

## **Rapport du groupe pluridisciplinaire de réflexion sur les principes d'accompagnement des enfants et adolescents souffrant d'autisme ou de TED dans les établissements et services de l'APEI de Douaisis (Pôle Enfance).**

### **1. Présentation.**

Au cours des dernières années, les personnes autistes ou présentant un autre trouble envahissant du développement ont fait l'objet d'une attention accrue de la part des pouvoirs publics. Dans notre association, cela a permis la création de services disposant d'un taux d'encadrement renforcé (Emergences, SESSAD « Le Chemin »). Mais l'APEI du Douaisis n'a pas attendu la création de ces « places dédiées » pour accueillir des personnes souffrant d'autisme ou de troubles envahissants du développement. Sans renier ce que notre culture professionnelle médico-sociale doit à la psychothérapie institutionnelle, cet accueil s'est développé au fil des années de façon pragmatique et ouverte sur d'autres références, en lien avec le secteur de pédopsychiatrie et l'Education nationale. Les textes législatifs ou réglementaires, les recommandations de bonnes pratiques et les avis des autorités de tutelle ne remettaient pas en cause cette approche multiréférentielle et partenariale, bien au contraire (voir par exemple l'avis unanime du CROSMS lors de la présentation du dossier du SESSAD « Le Chemin »).

La recommandation de bonne pratique professionnelle publiée conjointement par la HAS et l'ANESM le 8 mars 2012 dernier<sup>1</sup>, ou plus exactement les commentaires qui l'ont accompagnée, a pu apparaître de ce point de vue comme une rupture. En effet, ce texte a été présenté comme un texte de préconisations mais aussi comme un texte de condamnation ou d'exclusion. Or le Projet associatif de l'APEI du Douaisis et le Projet stratégique du Pôle Enfance appellent précisément à résister à la tentation de l'exclusive et des réponses formatées. Nous ne pouvions donc pas ignorer ces débats.

A la demande de Mme KOPITSCH, directrice du Pôle Enfance, un groupe de réflexion pluridisciplinaire composé de professionnels exerçant dans différents établissements du Pôle Enfance<sup>2</sup> s'est réuni afin, d'une part, de préciser les principes ou les jalons qui nous sont communs dans notre travail auprès des personnes autistes ou souffrant de TED et, d'autre part, de confronter ces principes communs à une lecture attentive des recommandations de bonnes pratiques, avec en toile de fond la question de leur compatibilité. Il ne s'agissait par contre en aucun cas de proposer un cadre contraignant ou figé. Le texte présenté ci-dessous est le résultat des travaux du groupe de réflexion.

---

<sup>1</sup> « Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent », HAS / ANESM, mars 2012.

<sup>2</sup> Voir composition du groupe de réflexion en annexe.

## 2. Dimension clinique.

### *De quoi parle-t-on ?*

Il serait illusoire de vouloir faire en quelques lignes l'histoire de l'autisme et des troubles envahissants du développement<sup>3</sup>. Mais pour savoir de quoi on parle, il est importe de se référer à des définitions précises, tout en sachant que les définitions et les classifications évoluent parce que les connaissances elles-mêmes évoluent. Les professionnels doivent donc avoir le souci de la formation continue et du toilettage régulier de leurs certitudes. A cet égard, l'état des connaissances actuelles publié en 2010 par la HAS<sup>4</sup> constitue un document de référence auquel les membres du groupe de réflexion souscrivent sans réserve. Nous renvoyons donc à ce document pour les définitions de l'autisme et des TED prises en compte dans notre travail.

Pour les diagnostics, il est recommandé aujourd'hui de se référer à la classification internationale des maladies (CIM 10). Pour autant, la classification française des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent (CFTMEA) n'est pas invalidée dans la mesure où des correspondances sont possibles avec la CIM. Ainsi, même si certains la contestent, la compatibilité des classifications est reconnue. Derrière l'affirmation de la compatibilité des classifications, c'est plus globalement la possibilité du dialogue interdisciplinaire et du croisement des regards qui est affirmée. Dans notre région par exemple, la coopération entre le Pr. Vallée, neuropédiatre, et le Pr. Delion, pédopsychiatre, démontre la richesse de cette approche multifrérentielle<sup>5</sup>.

