

# L'ÉTABLISSEMENT

Nom Centre de Jour

Adresse 1016 route de Montaugier 73250 LA MOTTE SCAVOLEX

## 1. L'établissement est un(e) :

- Hôpital de jour       Internat       Institut médico-éducatif       Classe spécialisée  
 Autres.....

## 2. La date de création

Jour / 25 / Mois / IV / Année / 95 /

## 3. L'objectif principal

- Soins       Éducatif       Scolarisation

## 4. L'établissement a-t-il connu des modifications durant les dix dernières années?

- Création de services. Lesquel(s) .....  
 Suppression de services. Lesquel(s).....  
 Autres.....

## 5. La population concernée

Description : enfants présentant des psychoses et troubles de la personnalité, sans trouble spécifique et âge jusqu'à 16 ans

## 6. Les pathologies (selon les catégories cliniques de la C.F.T.M.E.A)

- Psychoses       Troubles névrotiques       Pathologies de la personnalité  
 Troubles réactionnels       Déficiences mentales       Troubles des fonctions instrumentales  
 Troubles à expression somatique       Variations de la normale  
 Autres.....

# L'ES ENFANTS AUTISTES

## 1. Accueillez vous des enfants autistes?

Oui

Non

Nombre total : / 6 /

Nombre de filles : / 0 /

Nombre de garçons : / 6 /

Nombre d'enfants par tranche d'âge :

Moins de 3 ans : / 0 /

3 à 12 ans : / 6 /

Plus de 12 ans : / 0 /

Capacité max. places d'accueil : / 13 / ~~avant 9h30-12h30 2x / 12h30-15h30 2x / 15h30-18h30 2x~~ *neant*

Avez-vous une section spécifique d'accueil des enfants autistes ?

Oui

Non

## 2. Les enfants présentent une pathologie de type :

Autisme infantile précoce de Kanner :

Combien d'enfants ? / 2 /

Dont / 1 / sans langage

Oui

Non

Autres formes d'autisme infantile :

Combien d'enfants ? / 4 /

Dont / 3 / sans langage

Oui

Non

Syndrôme autistique associé à un polyhandicap :

Combien d'enfants ? / 0 /

Dont / 0 / sans langage

Oui

Non

Syndrôme autistique dans le cadre d'une « pathologie connue » :

Combien d'enfants ? / 0 /

Dont / 0 / sans langage

Oui

Non

## 3. Les modalités de prise en charge des enfants autistes

La fréquentation est :

De jour

De nuit

Les deux

Temps complet

Temps séquentiel

Les deux

Les prises en charge sont :

Des ateliers thérapeutiques ou pour des besoins spécifiques

Oui

Non

Freuse :

En individuel

En groupe

En classe

Des activités de socialisation Précisez.....	<input checked="" type="checkbox"/> En individuel	<input checked="" type="checkbox"/> En groupe	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Des activités à support sonore Précisez.....	<input checked="" type="checkbox"/> En individuel	<input checked="" type="checkbox"/> En groupe	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Des activités à support plastique et créativité Précisez.....	<input checked="" type="checkbox"/> En individuel	<input checked="" type="checkbox"/> En groupe	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Des activités à support cognitif Précisez.....	<input checked="" type="checkbox"/> En individuel	<input checked="" type="checkbox"/> En groupe	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Des rééducations psychomotrices Précisez.....	<input checked="" type="checkbox"/> En individuel	<input checked="" type="checkbox"/> En groupe	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Des rééducations orthophoniques Précisez.....	<input checked="" type="checkbox"/> En individuel	<input checked="" type="checkbox"/> En groupe	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Des psychothérapies Précisez.....	<input checked="" type="checkbox"/> En individuel	<input checked="" type="checkbox"/> En groupe	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autres : .....	.....	.....	.....	.....

#### 4. La scolarité

Les enfants autistes suivent-ils une scolarité ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Les apprentissages scolaires se font en : <input checked="" type="checkbox"/> À domicile Autres : <i>Importance de venir à l'école en "Art. 1 de la loi" (compromis)</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Dans l'établissement	<input checked="" type="checkbox"/> Autres

5. Les professionnels concernés par la prise en charge des enfants autistes ont-ils des formations spécifiques ?

Non

Non spécifiques

Oui pour une minorité

Oui pour une majorité

Précisez :

.....

.....

.....

6. Les principaux partenaires

En amour

Entourage

Prof<sup>ts</sup> de santé ou l'établissement

Autres prof<sup>ts</sup> de santé

Scolaires

Associations

Sociaux et médico-sociaux

Educatifs et médico-éduc.

Autres, en clair... *C.M.P.*

Eniva

Entourage

Prof<sup>ts</sup> de santé de l'établissement

Autres prof<sup>ts</sup> de santé

Scolaires

Associations

Sociaux et médico-sociaux *CLASSE*

Educatifs et médico-éduc. *CLASSE*

Autres, en clair

Co-tenants

Entourage

Prof<sup>ts</sup> de santé de l'établissement

Autres prof<sup>ts</sup> de santé

Scolaires

Associations

Sociaux et médico-sociaux

Educatifs et médico-éduc.

Autres, en clair

Questionnaire renseigné par :

Nom :

*FAVRE*

Fonction :

*psychologue*

Etes-vous intéressés pour apporter vos témoignages ?

Oui

Non

# L'ETABLISSEMENT

Nom :

Adresse :

## 1. L'établissement est un(e) :

Hôpital de jour       Intérimat       Institut médico-éducatif       Classe spécialisée  
 Autres... *Secteur de soins infanto-juvéniles*

## 2. La date de création

Jour : 02 Mois : 02 Année : 85

## 3. L'objectif principal

Soins       Education       Scolarisation

## 4. L'établissement a-t-il connu des modifications durant les dix dernières années?

Création de services. Lequel(s) : .....  
 Suppression de services. Lequel(s) : .....  
 Autres : .....

## 5. La population concernée

Description : *Population infantile d'un secteur*

## 6. Les pathologies (selon les catégories cliniques de la C.F.T.M.E.A)

Psychoses       Troubles névrotiques       Pathologies de la personnalité  
- Troubles réactionnels      - Déficiences mentales      - Troubles des fonctions instrumentales  
 Troubles à expression somatique       Variations de la normale  
 Autres : .....

## LES ENFANTS AUTISTES

### 1. Accueillez vous des enfants autistes?

Nombre total : 80

Nombre d'enfants par tranche d'âge :

Moins de 3 ans : 3

Capacité « maximale » d'accueil :   

Avez-vous une section spécifique à l'accueil des enfants autistes ?

Oui

Nombre de filles : 7

3 à 12 ans : 14

Non

Nombre de garçons : 13

Plus de 12 ans : 6

Oui

Non

### 2. Les enfants présentent une pathologie de type :

Autisme infantile précoce de Kanner :

Combien d'enfants ? 3

Dont    sans langage

Autres formes d'autisme infantile :

Combien d'enfants ? 7

Dont    sans langage

Syndrôme autistique associé à un polyhandicap

Combien d'enfants ? ?

Dont    sans langage

Syndrôme autistique dans le cadre d'une « pathologie connue »

Combien d'enfants ? 2

Dont    sans langage

Oui

Non

Oui

Non

Oui

Non

Oui

Non

### 3. Les modalités de prise en charge des enfants autistes

La fréquentation est :

De jour

Temps complet

De nuit

Temps séquentiel

Les deux

Les deux

Les prises en charge sont :

Des activités thérapeutiques ou éducatives non spécifiques

Précisez .....

En individuel

En groupe

Oui

Non

Les deux

Des activités de socialisation	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez.....	.....	
<input type="checkbox"/> En individuel	<input type="checkbox"/> En groupe	<input checked="" type="checkbox"/> Les deux
Des activités à support corporel	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez.....	.....	
<input checked="" type="checkbox"/> En individuel	<input type="checkbox"/> En groupe	<input checked="" type="checkbox"/> Les deux
Des activités à support plastique et créativité	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez.....	.....	
<input type="checkbox"/> En individuel	<input type="checkbox"/> En groupe	<input checked="" type="checkbox"/> Les deux
Des activités à support cognitif	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non
Précisez.....	.....	
<input type="checkbox"/> En individuel	<input type="checkbox"/> En groupe	<input checked="" type="checkbox"/> Les deux
Des rééducations psychomotrices	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez.....	.....	
<input type="checkbox"/> En individuel	<input checked="" type="checkbox"/> En groupe	<input checked="" type="checkbox"/> Les deux
Des rééducations orthophoniques	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez.....	.....	
<input type="checkbox"/> En individuel	<input type="checkbox"/> En groupe	<input checked="" type="checkbox"/> Les deux
Des psychothérapies	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez.....	.....	
<input type="checkbox"/> En individuel	<input checked="" type="checkbox"/> En groupe	<input checked="" type="checkbox"/> Les deux
Autres :.....	.....	

#### 4. La scolarité

Les enfants autistes suivent-ils une scolarité ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Les apprentissages scolaires se font en.....	.....	
<input checked="" type="checkbox"/> Milieu scolaire	<input checked="" type="checkbox"/> Dans l'établissement	<input type="checkbox"/> Autres
Autres :.....	.....	

5. Les professionnels concernés par la prise en charge des enfants autistes ont-ils des formations spécifiques ?

- Non  Non spécifiques  Oui, pour une minorité  Oui, pour une majorité
- Précisez : .....

6. Les principaux partenaires

- |   |   |   |
|---|---|---|
| En amont  | En aval   | Co-partenaires  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Entourage                           | <input checked="" type="checkbox"/> Entourage                           | <input checked="" type="checkbox"/> Entourage                           |
| <input type="checkbox"/> Prof <sup>ss</sup> de santé de l'établissement | <input type="checkbox"/> Prof <sup>ss</sup> de santé de l'établissement | <input type="checkbox"/> Prof <sup>ss</sup> de santé de l'établissement |
| <input type="checkbox"/> Autres prof <sup>ss</sup> de santé             | <input type="checkbox"/> Autres prof <sup>ss</sup> de santé             | <input type="checkbox"/> Autres prof <sup>ss</sup> de santé             |
| <input checked="" type="checkbox"/> Scolaires                           | <input checked="" type="checkbox"/> Scolaires                           | <input type="checkbox"/> Scolaires                                      |
| <input type="checkbox"/> Associations                                   | <input type="checkbox"/> Associations                                   | <input type="checkbox"/> Associations                                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sociaux et médico-sociaux           | <input checked="" type="checkbox"/> Sociaux et médico-sociaux           | <input type="checkbox"/> Sociaux et médico-sociaux                      |
| <input type="checkbox"/> Educatifs et médico-éduc.                      | <input checked="" type="checkbox"/> Educatifs et médico-éduc.           | <input type="checkbox"/> Educatifs et médico-éduc.                      |
| <input type="checkbox"/> Autres, en clair.....                          | <input type="checkbox"/> Autres, en clair.....                          | <input type="checkbox"/> Autres, en clair.....                          |

Questionnaire renseigné par :

Nom (facultatif) : *Boulet Jean Claude*  
Fonction : *Chef de Service*

Etes-vous intéressés pour apporter vos témoignages ?  Oui  Non

Questionnaire à retourner avant le 15 mai 1987



## L'ETABLISSEMENT

Nom: *Hôpital de Jour  
de Psychiatrie  
Enfants et  
(ex. Centre de jour)*

Adresse:

*Service de Psychiatrie - Hôpital Sud. (CHUG)  
Avenue de Kintakéy 38120 CAIROUILLES  
(Hôpital - BP 125 3804 à front. Gds)*

### 1. L'établissement est un(e) :

Hôpital de Jour

Internat

Institut médico-éducatif

Classe spécialisée

Autres

### 2. La date de création

Jour : \_\_\_ / Mois : \_\_\_ / Année : 1992

### 3. L'objectif principal

Soins

Education

Scolarisation

### 4. L'établissement a-t-il connu des modifications durant les dix dernières années?

Création de services. Lesquel(s).....

Suppression de services. Lesquel(s) *Suppression de postes (1 infirmier, 1 thérapeute)*

Autres.....

### 5. La population concernée

Description : *Secteur géographique*

### 6. Les pathologies (selon les catégories cliniques de la C.F.T.M.E.A)

Psychoses

Troubles névrotiques

Pathologies de la personnalité

Troubles réactionnels

Déficiences mentales (*aspirées*)

Troubles des fonctions instrumentales

Troubles à expression somatique

Variations de la normale

Autres.....

## LES ENFANTS AUTISTES

### 1. Accueillez vous des enfants autistes?

 Oui

 Non

 Nombre total : 16

 Nombre de filles : 16

 Nombre de garçons : 0

Nombre d'enfants par tranche d'âge :

 Moins de 2 ans : 2

 3 à 12 ans : 12
 Plus de 12 ans : 2

 Capacité « maxima » d'accueil : 12 places (file d'attente de 2 et 25 enfants)

Avez-vous une section spécifique à l'accueil des enfants autistes ?

 Oui

 Non

### 2. Les enfants présentent une pathologie de type :

Autisme infantile précoce de Kanner :

 Combien d'enfants ? 7

 Dont : 6 sans langage → absent
 Oui

 Non

Autres formes d'autisme infantile :

 Combien d'enfants ? 8

 Dont : 2 sans langage → absent
 Oui

 Non

Syndrome autistique associé à un polyhandicap

 Combien d'enfants ? 0

 Dont : 0 sans langage

 Oui

 Non

Syndrome autistique dans le cadre d'une « pathologie connue »

 Combien d'enfants ? 1

 Dont : 1 sans langage

 Oui

 Non

### 3. Les modalités de prise en charge des enfants autistes

La fréquentation est :

 De jour

 De nuit

 Les deux

 Temps complet

 Temps séquentiel

 Les deux

Les prises en charge sont :

Des activités thérapeutiques ou éducatives non spécifiques

 Précisez : Soins individuels par un parent +
 Oui

 Non

 En individuel

 En groupe

 Les deux

Psychomotricité, ateliers, etc. groupe

Des activités de socialisation  Oui  Non  
 Précisez.....  
 En individuel  En groupe  Les deux

Des activités à support corporel  Oui  Non  
 Précisez.....  
 En individuel  En groupe  Les deux

Des activités à support plastique et créativité  Oui  Non  
 Précisez.....  
 En individuel  En groupe  Les deux

Des activités à support cognitif  Oui  Non  
 Précisez.....  
 En individuel  En groupe  Les deux

Des rééducations psychomotrices  Oui  Non  
 Précisez.....  
 En individuel  En groupe  Les deux

Des rééducations orthophoniques  Oui  Non  
 Précisez *partiellement et pré-verbale*.....  
 En individuel  En groupe  Les deux

Des psychothérapies  Oui  Non  
 Précisez *psychothérapies analytiques de groupe*.....  
 En individuel  En groupe  Les deux

Autres : .....

