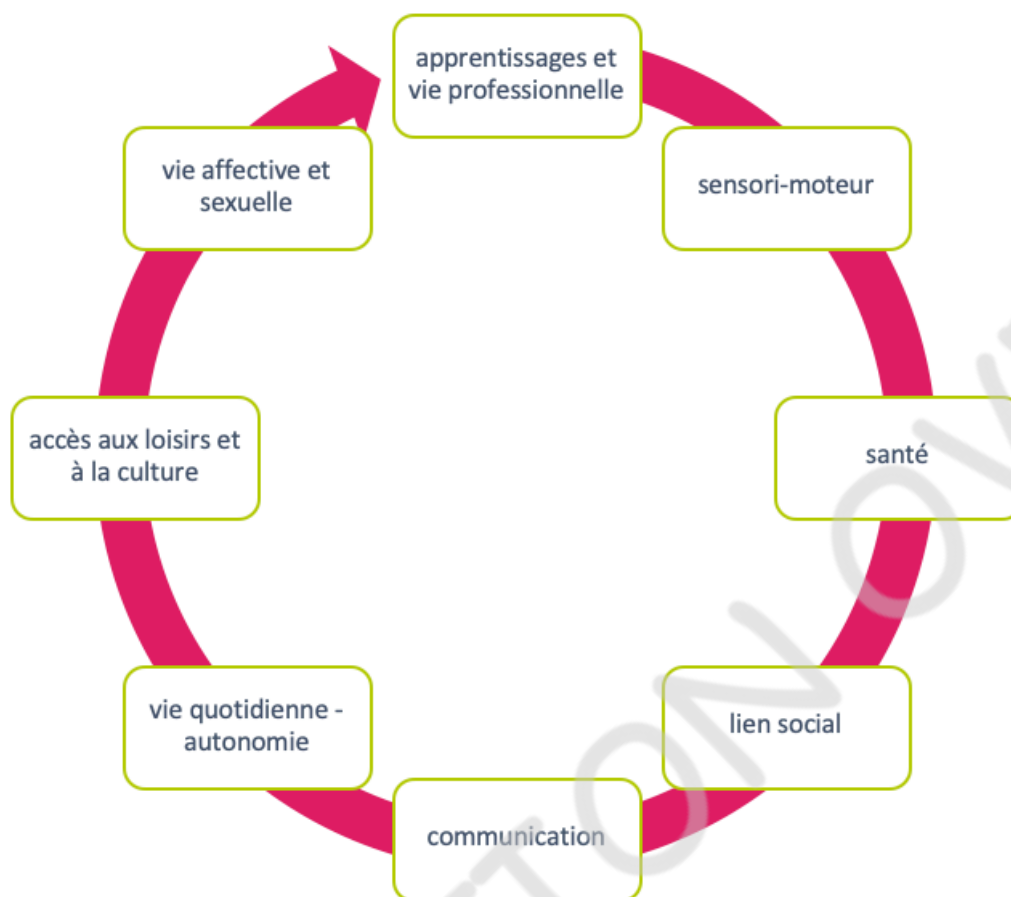
- Des temps d'observations libres et structurés,
- Des évaluations formelles en contexte structuré,
- Des évaluations informelles en milieu naturel,
- Une évaluation du développement de la personne si besoin,
- Des temps de recueil d'informations auprès de la personne et de sa famille, des partenaires extérieurs...

L'évaluation du fonctionnement de la personne :

Elle doit répondre à plusieurs impératifs

- Multidimensionnelle,
- Transdisciplinaire,
- Régulière.

L'évaluation fonctionnelle doit être effectuée au minimum une fois par an. Elle doit être faite à partir des dimensions ci-dessous :



Cette analyse s'appuie sur des compétences pluriprofessionnelles, sociales, éducatives, psychologiques, médicales et paramédicales, pédagogiques et professionnelles, permettant d'évaluer les différents domaines de fonctionnement et de participation sociale de la personne. Pour soutenir une évaluation qualitative, il semble important :

- D'inclure tous les professionnels concernés
- De se donner le temps du partage des différentes observations/évaluations
- De lever les barrières du « jargon professionnel » pour rendre accessible et opérant ce qui est attendu
- De reconnaître l'expertise de chacun : de la personne sur ses propres besoins, de la famille, des professionnels dans leurs domaines de compétences

La « transmission de la synthèse écrite des résultats de l'évaluation (examens, observations et tests réalisés) est systématiquement faite (sauf opposition de la famille) au médecin traitant, ainsi que les éléments utiles à l'ensemble des professionnels intervenant auprès de la personne, dans le respect des règles déontologiques⁸. »

La coordination de ces évaluations peut être confiée au pilote mais varie aussi selon la

8 Recommandations HAS – Enfants/Adolescents, Mars 2012, p.14

composition des organigrammes.

Les outils pour procéder aux évaluations fonctionnelles sont inventoriés dans la partie 4 de ce document, « Les outils ».

3.3.3.3. La co-construction du projet personnalisé

L'évaluation, dans le cadre d'une démarche diagnostique, permet, en lien avec les attentes de la personne, d'identifier plus précisément les besoins spécifiques de la personne et de définir, dans le cadre du projet, des objectifs d'accompagnement qui apportent des réponses adaptées.

Le cœur de l'accompagnement consiste donc à répondre aux besoins personnels de la personne accompagnée grâce à des prestations directes, indirectes, présentes dans le projet personnalisé.

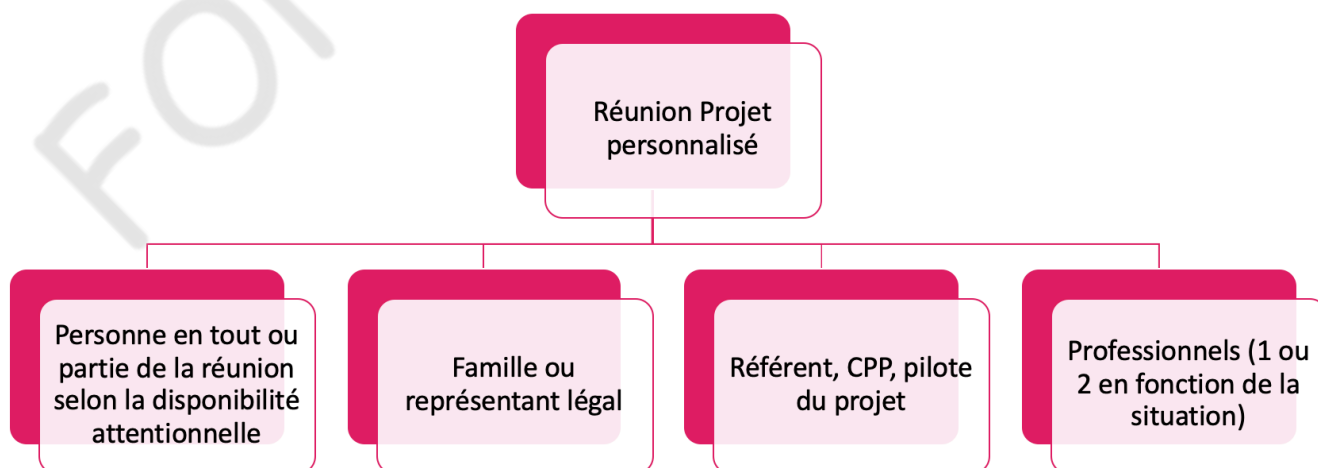
En appui sur la recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée : "les attentes de la personne et le projet personnalisé", quatre principes doivent structurer la démarche :

- Une dynamique de co-construction du PP issue d'un dialogue régulier,
- La recherche de la participation la plus soutenue de la personne,
- Une dynamique souple et adaptée au rythme de la personne,
- L'ensemble des professionnels est concerné.

En parallèle à ces quatre principes, nous nous appuyons sur quatre valeurs qui sous-tendent le travail de co-construction et qui permettent à l'équipe accompagnante de mettre au centre le projet de la personne

- La dimension inclusive comme fil rouge de toute action d'accompagnement ,
- Le travail en équipe transdisciplinaire qui permet la mutualisation des compétences,
- Le développement du pouvoir d'agir des personnes accompagnées et des professionnels,
- Le développement de la production d'intelligence collective.

Lors de la réunion du projet personnalisé, sont présents a minima :



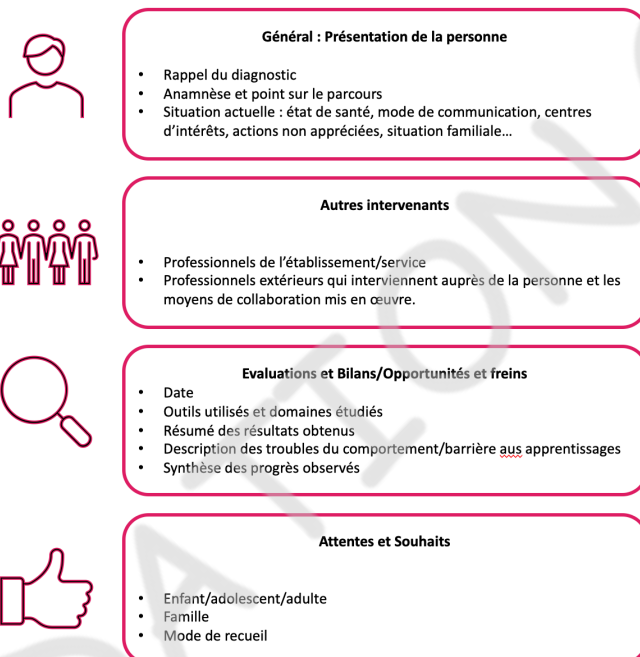
La famille peut être représentée ou remplacée par un représentant légal ou un tiers digne de confiance.

Les différentes parties prenantes se mettent d'accord sur les besoins identifiés et les objectifs opérationnels à atteindre. Cela est le résultat d'une démarche de dialogue qui doit amener au consensus, parfois au compromis.

3.3.3.4. La rédaction et la mise en œuvre du projet personnalisé

La rédaction du projet personnalisé

L'objectif de la rédaction est de proposer un livrable accessible et avec des objectifs évaluable. La rédaction doit prendre en compte les grands axes ci-dessous (onglets ogirys) tout en restant synthétique :



De nombreux outils, pour faciliter la rédaction et rendre le document opérationnel, sont disponibles dans la partie 4.

A la suite de la déclinaison des objectifs en prestations et en moyens, le projet se décline autour d'un plan d'intervention. Validé par l'ensemble des acteurs, le projet personnalisé est alors coordonné par le pilote.

Durant la phase d'accompagnement, le plan d'intervention est alors mis en œuvre autour d'activités individuelles et/ou collectives. Chacune de ces activités doit pouvoir répondre à un objectif cible dans le projet. Quand le ratio d'encadrement le permet, il est essentiel de généraliser les compétences en situation écologique. Cela permet d'éviter de s'enfermer dans un apprentissage en 1 pour 1. Il est donc nécessaire d'ouvrir progressivement le cercle d'apprentissage (binôme, petit groupe, gros groupe, communauté...).

Le suivi de l'intervention et son adaptation sont réalisés par l'ensemble du réseau (professionnels dont le pilote, partenaires, direction). Le pilote doit au cours de ce suivi pouvoir objectiver les progrès de la personne et tracer l'évolution. Des points d'étapes réguliers sont nécessaires, toujours basés sur des données objectives.

3.3.3.5. L'évaluation du projet personnalisé en vue de sa réactualisation

Le suivi du projet personnalisé, une fois ce dernier mis en œuvre, est essentiel. Il permet :

- La traçabilité et l'objectivation des apprentissages, des évolutions,
- La réactualisation, trimestrielle si possible, des objectifs.

Cette évaluation se fait sur 3 niveaux :

Accompagnement	Coopération	Administration
Evaluations des objectifs à partir des critères d'évaluation renseignés pour chaque objectif.	Évaluation du travail coopératif (comment travaillons-nous ensemble autour de l'accompagnement)	Évaluation du processus global d'accompagnement par l'intermédiaire d'une enquête de satisfaction par exemple

A l'issue de cette évaluation, à laquelle s'ajoutent les attentes actualisées des personnes accompagnées et de leur famille, une nouvelle réunion de projet personnalisé peut avoir lieu (a minima tous les ans).

En résumé, la démarche d'un projet personnalisé respectueux des attentes de la personne nécessite plusieurs phases :

1. Évaluations formelles/informelles – analyse de la situation ;
2. Recueil des attentes de la personnes et/ou de sa famille ;
3. Co-construction du projet personnalisé avec les différentes parties prenantes ;
4. Phase de décision : dégager des objectifs opérationnels issus du dialogue et déterminer des responsables, des activités-supports, des temporalités souhaitées, des modalités de généralisation ;
5. Mise en œuvre et ajustements pour répondre aux évolutions, traçabilité des apprentissages ;
6. Évaluation pour procéder à une réactualisation du projet personnalisé tous les ans.

3.3.4. L'importance des pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne

La coordination de parcours est essentielle pour garantir un accompagnement continu, personnalisé et intégré des personnes en situation de handicap, en favorisant la collaboration entre les différents secteurs et acteurs impliqués.

Elle repose sur 5 points :

- 1.** Continuité de l'accompagnement : la coordination vise à assurer une continuité dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap, en évitant les ruptures
- 2.** Personnalisation de l'accompagnement : la coordination permet de répondre de manière personnalisée aux besoins spécifiques de chaque personne, en prenant en compte ses attentes et aspirations. Cela inclut la participation active de la personne dans l'élaboration de son projet de vie.
- 3.** Décloisonnement des secteurs : la coordination vise une meilleure complémentarité des interventions. Cela implique une collaboration étroite entre les différents acteurs impliqués dans le parcours de la personne.
- 4.** Rôle des acteurs ressources : identifier et mobiliser les acteurs ressources est crucial pour fluidifier le parcours de vie de la personne. Ces acteurs peuvent inclure des professionnels de santé, des travailleurs sociaux, des éducateurs spécialisés, etc. Un acteur ressource spécifique peut être désigné pour assurer la fonction de coordination.
- 5.** Outils de coordination : la mise en place d'outils et de dispositifs de coordination est essentielle pour structurer et faciliter les échanges entre les différents intervenants. Cela peut inclure des conventions de coopération, des chartes partenariales, et des plans de transition.

La question de la coordination de projet et de parcours de la personne accompagnée nécessite, dans chaque service et structure, une réflexion sur les modalités de mise en œuvre et d'amélioration des moyens nécessaires à ces missions, en référence notamment au cadre défini par les recommandations des HAS sur ce sujet :

- Qui assure ces missions ?
- Comment ?
- Avec quels moyens ?

4ème partie :

Les outils de mise en œuvre sur le terrain dont la grille d'auto-évaluation des pratiques dans le champ des TND

FONDATION NOVAF

4. Les outils de mise en œuvre sur le terrain dont la grille d'auto-évaluation des pratiques dans le champ des TND

4.1. La grille d'auto-évaluation des pratiques TND

La grille d'auto-évaluation a pour objectif d'accompagner chaque établissement à une mesure claire de la qualité d'accompagnement proposé par l'établissement ou le service au regard de ce qui est attendu dans le domaine des TND.

Elle a été construite par un groupe de travail pluridisciplinaire entre juin 2023 et février 2024. Le sens de la démarche est de permettre aux structures de se situer par rapport aux attendus et de prendre conscience de ce qui est à travailler, ce qui est une force, ce qui peut évoluer.

Cette grille doit permettre de clarifier et présenter ce que signifie un cycle d'amélioration continue dans le pilotage des structures TND (définir des objectifs à court ou moyen terme dans les domaines ciblés).

4.1.1. Les objectifs de la grille

Les objectifs de cette grille sont doubles en fonction des résultats de l'autoévaluation :

- Créer sa feuille de route et sa stratégie pour améliorer la qualité d'accompagnement des personnes avec TND,
- Réfléchir à un appui stratégique gradué et inscrit dans une temporalité, en fonction des résultats de la grille auprès du pôle TND, des superviseurs, des fonctions supports à la direction générale...



4.1.2. L'utilisation de la grille

La grille est constituée de 6 onglets. Les 4 premiers abordent :

- La prise en compte des spécificités de la personne avec TND,
- Les pratiques professionnelles,
- L'organisation et le fonctionnement,
- Le pilotage et la gestion stratégique.

Les deux derniers onglets abritent un lexique pour les mots avec un astérisque et la cotation.

Etat des lieux des attendus de l'accompagnement de personnes avec TND à la Fondation OVE : où en est mon ESSMS ?	En cours (Non débuté, % avancement, atteint)	niveau de satisfaction du niveau atteint par rapport au niveau souhaité à atteindre de 1 à 4	Description de l'existant	Améliorations proposées
Nom de mon service ou établissement :				
A-Prise en compte des spécificités de la personne avec TND				
1. L'admission et l'accueil				
Des éléments diagnostiques (d'évaluations, de suivis, de diagnostics) sont recueillis en amont de l'admission de la personne.	25 à 49 %	1		
Il existe un mode opératoire/personne désignée pour récupérer l'ensemble des documents concernant les évaluations et le diagnostic de la personne qui va être accueillie.	75 à 99 %	4		
En amont de l'admission, la structure s'assure qu'un diagnostic TND a été posé par un médecin ou est en cours.	1 à 24 %	1		
Lors de l'entretien d'admission, la structure s'assure que le diagnostic TND est connu par la personne accompagnée et sa famille.	50 à 74 %	2		
A défaut, un processus de diagnostic est enclenché par la structure dès la période d'intégration/accompagnement de la personne admise.				
Le consentement de la personne présentant un TND ou de ses représentants légaux est recueilli au moment de l'entretien d'admission, afin de pouvoir débuter son accompagnement avec son accord.				
Avant de débuter la période d'intégration/d'accompagnement, la structure prend contact avec l'établissement précédent et l'ensemble des intervenants connaissant la personne accompagnée pour recueillir les éléments qui				
Lors de l'entretien d'admission des supports de communication adaptés sont utilisés. Si oui lesquels?				
La période d'intégration/d'accompagnement est individualisée au regard de la personne (ajustement aux besoins spécifiques, outils mis en oeuvre, rythme adapté...).				
2. Le recueil des attentes et l'évaluation des besoins				
La structure demande et recueille les attentes et besoins de la personne avec des documents adaptés au niveau de compréhension de la personne.				
La structure recueille et identifie les opportunités et freins de la personne avec TND.				
La structure s'appuie sur l'analyse pluridisciplinaire et le recueil des attentes et des besoins de la personne pour définir les objectifs du projet de la personne TND.				
Des professionnels dans l'établissement sont identifiés pour accompagner la pose du diagnostic fonctionnel.				
Des échelles recommandées et/ou scientifiquement prouvées sont utilisées (listez vos outils dans la dernière colonne).				
La structure réalise une analyse pluridisciplinaire partagée des différentes évaluations effectuées (dans les domaines de référence)				
La structure se tourne vers des professionnels extérieurs si elle ne dispose pas en interne de ressources pour effectuer les évaluations spécifiques.				

Figure 18 : Capture d'écran de la grille d'autoévaluation de la qualité de prestations dans le champ des TND.

Les colonnes constitutives de ce tableau comportent :

- Le niveau d'avancement de la structure → liste déroulante : 5 niveaux avec indigage de couleur,
- Le niveau de satisfaction du niveau actuel par rapport au niveau visé → liste déroulante : 4 niveaux avec indigage couleur,
- La description de l'existant,
- Les pistes d'améliorations proposées qui viendront s'intégrer au plan d'amélioration globale de la qualité.

Le remplissage de la grille a été estimé entre 3h et 5h selon les établissements. Il est proposé qu'il soit effectué tous les ans, voire tous les 2 ans. Il est attendu que celui-ci soit effectué par un groupe de travail pluridisciplinaire dont 1 membre de la direction et, si besoin, le coordinateur qualité. Le remplissage en équipe pluridisciplinaire permet de parvenir à un consensus sur les points forts et les domaines d'amélioration de l'organisation. Il permet une élaboration collective des constats partagés sur les enjeux relatifs aux pratiques et au fonctionnement de l'établissement ou du service, mais également de tracer les premières pistes relatives aux étapes à franchir et à la méthode de mise en œuvre pour parvenir au niveau de qualité souhaité et attendu.

Cet outil sera ainsi un élément important pour faire équipe et s'engager ensemble dans la démarche d'amélioration.

4.1.3. L'état des lieux et le plan d'action

La réalisation de cet autodiagnostic, outil d'amélioration continue de la qualité, se conclut par un état des lieux qui doit permettre de :

- Se situer par rapport à l'implémentation des bonnes pratiques dans le champ des troubles du neurodéveloppement au sein de la structure,
- Objectiver les pratiques efficaces et identifier les domaines fragiles ou manquants, afin de conduire les améliorations nécessaires,
- Analyser les leviers à activer pour assurer l'opérationnalité du plan d'actions établi,
- Définir des outils pour soutenir les managers dans leurs fonctions, rôles et missions,
- Définir des outils pour soutenir les professionnels de terrain pour accompagner les personnes avec TND.

Ce que c'est	Ce que ce n'est pas
<ul style="list-style-type: none"> - Un état des lieux - Une aide à la prise de conscience du niveau de maturité de la structure dans l'accompagnement des personnes avec un TND au regard des RBPP dans ce domaine - Un document à garder en interne et à utiliser régulièrement pour mesurer l'avancée de la structure - Un outil d'aide pour les équipes et la direction pour construire sa feuille de route dans l'accompagnement des TND 	<ul style="list-style-type: none"> - Un outil de contrôle - Un document de reporting - Un outil d'évaluation réglementaire - Un état des lieux de l'ensemble des obligations réglementaires qui s'imposent aux ESMS - Un outil de communication

Figure 19 : Grille d'autoévaluation, ce que c'est, ce que ce n'est pas.

