

Une contribution de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP) à la préparation du 4eme Plan Autisme (16 Janvier 2018)¹

M. Assouline, Jean-Jacques Bonamour du Tartre.

I. Remarques préliminaires sur la participation de la FFP à la préparation du 4eme Plan Autisme

La FFP a participé aux travaux de préparation du 4eme Plan Autisme.

La rédaction de ce plan est de la responsabilité des cheffes de Projet Mmes Claire Compagnon et Delphine Corlay, inspectrices de l'IGAS, sous les autorités respectives de la secrétaire d'État chargée du Handicap Mme Sophie Cluzel, et du Comité Interministériel du Handicap, dont le secrétaire est Mr Etienne Petitmengin.

Il est à noter que lors de son lancement par le Président de la République en Juillet 2017, la préparation du 4eme plan a été annoncée sous les auspices d'une volonté d'apaisement.

La méthodologie générale de la préparation a été, sur la base d'une critique de l'IGAS du 3eme Plan Autisme (disponible en ligne), d'établir des groupes de travail régionaux dans les territoires et des groupes de travail nationaux, et de centraliser l'ensemble avec un comité de pilotage composé de représentants de l'Etat, des associations, de professionnels.

Celui-ci a discuté lors de ses 2 dernières sessions de la synthèse des productions des groupes de travail régionaux et nationaux mais il a terminé ses travaux le 26 Janvier 2018 avant que la synthèse finale soit rédigée.

Celle-ci sera discuté entre les cheffes de projet et les ministères en février et, une fois les arbitrages financiers terminés, le 4eme Plan sera présenté en mars 2018.

La FFP a participé au Comité de Pilotage dont le travail a duré de septembre 2017 à janvier 2018 avec deux représentants : le Dr Moïse Assouline, expert, et le Dr Jean-Jacques Bonamour du Tartre, président de la FFP.

Les membres de la FFP qui ont participé aux Groupes de Travail nationaux réunis entre septembre et décembre 2017 sont : Mmes les Drs Catherine Doyen et Pauline Chaste pour le GT 1 (Scolarisation)², Mr le Dr Ramos (pour le GT 2 (insertion sociale et professionnelle), Mme le Dr Fabienne Roos-Weil et le Dr Jean Chambry (pour le GT4 : parcours de vie et parcours de soin), le Dr Moïse Assouline pour le GT 5 (Qualité). Des collègues ont été auditionnés dans le GT 3 (Recherche) les Dr Marie-Noelle Clement et Catherine Saint-George.

La variété des fonctions exercées (actuellement ou dans le passé) par ces collègues témoigne de la grande diversité des professionnels représentés par la FFP : secteurs de pédopsychiatrie de Paris, CMP pour enfants de Paris, pilotes d'UEM de Paris ; CMP adultes généralistes, CMP adultes spécialisé en

¹ Cette contribution a été rédigée pour contribuer à la première synthèse des cheffes de projet Mme Claire Compagnon et Mme Delphine Corlay, IGAS. Elle leur a été adressée le 16 janvier 2018, ainsi qu'au secrétaire du CIH Mr Etienne Petitmengin et à la DGOS. Lors du Comité de Pilotage suivant, le 26 janvier, la FFP s'est exprimée encore sur d'autres sujets, notamment sur la recherche. Nous y reviendrons dans un écrit ultérieur.

² Les intitulés complets des Groupes de travail et leurs axes de travail sont disponibles en ligne.

autisme du Val de Marne ; hôpitaux de Jour pour enfants de Paris, pour adolescents de Paris et d'Antony, pour adultes de Poissy, certains de gestion associative privée et d'autres de gestion publique, certains généralistes et d'autres spécialisés en autisme ; Unités Mobiles « pour les Situations Complexes de TSA » de Paris et Hauts de Seine; Consultation Mobile Régionale de Génétique d' Ile de France pour les HDJ et les EMS ; Centres de Diagnostic et d'évaluations fonctionnelle (de gestion publique ou privées, pour différents âges) à Paris et en banlieue ; services médico-sociaux dédiés de Paris (SESSAD, dispositifs scolaires intégrés, CAJM atypique pour situations complexes, PCPE) ; unités de recherches, **associations culturelles, de loisirs et de vacances.**

On conçoit donc que bien d'autres secteurs d'activités psychiatriques et leurs organismes, eux aussi affiliés à la FFP, n'ont pas pu être associés directement à ce travail.