Il nous semble également important de relever la complexité et l'intrication des facteurs qui entrent en jeu lorsqu'on se préoccupe de l'autisme et des troubles envahissants du développement. Cette complexité interdit tout réductionnisme. Les professionnels doivent au contraire accepter de se confronter à la complexité. Aujourd'hui, on sait par exemple que l'étiologie de l'autisme doit être envisagée selon un modèle multifactoriel. Par ailleurs, les diagnostics doivent être envisagés dans une dimension évolutive et si nous souscrivons à l'importance des diagnostics précoces, nous sommes également soucieux de ne pas enfermer l'enfant dans un diagnostic. Ceci est particulièrement sensible pour les enfants dont le diagnostic est tangent ou complexe (question des TED « non spécifiés » ou des formes liminaires). Ainsi le diagnostic symptomatique doit toujours être complété et mis en perspective avec un diagnostic d'évaluation régulièrement questionné.

---

<sup>3</sup> Cette histoire a été faite de façon magistrale par Jacques HOCHMANN : « Histoire de l'autisme : de l'enfant sauvage aux troubles envahissants du développement », éd. Odile Jacob, 2009.

<sup>4</sup> « Autisme et autres troubles envahissants du développement : état des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale », Haute Autorité de Santé

<sup>5</sup> Voir par exemple la présentation qu'ils en ont faite lors de la journée régionale de l'autisme le 2 octobre 2012 à Roubaix.

Enfin, l'une des hypothèses qui nous semblent particulièrement fécondes pour penser nos pratiques est celle du *continuum* dans le fonctionnement cognitif. Le fonctionnement autistique résulte très probablement, on le sait aujourd'hui, d'un « défaut d'équipement de base » qui altère les interactions de l'enfant avec son environnement. L'hypothèse d'un processus défensif autistique<sup>6</sup> qui empêche le déploiement des potentialités de l'enfant peut donc être articulée aux avancées récentes des neurosciences. Nous entendons par « potentialités », non seulement les capacités cognitives, mais aussi les capacités relationnelles, les capacités du lien à l'autre et du vivre ensemble, les capacités de perception par l'enfant de son corps unifié et de perception du monde comme extériorité.

### ***De qui parle-t-on ? Auprès de qui travaillons-nous ? Pour quoi faire ?***

Cela étant, dans notre pratique quotidienne, ce ne sont pas des concepts que nous accueillons, mais des enfants et des adolescents singuliers, tous différents les uns des autres. Nous ne rencontrons jamais l'autisme abstrait ni même l'« autiste moyen », mais des enfants, des adolescents et des jeunes adultes souffrant d'autisme ou de troubles envahissants du développement. Ce que nous constatons alors, c'est l'extrême diversité des formes cliniques, des profils, des parcours, des histoires de vie et, nous revendiquons ce terme, des vécus subjectifs. Evoquer la subjectivité, c'est reconnaître que, quelle que soit la sévérité du trouble, l'enfant, l'adolescent ou le jeune adulte auprès de qui nous travaillons doit être reconnu comme sujet de droit et donc reconnu de droit comme sujet. Même si elle est altérée du fait du trouble, et *a fortiori* parce qu'elle l'est, la construction de la subjectivité doit être soutenue. L'argumentaire scientifique de la recommandation de bonne pratique professionnelle de mars 2012 identifie d'ailleurs clairement cette visée comme relevant de la dimension thérapeutique des interventions, plus précisément des soins psychiques : « *les soins psychiques visent à la construction de la subjectivité. Le but est de permettre à l'enfant de décoder ses émotions pour arriver à penser et à construire des formes stables de représentations de soi et du monde. Ces soins prennent en compte la souffrance psychique* »<sup>7</sup>.

Cette définition du soin psychique, qui est déclinée en tant qu'étayage du « savoir-être » dans les orientations du Pôle Enfance, permet d'ailleurs d'entrevoir des articulations très fructueuses avec les approches cognitives. En effet, un apprentissage authentique ne peut être réduit à son aspect comportemental. Dans les apprentissages, il s'agit aussi de construire des formes de représentation et de les articuler entre elles. Et l'on sait aujourd'hui que c'est précisément l'une des difficultés cognitives majeures des personnes souffrant d'autisme. Enfin, cette définition ouvre également sur des articulations également fructueuses avec la dimension éducative qui est déclinée dans le Projet stratégique du Pôle Enfance comme « savoir faire »

<sup>6</sup> Nous faisons référence ici aux travaux de Margaret MAHLER.