À la suite de l'état des lieux, un plan d'action sera construit avec des axes stratégiques, des objectifs et des actions prioritaires avec, en face, l'indication du ou des porteurs de l'action et le calendrier d'exécution, ou sera ajouté au plan d'amélioration de la qualité (PAQ).

Exemple de domaines impactés par la transformation de l'offre de prestations

- Les orientations du projet d'établissement,
- Les stratégies de formation individuelle et collective,
- Les modalités d'organisation des réunions d'équipes,
- Les modalités de collaboration avec les familles,
- L'organisation structurelle et matérielle des espaces,
- La démarche d'élaboration du projet personnalisé,
- La démarche diagnostique en y intégrant les évaluations fonctionnelles,
- L'organisation des ressources humaines.

Les leviers et les méthodes d'amélioration, en lien avec les résultats obtenus lors de l'auto-évaluation, sont pensés dans ce projet d'accompagnement. Au regard des résultats, et donc du niveau de maturité de la structure dans le champ des TND, la méthodologie d'accompagnement au changement sera à définir :

- Mise en place d'un appui stratégique gradué en fonction du niveau d'avancement dans la démarche TND :

Le niveau d'accompagnement, dimensionnement et niveau de soutien, dépendra des résultats de la grille d'auto-évaluation et du choix de la structure.

- Lecture sur deux plans en permanence avec une thématique déployée et un accompagnement personnalisé :

2 lignes de soutien :

- Soutien à l'équipe de terrain permettant l'évolution des pratiques sur le terrain par la supervision par exemple.
- Soutien à l'équipe de direction pour aider le dimensionnement de la conduite de changement et les priorisations.

- Les dimensions du changement :

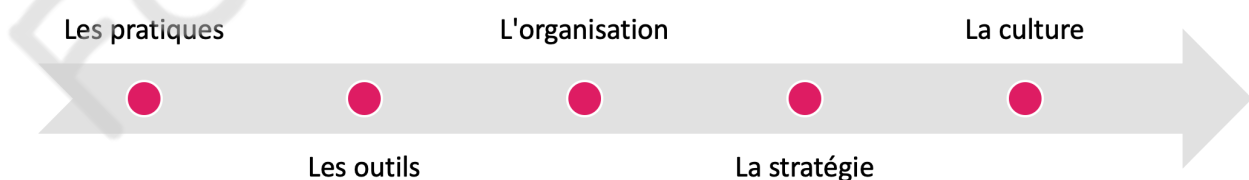


Figure 20 : Les différentes dimensions du changement

4.2. Les outils du plan d'action

Les outils présentés ci-dessous sont des outils à utiliser tout au long du parcours d'accompagnement des personnes. Ils sont mis à disposition à titre d'exemple. Ils peuvent être des outils intéressants d'une part pour la structuration et l'objectivation du travail et d'autre part pour le partage d'informations en équipe, mais, avant tout, pour améliorer la qualité d'accompagnement auprès des personnes.

4.2.1. La prise en compte des spécificités

4.2.1.1 L'admission


Pour les équipes	Pour les managers
Utilisation d'un mode opératoire d'admission (avec désignation d'une personne responsable) pour recueillir l'ensemble des documents concernant la personne accompagnée (évaluation, suivis, diagnostic)	Création et formalisation d'un process d'admission définissant les étapes et les acteurs.
Prise de contact avec la structure précédente. Recueil des éléments du parcours	Création et utilisation de supports de communication adaptés pendant l'entretien d'admission (livret d'accueil et règlement de fonctionnement, recueil du consentement de la personne... compréhensible par la personne accompagnée et sa famille).

4.2.1.2 Le recueil des attentes et l'évaluation des besoins

Pour les équipes	Pour les managers
Utilisation d'un outil de recueil des attentes adapté, facilitant l'expression de la personne et de sa famille. Utilisation de l'expertise de la personne accompagnée (et de ses aidants)	Création d'un process de recueil des attentes au moment de l'admission et tout au long du parcours.
Utilisation d' outils standardisés et d'échelles recommandées pour la pose de diagnostic , → voir la liste des outils recommandés en fonction des fonctions cognitives à évaluer.	Identification claire des ressources diagnostiques en interne et en externe.
Création et utilisation des fiches identités → voir un exemple de fiche identité ci-dessous.	

- **Le recueil des attentes**

Le recueil des attentes est une démarche essentielle qui permet de comprendre les désirs, les besoins et les objectifs de la personne. Il s'agit d'un processus participatif où la personne accueillie est au cœur de la réflexion. Cette démarche implique une écoute active et bienveillante, ainsi qu'une communication ouverte et transparente. Les professionnels doivent créer un climat de confiance pour encourager l'expression libre des attentes de la personne en s'appuyant sur des outils permettant de faciliter son expression. Cette approche participative et respectueuse contribue à améliorer la qualité de vie et le bien-être des personnes accueillies.

1.2.1.2 : La communication	
<ul style="list-style-type: none"> • Comment communiquez-vous avec votre entourage ? Ce moyen de communication vous convient-il ? est-il adapté ? • Parvenez-vous à échanger avec votre enfant et à vous comprendre ? • Votre enfant a-t-il besoin d'être accompagné dans l'utilisation/acquisition d'un mode de langage en particulier ? Si oui, lequel ? • Souhaiteriez-vous pouvoir bénéficier d'outils d'aide à la communication qui vous aideraient à mieux communiquer avec votre enfant ? 	
Le/la jeune	La famille


1.2.1.3 : Repérage dans l'espace	
<ul style="list-style-type: none"> • Comment te repères-tu à l'école, dans ton quartier ? • As-tu besoin d'accompagnement pour t'orienter, te déplacer d'un endroit à un autre, écrire, dessiner, pratiquer une activité manuelle ou physique ? 	
Le/la jeune	La famille

Tableau 12 : Extrait d'un des guides de recueil des attentes utilisé à la Fondation OVE.

- **Un exemple de Fiche Identité**

Une des applications intéressantes de l'ensemble de l'évaluation fonctionnelle des personnes accompagnées est, par exemple, la mise en place de fiches « identité ». En effet, la fiche identité est un outil précieux en établissement, notamment pour présenter la personne en quelques instants sans oublier d'informations importantes. Elle doit être datée et régulièrement réactualisée. Tout professionnel de la structure doit savoir où consulter ces fiches.

NOM :
PRENOM :
AGE :

Photo

Appel d'urgence

Situation familiale

Lieu de résidence ? Retour le WE ?
Droit à l'image

Autonomie

Repas ?
Hygiène ?
Déplacements ?

Communication

Verbal ? Non verbal ?
Pictogrammes ? images ? photos ? Objets ?
Gestes ?
Compréhension des supports visuels ?

Sensoriel

Points médicaux

Problème de santé particulier ?
Allergie ?
Traitement ?

Objectifs travaillés



1. Vie quotidienne
2. Communication
3. cognitif/scolaire/professionnel
- 4.

Troubles du comportement

Type ?
Protocole existant ?

Compétences sociales

Interactions ?
Emotions ?

Centres d'intérêt/renforceurs/activités non apprédées

Activités préférées

Vous pouvez préciser les activités non apprédées

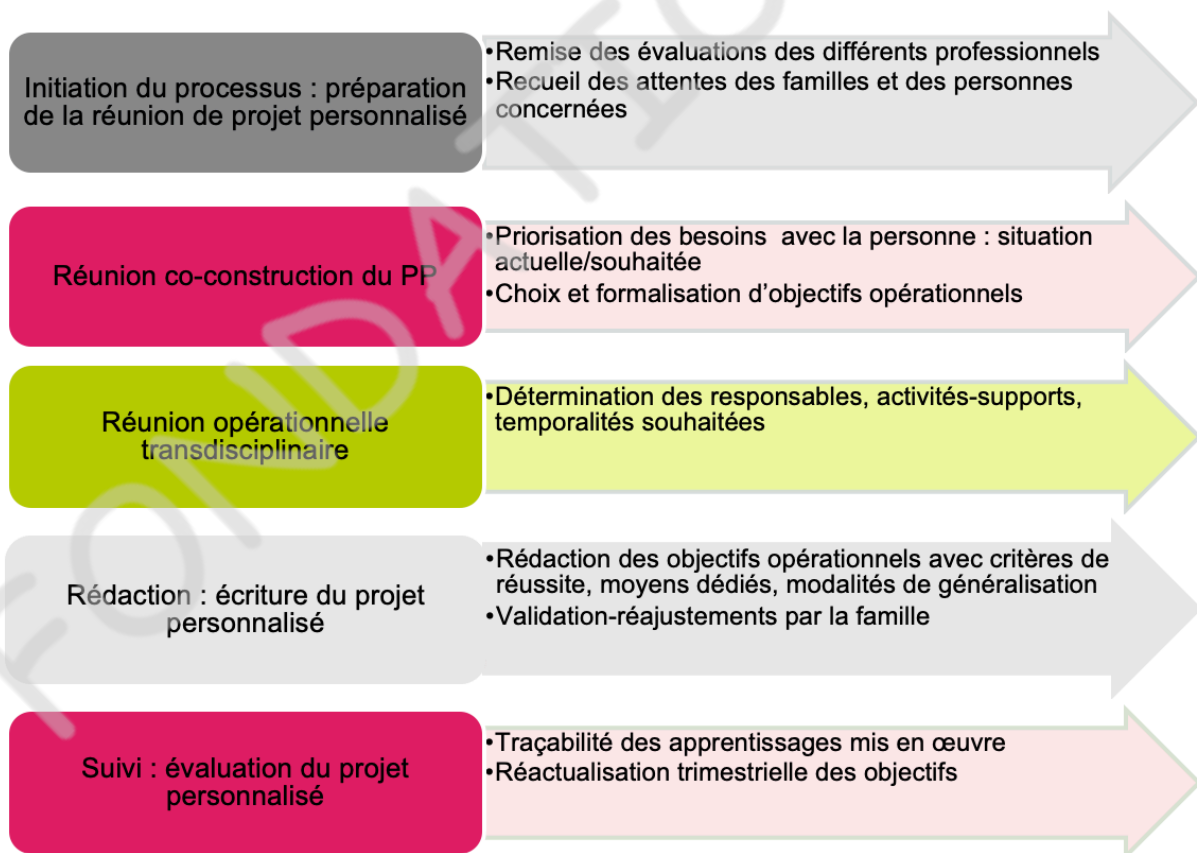
Autres fiches : Repas ? Toilette ? Soins ? Restrictions sociales ?

➤ Document rédigé le ... par ...

4.2.1.3 La co-construction des projets personnalisés

Pour les équipes	Pour les managers
<p>Utilisation d'un outil de recueil des habitudes de vie et de transposition vers un PP. (MHAVIE /EPO) → outil en construction dans le cadre du groupe de travail autour du projet personnalisé. Fin de l'utilisation du ROCS.</p>	<p>Création d'un process d'élaboration des projets personnalisés avec un mode opératoire en conformité avec les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS. → voir ci-dessous</p>
<p>Rédaction d'objectifs fonctionnels et réalistes dans le projet personnalisé → cf. méthode ci-dessous</p>	<p>Promouvoir et valoriser le management coopératif : tenue de réunions participatives, formation à des outils de management et de conduites de projets participatifs.</p>

• *Le process d'élaboration des projets personnalisés :*



- L'aide à la définition d'objectifs SMART et opérationnels, à la rédaction du projet personnalisé :

Prestations Nomenclature serafin-PH				
Objectif général				
	Objectifs opérationnels	Moyens Activités - supports	Echéance	Critères d'évaluation
Objectifs d'apprentissage 1				
Objectifs d'apprentissage 2				

Tableau 13 : Besoins et prestations de la nomenclature Serafin-PH.



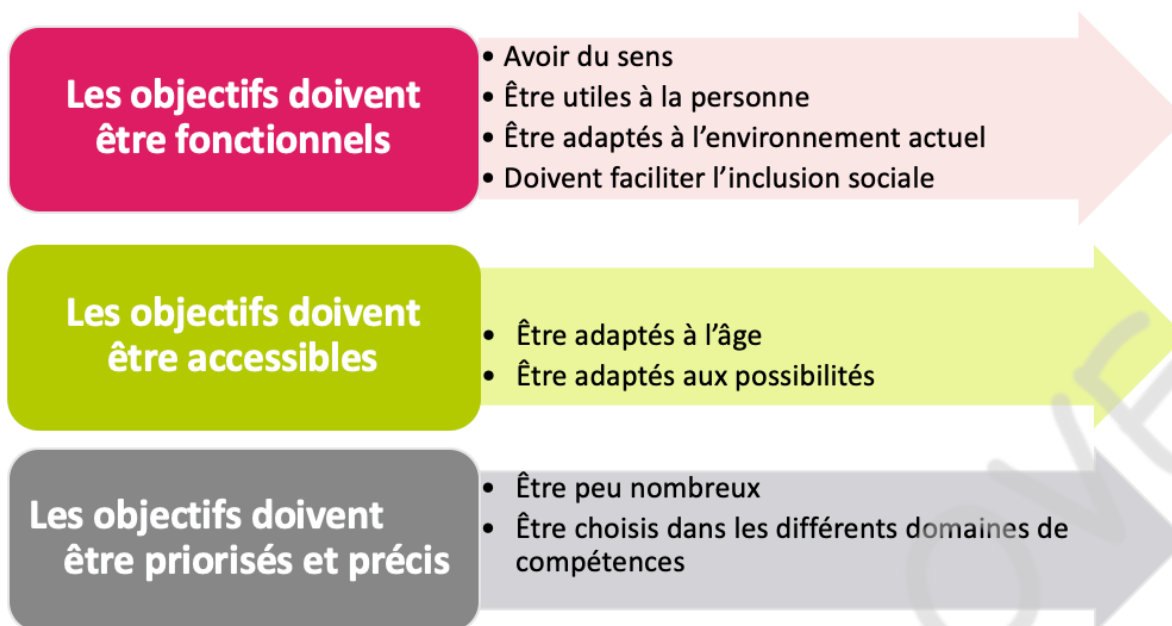
Objectif général : à choisir sur une liste prédéfinie de 10 objectifs issus de Ogirys :

- Développer les apprentissages et conduire sa vie professionnelle**
- Entretenir et prendre soin de sa santé**
- Exercer ses droits**
- Favoriser, maintenir, développer l'accès aux loisirs et à la culture**
- Favoriser, maintenir, développer le lien avec son entourage**
- Favoriser, maintenir, développer sa communication**
- Favoriser, maintenir, développer sa vie quotidienne**
- Favoriser, maintenir, développer sa vie sociale**
- Prendre des décisions adaptées et assurer sa sécurité**
- Vivre sa vie affective et sexuelle**

Les sous-domaines du projet personnalisé :

Enfants	Adolescents	Adultes
Communication	Communication	Communication expressive
Imitation	Imitation	Communication réceptive
Attention conjointe	Attention conjointe	Autonomie individuelle (propreté/habillage)
Discrimination visuelle	Discrimination visuelle	Autonomie collective (tâches ménagères)
Autonomie individuelle	Autonomie individuelle	Autonomie communautaire (Sorties extérieures)
Capacités et plaisirs du jeu	Capacités et plaisirs du jeu	Loisirs autonomes
Repérage spatio-temporel	Repérage spatio-temporel	Accès à la culture
Habituations aux soins	Habituations aux soins	Apprentissages sportifs
Compétences scolaires	Compétences scolaires	Accès aux soins somatiques
Fonctions cognitives	Fonctions cognitives	Habilités sociales
Habilités sociales	Habilités sociales	Insertion professionnelle
Taches collectives	Taches collectives	Vie affective et sexuelle
Loisirs	Loisirs	
	Activités ménagères	
	Activités communautaires	
	Compétences préprofessionnelles	
	Prérequis à la vie affective et intime	
	Transition de vie	

La formulation des objectifs opérationnels :



Un bon objectif est celui qui garantit une plus grande autonomie de vie.

4.2.1.4 La cohérence des accompagnements proposés

Pour les équipes	Pour les managers
Suivi régulier formalisé du projet personnalisé établi par le pilote. Précision des moyens organisationnels, humains et d'aménagements nécessaires à l'atteinte des objectifs.	Être garant du respect de la procédure «projet personnalisé» , compatible dans toutes ces étapes avec les RBPP.
Rédaction de fiches activités → cf. modèle ci-dessous	
Construction d' emploi du temps individualisé en fonction des attentes et des prestations répondant à ces attentes et aux besoins de la personne.	

- **Les moyens**

Il est nécessaire de préciser les moyens organisationnels, humains et les aménagements nécessaires à l'atteinte des objectifs : cadres d'enseignements, matériel nécessaire, degré d'aide et d'aménagement à mettre en place, intervenants impliqués dans l'enseignement et sa généralisation. En ce qui concerne les plans d'enseignement, ils peuvent figurer en annexe du projet personnalisé. Pour chaque objectif, un plan d'enseignement précis peut être construit.

Dans les structures à faible taux d'encadrement et/ou à fort turn-over, il est possible de les simplifier. Il est important de construire des fiches activités avec des objectifs généraux de l'activité, les objectifs spécifiques de l'activité, le matériel nécessaire et sa structuration, les personnes qui déploient l'activité, son déroulé et les cibles individuelles.

• Exemple de fiche activités

OÙ :					
QUAND :					
COMBIEN DE TEMPS :					
QUI :					
REFERENTS :					
OBJECTIFS GENERAUX :					
OBJECTIFS OPERATIONNELS :					
• AU PLAN DE LA SOCIALISATION					
• AU PLAN DE LA COMMUNICATION					
- Expressive					
- Réceptive					
• AU PLAN DE LA MOTRICITE/ DE L'IMITATION/DE LA SENSORIALITE					
• AU PLAN DES HABILETES SOCIALES/ DU COMPORTEMENT					
• AU PLAN DE L'AUTONOMIE					
PREPARATIONS MATERIELLES					
AMENAGEMENTS SENSORIELS					
RESSOURCES HUMAINES					
DEROULE					
1.					
2.					
3. ...					
CIBLES INDIVIDUELLES (grille NET – cotation cibles individuelles - annexe n°4)					
	Personne 1	Personne 2	Personne 3	Personne 4	Personne 5
Liste des choses agréables à réaliser au cours de cette activité.					
Objectifs Communication expressive					
Objectifs Communication réceptive					
Objectifs Socialisation					
Objectifs Sensorialité/motricité/imitation					
Objectifs Autonomie					

4.2.2. Les pratiques professionnelles

4.2.2.1 La formation et les stratégies de formation

Pour les équipes	Pour les managers
Pour tout nouveau professionnel non formé, faire dès son arrivée une sensibilisation aux TND (ex : formation TND en e-learning de l'UNESS)	Flécher une formation TND pour tout nouveau salarié non formé (manager compris)
Intégrer, chaque fois que possible, les familles dans les formations	Créer une stratégie de formation (parcours de formation) → voir le focus ci-dessous
	Relier chaque formation à des objectifs précis décliné dans un plan d'action partagé au sein de la structure
	Instaurer de la supervision des pratiques professionnelles
	Intégrer les familles dans les formations

Focus sur la mise en place d'une stratégie de formation pluriannuelle

Investir dans la formation en la programmant de façon pluriannuelle revient à mettre en place une stratégie de formation dans le but de servir la qualité d'accompagnement et de soutenir l'engagement profond et la motivation des professionnels.

La dynamique de formation ne doit pas résulter d'une simple réflexion autour d'un développement des compétences individuelles et collectives, mais relever d'une véritable stratégie, s'appuyant sur une approche structurée dans le temps (court, moyen et long terme).

Une stratégie de formation doit donc prendre appui sur :

- **L'évaluation des Besoins** de la structure : étape nécessaire, la stratégie de formation ne peut se faire sans avoir bien identifié les besoins spécifiques de l'ESMS et des professionnels en matière de formation. Cela peut donc prendre plusieurs formes : la grille d'autodiagnostic (issue de ce modèle), l'entretien d'activité⁹, les retours d'évaluations externes, les comptes rendus de réunions, les conclusions de groupes de travail, les interrogations évoquées par les groupes « Droit d'expression » ...
- **La définition des objectifs** : la stratégie de formation doit établir des objectifs clairs et mesurables (SMART), alignés sur les besoins identifiés et sur les objectifs de l'établissement ou

9 Le format et le support actuellement proposé pour l'entretien d'activité est retenu comme peu adapté.

de l'organisation.

- **L'évaluation et le feedback** : la stratégie doit intégrer les mécanismes d'évaluation pour mesurer l'efficacité des formations et l'impact sur la qualité des accompagnements. Une grille de mesure d'impact pourrait être proposée.
- **Le suivi et l'accompagnement des pratiques** : l'accompagnement et le suivi des pratiques mises en place par les professionnels après la formation doivent être bien identifiés dans la stratégie (supervision des pratiques) pour s'assurer que les compétences acquises sont effectivement appliquées dans le travail quotidien. Il s'agit de mettre en place une véritable dynamique de supervision des pratiques.
- **Le contenu de la formation** : développer un contenu qui couvre les principaux aspects des TND, y compris les caractéristiques des troubles, les stratégies d'intervention, les approches pédagogiques, et les techniques de communication adaptées.
- **Les méthodes pédagogiques** : utiliser une variété de méthodes pédagogiques pour répondre aux différents styles d'apprentissage. Cela peut inclure des formations en présentiel, des modules en ligne, des études de cas, des jeux de rôle, des ateliers pratiques...
- **L'implication des experts** : faire appel à des experts internes OVE dans le domaine des TND pour animer des sessions de formation. Leur expertise et leur expérience peuvent enrichir le contenu et fournir des perspectives précieuses. Cette expertise peut aussi se mettre au service de la supervision.
- **Impliquer les familles lors des sessions de formations** (soit pour participer en tant qu'apprenant avec les professionnels, soit pour soutenir l'expertise).
- **Soutenir l'apprentissage continu** et l'application des compétences acquises en fournissant des ressources supplémentaires, telles que des guides, des articles, et des accès à des réseaux de professionnels (communautés de pratique).
- **Encourager une culture de collaboration et de partage d'expériences entre professionnels** par le biais de réunions régulières, de groupes de travail ou de forums en ligne, de bourse des savoirs, de trocs d'outils...