#### 4. La scolarité

Les enfants autistes suivent-ils une scolarité ?  Oui  Non

Les apprentissages scolaires se font en :  
 Milieu ordinaire  CLIS  Dans l'établissement  Autres  
 Autres : *partiellement avec des parents en charge pendant le temps partiel en I.H.E.*

### 5. Les professionnels concernés par la prise en charge des enfants autistes ont-ils des formations spécifiques ?

Non

Non spécifiques

Oui, pour une minorité

Oui, pour une majorité

Précisez : F.C.D.P.U. et autres, interventions journalières de l'ensemble de l'équipe +  
1.1.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10.11.12.13.14.15.16.17.18.19.20.21.22.23.24.25.26.27.28.29.30.31.32.33.34.35.36.37.38.39.40.41.42.43.44.45.46.47.48.49.50.51.52.53.54.55.56.57.58.59.60.61.62.63.64.65.66.67.68.69.70.71.72.73.74.75.76.77.78.79.80.81.82.83.84.85.86.87.88.89.90.91.92.93.94.95.96.97.98.99.100.101.102.103.104.105.106.107.108.109.110.111.112.113.114.115.116.117.118.119.120.121.122.123.124.125.126.127.128.129.130.131.132.133.134.135.136.137.138.139.140.141.142.143.144.145.146.147.148.149.150.151.152.153.154.155.156.157.158.159.160.161.162.163.164.165.166.167.168.169.170.171.172.173.174.175.176.177.178.179.180.181.182.183.184.185.186.187.188.189.190.191.192.193.194.195.196.197.198.199.200.201.202.203.204.205.206.207.208.209.210.211.212.213.214.215.216.217.218.219.220.221.222.223.224.225.226.227.228.229.230.231.232.233.234.235.236.237.238.239.240.241.242.243.244.245.246.247.248.249.250.251.252.253.254.255.256.257.258.259.260.261.262.263.264.265.266.267.268.269.270.271.272.273.274.275.276.277.278.279.280.281.282.283.284.285.286.287.288.289.290.291.292.293.294.295.296.297.298.299.300.301.302.303.304.305.306.307.308.309.310.311.312.313.314.315.316.317.318.319.320.321.322.323.324.325.326.327.328.329.330.331.332.333.334.335.336.337.338.339.340.341.342.343.344.345.346.347.348.349.350.351.352.353.354.355.356.357.358.359.360.361.362.363.364.365.366.367.368.369.370.371.372.373.374.375.376.377.378.379.380.381.382.383.384.385.386.387.388.389.390.391.392.393.394.395.396.397.398.399.400.401.402.403.404.405.406.407.408.409.410.411.412.413.414.415.416.417.418.419.420.421.422.423.424.425.426.427.428.429.430.431.432.433.434.435.436.437.438.439.440.441.442.443.444.445.446.447.448.449.450.451.452.453.454.455.456.457.458.459.460.461.462.463.464.465.466.467.468.469.470.471.472.473.474.475.476.477.478.479.480.481.482.483.484.485.486.487.488.489.490.491.492.493.494.495.496.497.498.499.500.501.502.503.504.505.506.507.508.509.510.511.512.513.514.515.516.517.518.519.520.521.522.523.524.525.526.527.528.529.530.531.532.533.534.535.536.537.538.539.540.541.542.543.544.545.546.547.548.549.550.551.552.553.554.555.556.557.558.559.560.561.562.563.564.565.566.567.568.569.570.571.572.573.574.575.576.577.578.579.580.581.582.583.584.585.586.587.588.589.590.591.592.593.594.595.596.597.598.599.600.601.602.603.604.605.606.607.608.609.610.611.612.613.614.615.616.617.618.619.620.621.622.623.624.625.626.627.628.629.630.631.632.633.634.635.636.637.638.639.640.641.642.643.644.645.646.647.648.649.650.651.652.653.654.655.656.657.658.659.660.661.662.663.664.665.666.667.668.669.670.671.672.673.674.675.676.677.678.679.680.681.682.683.684.685.686.687.688.689.690.691.692.693.694.695.696.697.698.699.700.701.702.703.704.705.706.707.708.709.710.711.712.713.714.715.716.717.718.719.720.721.722.723.724.725.726.727.728.729.730.731.732.733.734.735.736.737.738.739.740.741.742.743.744.745.746.747.748.749.750.751.752.753.754.755.756.757.758.759.760.761.762.763.764.765.766.767.768.769.770.771.772.773.774.775.776.777.778.779.780.781.782.783.784.785.786.787.788.789.790.791.792.793.794.795.796.797.798.799.800.801.802.803.804.805.806.807.808.809.810.811.812.813.814.815.816.817.818.819.820.821.822.823.824.825.826.827.828.829.830.831.832.833.834.835.836.837.838.839.840.841.842.843.844.845.846.847.848.849.850.851.852.853.854.855.856.857.858.859.860.861.862.863.864.865.866.867.868.869.870.871.872.873.874.875.876.877.878.879.880.881.882.883.884.885.886.887.888.889.890.891.892.893.894.895.896.897.898.899.900.901.902.903.904.905.906.907.908.909.910.911.912.913.914.915.916.917.918.919.920.921.922.923.924.925.926.927.928.929.930.931.932.933.934.935.936.937.938.939.940.941.942.943.944.945.946.947.948.949.950.951.952.953.954.955.956.957.958.959.960.961.962.963.964.965.966.967.968.969.970.971.972.973.974.975.976.977.978.979.980.981.982.983.984.985.986.987.988.989.990.991.992.993.994.995.996.997.998.999.1000.

### 6. Les principaux partenaires

En amont

Entourage

Prof<sup>ts</sup> de santé de l'établissement

Autres prof<sup>ts</sup> de santé

Scolaires

Associations

Sociaux et médico-sociaux

Educatifs et médico-éduc.

Autres, en clair... Professionnels de santé de l'IMP de lecture

En aval

Entourage

Prof<sup>ts</sup> de santé de l'établissement

Autres prof<sup>ts</sup> de santé

Scolaires

Associations

Sociaux et médico-sociaux

Educatifs et médico-éduc.

Autres, en clair.....

Co-partenaires

Entourage

Prof<sup>ts</sup> de santé de l'établissement

Autres prof<sup>ts</sup> de santé

Scolaires

Associations

Sociaux et médico-sociaux

Educatifs et médico-éduc.

Autres en clair.....

### Questionnaire renseigné par :

Nom (facultatif) : C.C.D.P.U. Jeanne

Fonction : Psychiatre Responsable de l'IMP

Etes-vous intéressés pour apporter vos témoignages ?

Oui

Non

Questionnaire à retourner avant le 20 février 1997

**L'ETABLISSEMENT**

(Hôpital de St Laurent du Port 48500)

Nom Hôpital de Joux

Adresse: Centre d'Orpèze - 48500 Lemboulvaux  
(Bentzen 48403)

**1. L'établissement est un(e) :**

- Hôpital de jour
- Internat
- Institut médico-éducatif
- Classe spécialisée
- Autres.....

**2. La date de création**

Jour / \_\_\_ / Mois 12 Année 1996

**3. L'objectif principal**

- Soins
- Education
- Scolarisation

**4. L'établissement a-t-il connu des modifications durant les dix dernières années?**

- Création de services. Lesque(s) : Construction d'un Hôpital de jour (Septembre 1996)
- Suppression de services. Lesquel(s) : (Transfert de Vieux à Lemboulvaux le 12/12/95)
- Autres : (marché affectif + Anglaises)

**5. La population concernée**

Description : Enfants de 2 à 12 ans présentant des troubles évolutifs de la personnalité

**6. Les pathologies (selon les catégories cliniques de la C.F.T.M.E.A)**

- Psychoses
- Troubles réactionnels
- Troubles à expression somatique
- Autres .....
- Troubles névrotiques
- Déficiences mentales
- Variations de la normale
- Pathologies de la personnalité
- Troubles des fonctions instrumentales

## LES ENFANTS AUTISTES

### 1. Accueillez vous des enfants autistes?

Oui

Non

Nombre total : 14

Nombre de filles : 3

Nombre de garçons : 11

Nombre d'enfants par tranche d'âge :

Moins de 3 ans : 1

3 à 12 ans : 4

Plus de 12 ans : 1

Capacité « maximale » d'accueil : 14

Avez-vous une section spécifique à l'accueil des enfants autistes ?

Oui

Non

### 2. Les enfants présentent une pathologie de type :

Autisme infantile précoce de Kanner :

Combien d'enfants ? 1

Dont 1 sans langage

Oui

Non

Autres formes d'autisme infantile :

Combien d'enfants ? 4

Dont 1 sans langage

Oui

Non

Syndrome autistique associé à un polynévirop

Combien d'enfants ? 1

Dont 1 sans langage

Oui

Non

Syndrome autistique dans le cadre d'une « pathologie connue »

Combien d'enfants ? 1

Dont 1 sans langage

Oui

Non

### 3. Les modalités de prise en charge des enfants autistes

La fréquentation est

De jour

Temps complet

De nuit

Temps séquentiel

Les deux

Les deux

Les prises en charge sont

Des activités thérapeutiques ou éducatives non spécifiques

Précisez : Handicaps

En individuel

En groupe

Oui

Non

Les deux

Des activités de socialisation	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez... <i>Soutien éducatif</i>	.....	
<input type="checkbox"/> En individuel	<input checked="" type="checkbox"/> En groupe	<input type="checkbox"/> Les deux
Des activités à support corporel	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez... <i>Plaisance - Poney - Gymnastique</i>	.....	
<input checked="" type="checkbox"/> En individuel	<input checked="" type="checkbox"/> En groupe	<input checked="" type="checkbox"/> Les deux
Des activités à support plastique et créatif	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez... <i>Peinture - Couture</i>	.....	
<input type="checkbox"/> En individuel	<input checked="" type="checkbox"/> En groupe	<input type="checkbox"/> Les deux
Des activités à support cognitif	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez... <i>Bibliothèque</i>	.....	
<input type="checkbox"/> En individuel	<input checked="" type="checkbox"/> En groupe	<input type="checkbox"/> Les deux
Des rééducations psychomotrices	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez... <i>Psychomotricité et informatique</i>	.....	
<input type="checkbox"/> En individuel	<input checked="" type="checkbox"/> En groupe	<input type="checkbox"/> Les deux
Des rééducations orthophoniques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez... <i>Orthophonie et informatique</i>	.....	
<input checked="" type="checkbox"/> En individuel	<input checked="" type="checkbox"/> En groupe	<input checked="" type="checkbox"/> Les deux
Des psychothérapies	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez... <i>avec un deux psychologues</i>	.....	
<input checked="" type="checkbox"/> En individuel	<input type="checkbox"/> En groupe	<input type="checkbox"/> Les deux
Autres : .....	.....	

#### 4. La scolarité

Les enfants autistes surviennent-ils une scolarité ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Les apprentissages scolaires se font en :	.....	
<input type="checkbox"/> Milieu ordinaire	<input type="checkbox"/> C.L.I.S	<input checked="" type="checkbox"/> Dans l'établissement
Autres : .....	<input type="checkbox"/> Autres	

**5. Les professionnels concernés par la prise en charge des enfants autistes ont-ils des formations spécifiques ?**

- Non  
 Non spécifiques  
 Oui, pour une minorité  
 Oui, pour une majorité
- Précisez : .....

**6. Les principaux partenaires**

- | En amont   | En aval  | Co-partenaires   |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Entourage                                      | <input checked="" type="checkbox"/> Entourage                                      | <input checked="" type="checkbox"/> Entourage                                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> Prof <sup>ss</sup> de santé de l'établissement | <input checked="" type="checkbox"/> Prof <sup>ss</sup> de santé de l'établissement | <input checked="" type="checkbox"/> Prof <sup>ss</sup> de santé de l'établissement |
| <input type="checkbox"/> Autres prof <sup>ss</sup> de santé                        | <input type="checkbox"/> Autres prof <sup>ss</sup> de santé                        | <input type="checkbox"/> Autres prof <sup>ss</sup> de santé                        |
| <input type="checkbox"/> Scolaires   | <input type="checkbox"/> Scolaires   | <input type="checkbox"/> Scolaires   |
| <input type="checkbox"/> Associations  | <input type="checkbox"/> Associations  | <input type="checkbox"/> Associations  |
| <input type="checkbox"/> Sociaux et méd-co-sociaux                                 | <input checked="" type="checkbox"/> Sociaux et médico-sociaux                      | <input type="checkbox"/> Sociaux et médico-sociaux                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Éducatifs et médico-éduc.                      | <input checked="" type="checkbox"/> Éducatifs et médico-éduc.                      | <input checked="" type="checkbox"/> Éducatifs et médico-éduc.                      |
| <input type="checkbox"/> Autres, en clair.....                                     | <input type="checkbox"/> Autres, en clair.....                                     | <input type="checkbox"/> Autres, en clair.....                                     |

**Questionnaire renseigné par :**

Nom (facultatif) : *Dr RATEL A.*  
 Fonction : *Psy. lib. - Chef de Service et de Secteur ..*

Etes-vous intéressés pour apporter vos témoignages ?  Oui  Non

Questionnaire à retourner si possible avant



# L'ETABLISSEMENT

Nom: HÔPITAL DE JOUR  
POUR ENFANTS.

Adresse: 2, rue Diezendorf  
33300 BOISGAIN-TRAYEU

## 1. L'établissement est un(e) :

Hôpital de Jour  
 Autres

Internat

Institut médico-éducatif

Classe spécialisée

## 2. La date de création

Jour: \_\_\_ / Mois: juin / Année: 1977

## 3. L'objectif principal

Soins

Education

Scolarisation (dans une deuxième étape).

## 4. L'établissement a-t-il connu des modifications durant les dix dernières années?

Création de services. Lesquels? à la place de nouveaux temps de soins, formalisation de travail familial POUR  
 Suppression de services. Lesquels? ..  
 Autres: déménagement et mise à jour de locaux

## 5. La population concernée

Description: pour les enfants, pathologie autistique et psychotique, troubles du comportement = enfants de  
3 ans à 12 ans.

