

# GUIDE DE L'EXTERNE EN PEDOPSY

Annexe au « Guide de l'externe en service de psychiatrie »



**A**ssociation  
**E**nseignement  
**S**émiologie  
**P**sychiatrique

Réalisé par Dr Nora MILLIEZ, Dr Aesa PARENTI, Dr Sara BAHADORI, Dr Elise RIQUIN, Dr Aude DOUDARD

Externes, te voilà en stage de pédopsychiatrie. **Bienvenue !**

Peut-être as-tu atterri en plein centre de consultation publique (CMP), ou alors dans un service hospitalier ? Tu n'y comprends rien ? Les propos de ton chef de clinique te semblent du charabia ? Tu es perdu car l'orga n'est pas du tout la même qu'un service de somatique ?

C'est normal !

Voici un manuel d'accueil très général, pour te permettre de comprendre les rudiments et de mieux profiter de ton stage. Nous t'invitons à remplir les encadrés ci-dessous pour te permettre d'y voir déjà un peu plus clair.

Bon courage !

**Quelle(s) est/sont la/les mission(s) de mon service ?**

.....

**Qui compose l'équipe ?**

| STATUT ?         | NOM PRÉNOM? | HORAIRES, OÙ, CONTACT |
|------------------|-------------|-----------------------|
| chef de service  |             |                       |
| PH               |             |                       |
| PH               |             |                       |
|                  |             |                       |
|                  |             |                       |
| chef de clinique |             |                       |
| interne          |             |                       |
| interne          |             |                       |
|                  |             |                       |
| psychologue      |             |                       |
|                  |             |                       |
| infirmière       |             |                       |
|                  |             |                       |
|                  |             |                       |
| éducatrice       |             |                       |
|                  |             |                       |
| AS               |             |                       |

## Emploi du temps de mon service

|        | LUNDI | MARDI | MERCUR. | JEUDI | VENDR. |
|--------|-------|-------|---------|-------|--------|
| 9-10h  |       |       |         |       |        |
| 10-11h |       |       |         |       |        |
| 11-12h |       |       |         |       |        |
| 12-13h |       |       |         |       |        |
|        |       |       |         |       |        |

Que se passe-t-il l'après-midi si tu y es à plein temps ? ...

As-tu des cours à suivre dans ton service ? ....

## Les objectifs d'un stage en pédopsychiatrie en général

- comprendre le réseau de soins, l'organisation en France des soins pédopsychiatriques.
- connaître les grandes étapes du développement.
- connaître les diverses principales pathologies en pédopsychiatrie : savoir comment les explorer et les diagnostiquer : => **cf item ECN**
- connaître les grands principes de prise en charge : psychoéducation + psychothérapie individuelle + psychothérapie familiale souvent + médicament si besoin + social si besoin.

## Les objectifs propres à mon stage

Chaque stage a ses particularités. Demande bien à ton chef de clinique et à ta fac les objectifs du stage.

Voici en général ce qu'on attend de vous : *assister aux entretiens médicaux, aux consultations; rédiger les observations; participer ou mener un entretien; faire une/plusieurs présentation(s) clinique(s); savoir poser un diagnostic, savoir proposer une prise en charge; avoir une relation adéquate avec les soignants; avoir une attitude adaptée avec les patients; faire les ECG, ranger les bio; être assidu, ponctuel, participer, avoir le sens des responsabilités....*

| QUELS SONT LES OBJECTIFS DEMANDÉS / QUE JE ME SUIS FIXÉS ? | QUAND L'AI-JE FAIT ? | COMMENTAIRES |
|--|----------------------|--------------|
|  |                      |              |
|  |                      |              |
|  |                      |              |

## Attitude à avoir en stage

Au cours de votre stage, vous serez amenés à participer à des entretiens psychiatriques auprès de patients et de leur famille. Le patient et sa famille étant régulièrement conduit à évoquer des éléments d'intimité ou sources de détresse, votre attitude se doit d'être respectueuse :

- Ecoute attentive
- Implication
- Discrétion et préservation de la confidentialité des entretiens
- Regard positif inconditionnel : sollicitude sans jugement
- Empathie = aptitude du clinicien à « percevoir avec précision le système interne de référence d'autrui, avec les composantes émotionnelles et les significations qui s'y rapportent, comme s'il était cette autre personne, mais sans jamais perdre de vue ce comme si » (C. Rogers)
- Authenticité

Il convient de tenir une bonne distance, ne pas être trop familier ni proche physiquement, notamment avec les adolescents; de même une tenue correcte est de rigueur : pas de mini jupe, de décolletés trop plongeant, de chemise ouverte ...