4.2.2.2. Les méthodes, pratiques et outils utilisés

Pour les équipes	Pour les managers
Utilisation d'outils recommandés et scientifiquement reconnus pour le diagnostic et l'évaluation fonctionnelle. → cf. liste d'outils et évaluations détaillées ci-dessous.	Être garant des outils utilisés et faciliter la mise à disposition des outils pour les équipes.
NON utilisation d'approches jugées non consensuelles, non recommandées et non reconnues (ex : padovan...)	Être garant des méthodes utilisées.
Multiplicité de méthodes utilisées qui se complètent pour répondre au mieux au besoin des personnes accompagnées	Favoriser au sein de la structure le travail transdisciplinaire et le partage des pratiques

La synthèse des outils d'évaluation préconisés par domaines ou thématiques

Les outils présentés dans les paragraphes suivants sont des outils validés scientifiquement et référencés dans les RBPP au moment de la rédaction du document (Mars 2025). Les outils d'évaluation sont sans cesse réétalonnés afin de correspondre à la population du moment. Ils font donc l'objet d'une actualisation régulière.

Nom	Population cible	Quoi ? comment ?	Par qui ?
Efficience intellectuelle			
DI légère			
WPPSI IV	2A 6M à 7A 7M	Echelle verbale	Psy/neuropsy
WISC V	6A à 16A 11M	Echelle verbale	Psy/neuropsy
WAIS IV	16A à 80A	Echelle verbale	Psy/neuropsy
WNV	4A à 21A 11M	Echelle non verbale	Psy/neuropsy
DI modérée			
WPPSI	2A 6M à 7A 7M	Echelle verbale	Psy/neuropsy
WISC V	6A à 16A 11M	Echelle verbale	Psy/neuropsy
WAIS IV	16A à 80A	Echelle verbale	Psy/neuropsy
WNV	4A à 21A 11M	Echelle non verbale	Psy/neuropsy
Son-R	2A 6M à 7A	Echelle non verbale	Psy/neuropsy
LEITER-3	3A à 79A	Echelle non verbale	Psy/neuropsy
DI sévère			
LEITER-3	3A à 79A	Echelle non verbale	Psy/neuropsy

Nom	Population cible	Quoi ? comment ?	Par qui ?
Compétences adaptatives :			
Évaluer le comportement socio-adaptatif, préciser points forts et point faibles de la personne par rapport à ses propres compétences, évaluer les comportements problématiques			
Vineland II	1A à 90A	Déficiência légère, modérée et sévère	Tout professionnel de l'accompagnement formé à l'outil.

Nom	Population cible	Quoi ? comment ?	Par qui ?
Langage			
CELF-V	5A à 18A11M	Compétences langagières et de communication	Ortho / neuropsychy
EXALANG	3/6 – 5/8 – 8/11- 11/15	Évaluation troubles langage oral et écrit	Ortho
EVALO	2A à 6A	Évaluation langage oral (version courte et longue)	Ortho
EVALEO	6A à 15A	Évaluation langage oral et écrit	Ortho
ComVoor-2	Enfants ou adultes avec âge développemental entre 12 et 60 mois	Déficiência sévère	Tout professionnel de l'accompagnement formé à l'outil
VB-MAPP (méthodologie d'enseignement issue de l'ABA)	Enfant avec TND ou n'importe quelle personne présentant des troubles du langage	Évaluation des compétences de langage et d'apprentissage	Toute personne formée
BELO (lecture, orthographe)	6 à 7A		Ortho
Alouette-R	6 à 16A	Lecture d'un texte dépourvu de sens	Ortho
ECLA +16 (compétences en langage écrit)	16A et adultes		Ortho/psycho/ médecin

Nom	Population cible	Quoi ? comment ?	Par qui ?
Sensori-motricité et Coordination motrice			
Pour une évaluation globale			
MABC-2	3A à 16A11M	Évaluation des compétences motrices : équilibre, visser/ attraper, dextérité manuelle	Ergo/psychomot
DF-MOT	0-4A	Évaluation du développement fonctionnel moteur	Ergo/psychomot/ médecin
NP-MOT	4A – 8A6M	Évaluation des fonctions neuro-psychomotrices	Ergo/psychomot
Talbot	0 à 6A -Test plus édité	DI sévère	Ergo
Profil sensoriel de Dunn	7M à 35 M : questionnaire jeunes enfants 3A à 14 A 11M : enfants et scolaires	Évaluation de la sensorialité	Tout professionnel formé
ESAA	Adultes avec autisme	Évaluation de la sensorialité et aide à l'élaboration d'un programme d'accompagnement sensoriel	Tout professionnel de l'accompagnement formé
EPSA	2 A à 12 A	Mesures des atypies sensori-motrices	Psychomotriciens
Pour une évaluation plus spécifique			
Dextérité Manuelle/vitesse d'exécution			
Purdue Pegboard	> 6A		Ergo
Imitation de gestes simples et complexes			
EMG	De 4A à 7A		Ergo/psychomot
Ecriture			
BHK	6A à 11A	Copie	Ergo/psychomot
BHK ado	12A à 15A	Copie	Ergo/Psychomot
Lenteur d'écriture Lespargot	De 7A à 11A	Dictée-copie-répétition	Ergo/psychomot

Nom	Population cible	Quoi ? comment ?	Par qui ?
Fonctions cognitives spécifiques			
Attention et fonctions exécutives			
Questionnaires			
BRIEF	De 5 à 18A	Hétéro-questionnaire	Psy/neuropsychy/ médecin
BROWN EF/A	De 6 à 18A	Hétéro-questionnaire	Psy/neuropsychy
Conners 3	De 6 à 18A	Hétéro-questionnaire	Psy/neuropsychy
DIVA 2	Adulte	Questionnaire d'entretien structuré	Neuropsychy/médecin
Evaluations formelles			
TEA-CH	De 6A à 12ans11M	Évaluation capacités attentionnelles	Psy/neuropsychy/ergo Psychomot/ortho
D2-R	À partir de 9 ans	Évaluation des capacités attentionnelles	Neuropsychy
GRFEX	De 20A à 60A	Évaluation des fonctions exécutives	Psy/neuropsychy/ortho
TAP	De 6 à 90A selon les subtests	Évaluation de l'attention	Neuropsychy
KITAP	De 6 à 10A	Évaluation capacités attentionnelles	Neuropsychy
Laby 5/12	De 5A à 12A 11M	Évaluation des FE notamment planification et inhibition	Tout professionnel de santé
Test des commissions	Adolescents et adultes	Évaluation des FE notamment planification et organisation	Neuropsychy
Tour de Londres	A partir de 8 ans	Évaluation des FE notamment planification et organisation	Neuropsychy
Mémoire			
CMS	De 5 à 16A	Évaluation de la mémoire auditive et visuelle	Psy/neuropsychy

RL/RI 16	A partir de 16 ans	Évaluation de la mémoire épisodique auditivo-verbale	Psy/neuropsy
MEM IV	De 16 ans à 90 ans 11 mois	Évaluation des capacités mnésiques	Psy/neuropsy
BEM 144/84	De 16 à 85A	Évaluation de la mémoire antérograde	Psy/neuropsy
Fonctions visuo-spatiales			
BEERY VMI 6	2A à 99A	Évaluation des habiletés visuelles et motrices	Ergo/psy/neuropsy/ Médecin
DTPV-3	4A à 12A 11M	Évaluation de la perception visuelle et de l'intégration visuomotrice	Ergo/psy/neuropsy
Test figure complexe de Rey	+ de 3A à l'âge adulte	Évaluation des compétences perceptives, visuo-spatiales et visu constructives	Ergo/psy/neuropsy/ Psychomot
Santucci	4 à 6A	Évaluation de l'organisation grapho-motrice	Ergo/psy/neuropsy/ Psychomot
Mathématiques			
TEDI maths	5 à 8A	Évaluation des troubles des apprentissages numériques	Psy/neuropsy/ergo / ortho
UDN-3	4 à 15A 11M	Évaluation dynamique de la pensée logique	Psy/neuropsy/ergo / ortho
Zareki-R	6 à 11A	Évaluation du traitement des nombres et du calcul	Psy/neuropsy/ergo / ortho
Examaths 8/15 A	Enfants de 8 à 15 ans	Logiciel de bilan destiné à évaluer les représentations et conduites numériques, le calcul, la résolution de problèmes, le raisonnement verbal et non verbal, le lexique spécifique	Ortho/Neuropsy
Batterie composite			

NEPSY II	De 5 à 16A11M	Évaluation du profil neuropsychologique présentant des troubles d'apprentissage, attentionnels, du langage, perceptifs/moteurs, de troubles neurologiques, développementaux.	Psy/neuropsych/ergo Psychomot
BMT-i	De 4 à 13A	Évaluation des différents apprentissages et fonctions cognitives	Tout professionnel de santé
PEP-3	De 6M à 7A1/2 avec un usage possible jusqu'à 12 (si AD<7ans) TSA	Évaluation développementale et des comportements liés au TSA	Toute personne de l'accompagnement formé
TTAP	+ 12A personnes avec TSA et DI	Continuité du PEP, force et faiblesse de la personne selon les domaines de fonctionnement	Toute personne formée
EFI-Ré	Ado et adultes TSA avec DI sévère	Observation formalisée des compétences fonctionnelles	Toute personne formée
AFLS	Enfants, ado et adultes ayant un TDI ou un TSA de 1 an à + de 60 ans)	Évaluation des compétences fonctionnelles de vie (à domicile, à l'école et dans la communauté)	Toute personne formée
EPO	Enfants, ado et adultes présentant un TSA, un TDI ou un polyhandicap	Évaluation pour la programmation des objectifs précis et fonctionnels	Tout professionnel de l'accompagnement

Nom	Population cible	Quoi ? comment ?	Par qui ?
Troubles du comportement			
ABC	+ de 6A et adultes	Évaluation des troubles du comportement	Tout professionnel de l'accompagnement
EPOCAA	+ de 16A et adultes chez des personnes autistes déficitaires	Évaluation des troubles du comportement	Tout professionnel de soin
EEF	Toute personne présentant des troubles du comportements	Entretien d'évaluation fonctionnelle	Tout professionnel de l'accompagnement formé
FAST	Toute personne présentant des troubles du comportements	Outil d'identification des facteurs influençant l'apparition des comportements problèmes	Tout professionnel de l'accompagnement formé
BASC-3	De 3 à 11 A	Identification des problématiques émotionnelles et comportementales	Psy/neuropsy/ médecin
ADAMS	+ de 10A et adultes	Évaluation de l'anxiété, la dépression et les troubles de l'humeur	Psy/neuropsy/ médecin

Nom	Population cible	Quoi ? comment ?	Par qui ?
Douleurs			
GED-DI	+ de 3 ans et adultes	Hétéro-questionnaire	Toute personne formée
EDAAP-2	Adolescents/adultes polyhandicapés	Hétéro-questionnaire	Toute personne formée
ESDAA	Personnes dyscommunicantes avec TSA	Echelle simplifiée de la douleur	Toute personne formée
FLACC	De la naissance à 18 ans mais validée de 2 mois à 7 ans	Évaluation de douleur post-opératoire initialement puis douleur aiguë d'un soin	Tout professionnel du soin et de l'accompagnement formé

Nom	Population cible	Quoi ? comment ?	Par qui ?
Dépistage et diagnostic des TSA			
SCQ	Enfants et adolescents	Entretien semi-dirigé	Tout professionnel de l'accompagnement
PDD-MRS	De 2A à 70 ans présentant une DI	Entretien semi-dirigé	Tout professionnel de l'accompagnement formé
M-CHAT	De 16 à 30 mois	Hétéro-questionnaire	Tout professionnel de l'accompagnement
CARS-2	2A et adultes	Identification de la présence, de l'intensité des symptômes associés au TSA	Tout professionnel de l'accompagnement formé
ADOS-2	1A à 80A	Mise en situation avec objet pour diagnostic TSA	Tout professionnel de l'accompagnement formé
ADI-R	Enfants et adultes ayant un âge développemental > 2 ans	Entretien semi-dirigé pour diagnostic TSA	Tout professionnel de l'accompagnement formé

Tableau 14 : Tableau inspiré du guide de l'évaluation multidimensionnelle dans la déficience intellectuelle par Défi Science (2022) et complétée par des professionnels de la Fondation OVE.

Les évaluations détaillées dans le champ des troubles du neurodéveloppement

1. L'évaluation psychométrique et le comportement adaptatif

Cette évaluation est la base du bilan psychologique et permet le diagnostic différentiel en révélant l'efficiace intellectuelle. Elle permet de définir où se situe la personne par rapport à la norme attendue selon son âge. Cette évaluation est réalisée exclusivement par un psychologue (voir annexe sur les différents types de psychologues).

L'évaluation des capacités cognitives doit être réalisée à l'aide d'outils standardisés tels que les échelles de Wechsler.

Il existe plusieurs versions en fonction des âges :

WPPSI (4ème Édition)	Echelle d'intelligence de Wechsler pour enfants	2 ans 6 mois à 7 ans 7 mois
WISC (5ème Édition)	Echelle d'intelligence de Wechsler pour enfants et adolescents	6 ans à 16 ans 11 mois
WAIS (4ème Édition)	Echelle d'intelligence de Wechsler pour adultes	16 ans à 79 ans 11 mois.
WNV	Echelle non verbale d'intelligence	4 ans à 21 ans 11 mois.

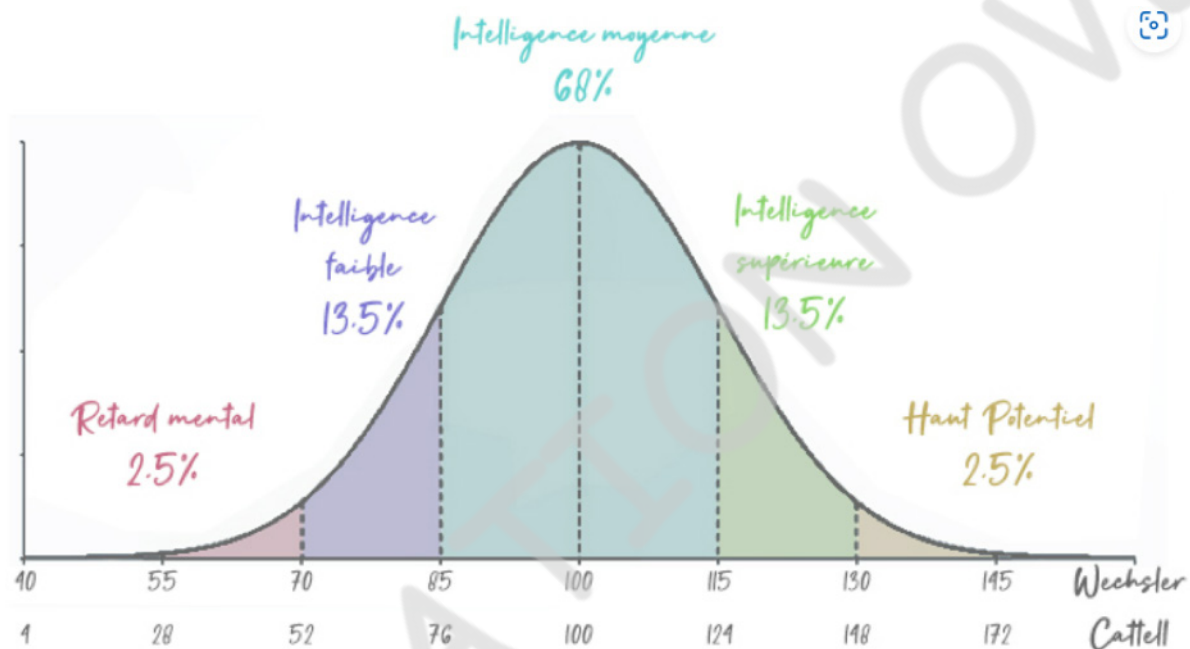


Figure 20 : Courbe de répartition des QI suivant la courbe normale de Gauss.

Source : <https://connectthedots.fr/classification-du-qi/>

Le calcul de l'efficacité intellectuelle regroupe :

- Les capacités de raisonnement verbal avec un indice de compréhension verbale (ICV) qui évalue les aptitudes langagières en sollicitant le raisonnement, la catégorisation, la compréhension et la conceptualisation. Les épreuves évaluent la capacité à former des concepts verbaux, à faire du lien entre des informations et ses connaissances lexicales.
- Les capacités de raisonnement non verbal avec un indice de raisonnement fluide (IRF) qui permet l'évaluation du raisonnement conceptuel et séquentiel abstrait à partir de stimuli visuels, notamment les capacités d'induction et le raisonnement quantitatif. Il s'agit de la capacité à faire des liens logiques et déduire de nouvelles règles sans implication du langage.
- Les compétences visuo-spatiales sont évaluées via l'indice visuo-spatial (IVS) qui met en avant les habiletés constructives et la capacité d'établir des relations spatiales.

A noter que dans la WAIS, les indices IRF et IVS sont regroupés sous une même catégorie formant ainsi l'indice de raisonnement perceptif (IRP).

- La mémoire de travail (IMT) qui assure la rétention d'informations pendant un temps très court et permet ensuite leur manipulation durant la réalisation de tâches plus ou moins complexes.
- La vitesse de traitement (IVT) qui permet le traitement rapide d'une tâche visuelle en impliquant la coordination oculomotrice.

Il est possible de calculer un quotient intellectuel total (QIT) si le profil est homogène. En cas de profil hétérogène, l'indice d'aptitudes générales (IAG) peut donner des indications quant aux compétences de raisonnement indépendamment des aptitudes de mémoire de travail et vitesse de traitement. L'indice non verbale (INV) apporte des éléments concernant les aptitudes globales en utilisant des épreuves qui ne nécessitent aucune réponse verbale. L'indice de compétences cognitives (ICC) estime l'efficacité avec laquelle l'information cognitive est traitée.

Lorsqu'il n'est pas possible de réaliser une échelle de Wechsler, l'utilisation du **PEP-3, Profil psycho-éducatif 3ème édition**, adaptée aux enfants de 2 ans à 7 ans 6 mois, permet d'élaborer un profil autour de domaines développementaux, tels que la cognition préverbale et verbale, le langage expressif et réceptif, la motricité fine et globale et l'imitation visuomotrice, ainsi qu'autour d'éléments comportementaux tels que l'expression affective, la réciprocité sociale, les comportements moteurs et verbaux caractéristiques.

Le PEP-3 permet la mise en évidence de points forts, d'intérêts et des difficultés rencontrées. Ce test peut être réalisé par des psychologues, éducateurs spécialisés, médecins ou paramédicaux formés à l'utilisation de cet outil.

D'autres échelles d'évaluation non verbales peuvent également être utilisées telles que :

La **SON-R** pour un public âgé entre 2 ans ½ et 7 ans présentant des difficultés de langage ou ne maîtrisant pas la langue française pour cette échelle, est totalement non verbale et propose des consignes visuelles avec des exemples pour bien s'assurer de leur compréhension.

Le test comporte deux catégories regroupant chacune trois subtests. On retrouve ainsi le raisonnement d'un côté avec des épreuves de catégorisation, d'analogie et de compréhension et résolution de situations. De l'autre côté se trouvent les épreuves de performance recoupant les mosaïques, puzzles et dessins.

Le **Leiter-3** conçu pour les personnes entre 3 et 75 ans. Il s'agit également d'une échelle totalement non verbale, idéale pour les personnes présentant des difficultés de communication. Elle comprend 10 sous-tests regroupés en deux échelles principales. Les tâches ludiques permettent l'engagement de la personne évaluée en contribuant au maintien de son intérêt.

- L'échelle cognitive qui mesure l'intelligence fluide à travers des tâches telles que l'ordre séquentiel, la complétion de formes, les analogies, la classification et les figures répétitives.
- L'échelle Attention - Mémoire qui évalue les processus d'encodage, de mémoire à court terme

et de travail visuelle ainsi que les aptitudes d'attention soutenue et divisée.

La Vineland 2 ou Echelles de comportement adaptatif est un outil d'évaluation utilisé pour mesurer les compétences adaptatives des personnes de 1 à 90 ans. Sous forme d'entretien semi directif réalisé par un professionnel formé, un parent ou un proche de la personne évalué répond à un certain nombre de questions autour de quatre domaines. La communication, les compétences de vie quotidienne, la socialisation et les compétences motrices proposée uniquement pour les jeunes enfants.

2. L'évaluation des processus attentionnels et exécutifs

Les processus attentionnels et exécutifs jouent un rôle crucial dans nos activités quotidiennes. Les processus attentionnels permettent le maintien de la vigilance, la concentration sur des tâches spécifiques, la sélection des informations pertinentes et d'ignorer les distractions. Les processus exécutifs, quant à eux, favorisent le contrôle et la régulation. Ils permettent ainsi de planifier, d'organiser, prendre des décisions, résoudre des problèmes et réguler ses comportements et l'impact des émotions. Les aptitudes attentionnelles et exécutives peuvent impacter les apprentissages, le travail et les interactions sociales tout autant que les activités de la vie quotidienne.