## 6. Les pathologies (selon les catégories cliniques de la C.F.T.M.E.A)

Psychoses

Troubles névrotiques

Pathologies de la personnalité

Troubles réactionnels

Déficiences mentales

Troubles des fonctions instrumentales

Troubles à expression somatique

Variations de la normale

Autres: autisme, troubles psychotiques à inscription générique (X fragile par exemple...), troubles du comportement  
Retard global et développement.

## LES ENFANTS AUTISTES

### 1. Accueillez vous des enfants autistes?

Oui

Non

Nombre total : 7 /

Nombre de filles : 2 / (une enfant   
 les autres garçons)

Nombre de garçons : 5 / (un enfant uniquement)

Nombre d'enfants par tranche d'âge :

Moins de 3 ans : 0 /

3 à 12 ans : 7 /

Plus de 12 ans : 0 /

Capacité « maximale » d'accueil : 8 / mais saturée par rapport à la hauteur   
 de ou si pathologique non ou techniques.

Avez-vous une section spécifique à l'accueil des enfants autistes ?

Oui

Non

*Réponse à compléter :  
En effet si il n'existe pas  
une section spécifique  
certaines fois de soins  
accueillent plus souvent  
des enfants avec des états  
s'y fait de, sans spécifique*

### 2. Les enfants présentent une pathologie de type :

Autisme infantile précoce de Kanner :

Combien d'enfants ? 0 /

Dont 0 / sans langage

Oui

Non

Autres formes d'autisme infantile :

Combien d'enfants ? 6 /

Dont 3 / sans langage

Oui

Non

Syndrôme autistique associé à un polyhandicap :

Combien d'enfants ? 0 /

Dont 0 / sans langage

Oui

Non

NON

Syndrôme autistique dans le cadre d'une « pathologie connue » :

Combien d'enfants ? 1 /

Dont 1 / sans langage

Oui

Non

### 3. Les modalités de prise en charge des enfants autistes

La fréquentation est :

De jour

De nuit

Les deux

Temps complet

Temps séquentiel

Les deux

Les prises en charge sont :

Des activités thérapeutiques ou éducatives non spécifiques :

Oui

Non

Précisez : GRUPE / Escalier / GRUPE / PROMENADE / .....

En individuel

En groupe

Les deux

Des activités de socialisation  
 Précisez : Participation à des bibliothèques et médiathèques  
 En individuel  En groupe  Les deux  Oui  Non

Des activités à support corporel  
 Précisez : BALNÉOTHÉRAPIE - SAULE DE GYMNASIQUE - (ARCADE) DE SANTE  
 En individuel  En groupe  Les deux  Oui  Non

Des activités à support plastique et créativité  
 Précisez : GRAVURE - TERRE - COUPE TRAPE - MONTAGE PAPIER - COUPE "SANTÉ" - GROSSE TIGRE - JOLIS  
 En individuel  En groupe  Les deux  Oui  Non

Des activités à support cognitif  
 Précisez : Pour les enfants à la classe thérapeutique  
 En individuel  En groupe  Les deux  Oui  Non

Des rééducations psychomotrices  
 Précisez :  
 En individuel  En groupe  Les deux  Oui  Non (Mes enfants autistes ont bénéficiés même des séances de psychomotricité)

Des rééducations orthophoniques  
 Précisez :  
 En individuel  En groupe  Les deux  Oui  Non (Zéro à zéro)

Des psychothérapies  
 Précisez : Individuelle. Travail avec enfant, soit au sein d'un travail familial, soit en cabinet de travail familial  
 En individuel  En groupe  Les deux  Oui  Non

Autres : .....

#### 4. La scolarité

Les enfants autistes suivent-ils une scolarité ?  Oui (mais pas tous)  Non

Les apprentissages scolaires se font en :  
 Milieu ordinaire (pour certains en C.L.I.S.)  Dans l'établissement  Autres (en deux thérapies) (C.D.E.)  
 Autres : .....

5. Les professionnels concernés par la prise en charge des enfants autistes ont-ils des formations spécifiques ?

- Non  Non spécifiques  Oui, pour une minorité  Oui, pour une majorité

Précisez : ..... Psychologique ..... clinicienne ..... enseignement ..... formation ..... à la musicothérapie ..... formation ..... à l'orthophonie ..... à l'orthoptie ..... à l'ergothérapie ..... à l'occupational therapy ..... à l'éducation ..... spécialisée ..... à l'éducation ..... spécialisée .....  
 .....  
 .....

6. Les principaux partenaires

- |   |   |   |
|---|---|---|
| En amont  | En aval   | Co-partenaires  |
| <input type="checkbox"/> Entourage                                      | <input type="checkbox"/> Entourage                                      | <input checked="" type="checkbox"/> Entourage                           |
| <input type="checkbox"/> Prof <sup>ts</sup> de santé de l'établissement | <input type="checkbox"/> Prof <sup>ts</sup> de santé de l'établissement | <input type="checkbox"/> Prof <sup>ts</sup> de santé de l'établissement |
| <input type="checkbox"/> Autres prof <sup>ts</sup> de santé             | <input type="checkbox"/> Autres prof <sup>ts</sup> de santé             | <input type="checkbox"/> Autres prof <sup>ts</sup> de santé             |
| <input checked="" type="checkbox"/> Scolaires                           | <input checked="" type="checkbox"/> Scolaires                           | <input checked="" type="checkbox"/> Scolaires                           |
| <input type="checkbox"/> Associations                                   | <input type="checkbox"/> Associations                                   | <input type="checkbox"/> Associations                                   |
| <input type="checkbox"/> Sociaux et médico-sociaux                      | <input type="checkbox"/> Sociaux et médico-sociaux                      | <input type="checkbox"/> Sociaux et médico-sociaux                      |
| <input type="checkbox"/> Educatifs et médico-éduc.                      | <input checked="" type="checkbox"/> Educatifs et médico-éduc.           | <input checked="" type="checkbox"/> Educatifs et médico-éduc.           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Autres, en clair...C.A.R.E.,        | <input checked="" type="checkbox"/> Autres, en clair...C.A.R.E.,        | <input checked="" type="checkbox"/> Autres, en clair...C.A.R.E.,        |

Questionnaire renseigné par :

Nom (facultatif) : LEBOUX Estelle  
 Fonction : NEUROLOGIE - PSYCHIATRIE

332

Etes-vous intéressés pour apporter vos témoignages ?

- Oui  Non ~~oui~~

Questionnaire à retourner avant ~~le 02/04/2010~~

## L'ÉTABLISSEMENT

Nom: *Hôpital de jour  
de Quimbez*Adresse: *955, avenue Pére Colby  
76420 QUIMBEZ*

## 1. L'établissement est un(e) :

 Hôpital de jour     Internat     Institut médico-éducatif     Classe spécialisée

Autres: .....

## 2. La date de création

Jour: \_\_\_ / Mois: \_\_\_ / Année: \_\_\_

## 3. L'objectif principal

 Soins     Éducation     Socialisation

## 4. L'établissement a-t-il connu des modifications durant les dix dernières années?

 Création de services
Lesquels: *Requalification des infirmiers avec diplôme (agrandissement de la  
formation)*
 Suppression de services

Lesquels: .....

Autres: .....

## 5. La population concernée

Description: .....

## 6. Les pathologies (selon les catégories cliniques de la C.F.T.M.E.A)

 Psychoses     Troubles bipolaires     Troubles de la personnalité

 Troubles relationnels     Déficiences mentales     Troubles des fonctions structurelles

 Troubles à expression somatique     Variétés de la personnalité
Autres: *autisme* .....

## L'ES ENFANTS AUTISTES

### 1. Accueillez vous des enfants autistes?

 Oui

 Non

Nombre total 12  
garçons 11

Nombre de filles 1

Nombre de

Nombre d'enfants par tranche d'âge

.. Moins de 1 ans : 0 ; 1 à 2 ans 16 ; Plus de 2 ans : 0

Capacité maximale d'accueil : 15

Avez-vous une section spécifique à l'accueil des enfants autistes?

 Oui

### 2. Les enfants présentent une pathologie de type :

Autisme infantile précoce de Kanner

 Oui

Combien d'enfants ? 0 / Dont : 0 sans langage

Autres formes d'autisme infantile

 Oui

Combien d'enfants ? 1 / Dont : 1 sans langage

Syndrome autistique associé à un polyhandicap

 Oui

Combien d'enfants ? 0 / Dont : 0 sans langage

Syndrome autistique dans le cadre d'une « pathologie connue »

 Oui

Combien d'enfants ? 1 / Dont : 1 sans langage

### 3. Les modalités de prise en charge des enfants autistes

La fréquentation est :

De nuit ;  De jour ; Les deux

Temps complet

Temps partiel

Les deux

Les prises en charge sont :

Des ateliers thérapeutiques ou éducatifs non spécifiques  Oui ; Non

Précisez : *activités de motricité (ballon, cerceau, jeu de société, etc.), méditation, jeu libre, etc.*

En individuel  En groupe ; Les deux

Des activités de socialisation

 Oui

Précisez : *activités de langage, jeux de rôle, etc.*

En individuel  En groupe ; Les deux

Des activités à support corporel

 Oui

Précisez : *activités de motricité, gymnastique, etc.*

En individuel  En groupe ; Les deux

Des activités à support plastique et créativité

 Oui

Précisez : *activités de dessin, de peinture, etc.*

En individuel  En groupe ; Les deux

Des activités à support cognitif Oui  
 Précisez :  Individuel  En groupe  Les deux

Des réductions psychomotrices  Oui  
 Précisez :  Individuel  En groupe  Les deux

Des reéducations orthophoniques Oui  
 Précisez :  Individuel  En groupe  Les deux

Des psychothérapies Oui  
 Précisez :  Individuel  En groupe  Les deux

Autres : .....

#### 4. La scolarité

Les enfants autistes survent-ils une scolarité ? Oui  
 Les apprentissages scolaires se font en :  
 Milieu ordinaire  C.I.T.S.  Dans un établissement  Autres : .....

Autres : .....

#### 5. Les professionnels concernés par la prise en charge des enfants autistes ont-ils des formations spécifiques ?

Non  Non spécifiques  Oui, pour une majorité  Oui, pour une majorité  
 Précisez : .....

#### 6. Les principaux partenaires

En amont  En aval  Co   
 partenaires

Intégration  Entourage  Entourage

Prof<sup>ts</sup> de santé de rapprochement  Prof<sup>ts</sup> de santé de rapprochement  Prof<sup>ts</sup> de santé de rapprochement

Autres prof<sup>ts</sup> de santé  Autres prof<sup>ts</sup> de santé  Autres prof<sup>ts</sup> de santé

Scolaires  Scolaires  Scolaires

Associations	Associations	Associations	
Sociaux et médico-sociaux	<input checked="" type="checkbox"/> Sociaux et médico-sociaux	Sociaux et médico-sociaux	Sociaux et médico-sociaux
Éducatifs et médico-éducatifs	<input checked="" type="checkbox"/> Éducatifs et médico-éducatifs	Éducatifs et médico-éducatifs	Éducatifs et médico-éducatifs
Autres, en clair	Autres, en clair	Autres, en clair	Autres, en clair

**Questionnaire renseigné par :**

Nom (facultatif) : *ESCO Georges (Généraliste)*

Fonction :

**Etes-vous intéressés pour apporter vos témoignages ?**

Oui

Questionnaire à retourner avant le 20 février 1997



# L'ÉTABLISSEMENT

Nom: Hôpital de Adresse: 3 rue du Sahel 75012 Paris  
jeu pour enfants

1. L'établissement est un(e) :

- Hôpital de jour  
 Internat  
 Institut médico-éducatif  
 Classe spécialisée  
 Autres: .....

2. La date de création

Jour: 16 Mois: 01 Année: 78

3. L'objectif principal

- Soins  
 Éducation  
 Scolarisation

4. L'établissement a-t-il connu des modifications durant les dix dernières années?

- Création de services. Lesque(s): .....
- Suppression de services. Lesque(s): .....
- Autres: .....

5. La population concernée

Description: Enfants nécessitant une prise en charge intensive psycho (2 à 8 ans)

6. Les pathologies (selon les catégories cliniques de la C.F.T.M.E.A)

- Psychoses  
 Troubles réactionnels  
 Troubles à expression somatique  
 Autres: Autisme .....
- Troubles névrotiques  
 Défaillances mentales  
 Variations de la normale
- Pathologies de la personnalité  
 Troubles des fonctions instrumentales

## LES ENFANTS AUTISTES

1. Accueillez vous des enfants autistes?

Oui

Non

Nombre total : 9

Nombre de filles : 3

Nombre de garçons : 6

Nombre d'enfants par tranche d'âge :

Moins de 3 ans : 10

3 à 12 ans : 8

Plus de 12 ans : 1

Capacité maximale d'accueil : 120

Avez-vous une section spécifique à l'accueil des enfants autistes ?

