

## REAPPRENDRE A OBSERVER

L. GEORGES-JANET

La pédagogie des enfants polyhandicapés est à inventer. S'il existe des progressions éducatives de toutes sortes pour les déficients mentaux, même profonds, et s'il est bon de se rappeler qu'elles existent et qu'elles peuvent étayer les maladroits essais vers l'autonomie que nous proposons aux enfants, les adapter à ceux qui cumulent déficience mentale, épilepsie, difficultés de contact, troubles sensoriels et inconforts somatiques divers, n'est pas simple.

Toutes les échelles, toutes les grilles sont ici en défaut. On cherche donc des ajustements, des études venues d'ailleurs.

Les quelques indications ci-dessous visent à signaler aux équipes éducatives des travaux récents dont beaucoup ont été faits à propos de la période foetale et néo-natale. On peut y trouver un foisonnement d'indications, mais surtout quelques axes d'observation concernant :

- la sensorialité : vision, audition, tact, olfaction, goût, kinesthésie et équilibre,
- la vigilance,
- le mouvement,
- et les interactions des enfants entre eux,

qui, s'ils ne peuvent être transposés tels que, méritent d'être lus pour que nous pensions à "observer" les jeunes et les adultes polyhandicapés et à leur proposer divers modes de stimulation faisant appel à tous les canaux ci-dessus.

Observer, proposer et vivre "avec" n'est pas simple lorsque l'on a la responsabilité des tâches de vie quotidienne et qu'elles prennent à peu près 60 % du temps consacré par le personnel aux enfants. Mais c'est le seul moyen d'éviter la routine et de faire de ces moments de vie quotidienne, des moments enrichissants pour l'enfant et pour l'aide médico-psychologique ou l'éducateur présent.

### A - L'échelle d'évaluation du comportement de Brazelton

L'échelle d'évaluation du comportement de BRAZELTON n'est pas une mesure du développement du nouveau-né mais une tentative d'évaluation chiffrée de sa capacité à réagir devant le monde extérieur.

Elle a servi à comparer des populations entre elles, pourrait servir à comparer le comportement du nourrisson à ses performances ultérieures.

C'est surtout une bonne méthode d'observation.

Elle a dans sa forme complète l'inconvénient d'être très détaillée donc longue et de nécessiter un entraînement de l'observateur - donc n'est pas applicable dans tous les cas. On peut cependant en tirer des éléments intéressants de comportement du nouveau-né. **Les mêmes éléments seraient, peut-être avec des adaptations, à utiliser chez les enfants les plus déficitaires dans un souci d'observation fine.**

Elles comportent plusieurs types de situations proposées (imposées à l'enfant) :

a) **L'observation fine et la notation de ses états de vigilance** - et des changements qui se produisent dans ces états :

- sommeil profond
- sommeil léger
- demi sommeil
- veille calme - yeux ouverts - motricité pauvre
- veille agitée - motricité riche
- pleurs

Au cours d'une période donnée d'observation, l'enfant peut ou non passer par des périodes de vigilance variable. On peut aussi évaluer s'il y a une périodicité des états de vigilance dans la journée. C'est le degré de variabilité de l'état de l'enfant qui est important. Repérer ces états, affiner leur observation pourrait aussi aider chez l'enfant épileptique à repérer les absences ou crises très frustes.

b) **Réaction aux stimuli**

- Les réactions observées sont les suivantes :

- Modification du rythme respiratoire
- Changement d'attitude
- Sursauts
- Cillements des paupières
- Changement d'état de vigilance
- Réaction d'orientation
- Phénomènes vasomoteurs

- Les stimuli utilisables sont :

- Visage de l'examineur
- Objet coloré ou lumineux
- Voix de l'examineur
- Objet sonore
- Association du son et de la voix
- Réaction aux stimuli supposés pénibles comme le déshabillage, l'occlusion des yeux par un drap posé sur la figure etc.

ou à ceux supposés agréables comme le contact de la main, le ton de la voix, la position de câlinage.