Les difficultés attentionnelles se manifestent par une incapacité à maintenir son attention sur une tâche ou à contrôler des distractions. Elles peuvent être temporairement influencées par divers facteurs tels que l'anxiété ou le manque de sommeil. En revanche le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) est un trouble neurodéveloppemental caractérisé par des symptômes persistants d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité qui entravent significativement le fonctionnement quotidien. Il est donc primordial de coupler les épreuves attentionnelles à des échelles d'évaluation des comportements dans les activités de la vie quotidienne telles que la BRIEF, la BROWN ou le CONNERS.

Aussi, les outils d'évaluation recommandés sont :

1. Test d'évaluation de l'attention chez l'enfant - Tea-Ch

Proposé à partir de 6 ans jusqu'à 12 ans 11 mois. Le test propose deux versions parallèles permettant la réévaluation et d'observer ainsi l'efficacité d'une remédiation ou d'une médication. Dans cet outil, les trois principales modalités de l'attention sont évaluées :

- L'attention soutenue, soit la capacité à se concentrer sur une activité.
- L'attention sélective ou focalisée, qui permet d'observer la capacité à résister aux distractions.
- Le contrôle attentionnel favorise le changement de direction de l'attention.

Il est important de savoir que la plupart des épreuves de la Tea-Ch implique, en plus des processus attentionnels, la mobilisation d'autres processus tels que la mémoire de travail ou certains processus exécutifs. Il conviendra donc d'être formé à l'exploration des fonctions

attentionnelles afin de pouvoir déterminer l'origine des difficultés.

2. Test d'évaluation de l'attention informatisé - TAP et KITAP

La TAP est une batterie d'évaluation informatisée permettant l'évaluation des capacités attentionnelles et exécutives chez l'enfant et l'adulte, de 6 ans à 89 ans.

La KITAP est un outil d'évaluation informatisé conçu pour optimiser la motivation grâce à une présentation ludique et adaptée à l'âge des enfants, de 6 à 12 ans. Le choix de cette présentation permet de renforcer l'intérêt pour les tâches mettant ainsi de côté une éventuelle problématique motivationnelle.

A noter également que pour les deux tests, les épreuves sont non verbales et le test disponible en plusieurs langues.

Ces outils permettent d'évaluer :

- La rapidité de réaction. Il s'agit de l'alerte phasique
- Le balayage visuel
- La capacité à gérer plusieurs tâches en simultané (attention divisée)
- Le maintien de l'attention sur une tâche pendant une période prolongée (attention soutenue)
- La capacité à rester concentrer en dépit des distractions (distractibilité)
- La vigilance qui permet à l'enfant de rester attentif et réactif à des stimuli rares et imprévisibles
- La capacité à passer d'une tâche à une autre (flexibilité)
- La capacité à inhiber des réponses inappropriées via des épreuves de Go/No-Go (impulsivité)

Il n'est cependant pas nécessaire d'utiliser une batterie complète pour réaliser une évaluation des processus attentionnels, seules quelques épreuves permettent d'avoir une évaluation des compétences :

3. Barrage de Mesulam – capacités d'attention sélective visuo-spatiales, stratégie de balayage visuel

Le test se fait en deux étapes et comporte deux versions. La première comporte des symboles et le stimulus est la forme « ✱ », la seconde comporte des lettres et la lettre stimulus est le « A ».

Chaque stimulus est présent 60 fois sur chaque page. Pour chaque version on retrouve deux feuilles, la première avec les items déposés de façon aléatoire, la seconde avec les items rangés de manière linéaire.

Le test peut s'effectuer à partir de 6 ans jusqu'à plus de 65 ans. Deux notes sont calculées sous forme d'écart-type : le temps de réalisation ainsi que le nombre d'omissions.

4. Test d'attention concentrée du D2-R

Le test d2-R est une épreuve de discernement de détails qui a pour but de contrôler l'attention visuelle et la capacité de concentration à partir de 9 ans.

Quatre indices sont calculés afin de déterminer le style de travail de la personne et l'évolution de sa concentration :

- CC – la capacité de concentration ou la performance de concentration
- CCT – le rythme de travail ou la vitesse de traitement
- E% – la précision dans le traitement
- Courbe de travail – constance ou variabilité de la performance

L'épreuve proposée ne dépend pas de l'intelligence de la personne mais plutôt de son aptitude à discerner les détails. Elle exige un effort d'attention visuelle concentrée.

5. Épreuves de la NEPSY 2

Attention Auditive et Réponses associées

Cette épreuve est composée de deux étapes :

- La première pour les jeunes entre 5 et 16 ans permet d'évaluer la vigilance via l'attention sélective auditive et son maintien.
- La seconde à partir de 7 ans jusqu'à 16 ans permet d'évaluer la capacité à modifier et maintenir un nouveau pattern de réponses complexes : flexibilité mentale et inhibition.

Pour chaque étape, sont calculées :

- Les réponses correctes
- Les différentes erreurs (commission, omission, inhibition)
- La comparaison entre les réponses correctes et les erreurs

Catégorisation

Cette épreuve vise à mesurer la capacité de l'enfant, de 7 ans à 16 ans 11 mois, à regrouper des éléments en catégories basées sur des caractéristiques communes. Pour cela il doit observer et classer en deux groupes de quatre, les cartes selon des critères spécifiques (taille, nombre, ...).

En plus des aptitudes de raisonnement catégoriel, cette épreuve permet l'évaluation de la flexibilité cognitive spontanée, c'est à dire la capacité à générer de nouvelles idées de manière autonome. D'autres compétences sont également nécessaires à la bonne réussite de cette épreuve telles que la planification, les compétences de résolution de problèmes, l'initiation et le maintien de l'effort.

Inhibition

Cette épreuve permet d'évaluer la capacité d'un enfant, de 5 à 16 ans 11 mois, à contrôler ses réponses impulsives tout comme sa flexibilité cognitive et sa vitesse de traitement d'informations visuelles. Contrairement aux épreuves de Stroop, cette épreuve n'implique pas la maîtrise du langage écrit puisqu'il s'agit de formes.

Une série de stimuli visuels est présentée à l'enfant qui doit les nommer aussi vite que possible. Dans un second temps il doit nommer la forme inverse de celle observée puis nommer les formes selon différents critères en fonction de la couleur. Cette dernière forme n'est disponible qu'à partir de 7 ans.

6. GREFEX

Le GREFEX (Groupe de Réflexion sur l'Évaluation des Fonctions Exécutives) est une batterie de tests conçus pour évaluer les fonctions exécutives chez l'adulte. Composée de plusieurs épreuves telles que :

- Le **test de Stroop** qui évalue les capacités d'inhibition et de contrôle attentionnel. Cette épreuve implique le langage écrit et ne peut être efficiente en cas de difficultés à ce niveau.

Rouge
Vert
Bleu

On présente trois planches de mots, couleurs et interférence (mots écrits dans une autre couleur). Il est demandé de nommer le mot puis la couleur et enfin la couleur sans prendre en compte le mot écrit.

Il existe une version enfant – Test d'attention sélective de Stroop (Albaret) pour les enfants de 7 ans 6 mois à 15 ans 5 mois.

- Le **test des 6 éléments** évalue la capacité d'une personne à planifier et organiser la réalisation de plusieurs tâches en simultanément tout en évitant certaines erreurs de persévération dans une contrainte de temps. Ainsi la personne doit réaliser, dans un temps limité, six tâches (calculs, rédaction, dessin, lecture, mémoire, classement) différentes réparties en trois catégories. Elle doit alterner entre les tâches de façon à ne pas effectuer à la suite, deux tâches de la même catégorie.

- Le **TMT (Trail Making Test)** évalue la vitesse de traitement, la capacité de balayage visuel ainsi que la flexibilité cognitive réactive. C'est-à-dire la capacité à s'adapter rapidement à de nouvelles situations lorsqu'il y a un changement.

Ainsi le TMT est une épreuve consistant à relier des chiffres dans l'ordre croissant puis dans un second temps à alterner entre un chiffre en ordre croissant et une lettre dans l'ordre de l'alphabet. Il existe plusieurs versions de ce test en termes d'âge ou de stimuli (forme ou couleur).

- Le **Brixton Spatial Anticipation Test** permet d'évaluer la capacité à détecter et suivre des règles tout en anticipant des séquences visuo-spatiales.

Le test se compose de 56 pages représentant chacune une grille avec un cercle plein à une position différente. L'objectif est de prédire la position du cercle sur la page suivante en se basant sur une règle implicite qui change périodiquement.

- La **Double tâche de Baddeley permet** de comprendre comment une personne peut gérer plusieurs tâches en simultanément tout en évaluant les capacités de mémoire de travail et gestion de l'attention.

Ainsi l'épreuve se compose de trois étapes. Lors de la première, il faut mémoriser et rappeler une série de chiffres présentés oralement. Dans la seconde, il faut cocher des cases en suivant un parcours. Enfin, lors de la troisième, il faut réaliser ces deux tâches en simultanément.

- Les **fluences verbales** évaluent la capacité de recherche lexicale ainsi que la flexibilité mentale spontanée en demandant d'énoncer le plus de mots possibles dans un temps imparti. Il s'agit soit de mots appartenant à une même catégorie, soit de mots commençant par la même lettre.

- Le **MCST (Modified Card Sorting Test)** est une adaptation du Wisconsin Card Sorting Test qui permet d'évaluer la flexibilité mentale, la capacité de catégorisation et la résolution de problèmes. La personne doit trier des cartes et adapter sa stratégie de tri en réponse à des changements de règles. Il n'est pas informé à l'avance des règles de tri mais doit les déduire à partir du feedback de l'examineur.

7. Tour de Londres

Ce test développé par Tim Shallice en 1982 évalue spécifiquement la planification et l'organisation d'actions dans le but d'atteindre un objectif spécifique.

Le test utilise une base en bois avec trois piquets de hauteur différentes et trois boules de couleurs variées. L'objectif est de déplacer les boules d'une configuration initiale à une configuration finale en utilisant un nombre de déplacements imposé.

8. Test des commissions & test des errances multiples (TEM)

Ces outils permettent d'évaluer les fonctions exécutives dans un contexte de vie réelle et visent à mesurer la capacité d'une personne à planifier, organiser et exécuter plusieurs tâches en même temps tout en respectant des règles spécifiques (éviter les déplacements inutiles, respecter des contraintes horaires, ne pas avoir à porter trop lourd, ...). La personne doit alors planifier l'ordre d'exécution de ces tâches.

9. Les échelles d'évaluation des comportements dans les activités de la vie quotidienne

BRIEF – Inventaire d'évaluation comportementale des fonctions exécutives

Plusieurs versions de cet outil existent afin de pouvoir balayer tous les âges de vie :

BRIEF P	Version Préscolaire	2 ans à 5 ans
BRIEF	Version enfant d'âge scolaire	5 ans à 18 ans
BRIEF A	Version adulte	18 ans à 93 ans

Les inventaires de la BRIEF permettent d'évaluer les difficultés exécutives rencontrées dans les activités de la vie quotidienne. Les processus exécutifs correspondent à un ensemble d'éléments permettant la régulation et le contrôle cognitif, émotionnel et comportemental.

L'outil vise à repérer, dans une perspective écologique, les différentes facettes du fonctionnement exécutif en proposant des items relatifs au comportement des 6 derniers mois. Le sujet est considéré dans son environnement quotidien soit par lui-même (BRIEF A uniquement), soit par un tiers (proche ou enseignant).

L'inventaire permet donc d'écartier le biais d'une évaluation à un instant T dans un contexte plus « artificiel ».

L'inventaire se compose de plusieurs items répartis sur plusieurs échelles cliniques et indices en fonction de la version :

	BRIEF P	BRIEF	BRIEF A
Inhibition	√	√	√
Flexibilité	√	√	√
Contrôle émotionnel	√	√	√
Contrôle de soi			√
Initiation		√	√
Organisation matérielle		√	√
Mémoire de travail	√	√	√
Planification / organisation	√	√	√
Contrôle		√	√
Indices	Indice de contrôle inhibiteur	Indice de métacognition	
	Indice de flexibilité	Indice de Régulation comportementale	
	Indice de métacognition émergente	Score composite exécutif global	

Tableau 15 : Synthèse des processus évalués par les différentes BRIEF.

BROWN EF/A – Echelles BROWN : Attention / fonctions exécutives

Ces échelles permettent d'explorer les comportements pouvant évoquer une fragilité ou un trouble des fonctions exécutives et attentionnelles chez les enfants et adolescents de 6 à 18 ans.

Trois questionnaires différents peuvent être proposés en fonction de l'âge :

- À destination des parents
- À destination de l'école
- À destination du jeune lui-même

Six aspects sont évalués :

1. ACTIVATION – Capacité à s'organiser, à prioriser, à démarrer une tâche
2. FOCUS – Capacité à soutenir l'attention, à se concentrer sur une tâche
3. EFFORT – Capacité à maintenir l'effort et à ajuster la vitesse de traitement
4. ÉMOTION – Capacité à gérer la frustration et à moduler ses émotions
5. MÉMOIRE – Capacité à utiliser la mémoire de travail et à accéder aux connaissances apprises
6. ACTION – Capacité à surveiller et à autoréguler l'action

DIVA 2 – Diagnostic Interview for ADHD in Adults

Il s'agit là d'un outil d'entretien structuré pour évaluer le TDAH chez l'adulte. Cette échelle est basée sur les critères du DSM 5 et reprend trois grands domaines :

- Les critères d'inattention, c'est-à-dire, les difficultés de maintien attentionnel, les erreurs d'inattention et les difficultés d'organisation de tâches
- Les critères d'hyperactivité et d'impulsivité tels que l'agitation et les interruptions fréquentes
- Vérifie la présence de symptômes pendant l'enfance, avant 12 ans, et qu'ils ont un impact significatif sur le fonctionnement quotidien de la personne dans au moins deux domaines de la vie.

3. L'évaluation des processus mnésiques

Au sein des TND, c'est essentiellement la mémoire de travail qui est altérée. Pour l'évaluer, on utilise principalement des tâches d'empan, de mise à jour et de n-back. Toutefois il peut être intéressant d'évaluer également la mémoire épisodique antérograde, qui fait référence à la capacité de former de nouveaux souvenirs.

Les épreuves de mémoires permettent d'observer les capacités d'encodage, de stockage et de récupération de l'information mais également la capacité à la maintenir dans le temps. Ces compétences sont évaluées à travers des histoires, des listes de mots, d'images ou de visages.

4. L'évaluation des fonctions langagières

L'évaluation du langage s'inscrit dans une démarche diagnostique et permet de dresser l'inventaire linguistique d'un patient et d'évaluer les processus sous-jacents (recherche de causalité).

Concernant le langage oral, l'évaluation se porte sur deux versants (réceptif et expressif) et cinq domaines (phonétique, phonologie, lexique, syntaxe et récit). Les processus sous-jacents fréquemment évalués comportent la conscience phonologique (métaphonologie), la mémoire de travail etc.

Concernant le langage écrit, le professionnel évalue la vitesse et la précision de lecture (leximétrie) pour mesurer la qualité et l'automatisation du processus. Puis évaluation en lecture et en transcription des stratégies phonologiques (correspondances grapho-phonémiques) et lexicales (état du stock visuo-lexical). Étude également du retentissement : compréhension écrite, transcription de texte. Évaluation des compétences cognitives sous-jacentes : encodage phonologique, métaphonologie, discrimination auditive, mémoire de travail auditivo-verbale etc. Les évaluations du langage sont généralement standardisées. Des analyses qualitatives viennent compléter les évaluations.

1. CELF 5

Batterie d'évaluation standardisée du langage et de la communication pour les enfants de 5 ans à 18 ans 11 mois.

L'évaluation du langage oral se fait avec 8 épreuves réparties ainsi :

- 5 épreuves communes (5 – 18 ans) : associations sémantiques, compréhension et exécution de consignes, élaboration de phrases, répétition de phrases, compréhension de récits
- 3 épreuves spécifiques :
 - De 5 à 8 ans : compréhension syntaxique, identification de concepts et production morphosyntaxique
 - De 9 à 18 ans : définition de mots, construction de phrases et logique verbale

A l'issue de la passation, la nature des difficultés, ainsi que les forces et faiblesses du patient sont exprimées avec une note globale de développement du langage, 4 indices plus spécifiques (langage réceptif, langage expressif, indice de structure de langage, indice de contenu de langage) et le profil des capacités langagières expressives et réceptives.

L'évaluation de la communication se fait par le biais de 3 questionnaires :

- Observation de la communication
- Observation du profil pragmatique
- Activités pragmatiques

Ces questionnaires permettent d'établir un profil des compétences en communication, nécessaires lors d'interactions sociales.

2. Exalang (3-6, 5-8, 8-11, 11-15)

Batteries informatisées pour différentes tranches d'âges.

- a. Exalang 3-6 pour les enfants de 3 à 6 ans. Évalue le profil langagier et cognitif de l'enfant (basé sur modèles neuropsychologiques et linguistiques). Évaluation standardisée (comparaison à l'âge).

Comporte 24 épreuves qui évaluent :

- Compétences lexicales expressives (dénomination d'images, topologie, couleur etc.) et réceptives (désignation d'images, désignation des parties du corps, topologie etc.)
- Compétences morpho-syntaxiques expressives (complément de phrases, production de phrases, répétition de phrases) et réceptives (compréhension de récit, aptitudes morpho-syntaxiques)
- Phonologie (répétition de logatomes, gnosies auditivo-phonétiques, rimes vocaliques etc.)
- Attention et mémoire (empan de chiffres, empan de mots, attention auditive etc.)
- Compétences non-verbales (loto sonore, complément d'image, schéma corporel etc.)

Il n'est pas nécessaire de faire passer l'ensemble des 24 épreuves à l'enfant (même si une épreuve de chaque catégorie est recommandée), le professionnel jugera de la pertinence des épreuves en fonction des réponses de l'enfant.

- b. Exalang 5-8 pour les enfants de 5 à 8 ans. Évaluation du langage oral et écrit ainsi que des compétences transversales. Évaluation standardisée (comparaison à classe).

35 épreuves réparties en 7 groupes :

- Langage oral
- Traitement visuo-attentionnel
- Phonologie
- Entrées visuelles et auditives
- Mémoire
- Lecture
- Orthographe

Permet de diagnostiquer un trouble de la communication (dont trouble du langage oral) ou un trouble des apprentissages (lecture et/ou écriture).

- c. Exalang 8-11 pour les enfants de 8 à 11 ans (scolarisés en classe de CE2, CM1, CM2).
Évalue également le langage oral (dont la pragmatique), le langage écrit et les compétences transversales. Évaluation standardisée (comparaison à classe).

31 épreuves réparties en 6 groupes :

- Attention et mémoire
 - Lexique
 - Langage oral
 - Lecture
 - Orthographe
 - Compétences transversales
- d. Exalang 11-15 pour les enfants de 11 à 15 ans (scolarisés en classe de 6ème, 5ème, 4ème et 3ème). Évaluation standardisée (comparaison à la classe scolaire).

28 épreuves réparties en 6 modules :

- Attention et mémoire
- Lexique et mémoire sémantique
- Compétences langagières orales
- Lecture
- Compétences orthographiques
- Compétences transversales

3. Evalo 2-6

Evalo 2-6 est une batterie d'évaluation du développement du langage oral, destinée aux enfants de 2 à 6 ans. Cette batterie très complète comprend des épreuves étalonnées individuellement, ainsi que des grilles d'observation clinique.

La batterie est composée de 47 épreuves, regroupées en 13 domaines :

- Attention
- Autres habiletés cognitives
- Capacités en lien avec les apprentissages du langage écrit
- Fonctions visuo-spatiales et graphique
- Gnosie
- Jeu et communication
- Lexique
- Mémoire

- Métalinguistique
- Morphosyntaxe
- Phonétique et phonologie
- Pragmatique
- Praxies

Selon le profil de l'enfant et les objectifs de l'évaluation, plusieurs versions ou parcours de test sont possibles. La version « petits » s'adresse aux enfants de 2 ans 3 mois à 4 ans 3 mois tandis que la version « grands » est destinée aux enfants de 4 ans 3 mois à 6 ans 3 mois. La batterie se décline également en version courte (pour les évaluations de première intention) et en version longue. Enfin, si l'évaluation a une visée plus spécifique, ce test propose des parcours par domaine ou des parcours transversaux (ex : enfants avec peu ou pas de langage, examen d'aptitude à l'apprentissage de l'écrit etc.) à visée diagnostique.

4. Evaleo 6-15

Batterie d'évaluation dans la lignée méthodologique de l'Evalo 2-6. Elle permet d'évaluer l'ensemble des composantes du langage oral et du langage écrit pour les enfants du CP à la 3ème.

Cet outil comporte plus de 80 épreuves, réparties en 3 domaines :

- Langage oral, composé de 8 sous-domaines : phonétique/phonologie, métaphonologie, lexicale/sémantique, métalexique/métamorphologie, morphosyntaxe, métasyntaxe, récit et pragmatique
- Langage écrit, qui comprend 5 sous-domaines : lecture/compréhension, lecture/identification de mots, écriture/graphisme, orthographe et récit
- Autres, avec 6 sous-domaines : gnosies, visuo-attentionnel, contrôle de l'inhibition, mémoire à court-terme, praxies et raisonnement logique

Il s'agit d'un outil standardisé, basé sur les derniers modèles des neurosciences, qui permet au professionnel d'engager une démarche hypothético-déductive dans le cadre d'un diagnostic.

5. ComFor-2 (ComVoor)

Outil évaluant la communication réceptive et notamment le niveau de compréhension des personnes avec TSA ou TDI. Il s'adresse principalement aux personnes communiquant peu ou pas verbalement, mais peut aussi être utilisé dans le cadre d'autres difficultés de communication. Test qualitatif et non-normatif.