C'est pourquoi nous avons tenu à ce que la discussion de ce groupe contributeur à la préparation du 4PA soit élargie à quelques collègues, engagés dans l'accompagnement de l'autisme et représentatifs d'autres dimensions de la psychiatrie et d'autres territoires : à l'université (**Pr Michel Botbol**), dans la recherche (**Jean-Michel Thurin**), **dans des plateformes de réseau (François Soumille)**, **psychiatrie adulte (Bernard Odier)** et aussi dans des organismes administrateurs de santé publique (**Catherine Isserlis**). Des réunions élargies à ces collègues ont eu lieu une fois par mois.

Notre objectif a été de capter au plus près les préoccupations d'une profession hétérogène afin de la préparer au mieux à une dynamique du changement nécessaire compte tenu des évolutions sociétales, scientifiques, sociologiques et budgétaires de ce domaine.

Car non seulement l'ancien et le nouveau coexistent, dans toutes les régions, mais l'implication des services de psychiatrie (engagements, formations, statuts) est éminemment variable **dans l'accompagnement** des personnes avec autisme : depuis les accueils par défaut (« faute de mieux ») aux accueils experts et spécifiques, en passant par des accueils spécialisés mais partiels. (**Nous évoquerons plus loin leur implication dans le diagnostic, pages 5 à 8**).

Ces variations correspondent globalement à :

- **1. L'hospitalisation complète en psychiatrie générale** ou à l'accueil dans des structures de secteurs en psychiatrie « adultes » ou « enfants », dont la file active de personnes avec autisme est infime par rapport aux autres diagnostics.
 - -> *Il faut en extraire et réhabiliter dans le médico-social ou le social toute personne avec autisme qui y est résidente de manière chronique.* (Ceci est une des missions du dispositif UMI / USIDATU d'Ile de France qui existe depuis 2010 / 2014).
 - -> Il faut en revanche encadrer les hospitalisations aiguës (urgentes et de durée limitée) de personnes avec autisme au moyen *de procédures nouvelles adaptées et qui seront valables pour tous les ex CHS*. Actuellement, ce type d'accueil se partage en fait suivant trois modes de qualité **décroissante** pour les personnes autistes **avec déficit intellectuel**:
 - un accueil avec une hospitalité pertinente, qualifiée et éthique ;
 - un accueil par « obligation de soins » sectorisée, mais sans spécificité, et qui s'avère inutile en fin de compte ;
 - un accueil imposé dans un contexte conflictuel qui peut s'avérer plus néfaste que bénéfique (notamment excès de médicaments).
 - Il faut noter toutefois que *l'accueil en psychiatrie générale de personnes autistes de haut niveau présentant des comorbidités psychiatriques est de bonne qualité dans l'ensemble*

des services (car les comorbidités correspondent au niveau de compétences et de formation habituelles de ces services). Dans ce dernier cas :

-> ce sont les articulations avec les accompagnements d'aval qui doivent encore être améliorées.³

- 2. Les accueils et les soins experts :

- L'hospitalisation de jour spécialisée en autisme, souvent non sectorisée (intersectorielle, ou interdépartementale) et destinée à des situations encore trop instables pour être accueillies dans le médico-social ;
- Les équipes mobiles (de diagnostic, de liaison, ou d'aide à la réhabilitation des Situations Complexes) pour lesquelles la psychiatrie est pionnière ;
- L'hospitalisation complète spécialisée pour les Situations complexes (exemple : USIDATU de la Salpêtrière, mais il y a aussi d'autres services en région, plus ou moins bien équipés, comme le CEEA de Niort).

Tous ces services sont inscrits dans des réseaux d'accompagnement partagé avec le médico-social et le social (y compris l'éducation nationale). Ils allient la dimension de l'accompagnement et celle de la contribution au diagnostic au bénéfice de personnes suivies dans tous ces champs.

-> Ces unités peuvent servir de modèles et de référents pour la conduite de changement dans les services précédents.

- 3. Enfin, certains établissements ont une spécialisation partielle en TSA : l'accueil des personnes avec autisme y est **minoritaire sans être infime** (hôpitaux de jour généralistes, CATTP, certains CMP). La conduite du changement doit y être prudente afin de ne pas pénaliser l'accueil des patients non TSA.

- -> Soit ils pourront poursuivre l'accueil de personnes avec autisme en créant ou en renforçant leurs liens avec les structures sanitaires ou médico-sociales spécialisées.
- -> Soit ils renonceront à l'accueil de personnes avec autisme si les évolutions recommandées sont contradictoires avec leurs projets d'établissement, en se mettant alors en accord avec « le projet de territoire ».

