

AU-DELÀ DU 3E PLAN AUTISME : PROPOSITIONS POUR UN VOILET COMPLÉMENTAIRE

Jean-Louis Le Run

ERES | *Enfances & Psy*

2013/3 - N° 60
pages 6 à 10

ISSN 1286-5559

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2013-3-page-6.htm>

Pour citer cet article :

Le Run Jean-Louis, « Au-delà du 3e plan autisme : propositions pour un volet complémentaire », *Enfances & Psy*, 2013/3 N° 60, p. 6-10. DOI : 10.3917/ep.060.0006

Distribution électronique Cairn.info pour ERES.

© ERES. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Jean-Louis Le Run**Éditorial****Au-delà du 3^e plan autisme :
propositions pour un volet
complémentaire**

*Jean-Louis Le Run,
pédopsychiatre, médecin chef
du 1^{er} secteur de psychiatrie
infanto-juvénile de Paris.*

Le dernier plan autisme, présenté par la ministre Marie-Arlette Carlotti en mai 2013, a suscité beaucoup de réactions et de critiques. De nombreux professionnels se sont indignés de ses aspects injonctifs et partiels, de la méconnaissance manifeste, feinte ou réelle des dispositifs existants, de l'univocité des références, et de ce qui apparaît finalement comme une sorte de capitulation devant les pressions d'une minorité exaltée et active. La menace explicite (« n'auront les moyens pour agir que les établissements qui travailleront dans le sens où nous leur demanderons de travailler ») a scandalisé car elle constitue une ingérence insupportable dans le contenu du soin et le premier pas vers une psychiatrie définie par l'État et non plus par ses acteurs. Bernard Golse a pointé le glissement des contenants – le cadre, qui relève de l'administration – vers le contenu – la technique de soin, qui relève des soignants –. C'est un peu comme si le ministre de l'Éducation nationale décidait d'affecter tous les crédits d'un plan aux écoles privées qui utiliseraient exclusivement une méthode pédagogique très restreinte, et éludaient totalement l'école publique. D'un ministre, n'attend-t-on pas, sans que cela exclue la remise en cause ou l'encouragement à évoluer, le soutien à ses administrés ?

De façon générale, ce plan, s'il comporte quelques aspects intéressants comme le diagnostic et la prise en charge précoce, semble peu réaliste et incomplet, négligeant le rôle du dispositif sectoriel de psychiatrie infanto-juvénile qui représente pourtant une grande part de la prise en charge des enfants TSA. Il appelle donc une rené-

gociation, déjà demandée par de nombreuses associations professionnelles, et la rédaction d'un volet complémentaire.

Une pétition circule, *Renégocier le troisième plan autisme avec tous les professionnels concernés*, qu'il faut absolument signer. Au-delà de ces réactions légitimes de colère et de découragement, pour dépasser le conflit et l'insulte faite au service public de psychiatrie, il nous faut aller plus loin. Nous devons en particulier relever le défi et tirer partie des critiques qui nous sont faites, montrer que nous ne sommes pas les caricatures auxquelles on nous réduit, et profiter de ce moment critique pour remettre sur le métier nos pratiques et les théories qui les soutiennent. Nous avons à faire valoir la qualité de nos pratiques et l'intérêt de notre système de soins public et sectoriel. En effet, il s'agit là d'une organisation exceptionnelle que peu de pays peuvent revendiquer et qui constitue un cadre de soins et d'accompagnement tout à fait adapté, pour peu qu'on le soutienne et qu'on l'aide à évoluer. Mais nous souffrons d'un manque d'évaluation des résultats qui ne nous permet pas de valoriser notre travail et le bien fondé de nos approches.