Le ComFor-2 vise à :

- Déterminer le niveau de compréhension de la personne : sensation, présentation, représentation ou méta-représentation
- Établir des préconisations en ce qui concerne la communication réceptive de l'enfant, notamment dans le cadre de la mise en place d'outils visuels (emploi du temps etc.)

Le test est divisé en deux niveaux :

- Niveau 1 : présentation (tri d'objets/images identiques)
 - Série 1 : encastrement d'objets
 - Série 2 : tri d'objets
 - Série 3 : tri d'images
- Niveau 2 : représentation (tri d'objets/images différentes)
 - Série 4 : tri d'éléments de même catégorie
 - Série 5 : tri d'éléments de catégories différentes

A l'issue du test, le professionnel peut donc définir le niveau d'attribution de l'enfant et choisir, dans le cadre de la mise en place d'outils de communication alternative et augmentative, le moyen le plus approprié pour soutenir la communication réceptive (forme tridimensionnelle/bidimensionnelle ; objet/photo/picto/langage écrit etc.).

6. VB-MAPP

Le VB-MAPP est un outil qui permet d'évaluer les compétences langagières, sociales et d'apprentissages des enfants avec TSA ou TDI. Il s'appuie sur le modèle théorique de l'analyse du langage de B.F. Skinner et les principes de l'analyse du comportement appliquée (ABA). Ainsi, le VB-MAPP s'intéresse à la fonction des comportements verbaux plutôt qu'à leur forme.

Le VB-MAPP est composé de cinq éléments :

- **L'évaluation des jalons**, qui permet de fournir un échantillon représentatif des compétences de langage et des compétences associées. Il est composé de 170 jalons (compétences ou bornes importantes sur le chemin du développement de l'enfant) et est divisé en 3 niveaux (0-18 mois, 18-30 mois, 30-48 mois). Il évalue ainsi les mand (demandes), les tacts (commentaires), les intraverbaux (réponse aux questions/conversation), les réponses auditeur (compréhension/réponse aux consignes), les échoïques (répétitions), l'imitation motrice, le jeu en autonomie, la perception visuelle et l'appariement, les compétences sociales, les premières compétences académiques etc. Il existe 4 formes de mesure selon les jalons : le test formel (T), l'observation (O), l'observation chronométrée (OC) et le test formel ou observation (E).
- **L'évaluation des obstacles**, qui fournit une analyse des obstacles au développement du

langage et des apprentissages, fréquemment rencontrés dans le cadre de TSA. Parmi eux, on retrouve le contrôle instructionnel, le répertoire de mandats défectueux, les comportements négatifs, la dépendance aux guidances, l'autostimulation, l'échec de la généralisation etc. L'évaluateur pourra ainsi identifier des obstacles aux apprentissages pour les analyser plus précisément et proposer un programme d'intervention adapté.

- **L'évaluation de l'orientation** permet d'identifier si les progrès d'un enfant sont significatifs et s'il a acquis les compétences nécessaires pour apprendre dans un environnement moins restrictif. Elle peut être utile dans la conception d'un projet personnalisé, pour définir les priorités en matière d'éducation ou pour soutenir, avec des données mesurables, la prise de décision quant à l'orientation. Il couvre ainsi 18 domaines dont le travail académique indépendant, la généralisation, la rétention de nouvelles compétences, l'apprentissage en milieu naturel, la propreté mais aussi les scores obtenus dans l'évaluation des jalons et l'évaluation des obstacles.
- **L'analyse de tâches et compétences de soutien**, qui se complète après avoir rempli l'évaluation des jalons. Elle donne une analyse plus précise des compétences de l'enfant (750 compétences présentées dans 14 domaines). Elle se présente ainsi comme un curriculum. Les compétences sont soit liées à un jalon cible de l'évaluation des jalons (ex : les prérequis à l'acquisition d'un jalon) ou sont des compétences de soutien.
- **Le guide du développement du curriculum et de rédaction des objectifs du projet éducatif individualisé**, qui permet, à la suite des évaluations, de fournir des indications précises sur les jalons et d'aider à la rédaction d'objectifs pour le projet personnalisé de l'enfant.

7. BELO

Batterie d'évaluation de la lecture et de l'orthographe pour les enfants de CP (1er, 2ème ou 3ème trimestre) et CE1.

Cet outil standardisé se divise en 8 épreuves :

- Mécanismes élémentaires, qui évalue la conversion grapho-phonémique
- Mémoire auditivo-verbale (répétition de mots et répétition de chiffres)
- Lecture de mots, qui s'intéresse à 3 composantes : l'identification des mots (évaluation de la précision de lecture et de la stratégie mise en place), leur définition (accès à la compréhension) et la vitesse de lecture
- Tests visuo-attentionnels
- Lecture de texte, qui mesure la précision, la vitesse, la compréhension et la maîtrise des indices prosodiques (intonations, regroupement des mots en phrases etc.)
- Conscience phonologique
- Orthographe, qui comprend une dictée de syllabes, dictée de mots réguliers (à partir du CP 2ème trimestre) et dictée de phrases (à partir du CP 3ème trimestre)
- Dénomination rapide

8. Alouette-R

L'Alouette-R est un texte non-signifiant qui permet de mesurer le niveau de lecture (leximétrie) chez des enfants de 6 à 16 ans. Il évalue le déchiffrage et non la compréhension. Ce test standardisé mesure ainsi la vitesse et la précision de lecture.

9. Ecla 16+

Cet outil permet l'évaluation des compétences de lecture chez l'adulte de plus de 16 ans. Sa visée est de **dépister** les troubles des apprentissages (de la lecture et de l'écriture), dans la lignée de l'outil Odedys (outil de dépistage pour les élèves du CP à la 5ème).

L'ecla 16+ est composé de 10 épreuves :

- Des tâches de lecture : Alouette, lecture de texte, lecture de mots isolés
- Des tâches d'orthographe : dictée de mots et dictée de texte
- Des tâches évaluant les capacités cognitives sous-jacentes (habiletés phonologiques et métaphonologiques) : suppression du phonème final, contrepèteries, répétition de logatomes/ mémoire phonologique à court-terme, dénomination rapide (d'images et de lettres)
- Des tâches de traitement de l'information visuelle : barrages (symbole et « n »)
- Des tâches évaluant la mémoire : mémoire des chiffres et fluence verbale catégorielle

Ce test de passation rapide (45 minutes) permet d'identifier les principales difficultés en vue d'un bilan complémentaire.

5. L'évaluation des fonctions sensori-motrices et de la coordination motrice

1. MABC 2 (2016)

Test standardisé pour les enfants de 3 à 16ans et 11 mois. Il évalue de manière très spécifique la réalisation d'une série de tâches motrices. Il fournit également des informations portant sur la façon dont l'enfant aborde la tâche et la réalise. Le test se divise en trois groupes d'âge (3-6ans, 7-10ans et 11-16ans). Dans chacun de ces groupes d'âges, huit tâches sont regroupées en trois rubriques : dextérité manuelle avec à chaque fois une épreuve de motricité fine réalisée bilatéralement, un exercice de coordination bimanuelle et un test de tracer ; viser et attraper (attraper et lancer des sacs/balle sur une cible au sol ou fixée au mur), Equilibre statique ou dynamique en uni ou bipodal.

Le test est complété par un questionnaire à remplir par la famille. Il porte sur la façon dont l'enfant appréhende les tâches du quotidien à la maison et à l'école. Le questionnaire comporte une section explorant la composante motrice et une autre la composante non motrice (manque d'attention, manque d'organisation interférant avec la capacité d'accomplir et/ou d'apprendre les compétences motrices).

2. Perdue Pegboard test (PPT)

Le perdu Pegboard test a été créé dans les années 1940 afin de sélectionner des travailleurs pour des postes industriels requérant de la dextérité manuelle. Il fut utilisé en 1963 comme test pour mettre en avant les déficits cérébraux.

Le test consiste en une planche avec 4 récipients dans la partie supérieure et deux rangées verticales composées de 25 petits trous situées dans le centre.



Figure 21 : Planche du Perdue Pegboard Test.

Le clinicien fait une démonstration et administre par la suite les 5 sous-tests suivants :

Main droite (30 secondes) : la personne utilise sa main droite pour placer le plus de tiges possibles dans la rangée en 30 secondes.

Main gauche (30 secondes) : la personne utilise sa main gauche pour placer le plus de tiges possibles dans la rangée en 30 secondes.

Deux mains (30 secondes) : la personne utilise ses deux mains simultanément pour placer le plus de tiges possibles dans les deux rangées.

Droite+ Gauche+ Deux mains :

Assemblage (60 secondes) : la personne utilise ses deux mains simultanément pour assembler les tiges, les rondelles et les colliers.

Le PPT permet ainsi d'évaluer la dextérité fine, les coordinations bimanuelles symétriques et asymétriques.

3. NEPSY II :

Certains subtests de la Nepsy sont consacrés à l'évaluation des aspects sensori-motrices de l'enfant entre 5 ans et 12 ans 12 mois :

Imitation de position de main : évalue l'aptitude à imiter des positions de mains et de doigts en utilisant l'analyse visuospatiale, la programmation motrice et le feedback kinesthésique. La passation se réalise avec chaque main.

Précision visuomotrice : évalue la vitesse, la précision et la fluidité du geste graphomoteur, mais aussi d'autres éléments comme le croisement de l'axe médian, la coordination œil-main.

Cette épreuve peut également permettre d'observer l'impulsivité de l'enfant car le chronomètre la fait parfois passer pour un jeu de vitesse auprès de certains.

Tapping : évalue la dextérité digitale, la rapidité motrice, la programmation motrice rapide. 20 mouvements corrects sont attendus, 5 séquences correctes pour le 2ème geste sur la main dominante puis non dominante.

Séquence manuelle motrice : évalue la capacité à reproduire une séquence de mouvement rythmique en se servant d'une ou de deux mains. L'enfant reproduit une série de mouvements que lui montre l'examineur jusqu'à ce que le nombre requis de mouvement soit atteint, avec une répétition de 5 séquences. La mémoire de travail est également impliquée dans cette épreuve.

Bien que l'étalonnage des épreuves s'arrête à 12 ans 12 mois, il est tout de même possible d'administrer l'épreuve de Tapping après 13 ans.

4. BHK et BHK Ado (2013, par SOPPELSA R. ; ALBARET J.M)

L'échelle de l'évaluation rapide de l'écriture chez l'enfant pour les enfants scolarisé du CP jusqu'au CM2, a été créé par Lisa Hamstra-Bletz, Hans De Bie P.L.M den Brinker (2004), pour déceler précocement les difficultés graphiques. Les auteurs se sont inspirés des échelles D et E de Ajuriaguerra et al. (1964) et ont sélectionné les items pertinents pour déceler les écritures dysgraphiques.

Le test consiste à faire copier sur feuille blanche un texte aux enfants pendant 5 minutes. Les cinq premières phrases sont composées de mots monosyllabiques rencontrés au CP. Puis le texte se complexifie de plus en plus. L'analyse de l'écriture se fait grâce à 13 items, la vitesse d'écriture et un ensemble de signes cliniques.

Dès l'entrée au collège, les objectifs autour du graphisme changent : les enfants atteignent une maturité qui leur permet d'accéder à une autre fonction de l'écriture : un élève de 6ème doit faire plusieurs activités qui impliquent l'écriture, comme copier ce que le professeur écrit au tableau ou prendre en note ce qui est dit, réaliser des productions libres sous forme de rédaction dans lesquels il doit retranscrire, expliquer, ordonner et synthétiser les informations mémorisées. Certaines activités associent production écrite et graphique comme pour les tableaux, les dessins, les annotations de carte.

A ce titre, la décision a été prise d'adapter le BHK aux classes de collège. L'analyse de l'écriture se fait grâce à 9 items, la vitesse d'écriture et un ensemble de signes cliniques.

La passation du BHK Ado est identique à celle du BHK.

5. Lespargot :

Bilan crée en 1981 par M. Marquet-Guillois (ergothérapeute), A. Lespargot, D. Truscelli (médecins de service de rééducation) dans la revue infirmité cérébrale, réétalonné en 2008 Test pour les enfants scolarisés du CE1 à la seconde qui évalue la vitesse d'écriture. Il comporte 3 subtests dont la passation doit absolument être enchaînée :

- La dictée : La dictée est lue lentement, phrase par phrase puis mot à mot, aux élèves. Cette épreuve fait appel à de nombreuses compétences qu'elles soient motrices ou mnésiques : rétention des items lus puis recherche des règles grammaticales et orthographiques avant de retranscrire par l'acte d'écriture.
- La copie : Durant cinq minutes, les élèves doivent copier le texte écrit au tableau. Certaines compétences évoquées ci-dessus pour la dictée ne sont alors plus sollicitées. L'épreuve de copie nécessite de bonnes compétences en termes de lecture, de mémoire de travail, d'attention sélective et d'exploration visuelle.

- La répétition : les élèves copient un maximum de fois un même mot de quatre lettres pendant cinq minutes : petit à petit, l'acte pour calligraphier ce mot est automatisé et l'élève gagne en rapidité.

Les résultats en termes de vitesses sont différents selon les épreuves, et une analyse détaillée de chacune nous permet de déceler les difficultés de l'enfant en évaluation, souvent les mêmes que celles rencontrées à l'école.

6. EVEDP : évaluation de la vitesse d'écriture - dictée progressive :

L'EVEDP (prononcé « évédépé ») est une épreuve de mesure de la vitesse d'écriture manuelle en dictée, créée en octobre 2015.

L'originalité de cette épreuve est de proposer une dictée de 4 paragraphes de difficulté et de longueur croissantes, correspondant chacun aux niveaux CE1 - CE2 - CM1 - CM2.

Il ne s'agit pas d'un test diagnostic, toutefois en cas de trouble sévère et persistant en transcription écrite, l'EVEDP permet de mettre en avant une situation de handicap et de mesurer le niveau fonctionnel d'écriture.

La pratique régulière et l'analyse qualitative de ces dictées permet (comme pour toute autre épreuve de transcription graphique) :

- d'évaluer d'autres critères : lisibilité, dysorthographe, phénomène de double-tâche...
- de relever certains types d'erreurs : phonologiques, visuelles, attentionnelles, mémoire de travail, ...

7. Profil sensoriel DUNN 2 :

Mesure de l'impact des troubles sensoriels de l'enfant de 7 mois à 14 ans 11 mois, sur sa vie quotidienne. (2023 - DUNN W. ; ADAPTATION FRANÇAISE ECPA)

Le Profil Sensoriel 2 s'appuie sur la théorie de l'intégration sensorielle qui explique les comportements de l'enfant par l'interprétation de sa capacité d'intégration des stimuli sensoriels. L'ensemble des questionnaires fournit aux professionnels des éléments sur les tendances de l'enfant à réagir aux stimuli (de l'hypo réaction à l'hyper réaction) et sur les systèmes sensoriels susceptibles de contribuer ou de faire obstacle à une performance fonctionnelle à la maison, à l'école et au sein d'autres environnements sociaux.

Le profil de l'enfant est établi à partir de questionnaires à compléter par les parents et/ou à l'enseignant décrivant la fréquence de ses comportements face à diverses expériences sensorielles de la vie quotidienne.

Le Profil Sensoriel 2 permet également aux familles et aux professionnels de s'engager dans la prise de décision et l'élaboration d'interventions et de stratégies de remédiation au quotidien.

8. Profil ESO (2024, Édition BACASABLE) :

L'objectif de ce test est d'évaluer le profil sensoriel de l'enfant de 6 à 11 ans 11 mois sur son engagement occupationnel.

L'intégration sensorielle se réfère au processus neurologique impliquant la réception, la modulation et l'intégration des informations sensorielles.

Ces processus sont essentiels pour un développement sensori-moteur et sensori-affectif harmonieux. Nous possédons huit systèmes sensoriels qui contribuent chacun à l'homéostasie : Visuel, Auditif, Tactile, Olfactif, Gustatif, Vestibulaire, Proprioceptif, Intéroceptif.

Le profil ESO se divise en trois sous-types de problématiques : les troubles de modulation sensorielle (hyper-réactivité, hypo réactivité, recherche sensorielle), les troubles de discrimination sensorielle et les troubles moteurs d'origine sensorielle (contrôle postural et praxies). Il évalue également l'intéroception et permet une analyse fine de ces quatre domaines, tout en évaluant également l'impact sur l'engagement occupationnel de l'enfant dans ses différents milieux écologiques (domicile, école, loisirs). Il comporte 36 questions par domaine occupationnel (soins personnels, travail (scolarité), loisirs).

6. L'évaluation des fonctions visuo-spatiales

1. Test de barrage des voitures :

Test étalonnée en 1999-2002 par Barray V., Biard N., Gadolet D., Guillot C., Templier D., Lounis M.

Pour les enfants entre 4 et 9 ans, le test des voitures se présente sous la forme d'une planche blanche de 40x60cm sur laquelle sont disséminés des dessins noirs facilement identifiables. Ceux-ci ont été tirés des planches de Rossano ce qui a permis de contrôler la taille des stimuli et de permettre la passation du test à des enfants dont l'acuité visuelle pouvait être déficitaire. La répartition des stimuli a été faite le plus uniformément possible.

L'enfant doit pointer à l'aide de son doigt toutes les voitures qu'il voit sur la feuille, il peut montrer plusieurs fois la même, le but étant de toutes les trouver. Cette épreuve est chronométrée. La correction permet de définir le nombre de voiture pointée et l'ordre dans lequel elles ont été désignées et ainsi de définir si l'enfant a mis en place ou non une stratégie d'exploration visuelle. D'autres éléments tout aussi importants sont observables lors de ce test, comme la capacité de croiser l'axe médian lors du pointage, la discrimination visuelle (est ce que l'enfant fait glisser son doigt et passe au-dessus d'une voiture sans la voir).

2. Berry VMI 6eme édition (2010) :

Test développemental Beery-Buktenica d'intégration visuo-motrice- Sixième édition (Keith E. Beery, Ph. D., Natasha A. Beery, Norman A. Buktenica)

Ce bilan est constitué de 3 subtest proposant 30 figures que l'on retrouve dans chaque subtest.

L'enfant est muni d'un crayon (il n'a pas le droit à la règle ou à la gomme). Les épreuves sont chronométrées

- Le Berry VMI (5 minutes maximum) où l'enfant doit dessiner des formes géométriques disposées par ordre de difficulté croissante.
- Le test de perception visuel où l'enfant doit reconnaître la figure identique au modèle parmi plusieurs choix (3 minutes).
- Le test de coordination motrice où l'enfant doit tracer ces mêmes figures dans une zone définie, sans dépasser et dans les premiers temps en reliant des points (5 minutes).

Ce test permet donc de croiser les regards autour d'une performance de reproduction (productive), perceptive ou de contrôle moteur et permet d'étayer l'observation clinique vers des hypothèses diagnostiques.

3. DTVP 3 :

Test de Développement de la perception visuelle 3eme édition (2013, Donald D. Hamill, Ph. D., Nils A. Pearson, Judith K., Voress, Ph. D.)

C'est une évaluation de la perception visuelle et de l'intégration visuomotrice pour des enfants de 4 ans à 12 ans 11 mois. Le test n'est pas étalonné sur une population française. Ce bilan présente cinq sous-tests :

- Coordination œil-main : les enfants doivent tracer des lignes droites ou courbes précises en fonction des limites visuelles.
- Copie : on montre aux enfants une figure simple et on leur demande de la dessiner sur une feuille de papier. La figure sert de modèle pour le dessin. Les chiffres suivants sont de plus en plus complexes.
- Figure-Fond : on montre aux enfants des figures de stimulus et on leur demande de trouver autant de figures que possible sur une page où les figures sont cachées dans un arrière-plan complexe et déroutant.
- Fermeture visuelle : on montre aux enfants une figure de stimulus et on leur demande de choisir la figure exacte à partir d'une série de figures qui ont été dessinées de manière incomplète. Afin de compléter le match, les enfants doivent fournir mentalement les parties manquantes des figurines de la série.
- Constance de forme : on montre aux enfants une figure de stimulus et on leur demande de la trouver dans une série de figures. La figure ciblée aura une taille, une position et/ou une nuance différente, et elle peut être cachée dans un arrière-plan distrayant.

4. DTVP-A / 2 :

Test de développement de la perception visuelle – Adolescent et adulte | Deuxième édition (2021, Nils A. Pearson)

Le Test de développement de la perception visuelle – Adolescent et adulte : deuxième édition (DTVP-A/2) est une mesure bien documentée et référencée par des normes des compétences visuelles et perceptuelles générales. Le DTVP-A/2 a été conçu pour mesurer les capacités de perception visuelle et de motricité visuelle chez les personnes âgées de 11 à 79 ans.

Le test n'a pas été étalonné sur une population française.

Le DTVP-A / 2 comporte 7 sous-tests qui mesurent des capacités visuelles-perceptuelles et visuomotrices différentes mais interdépendantes, ainsi que quatre scores d'indice.

Indice général de perception visuelle (GVP) – Le GVP est la meilleure mesure de ce que la majorité des gens entendent lorsqu'ils parlent de « perception visuelle ». Il s'agit d'informations sur la capacité visuelle-perceptuelle dérivées de trois types de formats de test (c'est-à-dire l'intégration visuomotrice, les formats réduits en moteur et l'efficacité visuomotrice).

Indice de perception visuelle à moteur réduit (MRP) – L'EM est la mesure la plus « pure » et la plus directe de la perception visuelle, en ce sens que seules des habiletés motrices minimales (par exemple, pointer) sont nécessaires pour démontrer la compétence perceptuelle.