Nous rappelons donc le souci de la FFP d'une démarche pédagogique et respectueuse des professionnels, sous l'égide de leurs ministères de tutelle ou de leurs bureaux (certains participent à la direction des travaux du 4eme Plan).

Sous cet angle, non seulement le climat de la concertation dans les 5 groupes a tenu ses promesses (celles des lettres de cadrage du CIH) mais nous sommes particulièrement heureux de l'orientation, de l'écoute et des propositions de la DGOS dans le Groupe de travail 5 (sur la qualité). La FFP se reconnaît pleinement dans ses propositions *d'accompagner* le changement dans le secteur sanitaire quand il est nécessaire. Ce point mérite d'être souligné étant donné la très vive opposition que nous avons exprimée quant à la méthode qui avait été préconisée en février 2016 au Comité de suivi du 3eme Plan

³ Ces observations critiques résultent de l'activité du dispositif des équipes mobiles UMI d'IDF (1600 cas de « Situations Complexes en Autisme et TED » depuis 2010, dont les parcours sont depuis 2017 étudiés par une recherche IRES pilotée par l'INSERM).

Autisme (celle d'une discrimination disqualifiant les Hôpitaux de Jour, comparativement à la conduite du changement telle qu'elle avait été effectuée dans le médico-social).⁴

II. **Comme contribution supplémentaire à la première synthèse faite par les cheffes de projet, voici quelques réflexions relatives au regroupement et à l'organisation des objectifs.**

Dans ces réflexions, on retrouvera nombre de points mentionnés dans les synthèses des Groupes de Travail, régionaux et nationaux du dernier trimestre de 2017.

Nous les reprenons ici et nous les complétons sous l'angle d'une implication de la psychiatrie, qu'elle soit déjà avérée et pertinente, qu'elle soit souhaitable, qu'elle soit perfectible, ou au contraire qu'elle doive être abandonnée.

- Tout d'abord, la FFP approuve la déclinaison qui est faite de multiples objectifs, car cela indique la grande variété et la complémentarité des champs aujourd'hui concernés par l'autisme, dans l'objectif général de l'inclusion sociale.

Cette déclinaison sera utile à la FFP pour aider les différentes composantes de la psychiatrie, sollicitées depuis toujours, ou susceptibles de l'être soit pour des actions spécifiques soit pour des temporalités déterminées,

-> à modifier la représentation qu'elles ont de leur propre place dans cet accompagnement évolutif.

Aujourd'hui, on voit bien l'élargissement des domaines et la multiplicité des acteurs concernés (qui vont bien au-delà du sanitaire et du médico-social pour embrasser, bien plus que par le passé, celui de l'école, de l'université, du social, de l'emploi, de l'habitat, de la culture).

On voit aussi que « l'opposabilité » devra être reconnue pour de plus nombreuses prestations revendiquées par les personnes avec autisme ou leurs familles. Cela implique des accès nouveaux à leurs droits de citoyens, auparavant très limités voire inexistantes.

De ce fait, ces objectifs nouveaux soulageront les services de psychiatrie d'un fardeau multi décennal, celui de répondre par des qualifications et des ressources très partielles à des problèmes plus vastes :

- Ceux de parcours de soins **qui ont toujours eu besoin d'autres services médicaux que ceux de la psychiatrie**, mais sans pouvoir y accéder ;
- Ceux des parcours de vie qui nécessitent l'aide de nombreux opérateurs appartenant à d'autres champs que ceux de la médecine, de la psychiatrie et du médico-social (**notamment l'éducation, l'emploi, l'habitat et la culture**).⁵

La FFP, qui ne soutiendra pas les réactions de prestance ni le corporatisme quand des professions qu'elle représente en manifestent, ni à l'inverse leur disqualification dogmatique et outrancière, s'engage :

⁴ Nous sommes confortés dans notre appréciation positive en apprenant que les Hôpitaux de Jour d'Ile de France qui ont participé à l'enquête en 2017 ont reçu une enveloppe supplémentaire destinée à la formation des équipes.

⁵ A noter que ces domaines leur étaient inaccessibles non pas à cause d'une captation abusive par la psychiatrie mais à cause de leurs propres étanchéités ou refus institutionnels.

-> à contribuer au nouveau positionnement du sanitaire, dans ses composantes psychiatrique et médicale, tant dans les parcours de soins que dans les parcours de vie.