Oui

Non

2. Les enfants présentent une pathologie de type :

Autisme infantile précocement de Kanner :

Combien d'enfants ? 4

Dont : 2 sans langage

Oui

Non

Autres formes d'autisme infantile :

Combien d'enfants ? 3

Dont : 3 sans langage

Oui

Non

Syndrôme du stique associé à un polyhandicap :

Combien d'enfants ? 1

Dont : 1 sans langage

Oui

Non

Syndrôme autistique dans le cadre d'une « pathologie connue » :

Combien d'enfants ? 2

Dont : 1 sans langage

Oui

Non

*non verbalité*

3. Les modalités de prise en charge des enfants autistes

La fréquentation est :

De jour

Temps complet

De nuit

Temps séquentiel

Les deux

Les deux

Les prises en charge sont :

Des activités thérapeutiques ou éducatives non spécifiques

Fréquent : Temps de vie en commun avec la collectivité

Individuel

En groupe

Oui

Non

Les deux

pas + école + sorties au jardin

Non

Des activités de socialisation  
 Précisez... *Société (piscine, tennis, sports collectifs, activités culturelles, exploration du quartier, courses, zoo...)*  
 En individuel  En groupe  Oui  Non  
 Les deux

Des activités à support corporel  
 Précisez... *patinage, piscine, activités éducatives sur le schéma corporel, groupe tennis*  
 En individuel  En groupe  Oui  Non  
 Les deux

Des activités à support classique et créativité  
 Précisez... *tenis, ski à voile, peinture, dessin, 2 groupes théâtraux*  
 En individuel  En groupe  Oui  Non  
 Les deux

Des activités à support cognitif  
 Précisez... *groupe éducatif +*  
 En individuel  En groupe  Oui  Non  
 Les deux

Des rééducations psychomotrices  
 Précisez... *thérapie psychomotrice, méditation, musique et mix, groupe de psychomotricité*  
 En individuel  En groupe  Oui  Non  
 Les deux

Des rééducations orthophoniques  
 Précisez... *Groupe langage + activités*  
 En individuel  En groupe  Oui  Non  
 Les deux

Des psychothérapies  
 Précisez... *psychothérapie psychanalytique*  
 En individuel  En groupe  Oui  Non  
 Les deux

Autres... *thérapie avec (pour) enfants + thérapie de parents si besoin*

#### 4. La scolarité

Les enfants artistes survenant en scolarité ?  Oui  Non

Les apprentissages scolaires se font en  
 Milieu scolaire  O.L.I.S.  Dans l'établissement  Autres

Autres

5. Les professionnels concernés par la prise en charge des enfants autistes ont-ils des formations spécifiques ?

Non

Non spécifiques

Oui, pour une minorité

Oui, pour une majorité

Précisez : *oui, mais à la dimension psychomotrice et relationnelle de l'enfant autiste*

6. Les principaux partenaires ?

En amont

Entourage

Prof<sup>s</sup> de santé de l'établissement

Autres prof<sup>s</sup> de santé

Scolaires

Associations

Sociaux et médico-sociaux

Educatifs et médico-éduc.

Autres en clair.....

En aval

Entourage

Prof<sup>s</sup> de santé de l'établissement

Autres prof<sup>s</sup> de santé

Scolaires

Associations

Sociaux et médico-sociaux

Educatifs et médico-éduc.

Autres en clair.....

Co-partenaires

Entourage

Prof<sup>s</sup> de santé de l'établissement

Autres prof<sup>s</sup> de santé

Scolaires

Associations

Sociaux et médico-sociaux

Educatifs et médico-éduc.

Autres en clair.....

Questionnaire renseigné par :

Nom

*LI BASS Dany*

Fonction

*Psychiatrie Dialectique*

Etes-vous intéressés pour apporter vos témoignages ?

Oui

Non  
(pas de temps !)

# L'ETABLISSEMENT

Nom : Jardin d'Enfants  
Thérapeutique

Adresse : 1 Bis, Rue de la gare 39100 S'ECREVE - CH -

## 1. L'établissement est un(e) :

Hôpital de Jour

Autres...

Internet

Institut médico-éducatif

Classe spécialisée

## 2. La date de création

Jour / \_\_\_ / Mois / \_\_\_ / Année / \_\_\_

## 3. L'objectif principal

Soins

Education

Scolarisation

## 4. L'établissement a-t-il connu des modifications durant les dix dernières années?

Création de services. Lequel(s).... C.A.T.P. les apotes mdr depuis 2000

Suppression de services. Lequel(s).....

Autres.....

## 5. La population concernée

Description ..... enfants de 1 à 6 ans

## 6. Les pathologies (selon les catégories cliniques de la C.F.T.M.E.A)

Psychoses

Troubles réactionnels

Troubles à expression somatique

Autres.....

Troubles névrotiques

Déficiences mentales

Variations de la normale

Pathologies de la personnalité

Troubles des fonctions instrumentales

## LES ENFANTS AUTISTES

### 1. Accueillez-vous des enfants autistes?

Oui

Non

Nombre total : 8

Nombre de filles : 0

Nombre de garçons : 8

Nombre d'enfants par tranche d'âge :

Moins de 3 ans : 0

3 à 12 ans : 12

Plus de 12 ans : 0

Capacité maximale d'accueil : 12

Avez-vous une section spécifique à l'accueil des enfants autistes ?

Oui

Non

### 2. Les enfants présentent une pathologie de type :

Autisme infantile classique de Kanner

Combien d'enfants ? : 3

Dont : 3 sans langage

Oui

Non

Autres formes d'autisme infantile

Combien d'enfants ? : 5

Dont : 1 sans langage

Oui

Non

Syndrôme autistique associé à un polyhandicap

Combien d'enfants ? : 2

Dont : 1 sans langage

Oui

Non

Syndrôme autistique dans le cadre d'une « pathologie connue »

Combien d'enfants ? : 0

Dont : 0 sans langage

Oui

Non

### 3. Les modalités de prise en charge des enfants autistes

La fréquentation est :

De jour

De nuit

Les deux

Temps complet

Temps séquentiel

en deux

Les prises en charge sont :

Des activités thérapeutiques ou éducatives non spécifiques

Oui

Non

Préciser : renforcement IS, psychologie

En individuel

En groupe

Les deux

Des activités de socialisation		<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Précisez.....			
<input type="radio"/> En indiv duel	<input type="radio"/> En groupe	<input type="radio"/> Les deux	
Des activités à support corporel		<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Précisez..... <i>activités motrices, piscine</i>			
<input checked="" type="radio"/> En indiv duel	<input checked="" type="radio"/> En groupe	<input checked="" type="radio"/> Les deux	
Des activités à support plastique et créativité		<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Précisez..... <i>peinture, manipulation de graviers, mosaïques, groupe conte</i>			
<input checked="" type="radio"/> En indiv duel	<input checked="" type="radio"/> En groupe	<input checked="" type="radio"/> Les deux	
Des activités à support cognitif		<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Précisez.....			
<input type="radio"/> En individuel	<input type="radio"/> En groupe	<input type="radio"/> Les deux	
Des rééducations psychomotrices		<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Précisez.....			
<input checked="" type="radio"/> En individuel	<input type="radio"/> En groupe	<input type="radio"/> Les deux	
Des rééducations orthophoniques		<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Précisez.....			
<input checked="" type="radio"/> En individuel	<input type="radio"/> En groupe	<input type="radio"/> Les deux	
Des psychothérapies		<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Précisez..... <i>psychomotrice individuelle, analytique, et une séance analytique de 3 enfants sans langage.</i>			
<input checked="" type="radio"/> En indiv duel	<input type="radio"/> En groupe	<input checked="" type="radio"/> Les deux	
Autres : .....			

343

4. La scolarité

Les enfants ont-ils eu/ont-ils une scolarité ?		<input checked="" type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Les apprentissages scolaires se font en			
<input checked="" type="radio"/> Milieu ordinaire (maternel)	<input type="radio"/> C.L.B	<input type="radio"/> Dans l'établissement	<input type="radio"/> Autres
Autres : .....			

5. Les professionnels concernés par la prise en charge des enfants autistes ont-ils des formations spécifiques ?

Non  
 Oui pour une minorité  
 Oui pour une majorité

Précisez : *la plupart des psychologues, formateurs, enseignants, éducateurs, etc.*

6. Les principaux partenaires

En amont

- Entourage
- Prof<sup>ts</sup> de santé de l'établissement
- Autres prof<sup>ts</sup> de santé
- Scolaires
- Associations
- Sociaux et médico-sociaux
- Educatifs et médico-éduc
- Autres, en clair : .....

En aval

- Entourage
- Prof<sup>ts</sup> de santé de l'établissement
- Autres prof<sup>ts</sup> de santé
- Scolaires
- Associations
- Sociaux et médico-sociaux
- Educatifs et médico-éduc
- Autres, en clair : .....

Co-acteurs

- Entourage
- Prof<sup>ts</sup> de santé de l'établissement
- Autres prof<sup>ts</sup> de santé
- Scolaires
- Associations
- Sociaux et médico-sociaux
- Educatifs et médico-éduc
- Autres, en clair : .....

Questionnaire renseigné par :

Nom (surnom) : *DR HERAULT (service du Dr Adigun)*  
 Fonction : *Praticien Hospitalier*  
*Responsable de JET*

Etes-vous intéressés pour apporter vos témoignages ?

Oui  
 Non

Questionnaire à retourner avant le 20 février 1997

*merci de retourner le questionnaire*



## L'ÉTABLISSEMENT

Nom :

Adresse : **LIBAN**

### 1. L'établissement est un(e) :

Hôpital de Jour

Internat

Institut médico-éducatif

Classe spécialisée

Autres : *(Hôpital de jour au sein d'une institution s'occupant de divers handicaps physiques et mentaux).*

### 2. La date de création

Jour : / Mois : / Année : 1987:

### 3. L'objectif principal

Soins

Éducation

Sociatisation

### 4. L'établissement a-t-il connu des modifications durant les dix dernières années?

Création de services. Lesquels (s) : *Création d'une structure de jour pour adolescents (Octobre 96)*

Suppression de services. Lesquels (s) :

Autres :

### 5. La population concernée

Description

Autisme infantile et psychoses non autistiques

### 6. Les pathologies (selon les catégories cliniques de la C.F.T.M.E.A)

Psychoses

Troubles réactionnels

Troubles à expression somatique

Autres :

Troubles neurotiques

Dépendances mentales

Variations de la normale

Pathologies de la personnalité

Troubles des fonctions instrumentales

## LES ENFANTS AUTISTES

1. Accueillez vous des enfants autistes?  Oui

Non

Nombre total : /20/

Nombre de filles : /06/

Nombre de garçons : /14/

Nombre d'enfants par tranche d'âge

Moins de 3 ans : /\_\_/

3 à 12 ans : /09/

Plus de 12 ans : /11/

Capacité « maximale » d'accueil : /30/

Avez-vous une section spécifique à l'accueil des enfants autistes ?

Oui

Non

2. Les enfants présentent **une** pathologie de type :

Autisme infantile précoce ou Kanner

Combien d'enfants ? /05/

Dont /03/ sans langage

Oui

Non

Autres formes d'autisme infantile

Combien d'enfants ? /12/

Dont /07/ sans langage

Oui

Non

Syndrôme autistique associé à un polyhandicap

Combien d'enfants ? /03/

Dont /03/ sans langage

Oui

Non

Syndrôme autistique dans le cadre d'une « pathologie connue »

Combien d'enfants ? /\_\_/

Dont /\_\_/ sans langage

Oui

Non

3. Les modalités de prise en charge des enfants autistes

La fréquentation est :

De jour

De nuit

Les deux

Temps complet

Temps séquentiel

Les deux

Les prises en charge sont :

Des activités thérapeutiques ou éducatives non spécifiques

Oui

Non

Précisez : *C'est une prise en charge à dimension thérapeutique, avec des moyens éducatifs, rééducatifs et psychothérapeutiques*

En individuel	En groupe	X	Les deux	
Des activités de socialisation				
		X	Oui	Non
Précisez... <i>Activités d'autonomie de la vie journalière / Sorties éducatives et récréatives, etc...</i>				
En individuel	En groupe	X	Les deux	
Des activités à support corporel				
		X	Oui	Non
Précisez... <i>Atelier d'expression corporelle et de musique / Activités sportives</i>				
En individuel	En groupe	X	Les deux	
Des activités à support plastique et créativité				
		X	Oui	Non
Précisez... <i>Atelier d'expression manuelle (Argile, plâtre, Découpage, collage, peinture, etc...)</i>				
En individuel	En groupe	X	Les deux	
Des activités à support cognitif				
		X	Oui	Non
Précisez... <i>Travail pédagogique et scolaire en individuel / Travail préscolaire et scolaire en classe.</i>				
En individuel	En groupe	X	Les deux	
Des rééducations psychomotrices				
		X	Oui	Non
Précisez... <i>Thérapies psychomotrices en individuel et rééducations psychomotrices en groupe.</i>				
En individuel	En groupe	X	Les deux	
Des rééducations orthophoniques				
		X	Oui	Non
Précisez... <i>Exercices d'orthophonie en collectivité / Rééducation individuelle au besoin.</i>				
En individuel	En groupe	X	Les deux	
Des psychothérapies				
		X	Oui	Non
Précisez... <i>Psychothérapies psychanalytiques / Psychothérapies de support / Psychothérapies mère-enfant.</i>				
X	En individuel	En groupe	Les deux	
Autres .....				

#### 4 La scolarité

Les enfants autistes suivent-ils une scolarité ?		X	Oui	Non
Les apprentissages scolaires se font en				
Milieu ordinaire	C.I.T.S.	X	Dans l'établissement	Autres
Autres .....				

5. Les professionnels concernés par la prise en charge des enfants autistes ont-ils des formations spécifiques ?

Non  Non spécifiques  Oui, pour une minorité  Oui, pour une majorité

Précisez .... 14 éducateurs (dont 4 ayant un diplôme d'éducation spécialisée, 2 une licence de pédagogie, 3 de psychologie, 1 d'animation sociale, en plus d'une jardinière d'enfants, et de 2 éducatrices sans formation universitaire spécifique), une psychomotricienne, un psychothérapeute, et finalement la responsable du centre, ayant un diplôme d'éducation spécialisée.

6. Les principaux partenaires

En amont	En aval	Co-partenaires
<input type="checkbox"/> Entourage	<input checked="" type="checkbox"/> Entourage	<input type="checkbox"/> Entourage
<input type="checkbox"/> Prof <sup>s</sup> de santé de l'établissement	<input checked="" type="checkbox"/> Prof <sup>s</sup> de santé de l'établissement	<input type="checkbox"/> Prof <sup>s</sup> de santé de l'établissement
<input checked="" type="checkbox"/> Autres prof <sup>s</sup> de santé	<input checked="" type="checkbox"/> Autres prof <sup>s</sup> de santé	<input type="checkbox"/> Autres prof <sup>s</sup> de santé
<input type="checkbox"/> Scolaires	<input type="checkbox"/> Scolaires	<input type="checkbox"/> Scolaires
<input type="checkbox"/> Associations	<input checked="" type="checkbox"/> Associations	<input type="checkbox"/> Associations
<input type="checkbox"/> Sociaux et médico-sociaux	<input checked="" type="checkbox"/> Sociaux et médico-sociaux	<input type="checkbox"/> Sociaux et médico-sociaux
<input type="checkbox"/> Éducatifs et méd-co-éduc.	<input checked="" type="checkbox"/> Éducatifs et méd-co-éduc.	<input type="checkbox"/> Éducatifs et méd-co-éduc.
<input type="checkbox"/> Autres en clair	<input type="checkbox"/> Autres en clair .....	<input type="checkbox"/> Autres en clair .....

Questionnaire renseigné par :

Nom (facultatif) : **Maurice KHOURY**

Fonction : *Psychologue clinicien, Psychoanalyste.*

Etes-vous intéressés pour apporter vos témoignages ?

