****

****

**Demande d’évaluation au Centre du Neurodéveloppement Adulte**

à nous adresser à l’adresse suivante :**cna.psl@aphp.fr**

***Document concernant :***

**NOM :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Coordonnées de contact de la personne (ou du proche à contacter) :**

**Adresse de contact :**

**Mail de contact :**

**Téléphone de contact :**

**Complété le (date) :**

**PITIE-SALPETRIÈRE**

**AP-HP SORBONNE UNIVERSITE**

**SERVICE DE PSYCHIATRIE**

Pr. Philippe FOSSATI

**CENTRE DU NEURODEVELOPPEMENT ADULTE**

Dr Hélène VULSER

Dr Sara BAHADORI

Dr Juliette GRIGNARD

Dr Guillaume GROS

Dr Anahid JEANT

(Neuro) psychologues :

Ruben MIRANDA

Jenny CRISTOVAO

Lindsay BRENUGAT

Anamaria PELOUS

Morgane ABEGG

Médiateur Santé Pair :

Candice MOLLARET Orthophoniste :

Héloïse BERTRAND Psychomotricienne :

Laurine BOURGUELLE

Educatrice spécialisée :

Pauline DELESCLUSE

Assistante médico-administrative :

Sara BOUADI

***A remettre au psychiatre ou au médecin référent de la structure***

Cher confrère, chère consœur,

Vous suspectez un trouble du neurodéveloppement chez une personne que vous accompagnez, ou vous êtes sollicité par une personne qui pense présenter un trouble du neurodéveloppement. Nous demandons à chaque personne effectuant une demande de diagnostic auprès du Centre du Neurodéveloppement Adulte, que celle-ci soit accompagnée d’un avis diagnostique circonstancié d’un médecin psychiatre. En effet, le CNA a vocation à recevoir les patients en troisième ligne, c'est-à-dire après un avis psychiatrique spécialisé. La rencontre avec un psychiatre permet également un soutien dans ses difficultés en amont et en aval d’une démarche diagnostique quel que soit le diagnostic retenu.

Afin de vous guider dans votre démarche diagnostique, nous vous proposons le formulaire suivant. Il est à remplir avec le patient, et si possible un parent ou un proche.

Si vous souhaitez bénéficier d’une sensibilisation au diagnostic de Trouble du Spectre de l’Autisme (TSA), merci de nous l’indiquer au bas de la page 9. Pour toute question ou remarque, n’hésitez pas à nous contacter.

Nous vous remercions d’avance très sincèrement de ce que vous pourrez faire pour cette personne.

Bien confraternellement,

L’équipe du CNA

***Questionnaire à remplir par le psychiatre :***

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

#### CIRCONSTANCES de la demande de bilan

**Evaluation à l’initiative :**

□ de vous-même □ de la personne concernée □ d’un proche

□ d’un autre professionnel de santé, lequel :

**Un diagnostic, même ancien, a-t-il déjà été posé ?** (p.ex : trouble envahissant du développement dans l’enfance, autisme, psychose infantile, TDAH, etc.), **si oui, lequel et quand ?**

**Circonstances du bilan :**

□ Bilan diagnostique, si oui, bilan demandé du fait de :

□ Situation de handicap depuis l’enfance mal étiquetée

□ Trouble mental atypique

□ Insuffisance de réponse au traitement psychotrope bien conduit

□ Intolérance majeure aux traitements psychotropes

□ Pour permettre une meilleure connaissance de soi-même

□ Autre, préciser :

□ Bilan fonctionnel en vue d’améliorer la prise en charge actuelle (pour les personnes dont le diagnostic est déjà posé)

**Existe-t-il une situation de handicap ou des difficultés d’autonomie nécessitant un accompagnement médico-social ?** □ Oui □ Non, si oui, préciser

□ Difficultés d’autonomie et nécessité d’accompagnement dans la vie citoyenne

□ Niveau de socialisation qui semble en décalage par rapport au niveau intellectuel

□ Difficultés d’insertion dans le milieu professionnel

□ Objectif d’intégration ou de changement de structure d’accueil

#### SITUATION Sociale

**Situation familiale :**

**Emploi :** □ Oui □ Non, si oui, préciser :

**Etudes en cours :** □ Oui □ Non, si oui, préciser :

Si oui, existence d’aménagements ? □ Oui □ Non, si oui, préciser :

**La personne a-t-elle un dossier MDPH :**

□ Oui, avec les notifications suivantes :

□ Envoyé, avec les demandes de notifications suivantes :

□ Envisagé, avec les objectifs suivants :

□ En a eu un plus tôt dans la vie, avec les notifications suivantes :

□ Non et non envisagé

**Mesure de protection :** □ Oui □ Non, si oui, préciser :

**Accueil par un service ou un établissement médico-social :**

□ Oui □ Non, si oui, préciser (actuel ou passé, dates)