Chez le nouveau-né, BRAZELTON attache une grande importance à la diminution de la réaction lorsqu'on répète le stimulus comme si on mesurait là une certaine aptitude de l'enfant à se protéger progressivement de l'extérieur.

c) **Aptitude à "être consolé", avec intervention de l'adulte**

(parole - visage - main sur le thorax ou le ventre - prise dans les bras - bercement)

d) **Aptitude à trouver lui-même des moyens de consolation**

"activité auto-apaisante" comme la succion du pouce, la recherche d'un objet sécurisant - les stéréotypies, le balancement, entrent peut-être dans ce type d'activité.

e) **Sourires**

f) **Gestes défensifs, irritabilité**

Un grand nombre d'autres épreuves sont utilisées par BRAZELTON. Les éléments que nous avons donnés ici sont uniquement ceux qui pourraient être utilisables pour comparer des enfants au niveau très déficitaire au fur et à mesure de l'évolution dans un service ou un établissement.

On pourrait y ajouter :

Les tentatives spontanées de l'enfant vers l'adulte

L'expression du regard

L'excitabilité

Les activités autoérotiques

## B - L'étude des perceptions sensorielles

De très nombreuses études montrent que les afférences sensorielles du milieu sont indispensables au développement normal des connexions nerveuses des aires visuelles cérébrales - ceci est vrai chez l'animal nouveau-né, la souris, le rat, le chaton - et si les fonctions visuelles ont été les plus étudiées, c'est très probablement vrai aussi pour les perceptions auditives. **Autrement dit, si l'enfant ne voit rien, il ne peut pas apprendre à regarder et il devient aveugle.**

Chez l'enfant handicapé, le risque de privation de stimulations sensorielles indispensables est encore plus grand. Il est donc indispensable de prendre en compte une "éducation visuelle" chez tous les enfants, même supposés non amblyopes. Pour cela il faut se placer dans les meilleures conditions, se demander en situation de vie quotidienne, que voit l'enfant, quelle luminosité ambiante lui est imposée, quel niveau de brillance et de complexité de l'image l'intéresse. En effet, sur l'intérêt que va porter l'enfant à un objet ou une image proposée, vont influencer :

- la luminosité ambiante (l'éclairage violent est mal toléré et entraîne la fermeture des yeux en réaction de défense),
- la brillance de l'objet (attention aux reflets qui détournent l'objet de sa signification),
- la complexité de l'image, dont on sait qu'elle a une valeur optimale suivant l'âge (taille du dessin, répétitivité, nuances),
- la distance de l'oeil qui peut obliger à un effet d'accommodation si l'objet est trop près - ou faire perdre toute signification s'il est trop loin,
- la couleur,
- et naturellement, le déplacement de l'objet, qui est le premier stimuli "intéressant" pour l'enfant.

Des expériences précises ont montré l'importance d'un dosage correct des stimulations visuelles (ni trop, ni trop peu) pour avoir le maximum de chances de retenir l'attention, donc d'enrichir les capacités visuelles de l'enfant. Et ceci est indépendant d'une éventuelle correction de défauts visuels repérables, qui sont très fréquents. Ayons donc le courage de nous poser la question : qu'offrons-nous à voir ?

Dans le domaine de l'audition, les mêmes remarques pourraient être faites - la déprivation acoustique entraîne une dégénérescence des structures auditives. Peut-être le même effet peut-il être obtenu par des traumatismes auditifs. On s'est beaucoup interrogé sur l'environnement sonore des prématurés dans les services de réanimation - on pourrait aussi se demander quelle signification peut prendre, dans une unité de vie d'enfants déficients mentaux profonds, la musique ou la parole des intervenants dans un fond bruyant et sonore permanent ?

La stimulation auditive des enfants polyhandicapés commence par l'obtention de zones de silence - dans la mesure du possible - et se poursuit en cherchant des stimulations simples et reconnaissables.

On peut faire les mêmes constatations pour l'enrichissement des expériences tactiles, gustatives, olfactives et vestibulaires (l'équilibration).

N'oublions pas en plus un fait d'expérience bien simple et confirmé en neurophysiologie : deviendront "signifiantes" et recherchées les stimulations sensorielles qui engendrent un certain plaisir - que cette notion risque de fournir une base à des méthodes "comportementales" n'empêche pas de la garder à l'esprit dans les tentatives d'éveil sensoriel du jeune enfant handicapé.