Oui

Non

## L'ÉTABLISSEMENT

NOM : I.N.E. La gachetière Adresse : Rue Gachetière 38340 VOREPPE

### 1. L'établissement est un(e) :

Hôpital de jour       Internat       Institut médico-éducatif       Classe spécialisée  
Autres : .....

### 2. La date de création

Jour : \_\_\_ / Mois : \_\_\_ / Année : \_\_\_ 1966 (à préciser)

### 3. L'objectif principal

Soins       Éducation       Socialisation

### 4. L'établissement a-t-il connu des modifications durant les dix dernières années?

Création de services : Lesquel(s) : Internat de week-end (10 jours) + Internat Médico Éducatif pour Poly handicapés  
 Suppression de services : Lesquel(s) : .....  
 Autres : .....

### 5. La population concernée

Description : Déficients intellectuels moyens (de 6 à 20 ans) .....

### 6. Les pathologies (selon les catégories cliniques de la C.F.T.M.E.A)

Psychoses       Troubles névrotiques       Pathologies de la personnalité  
 Troubles réactionnels       Déficiences mentales       Troubles des fonctions instrumentales  
 Troubles à expression sensorielle       Variations de la normale  
Autres : .....

## LES ENFANTS AUTISTES

1. Accueillez vous des enfants autistes?

Oui

Non

Nombre total : / 8 /

Nombre de filles : /     /

Nombre de garçons : /     /

Nombre d'enfants par tranche d'âge :

.. Moins de 3 ans : /     /

.. 3 à 12 ans : /     /

.. Plus de 12 ans : / 8 /

Capacité maximale d'accueil : / 15 /

Avez-vous une section spécifique à l'accueil des enfants autistes ?

Oui

Non

*→ on a une section spécifique à l'accueil des enfants autistes ou une section pour les enfants autistes ou une section pour les enfants autistes*

2. Les enfants présentent une pathologie de type :

Autisme infantile précoce de Kanner :

Oui

Non

Combien d'enfants ? : / 4 /

Dont : / 3 / sans langage

Autres formes d'autisme infantile :

Oui

Non

Combien d'enfants ? : / 4 /

Dont : / 2 / sans langage

Syndrome autistique associé à un polyhandicap

Oui

Non

Combien d'enfants ? : / 1 /

Dont : /     / sans langage

Syndrome autistique dans le cadre d'une « pathologie connue »

Oui

Non

Combien d'enfants ? : / 3 /

Dont : / 1 / sans langage

3. Les modalités de prise en charge des enfants autistes

La fréquentation est :

.. De jour

.. De nuit

Les deux

.. Temps complet

.. Temps séquentiel

Les deux

Les prises en charge sont :

Des activités thérapeutiques ou éducatives non spécifiques

Oui

Non

Précisez : *intégration à temps partiel à l'INP, pour certains pour l'intégration à la classe pour d'autres...*

.. En individuel

En groupe

Les deux

Des activités de socialisation		<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez... <i>apprentissage de l'autonomie de base</i> , parties, activités "culturelle"		Les deux	
En individuel	<input checked="" type="checkbox"/> En groupe		
Des activités à support corporel		<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez... <i>Sport: piscine, ufc, tennis, tennis, piscine, gymn.</i> Relaxation,		Les deux	
En individuel	<input checked="" type="checkbox"/> En groupe		
Des activités à support pragmatique et créative		<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez... <i>Peinture, terre, constructions diverses</i> - <i>Musique théâtrale</i>		Les deux	
En individuel	<input checked="" type="checkbox"/> En groupe		
Des activités à support cognitif		<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez... <i>activités de base, d'écriture, de logique, graphisme</i> - <i>Activités structurées</i>		Les deux	
En individuel	<input type="checkbox"/> En groupe		
Des rééducations psychomotrices		<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez... <i>Rééducation psychomotrice et thérapies psychomotrices</i>		Les deux	
En individuel	<input type="checkbox"/> En groupe		
Des rééducations orthophoniques		<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez... <i>rééducation orthophonique et travail avec pictogrammes</i>		Les deux	
En individuel	<input type="checkbox"/> En groupe		
Des psychothérapies		<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez... <i>psychothérapie à base d'entretien individuel et - atelier de jeux symboliques</i>		Les deux	
En individuel	<input type="checkbox"/> En groupe		
Autres ...			

#### 4. La scolarité

Les enfants autistes suivent-ils une scolarité ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Sur petit nombre	<input type="checkbox"/> Non
Les apprentissages scolaires se font en		<input checked="" type="checkbox"/> Dans l'établissement	<input type="checkbox"/> Ailleurs	
Milieu ordinaire	CLIS			
Autres : .....	.....			

5. Les professionnels concernés par la prise en charge des enfants autistes ont-ils des formations spécifiques ?

Non  Non spécifiques  Oui pour une minorité  Oui pour une majorité

Précisez : Formation faite par l'équipe de Chirio, Edman (Bassens) pour certains ; et par étapes intra-muros faite par E.D. (Teach) pour la majorité ; étapes spécifiques : corporel, langage, à orientation psychologique. Une partie d'autisme

6. Les principaux partenaires

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> En amont                                      | <input type="checkbox"/> En aval  | <input type="checkbox"/> Co-partenaires   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Entourage                                     | <input checked="" type="checkbox"/> Entourage                                     | <input checked="" type="checkbox"/> Entourage                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Prof <sup>s</sup> de santé de l'établissement | <input checked="" type="checkbox"/> Prof <sup>s</sup> de santé de l'établissement | <input checked="" type="checkbox"/> Prof <sup>s</sup> de santé de l'établissement |
| Autres prof <sup>s</sup> de santé   | Autres prof <sup>s</sup> de santé   | <input checked="" type="checkbox"/> Autres prof <sup>s</sup> de santé             |
| <input checked="" type="checkbox"/> Scolaires                                     | Scolaires   | <input checked="" type="checkbox"/> Scolaires                                     |
| Associations  | Associations  | Associations  |
| Sociaux et médico-sociaux   | <input checked="" type="checkbox"/> Sociaux et médico-sociaux                     | <input checked="" type="checkbox"/> Sociaux et médico-sociaux                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Éducatifs et médico-éduc.                     | <input checked="" type="checkbox"/> Éducatifs et médico-éduc.                     | <input checked="" type="checkbox"/> Éducatifs et médico-éduc.                     |
| Autres, en clair.....   | Autres, en clair.....   | Autres, en clair.....   |

Questionnaire renseigné par :

Nom (facultatif) : SÂBETIER Monique  
 Fonction : Psychologue.

352

Êtes-vous intéressés pour apporter vos témoignages ?

Oui  Non

La section spécialisée qui reçoit plus spécialement les jeunes autistes et psychotiques de l'AGE est encore "naissante" le projet se déroule petit à petit et se réalise avec lenteur. Notre témoignage sera donc encore partiel. Nous vous sommes intéressés par l'échange -

Questionnaire à retourner avant le 20 février 1997



## L'ETABLISSEMENT

Nom : Secrétariat d'activités  
pour malades d'Alzheimer  
L.M.E. Alzheimer France

Adresse : Rue Saurat 42100 St-Etienne France

### 1. L'établissement est un(e) :

Hôpital de Jour

Autres.....

Résidentiel

.....

Institut médico-éducatif

.....

Classe spécialisée

.....

### 2. La date de création

Jour / 3 / Mois / 10 Année / 1978

### 3. L'objectif principal

Soins

Education

Scolarisation

### 4. L'établissement a-t-il connu des modifications durant les dix dernières années?

Création de services : Lesquel(s)..... 2 places pour adultes et une service de suivi individualisé en  
 Suppression de services : Lesquel(s)..... à domicile  
 Autres.....

### 5. La population concernée

Descripteur : Alzheimer pour personnes âgées atteintes de troubles de la mémoire et de la personnalité

### 6. Les pathologies (selon les catégories cliniques de la C.F.T.M.E.A)

Psychoses

Troubles réactionnels

Troubles à expression somatique

Autres.....

Troubles névrotiques

Déficiences mentales

Variations de la normale

Pathologies de la personnalité

Troubles des fonctions instrumentales

## LES ENFANTS AUTISTES

### 1. Accueillez vous des enfants autistes?

Oui

Non

Nombre total : 111

Nombre de filles : 101

Nombre de garçons : 10

Nombre d'enfants par tranche d'âge

Moins de 3 ans : 1

3 à 12 ans : 100

Plus de 12 ans : 11

Capacité « maximale » d'accueil : 111

Avez-vous une section spécifique à l'accueil des enfants autistes ?

Oui

Non

### 2. Les enfants présentent une pathologie de type :

Autisme infantile précoce de Kanner :

Combien d'enfants ? 10

Dont 1 sans langage

Oui

Non

Autres formes d'autisme infantile :

Combien d'enfants ? 0

Dont 0 sans langage

Oui

Non

Syndrome autistique associé à un polyhandicap

Combien d'enfants ? 1

Dont 1 sans langage

Oui

Non

Syndrome autistique dans le cadre d'une « pathologie connue »

Combien d'enfants ? 1

Dont 1 sans langage

Oui

Non

### 3. Les modalités de prise en charge des enfants autistes

La fréquentation est :

De jour

De nuit

Les deux

Temps complet

Temps séquentiel

Les deux

Les prises en charge sont :

Des activités thérapeutiques ou éducatives non spécifiques

Oui

Non

Précisez :

En individuel

En groupe

Les deux

Des activités de socialisation	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez : <i>activités de socialisation</i>	<input type="checkbox"/> Les deux	
<input type="checkbox"/> En individuel	<input checked="" type="checkbox"/> En groupe	
Des activités à support corporel	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez : <i>activités à support corporel</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Les deux	
<input checked="" type="checkbox"/> En individuel	<input checked="" type="checkbox"/> En groupe	
Des activités à support plastique et créativité <i>poésie</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez : <i>activités à support plastique et créativité</i>	<input type="checkbox"/> Les deux	
<input type="checkbox"/> En individuel	<input checked="" type="checkbox"/> En groupe	
Des activités à support cognitif	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez : <i>activités à support cognitif</i>	<input type="checkbox"/> Les deux	
<input type="checkbox"/> En individuel	<input checked="" type="checkbox"/> En groupe	
Des rééducations psychomotrices	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez : <i>rééducations psychomotrices</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Les deux	
<input checked="" type="checkbox"/> En individuel	<input checked="" type="checkbox"/> En groupe	
Des rééducations orthophoniques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez : <i>rééducations orthophoniques</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Les deux	
<input type="checkbox"/> En individuel	<input type="checkbox"/> En groupe	
Des psychothérapies	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non
Précisez : <i>psychothérapies</i>	<input type="checkbox"/> Les deux	
<input type="checkbox"/> En individuel	<input type="checkbox"/> En groupe	
Autres : .....		

355

#### 4. La scolarité

Les enfants autistes suivent-ils l'école scolarité ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <i>partiellement</i>	<input type="checkbox"/> Non
Les apprentissages scolaires se font en :	<input checked="" type="checkbox"/> Dans l'établissement	<input type="checkbox"/> Autres
<input type="checkbox"/> Milieu ordinaire	<input type="checkbox"/> C.L.I.S	
Autres : .....		

5. Les professionnels concernés par la prise en charge des enfants autistes ont-ils des formations spécifiques ?

Non  Non spécifiques  Oui pour une minorité  Oui pour une majorité   
 Précisez : les troubles du développement cognitif et psychosociaux  
 approche théorique de la méthode TEACCH

6. Les principaux partenaires

En amont	En aval	Co-partenaires
<input checked="" type="checkbox"/> Entourage	<input checked="" type="checkbox"/> Entourage	<input checked="" type="checkbox"/> Entourage
<input type="checkbox"/> Prof <sup>ts</sup> de santé de l'établissement	<input type="checkbox"/> Prof <sup>ts</sup> de santé de l'établissement	<input checked="" type="checkbox"/> Prof <sup>ts</sup> de santé de l'établissement
<input checked="" type="checkbox"/> Autres prof <sup>ts</sup> de santé	<input checked="" type="checkbox"/> Autres prof <sup>ts</sup> de santé	<input checked="" type="checkbox"/> Autres prof <sup>ts</sup> de santé
<input checked="" type="checkbox"/> Scolaires	<input type="checkbox"/> Scolaires	<input checked="" type="checkbox"/> Scolaires
<input checked="" type="checkbox"/> Associations	<input type="checkbox"/> Associations	<input type="checkbox"/> Associations
<input type="checkbox"/> Sociaux et médico-sociaux	<input type="checkbox"/> Sociaux et médico-sociaux	<input type="checkbox"/> Sociaux et médico-sociaux
<input checked="" type="checkbox"/> Éducatifs et médico-éduc	<input checked="" type="checkbox"/> Éducatifs et médico-éduc	<input type="checkbox"/> Éducatifs et médico-éduc
<input type="checkbox"/> Autres, en clair...	<input type="checkbox"/> Autres, en clair.....	<input type="checkbox"/> Autres, en clair...autres (cf. table spécifique en annexe)

Questionnaire renseigné par : D'ARVIERE M. B.

Nom (facultatif) : M<sup>me</sup> Leclercq  
 Fonction : psychologue clinicienne

Êtes-vous intéressés pour apporter vos témoignages ?  Oui  Non

Questionnaire à retourner si possible avant le :

## L'ETABLISSEMENT

Nom : Centre Adam Shelton Adresse : 14 RUE Lanne 93200 Saint-Denis

### 1. L'établissement est un(e) :

Hôpital de Jour

Internat

Institut médico-éducatif

Classe spécialisée

Autres.....

### 2. La date de création

Jour / Mois / Année : 02 / 03 / 1997

### 3. L'objectif principal

Soin

Éducation

Évaluation

### 4. L'établissement a-t-il connu des modifications durant les dix dernières années?

Création de services, Lesquels : .....

Suppression de services, Lesquels (s) : .....

Autres : Ouverture de l'établissement en février 97

### 5. La population concernée

Description : Autisme et psychose infantile entre 10 et 20ans mixte.

