

**FORMULAIRE DE DEMANDE**

*A remplir par le/les parent(s) (ou représentant légal)*

**INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE ENFANT :**

**NOM :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Age :**

**Adresse postale**

**Adresse mail :**

**Téléphone :**

**Chef de Service**

Docteur Thierry CHALTIEL

**Praticien Hospitalier**

Docteur Sylvain BISLEAU

Docteur Anne GRUNSPAN

**Cadre Supérieur de Santé**

Cécilia LE LOCH

**Cadre de Santé**

Isabelle HENRY

**Secrétariat**

Noémie GUILLET

Laëtitia ROUSSEL

**☎ : 02 53 52 61 80**

**@ : bp-petal@chu-nantes.fr**

**Adresse : 1 rue Esnoul des Châtelets  
44200 NANTES**

**A remettre à votre médecin**

Cher Confrère, Chère Consœur,

Vous recevez en consultation un enfant âgé de **3 à 6 ans** et vous observez **des signes évocateurs d'un trouble du spectre de l'autisme (TSA)**.

PETAL est **une unité de niveau 2** destinée aux enfants présentant des signes évocateurs d'un TSA et résidant **sur les 2 secteurs de psychiatrie de l'enfant du CHU de Nantes**. PETAL est articulée avec les CMP des 2 secteurs (Haute-Roche et Douet Garnier). Notre équipe propose une évaluation diagnostique pluridisciplinaire et met en place des interventions thérapeutiques coordonnées en partenariat avec la famille dans nos locaux et les lieux de vie de l'enfant.

Nous souhaitons que chaque demande auprès de l'unité PETAL soit accompagnée d'**un avis circonstancié d'un médecin**. Afin de vous guider dans votre démarche diagnostique, nous vous proposons le formulaire suivant. Il est à remplir avec le patient et ses parents. Les critères diagnostiques DSM-5 du TSA sont rappelés en page 6.

Après l'analyse du formulaire et la prise de contact de la famille auprès du secrétariat (mail ou téléphone), une première consultation pédopsychiatrique peut être proposée à l'enfant et sa famille à PETAL.

Pour toute question ou remarque, n'hésitez pas à nous contacter.

Nous vous remercions d'avance de ce que vous pourrez faire pour cet enfant.

Bien confraternellement,

Dr Sylvain BISLEAU, Dr Anne GRUNSPAN  
et toute l'équipe PETAL

# Questionnaire à remplir par le médecin

Merci de nous indiquer votre nom et vos coordonnées (adresse postale, mail, téléphone).

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

## CIRCONSTANCE DE LA DEMANDE DE BILAN

Évaluation à l'initiative :

- De vous-même
- D'un (des) parent(s)
- D'un autre professionnel de santé, lequel : .....

## HISTOIRE MEDICALE

Antécédents personnels : .....

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

Antécédents familiaux (TND, neurologique, psychiatrique) : .....

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

Bilan ORL avec audiogramme :  oui  non

Bilan ophtalmologique :  oui  non

Bilan neuropédiatrique :  oui  non

Traitement en cours : .....

.....

## SITUATION SCOLAIRE

Nom de l'établissement scolaire : .....

En classe de : .....

Scolarisation à temps plein :  oui  non

## SITUATION SOCIALE

Dossier MDPH :  oui  en cours  envisagé  non

Référent(s) social(aux) : .....

.....

.....

## PRISE EN SOIN ACTUELLE

Adressage à la PCO :  oui  non

Médecin généraliste :  oui  non si oui, préciser : .....

Suivi en PMI :  oui  non si oui, préciser : .....

.....

Orthophoniste :  oui  non si oui, préciser : .....

Psychomotricien :  oui  non si oui, préciser : .....

Psychologue :  oui  non si oui, préciser : .....

Éducateur spécialisé :  oui  non si oui, préciser : .....

Ergothérapeute :  oui  non si oui, préciser : .....

Autre(s) professionnel(s) : .....

.....

.....

Accompagnement médico-social (SESSAD, IME...) :  oui  non

Si oui, préciser : .....



Pour finir, merci de compléter la grille ci-jointe (Autism Mental Status Exam, AMSE).

Vous pouvez, si vous le désirez et comprenez l'anglais, vous former rapidement à l'utilisation de l'outil sur internet via le lien suivant : <http://autismmentalstatuexam.com/>