## C - Motricité

Plus de la moitié des enfants déficients mentaux profonds ont des troubles moteurs. Ceux-ci sont parfois mineurs, c'est-à-dire qu'ils n'empêchent pas la marche, mais dans 45 à 50 % des cas ces enfants n'acquièrent jamais une marche autonome.

Réfléchir aux tentatives d'éducation motrice que nous proposons à ces enfants est indispensable et comporte une approche transdisciplinaire où orthopédistes et kinésithérapeutes, psychomotriciens ont leur place, mais où les personnes ayant en charge la vie quotidienne sont directement impliquées - il n'est pas rare que les points de vue s'opposent et s'affrontent. Un retour à quelques considérations triviales est indispensable si l'on veut tenter un rapprochement.

- 1.- Tout enfant, tout adulte a besoin de mouvement pour rechercher un minimum de confort articulaire. Faire bouger, au moins un peu, chaque articulation, chaque segment de membre, est nécessaire tous les jours si handicapé que soit l'enfant. Mobilisation passive et mouvements actifs doivent être ici combinés. Les techniques de décontraction doivent être connues de tous ceux qui ont la vie quotidienne en charge et utilisées dès que c'est possible, au moins aux extrémités.
- 2.- Les forces humaines ont des limites rapidement atteintes quand deux personnes ont en charge un groupe d'enfants, a fortiori d'adolescents, d'adultes polyhandicapés.
  - Donc le minimum d'aide personnelle que peut se donner l'enfant ou l'adolescent est indispensable et doit être sollicité et favorisé quand l'enfant est jeune.
  - D'autre part une certaine formation à l'aide matérielle aux grands handicapés peut aider les personnels à ménager leurs forces.
  - Si habiles cependant que soient les gestes, ils ne peuvent être efficaces à long terme que si l'enfant ou l'adulte handicapé trouve autour de lui assez de personnes pour l'aider. La formation en ce domaine ne peut remplacer l'effectif.
- 3.- On peut sérier de la façon suivante les besoins en activités motrices des enfants polyhandicapés :
  - a) Temps de motricité libre, au sol ou au tapis, aboutissant ou non à un réel déplacement, mais à toujours rechercher dans un cadre motivant :
    - nature du sol,
    - objets environnants,
    - voix de l'adulte, qui apprécie et encourage, repère les situations difficiles ou coincées, intervient si nécessaire.
  - b) Temps de motricité "assistée" : c'est le rôle des aides de marche ou de déplacements de types divers : déambulateurs, flèches, cadres de marche, planches à roulettes ou autres aides "bricolées" par les kinésithérapeutes avec aides médico-psychologiques ou parents. Pour savoir quoi proposer, des essais et erreurs sont souvent nécessaires. Pour utiliser sans danger le matériel proposé, un maximum de vigilance est nécessaire de la part des personnes présentes dans l'unité. Enfin la place disponible et les exigences du groupe sont aussi à prendre en compte.

Ces temps de motricité "assistée" sont spécialement bénéfiques lorsqu'un adulte présent et non un appareil contrôle le déplacement. Ceci doit être possible, même en établissement, pour les déplacements d'une pièce à l'autre lorsque les enfants en sont au stade de la station debout - préserver les chances de déplacement ou de station debout autonome ou aidée est essentiel, surtout entre 6 et 12 ans où une grande part de l'avenir moteur va se jouer, qu'il y ait ou non infirmité motrice cérébrale. A ce stade, renoncer à cette "motricité assistée" dans tous les temps de transition qui rythment la vie quotidienne (passage à table, passage aux toilettes ou aux bains, déplacements pour quelque raison que ce soit) engage gravement l'avenir de l'enfant. C'est peut-être particulièrement vrai pour les enfants hypotoniques à la motricité désorganisée, n'ayant pas d'infirmité motrice cérébrale. Ces enfants sont souvent lointains, on les dit psychotiques ou "peu motivés" pour le déplacement. Si pour autant ils sont laissés au sol dans leurs stéréotypies, leur repliement foetal ou assis le tronc plié, face contre terre entre les jambes écartées, l'avenir de la station debout s'annonce mal pour eux.