### 6. Les pathologies (selon les catégories cliniques de la C.F.T.M.E.A)

Psychoses

Troubles réactionnels

Troubles à expression somatique

Autres

Troubles neurotiques

Déficiences mentales

Variantes de la normalité

Pathologies de la personnalité

Troubles des fonctions instrumentales

## LES ENFANTS AUTISTES

1. Accueillez-vous des enfants autistes?  Oui  Non

Nombre total : /3\_/      Nombre de filles : /12\_/      Nombre de garçons : /19\_/

Nombre d'enfants par tranche d'âge

Moins de 3 ans : /0\_/       3 à 12 ans : /7\_/       Plus de 12 ans : /24\_/

Capacité « maximale » d'accueil : /20\_/

Avez-vous une section spécifique à l'accueil des enfants autistes ?  Oui  Non

2. Les enfants présentent une pathologie de type :

Autisme infantile (selon le Kanner)  Oui  Non

Combien d'enfants ? /20\_/      Dont : /11\_/ sans langage

Autres formes d'autisme infantile  Oui  Non

Combien d'enfants ? /11\_/      Dont : /5\_/ sans langage

Syndrôme autistique associé à un psych handicap  Oui  Non

Combien d'enfants ? /\_\_\_/      Dont : /\_\_\_/ sans langage

Syndrôme autistique dans le cadre d'une « pathologie connue »  Oui  Non

Combien d'enfants ? /14\_/      Dont : /4\_/ sans langage

3. Les modalités de prise en charge des enfants autistes

La fréquentation est :

De jour      De nuit      Les deux

Temps complet       Temps séquentiel       Les deux

Les prises en charge sont :

Des activités thérapeutiques ou éducatives non spécifiques  Oui  Non

Présence de groupes de travail et/ou de tutorats

Individuel       En groupe       Les deux

Des activités de socialisation		X Ou	Non
Précisez : accompagnement, intégration centre culturel, sportif, loisirs, groupe parole, socio-culturel...			
. En individuel	! En groupe	X Les deux	
Des activités à support corporel		X Ou	Non
Précisez : cirque, piscine, danse, massage, esthétique			
..... . En individuel	En groupe	X Les deux	
Des activités à support plastique et créativité		X Oui	Non
Précisez : sculpture, peinture, musique, théâtre, marionnettes...			
. En individuel	. En groupe	X Les deux	
Des activités à support cognitif		Oui	Non
Précisez : atelier pédagogique, scénario et très adapté des méthodes « coach »			
. En individuel	. En groupe	X Les deux	
Des réductions des psychomotrices		X Ou	Non
Précisez : .....			
. En individuel	! En groupe	X Les deux	
Des réductions orthophoniques		. Ou	X Non
Précisez : .....			
. En individuel	En groupe	Les deux	
Des psychomotricités		X Ou	Non
Précisez...dans l'établissement et/à l'extérieur			
X En individuel	En groupe	Les deux	
Autres : ..travail sur le mimichisme			

#### 4. La scolarité

Les enfants autistes suivent-ils la scolarité ?		Oui	X Non
Les apprentissages scolaires se font en			
. Maternelle	CE1-CE2	X Dans l'établissement	Autres
Autres : .....			

5. Les professionnels concernés par la prise en charge des enfants autistes ont-ils des formations spécifiques ?

Non

Non spécifiques

Oui pour une minorité

Oui pour une majorité

Précisez : .. éducateur spécialisé, animateur, artiste, psychomotricien, psychanalyste, infirmière, usy, psychiatrie, psychologue...

6. Les principaux partenaires

En amont

Entourage

Prof<sup>ts</sup> de santé de l'établissement

Autres prof<sup>ts</sup> de santé

Scolaires

Associations

Sociaux et médico-sociaux

Éducatifs et médico-éduc

Autres, en clair....

En aval

Entourage

Prof<sup>ts</sup> de santé de l'établissement

Autres prof<sup>ts</sup> de santé

Scolaires

Associations

Sociaux et médico-sociaux

Éducatifs et médico-éduc

Autres, en clair

Co-partenaires

Entourage

Prof<sup>ts</sup> de santé de l'établissement

Autres prof<sup>ts</sup> de santé

Scolaires

Associations

Sociaux et médico-sociaux

Éducatifs et médico-éduc

Autres, en clair.....

Questionnaire renseigné par :

Nom (facultatif) : M. Lelandais François (Psychiatre) et Melle Cambournac Corinne (Infirmière Psy.)

Fonction :

Etes-vous intéressés pour apporter vos témoignages ?

Oui

Non



## L'ETABLISSEMENT

Nom : Le Grand Boulier Adresse : 24 Rue de la Chapelle 38 230 SAINT CHAMPE

### 1. L'établissement est un(e) :

Hôpital de Jour  Internat  Institut médico-éducatif  Classe spécialisée  
 Autres.....

### 2. La date de création

Jour / \_\_\_ / Mois / \_\_\_ / Année / 66 :

### 3. L'objectif principal

Soins  Education  Scolarisation

### 4. L'établissement a-t-il connu des modifications durant les dix dernières années?

Création de services. Lesque (s)..... création de nombreux départements accueillis .....  
 Suppression de services. Lesquel(s).....  
 Autres.....

### 5. La population concernée

Description : enfants et adultes des 2 sexes de 6 à 20 ans, atteints de déficiences mentale profonde pouvant présenter un.....

### 6. Les pathologies (selon les catégories cliniques de la C.F.T.M.E.A)

versant structure en psychotique - sévère

Psychoses  Troubles névrotiques  Pathologies de la personnalité  
 Troubles réactionnels  Déficiences mentales  Troubles des fonctions instrumentales  
 Troubles à expression somatique  Variations de la normale  
 Autres.....

## LES ENFANTS AUTISTES

1. Accueillez vous des enfants autistes?

Oui

Non

Nombre total : 15

Nombre de filles : 2

Nombre de garçons : 8

Nombre d'enfants par tranche d'âge :

Moins de 3 ans : 0

3 à 12 ans : 1

Plus de 12 ans : 15

Capacité « maximale » d'accueil : 15 *capacité pour CS (niveau 1 CAS)*

Avez-vous une section spécifique à l'accueil des enfants autistes ?

Oui

Non

2. Les enfants présentent une pathologie de type :

Autisme infantile précoce de Kanner :

Combien d'enfants ? 2

Dont 2 / sans langage

Oui

Non

Autres formes d'autisme infantile :

Combien d'enfants ? 10

Dont 10 / sans langage ou *fonctionnel*

Oui

Non

Syndrôme autistique associé à un polyhandicap

Combien d'enfants ? 1

Dont 1 / sans langage

Oui

Non

Syndrôme autistique dans le cadre d'une « pathologie connue »

Combien d'enfants ? 1

Dont 1 / sans langage

Oui

Non

3. Les modalités de prise en charge des enfants autistes

La fréquentation est :

De jour

De nuit

Les deux

Temps complet *à la fois en journée et le soir et le week-end*

Temps séquentiel

Les deux

Les prises en charge sont :

Des activités thérapeutiques ou éducatives non spécifiques

Oui

Non

Préciser : *activités éducatives ou thérapeutiques sur la méthode Education Structurée*

En individuel

En groupe

Les deux

Des activités de socialisation  
 Précisez... *Exclusivement dans les programmes activités extrascolaires sportives* .....  
 En individuel       En groupe       Oui       Non  
 Les deux

Des activités à support corporel  
 Précisez... *Certains exercices relatifs au sport de gym, piscine* .....  
 En individuel       En groupe       Oui       Non  
 Les deux

Des activités à support plastique et créativité  
 Précisez... *Peu de part du groupe travail plus individuel* .....  
 En individuel       En groupe       Oui       Non  
 Les deux

Des activités à support cognitif  
 Précisez... *Toutes les activités pour et hors le développement cognitif à partir d'un projet personnalisé individualisé pour chaque enfant* .....  
 En individuel       En groupe       Oui       Non  
 Les deux

Des rééducations psychomotrices  
 Précisez... *Uniquement une rééducation technique puisque nous avons pu être le plus de psychologues* .....  
 En individuel       En groupe       Oui       Non  
 Les deux

Des rééducations orthophoniques  
 Précisez... *1 orthophoniste travaille avec la méthode éducative structurée et apporte beaucoup d'aide dans des séances préparées* .....  
 En individuel       En groupe       Oui       Non  
 Les deux

Des psychothérapies  
 Précisez... *seulement les séances au moment de l'après midi en interval de l'après midi (manque de moyens)* .....  
 En individuel       En groupe       Oui       Non  
 Les deux

Autres : .....

#### A. La scolarité

Les enfants autistes ou verbalisés ou storbite ?

Oui à titre d'exception, en  
*jeune période à la classe TAP*       Non

Les apprentissages scolaires se font en :

Milieu ordinaire       C.I.T.S

Dans l'établissement       Autres

Autres : .....

5. Les professionnels concernés par la prise en charge des enfants autistes ont-ils des formations spécifiques ?

Non  Non spécifiques  Oui, pour une minorité  Oui, pour une majorité

Précisez : *formation de base sur le syndrome T.E.S.H. pour compléter ensuite la méthode éducative choisie*

*à l'AFEB !!*

6. Les principaux partenaires

En amont:	En aval:	Co-partenaires
<input checked="" type="checkbox"/> Entourage	<input checked="" type="checkbox"/> Entourage	<input checked="" type="checkbox"/> Entourage
<input type="checkbox"/> Prof <sup>s</sup> de santé de l'établissement	<input type="checkbox"/> Prof <sup>s</sup> de santé de l'établissement	<input type="checkbox"/> Prof <sup>s</sup> de santé de l'établissement
<input type="checkbox"/> Autres prof <sup>s</sup> de santé	<input type="checkbox"/> Autres prof <sup>s</sup> de santé	<input type="checkbox"/> Autres prof <sup>s</sup> de santé
<input type="checkbox"/> Sociétaires	<input type="checkbox"/> Scolaires	<input type="checkbox"/> Sociétaires
<input checked="" type="checkbox"/> Associations	<input checked="" type="checkbox"/> Associations	<input checked="" type="checkbox"/> Associations
<input type="checkbox"/> Sociaux et médico-sociaux	<input checked="" type="checkbox"/> Sociaux et médico-sociaux	<input checked="" type="checkbox"/> Sociaux et médico-sociaux
<input checked="" type="checkbox"/> Éducatifs et médico-éduc.	<input checked="" type="checkbox"/> Éducatifs et médico-éduc.	<input checked="" type="checkbox"/> Éducatifs et médico-éduc.
<input type="checkbox"/> Autres en clair	<input checked="" type="checkbox"/> Autres, en clair <i>équipes de terrain</i>	<input type="checkbox"/> Autres en clair

Questionnaire renseigné par :

Nom (facultatif) : *Valérie Bonnet*

Fonction : *directrice*

Etes-vous intéressés pour apporter vos témoignages ?

Oui  Non

*Je ne pourrais pas être d'accord pour  
nous donner si vous en avez besoin de votre travail.  
Bonne nuit.*

Questionnaire à retourner avant le 24 février 1997

enquête réalisée auprès de 2 sections d'élèves  
polyhandicapés et autres  
généralistes.  
CITE de Bourges

**L'ETABLISSEMENT**

Nom : M. Leconte Adresse : Echirrolles

**1. L'établissement est un(e) :**

- hôpital de jour
- Autre
- Internat
- Institut médico-éducatif
- Classe spécialisée

**2. La date de création**

Jour / / Mois / / Année /

**3. L'objectif principal**

- Soins
- Education
- Socialisation

**4. L'établissement a-t-il connu des modifications durant les dix dernières années?**

- Création de services / lequel(s) /
- Suppression de services / lequel(s) /
- Autres /

**5. La population concernée**

Description : Enfants polyhandicapés et enfants autistes gravement déficients

**6. Les pathologies (selon les catégories cliniques de la C.F.T.M.E.A)**

- Psychoses
- Troubles névrotiques
- Troubles à expression somatique
- Autres
- Troubles névrotiques
- Déficiences intellectuelles
- Variations de la normalité
- Pathologies de la personnalité
- Troubles des fonctions instrumentales

385

## LES ENFANTS AUTISTES

### 1. Accueillez-vous des enfants autistes?

Oui

Non

Nombre total : 8

Nombre de filles : 5

Nombre de garçons : 3

Nombre d'enfants par tranche d'âge :

Moins de 2 ans : 0

3 à 12 ans : 2

Plus de 12 ans : 6

Capacité « maximale » d'accueil : 0 mais selon

Avez-vous une solution spécifique à l'accueil des enfants autistes ?

Oui

Non

### 2. Les enfants présentent une pathologie de type :

Autisme (maladie précoce de Kanner)

Combien d'enfants ? : 2

Donc : 2 sans langage

Oui

Non

Autres formes d'autisme infantile

Combien d'enfants ? : 0

Donc : 0 sans langage

Oui

Non

Syndrôme autistique associé à un autre handicap

Combien d'enfants ? : 3

Donc : 3 sans langage

Oui

Non

Syndrôme autistique dans le cadre d'une « pathologie complexe »

Combien d'enfants ? : 0

Donc : 0 sans langage

Oui

Non

### 3. Les modalités de prise en charge des enfants autistes

Le référentiel est :

De loi

De loi

Les deux

Temps complet

Temps séquentiel

Les deux

Les prises en charge sont :

Des activités thérapeutiques ou éducatives multidimensionnelles

Préciser : Échographie

pour symboliser et

mettre

l'individu

à l'école

avec

des

En individuel

En groupe

Oui

Non

Des activités de sensibilisation			<input checked="" type="checkbox"/> Oui		Non
Précisez					
En individuel		<input checked="" type="checkbox"/> En groupe		Les deux	
Des activités à support corporel			<input checked="" type="checkbox"/> Oui		Non
Précisez	massage	permanence			
<input checked="" type="checkbox"/> En individuel		En groupe		Les deux	
Des activités à support plastique et créatif			<input type="checkbox"/> Oui		Non
Précisez	Tétre				
En individuel		<input checked="" type="checkbox"/> En groupe		Les deux	
Des activités à support cognitif			<input type="checkbox"/> Oui		Non
Précisez	Arche	à venir			
<input checked="" type="checkbox"/> En individuel		En groupe		Les deux	
Des rééducations psychomotrices			<input type="checkbox"/> Oui		Non
Précisez	ballon				
En individuel		En groupe	<input checked="" type="checkbox"/> Les deux		
Des rééducations orthopédiques			<input type="checkbox"/> Oui		Non
Précisez	ballon				
<input checked="" type="checkbox"/> En individuel		En groupe		Les deux	
Les psychodrames			<input type="checkbox"/> Oui		<input checked="" type="checkbox"/> Non
Précisez					
<input checked="" type="checkbox"/> En individuel		En groupe		Les deux	
Autres					