<sup>7</sup> Argumentaire scientifique de la recommandation de bonne pratique professionnelle « Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent », p.79, HAS / ANESM, mars 2012

(utiliser ce que l'on sait) et « savoir vivre » (avec les autres). On touche ici à la question de l'intersubjectivité et à la question du lien, qui doit être entendue dans le sens de la relation à l'autre, mais aussi dans le sens cognitif de la capacité à mettre en lien ses représentations<sup>8</sup>. L'évolution des enfants et des adolescents que nous accueillons va donc dépendre du degré d'altération de ces processus fondamentaux et de notre capacité à les soutenir. La variabilité interindividuelle et la variabilité des parcours d'évolution est très importante.

Nous constatons également l'évolutivité des diagnostics, notamment lorsqu'on évoque les TED non spécifiés. Cela signifie que même si nos établissements ne sont pas repérés comme centres de diagnostic, nous avons à nous préoccuper de l'actualisation régulière des diagnostics et nous devons donc avoir la maîtrise d'un certain nombre d'outils labellisés et standardisés d'appui au diagnostic. Dans cette démarche, le repérage des comorbidités est essentiel. Une des réalités de l'autisme que nous observons est notamment la dimension déficitaire.

La prise en compte de la singularité de chaque enfant ou adolescent accueilli appelle des modalités d'accompagnement personnalisées. L'élaboration du projet d'accompagnement, doit donc s'appuyer sur une évaluation qualitative de l'évolution du sujet, des observations précises, des réévaluations régulières, des réajustements. Dans ce processus d'évaluation au service du projet, la réunion de synthèse tient une place prépondérante pour évaluer la pertinence et l'efficacité de nos pratiques. Là encore, le recours à des outils standardisés peut appuyer l'évaluation. Et l'évaluation au sens clinique du terme<sup>9</sup> doit toujours être articulée à une évaluation qualitative de nos interventions : évaluation de la pertinence et de l'efficacité des actions mises en œuvre.

Comme l'a indiqué la recommandation de bonne pratique professionnelle de mars 2012, nous devons avoir le souci de décliner les projets individualisés en objectifs à long terme et moyen terme, mais aussi objectifs à court terme évaluable. Nous devons également veiller à mettre en œuvre des plannings équilibrés avec un rythme articulant des temps formels d'apprentissage ou de sollicitations et des temps permettant le jeu et l'expression de la dynamique du sujet : équilibre à trouver entre la sous-stimulation qui éteint et la sur-stimulation qui étouffe (sous-stimulation qui risque d'abandonner l'enfant dans un laisser-tomber préjudiciable et sur-stimulation normative qui rabat la singularité).

L'une des constantes qui se dégagent de nos pratiques est la place fondamentale qu'il convient de donner aux expériences sensori-motrices sur lesquelles se construit le développement de l'enfant. Plus globalement, c'est la dimension du corps et de la pulsion qu'il convient de ne pas

---

<sup>8</sup> D'où la nécessité de mettre en œuvre une pédagogie du lien. Voir « Autisme : l'accès aux apprentissages: Pour une pédagogie du lien », Anne-Yvonne LENFANT et Catherine LEROY, éd. Dunod, 2011.

<sup>9</sup> Il faudrait développer la notion d'évaluation clinique. Nous utilisons ce terme dans le sens de « donner de la valeur ». Evaluer ne signifie donc pas toujours « chiffrer » et « quantifier ». Au sein du dispositif mis en place, certains objectifs sont quantifiables, mais tous les aspects du dispositif ne peuvent pas l'être. Comment quantifier le soin psychique et l'étayage de la subjectivité par exemple ?

oublier. Les pratiques peuvent différer d'un service à l'autre en fonction des niveaux de développement ou de l'âge des jeunes accueillis : utilisation de la salle Snoezelen en tant qu'espace contenant et facilitateur, groupe d'équithérapie, médiations sur la question de la puberté, etc... Dans l'éventail des réponses que pourrions proposer, nous incluons également le packing, en tenant compte des réserves formulées à ce sujet dans la recommandation de mars 2012, autrement dit, dans les limites très strictes du protocole expérimental qui encadre aujourd'hui cette pratique.

Notre pratique quotidienne montre également que cette attention portée au développement sensori-moteur et à l'expression de la subjectivité peut, et doit, être articulée avec des objectifs d'ordre comportemental, éducatif et cognitif. En effet, il n'y aurait aucun sens à parler de la sensorimotricité comme base du développement si on négligeait dans le même temps les élaborations psychiques ou cognitives que la sensorimotricité est précisément censée sous-tendre.