Faut-il à l'inverse chercher des méthodes de stimulation intensive, programmées, minutées (exemple ramper 5 fois par jour 3 mètres en augmentant progressivement, en l'espace de 15 semaines jusqu'à 10 m, 10 fois par jour, comme nous l'avons vu proposer ?) - (exemple de la Méthode Doman).

Nous savons l'enthousiasme que de telles méthodes tendent à développer auprès de certaines familles - peut-être y a-t-il dans leur séduction un effet direct de leur rigueur - avoir quelque chose à faire de précis et s'y conformer, c'est éloigner l'angoisse - mais s'y conformer à la lettre c'est sûrement méconnaître la globalité de l'enfant. A l'inverse, attendre un "désir" de marche ou de déplacement bien problématique, c'est renoncer à l'espoir d'une marche, peut-être possible avec plus de stimulation.

Entre ces deux types d'attitudes, se glissent toutes les difficultés personnelles des adultes en face d'enfants lointains et "lourds", et tous les obstacles matériels bien réels de la vie des institutions.

Nous pensons que chercher une stimulation réelle et dirigée par l'adulte, mettant à profit pour la motricité les temps de "passage" de la vie quotidienne est indispensable, que l'enfant soit considéré comme "psychotique" ou non (encore faut-il se méfier de l'abus du terme chez l'enfant polyhandicapé).

- c) Temps "d'installation". Une grande part du temps de l'enfant déficient mental se passe hors de toute approche manuelle de l'adulte - quelle posture chercher ? Comment "installer" l'enfant ?

L'importance de ces installations individualisées s'affirme de jour en jour et s'enrichit d'apports techniques, de nouveaux matériaux. Que cherche-t-on par là ? Les deux grands axes de cette recherche des installations sont le confort et la prévention orthopédique - l'une et l'autre sont parfois contradictoires - en tout cas elles fournissent sujet à

controverses. En effet, remplacer par des moyens matériels les précis ajustements neuro-musculaires qui tiennent la posture et permettent la tenue de tête, la station assise symétrique et la verticalisation, est une quête jamais satisfaite.

Notre propos n'est pas ici de détailler les types de moyens employés et leurs indications - mais d'insister sur le fait que la meilleure installation devient nuisible s'il s'agit d'abandonner un enfant "installé" correctement, assis en position relaxe ou debout, sans profiter de cette position de confort pour communiquer avec l'enfant, lui offrir d'autres spectacles que celui d'un écran de télévision aux images sans signification, à tout le moins lui parler et stimuler son intérêt pour les mini événements du groupe - **l'installation n'est pas tout : elle doit permettre d'être "actif" à la mesure des possibilités de l'enfant**, elle doit aussi avoir ses limites dans le temps et la plupart des enfants gravement poly-handicapés demandent des changements fréquents de position - il est le plus souvent facile de repérer cette fatigue de la station assise ou debout aux mouvements ou à l'expression ou au teint de l'enfant lorsqu'on est vigilant.

Si les changements de position sont alors mis à profit pour un temps même très bref de décontraction, l'enfant en tire bénéfice pour un nouveau moment de motricité libre au sol par exemple. Même chose avant de le mettre au lit le soir si c'est possible.

- d) Enfin temps de rééducation motrice proprement dite, avec l'aide d'un intervenant kinésithérapeute ou psychomotricien suivant le cas.

Ces temps sont indispensables et font appel à des méthodes diverses : il faut bien savoir qu'ils ne représentent dans la vie de l'enfant que des périodes limitées, indispensables pour le repérage et l'utilisation de certains schémas moteurs, et pour une prévention orthopédique, mais que le choix des méthodes, les temps proposés, doivent être bien pensés en fonction des objectifs à atteindre. Par ailleurs si cette rééducation ne se fait pas dans une relation directe avec l'enfant où la parole est aussi importante que le geste technique, la reprise dans la vie quotidienne est illusoire.