#### 4. La scolarité

Les enfants autistes suivent-ils une scolarité ?			Oui		<input checked="" type="checkbox"/> Non
Les apprentissages scolaires se font en					
Un lieu ordinaire		Oui		Dans l'établissement	Autres
Autres					

5. Les professionnels concernés par la prise en charge des enfants autistes ont-ils des formations spécifiques ?

Non  
 Oui, pour une minorité  
 Oui, pour une majorité

6. Les principaux partenaires

En famille <input checked="" type="checkbox"/> Entourage <input checked="" type="checkbox"/> Prof <sup>s</sup> de santé de l'établissement Autres prof <sup>s</sup> de santé Scolaires Associations Sociaux et médico-sociaux Éducatifs et médico-éduc. Autres, en clair...	En école <input checked="" type="checkbox"/> Entourage <input type="checkbox"/> Prof <sup>s</sup> de santé de l'établissement Autres prof <sup>s</sup> de santé Scolaires Associations Sociaux et médico-sociaux <input checked="" type="checkbox"/> Éducatifs et médico-éduc. Autres, en clair...	Co-partenaires <input checked="" type="checkbox"/> Entourage <input checked="" type="checkbox"/> Prof <sup>s</sup> de santé de l'établissement Autres prof <sup>s</sup> de santé Scolaires Associations <input checked="" type="checkbox"/> Sociaux et médico-sociaux <input checked="" type="checkbox"/> Éducatifs et médico-éduc. Autres, en clair...
---	--	---

Questionnaire renseigné par :

Nom (facultatif) :  
 Fonction : *Psychologue*

Êtes-vous intéressés pour apporter vos témoignages ?  Oui  Non

Questionnaire à retourner avant le 21 février 1997



## L'ETABLISSEMENT

Nom Unité de formation Adresse : St rue Christophe Colomb 69240

**ADAPEI DU RHÔNE**  
SECTEUR DE THIZY  
Chemin des Fourches  
69240 - THIZY  
TEL : 78 84 10 20

### 1. L'établissement est un(e) :

Hôpital de Jour  
 Internat  
 Institut médico-éducatif  
 Classe spécialisée  
Autres .....

### 2. La date de création

Jour : \_\_\_ / Mois : \_\_\_ / Année : \_\_\_

### 3. L'objectif principal

Soins  
 Education  
 Socialisation

### 4. L'établissement a-t-il connu des modifications durant les dix dernières années?

Création de services. Lesquel(s) .....  
 Suppression de services. Lesquel(s) .....  
 Autres .....

### 5. La population concernée

Description : ..... Déficiences intellectuelles moyennes et profondes .....

### 6. Les pathologies (selon les catégories cliniques de la C.F.T.M.E.A)

Psychoses  
 Troubles réactionnels  
 Troubles à expression somatique  
Autres... ..  
 Troubles névrotiques  
 Déficiences mentales  
 Variations de la normale  
 Pathologies de la personnalité  
 Troubles des fonctions instrumentales

## L'ES ENFANTS AUTISTES

### 1. Accueillez vous des enfants autistes?

Oui

Non

Nombre total : / 2 /

Nombre de filles : / 1 /

Nombre de garçons : / 1 /

Nombre d'enfants par tranche d'âge :

Moins de 3 ans : / 1 /

3 à 12 ans : / 1 /

Plus de 12 ans : / 0 /

Capacité « maximale » d'accueil : / 2 /

Avez-vous une section spécifique à l'accueil des enfants autistes ?

Oui

Non

### 2. Les enfants présentent une pathologie de type :

Autisme infantile précoce de Kanner

Oui

Non

Combien d'enfants ? / 1 /

Dont / 1 / sans langage

Autres formes d'autisme infantile

Oui

Non

Combien d'enfants ? / 1 /

Dont / 1 / sans langage

Syndrome autistique associé à un psych handicap

Oui

Non

Combien d'enfants ? / 1 /

Dont / 1 / sans langage

Syndrome autistique dans le cadre d'une « pathologie connue »

Oui

Non

Combien d'enfants ? / 1 /

Dont / 1 / sans langage

### 3. Les modalités de prise en charge des enfants autistes

La fréquentation est :

De jour

De nuit

Les deux

Temps continu

Temps séquentiel

Les deux

Les prises en charge sont :

Des activités thérapeutiques ou éducatives non spécifiques

Oui

Non

Précisez... *seulement en individuel* / *présent pour les besoins particuliers des personnes ou activité ou activités précises*

En individuel

En groupe

Les deux



5. Les professionnels concernés par la prise en charge des enfants autistes ont-ils des formations spécifiques ?

- Non  
 Précisez : .....
- Non spécifiques
- Oui, pour une minorité
- Oui, pour une majorité

6. Les principaux partenaires ?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| En amont  | En aval   | Ce partenaires  |
| <input type="checkbox"/> Entourage                                      | <input type="checkbox"/> Entourage                                      | <input checked="" type="checkbox"/> Entourage                           |
| <input type="checkbox"/> Prof <sup>ts</sup> de santé de l'établissement | <input type="checkbox"/> Prof <sup>ts</sup> de santé de l'établissement | <input type="checkbox"/> Prof <sup>ts</sup> de santé de l'établissement |
| <input type="checkbox"/> Autres prof <sup>ts</sup> de santé             | <input type="checkbox"/> Autres prof <sup>ts</sup> de santé             | <input type="checkbox"/> Autres prof <sup>ts</sup> de santé             |
| <input type="checkbox"/> Scolaires                                      | <input type="checkbox"/> Scolaires                                      | <input type="checkbox"/> Scolaires                                      |
| <input type="checkbox"/> Associations                                   | <input type="checkbox"/> Associations                                   | <input type="checkbox"/> Associations                                   |
| <input type="checkbox"/> Sociaux et médico-sociaux                      | <input type="checkbox"/> Sociaux et médico-sociaux                      | <input type="checkbox"/> Sociaux et médico-sociaux                      |
| <input type="checkbox"/> Locatifs et médico-éduc.                       | <input type="checkbox"/> Educatifs et médico-éduc.                      | <input type="checkbox"/> Educatifs et médico-éduc.                      |
| <input type="checkbox"/> Autres, en clair.....                          | <input type="checkbox"/> Autres, en clair.....                          | <input type="checkbox"/> Autres, en clair                               |

Questionnaire renseigné par :

Nom (facultatif) *Psychologue et Psychiatre de l'Institut de l'IBIZ.*

Fonction

Êtes-vous intéressés pour apporter vos témoignages ?

- Oui
- Non

Questionnaire à retourner avant le 20 février 1997

L'ETABLISSEMENT

CATP pour enfants autistes / CHS St Jean de Dieu  
Nom: MANIFLAT Adresse: 290 Route de Vienne  
65008 LEON

1. L'établissement est un(e) :

Hôpital de Jour  Internal  Inst. IUL médico-éducatif  Classe spécialisée   
Autres: Centre d'accueil Hospitalier pour à T.E. - ps. partiel

2. La date de création

Jour: / Mois: / Année: 92

3. L'objectif principal

Soins  Education  Socialisation

4. L'établissement a-t-il connu des modifications durant les dix dernières années?

Création de services (lesquels) : création initiale : 2 demi journées hebdomadaires  
 Suppression de services (lesquels) : deux parties à mi-journées  
Autres: (passage de deux à quatre personnes)

5. La population concernée

Description: enfants de 5 à 12 ans, présentant un tableau d'autisme

6. Les pathologies (selon les catégories cliniques de la C.F.T.M.E.A)

Psychoses  
 Troubles réactionnels  
 Troubles d'expression orale  
 Autres  
 Troubles névrotiques  
 Déficiences mentales  
 Variétés de la normalité  
 Pathologies de la personnalité  
 Troubles des fonctions instrumentales

## LES ENFANTS AUTISTES

1. Accueillez vous des enfants autistes?

Oui

Non

Nombre total : 5

Nombre de filles : 1

Nombre de garçons : 4

Nombre d'enfants par tranche d'âge :

Moins de 3 ans : 1

3 à 12 ans : 3

Plus de 12 ans : 2

Capacité « maximale » d'accueil : 5

Avez-vous une section spécifique à l'accueil des enfants autistes ?

Oui

Non

2. Les enfants présentent une pathologie de type :

Autisme infantile précoce de Kanner.

Combien d'enfants ? : 5

Dont : 3 / sans langage

et deux <sup>2x</sup> Oui <sup>Non</sup> avec un début d'épilepsie

Autres formes d'autisme infantile :

Combien d'enfants ? : 1

Dont : 1 / sans langage

Oui

Non

Syndrôme autistique associé à un déficit auditif.

Combien d'enfants ? : 1

Dont : 1 / sans langage

Oui

Non

Syndrôme autistique dans le cadre d'une « pathologie connue »

Combien d'enfants ? : 1

Dont : 1 / sans langage

Oui

Non

3. Les modalités de prise en charge des enfants autistes

La fréquentation est :

De jour (temps partiel)

Temps complet

De nuit

En partiel

Les deux

Les deux

Les prises en charge sont :

Des activités thérapeutiques ou éducatives non spécifiques :

Précises : activités socio-cognitives spécifiques

En individuel

En groupe

Oui

Non

Les deux

Des activités de socialisation

Précisez.....

En individuel

En groupe

Oui

Non

Des activités à support corporel

Précisez..... parcours de motricité, aikido

En individuel

En groupe

Les deux

Non

Des activités à support plastique et créativité

Précisez.....

En individuel

En groupe

Oui

Non

Des activités à support cognitif

Précisez.....

En individuel

En groupe

Oui

Non

Des procédures psychomotrices

Précisez.....

En individuel

En groupe

Oui

Non

Des procédures orthographiques

Précisez.....

En individuel

En groupe

Oui

Non

Des psychothérapies

Précisez.....

En individuel

En groupe

Oui

Non

Autres.....

.....

.....

#### 4. La scolarité

Les enfants autistes suivent-ils une scolarité ?

*Oui, certains*

Non

Les apprentissages scolaires se font en :

Les ordinaires

CLIS

Dans l'établissement.....

Autres.....

*autres*  
*↳ intégration en maternelle*

.....

.....

5. Les professionnels concernés par la prise en charge des enfants autistes ont-ils des formations spécifiques ?

Non

Non spécifiques

Oui pour une minorité

Oui pour une majorité

Préciser : Formations à ceux travaillant dans les établissements scolaires, éducatifs de l'autisme.

6. Les principaux partenaires : C n'est pas très clair... Est-ce à propos de la prise en charge d'un enfant ou en général ?

En amont

Entourage

Prof<sup>ts</sup> de santé de l'établissement

Autres prof<sup>ts</sup> de santé

Scolaires

Associations

Sociaux et médico-sociaux

Éducatifs et médico-éduc

Autres, en clair

En aval

Entourage

Prof<sup>ts</sup> de santé de l'établissement

Autres prof<sup>ts</sup> de santé

Scolaires

Associations

Sociaux et médico-sociaux

Éducatifs et médico-éduc

Autres, en clair

Co-partenaires

Entourage

Prof<sup>ts</sup> de santé de l'établissement

Autres prof<sup>ts</sup> de santé

Scolaires

Associations

Sociaux et médico-sociaux

Éducatifs et médico-éduc

Autres, en clair

Questionnaire renseigné par :

Nom (surnom)

Dr. MARIE-CRISTINE

fonction

Psychiatre

Etes-vous intéressés pour apporter vos témoignages ?

Éventuellement.

Oui

Non

Questionnaire à retourner de préférence avant le 05 mars 1997



## L'ÉTABLISSEMENT

Nom: **SESSD**

Adresse: **19 place de Verdun 76 300 Notteville les Rouen**

### 1. L'établissement est un(e) :

- Hôtel de jour       Internat       Institut médico-éducatif       Classe spécialisée
- Autres : **SESSD (habilitation) et éducation spécialisée par le soins à domicile (Extranet) ...**

### 2. La date de création

Jour : **\_\_\_** Mois : **11** Année : **35**

### 3. L'objectif principal

- Soins       Éducation       Scolarisation

### 4. L'établissement a-t-il connu des modifications durant les dix dernières années?

- Création de services (lesquels) : .....
- Suppression de services (lesquels) : .....
- Autres : .....

### 5. La population concernée

Description : **Autistes** .....

### 6. Les pathologies (selon les catégories cliniques de la C.F.T.M.E.A)

- Psychoses       Troubles névrotiques       Pathologies de la personnalité
- Troubles réactionnels       Déficiences mentales       Troubles des fonctions instrumentales
- Troubles à expression somatique       Variations de la norme
- Autres : .....

# LES ENFANTS AUTISTES

## 1. Accueillez vous des enfants autistes?

Oui

Non

Nombre total : 3

Nombre de filles : 2

Nombre de garçons : 1

Nombre d'enfants par tranche d'âge

Moins de 3 ans : 0

3 à 12 ans : 1

Plus de 12 ans : 0

Capacité maximale d'accueil : 10

Avez-vous une section spécifique à l'accueil des enfants autistes ?