Indice d'intégration visuomotrice (IMM) – L'IMM mesure les compétences visuelles-perceptuelles en évaluant les compétences d'un individu à effectuer des tâches complexes de coordination œil-main.

Indice d'efficacité visuomotrice (VME) – L'EMV est une mesure de la vitesse et de la précision des individus en combinant leur perception visuelle du champ désigné pour effectuer la tâche et leur capacité à balayer et à fouiller le champ tout en effectuant des mouvements de motricité fine simples mais raffinés.

5. PVSE :

Le Test de la Perception Visuo-Spatiale Élémentaire, Pisella et coll (2013, 2019, 2021) est un test balayant les compétences entre 4 ans et l'âge adulte. Ce test n'implique pas de geste, de langage, ni de reconnaissance d'objet ou de multichoix – Il s'agit d'un test de jugement de longueur et de taille, d'orientation de lignes, de position et discrimination de points.

6. NEPSY II :

Six subtests de la Nepsy 2 peuvent être utilisés pour l'évaluation du traitement visuospatial. La Nepsy est étalonnée de 5 à 16 ans ; toutefois, chaque subtest peut avoir un âge d'étalonnage différent.

- **Flèche** évalue l'aptitude à juger de l'orientation d'un trait : convergence visuelle et traitement visuospatiale.
- **Cube** évalue l'aptitude visuospatiale et visuomotrice à reproduire des constructions en trois dimensions ou dessins en deux dimensions. L'enfant voit une image avec des cubes superposés, des cubes sont à sa disposition, il doit reproduire l'image
- **Copie de figure** : évalue les compétences motrices et visuospatiales associées à l'aptitude à recopier des figures géométriques en 2 dimensions.
- **Puzzle géométrique** : évalue la rotation mentale, l'analyse visuospatiale et l'attention portée au détail
- **Orientation** : évalue les connaissances des relations visuospatiales et de la direction, l'aptitude à utiliser ces connaissances pour reporter un itinéraire d'une carte simplifiée vers une carte plus complexe.
- **Puzzle d'image** : évalue la discrimination visuelle, la localisation spatiale, le balayage visuel, la capacité à décomposer une image en parties et reconnaître les relations entre les parties et le tout.

4.2.2.3. La prise en compte des comportements défis

Pour les équipes	Pour les managers
Utilisation de grilles de repérage des comportements défis une fois la structuration temporelle et spatiale et les moyens de communication individualisés mis en place. → cf. ci-dessous	Mise en place d'une stratégie de gestion des comportements défis (projet d'établissement, procédure, mode opératoire...)
Utilisation de plan d'intervention comportementale face aux comportements défis. → cf. ci-dessous	Organisation du soutien des équipes face aux comportements défis
Utilisation de grilles GED-DI pour évaluer la douleur.	Proposition de temps de répit pour les familles si possible
Réflexion autour de l'aménagement de l'environnement pour minimiser les comportements défis	Soutien des équipes par la supervision, le recours aux équipes mobiles, le lien avec le pôle TND.

- *La prise en compte des comportements défis*

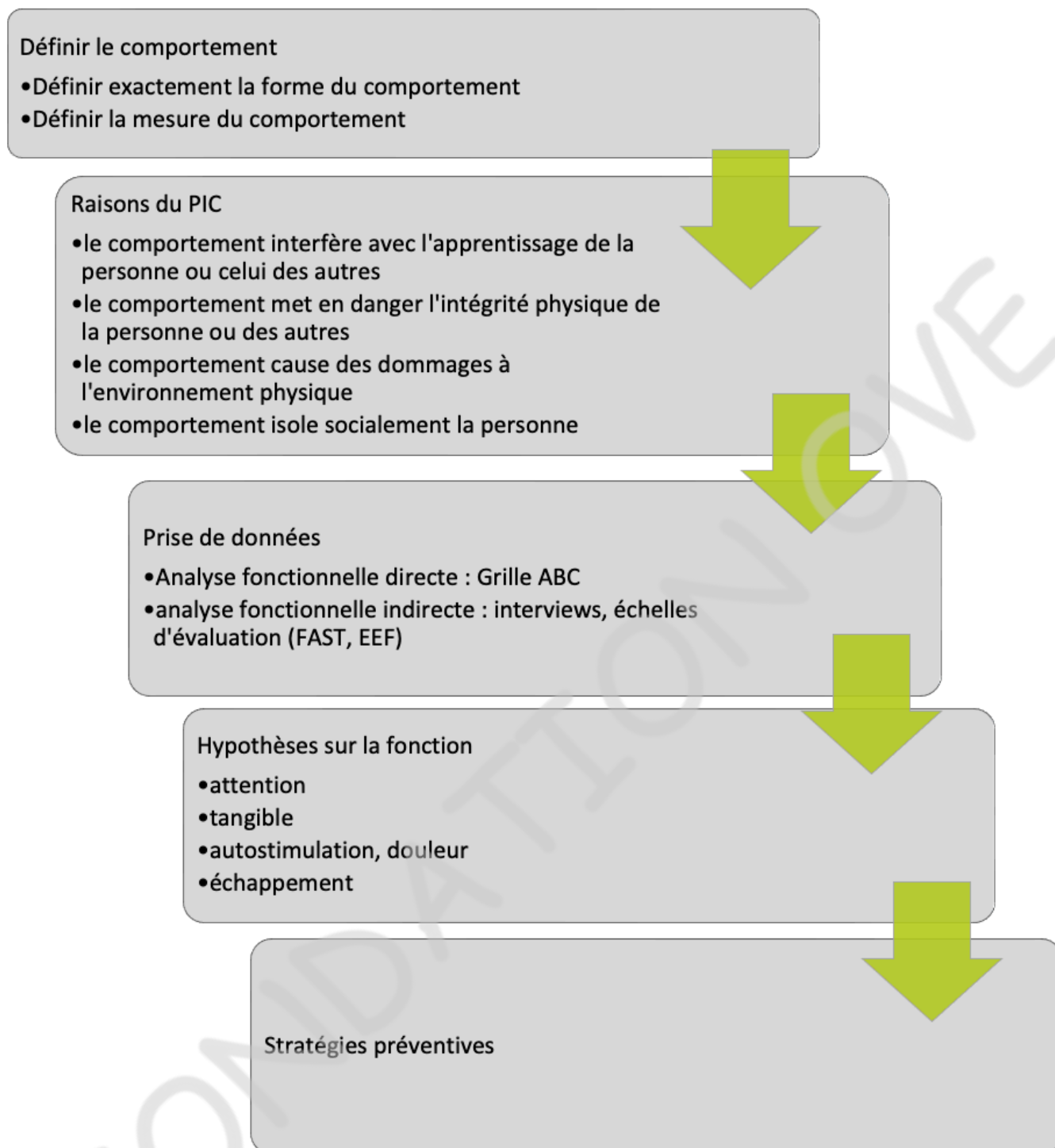
Construction d'une fiche d'escalade des comportements

Niveau d'escalade	Description des comportements et des signaux de stress	Outils mis en place pour permettre au jeune d'être bien et de s'apaiser	Points de vigilance
3 : Comportement défaits observés, plus de coopération ni d'échange possible avec le résident		Ici : aucune exigence	
2 : Comportement difficile, mais canalisable, la coopération du jeune reste possible avec un accompagnement plus important		Ici : baisser les exigences, objectif de retour au calme uniquement.	
1 : Premiers signes annonciateurs, mais le jeune reste disponible		Ici : penser à questionner la douleur	
0 : Niveau de base : Comportement habituel des moments d'apaisements		Ici : mettre un maximum d'éléments sensoriels	

Ex de grille d'escalade de comportement (May Benayoun)

Niveau d'escalade	Description des comportements et des signaux de stress	Outils mis en place pour permettre au jeune d'être bien et de s'apaiser	Points de vigilance
3 : Comportement défaits observés, plus de coopération ni d'échange possible avec le résident	Destruction de matériel/ auto/ hétéro agressivité/ pleurs/ Cris ...	Traitement si besoin, isolement/ extinction	Ne pas aller au contact physique (chercher à le faire avancer en le prenant par le bras) / contention/ Crier plus fort/ répondre à ses demandes d'attention trop envahissantes...
2 : Comportement difficile, mais canalisable, la coopération du jeune reste possible avec un accompagnement plus important	Gestes violents/ Insultes/ Se jette au sol...	Temps en salle d'apaisement/ Recadrer en restant ferme. Proposer un temps en salle sensorielle AVEC un professionnel.... Grille GED-DI à faire !	Ne pas crier...
1 : Premiers signes annonciateurs, mais le jeune reste disponible	Grimace / Cris légers/ s'agite/ Sudation/ stéréotypie gestuelle marquée (se balance en tournant) ...	Recadrage verbale, activité que le résident apprécie/ Dire tel ou tel mot/ montrer des images/ écouter de la musique... / Reste attentif à la douleur possible !	Ne pas crier/ rester ferme/ dire tel ou tel mots...
0 : Niveau de base : Comportement habituel des moments d'apaisements	En lien avec les professionnels, temps calme sans agitation, joue seul, flapping , balancement	Faire attention à lui proposer régulièrement le classeur de communication	Ne pas le toucher, signifier la fin des temps en avance

L'analyse fonctionnelle des comportements défis :



L'analyse fonctionnelle permet de rechercher et de trouver les causes du comportement problème dans l'environnement immédiat et dans l'histoire d'apprentissage de la personne. Elle permet également de réduire le comportement inadapté en le remplaçant par un comportement adapté, plutôt qu'à l'aide de procédure de punition.

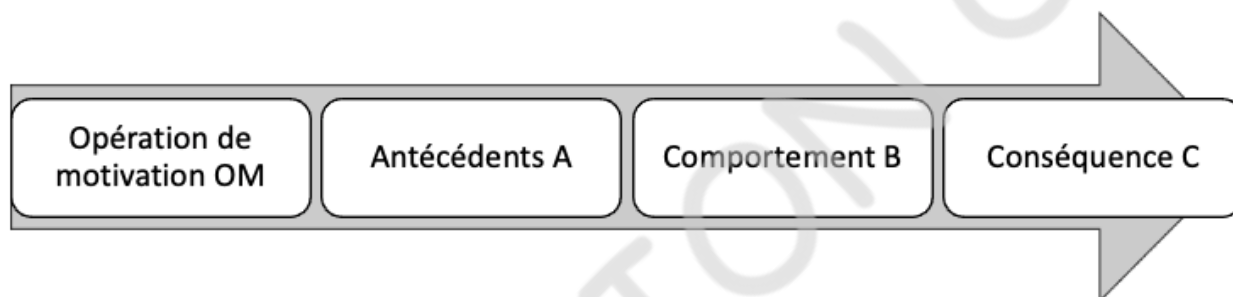
L'hypothèse fonctionnelle permet de supposer la manière dont la personne a appris à émettre le comportement et la fonction de ce même comportement. Cette hypothèse est basée sur les résultats de l'analyse fonctionnelle.

L'analyse appliquée du comportement recherche les relations qui existent entre le comportement et l'environnement.

Différentes formes de comportements peuvent avoir la même fonction, et un même comportement peut avoir différentes fonctions.

L'analyse du comportement-problème porte sur :

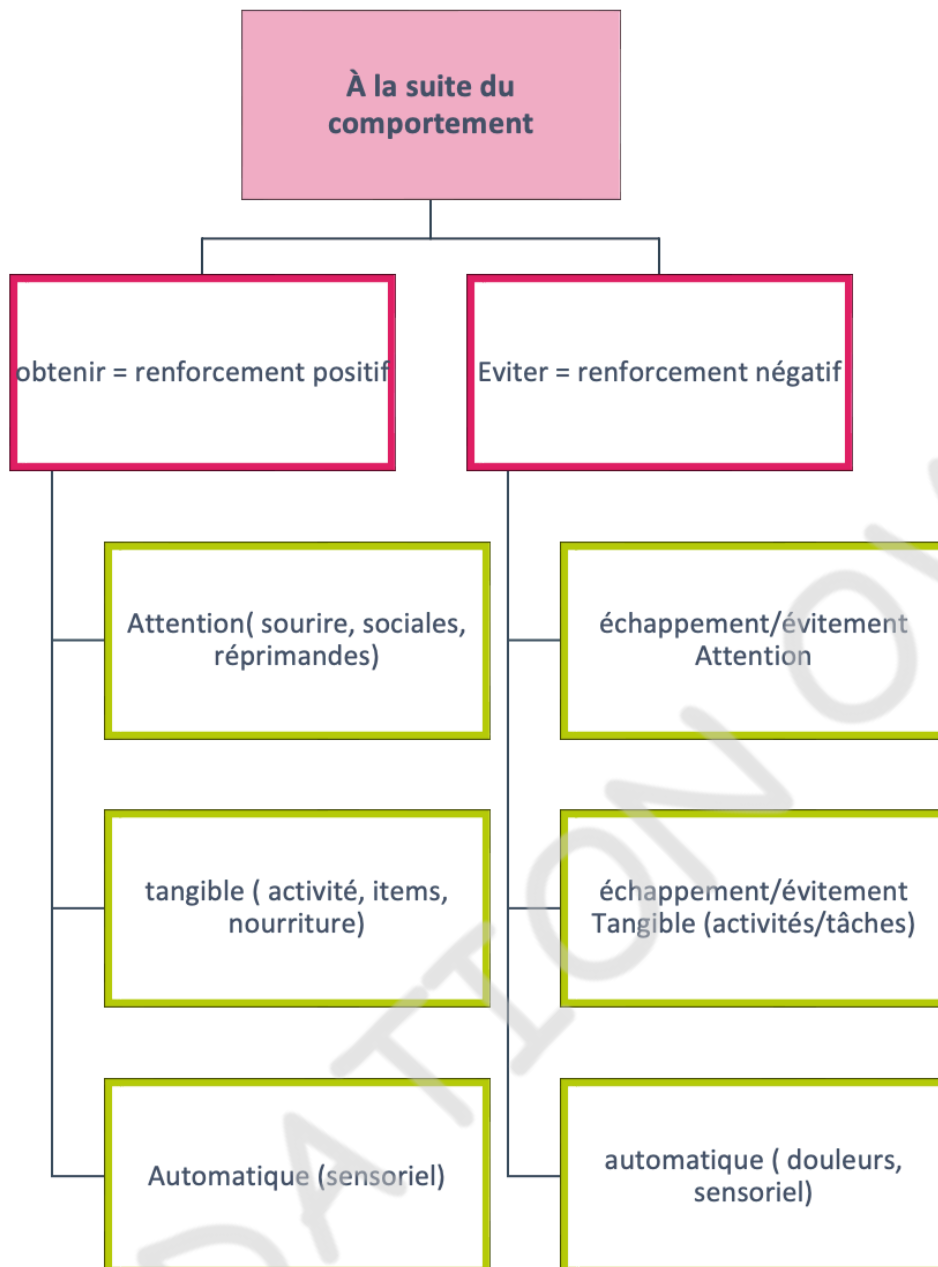
- Les différentes situations auxquelles la personne a été exposée : antécédents contextuels et immédiats
- L'exploration des différents facteurs : les facteurs somatiques, sensoriels, communicationnels, psychologiques, psychiatriques, psychosociaux
- Le(s) contexte(s) dans lesquels le « comportement-problème » surgit ; à l'inverse ceux où le « comportement-problème » se modère
- La perception de la personne avant que le comportement se produise, pendant et après, les stratégies qu'elle met en œuvre pour les contenir ou y faire face
- Les conséquences.



Les « OM » généralement à prendre en compte sont : le manque, l'excès, la facilité ou la difficulté. Le « A » suggère ou déclenche le comportement. Il est nécessaire d'observer et d'enregistrer les événements contextuels et les antécédents immédiats.

Le Comportement est détecté et mesurable par des données objectives en fonction de ses effets sur l'environnement.

Les conséquences correspondent à la description objective des événements qui suivent le comportement.



GRILLE ABC/ COMPORTEMENT

Nom :

Date : _____

HEURE	CIRCONSTANCES PRÉCÉDENT LE COMPORTEMENT	COMPORTEMENT	INTERVENTIONS (Ou réaction des autres usagers ou du personnel)	RÉACTIONS (Le comportement augmente/ diminue/ cesse, apparition d'autres comportements...)

À titre d'exemple

Antécédents	Comportement	Conséquences/ interventions	Réactions
<ol style="list-style-type: none"> 1. Au lit 2. Au fauteuil 3. Repas 4. Dans sa chambre 5. Soins 6. Changement dans la routine 7. Intervention, demande, consigne 8. Activité (spécifier) 9. Autre (spécifier) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dort 2. Crie 3. Est agité 4. Refuse de collaborer 5. Agressivité physique 6. Autre (spécifier) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ignorance intentionnelle 2. Parler, écouter 3. Contrainte physique 4. Intervention auprès des autres 5. Diversion, changer de sujet 6. Humour 7. Autre (spécifier) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Arrêt du comportement 2. Comportement continue 3. Amplification du comportement 4. Désorganisation 5. Opposition/refus 6. Autre (spécifier)

Tableau 16 : Grille ABC d'analyse du comportement créée par Josée Beaulieu.

Ref : recommandations ANESM juillet 2016 : les comportements-problèmes : prévention et réponses

NOM -
PIC -
COMPORTEMENT CIBLE (donner des exemples de ce qu'il inclut / exclut)
HYPOTHESE FONCTIONNELLE DU COMPORTEMENT CIBLE
PRÉVENTION
À LA SUITE DE L'APPARITION DU COMPORTEMENT CIBLE :
À EVITER:
À FAIRE:
COLLECTE DE DONNÉES

Tableau 17 : Plan d'intervention comportementale.

La gestion des comportements défis à la suite de l'analyse :

La prévention des aspects contextuels est essentielle dans la gestion des comportements défis. Elle passe par des étapes clés :

- Évaluation de la douleur et accompagnement aux soins
- Structuration de l'environnement physique et social (aménagement et prévisibilité de l'environnement en lien avec les aspects sensoriels, contexte social et cohérence des réponses éducatives, environnement économique)
- Existence de lieux de calme-retrait et d'apaisement (stratégie de prévention éducative)

Intervention sur les antécédents immédiats

Ces procédures aident à diminuer la probabilité d'apparition de comportements et également à augmenter le comportement de « remplacement » adapté.

Plusieurs techniques sont efficaces :

- Renforcer le « pairing ».
- S'assurer qu'une communication fonctionnelle est en place. Celle-ci doit permettre à la personne d'obtenir de l'aide, de l'attention, un item ou une activité ou au contraire éviter un item ou une activité. La mise en place de la communication fonctionnelle permet l'adaptation de la personne quels que soient les contextes et les intervenants, l'autonomie d'expression et d'action de la personne et enfin de diminuer les situations de frustration et par conséquent les comportements problèmes.
- Faire précéder une série de consignes faciles avant une consigne difficile et renforcer si la personne émet le comportement attendu.
- Présenter visuellement le renforçateur au moment de poser la consigne ou la situation sensible soit en le mettant à la vue de la personne soit avec un support visuel (contrat comportemental, économie de jetons, pictogrammes).

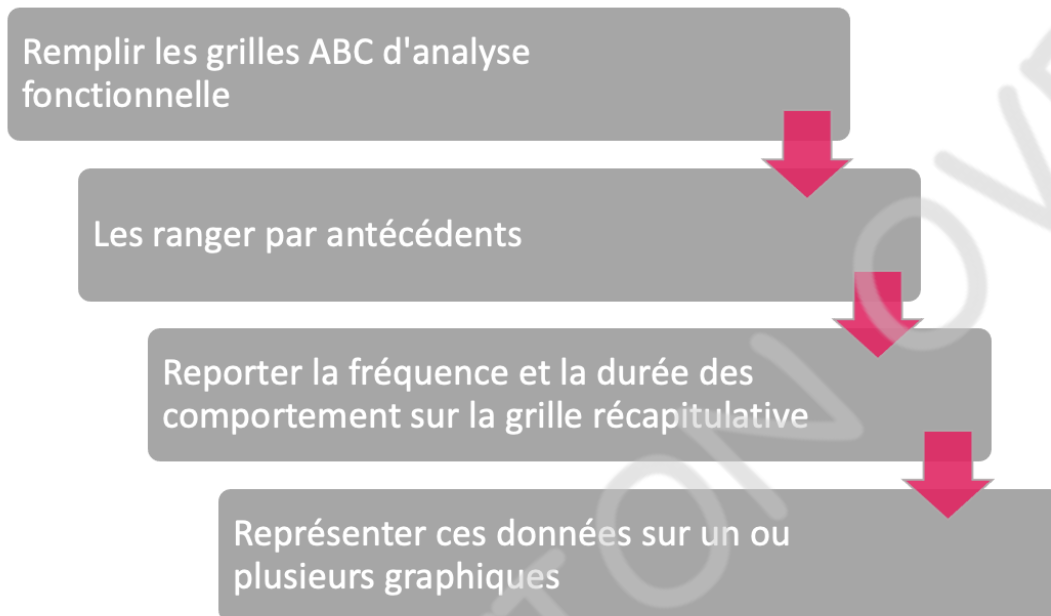
Interventions sur les conséquences

La plupart des interventions sur les conséquences visent à empêcher l'apparition de la conséquence renforçante après le comportement problème. Elles visent également à délivrer la même conséquence renforçante lorsque le comportement de remplacement, plus approprié sur le plan social, est émis.

Selon la recherche en analyse appliquée du comportement, pour diminuer/éliminer un comportement problème, un plan d'intervention comportemental doit inclure les stratégies suivantes :

1. Éliminer les opérations de motivation du comportement (MO)
2. Rompre la contingence de renforcement (extinction)
3. Remplacer le comportement par une réponse alternative (renforcement différentiel) : renforcer le comportement que l'on souhaite observer et ne pas fournir de renforcement pour les comportements qu'on ne souhaite pas observer.