### ***Quelles relations avec les familles ?***

Conformément aux orientations associatives, au Projet stratégique du Pôle Enfance, et aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles qui traitent de cette question, le partenariat avec les parents et les familles doit toujours être recherché. Les projets d'accompagnement mis en œuvre dans nos établissements ne sont pas simplement construits par les professionnels mais co-construits avec les parents. Dans la recherche de cette dynamique chacun parle de sa place et voit l'enfant de sa place.

Mais si elle est toujours recherchée, cette dynamique de co-construction n'est pas toujours acquise. Nous travaillons parfois *de facto* auprès d'enfants ou d'adolescents pour qui le lien avec les familles est très distendu, voire rompu. Il y a parfois aussi des demandes de répit ou des parents épuisés. Et nous devons alors entendre cet épuisement résultant d'une vie quotidienne envahie par le trouble de l'enfant. Par ailleurs, le risque est réel de s'installer dans le clivage entre l'institution et la famille. On en arrive parfois à un fonctionnement où l'institution ne demande plus rien aux parents (comme si la Mère-Institution toute puissante allait s'occuper de tout). C'est pourquoi il est important de rappeler que l'implication des parents, voire des familles au sens large, est essentielle.

Nous reprenons ici à notre compte les principes généraux de la psycho-éducation en référence aux consensus mondiaux sur les modèles d'intervention dits « intégrés » ou « intégratifs » (NB : ces modèles d'intervention ne sont pas limités au domaine de l'autisme). Or dans un modèle intégratif, on ne peut pas ne pas associer l'environnement. Il y a certes ici une dimension de guidance ou de « soutenance », mais aussi une dimension de co-intervention, de partage et de transmission réciproque : parents et professionnels ont à apprendre les uns des autres.

### ***Pluridisciplinarité, transdisciplinarité***

Nos établissements et services sont souvent présentés comme devant mettre en œuvre un projet global pour l'utilisateur. Ce souci de globalité est indissociable d'une conception

pluridisciplinaire de nos interventions. Mais cette pluralité des disciplines, qui est aussi une pluralité des formations et des références théoriques, ne peut pas être une simple juxtaposition de regards, d'analyses et de prestations, même s'il est important que les champs de compétences des uns et des autres soient bien repérés et bien définis. Ceci est particulièrement important dans le travail avec des enfants, adolescents ou jeunes adultes souffrant d'autisme ou de TED dans la mesure où ces jeunes sont en grande difficulté dans la prévisibilité des environnements (d'où l'importance des repères clairs) et la représentation des liens (d'où l'importance des coordinations et des articulations).

Comme le disent fort justement Anne-Yvonne LENFANT et Catherine LEROY : « *puisque'ils n'arrivent pas à faire du lien, c'est à nous de le faire pour eux* ». Les équipes qui travaillent auprès de personnes autistes ou souffrant de TED doivent donc, peut-être plus que d'autres, être ouvertes à d'authentiques confrontations de points de vue et à la construction de transversalités opérantes dans l'accompagnement du sujet. Cet accompagnement est forcément un accompagnement sur mesure, et inventé au fur et à mesure. En utilisant une métaphore musicale, nous pourrions dire que l'accompagnement doit être très structuré mais jamais figé ni totalement écrit à l'avance. La créativité et la réactivité dans l'accompagnement sont fondamentales. Et il y a donc forcément quelque chose de « baroque » dans cette conception de l'accompagnement<sup>10</sup>.

Rechercher des transversalités opérantes ne signifie pas « chercher à articuler tout et tout le temps ». Au contraire il est important de bien différencier les champs pédagogique, éducatif et thérapeutique. Il nous semble ici que les dimensions pédagogique, éducative et thérapeutique telles qu'elles sont présentées dans les documents associatifs, peuvent être complétées sans contradiction par les définitions que l'on trouve dans l'argumentaire scientifique de la recommandation de bonne pratique professionnelle de mars 2012. Les trois dimensions doivent en tout cas être présentes :

*« dimension pédagogique : cette dimension comprend l'ensemble des apprentissages scolaires et préprofessionnels quelle que soient les modalités de scolarisation retenues ; son objectif est de développer des compétences sociales et d'acquérir des apprentissages et savoirs fondamentaux ;*

*dimension éducative : le but est de permettre à l'enfant de construire sa relation à l'autre en lui permettant d'apprendre, de recevoir, d'exprimer et de généraliser ces acquisitions dans différentes situations de la vie ordinaire ;*