Oui

Non

## 2. Les enfants présentent une pathologie de type :

Autisme infantile précoce de hammet

Combien d'enfants ? 4

Dont 4 / sans langage

Oui

Non

Autres formes d'autisme infantile

Combien d'enfants ? 4

Dont 1 / sans langage

Oui

Non

Syndrôme autistique associé à un polyhandicap (Surdité)

Combien d'enfants ? 1

Dont 1 / sans langage

Oui

Non

Syndrôme autistique dans le cadre d'une « pathologie connue »

Combien d'enfants ? 0

Dont 0 / sans langage

Oui

Non

## 3. Les modalités de prise en charge des enfants autistes

La fréquentation est

De jour

De nuit

Les deux

Temps complet

Temps séquentiel

Les deux

Les prises en charge sont

Des activités thérapeutiques ou éducatives non spécifiques

Préciser :

En individuel

En groupe

Oui

Non

Des activités de socialisation

Préciser :

En individuel

En groupe

Les deux

Oui

Non

Les deux

Des activités à support corporel	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez	<input checked="" type="checkbox"/> Les deux	
<input type="checkbox"/> En individuel	<input type="checkbox"/> En groupe	
Des activités à support plastique et créativité	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez	<input checked="" type="checkbox"/> Les deux	
<input type="checkbox"/> En individuel	<input type="checkbox"/> En groupe	
Des activités à support cognitif	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez	<input type="checkbox"/> Les deux	
<input checked="" type="checkbox"/> En individuel	<input type="checkbox"/> En groupe	
Des rééducations psychomotrices	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Précisez	<input checked="" type="checkbox"/> Les deux	
<input type="checkbox"/> En individuel	<input type="checkbox"/> En groupe	
Des rééducations orthophoniques	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non
Précisez	<input type="checkbox"/> Les deux	
<input type="checkbox"/> En individuel	<input type="checkbox"/> En groupe	
Des psychothérapies	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Préciser <i>en dehors de l'établissement</i>	<input type="checkbox"/> Les deux	
<input checked="" type="checkbox"/> En individuel	<input type="checkbox"/> En groupe	
Autres		

#### 4. La scolarité

Les enfants autistes au vertus de la scolarité ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Les apprentissages scolaires se font en	<input checked="" type="checkbox"/> Milieu ordinaire	<input type="checkbox"/> Dans l'établissement
Autres <i>↳ E.R.E.A. (école régionale d'enseignement adapté)</i>	<input type="checkbox"/> C.L.I.S	<input type="checkbox"/> Autres

#### 5. Les professionnels concernés par la prise en charge des enfants autistes ont-ils des formations spécifiques ?

<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non spécifiques	<input type="checkbox"/> Oui, pour une minorité	<input checked="" type="checkbox"/> Oui, pour une majorité
Précisez	<i>Stages sur l'approche éducative (E.D.I formation...)</i>		

## 6. Les principaux partenaires

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Travail                                       | <input checked="" type="checkbox"/> Travail                                       | <input checked="" type="checkbox"/> Co-partenaires                                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Entourage                                     | <input checked="" type="checkbox"/> Entourage                                     | <input checked="" type="checkbox"/> Entourage                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Prof <sup>s</sup> de santé de l'établissement | <input checked="" type="checkbox"/> Prof <sup>s</sup> de santé de l'établissement | <input checked="" type="checkbox"/> Prof <sup>s</sup> de santé de l'établissement |
| <input checked="" type="checkbox"/> Autres pro <sup>s</sup> de santé              | <input checked="" type="checkbox"/> Autres pro <sup>s</sup> de santé              | <input checked="" type="checkbox"/> Autres pro <sup>s</sup> de santé              |
| <input type="checkbox"/> Sociétés   | <input type="checkbox"/> Sociétés   | <input checked="" type="checkbox"/> Sociétés                                      |
| <input type="checkbox"/> Associations   | <input type="checkbox"/> Associations   | <input type="checkbox"/> Associations   |
| <input type="checkbox"/> Sociaux et méd-co-sociaux                                | <input type="checkbox"/> Sociaux et méd-co-sociaux                                | <input type="checkbox"/> Sociaux et méd-co-sociaux                                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Éducatifs et médias éducatifs                 | <input checked="" type="checkbox"/> Éducatifs et médias éducatifs                 | <input checked="" type="checkbox"/> Éducatifs et médias éducatifs                 |
| <input type="checkbox"/> Autres, en clair   | <input type="checkbox"/> Autres, en clair   | <input type="checkbox"/> Autres, en clair   |

Questionnaire renseigné par :

Nom : Scherling David

Fonction : Psychologue clinicien

Êtes-vous intéressés pour apporter vos témoignages ?

Oui

Non

## L'ÉTABLISSEMENT

Nom: SESSD

Adresse: 14 rue Robert Legros 76120 Grand Quevilly

1. L'établissement est un(e) :

- Centre de jour  
 Autre: SESSD

Centre

Institut médico-éducatif

Classe spécialisée

2. La date de création

le 13 Mars 01 Année 32

3. L'objectif principal

Soins

Éducation

Soins et éducatif

4. L'établissement a-t-il connu des modifications durant les dix dernières années?

Création de services / équipes

Suppression de services / équipes

Autres

5. La population concernée

Description: Autistes

6. Les pathologies (selon les catégories cliniques de la C.F.T.M.E.A)

Psychoses

Troubles épileptiques

Troubles à expression cognitive

Autres

Troubles névrotiques

Déficiences mentales

Variations de la normale

Pathologies de la personnalité

Troubles des fonctions instrumentales

# LES ENFANTS AUTISTES

## 1. Accueillez vous des enfants autistes?

Oui

Non

Nombre total : 5

Nombre de filles : 1

Nombre de garçons : 4

Nombre d'enfants par tranche d'âge :

Moins de 3 ans : 0

3 à 12 ans : 5

Plus de 12 ans : 0

Capacité maximale d'accueil : 5

Avez-vous une section spécifique à l'accueil des enfants autistes ?

Oui

Non

## 2. Les enfants présentent une pathologie de type :

Autisme infantile / présence de Kanner

Combien d'enfants ? 1

Donc : 1 / sans langage

Oui

Non

Autisme le plus sévère / retard

Combien d'enfants ? 4

Donc : 4 / sans langage

Oui

Non

Syndrôme autistique associé à un trouble spécifique

Combien d'enfants ? 0

Donc : 0 / sans langage

Oui

Non

Syndrôme autistique dans le cadre d'une « pathologie connue »

Combien d'enfants ? 0

Donc : 0 / sans langage

Oui

Non

## 3. Les modalités de prise en charge des enfants autistes

La fréquence est :

De jour

De nuit

Les deux

Tous les jours

Temps occasionnels

Les deux

Les prises en charge sont :

Des ateliers thérapeutiques ou ludiques non spécifiques

Oui

Non

Pédagogie

Individuel

En groupe

Les deux

Des activités de loisir / récréation

Oui

Non

Projet social / éducatif

Individuel

En groupe

Les deux

Des activités à support corporel

Précisez

En individuel

En groupe

Oui

Non

Des activités à support d'écriture et/ou dessin

Précisez

En individuel

En groupe

Les deux

Autre

Des activités à support cognitif

Précisez

En individuel

En groupe

Les deux

Non

Des rééducations psychomotrices

Précisez

En individuel

En groupe

Oui

Les deux

Non

Des ateliers musico-orthophoniques

Précisez

En individuel

En groupe

Les deux

Oui

Non

Des psychomotricités

Précisez

En individuel

En groupe

Les deux

Oui

Non

Les deux

Autres

#### 4. La scolarité

Les enfants autistes suivent-ils une scolarité ?

Oui

Non

Les apprentissages scolaires se font en :

Milieu ordinaire

En classe

Dans l'établissement

Autres

Autres : *En classe d'intégration ou en classe ordinaire, les seules possibilités est intégrer certaines activités des autres classes d'intégration ordinaire (en fonction de leur niveau et travail)*

#### 5. Les professionnels concernés par la prise en charge des enfants autistes ont-ils des formations spécifiques ?

Non

Non spécifiques

Oui pour une minorité

Oui pour une majorité

Précisez

*Stages sur l'approche éducative ou autres (par ex. communication facilitée)*

## 6. Les principaux partenaires

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Le parent                                      | <input type="checkbox"/> En aval   | <input type="checkbox"/> Co-partenaires                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Entourage                           | <input checked="" type="checkbox"/> Entourage                                      | <input checked="" type="checkbox"/> Entourage                           |
| <input type="checkbox"/> Prof <sup>ts</sup> de santé de l'établissement | <input checked="" type="checkbox"/> Prof <sup>ts</sup> de santé de l'établissement | <input type="checkbox"/> Prof <sup>ts</sup> de santé de l'établissement |
| <input checked="" type="checkbox"/> Autres prof <sup>ts</sup> de santé  | <input checked="" type="checkbox"/> Autres prof <sup>ts</sup> de santé             | <input checked="" type="checkbox"/> Autres prof <sup>ts</sup> de santé  |
| <input type="checkbox"/> Sociétés                                       | <input type="checkbox"/> Sociétés  | <input checked="" type="checkbox"/> Sociétés                            |
| <input type="checkbox"/> Associations                                   | <input type="checkbox"/> Associations  | <input type="checkbox"/> Associations                                   |
| <input type="checkbox"/> Sociétés et Médicosociétés                     | <input type="checkbox"/> Sociétés et médico-sociétés                               | <input type="checkbox"/> Sociétés et médico-sociétés                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> Lourdes et médico-lourdes           | <input checked="" type="checkbox"/> Éducatifs et médico-éduc.                      | <input checked="" type="checkbox"/> Éducatifs et médico-éduc.           |
| <input type="checkbox"/> Autres (en détail)                             | <input type="checkbox"/> Autres (en détail)  | <input type="checkbox"/> Autres (en détail)                             |

Questionnaire renseigné par :

Nom : **SCHEFFELINER MURIEL**  
 Fonction : **psychologue clinicienne**

Êtes-vous intéressés pour apporter vos témoignages ?

Oui

Non



## L'ÉTABLISSEMENT

Nom :

Adresse :

### 1. L'établissement est un(e) :

Accueil de Jour

Autres : .....

Internat

.....

Institut médico-éducatif

.....

Classe spécialisée

.....

### 2. La date de création

Jour : \_\_\_\_ / Mois : 09 / Année : 16

### 3. L'objectif principal

Soins

Éducation

Spécialisation

### 4. L'établissement a-t-il connu des modifications durant les dix dernières années?

Création de services : Lesquels (s) : .....

Suppression de services : Lesquels (s) : .....

Autres : .....

### 5. La population concernée

Description : Élèves avec troubles spécifiques des langages écrits et oraux .....

### 6. Les pathologies (selon les catégories cliniques de la C.F.T.M.E.A)

Psychoses

Troubles réactionnels

Troubles à expression somatique

Autres : Autisme .....

Troubles névrotiques

Déviations mentales

Variations de la normale

.....

Pathologies de la personnalité (troubles de personnalité)

Troubles des fonctions instrumentales

## LES ENFANTS AUTISTES

### 1. Accueillez vous des enfants autistes?

Oui

Non

Nombre total : / \_\_\_ /

Nombre de filles : / \_\_\_ /

Nombre de garçons : / \_\_\_ /

Nombre d'enfants par tranche d'âge :

Moins de 3 ans : / \_\_\_ /

3 à 12 ans : / \_\_\_ /

Plus de 12 ans : / \_\_\_ /

Capacité « maximale » d'accueil : / \_\_\_ /

Avez-vous une section spécifique à l'accueil des enfants autistes ?

Oui

Non

### 2. Les enfants présentent une pathologie de type :

Autisme infantile précoce de Kanner :

Combien d'enfants ? / \_\_\_ /

Dont / \_\_\_ / sans langage

Oui

Non

Autres formes d'autisme infantile :

Combien d'enfants ? / \_\_\_ /

Dont / \_\_\_ / sans langage

Oui

Non

Syndrome autistique associé à un polyhandicap :

Combien d'enfants ? / \_\_\_ /

Dont / \_\_\_ / sans langage

Oui

Non

Syndrome autistique dans le cadre d'une « pathologie connue » :

Combien d'enfants ? / \_\_\_ /

Dont / \_\_\_ / sans langage

Oui

Non

### 3. Les modalités de prise en charge des enfants autistes :

La fréquentation est :

De jour

De nuit

Les deux

Temps complet

Temps séquentiel

Les deux

Les prises en charge sont :

Des activités thérapeutiques ou éducatives non spécifiques :

Oui

Non

Et/ou des :

En individuel

En groupe

Les deux

Des activités de socialisation			OUI	Non
Précisez.....	En individuel	En groupe	Les deux	
Des activités à support corporel			OUI	Non
Précisez .....	En individuel	En groupe	Les deux	
Des activités à support plastique et créatif			OUI	Non
Précisez .....	En individuel	En groupe	Les deux	
Des activités à support cognitif			OUI	Non
Précisez .....	En individuel	En groupe	Les deux	
Des rééducations psychomotrices			OUI	Non
Précisez .....	En individuel	En groupe	Les deux	
Des rééducations orthopédiques			OUI	Non
Précisez .....	En individuel	En groupe	Les deux	
Des psychothérapies			OUI	Non
Précisez .....	En individuel	En groupe	Les deux	
Autres .....				

#### 4. La scolarité

Les enfants autistes suivent ils une scolarité ?			OUI	Non
Les apprentissages scolaires se font en	Milieu ordinaire	C.L.I.E	Dans l'établissement	Autres
Autres .....				

5. Les professionnels concernés par la prise en charge des enfants autistes ont-ils des formations spécifiques ?

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Non spécifiques | <input type="checkbox"/> Oui, pour une minorité | <input type="checkbox"/> Oui, pour une majorité |
| Précisez : .....                        | .....                                    | .....   | .....   |
| .....                                   | .....                                    | .....   | .....   |

6. Les principaux partenaires

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <b>En amont</b>   | <b>En aval</b>  | <b>Co-partenaires</b>  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Entourage                           | <input type="checkbox"/> Entourage                                      | <input checked="" type="checkbox"/> Entourage (parents)                            |
| <input type="checkbox"/> Prof <sup>ss</sup> de santé de l'établissement | <input type="checkbox"/> Prof <sup>ss</sup> de santé de l'établissement | <input checked="" type="checkbox"/> Prof <sup>ss</sup> de santé de l'établissement |
| <input type="checkbox"/> Autres prof <sup>ss</sup> de santé             | <input checked="" type="checkbox"/> Autres prof <sup>ss</sup> de santé  | <input type="checkbox"/> Autres prof <sup>ss</sup> de santé (SFRAP)                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Scolaires                           | <input checked="" type="checkbox"/> Scolaires (SFRAP)                   | <input type="checkbox"/> Scolaires (éducation spécialisée, ...)                    |
| <input type="checkbox"/> Associations                                   | <input type="checkbox"/> Associations                                   | <input type="checkbox"/> Associations  |
| <input type="checkbox"/> Sociaux et médico-sociaux                      | <input type="checkbox"/> Sociaux et médico-sociaux                      | <input type="checkbox"/> Sociaux et médico-sociaux                                 |
| <input type="checkbox"/> Éducatifs et médico-éduc                       | <input checked="" type="checkbox"/> Éducatifs et médico-éduc            | <input type="checkbox"/> Éducatifs et médico-éduc                                  |
| <input type="checkbox"/> Autres, en clair : .....                       | <input type="checkbox"/> Autres, en clair : .....                       | <input type="checkbox"/> Autres, en clair : .....                                  |

Questionnaire renseigné par :

Nom (obligatoire)  
Fonction

Etes-vous intéressés pour apporter vos témoignages ?

Oui

Non

Questionnaire à remplir et à retourner avant :