N'oubliez pas de vous présenter aux familles et aux patients. Portez un badge, pour qu'on puisse vous identifier.

Respectez bien le secret médical.

N'intervenez pas pendant l'entretien médical sauf si cela vous a été proposé avant par le médecin que vous accompagnez.

Posez des questions à vos internes et chef de clinique, soyez ouverts et curieux !

# La pédopsychiatrie en France

## **SECTORISATION**

La sectorisation est de mise également en pédopsychiatrie. C'est donc l'adresse du patient qui conditionne le lieu de consultation dans le service public.

## **TYPES DE PRISE EN CHARGE**

Comme en psychiatrie adulte, les enfants peuvent être :

- suivis en consultation : soit par le pédopsychiatre en privé soit dans le public au sein d'un centre de consultation tel qu'un CMPEA ou un CMPP, ou à la Maison des Adolescents (soins individuels ou groupaux, pour les adolescents 11-16 ans).
- hospitalisés : soit en service d'hospitalisation complète (ils restent dormir sur place dans le service) en urgence ou de façon programmée, soit en unité d'hospitalisation de jour (ils viennent toute la journée dans le service et rentrent chez eux le soir).
- inscrits dans des groupes thérapeutiques sur un CATTP, rattaché au CMPEA : ils ne se rendent dans le service que pour le temps de l'atelier/du groupe.
- pris en charge par les équipes des SESSAD : soins à domicile.
- pris en charge de façon complète dans un ITEP : institut alliant une scolarité aménagée (pour les enfants n'ayant pas de retard mental) et une prise en charge éducative, sociale et psychologique. Les enfants y restent souvent même dormir.
- ou pris en charge dans un IME : institut pour les enfants ayant une déficience mentale.

## **MODALITES DE SOINS**

Les soins pour l'enfant ne sont possibles que s'ils sont autorisés par ses parents. Il n'existe pas d'hospitalisation demandée par un tiers ou d'hospitalisation d'office en pédopsychiatrie (SPDRE, SPDT etc...).

Les hospitalisations sont accordées et signées par les parents ou par son représentant légal; et tant qu'aucun n'est déchu de ses droits parentaux les deux signatures de consentement sont obligatoires, même dans le cas des divorces.

## Les sigles en pédopsy

AEA = Aide Educative et Administrative

AEH = Allocation Enfant Handicapé

AEMO = Aide Educative en Milieu Ouvert

ASE = Aide Sociale à l'Enfance  
AVS = Auxiliaire de Vie Scolaire

CAMSP = Centre d'Action Médico-Sociale Précoce  
CATTP = Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel  
CDAPH = Commission des Droits à l'Autonomie des Personnes Handicapées  
CLIS = Classe pour L'Inclusion Scolaire  
CMPEA = Centre Médico Psychologique pour Enfants et Adolescents  
CMPP = Centre Médico Psycho Pédagogique

EVS = Emploi Vie Scolaire

IME = Institut Médico-Educatif  
IMP = Institut Médico-Pédagogiques  
IMPro = Institut Médico-Professionnel  
IOE = Investigation Orientation Educative  
IP = Information Préoccupante  
ITEP = Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

MDPH = Maison Départementale des Personnes Handicapées  
MECS = Maison d'Enfant à Caractère Sanitaire et Social  
MFR = Maison Familiale et Rurale

OPP = Ordonnance de Placement Provisoire

PAI = Projet d'Accueil Individualisé  
PMI = Protection Maternelle et Infantile  
PPS = Projet Personnalisé de Scolarisation  
PPRE = Programme Personnalisé de Réussite Educative

RASED = Réseau d'Aide Spécialisé aux Elèves en Difficulté

SEGPA = Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté  
SESSAD = Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile

TGI = Tribunal de Grande Instance

ULIS = Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire

...