-> *Sa place ne peut y être définie de manière éthique que par les seuls besoins et la demande des personnes concernées, par celle de leurs représentants (famille, ou état) et par la concertation entre les services, ce qui implique que tous les partenaires veillent au respect des personnes et des fonctions.*

Dans ce registre, la FFP souligne l'importance qu'accordent les multiples Recommandations de Bonnes Pratiques de la HAS et de l'ANESM (y compris celle de 2012) à **ce que les services accompagnent la fluidité des parcours** : c'est-à-dire privilégient la veille, la vigilance et l'anticipation des ruptures, ce qui doit engager la technicité et les ressources de nombreux acteurs des champs sanitaires, médicosociaux, sociaux et de l'éducation.

Par exemple, le projet Arsene du CREAI Aquitaine (non encore finalisé), exposé et discuté dans le GT 5, a traduit en indicateurs de qualité les très nombreuses recommandations (issues des documents de la HAS de 2005, 2010, 2012, 2015) afin que les établissements puissent ajuster leurs pratiques à cette préoccupation. *Plus des trois quarts des indicateurs concernent cette dimension essentielle, tandis que les items qui concernent les méthodes se comptent sur les doigts de la main⁶.*

Pour la FFP, c'est bien l'adéquation des dispositifs à la fluidité des parcours (de l'enfance à l'âge adulte) qui sera dans l'avenir **un des principaux critères discriminant pour la validité des approches et des méthodes.**

→ Nous serons donc partenaires du CREAI Aquitaine pour contribuer à cet outil d'évaluation initialement prévu pour le médico-social mais qui pourra être adapté également aux établissements sanitaires concernés par l'accompagnement.

- La contribution au Diagnostic, à l'Évaluation Fonctionnelle et à l'Éducation Thérapeutique.

La FFP regroupe ici de manière résumée sa contribution dans le cadre des intentions discutées au Comité de Pilotage et dans les Groupes de Travail de confirmer les passerelles qui existent déjà entre l'autisme et les troubles du neurodéveloppement (notamment par les progrès de la neurologie et de la génétique), de les développer et d'en établir de nouvelles.

→ **La discrimination diagnostique** est une nécessité de l'action de la psychiatrie quand elle est concernée par l'autisme (car le diagnostic médical des TSA est un processus complexe qui suppose la connaissance de domaines annexes). Cela implique :

- Le diagnostic positif de TSA
- Leur diagnostic étiologique
- Le diagnostic différentiel entre les TSA et les autres troubles neurodéveloppementaux
- Le diagnostic des comorbidités psychiatriques (y compris les épisodes de décompensation psychotique dans certaines situations complexes de grands enfants, d'adolescents ou d'adultes)⁷.

⁶ A noter que la FFP a demandé que ces quelques items sur les méthodes soient réécrits dans ARSENE car ils sont issus d'une version « parallèle » des RBP de 2012, non valide.

⁷ A noter que les formulations comme celle de « psychose » ou de « troubles psychiques » qui sont devenues obsolètes pour caractériser l'autisme, sont utilisées ici dans des sens précis et le contexte légitime des comorbidités ou des troubles associés. A titre d'exemple, les troubles bipolaires ou « psychose maniaco-dépressive » sont plus fréquents chez les personnes avec TSA. Si l'honnêteté de notre exercice nous impose de refuser les tabous lexicaux, nous acceptons cependant que leur mention soit maniée avec prudence pour ne pas introduire de diversion dans la démarche générale actuelle de nous rapprocher des partenaires très sensibles, notamment certaines associations de familles ou certains auto-représentants qui ne sentent pas concernés par les comorbidités ou par les troubles associés

- Le diagnostic des comorbidités somatiques ou des troubles associés impliquent des liaisons transversales avec de nombreuses autres disciplines médicales,
 - o soit qu'elles soient liées aux causes génétiques ou organiques de l'autisme quand elles ont été trouvées,
 - o soit qu'elles soient intercurrentes ou conjoncturelles,

➔ **Les évaluations fonctionnelles s'ajoutent à l'évaluation diagnostique de nature médicale :**

- les protocoles de passation des bilans psychologiques doivent être connus et maîtrisés
- les tests spécialisés en autisme de même,
- les évaluations complémentaires hors protocoles sont indispensables dans divers milieux (sanitaires, médicosociaux, sociaux, ou scolaires).