Pour ce chapitre de la motricité, une conclusion : sachant que pour chaque enfant le temps de rééducation motrice spécialisée, si important soit-il, ne représente qu'une petite fraction d'une durée quotidienne où les mouvements spontanés ou assistés sont essentiels, nous dirons que le travail de l'éducateur, de l'aide médico-psychologique, de la famille au cours de cette durée, peut faire tirer le bénéfice maximum à l'enfant de la rééducation, augmenter son confort, limiter l'aggravation, rendre possible une autonomie motrice à long terme ou, au contraire, rendre certaines tentatives inopérantes. Pour cela, il faut des personnes en nombre suffisant et une détermination d'équipe.

## D – Comportement et interactions

Que penser de l'approche dite "éthologique" qui vise à repérer des éléments du comportement des enfants (ici des jeunes enfants normaux observés en crèche) à les regrouper en séquences, qui peuvent ou non avoir une signification, et à en noter avec précision la fréquence chez les différents enfants, pris isolément ou en groupe, et à différents âges. Cette méthodologie stricte a donné lieu à de très nombreux travaux dans les dix dernières années - elle n'est sans doute accessible telle quelle qu'à des observateurs non engagés dans une responsabilité au sein du groupe d'enfants.

Elle apporte néanmoins une richesse d'observation. C'est ainsi que l'on note sur un temps donné, divers comportements simples, élémentaires (items de comportement tels que tendre la main, détourner ou fixer le regard, sucer le pouce ou un objet, saisir, jeter, etc.) qui restent isolés ou s'enchaînent entre eux en séquences reconnaissables qui évoquent certains types d'affects : crainte, apaisement, isolement, repli - ou certaines recherches de la part d'un enfant ou visant un enfant : exploration, interaction, attraction, communication avec ou sans vocalises, imitation, menaces, agression.

Il est possible, à partir de ces observations objectives, analysées statistiquement, de repérer chez les enfants des comportements communs et des évolutions qui différencient les sujets les uns des autres, certains privilégiant de plus en plus certains types de comportement au cours de l'évolution; pour quelques-uns on arrive à dégager un profil particulier (passivité, activité) alors que d'autres répartissent leurs attitudes de manière moins tranchée et passent, selon les circonstances, facilement d'un comportement à l'autre.

Les auteurs de ces études en viennent à penser que ces types de comportement constituent comme une sorte de répertoire commun à tous les jeunes enfants, On n'en déduit pas pour autant que ce répertoire soit génétiquement déterminé. On observe seulement les similitudes des items et des séquences dans toutes les ethnies, toutes les races, entre le 6<sup>e</sup> et le 16<sup>e</sup> mois.

Au cours de la 2<sup>e</sup> année, l'analyse de la structure des enchaînements de comportement, surtout en groupes, en interaction avec d'autres, se différencie de plus en plus - comme si l'enfant sélectionnait, dans le répertoire commun, ses attitudes privilégiées; ceci surtout après l'âge de la marche.

Ce deuxième niveau d'organisation des séquences de comportement, qui règle la plupart des interactions entre les enfants d'un groupe, semble fortement influencé par l'environnement, surtout le comportement de la famille à l'égard de l'enfant. Des très nombreuses variables qui ont été étudiées, ce sont les modifications de l'environnement familial qui ont la relation la plus étroite avec l'évolution des profils de comportement du petit enfant entre la 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> année.

L'enfant déficient mental profond, enfant ou adolescent, n'est pas assimilable à un jeune enfant normal. Par définition nous sommes ici devant des dys-harmonies multiples et des conditions sensiblement différentes. Mais la méthode, si elle n'est pas transposable telle que, peut fournir des idées pour mieux



percevoir ce qui se passe dans un groupe d'enfants, et surtout pour réajuster grâce à des faits d'observation, les interprétations permanentes que chacun fait communément au sujet des enfants.

Il s'agit de mieux détailler ce que l'on souhaite observer, de prendre sur de courtes séquences le temps de noter sans interpréter mais en définissant bien les gestes, ce que fait l'enfant et ce qui se passe entre les enfants. De telles observations, répétées sur des intervalles plus ou moins longs, permettraient peut-être de mieux repérer des évolutions et d'éviter les observations réductrices qui notent un seul comportement ou une seule tendance de certains enfants "agressivité" - "automutilation" - "instabilité", etc. et finissent par les figer dans une telle monotonie de comportement, retrouvée et verbalisée par tous, inscrite dans les dossiers, que l'on risque de ne plus repérer d'autres items ou séquences de comportement. Cette réduction de l'enfant au type de comportement verbalisé dans l'institution est fréquente, on y échappe difficilement, mais elle est dangereuse en ce qu'elle induit des réponses de l'adulte à son égard directement inspirées par cette image figée, réponses qui ont donc toutes chances de renforcer le type de comportement généralement admis chez lui.