## L'observation médicale en pédopsychiatrie

**Contexte** actuel bref : âge de l'enfant, vit avec qui, fratrie, enfant scolarisé en...

Préciser si contexte familial ou social particulier : divorce / mode de garde / détenteur de l'autorité parentale / placement / si mesure sociale en cours (AEA, AEMO...).

**Motif** de la consultation/de l'hospitalisation (qui adresse ? pourquoi ? préciser la demande des parents et de l'enfant relative à cette consultation).

**Histoire des troubles, et répercussions** actuelles (personnelles, familiales, sociales, scolaires, somatiques...).

**Antécédents** médico-psychologiques, personnels et familiaux (ne pas oublier de demander les allergies, antécédents d'otites, troubles visuels, de trauma crâniens ...).

Rechercher TS, scarifications, prise de toxiques chez les adolescents et autres conduites à risque (sexuelle, conduite, fugue...et délinquance).

**Suivis anciens** en conséquence et **TTT med ancien**

**Bilans** visuels, audiogrammes et psychométriques déjà réalisés et leur résultats (orthophonie, psychomotricité, ergothérapie, test de QI, d'attention, test de personnalité).

**Histoire périnatale** : conception, grossesse, accouchement.

**Développement précoce** psycho-moteur (sommeil, alimentation, propreté, motricité, langage verbal et non verbal, ouverture sur sa famille et les autres, gain en autonomie, intérêts et jeux).

**Parcours scolaire** (adaptation, capacité à se séparer de ses parents, capacité de socialisation, apprentissages scolaires).

**Activités extra-scolaires** passées.

**Evènements traumatiques** personnels ou familiaux passés possibles (accident, deuil, séparation, témoin de ...).

### **Clinique actuelle :**

- faire décrire sa personnalité, qualités, défauts
- réseau social actuel, rapports avec la fratrie
- capacités scolaires actuelles, difficultés dans des matières spécifiques ? quels aménagements pédagogiques ?
- intérêt et activités extra-scolaires actuelles
- comportement alimentaire actuel
- qualité du sommeil actuelle
- anxieux ? (Anxiété de séparation, phobie sociale, TAG, phobie spé, traits de personnalité)
- des rituels ? un sentiment d'être obligé de faire certains gestes ou de se répéter certaines phrases dans la tête ? (TOC)

- tics ?
- stéréotypies gestuelles, verbales, intérêts restreints, bizzareries du comportement, peu/pas/mauvaises interactions sociales, compréhension humour, 2nd degré, ironie, métaphores? (trouble du spectre autistique)
- agressivité envers autrui/animaux, vol, mensonge, regrets ou pas ? Opposition à l'autorité, aux règles familiales, sociales ? (TOP, TC)
- hyperactivité organisée ? désorganisée ? impulsif ? peu attentif ? (TDA/H)
- moral ? changement brutal ? variations ? (dépression, trouble de régulation de l'humeur)
- comportement discordant, discours bizarre pas adapté à la réalité, sensations corporelles bizarres ? (schizophrénie)
- consommation de toxiques chez l'ado ?
- autres ?

**Suivi actuel** : médical et précisément pédopsychiatrique + suivi psychologique + suivi en ré-éducation (orthophonie, psychomotricité...).

### Traitements actuels

Comportement durant l'entretien, observation clinique

**Conclusion** : résumé, hypothèses diagnostiques, conduite à tenir et propositions thérapeutiques.

## Les traitements en pédopsychiatrie

| CLASSE          | NOM<br>COMMERCIAL | A M M               | DOSAGE    | INDICATION   |
|-----------------|-------------------|---------------------|-----------|--|
| antidépresseurs | anafranil         | 6 ans<br><br>10 ans | 3 mg/kg/j | énurésie<br><br>TOP, attaque de panique, et trouble panique, dépression, algie chronique |
|                 | tofranil          | 6 ans               |           | énurésie   |
|                 | laroxyl           | 6 ans               | 1 mg/kg/j | dépression<br>énurésie   |