#### Situation médicale

**Antécédents :**

**Y a -t-il eu un(des) diagnostic(s) neurodéveloppemental(ux) déjà posé(s)?**

□ Trouble du spectre de l’autisme

□ Troubles du développement intellectuel

□ Troubles de la communication sociale

□ Troubles du langage

□ Troubles du déficit de l’attention/hyperactivité

□ Troubles des apprentissages (dyslexie, dysorthographie, dyscalculie)

□ Troubles de la coordination motrice

**Traitements :**

**Description brève de symptômes psychiatriques éventuels :**

**Suivis médicaux et non médicaux actuels :**

#### HISTOIRE DU DEVELOPPEMENT

**Avez-vous rencontré un parent de la personne concernée par la demande :** □ oui □ non

**La personne présente-t-elle des facteurs de risque de troubles du neurodéveloppement ?**

□ Prématurité, naissance à …. SA

□ Faible poids de naissance /RCIU

□ Exposition prénatale à l’alcool ou à d’autres toxiques, si oui, le(s)quel(s)

□ Accouchement difficile

□ Antécédent familial, si oui le(s)quel(s) :

**Y-a-t-il eu un retard dans le développement psychomoteur connu ou rapporté ?**

□ Troubles du tonus ou du développement de la motricité

□ Troubles de la communication et du langage

□ Retard global des acquisitions (suspicion de trouble du développement intellectuel)

□ Trouble de l’attention et des fonctions exécutives

□ Difficultés dans la socialisation

**Y-a-t-il eu un ou des suivi(s) dans l’enfance (psychologique, psychiatrique, orthophonique, etc.) ?**

□ Oui □ Non Si oui, décrire, les différents suivis réalisés (types d’accompagnement (psychomotricité, pédopsychiatre, neurologue, etc.) et lieux (CMP, CATTP, Hôpital de jour, libéral)).

**Y’a-t-il eu des aménagements dans la scolarité (AVS, redoublement, IME ou classes spécialisées) ?**

□ Oui □ Non, si oui, préciser :

#### EVALUATION CLINIQUE ACTUELLE

**Quel(s) diagnostic(s) neurodéveloppemental(aux) suspectez-vous ?**

□ Trouble du spectre de l’autisme

□ Troubles du développement intellectuel

□ Troubles de la communication sociale

□ Troubles du langage

□ Troubles du déficit de l’attention/hyperactivité

□ Troubles des apprentissages (dyslexie, dysorthographie, dyscalculie)

□ Troubles de la coordination motrice

**Existe-t-il des difficultés d’organisation/ planification au quotidien** □ Oui □ Non, si oui, préciser :

**Le patient éprouve-t-il ou présente-t-il des difficultés de maintien de l’attention, ou des oublis fréquents avec un retentissement depuis l’enfance** Oui □ Non, si oui, préciser :

**Le patient multiplie-t-il les activités (de loisir, sportives ou professionnelle) au point d’évoquer une hyperactivité ?** □ Oui □ Non, si oui, préciser :

**Le patient rapporte-t-il une plainte liée à la motricité globale ou fine ?** □ Oui □ Non, si oui, préciser :

**Autres difficultés en faveur d’un trouble du neurodéveloppement observées :**

**Vous questionnez vous sur d’éventuels diagnostics différentiel en dehors d’un trouble du neurodéveloppement ?** □ Oui □ Non, si oui, préciser :

#### QUESTIONS RELATIVES A L’EVALUATION

**Un parent ou une autre personne ayant bien connu la personne dans l’enfance pourra-t-il l’accompagner ?** □ Oui □ Non

**Disposez-vous de comptes rendus d’évaluation ou de prise en charge réalisées dans l’enfance ?**

□ Oui □ Non, si oui, précisez :

**Disposez-vous de comptes rendus d’évaluation ou de prise en charge réalisées à l’âge adulte ?**

□ Oui □ Non, si oui, précisez :

Merci de bien vouloir Joindre à la demande tous les bilans (orthophonie psychomotricité QI) déjà réalisés ou tout document pouvant indiquer certains éléments cliniques et comportementaux de l’enfance (bulletins annotés, observation des enseignants ou autre)

**Pour les personnes pour lesquelles vous vous posez la question d’un trouble du spectre de l’autisme, merci de compléter les pages suivantes.**

**RAPPEL CRITERES 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.*

**Le critère A1 vous semble-t-il présent ?** □ Oui □ Non, si oui, décrire les signes rapportés (actuel/dans l’enfance) et/ou observés

*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.*

**Le critère A2 vous semble-t-il présent ?** □ Oui □ Non, si oui, décrire les signes rapportés (actuel/dans l’enfance) et/ou observés

*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.*

**Le critère A3 vous semble-t-il présent ?** □ Oui □ Non, si oui, décrire les signes rapportés (actuel/dans l’enfance) et/ou observés

***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).*

**Le critère B1 vous semble-t-il présent ?** □ Oui □ Non, si oui, décrire les signes rapportés (actuel/dans l’enfance) et/ou observés

*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).*

**Le critère B2 vous semble-t-il présent ?** □ Oui □ Non, si oui, décrire les signes rapportés (actuel/dans l’enfance) et/ou observés

*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).*

**Le critère B3 vous semble-t-il présent ?** □ Oui □ Non, si oui, décrire les signes rapportés (actuel/dans l’enfance) et/ou observés

*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).*

**Le critère B4 vous semble-t-il présent ?** □ Oui □ Non, si oui, décrire les signes rapportés (actuel/dans l’enfance) et/ou observés

***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).***

**Le critère C vous semble-t-il présent ?** □ Oui □ Non

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

**Le critère D vous semble-t-il présent ?** □ Oui □ Non

Si oui, quel est le retentissement des symptômes ?