L'analyse des grilles ABC



Évaluation de l'efficacité



4.2.3. L'organisation

Pour les équipes	Pour les managers
Créer un ordre du jour pour chaque réunion et faire un compte-rendu de réunion avec les participants, les objectifs et intentions, les points à aborder, les suites, les points en suspens et les missions de chacun pour les prochaines étapes.	Créer un ordre du jour pour chaque réunion et faire un compte-rendu de réunion avec les participants, les objectifs et intentions, les points à aborder, les suites, les points en suspens et les missions de chacun pour les prochaines étapes.
Flexibilité d'emploi du temps grâce à l'annualisation du temps de travail	Clarté sur les fiches missions de chaque professionnel au sein de la structure.
	Agilité au niveau de l' organigramme pour davantage répondre aux besoins des personnes TND à budget constant.
	Faire le listing de toutes les réunions dans les structures et définir les objectifs de chaque réunion.

4.2.4. Le fonctionnement dans l'établissement ou le service

Accompagner des personnes avec TND nécessite une organisation et un fonctionnement propre aux difficultés et forces de chacun. Pour autant, il semble important de soutenir une organisation qui permette l'individualisation. La mise en place d'une éducation structurée et d'une communication adaptée sont des éléments clés pour soutenir le développement et le bien-être des personnes ayant des TND. Elles permettent de créer un environnement d'apprentissage inclusif et adapté, favorisant la communication et l'autonomie.

4.2.4.1. Mettre en place une structuration de l'espace

L'organisation des espaces est importante pour faciliter l'autonomie et garantir la sécurité. Chaque fois que possible il est nécessaire de penser 1 espace pour 1 utilisation : espace repas, espace travail, espace jeux, ... Si cela n'est pas toujours possible et qu'un espace serve plusieurs utilisations, il est important de le symboliser en changeant, par exemple, la couleur des sets de table (rouge pour manger et bleu pour une activité). La structuration doit permettre :

- De clarifier les attentes et rendre l'environnement plus prévisible. Cela peut réduire l'anxiété et aider les personnes accompagnées à comprendre ce qui est attendu d'elles dans différents contextes.
- De définir des zones. L'espace est divisé en zones spécifiques dédiées à des activités particulières, telles que l'apprentissage, le jeu, la détente ou les repas. Cela soutient la concentration et favorise les transitions.

- De réduire les distractions. Un espace structuré permet de minimiser les distractions visuelles et auditives, ce qui est particulièrement bénéfique pour les enfants et adultes qui peuvent être facilement empêchés par trop de stimuli.
- De comprendre l'utilisation des espaces et soutenir l'autonomie.



Figure 22 : Aménagement d'espace de travail sur un groupe.



Figure 23 : aménagement d'une salle de classe.

4.2.4.2. Mettre en place une structuration du temps

Les personnes avec des TND peuvent éprouver de l'anxiété face à l'incertitude et aux changements imprévus. Une structuration claire du temps leur offre un sentiment de sécurité et de stabilité en rendant les événements de la journée (ou de la semaine) plus prévisibles. En sachant à l'avance ce qui va se passer et quand, les personnes peuvent mieux se préparer mentalement et émotionnellement, ce qui réduit l'anxiété et le stress. Les transitions entre les activités peuvent être particulièrement difficiles pour les personnes avec des TND. Une structuration du temps aide à préparer et à gérer ces transitions en fournissant des signaux clairs sur le début et la fin des activités.

Pour mettre en œuvre une structuration efficace du temps, il est souvent utile d'utiliser des outils visuels tels que des plannings, des horloges avec des codes couleurs, ou des applications numériques adaptées. Cela permet de créer un emploi du temps quotidien ou hebdomadaire qui est facile à suivre et à comprendre.

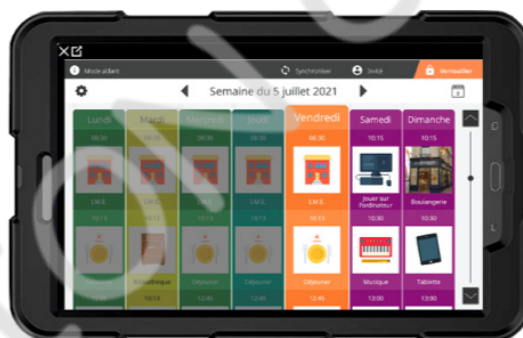


Figure 24 : agenda auticiel.



Figure 25 : Un exemple d'emploi du temps visuel et l'indispensable Time Timer.

4.2.4.3. Mettre en place une structuration des activités

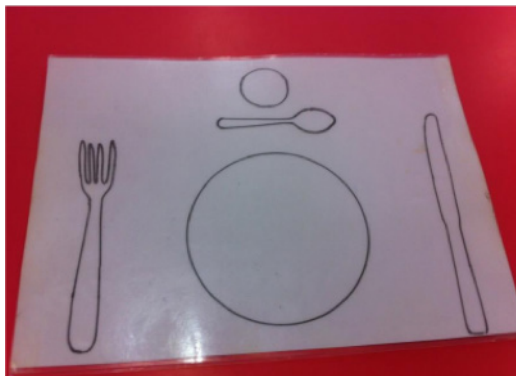
Chaque activité doit donc reprendre les fondamentaux de la structuration et cibler, même si l'activité est collective, des objectifs individuels liés au projet personnalisé.

- Exemple d'une activité reproductible enfant/adulte pour permettre l'autonomie dans la tâche attendue (ESAT) – structuration TEACCH



Figure 26 : Reproductible enfants/adultes.

- Être autonome pour mettre la table



- Exemple de la fiche activité dans la partie 4.2.1.4.

4.2.4.4. Mettre en place une communication adaptée

L'objectif d'une communication adaptée est de permettre à chaque personne de **dire ce qu'elle veut, quand elle veut, à qui elle veut**. C'est le premier outil pour accéder à une autodétermination efficace. Mettre en place une communication adaptée ou une Communication Alternative et Augmentée (CAA) dans l'accompagnement des personnes avec des troubles neurodéveloppementaux (TND) est donc crucial et ce, même si la personne semble bien s'exprimer.

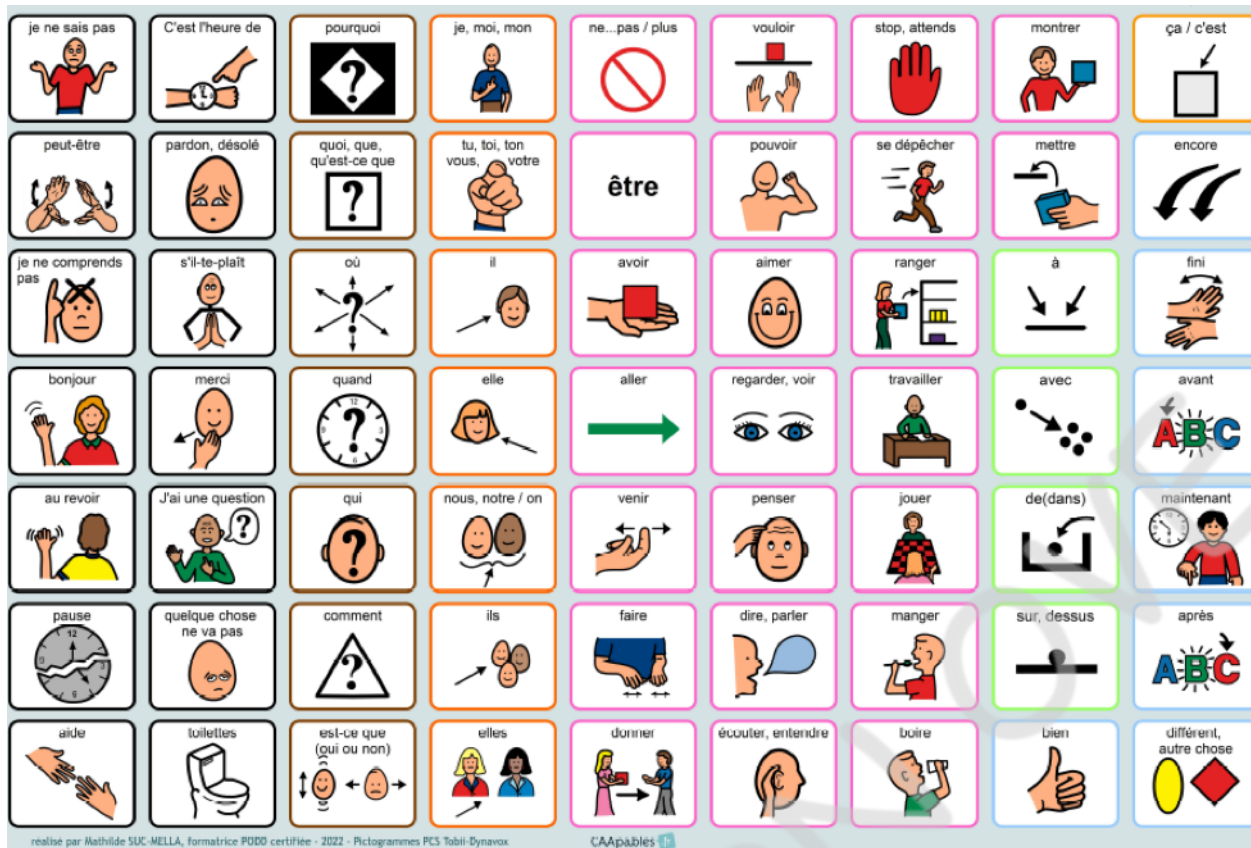


Figure 27 : Exemple de table de communication à pointer.

Avant toute mise en place d'outil adapté, une évaluation des capacités réceptives et expressives est à mener. En fonction du retour de l'évaluation, une personnalisation des outils peut être mise en œuvre (réévaluations régulières à planifier).

Tout nouvel apprentissage avec une personne présentant un TND doit être fait lorsque la personne est en état stable ou état de base.

4.2.4.5. Boite à outils

Espace	Temps	Emotions	Habilités sociales	Communication	Sensoriel
1 espace = 1 fonction	Timer, sabliers, minuteur...	Support visuel ou tactile de compréhension des émotions	Groupe d'habiletés sociales	Pictogramme,	Mise à disposition de casques, de lunettes
Utilisation de paravents et meubles de séparations	Emplois du temps visuels	Echelle des émotions	Utilisation de scénarii sociaux imagés ou non	TLA	Accès à des espaces Hypo et/ou hyper
Affichage de la fonction des espaces	Déroulement horizontal ou vertical de l'activité	Roue de compréhension des émotions	Grille d'escalade du comportement	Classeur pecs	Hamac-trempline-coussin dynair-swiss ball
Tapis ou marques au sol	Tableau des priorités	Matériel de soutien émotionnel (« Coussin de la colère », « Cahier des émotions »)	Apprentissage du « Chacun son tour »	Tablette avec application type TD snap, mind express, auticiel	Mise à disposition de fidget
Sets de tables de couleur pour changer de fonction	Intégration et gestion des imprévus dans l'emploi du temps		Apprentissage « Je joue seul », « je m'occupe seul »	Utilisation de signe pour soutenir le langage (soutenir la multimodalité)	Salle sensorielle type snoezelen

CONCLUSION

Nous arrivons au terme de la rédaction de la version 1 de ce document dont l'objectif est de soutenir l'accompagnement des personnes avec TND par les professionnels de la Fondation OVE. Ce document est destiné à évoluer au regard des avancées scientifiques, des nouvelles recommandations de bonnes pratiques et des stratégies nationales.

Nous restons à la disposition des professionnels pour toute explication supplémentaire ou pour ajouter des compléments à certaines parties si nécessaire.

Vous pouvez parcourir ce guide en fonction de vos besoins et de vos intérêts. Utilisez le sommaire pour naviguer facilement entre les différentes sections.

Suite à la lecture de ce document, parcouru dans son ensemble ou par thématique selon vos besoins, il s'agit maintenant de déployer ces propositions au regard de l'auto-évaluation des pratiques dans le champ des TND réalisée dans vos établissements et services.

La mission du pôle TND va désormais être de diffuser le contenu de ce document, d'aider les établissements à s'en emparer pour mettre en place de façon opérationnelle les objectifs visés dans l'accompagnement des personnes avec un TND.

FONDATION OVE

Liste des recommandations des bonnes pratiques professionnelles de la HAS concernant les TND et utilisés dans le modèle d'accompagnement

Troubles du neurodéveloppement – repérage et orientation des enfants à risque - Mis en ligne 17/03/2020 - Mis à jour le 19/3/2020

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3161334/fr/troubles-du-neurodeveloppement-reperage-et-orientation-des-enfants-a-risque

Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) - Mis en ligne le 05 janv. 2015 - Mis à jour le 16 mars 2018

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835830/fr/le-reperage-le-diagnostic-l-evaluation-pluridisciplinaire-et-l-accompagnement-precoce-et-personnalise-des-enfants-en-centre-d-action-medico-sociale-precoce-camsp

Les attentes de la personne et le projet personnalisé - Mis en ligne le 01 déc. 2008 - Mis à jour le 16 mars 2018

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835163/fr/les-attentes-de-la-personne-et-le-projet-personnalise

Le projet personnalisé : une dynamique de parcours d'accompagnement (volet EHPAD) - Mis en ligne le 01 oct. 2018

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2873864/fr/le-projet-personnalise-une-dynamique-de-parcours-d-accompagnement-volet-ehpad

Les comportements-problèmes au sein des établissements et services accueillant des enfants et des adultes handicapés - Mis en ligne 19/07/2016 - Mis à jour le 16/3/2018

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2834964/fr/les-comportements-problemes-au-sein-des-etablissements-et-services-accueillant-des-enfants-et-adultes-handicapes

Les espaces de calme-retrait et d'apaisement - Mis en ligne 31/01/2017 - Mis à jour le 13/3/2018

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2833763/fr/les-espaces-de-calme-retrait-et-d-apaisement

Pratiques de coopération et de coordination de la personne en situation de handicap – Mis en ligne 26/03/2018 – Mis à jour le 30/03/2018

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2839995/fr/pratiques-de-cooperation-et-de-coordination-du-parcours-de-la-personne-en-situation-de-handicap

Accompagner la scolarité et contribuer à l'inclusion scolaire - Mis en ligne 23/09/2021

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3287349/fr/accompagner-la-scolarite-et-contribuer-a-l-inclusion-scolaire

Programme « qualité de vie en maison d'accueil spécialisée (MAS) et en foyer d'accueil médicalisé (FAM) - Mis en ligne 01/12/2014 - Mis à jour le 16/3/2018

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835860/fr/programme-qualite-de-vie-en-maison-d-accueil-specialisee-mas-et-en-foyer-d-accueil-medicalise-fam

L'accompagnement de la personne présentant un trouble du développement intellectuel (TDI) volet 1 - Mis en ligne 23/09/2022 - Mis à jour le 13/12/2023

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3237847/fr/l-accompagnement-de-la-personne-presentant-un-trouble-du-developpement-intellectuel-tdi-volet-1

Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement – Mis en ligne en 05/01/2010 – Mis à jour le 16/03/2018

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835258/fr/pour-un-accompagnement-de-qualite-des-personnes-avec-autisme-ou-autres-troubles-envahissants-du-developpement

Trouble du spectre de l'autisme – signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent – Mis en ligne le 19/02/2018

Haute Autorité de Santé - Trouble du spectre de l'autisme - Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent

TSA : des signes d'alerte à la consultation dédiée en soins primaires – synthèse destinée aux professionnels de première ligne

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2826433/fr/trouble-du-spectre-de-l-autisme-des-signes-d-alerte-a-la-consultation-dediee-en-soins-primaires-synthese-destinee-aux-professionnels-de-1re-ligne

Synthèse destinée aux professionnels de seconde ligne

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2826434/fr/trouble-du-spectre-de-l-autisme-diagnostic-et-evaluation-chez-l-enfant-et-l-adolescent-synthese-destinee-aux-professionnels-de-2e-ligne

Troubles du spectre de l'autisme – annonce du diagnostic et information des familles – mis en ligne 02/2018

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-02/tsa_-_annonce_du_diagnostic_et_information_des_familles_-_synthese.pdf

Comment améliorer le parcours d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages – Décembre 2017

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2823836/fr/comment-ameliorer-le-parcours-de-sante-d-un-enfant-avec-troubles-specifiques-du-langage-et-des-apprentissages-guide-parcours-de-sante

Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité – mis en ligne le 12/02/2015.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1362146/fr/conduite-a-tenir-en-medecine-de-premier-recours-devant-un-enfant-ou-un-adolescent-susceptible-d-avoir-un-trouble-deficit-de-l-attention-avec-ou-sans-hyperactivite

Trouble du neurodéveloppement/TDAH : diagnostic et interventions thérapeutiques auprès des enfants et adolescents - Mis en ligne 23/09/2024

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3302482/fr/trouble-du-neurodeveloppement/tdah-diagnostic-et-interventions-therapeutiques-aupres-des-enfants-et-adolescents

GLOSSAIRE

ABA (Apple Behavior Analysis) : analyse appliquée du comportement, une méthode d'intervention pour les personnes avec des troubles du spectre autistique.

ANESM (Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux) : ancienne agence française chargée de l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

CAA (Communication Alternative et Améliorée) : méthodes de communication pour les personnes rencontrant des difficultés à utiliser la parole.

CAR (Classe d'autorégulation) : dispositif scolaire conçu pour aider les élèves à mieux maîtriser leurs émotions et leurs comportements.

CD (Conseil Départemental) : collectivité territoriale en charge des politiques sociales.

CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées) : commission qui décide des droits et prestations des personnes handicapées.

CIF (Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé) : permet de fournir un langage uniformisé et un cadre pour décrire et organiser les informations relatives au fonctionnement et au handicap.

CMPP (Centre Médico-Psycho-Pédagogique) : centre de consultation pour enfants et adolescents présentant des troubles psychologiques ou du neurodéveloppement.

CNIA (Certification nationale d'intervention en autisme) : certification française destinée à former les professionnels intervenant auprès de personnes TSA.

CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) : organisme finançant les aides pour les personnes âgées et handicapées.

CNV (Communication Non Violente) : méthode de communication visant à améliorer les relations interpersonnelles.

CO-OP (cognitive orientation to Daily occupation performance) : approche de rééducation centrée sur la résolution de problèmes et l'acquisition d'habiletés motrices et cognitives.

COPIL (Comité de Pilotage) : groupe de travail chargé de la gestion et du suivi d'un projet.

CRT (Cognitive remediation therapy) : méthode thérapeutique visant à améliorer les fonctions cognitives altérées.

DGCS (Direction Générale de la Cohésion Sociale) : administration française en charge des politiques sociales.

DIME (Dispositif institut Médicoéducatif) : dispositif spécialisé accueillant des enfants et des adolescents présentant un trouble du développement intellectuel.

DITEP (Dispositif institut thérapeutique éducatif et pédagogique) : dispositif d'accompagnement pour enfants et adolescents présentant des troubles du comportement.

DPA (Développement du pouvoir d'agir) : capacité des individus et des collectivités à exercer un plus grand contrôle sur ce qui les concerne.

DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Édition) : manuel de référence pour le diagnostic des troubles mentaux.

DU (Diplôme Universitaire) : diplôme délivré par une université.

EAM (Établissement d'Accueil Médicalisé) : structure d'accueil pour personnes handicapées nécessitant des soins médicaux.

EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) : maison de retraite médicalisée.

EPO (Évaluation pour la programmation d'objectifs) : outils d'évaluation qui permet de lister les compétences acquises et les compétences à enseigner.

ESMS (Établissements et Services Médico-Sociaux) : structures offrant des services aux personnes âgées ou handicapées.

GAHC (Groupe d'apprentissage des habiletés sociales) : programmes conçus pour aider les enfants, les adolescents et les adultes à développer et améliorer leurs compétences sociales.

GTN (Groupe de Travail National) : groupe de travail au niveau national.

HAS (Haute Autorité de Santé) : organisme indépendant chargé de l'évaluation des pratiques médicales.

HPI (Haut Potentiel Intellectuel) : personnes ayant des capacités intellectuelles supérieures à la moyenne.

IAG (Indice d'Aptitude Générale) : mesure des capacités intellectuelles générales.

ICC (Indice de Compétences Cognitives).

ICRA (Institut canadien des recherches avancées).

ICV (Indice de Compréhension Verbale) : mesure des capacités de compréhension verbale.

IMT (Indice de Mémoire de Travail) : mesure des capacités de mémoire de travail.

INV : Indice non verbal.

IRF (Indice de Raisonnement Fluide) : mesure des capacités de raisonnement fluide.

IVS (Indice visuo-spatial) : Mesure des capacités à percevoir, analyser et manipuler des informations visuelles et spatiales.

IVT (Indice de Vitesse de Traitement) : mesure de la rapidité de traitement de l'information.

MAS (Maison d'accueil spécialisée) : structure pour personnes en situation de handicap nécessitant des soins et un accompagnement constant dans la vie quotidienne.

MDH-PPH (Modèle de Développement Humain - Processus de Production du Handicap) : modèle théorique pour comprendre le handicap.

MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) : organisme chargé de l'accueil et de l'accompagnement des personnes handicapées.

OM (Opération de motivation) : conditions de stimulus qui affectent le comportement d'un individu.

OMS (Organisation Mondiale de la Santé) : agence des Nations Unies spécialisée dans la santé publique.

PAQ (Plan d'Amélioration de la Qualité) : plan visant à améliorer la qualité des services.

PCMA (Professional crisis management association) : organisation spécialisée dans la formation et la certification des professionnels pour la gestion des crises comportementales.