| CLASSE         | NOM<br>COMMERCIAL                               | AMM                                | DOSAGE                             | INDICATION  |
|----------------|---|------------------------------------|------------------------------------|---|
|                | prozac  | 8 ans                              |                                    | dépression  |
|                | floxyfral                                       | 8 ans<br>18 ans                    |                                    | TOC<br>dépression   |
|                | deroxat   | 15 ans (affsaps)<br>17 ans (vidal) |                                    | dépression, troubles anxieux  |
|                | zoloft  | 6 ans                              |                                    | dépression, troubles anxieux  |
|                | seropram  | 17 ans                             |                                    | dépression, trouble panique   |
| anxiolytiques  | atarax  | 3 ans (sirop)<br>6 ans (cp)        | 1 mg/kg/j                          | anxiété<br>prémédication  |
|                | rivotril  | 1 ans                              | 0,05 - 0,1 mg/kg/j                 | anxiolyse<br>épilepsie  |
|                | benzodiazépine<br>(xanax, lysanxia, seresta...) | pas d'AMM fixée                    |                                    | anxiolyse   |
| neuroleptiques | risperdal                                       | 5 ans                              | débuter à 0,25 ou 0,5 mg par prise | épisode psychotique bref<br>schizophrénie<br>épisode maniaque dans le trouble bipolaire<br>trouble du comportement; utilisé sédatif anxiolytique également<br>sy. Gilles de la Tourette |

| CLASSE | NOM<br>COMMERCIAL | A M M                       | DOSAGE          | INDICATION   |
|--------|-------------------|-----------------------------|-----------------|--|
|        | abilify           | 15 ans<br><br>13 ans        |                 | épisode psychotique bref<br>schizophrénie<br>accès maniaques modérés à sévères dans un trouble bipolaire |
|        | zyprexa           | 18 ans                      |                 | schizophrénie<br>accès maniaques dans un trouble bipolaire   |
|        | leponex           | 16 ans                      |                 | schizophrénie résistante   |
|        | tercian           | 3 ans (sirop)<br>6 ans (cp) | 1 à 4 mg/kg/j   | troubles grave du comportement   |
|        | nozinan           | 3 ans                       | 0,5 à 2 mg/kg/j | trouble grave du comportement, utilisé comme sédatif anxiolytique également                              |
|        | largactil         | 3 ans                       | 1 à 5 mg/kg/j   | trouble grave du comportement  |
|        | loxapac           | 15 ans                      | 75 à 200 mg/j   | agitation, trouble du comportement, sédatif puissant   |

| CLASSE                               | NOM<br>COMMERCIAL              | A M M                       | DOSAGE             | INDICATION   |
|--------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--------------------|--|
|                                      | tiapridal                      | 3 ans (sirop)<br>6 ans (cp) | 3 à 6 mg/kg/j      | trouble du comportement<br>Gilles de la tourette<br>Chorée de Huntington |
|                                      | haldol                         | 3 ans (gouttes)             | 0,02 à 0,2 mg/kg/j | trouble du comportement<br>Gilles de la tourette<br>Chorée de Huntington |
|                                      | orap                           | 6 ans<br>10 ans             | 0,02 à 0,2 mg/kg/j | trouble du comportement<br>Gilles de la tourette<br>Chorée de Huntington |
| psychostimulants                     | ritaline<br>concerta<br>quasym | 6 ans                       | 1 mg/kg/j          | TDAH   |
| thymorégulateurs<br>antiépileptiques | dépakote                       | 10 ans                      | 20-30 mg/kg/j      | régulation thy-mique   |
|                                      | tégrétol                       | 18 ans                      | 400-1200 mg/kg/j   | régulation thy-mique   |
|                                      | lamictal                       | 18 ans                      |                    | trouble bipolaire  |
| antalgique                           | paracétamol                    | <6 ans si buvable           | 60mg/kg/j          | douleur  |
|                                      |                                | > 6 ans si cp               | ou 15 mg/kg/prise  | fièvre   |

## **ATTENTION - Bilans préthérapeutiques et surveillance particulière - ATTENTION**

Psychostimulant par méthylphénidate (Ritaline...) : *dans les antécédents et à l'examen clinique* : recherche de contre indication + état cardio-vasculaire du patient, pouls, TA, poids, taille, courbe de croissance et IMC + ECG si points d'appel clinique, ECG d'effort/holter cardiaque et écho cardiaque si points d'appel clinique, recherche d'anévrisme si points d'appel clinique.