*dimension thérapeutique :*

*- soins psychiques : les soins psychiques comprennent les soins neuropsychologiques et psychothérapeutiques. Les soins psychiques visent à la construction de la subjectivité. Le but est de permettre à l'enfant de décoder ses émotions pour arriver à penser et à construire des formes*

---

<sup>10</sup> Dans la métaphore développée ici, nous voulons mettre en exergue l'attention portée à l'enfant accompagné. Même si certaines médiations sont très dirigées et très structurées, c'est quand même le rythme de l'enfant qui donne le tempo. En ce sens les professionnels l'accompagne comme on accompagne un aria : l'accompagnement soutient et met en valeur, mais n'écrase pas. Et dans la musique baroque, la partition de cet accompagnement est indicative. La marge de créativité et de réactivité est importante.

*stables de représentations de soi et du monde. Ces soins prennent en compte la souffrance psychique,*

- *soins rééducatifs : ces soins visent l'amélioration d'une fonction précise dans un domaine particulier (ex. : domaine du langage, domaine cognitif, domaine du comportement, etc.),*
- *soins somatiques : ces soins visent à prévenir, traiter ou réduire les symptômes somatiques éventuellement associés. »*

Dans la coordination des interventions, la réunion de synthèse, ainsi que les rencontres avec les parents, sont des temps d'élaboration incontournables. Matériellement, les projets individualisés d'accompagnement, les comptes-rendus de synthèses, les comptes-rendus d'entretiens constituent la trace et l'archive de cette élaboration conjointe. Le croisement des regards peut donc être entendu comme croisement des fils, autrement dit comme tissage, ce qui étymologiquement renvoie aussi à la production d'un texte et à une visée narrative. Par ce maillage, l'institution supplée à la dimension symbolique défaillante. Et *in fine*, il s'agit bien de faire en sorte que la personne puisse faire des liens, « nouer les fils », s'approprier son histoire.

### ***Le réseau : inscription territoriale de nos établissements et ancrage environnemental de la clinique***

Nous l'avons dit, promouvoir un modèle intégratif d'intervention c'est aussi avoir le souci de l'inscription sociale du sujet dans son environnement. S'agissant d'enfant et d'adolescent cette inscription sociale se joue nécessairement sur un plan scolaire : quelle forme de scolarisation peut-on authentiquement viser ou soutenir ? pour quelle formation ? pour quelle insertion sociale ?

Dans une phase de diagnostic et d'évaluation, il s'agit de développer une véritable analyse situationnelle des répercussions du trouble autistique ou du trouble envahissant du développement sur la qualité de l'insertion sociale. Au niveau des interventions et des projets d'accompagnement, il s'agit de se préoccuper de la généralisation et du transfert des acquisitions ou des « bénéfiques » des interventions en dehors du cadre des séances. Car dans l'autisme et les TED, cette généralisation ne va jamais de soi.

C'est pourquoi l'inscription territoriale de nos établissements n'est pas suffisante. Elle est nécessaire dans la mesure où le soutien de l'inclusion scolaire et/ou de l'insertion sociale passe par un travail de partenariat. Elle est nécessaire également dans une perspective de continuité de parcours (beaucoup des enfants que nous accueillons ont bénéficié de soins dans le secteur sanitaire ou médico-social avant leur orientation, ont été scolarisés avec plus ou moins de difficultés, ont été accueillis avec plus ou moins de difficultés en halte-garderie, etc...). Mais au-delà de ce travail de partenariat et de réseau, l'inscription territoriale de nos établissements doit permettre de développer une clinique elle-même ancrée dans l'environnement du sujet. Faute de quoi, on risque de passer totalement à côté de l'analyse situationnelle, à côté de la réalité vécue par les enfants, adolescents et jeunes adultes auprès de qui nous travaillons et à côté du vécu des familles.

### 3. Dimension institutionnelle.

Affirmer une approche fondée sur la transdisciplinarité et le croisement des regards suppose de s'interroger sur les conditions minimales à réunir au plan institutionnel pour que son cadre fasse office de suppléance maillée à la dimension symbolique.

Conditions éthiques : refusant toute vision réductrice, le modèle intégratif auquel nous nous référons est pleinement en accord avec la Charte éthique du Pôle Enfance. Celle-ci rappelle notamment que « *l'éthique n'est pas un discours figé mais une démarche de recherche relative à une pratique sans cesse élaborée, réinventée et renouvelée* » et que « *la pratique se construit par un collectif pluridisciplinaire en référence à des concepts rigoureux et clairement définis* ».