## AUTISM MENTAL STATUS EXAM (AMSE)

	0	1	2
<b>Échange visuel</b>	<input type="checkbox"/> Supérieur ou égal à 3 secondes	<input type="checkbox"/> Furtif	<input type="checkbox"/> Aucun
<b>Intérêt pour autrui</b>	<input type="checkbox"/> Initie l'interaction avec l'examineur	<input type="checkbox"/> Répond aux sollicitations seulement	<input type="checkbox"/> Pas d'intérêt
<b>Capacités à pointer</b>	<input type="checkbox"/> Peut pointer / désigner un objet d'un geste	<input type="checkbox"/> Répond au pointer	<input type="checkbox"/> Aucune
<b>Langage</b>	<input type="checkbox"/> Peut parler d'un autre moment ou lieu	<input type="checkbox"/> Mots isolés	<input type="checkbox"/> Non verbal
		<input type="checkbox"/> Associations de mots (moins de 3 mots)	
		<input type="checkbox"/> Problèmes d'articulation	
<b>Pragmatique du langage (tours de parole, intonation)</b>	<input type="checkbox"/> Non altérée	<input type="checkbox"/> Altérée (rapporté)	<input type="checkbox"/> Altérée (observé)
<b>Comportements répétitifs / stéréotypés</b>	<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> S'attache à des routines <input type="checkbox"/> Comportements de type compulsif	<input type="checkbox"/> Stéréotypie motrice ou vocale <input type="checkbox"/> Écholalie <input type="checkbox"/> Discours stéréotypé
<b>Préoccupations envahissantes ou inhabituelles</b>	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Rapportées, décrire :	<input type="checkbox"/> Observées, décrire :
<b>Particularités sensorielles</b>	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Rapportées : <input type="checkbox"/> Sensibilité exagérée <input type="checkbox"/> Tolérance élevée à la douleur	<input type="checkbox"/> Observées : <input type="checkbox"/> Sensibilité exagérée <input type="checkbox"/> Tolérance élevée à la douleur

### SCORE TOTAL :

Cotateur :

- Auto-formé sur internet via le site
- Formé en présentiel
- Non formé à l'utilisation de l'outil

Si vous n'êtes pas formé, seriez-vous intéressé par une formation à l'AMSE ?

- Oui                       Non

## CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DSM-5 : TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

**A. Déficits persistants de la communication et des interactions sociales** observés dans des contextes variés. Ceux-ci peuvent se manifester par les éléments suivants, soit au cours de la période actuelle, soit dans les antécédents (les exemples sont illustratifs et non exhaustifs ; se référer au texte) [3 critères nécessaires].

1. Déficits dans la réciprocité sociale ou émotionnelle allant, par exemple d'anomalies de l'approche sociale et d'une incapacité à la conversation bidirectionnelle normale, à des difficultés à partager les intérêts, les émotions et les affects, jusqu'à une incapacité d'initier des interactions sociales ou d'y répondre.

2. Déficits des comportements de communication non verbaux utilisés au cours des interactions sociales, allant, par exemple, d'une intégration défectueuse entre la communication verbale et non verbale, à des anomalies du contact visuel et du langage du corps, à des déficits dans la compréhension et l'utilisation des gestes, jusqu'à une absence totale d'expressions faciales et de communication non verbale.

3. Déficits du développement, du maintien et de la compréhension des relations, allant, par exemple, de difficultés à ajuster le comportement à des contextes sociaux variés, à des difficultés à partager des jeux imaginatifs ou à se faire des amis, jusqu'à l'absence d'intérêt pour les pairs.

**B. Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités**, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants soit au cours de la période actuelle soit dans les antécédents (les exemples sont illustratifs et non exhaustifs ; se référer au texte) [au moins 2 critères sur 4 nécessaires].

1. Caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de l'utilisation des objets ou du langage (p. ex. stéréotypies motrices simples, activité d'alignement des jouets ou de rotation des objets, écholalie, phrases idiosyncrasiques).

2. Intolérance au changement, adhésion inflexible à des routines ou à des modes comportementaux verbaux ou non verbaux ritualisés (p. ex. détresse extrême provoquée par des changements mineurs, difficulté à gérer les transitions, modes de pensée rigides, ritualisation des formules de salutation, nécessité de prendre le même chemin ou de manger les mêmes aliments tous les jours).

3. Intérêts extrêmement restreints et fixes, anormaux soit dans leur intensité, soit dans leur but (p. ex. attachement à des objets insolites ou préoccupations à propos de ce type d'objets, intérêts excessivement circonscrits ou persévérants).

4. Hyper ou hyporéactivité aux stimulations sensorielles ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement (p. ex. indifférente apparente à la douleur ou à la température, réactions négatives à des sons ou à des textures spécifiques, action de flairer ou de toucher excessivement les objets, fascination visuelle pour les lumières ou les mouvements).

**C. Les symptômes doivent être présents dès les étapes précoces du développement** (mais ils ne sont pas nécessairement pleinement manifestes avant que les demandes sociales n'excèdent les capacités limitées de la personne, ou ils peuvent être masqués plus tard dans la vie par des stratégies apprises).

**D. Les symptômes occasionnent un retentissement cliniquement significatif en termes de fonctionnement actuel social, scolaire/professionnel ou dans d'autres domaines importants.**

**E. Ces troubles ne sont pas mieux expliqués par un handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) ou un retard global de développement.** La déficience intellectuelle et de trouble du spectre de l'autisme sont fréquemment associés. Pour permettre un diagnostic de comorbidité entre un trouble de spectre de l'autisme et un handicap intellectuel, l'altération de la communication sociale doit être supérieure à ce qui serait attendu pour le niveau du développement général.