=> *surveillance* survenue d'effets secondaires, poids, taille et courbe de croissance, pouls, TA, examen clinique cardio-vasculaire +/- ECG... si points d'appel.

Neuroleptiques : *dans les antécédents et à l'examen physique* : état métabolique, pouls, TA, poids, taille, courbe de croissance, IMC + ECG systématique + bilan biologique lipidique (HDL, LDL, cholestérol), triglycérides, glycémie à jeûn.

=> *surveillance* survenue d'effets secondaires, poids, taille, courbe de croissance + ECG + bilan bio lipidique, triglycérides, glycémie à jeûn.

## Frise du développement

### ATTENTION - les acquisitions indispensables - ATTENTION

1 - 4 mois : doit rechercher le contact avec autrui, réagit aux bruits et fixe visuellement.

4-6 mois : se tient assis avec appui.

3 - 8 mois : doit vocaliser.

5 - 10 mois : doit babiller, avoir des échanges gestuels, imiter.

9 - 15 mois : doit montrer de la curiosité vis-à-vis de son environnement, doit pointer (pointage proto-déclaratif), doit comprendre les consignes simples.

12 - 18 mois : premiers mots hormis «papa» et «maman».

1 an 1/2 - 2 ans : doit faire des phrases simples avec 2, 3 mots simplement juxtaposés, doit comprendre plus qu'il ne sait s'exprimer, vocabulaire en expansion.

3 ans, entrée en maternelle : dit «je», sait dire «non», fait des phrases de 3 mots minimum avec syntaxe correctement agencée, s'exprime également avec le langage non-verbal de façon compréhensive; utilise le jeu symbolique; se déguise, sait faire semblant, sait jouer seul. Imité spontanément les gens de son entourage. Est propre. Marche, sait reculer, monte les escaliers une marche à la fois, mange seul avec la cuillère, empile, s'habille et se lave seul, sait sauter, faire rouler une balle. Dessine des gribouillis, sait faire un rond, une croix, à la fin de la PSM sait faire un bonhomme têtard.

6 ans, entrée au CP : sait raconter une histoire, ou sa journée, sait s'adapter en fonction de l'âge de l'interlocuteur et notamment quand celui-ci est plus petit que lui. Théorie de l'esprit acquise. Dessine un vrai bonhomme avec tout le corps. Parle très bien, phrase correctement construites, conjugue, vocabulaire exponentiel. Sait faire du vélo sans les roulettes, saute à la corde.

petit primaire : apprentissage lecture, écriture, calcul. Vocabulaire de plus en plus fin... commence les blagues

grand primaire : sait s'adapter, vocabulaire fin, acquiert petit à petit la compréhension des métaphores, de l'ironie, des proverbes, de l'humour au 2nd degré, l'implicite. Très à l'aise avec le vélo et dans les sports avec un ballon. Autonome pour habillage, hygiène, alimentation.

absolument nécessaire à 2 ans :

réagit au bruit, à son prénom, aux différentes voix et a un mouvement de reconnaissance des gens qu'il connaît

communique avec le langage non verbal (regard, mimique du visage, gestuelle), imite les gestes et les mimiques

attire l'attention, pointe

vocalise -> babillage -> syllabes -> tente de dire des mots, imite des sons

comprend les consignes simple

à retenir : ayez le bilan visuel et auditif quasi systématique s'il n'a pas été fait chez votre patient