Peut-être y a-t-il dans l'approche "éthologique" un moyen d'échapper aux idées toutes faites, par la rigueur des notations.

La question est : faut-il, pour réapprendre à observer, se fier à sa propre habitude ou s'aider d'autres travaux qui ont certainement leurs propres défauts mais qui ne sont malgré les apparences probablement pas plus rigides que l'observation de routine.

## Bibliographie

T.B. BRAZELTON

Echelle d'Evaluation du Comportement Néonatal  
Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence  
31 n°2-3 Fév.-Mars 1983. pp. 61-96

Cahiers du Nouveau-Né - N° 5

"L'Aube des Sens"

Ouvrage collectif sous la direction de E. HERBINET et M.C. BUSNEL  
Stock Octobre 1982

A. RESTOIN, D. RODRIGUEZ, V. ULMANN, H. MONTAGNER

Données Nouvelles sur l'ontogénèse des séquences de comportement chez le jeune enfant

Psychiatrie de l'Enfant  
Vol. XXVI. 2. 1983. pp. 539-563

A. BRAUNER, F. BRAUNER

Progressions Educatives pour Handicapés Mentaux  
Nlle Edition. Mai 1983. PUF.

# LES SERVICES MEDICAUX-SOCIAUX ET EDUCATIFS DU C.E.S.A.P. EN 1984

(Docteur Bernard MEYER - Président du C.E.S.A.P.)

M. Claude de DONKER - Directeur Général

Docteur L. GEORGES-JANET - Directeur Médical

## I - LES CONSULTATIONS SPECIALISEES ET LEURS "SERVICES DE SUITE"

Directrice : Mme J. RATINAUD

Adjointe à la Direction : Mlle L. DARRETCHÉ

### LES CONSULTATIONS HOSPITALIERES SPECIALISEES DU C.E.S.A.P.

agrées en tant que C.M.P.P. reçoivent dans les Hôpitaux de Pédiatrie de la région Ile de France, les enfants déficients mentaux âgés de 0 à 20 ans (handicaps associés).

Pour les rendez-vous, s'adresser exclusivement à la DIRECTION DES SERVICES MEDICO-SOCIAUX EDUCATIFS, 38, rue Bobillot, 75013 PARIS - Tél. 588-17-75.

Toutes les consultations ont lieu sur rendez-vous.

### LES SERVICES DE SUITE

L'ensemble des Services de Suite est réservé exclusivement aux enfants suivis dans les Consultations Spécialisées.

Pour tous renseignements concernant les admissions, s'adresser aux Assistantes Sociales des Consultations.

- Action Educative à Domicile
- Séjours Educatifs d'été
- Journées d'Action Educative

Le C.E.S.A.P. organise des Journées d'Action Educative pour les enfants suivis dans les Consultations Spécialisées et le Service d'Action Educative à Domicile.

POUR TOUS RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES CONSULTATIONS ET LES SERVICES DE SUITE,  
s'adresser à la DIRECTION DES SERVICES MEDICO-SOCIAUX ET EDUCATIFS  
38, rue Bobillot, 75013 PARIS - Tél. 588-17-75

Pour la sectorisation des Consultations, se reporter à l'annexe spéciale ci-jointe