De plus en plus de secteurs s'ouvrent à des pratiques différentes, sous l'impulsion de jeunes praticiens qui ne sont pas enfermés dans une vision monolithique, mais formés aux neurosciences, et qui développent une approche intégrative. On souhaiterait vivement autant d'ouverture du côté des tenants du tout-comportemental. Reconnaissons, par contre, notre retard, notamment quant à l'utilisation des techniques de support à la communication, et surtout dans l'évaluation aux différents temps de l'évolution des enfants. Celle-ci, de façon trop souvent dichotomique, est surtout l'apanage des centres référents ou de diagnostic. Il ne s'agit pas de minimiser leur intérêt, mais ce dont les enfants et leur famille ont besoin, ce sont de prises en charges effectives, pas seulement de bilans dont les délais d'attente retardent souvent la mise en route des soins. Les centres référents ont vocation à affiner et approfondir un diagnostic qui doit continuer à être posé par les médecins des premières consultations dans les CMP ou les CMPP. Il convient donc de mieux articuler ces différentes structures au sein de réseaux de soins coordonnés et spécialisés, afin de mieux définir le rôle des uns et des autres.

Nous avons aussi certainement, dans les dernières années, sous estimé la détresse des parents. Les dispositifs de soins leur demandent encore des efforts d'organisation importants rendant trop complexe leur vie active ou familiale, malgré les nombreuses aides qui peuvent être apportées *via* la MDPH. Le succès des méthodes comportementalistes réside pour beaucoup dans le fait qu'elles donnent, face à la désorientation que peut produire l'autisme chez ceux qui y sont confrontés, intervenants comme parents, une ligne de conduite simple et précise. Nous devons en tirer leçon et apprendre à donner des conseils pratiques aux parents, qui leur facilitent la vie et des directions claires aux soignants, sans pour autant brimer leur

créativité. Ainsi, l'actuelle tendance au développement anarchique de prises en charge limitées dans le temps ou réduites à un seul aspect des difficultés, multiplie les acteurs et l'éparpillement des réponses, morcelant la vie de l'enfant et compliquant la vie familiale.

Les pratiques ont considérablement évolué. Si je prends l'exemple du secteur dont j'ai la responsabilité, à l'image de ce qui se passe dans de nombreux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, les CMP petite enfance se sont développés de façon importante, permettant une politique préventive d'intervention précoce, dans une logique de proximité. Elles n'ont pas attendu la mise en place de structures déssectorisées (comme celle de Robert Debré) pour développer le repérage et le diagnostic précoce des troubles autistiques en s'appuyant sur des liens privilégiés (la PMI, les pédiatres, et l'école maternelle). Les risques d'évolution autistique pouvant être diagnostiqués dès seize mois, les prises en charge peuvent être initiées très tôt.

Aujourd'hui, la plupart des enfants sont suivis en ambulatoire. L'insertion scolaire, longtemps cheval de bataille des pédopsychiatres, aux côtés des parents, est devenue la règle depuis 2005. À côté des propositions classiques (rééducation, groupes thérapeutiques, psychothérapies), en CMP, CATTP ou hôpital de jour, nous avons ouvert des unités d'enseignement. Elles permettent d'accueillir des enfants, souvent très malades mais qui ont de réelles possibilités d'apprentissage, au sein de l'école, dans un dispositif mixte associant enseignant, éducateur, AVS, avec le soutien d'une assistante sociale et d'un psychiatre. Mini équipe qui permet la mise en œuvre d'un projet scolaire, d'un projet éducatif et d'un projet de soin coordonnés, d'autant plus riche et efficace que la dimension relationnelle et psychoaffective n'est pas ignorée et que les intervenants de première ligne sont accompagnés par un psychiatre, garant de la prise en charge thérapeutique globale, et auquel ils peuvent adresser leurs questions, voire leur sentiment d'impuissance, afin de relancer le travail autour de cet enfant là, dans sa singularité.

Nous développons également, dans la mesure de nos moyens, le travail parent/enfant à domicile, permettant au parent et au soignant ou à l'éducateur d'échanger leurs connaissances et leur compréhension de l'enfant, et de partager leurs savoirs faire.

Autre exemple, dans le cadre du projet médical de la CHT parisienne¹, nous montons un groupe de travail destiné à constituer un observatoire des pratiques en autisme en y associant d'autres professionnels que ceux du soin (représentant de la MDPH, de l'Éducation nationale, du médicosocial, etc.) et des représentants des usagers. L'objectif du groupe est de recenser les possibilités de soins, de mieux les articuler, de permettre une évolution des pratiques, de potentialiser les formations. Les premiers travaux de ce groupe ont révélé une très riche diversité des pratiques et des moyens d'action, qui contredit les clichés du soi-disant « tout psychanalytique ».