## POUR UNE VISION D'ENSEMBLE CLAIRE ...

voici un sympathique tableau résumant le développement :

| Age              | Rythme veille-sommeil   | Alimentation                            | Capacités motrices  | Préhension   | Développement sensoriel   | Développement intellectuel-Adaptation  | Langage   | Sociabilité  | Eléments d'inquiétude  |
|------------------|---|---|---|--|---|--|---|--|--|
| <b>Naissance</b> | Rythme ultradien de 3-4h  | Allaitement exclusif                    | Marche automatique  | Grasping   | Reconnaît la voix de sa mère<br>Ne fait pas la distinction entre bruits et voix<br>Reconnaît l'odeur de sa mère<br>Acuité visuelle à 1/10 | « Hyperexcitable »   | Faciès impassible   | Fixe l'entourage<br>Attentif aux bruits                                | Ne fixe pas l'entourage  |
| <b>1 mois</b>    | Apparition de la périodicité jour/nuit<br>Longue période de veille de 17h à 22h             | Allaitement exclusif                    | Attitudes asymétriques en position dorsale  | Grasping   | Poursuite oculaire brève<br>Reconnaît le visage de sa mère de près  | « Hyperexcitable »   | Faciès impassible<br>Petits sons guturaux                         | Fixe l'entourage<br>Attentif aux bruits                                | Ne fixe pas l'entourage  |
| <b>3 mois</b>    | Meilleur synchronisation jour/nuit<br>Début d'allongement des périodes de sommeil nocturnes | Allaitement exclusif                    | Tient la tête droite avec petits mouvements salutatoires  | Au contact   | Distinction entre bruits et voix<br>Voit précisément les visages<br>Distingue les couleurs  | Explore l'espace par le regard   | « Roucoule », prononce des voyelles                               | Sourire social spontané<br>Regarde ses mains                           | Ne fixe pas l'entourage<br>Pas de sourire social<br>Pas de distinction entre voix et bruits ni entre visage et objets : TSA ?<br>Pas de distinction entre bruits et voix, roucoule peu : surdité ? |
| <b>4 mois</b>    | Meilleur synchronisation jour/nuit<br>Début d'allongement des périodes de sommeil nocturnes | Allaitement exclusif                    | Attitudes symétriques en position dorsale<br>Capable de se retourner quand il est sur le dos<br>En position ventrale : pousse sur ses coudes et | Tente de saisir le hochet<br>Enlève la serviette posée sur sa tête | Poursuite oculaire verticale  | Regarde l'objet placé dans sa main   | Rit bruyamment  | Joue avec ses mains  |  |
|                  |   |   | relève la tête et le thorax   |  |   |  |   |  |  |
| <b>6 mois</b>    | 3 à 4 siestes dans la journée<br>15h de sommeil/24H   | Début de la diversification alimentaire | Tient assis avec un dossier<br>Position « trépied » en l'absence de dossier   | Passe les jouets d'une main à l'autre                              | Sensible aux intonations de la voix<br>Le développement de l'œil est achevé   | Ne cherche pas les cubes cachés  | Cris aigus  | Joue avec ses pieds, les met en bouche<br>Tend les bras pour être pris | Retards précédents + ne tend pas les bras pour être pris : TSA ?   |
| <b>9 mois</b>    | 3 à 4 siestes dans la journée<br>15h de sommeil/24H   | 3 repas par jour + un goûter            | Tient assis seul sans appui<br>Essaie de se mettre debout<br>Rampe  | Combine 2 jouets<br>Pince-supérieure                               | Début de la coordination fine de la vision, aboutissant à la perception de la profondeur.   | Notion d'outil   | Monosyllabes puis bi-syllabes                                     | Echange les jouets avec ses parents                                    | Retards précédents + N'échange pas les jouets avec les parents : TSA ?   |
| <b>12 mois</b>   | 2 siestes dans la journée   | 3 repas par jour + un goûter            | Tient debout seul<br>Marche tenu par la main  | Manipulations plus précises des objets                             | Développement de la coordination fine de la vision aboutissant à la perception de la profondeur.  | Met le cube dans la tasse, jeux d'emboîtement  | 2 autres mots<br>Répond à des phrases simples comme « Donne-moi » | Coopère lorsqu'on l'habille  | Retards précédents + jeux restreints et stéréotypés : TSA ?  |
| <b>15 mois</b>   | 2 siestes dans la journée   | 3 repas par jour + un goûter            | Marche seul en trotinant  | Préhension plus fine<br>Tient sa cuillère                          | Développement de la coordination fine de la vision.   | Met les 6 cubes dans la tasse<br>Tour de 2 cubes<br>Gribouille   | 4-6 mots  | Pointage, attention conjointe<br>Jette les jouets                      | Retards précédents + absence de pointage + absence d'attention conjointe : TSA ?   |
| <b>18 mois</b>   | 1 sieste l'après-midi   | 3 repas par jour + un goûter            | Marche seul<br>S'assied tout seul sur une chaise basse  | Lance une balle sans chuter  | Développement de la coordination fine de la vision<br>Installation de la vision périphérique  | Tour de 3-4 cubes<br>Imite les adultes<br>Sait désigner 2 ou 3 parties de son corps<br>S'intéresse aux livres d'image<br>Comprend les ordres simples | « Non »<br>10 mots<br>Jargon<br>Nomme 1 à 2 dessins               | Début de la propreté diurne<br>Transporte une poupée, l'embrasse       | Retards précédents + absence de développement du vocabulaire : TSA ?   |
| <b>24 mois</b>   | 1 sieste l'après-midi   | 3 repas par jour + un                   | Court<br>Monte et descend   | Tient correctement   | Développement de la coordination fine de  | Tour de 6-7 cubes<br>Recopie un cercle   | Assemble 2-3 mots   | Propre le jour   | Retards précédents + ne  |