SERVICES MEDICO-SOCIAUX ET ÉDUCATIFS 38, RUE BOBILLOT 75013 PARIS ☎ 588-17-75			
<b>LES SERVICES MEDICO-SOCIAUX                  ET ÉDUCATIFS DU C.E.S.A.P. EN 1984</b>			
<b>JOURS D'OUVERTURE DES CONSULTATIONS HOSPITALIÈRES SPÉCIALISÉES</b>			
Secteurs ■	Equipes Techniques	Hôpitaux d'Implantation	Jours ▲
PARIS 11e 12e 13e 20e	Médecin M. le Pr RICHARDET Assistante Sociale : Mlle DARRETCHÉ Educatrice Spécialisée : Mlle N. TILMAN	Hôpital TROUSSEAU 28, Av. du Dr A. Netter 75012 PARIS Service Consultations de Médecine	MARDI 1er du mois
1 - 2 3 - 4 5 - 6 7 - 14 15 - 16	Médecin M. le Pr RICHARDET Assistante Sociale : Mlle DARRETCHÉ Educatrice Spécialisée Mlle N. TILMAN	Hôpital des ENFANTS MALADES 151, rue de Sèvres 75015 PARIS Service Pr Ag. HENNEQUET	2e du mois
8e 9e 17e 18e	Médecin Mme le Dr BOUTIN Assistante Sociale : Mme BAILLET Educateur Spécialisé : M. F. MURAILLE	Hôpital BRETONNEAU Rue Carpeaux 75018 PARIS Service des Consultations Spéciales	4e du mois

Secteurs	Equipes Techniques	Hôpitaux d'implantation	Jours
19e 10e	Médecin M. le Pr RICHARDET	Hôpital HEROLD 7, Place Rhin et Danube 75019 PARIS	JEUDI
	Assistante Sociale : Mlle DARRETCHE Educatrice Spécialisée Mlle N. TILMAN	Service Pr LESTRADET	4e du mois
77	Médecin M. le Dr THIBAUD	Centre Hospitalier 100, rue St-Faron 77100 MEAUX	MARDI
	Assistante Sociale : Mlle DARRETCHE	Service Dr TUPIN Consultation Externe de Pédiatrie	2e 4e 5e
	Educatrice Spécialisée Mlle A. FLAHAULT	Hôpital de FONTAINEBLEAU Service Dr VEDRENNE Consultation Externe de Pédiatrie	3e du mois
78	Médecin Mme le Dr ROUBERGUE	Hôpital des ENFANTS MALADES 151, rue de Sèvres 75015 PARIS	MARDI
	Assistante Sociale : Mlle GENITEAU Educatrice Spécialisée Mlle M.A. LE BOLAY	Service Pr Ag. HENNEQUET Centre Hospitalier 4, rue Baronne-Gérard 78104 ST-GERMAIN-EN-LAYE Service de Pédiatrie Dr BONNETTE	4e 1er 3e du mois

Secteurs	Equipes Techniques	Hôpitaux d'Implantation	Jours
91	Médecin M. le Dr SVENDSEN Assistante Sociale : Mme R. BRUNET Educatrice Spécialisée Mme S. SAGNES	Centre Hospitalier Intercommunal 159, Grande-Rue 91160 LONGJUMEAU Service de Pédiatrie Dr Ch. JOLY	JEUDI  4e ou 5e
		Centre Hospitalier Général d'EVRY Quartier du Canal COURCOURONNES 91014 EVRY Service des Consultations Dr BAMBERGER	1er 3e  du mois
		Hôpital N.D. du PERPETUEL SECOURS 2, rue Kléber 92300 LEVALLOIS-PERRET Service de Pédiatrie	MARDI  3e
92	Médecin Melle le Dr C.BOSSIERE Assistante Sociale : Mme THEODOSE Educatrice Spécialisée Mme J. ARNAUD	Hôpital ANTOINE BECLERE 157, rue de la Porte de Trivaux 92140 CLAMART Service de Pédiatrie Néonatale Pr Ag. J. C. GALIBAN	1er 5e
		Hôpital LOUIS MOURIER 178, rue des Renouilliers 92701 COLOMBES Service de Pédiatrie Pr de PAILLERETS	2e  du mois