1. Communauté hospitalière de territoire regroupant les hôpitaux psychiatriques parisiens et les sept secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Très vite, nous avons décidé de mettre en commun les compétences pointues des membres de nos équipes pour bâtir une formation à l'évaluation (ADI, ADOS, Chat, grille PREAUT, etc.) destinées aux équipes de secteur.

Ainsi, serait-il judicieux de :

- soutenir le dispositif sectoriel de pédopsychiatrie au lieu de le dénigrer et le renforcer là où il est trop faible. Trop souvent, dans les hôpitaux, la pédopsychiatrie est le parent pauvre et passe après la psychiatrie générale. Le message péjoratif actuel s'avère nuisible, risquant de renforcer cette tendance ;
- continuer à développer les CMP petite enfance, et favoriser la participation des secteurs de pédopsychiatrie aux réseaux de périnatalité trop exclusivement obstétrico-pédiatriques et hospitaliers (en particulier à Paris) ;
- développer et soutenir la formation aux techniques d'évaluation par les équipes et développer ces pratiques de façon systématique au cours des prises en charges (comme le recommande le rapport de la HAS). Cela est néanmoins chronophage, et nécessite donc des moyens ;
- soutenir la formation aux techniques de supports à la communication des équipes de secteurs et la formation à de nouvelles pratiques soignantes ;
- améliorer les conditions d'accueil dans les structures publiques par un plan d'investissement immobilier là où cela est nécessaire ;
- développer les unités d'enseignement au sein des écoles, au moins une par secteur, pas seulement avec les SESSAD, comme cela est préconisé dans le plan, mais aussi avec les services de psychiatre infanto-juvénile (SPIJ) garants d'une continuité des soins ;
- développer la formation des AVS et des enseignants à l'échelon national et départemental et soutenir les actions de proximité en encourageant les échanges écoles/structures de soins, ce qui suppose de désenclaver l'Éducation nationale ;
- diversifier le dispositif de soin, non pas en empilant de nouvelles strates redondantes, mais en aidant les services à diversifier leurs propositions, de façon à s'adapter à la diversité des problématiques, des âges, des demandes ;
- arrêter de développer des circuits parallèles qui favorisent l'éparpillement, le morcellement du soin et travailler à une plus grande cohérence des actions, une continuité, tout en respectant la liberté de soin ;
- favoriser l'organisation en réseau de soins coordonnés à l'échelon local par une mise en commun et en complémentarité des ressources existantes (PMI-médecins scolaires-secteur de PJJ-institutions médicosociales-SESSAD, etc.) ;

- encourager les partenariats plutôt que les logiques concurrentielles, aider à instaurer le dialogue entre professionnels de formations différentes, réduire les clivages dont souffrent essentiellement, *in fine*, les parents et les enfants, refuser les positions caricaturales et le terrorisme intellectuel, de quelque obéissance soit-il ;
- permettre de développer des possibilités d’accompagnement souples dans le service public, et pas seulement celles, souvent fort onéreuses, du privé ;
- développer les recherches en psychanalyse en lien avec les neurosciences, plutôt que de crier haro sur la psychanalyse, et tirer le meilleur parti de l’apport exceptionnel de cette discipline concernant le développement psychoaffectif de l’enfant, les dynamiques relationnelles, la relation soignant-patient, etc.

Ces propositions ne sont pas en contradiction avec les recommandations de la HAS mais complètent et rectifient celle du 3^e plan autisme. Plutôt que d’aggraver les clivages et de détruire l’existant au profit de projets aléatoires, elles permettraient de tirer partie de l’énorme potentiel constitué par le secteur public de psychiatrie infanto-juvénile, d’encourager les soignants, au bénéfice des enfants, des adolescents et de leurs familles.

Voilà le plan que nous attendons de notre ministère !