| 24 mois | 1 sieste l'après-midi                                   | 3 repas par jour + un goûter                               | Court Monte et descend les escaliers sans alterner les pieds                                | Tient correctement un feutre pour dessiner = prise digitale      | Développement de la coordination fine de la vision aboutit à la perception de la profondeur. Acuité visuelle à 10/10 | Tour de 6-7 cubes Recopie un cercle  | Assemble 2-3 mots  | Propre le jour  | Retards précédents + ne   |
|---------|---|--|---|--|--|--|--|---|---|
|         | 13-14H de sommeil/24H                                   | goûter   | les escaliers sans alterner les pieds   | un feutre pour dessiner = prise digitale                         | la vision aboutit à la perception de la profondeur. Acuité visuelle à 10/10  | Sait désigner 4 à 5 parties de son corps   | Nomme 3 à 5 dessins  |   | recopie pas le cercle, ne désigne pas les parties de son corps, n'assemble pas de mots, ne nomme pas de dessins, n'est pas propre le jour : TSA ? |
| 3 ans   | 1 sieste l'après-midi 12H de sommeil/24H                | 3 repas par jour + un goûter Périodes de refus alimentaire | Se tient sur un pied Monte et descend les escaliers en alternant les pieds Roule à tricycle | Manipulation plus précise d'objets petits                        |  | Imite une maison avec des cubes Recopie une croix Connaît « haut » « bas » « grand » « petit » | « Je » Fais des phrases Dit son nom  | Propre le jour et la nuit Mange seul correctement Met ses chaussures Défait ses boutons | Retards précédents, retard de langage, Pas de « je » : TSA ?  |
| 4 ans   | Disparition progressive de la sieste 12h de sommeil/24H | 3 repas par jour + un goûter Périodes de refus alimentaire | Saute à cloche-pied   |  |  | Recopie un pont Dessine un bonhomme avec 2 à 4 parties (en plus de la tête)                    | Raconte une histoire Connaît son sexe Compare la longueur de 2 lignes Compte 4 pièces      | Va aux toilettes seul Joue avec plusieurs enfants                                       | Retards précédents + absence de bonhomme + ne raconte pas d'histoire, ne connaît pas son sexe : TSA ?   |
| 6 ans   | Pas de sieste Moins de 12H/24H                          | 3 repas par jour + un goûter                               | Saute à pieds joints Saute à la corde   | Enroule un fil autour d'une bobine Coud avec une grosse aiguille |  | Recopie un triangle et un carré Connaît les jours de la semaine Latéralisation acquise         | Nomme 4 couleurs Compare 2 poids Compte 1 à pièces Questions sur la signification des mots | Connaît son adresse   | Retards précédents + intérêts restreints et stéréotypés : TSA ?   |
|         |   |  |   |  |  |  |  |   |   |

L'équipe des pédopsy de l'AESP te souhaite un bon stage !