Secteurs	Equipes Techniques	Hôpitaux d'Implantation	Jours
93	Médecin Mme le Dr GEORGES JANET et Mme le Dr COICADAN Assistante Sociale : Mme DUBREUIL Educatrice Spécialisée Mlle F. SERGENT	Hôpital JEAN VERDIER Rue du 14 Juillet 93140 BONDY Service Pr Ag. PERELMAN Centre Hospitalier ROBERT BALLANGER Route de Mitry 93601 AULNAY-sous-BOIS Service Pr ELIACHAR	MARDI 1er 2e 4e 3e du mois
	Médecin M. le Dr MAUSSION Assistante Sociale : Mme DUBREUIL Educateur Spécialisé : M. C. LEMAITRE	Hôpital DELAFONTAINE 20, rue du Dr Delafontaine 93250 SAINT-DENIS Service Dr DAYRAS	JEUDI 1er 3e du mois
94	Médecin Mme le Dr BACH Assistante Sociale : Mme CATROU Educatrice Spécialisée Mme M.F. DOLATOWSKI	Centre d'Observation et de Soins "LE POUJAL" 14, rue Marcel Bierry 94320 THIAIS	VEN- DREDI Matin
95	Médecin Mme le Dr BOUTIN Assistante Sociale : Mme BAILLET Educateur Spécialisé : M. F. MURAILLE	Centre Hospitalier de PONTOISE 95301 PONTOISE Consultations Externes Pédiatrie Hôpital BRETONNEAU Rue Carpeaux 75018 PARIS Service des Consultations Spéciales	MARDI 1er 3e 2e du mois

▲ Sauf indication spéciale, les consultations ont lieu de 14 h à 18 heures.

■ Chaque consultation accueille les enfants et les familles originaires du secteur de PARIS ou du département mentionné.

TOUS LES RENDEZ-VOUS DOIVENT ETRE DEMANDES : 38, rue Bobillot - 75013 PARIS - Tél. 588-17-75.

## II - LES ETABLISSEMENTS MEDICO-EDUCATIFS

- **CENTRE D'OBSERVATION ET DE SOINS "LES HEURES CLAIRES"**  
Centre Bernard SAUVET  
Directeur :  
Adresse : SAINTE GENEVIEVE LES GASNY - 27620 GASNY - Tél. (16) 32-52-13-17  
Ce Centre reçoit les enfants âgés de 18 mois à 8 ans  
.....
- **LE PLACEMENT FAMILIAL SPECIALISE "LES HEURES CLAIRES"**  
Assistante Sociale : Madame CADIOU  
Même adresse que ci-dessus - Tél. (16) 32-52-11-04  
Ce Centre accueille les enfants de 6 mois à 12 ans
- **ETABLISSEMENT MEDICO-EDUCATIF "LA MONTAGNE"**  
Directeur :  
Assistante Sociale : Mme S. BEBIN  
Adresse : ANGICOURT - 60140 LIANCOURT - Tél. (16) (4) 473-05-95 - 473-05-96  
Ce Centre accueille les enfants de 6 à 20 ans
- **CENTRE D'OBSERVATION ET DE SOINS "LE POUJAL"**  
Directeur :  
Assistante Sociale : Mlle BAUDRY  
Adresse : 14, rue Marcel Bierry - 94320 THIAIS - Tél. 681-27-70  
Ce Centre reçoit les enfants de 0 à 8 ans (externat et internat)  
.....
- **LE PLACEMENT FAMILIAL SPECIALISE "LE POUJAL"**  
Même adresse que ci-dessus. Tél. 682-05-55  
Assistante Sociale : Mme SEMION  
Ce Centre accueille les enfants de 6 mois à 12 ans
- **ETABLISSEMENT MEDICO-EDUCATIF "CHATEAU DE LAUNAY"**  
Directeur : Monsieur POMMIER  
Adresse : REUGNY - 37380 MONNAIE - Tél. (16) (47) 52-94-15 et (16) (47) 52-94-22  
Ce Centre reçoit les enfants et adolescents de 6 à 20 ans (internat)
- **POUPONNIERE AMYOT**  
1, rue du 11 Novembre - 92120 MONTRouGE - Tél. 654-03-50  
Directrice : Madame MERCIER  
Assistante Sociale :  
Pouponnière à caractère sanitaire, section spécialisée pour enfants déficients mentaux  
Ce Centre reçoit les enfants de 0 à 24 mois
- **CHATEAU DE SAINT-ROMAN**  
Directeur : Monsieur LARIVIERE  
Adresse : Ibis, rue de Chantilly - 60270 GOUVIEUX - Tél. (16) (4) 457-40-60  
Maison d'accueil spécialisée pour adultes déficients mentaux -