Conditions déontologiques : en tant que professionnels assurant une mission d'intérêt général, nous sommes collectivement tenus à un devoir d'exigence qualitative sur notre propre travail. En particulier, nous devons fonder notre approche sur des connaissances actualisées, dans tous les champs disciplinaires pertinents, et ne pas faire abstraction des données essentielles de la science. En particulier, l'ouverture aux neurosciences et aux sciences cognitives aujourd'hui est incontournable.

Conditions praxéologiques : les exigences éthiques et déontologiques sont complémentaires et convergentes. Elles indiquent que les pratiques collectives et individuelles doivent être non pas simplement des pratiques agies, mais tendre vers des pratiques pensées, autrement dit vers la *praxis*. L'organisation ne doit pas donc étouffer la pensée mais être conçue comme un praticable qui permet le développement d'une clinique ouverte et de transdisciplinarités cohérentes. Il s'agit donc tout d'abord de veiller au sens de la mission et de prévenir la dépression institutionnelle. Cela suppose d'élaborer collectivement les objectifs des projets mis en œuvre par le collectif (importance de la réunion de synthèse et de l'animation de la synthèse). Mais cela suppose aussi des espaces et des temps d'analyse institutionnelle, d'analyse des pratiques et de supervision. Nous assumons donc ici totalement l'apport de la psychothérapie institutionnelle d'inspiration psychanalytique. Il ne s'agit nullement de fonder toutes nos interventions exclusivement sur cette approche, mais de reconnaître et de travailler le fait mental en tant que tel, avec notamment l'analyse des transferts et des contre-transferts dans l'institution. Car, qu'on le veuille ou non, la parole et la subjectivité des professionnels sont forcément engagées dans la pratique.

Enfin, un autre aspect essentiel de la dimension institutionnelle tient aux formations : le professionnalisme requis pour développer une transdisciplinarité cohérente suppose des formations régulières et coordonnées.

### 4. Conclusion.

Les principes généraux qui viennent d'être énoncés sont issus de notre pratique, d'une prise en compte de l'état actuel des connaissances relatives à l'autisme et autres TED et d'une lecture attentive des recommandations de bonnes pratiques les plus récentes. Nous tenons à pouvoir le faire d'une façon qui légitime les articulations et les transversalités, comme certains de leurs rédacteurs



encouragent d'ailleurs à le faire<sup>11</sup>. A l'issue de ce travail, plusieurs points saillants peuvent donc être dégagés en tant que jalons communs pour nos établissements :

- Prendre appui sur un étayage théorique multi-référentiel, cohérent et actualisé mais jamais érigé en dogme figé ou cantonné à une approche exclusive. Autrement dit, il s'agit de fonder nos pratiques sur la synergie des grands modèles théoriques et des connaissances sans cesse renouvelées.
- Développer des approches fondées sur un modèle intégratif, ce qui signifie d'avoir aussi le souci de l'insertion du sujet dans le champ social (s'agissant d'enfants et d'adolescents en âge scolaire, soutenir leur scolarisation).
- Développer une clinique ouverte et ancrée dans l'environnement du sujet.
- Développer avec les parents et les familles une dynamique de co-élaboration.
- Développer une culture de l'analyse et de l'évaluation des pratiques (culture de l'« évidence par les preuves »).

---

<sup>11</sup> Voir intervention du Pr. Claude BURSZTEJN à la journée régionale de l'autisme le 2 octobre 2012 à Roubaix.



S.E.S.S.A.D.  
LE CHEMIN

Annexe : composition du groupe de réflexion.

Dr Helga BOCCOVI, pédopsychiatre, SESSAD « Le Chemin »  
Cynthia BOUTEVILAIN, psychologue, IME de Douai-Dorignies  
Cathy DE GROEVE, éducatrice spécialisée, SESSAD « Le Chemin »  
Monia GALAI, psychologue, IME de Montigny-en-Ostrevent  
Frank LAURE, Chef de service, IME d'Emerchicourt, Service Emergences  
Marion MICHEL, psychologue, SESSAD « Le Chemin »  
Vincent PAMART, directeur pédagogique, SESSAD « Le Chemin », coordonnateur du groupe  
Dr Bruno PEQUIGNOT, pédopsychiatre, IME d'Emerchicourt, Service Emergences  
Céline SALENGROIS, psychomotricienne, IME d'Emerchicourt, Service Emergences  
Claire VINCHON, psychologue, IME d'Emerchicourt, Service Emergences