PCO (Plateforme de coordination et d'orientation) : dispositif destiné aux enfants pour lesquels un trouble du neurodéveloppement est suspecté pour limiter le sur handicap et assurer un parcours de soins coordonné et fluide.

PIC (Plan d'intervention comportemental) : document structuré qui décrit les stratégies et les actions à mettre en œuvre pour gérer et modifier des comportements problématiques chez une personne.

PMI (Protection Maternelle et Infantile) : service de protection de la santé des mères et des enfants.

PP (Projet Personnalisé) : plan d'accompagnement personnalisé pour une personne.

QI (Quotient Intellectuel) : Mesure des capacités intellectuelles.

QIT (Quotient Intellectuel Total) : mesure globale des capacités intellectuelles.

QVCT (Qualité de Vie et Conditions de Travail) : ensemble des conditions influençant la qualité de vie au travail.

RBPP (Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles) : recommandations pour améliorer les pratiques professionnelles.

RH (Ressources Humaines) : gestion du personnel dans une organisation.

SERAFIN-PH (Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des Financements aux Parcours des Personnes Handicapées) : réforme visant à adapter les financements aux parcours des personnes handicapées.

SESSAD (Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile) : service offrant des soins et un soutien éducatif à domicile pour les enfants handicapés.

SMART (Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste, Temporel) : critères pour définir des objectifs efficaces.

TCC (Thérapie Cognitivo-Comportementale) : approche thérapeutique pour traiter les troubles psychologiques.

TDAH (Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité) : trouble neurodéveloppemental affectant l'attention et l'hyperactivité.

TDC (Trouble du Développement de la Coordination) : trouble affectant la coordination motrice.

TDI (Trouble du développement intellectuel) : trouble caractérisé par des limitations significatives dans le fonctionnement intellectuel et les comportements adaptatifs.

TDL (Trouble Développemental du Langage) : trouble affectant le développement du langage.

TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children) : programme éducatif pour les enfants autistes.

TIC (Technologies de l'Information et de la Communication) : technologies utilisées pour la communication et le traitement de l'information.

TND (Troubles du Neurodéveloppement) : ensemble de troubles affectant le développement.

TROUBLE DYS : ensemble de troubles spécifiques des apprentissages (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie, etc.).

TSA (Trouble du Spectre de l'Autisme) : ensemble de troubles affectant le développement social et communicationnel.

WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale) : test de mesure de l'intelligence pour les adultes.

WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children) : test de mesure de l'intelligence pour les enfants.

WNV (Wechsler Non verbal Scale of Ability) : test de mesure de l'intelligence non verbale.

WPPSI (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence) : test de mesure de l'intelligence pour les jeunes enfants.

FONDATION OVE

BIBLIOGRAPHIE

Web

- Handicap.gouv.fr.
- <https://handicap.gouv.fr/la-strategie-nationale-autisme-et-troubles-du-neurodeveloppement-2018-2022>
- Réseau international sur le Processus de production du handicap. (n.d.). Le modèle de développement humain – Processus de production du handicap (MDH-PPH).
- <https://ripph.qc.ca>
- <https://cra-alsace.fr/wp-content/uploads/2018/03/guide-sensorialite.png>
- <https://globalsymbols.com/symbolsets/arasaac/symbols/23054?locale=fr>

Articles

- Le Bossé, Y. (2007). L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir : une alternative crédible ? Association Nationale des Assistants de Service Social
- Lachapelle, Y., Fontana-Lana, B., Petitpierre, G., Geurts, H., & Haelewyck, M.-C. (2022). Autodétermination : historique, définitions et modèles conceptuels. *La Nouvelle Revue de l'Éducation et de la Société Inclusives*, 2, 25-42.
- Wehmeyer, M. L. (2022). Self-determined learning, personalizable education, and strengths-based approaches to educating all learners. *Focus on Exceptional Children*, 54(1), 1-14.
- Des Portes, V. (2020). Troubles du neurodéveloppement : aspects cliniques. *Contraste*, 2020/1(51), 21-53. Éres
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e éd.). American Psychiatric Publishing.
- Aubineau, L.-H., Vandromme, L., & Le Driant, B. (2017). Regarde-moi, il faut qu'on se parle ! Développement socio-cognitif du bébé sourd via l'attention conjointe. *Enfance*, 69(2), 171-197.
- Alberto, P., & Troutman, A. C. (2006). *Applied behavior analysis for teachers* (7e éd.). Pearson Merrill Prentice Hall
- Bianchi, J., Chartier O., Nunes, F. (2021). *Identidys manuel 2.0*.
- Des Portes, V., & Ribeiro, H. (2016). *Les troubles du neurodéveloppement d'après le DSM-5*. CHU de Lyon, ANPEIP.
- Desgranges, B., Laisney, M., Bon, L., Duval, C., Mondou, A., Bejanin, A., Fliss, R., Beaunieux, H., Eustache, F. et Muckle, G. (2012) . TOM-15 : Une épreuve de fausses croyances pour évaluer la théorie de l'esprit cognitive. *Revue de neuropsychologie*, Volume 4(3), 216-220. <https://doi.org/10.1684/nrp.2012.0232>.
- Emerson, E. (2001). *Challenging behavior, analysis and intervention in people with severe behavior problems*. Cambridge : University press, 3.
- Goldin-Meadow, S. (2016). L'enfant parle d'abord avec les mains. *Enfance*, 4(4), 435-443.
- Goldin-Meadow, S., & Butcher, C. (2003). Pointing toward two-word speech in young children.

- In S. Kita (Ed.), Pointing: Where language, culture, and cognition meet (pp. 85–107). Lawrence Erlbaum Associates
- Mikolajczak et al. (2023). Les compétences émotionnelles. Dunod
- Piaget, J. (1998). La construction du réel chez l'enfant (Delachaux et Niestle). Neuchâtel.
- Picot, M. D. A., & Revet, A. (2023). Prévalence des troubles du neurodéveloppement Document préparatoire à la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement 2023-2027 mars 2023. Mars, 2023-11.
- Rapport IGAS n°2024-017R Handicap : comment transformer l'offre sociale et médico-sociale pour mieux répondre aux attentes des personnes ?
- Samier, R., & Jacques, S. (2016). Pédagogie et neuropsychologie. Infographie par Adrian JACQUES Licence Creative Commons BY-SA 4.0 <http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.fr>
- Siaud-Facchin, J. (2005). Trouble des apprentissages scolaires ? Enfants surdoués ? Quels liens. Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant, 81, 7-15.
- Tassé, M. J., Sabourin, G., Garcin, N. et Lecavalier, L. (2010). Définition d'un trouble grave du comportement chez les personnes ayant une déficience intellectuelle. Revue canadienne des sciences du comportement, 42(1), 62-69

Webographie / illustration

- Aubineau, L.-H., Vandromme, L., & Le Driant, B. (2017) Illustration des trois composantes de l'attention conjointe, après un regard mutuel : l'initiation (ACi), la réponse (ACr), et le maintien (ACm)
- SEVIGNY, M (2024). Affiche motricité : étapes de développement. Naître et Grandir. Fondation Lucie et André Chagnon. <https://naîtreetgrandir.com/documentsng/pdf/affiche-motricite-etapes-developpement.pdf>
- <https://eveiletconseil.fr/frise-developpement-enfant>
- Les étapes du développement de 0 à 3 ans Infographie : Le développement psychomoteur chez les enfants de 0 à 3 ans - InterCAMSP
- Cerbai, M. (2023). Tableau inventaire des fonctions cognitives [Tableau inspiré]. Créateur de contenu en santé mentale
- Picot, M. D. A., & Revet, A. (2023). Prévalence des troubles du neurodéveloppement Document préparatoire à la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement 2023-2027 Mars 2023. Mars, 2023-11. La stratégie nationale autisme et troubles du neurodéveloppement (2018-2022) | handicap.gouv.fr
- Ribeiro, H. (2016). Titre de l'infographie [Infographie sur les troubles du neurodéveloppement. Source. URL
- Williams, M. S., & Shellenberger, S. (1996). The Alert Program for Self-Regulation: How Does Your Engine Run? TherapyWorks, Inc. Infographie : La pyramide des apprentissages. Téléchargez la Pyramide des apprentissages - Blog Hop'Toys

Ouvrages

- Curie, A., & Touil, N. (2022). Guide de l'évaluation fonctionnelle multidimensionnelle dans la déficience intellectuelle. Nutrimedia.

FONDATION OVE

5. Annexes

5.1. Annexe 1 : La politique prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance à la Fondation OVE

Les enjeux actuels nationaux sont forts au sujet de la prévention de la maltraitance et de la promotion de la bientraitance. Pour illustration, depuis 2018, une commission nationale de lutte contre la maltraitance et promotion de la bientraitance est mise en place. Les états généraux des maltraitances se sont tenus entre mars et octobre 2023 avec la publication de la stratégie nationale fin 2023. Et enfin, dans le nouveau référentiel d'évaluation, la thématique de la bientraitance fait partie des critères impératifs.

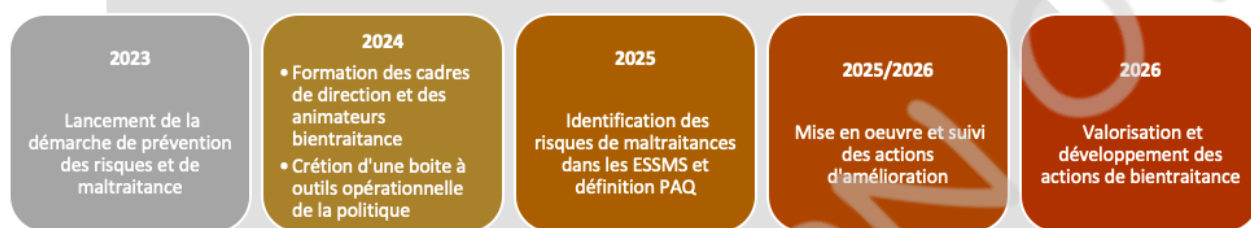
Depuis fin 2022, un copil national a été mis en place afin de définir la stratégie de la Fondation OVE. En ressortent 4 piliers dans la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance à la Fondation OVE :

1. Repérer, alerter et traiter les risques de maltraitance au travers :
 - Procédures de déclaration, de traitement des événements indésirables,
 - Suivi et analyse des événements indésirables,
 - Procédure de gestion d'une situation de maltraitance
 - Cartographie des risques de maltraitance
2. Disposer d'outils de contrôle et d'évaluation
 - Etat des lieux des obligations réglementaires
 - Auto-évaluations pluriannuelles
 - Dispositif d'évaluation
 - Plan d'amélioration de la qualité
 - Outils de la loi 2002-2
3. Améliorer la connaissance et parler le même langage autour des concepts de maltraitance, de bientraitance, s'approprier ce langage
 - Définitions communes, langage partagé,
 - Kit d'outils, supports opérationnels pour diffuser les connaissances et les faire exister,
 - Formations,
 - Connaissance et appropriation des RBPP,
 - Sensibilisation des professionnels, des personnes concernées et des familles
 - Mise en place d'animateurs bientraitance par territoire. Ce qui est attendu de l'animateur aux risques de maltraitance. Son rôle est également de croiser les regards entre tous sur ces thématiques, de libérer la parole et d'attirer l'attention sur certains points de réflexion. Il cherche à renforcer le travail d'équipe en faisant le lien avec la direction, le coordinateur qualité et gestion des risques, le comité bientraitance

4. Favoriser et partager une culture de bientraitance

- Registre des expressions
- Auto-détermination, co-construction du projet
- CVS et autres formes
- Informations sur ses droits
- Lanceurs d'alerte
- Autres lieux d'échanges, partage

En image



5.2. Annexe 2 : Une définition de la psychologie

La psychologie est l'approche qui étudie les comportements, les pensées et les émotions des individus. Elle cherche à comprendre comment les personnes perçoivent, pensent, ressentent et agissent dans différentes situations.

Le titre de psychologue est protégé et nécessite un master 2 (diplôme de niveau 7) ainsi qu'un stage de 500h afin de pouvoir exercer. Le diplôme donne accès au Titre de psychologue avec une spécialisation et une approche spécifique au regard de sa formation.

SPECIALISATIONS	
Psychologie Clinique	Se concentre sur le diagnostic et le traitement des troubles mentaux, émotionnels et comportementaux.
Psychologie cognitive	Etude des relations entre le cerveau et le comportement chez l'humain.
Neuropsychologie	Etude des relations entre le cerveau et le comportement chez un individu présentant une altération fonctionnelle
Psychologie sociale	Analyse comment les pensées, les émotions et les comportements des individus sont influencés par la présence (réelle ou imaginaire) des autres
Psychologie du travail et des organisations	S'intéresse aux comportements au sein des entreprises et des organisations, visant à améliorer le bien-être et la performance des employés
Psychologie de l'éducation	Se concentre sur les processus d'apprentissage et les méthodes pédagogiques pour optimiser l'enseignement et l'apprentissage
Psychopathologie	Etudie les origines, le développement et les manifestations des troubles mentaux
Psychologie légale	Applique les principes de la psychologie au sein du système judiciaire
Psychologie environnementale	Explore les interactions entre les individus et leur environnement physique
Psycho généalogie	Etudie le lien entre les générations au sein d'une famille pour comprendre comment les expériences et les traumatismes peuvent se transmettre

5.3. Annexe 3 : PCM dispensé par PCMA (professional crisis management association)

Le programme de gestion de crise – Professional Crisis Management (PCM), est le résultat de plusieurs années de recherche en gestion de crise et en gestion du comportement appliqué à des situations de crise.

PCMA est un organisme qui forme au système de gestion de crise appelé PCM. PCMA s'engage à former les professionnels à gérer des situations de crise de manière sûre et efficace. Toutes les stratégies et interventions de PCM sont basées sur les sciences comportementales et des principes éthiques tels que le respect de la dignité humaine, et la liberté de choix.

PCM se compose de 4 stratégies et interventions :

Prévention : ensemble de stratégie d'enseignement et d'organisation pour maintenir la stabilité de la personne. Ces techniques s'intègrent et complètent la prise en charge existante et le projet individuel de l'utilisateur.

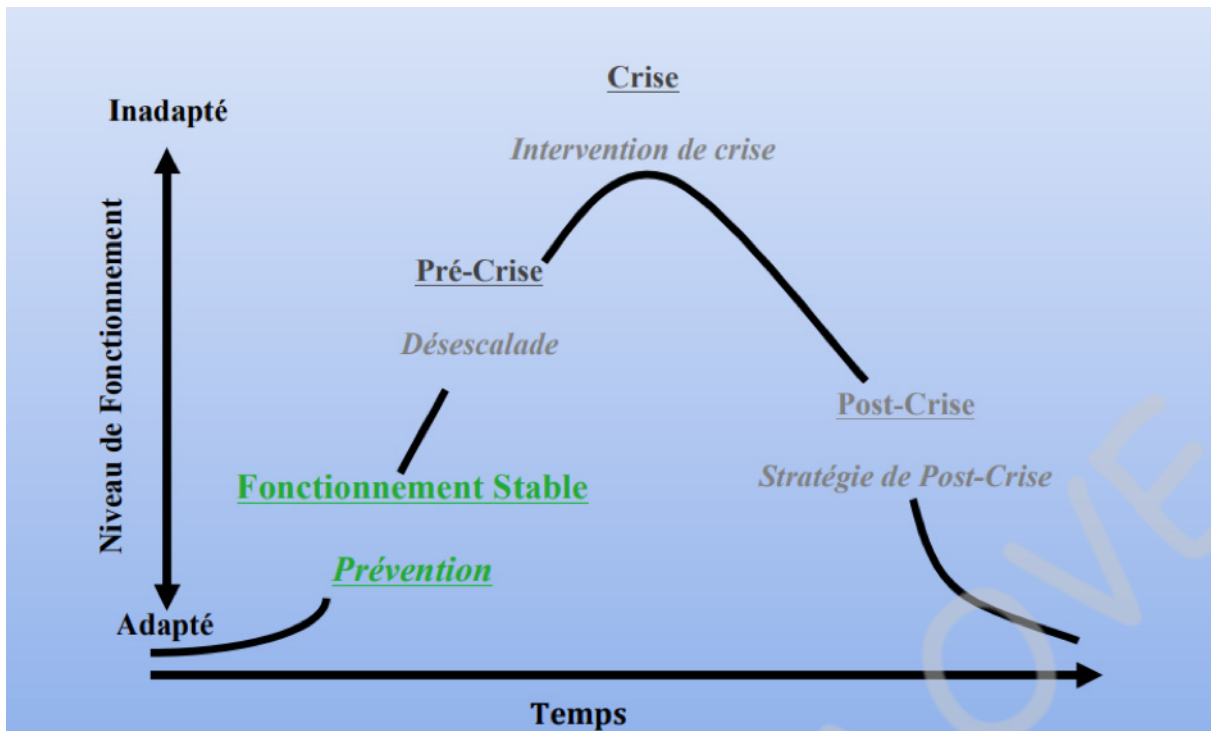
Désescalade : stratégies verbales et environnementales pour stabiliser les situations qui escaladent avant d'avoir à intervenir physiquement. Ces stratégies s'attachent aux bases installées pendant la prévention.

Intervention de crise : mise en place de techniques et procédures d'intervention physique indolore en cas de crise. Les procédures utilisent la mécanique naturelle du corps et évitent les positions inconfortables et maladroitement.

Post-crise : stratégies verbales pour ramener l'utilisateur vers son projet individualisé et la gestion de l'après-crise en termes d'accompagnement et d'analyse des situations.

PCM : la Prévention en tant que 1^{ère} stratégie

En accord avec les recommandations de l'ANESM, la formation PCM insiste particulièrement sur les techniques de prévention pour la gestion des situations de crise. La réduction des comportements de crise passe avant tout par la compréhension des situations et les ajustements de prise en charge qui en découlent. Les stratégies et procédures PCM sont complémentaires de la prise en charge existante de l'utilisateur et ne s'y substituent pas. Les procédures les moins restrictives possibles sont utilisées. Des critères pour l'application des différentes procédures ont donc été définis pour qu'elles soient utilisées à bon escient.



Copyright par PCMA

Toutes les stratégies sont importantes.

5.4. Annexe 4 : La transdisciplinarité et le travail d'équipe

Définition d'équipe :

Selon le « petit Robert » une équipe se définit comme un :

1. **Groupe de personnes devant accomplir une tâche commune.** Former une équipe soudée. Une équipe de chercheurs.
2. Groupe de personnes qui agissent, se distraient ensemble. Quelle équipe !
3. Groupe de personnes, de joueurs pratiquant un même sport, disputant ensemble des compétitions, des matchs. Jouer en équipe, par équipe (→ équipier). Sport d'équipe. Une équipe de rugby. L'équipe de France d'escrime. **C'est un processus dynamique qui repose sur la collaboration, la communication, la confiance et la complémentarité des compétences pour atteindre un objectif commun de manière efficace et efficiente.**

Faire équipe :

- Accepter les divergences d'opinion
- Être autorisé à prendre la parole sur les sujets qui concernent l'accompagnement
- Accepter le relai
- Accepter que chaque corps de métier puisse accompagner l'utilisateur sur différents plans (éducatif, médicale, scolaire etc.)
- Partager les informations nécessaires à l'accompagnement
- Soutenir ses collègues
- Prendre le relais lorsque que cela est nécessaire
- S'appuyer sur les connaissances particulières des autres corps de métier

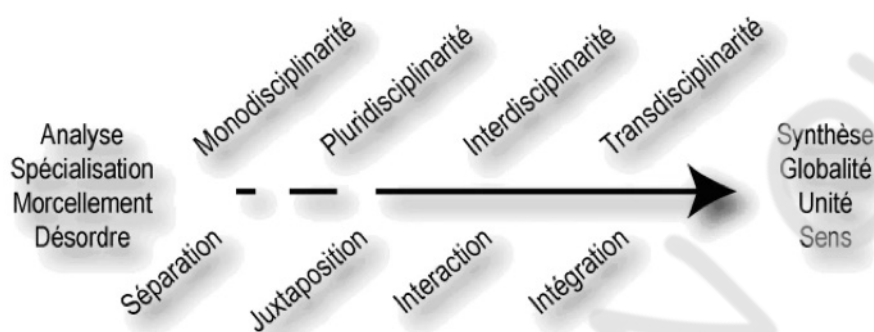
Les éléments qui font que le travail d'équipe n'est pas possible :

- Le manque de temps
- Le management défaillant
- Le manque de remise en question
- Le non-respect professionnel.
- Le manque de confiance entre professionnels.
- Non-respect du cadre de travail à l'intérieur duquel la posture professionnelle est respectée.

Les 3 éléments clés du travail d'équipe :

- La communication : une communication efficace implique la transmission d'informations, mais aussi l'écoute active.
- Collaboration et coopération : les membres de l'équipe doivent être prêts à partager leurs compétences, leurs connaissances et leurs ressources pour atteindre les objectifs collectifs.
- La Confiance : nécessité de reconnaître les compétences de l'autre.

Lorsque ces 3 éléments sont au rendez-vous, la transdisciplinarité peut prendre forme.



Transdisciplinarité : Pas de hiérarchie entre les savoirs. L'ensemble des professionnels du service contribuent à la réalisation des objectifs d'accompagnement. La communication dans l'équipe est continue.

Extrait de : Basarab Nicolescu. MNHN. (2015, 25 septembre). Continuum entre pluridisciplinarité, interdisciplinarité et transdisciplinarité., in Entretien avec Basarab Nicolescu. [Vidéo]. Canal-U. <https://doi.org/10.60527/mg5x-vj34>.

FONDATION OVE

**Merci pour votre attention,
à vous de jouer maintenant !**