➔ Les sources statistiques révèlent un défaut de diagnostics et d'évaluation protocolisées dans certains services de psychiatrie ce qui implique une *exigence incontournable de formation dans ce domaine, notamment pour parvenir à une base de données épidémiologique plus satisfaisante.*

➔ Les équipes spécialisées ont ou devront acquérir en outre acquérir des capacités de discrimination entre :

- des éléments autistiques invariants dans le domaine cognitif, dans le domaine sensoriel et sensorimoteur (qui sont à la base des différences entre les TSA et les personnes ordinaires), et que l'accompagnement améliore ou aménage,
- et des troubles associés et dépendants des différents âges :
 - o Chez les enfants (troubles psychiques relatifs à l'estime de soi et à l'affectivité, *une dimension essentielle dans la boucle de la cognition* (cf. la présentation du Pr M. Bouvard du CHU d'Aquitaine transmise par la FFP au GT5) ;
 - o Chez les adolescents (en repérant les particularités de l'émergence et du développement de la sexualité) pour lesquels des modalités d'accompagnement spécifiques dans des Hôpitaux de Jour sont reconnus (notamment les groupes de communication mixtes et non mixtes sur cette thématique). Il faut en outre :
 - -> Créer des vacations de psychosexologues ou de psychopédagogues spécialisés en autisme en mesure de recueillir dans les institutions la parole intime des personnes accueillies (suivant les modèles mis en œuvre en Belgique et en Suisse par Mme Catherine Agthe-Diserens).
 - o Pour les adultes (en butte à l'isolement social) :
 - -> créer des CMP spécialisés en autisme (pas seulement experts dans les comorbidités ou les troubles associés comme cela est courant en psychiatrie adulte, *mais aussi experts dans les modes de communication spécifiques des TSA*) pour répondre aux demandes d'aide auxquelles les associations et le libéral ne peuvent actuellement pas répondre.⁸
 - -> y compris pour répondre aux demandes d'aide que certaines personnes formulent concernant leurs difficultés avec la sexualité (suivant le modèle des

⁸ Nous avons mis en place depuis 2017 avec le CRAIF un Groupe de Travail qui réunit toutes les associations et les experts privés et publics pour avancer sur des demandes d'adultes avec haut niveau auxquelles personne ne peut répondre actuellement (y compris celles d'étudiants).

Consultations mises en œuvre au Québec par Mme Isabelle Hainault, et en Australie par Tony Atwood)

- - Et pour les personnes vieillissantes (aggravation de problèmes somatiques et de la dépendance) :
 - -> établir des liaisons avec les services de gériatrie

En rapprochant l'autisme des autres troubles du neurodéveloppement, c'est donc l'utilisation des ressources diagnostiques actuelles (services hospitaliers, pédiatriques, neuro pédiatriques, génétiques, pédopsychiatriques, CAMPS, services de spécialités somatiques...) qui sera facilitée.

- ➔ La FFP souligne que l'accueil temporaire dans les services somatiques (de pédiatrie ou pour les adultes), impliquent un accompagnement pour lequel les savoir-faire psychiatriques, **dont la mobilité est un facteur essentiel**, doivent être développés, à l'instar d'un certain nombre d'équipes existant déjà en Ile de France (Unités Mobiles Interdépartementales et USIDATU, CMRG (Consultation Mobile Régionale de Génétique) en partenariat avec Necker et l'Institut Imagine en IDF, et d'autres en Alsace, à Marseille, en Bretagne...
- ➔ LA FFP propose aussi que les services de pédopsychiatrie soient inclus comme dispositifs de proximité pour contribuer aux diagnostics et aux évaluations fonctionnelles, et notamment que les CMP, pivots des secteurs, et certains Hôpitaux de Jours soient équipés et formés systématiquement dans cette optique (pour ceux qui ne le sont pas encore).
- ➔ La nécessité de développer la culture et les pratiques **interdisciplinaires** (conjugaison des apports) et **transdisciplinaires** (intégration des apports d'autres disciplines dans la sienne propre) comme au Québec. La France accuse ici un retard grandement dommageable à l'accompagnement (et source de gaspillage des ressources médicales sollicitées). La FFP suggère que des programmes de formation soient établis pour tous les services concernés (psychiatriques ou somatiques).
- ➔ Dans ce cadre, la FFP souligne qu'une dimension supplémentaire est l'importance de **fédérer les apports cliniques interdisciplinaires au bénéfice des accompagnateurs de terrain et des familles**, ce qui est aussi la condition pour qu'une éducation thérapeutique soit transmise (aux personnes et aux familles).