***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 le 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 de développement général.*

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://autismmentalstatusexam.com/>

**Autism Mental Status Exam (AMSE)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **0** | **1** | **2** |
| **Echange visuel** | □ Supérieur ou égal à 3 s | □ Furtif | □ Aucun |
| **Intérêt pour autrui**  | □ Initie l’interaction avec l’examinateur | □ Répond aux sollicitations seulement  | □ Pas d’intérêt  |
| **Capacités à pointer**  | □ Peut pointer/désigner un objet d’un geste  | □ Répond au pointer  | □ Aucune  |
| **Langage**  | □ Peut parler d’un autre moment ou lieu  | □ Mots isolés□ Associations de mots (moins de 3 mots) □ Phrases simples | □ Non verbal |
| □ Problèmes d’articulation |
| **Pragmatique du langage** (tours de parole, intonation) | □ Non altérée | □ Altérée (rapporté) | □ Altérée (observé) |
| **Comportements répétitifs/stéréotypés**  | □ Aucun | □ S’attache à des routines □ Comportements de type compulsif | □ Stéréotypie motrice ou vocale□ Echolalie □ Discours stéréotypé  |
| **Préoccupations envahissantes ou inhabituelles**  | □ Aucune | □ Rapportées  | □ Observées |
| **Particularités sensorielles**  | □ Aucune | □ Rapportées : □ Sensibilité exagérée  □ Tolérance élevée à la douleur | □ Observées : □ Sensibilité exagérée  □ 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

**De façon générale, des formations de sensibilisation aux TSA pour les psychiatres vont être organisées prochainement, en collaboration avec le Centre Ressource Ile de France (CRAIF). Êtes-vous intéressé ?** □ Oui □ Non

***A remplir par la personne demandant un bilan /sa famille***

***FACULTATIF***

#### CIRCONSTANCES de la demande de bilan

**Qui est à l’initiative du bilan ?**

**Si vous ou vos proches êtes à l’initiative du bilan, Pouvez-vous résumer les signes qui vous font vous poser la question d’un trouble du neurodéveloppement (Trouble du spectre de l’autisme, TDAH, trouble du langage, trouble du développement intellectuel)**

**Y’a-t-il des difficultés d’autonomie, d’insertion professionnel ou un autre handicap nécessitant un accompagnement de type MDPH ?**

#### SITUATION Sociale

**Situation familiale :**

**Emploi :** □ Oui □ Non, si oui, préciser :

**Etudes en cours :** □ Oui □ Non, si oui, préciser :

Si oui, existence d’un tiers-temps ? □ Oui □ Non, si oui, préciser dates:

**Mesure de protection :** □ Oui □ Non, si oui, préciser :

**Dossier MDPH :** □ Oui □ En cours □ Envisagé □ Non

**Notifications MDPH existantes** □ AAH □ RQTH □ accompagnement à l’emploi □ FAM/MAS

□ ESAT □ aménagement des études

**Accueil par un service ou un établissement médico-social :**

□ Oui □ Non, si oui, préciser (actuel ou passé, dates)

#### suiviS ACTUELS ET PASSES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nom, coordonnées | Période | Précisions éventuelles |
| Médecin généraliste |  | Actuel seulement  |  |
| Psychiatre |  |  |  |
| Psychologue |  |  |  |
| Neurologue |  |  |  |
| Psychomotricien |  |  |  |
| Educateur |  |  |  |
| Généticien |  |  |  |
| Orthophoniste  |  |  |  |
| Autre (préciser) |  |  |  |
| Autre (préciser) |  |  |  |

#### QUESTIONS RELATIVES A L’EVALUATION

**Un parent ou une autre personne vous ayant bien connu dans l’enfance pourra-il vous accompagner ?** □ Oui □ Non

**Disposez-vous de comptes rendus d’évaluation ou de prise en charge réalisées dans l’enfance ?** □ Oui □ Non, si oui, précisez :

**Disposez-vous de comptes rendus d’évaluation ou de prise en charge réalisées à l’âge adulte ?** □ Oui □ Non, si oui, précisez :

***Merci de bien vouloir Joindre à la demande tous les bilans (orthophonie psychomotricité QI) déjà réalisés ou tout document pouvant indiquer certains éléments cliniques et comportementaux de l’enfance (bulletins annotés, observation des enseignants ou autre)***