Or, les spécialités médicales ont tendance à quitter le champ d'exercice commun une fois leur expertise terminée.

- ➔ La FFP suggère que, au moins dans les équipes spécialisées pour « les cas complexes », la psychiatrie (spécialité qui combine médecine, psychologie, pharmacologie, connaissance du développement, et certaines connaissances de la psychomotricité, et de l'orthophonie, etc.) ait l'ambition de former :
 - des psychiatres compétents dans ce domaine,
 - ainsi que d'autres professionnels, psychologues, infirmières, éducateurs (car la baisse de la démographie médicale en psychiatrie ne le permettra pas pour tous les psychiatres praticiens).

A noter que développer la compétence de fédérer des apports cliniques interdisciplinaires ne doit pas être confondue avec la nécessité de nommer des « référents de parcours », « coordinateurs de terrain », ou « case managers ».

- ➔ Les « coordinateurs de terrain » ou « intervenants pivots inter services » doivent coordonner les actions de différents champs (familial, social, scolaire, sanitaire, médico-social, administratif) pour

la fluidité des parcours, la prévention des ruptures lors des transitions d'âge ou des situations de crise, la mise en cohérence d'accompagnements de nature diverses. *Il est extrêmement rare que des médecins puissent avoir la disponibilité et la connaissance de tous les champs concernés, ou la réactivité nécessaire pour interpeller les partenaires en temps voulu.* (Actuellement, seuls certains médecins de MDPH ou d'équipes mobiles dédiées aux cas complexes acceptent temporairement ces missions).

➔ En fait, un modèle pertinent existe pour ces intervenants, dont les missions et l'autorité reconnues et établies avec les partenaires concernés, **sont temporaires et fonction des besoins de la personnes (qui sont très différents en fonction des âges et des situations).** C'est le référent du Plan d'Action Global (PAG) établi sous l'égide de la MDPH pour les situations critiques ou les cas complexes, et dont la signature des partenaires assure l'autorité, la reconnaissance et la capacité d'intervention dans les services.

➔ De plus, la mise en place des **Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées** dans tous les départements de France à partir de 2017, qui seront les premiers partenaires des MDPH pour les évaluations des besoins et des liaisons utiles pour les situations éligibles a des PAG, *fournit dès à présent la possibilité de désigner ces professionnels référents dans la concertation et sans qu'il soit besoin de créer un nouveau corps d'intervenants.*

Si la FFP s'autorise à suggérer ce modèle « d'intervenants pivots », c'est qu'il lui appartient :

-> d'aider la psychiatrie à distinguer ce qui est dans son périmètre d'intervention naturelle (**l'évaluation clinique y compris avec des visées d'intervention et de transmission**) et la coordination de parcours qui relève d'autres compétences et légitimités (la confusion de ces registres a parfois cours parmi certains collègues).

Ces dernières propositions indiquent aussi notre approbation de l'approche actuelle de lier la question de l'autisme à la question plus générale du handicap : nous avons déjà exprimé dans les Groupes de Travail et au Comité de Pilotage que les lois, circulaires et réglementations récentes dans le domaine du handicap ont, plus que le 3eme Plan Autisme, opéré un changement radical dans la réparation des parcours en phase de rupture.⁹

Ainsi, le « handicap » sert l'autisme. Cependant, nous sommes aussi attachés à la spécificité de l'accompagnement de l'autisme, dont les progrès servent à leur tour le handicap.

Nous rappellerons pour conclure que la première association de parents d'enfants avec autisme (Sésame Autisme) s'est différenciée de l'UNAPEI en 1963 et s'est rapprochée de la pédopsychiatrie dans cette optique de spécifier l'accompagnement de l'autisme. 50 ans après, la FFP, qui conserve de nombreux liens avec des associations de famille et d'usagers, espère améliorer sa collaboration avec *toutes* les associations à l'occasion du 4eme Plan Autisme.

Dr M. Assouline, expert pour la FFP

Dr Jean-Jacques Bonamour du Tartre, président de la FFP

⁹ L'opposabilité introduite par la Circulaire du 22 Novembre 2013 sur les situations critiques, le Zéro Sans solution, la Réponse Accompagnée pour tous, ont multiplié les partenariats et le déblocage de ressources : de 60 à 80 % des cas traités sont des TSA. Bien évidemment, les solutions ne sont ni faciles ni constantes. Néanmoins, nos unités spécialisées dans les « situations complexes » perçoivent une différence nette entre l'avant et l'après au bénéfice des personnes et de leurs familles.