

« Qu'est ce qui prouve que cela va moins bien depuis le départ du Dr Lemonnier ? »

C'est le genre de question posée aux associations d'usagers lors des entretiens avec certains auditeurs.

C'est un angle qui nous a mis mal à l'aise :

- Pour nous , en tant qu'usagers, le CRA avec le Dr Lemonnier rendait un service indispensable – et sûrement perfectible ;
- Or, il ne nous est pas demandé d'expliquer en quoi ce service était bien rendu depuis plus de 10 ans : il faudrait dénigrer ce qui se fait depuis quelques mois (avec la même équipe + le Pr Botbol – le Dr Lemonnier – Mme Quemener), ce qui n'est pas notre objectif ;
- Il nous semblait bien plus intéressant de connaître en quoi le CRA répondait aux besoins des usagers.

La question a pu être posée sous d'autres angles : « *L'activité du CRA ne peut dépendre de la présence du Dr Lemonnier. Comment le CRA doit fonctionner sans lui ?* »

Excellente question. Mais :

- personne ne nous a expliqué pourquoi le CRA devait fonctionner sans le Dr Lemonnier ;
- personne ne nous a demandé comment le CRA pourrait fonctionner sans le Pr Botbol¹.

Si une chose était positive, on nous a rétorqué tout de suite avec certains auditeurs que « *ce n'est pas la mission des CRA* » – qui n'est pas pour autant définie *ad vitam aeternam*. Ou « *c'est compréhensible, vous ne pouvez pas tuer le père*² ».

Si par extraordinaire ce qu'a fait le CRA avec le Dr Lemonnier est la *norme*, il n'y aurait donc pas de raison que le CRA ne le fasse pas sans le Dr Lemonnier³.

S'il y avait des problèmes de « relais », c'était la faute du Dr Lemonnier et les choses allaient changer. Oui, mais dans quel sens ?⁴

Il y aurait eu des plaintes à l'ARS contre le CRA avant l'arrivée du Pr Botbol⁵. Mais lesquelles ?

Si une chose est négative depuis quelques mois, après avoir demandé : « *rapportez-moi les on-dit* », l'auditeur répond en conclusion : « *vous ne m'apportez pas la preuve*⁶, *je ne peux pas en tenir compte*⁷ ».

¹ La réponse semblait aller de soi : sans aucun problème, et beaucoup plus facilement.

² Commentaire à Lud'Autisme – puisque les parents fondateurs se sont rencontrés au CRA (quelle surprise !). Commentaire pas très freudien... Ne pas donner raison par principe au médecin chef de service semble par contre être hors de portée du conscient et de l'inconscient pour la direction de l'hôpital et certains « auditeurs » (sic)

³ et peu importe que la « norme » ait été définie dans le 2^{ème} plan autisme à partir de l'expérience des premiers CRA, donc du CIERA, et que le 3^{ème} plan fasse évoluer cette norme.

⁴ Celui figurant dans les recommandations de la HAS ou de l'ANESM ? Ou celui de Preaut et du collectif des 39, où se retrouvent tous les amis du Pr Botbol ?

⁵ Lors du comité de pilotage du 19 juin, la direction du CHU a dit qu'il y avait 0 plainte. Personne n'a démenti. D'où viennent donc ces propos de certains auditeurs, tenus avant que l'ARS soit auditionnée ?

⁶ et non « transmettez-moi des éléments plus précis »

⁷ Mais le Pr Botbol en tient compte le lendemain, et conclut assez rapidement : « *vous ne me faites pas confiance, allez donc voir le Dr Lemonnier* ».

S'il est proposé d'apporter la preuve, la réponse est que c'est impossible et qu'il s'agit d'un mot qui a des définitions très strictes⁸.

En tant que représentant des usagers, notre problème est que :

- les usagers soient mieux aidés dans leur rapport à la société majoritaire ;
- le CRA remplisse mieux cette fonction.

Les commentaires qui suivent sont rédigés suite aux entretiens avec les auditeurs, le comité de pilotage de juin et le CTRA de juillet.

1) Les procédures de diagnostic.....	3
2) Procédures de la file d'attente au CRA.....	7
3) La recherche.....	11
1. Le Pr Botbol fait-il de la recherche ?.....	11
2. Mission des CRA.....	11
3. Recherche ou « industrie » ?.....	11
4. Statut des recherches.....	12
5. Poussée de fièvre.....	14
4) Divers.....	15
1. Orthophonie.....	15
2. Le CRA et les lacaniens.....	15
3. Dénigrement des recommandations HAS-ANESM.....	15
4. Coordinatrice.....	16
5. Changement des orientations du CRA.....	17
6. Groupes de paroles des parents.....	17
7. Informations sur l'autisme.....	18
8. Conseils pour orienter vers les professionnels compétents.....	18
9. Formations et informations vers l'éducation nationale.....	18
10. Coordination du réseau des formateurs.....	18
11. Relations avec les assos d'usagers.....	19
12. Mise en place d'un comité d'usagers.....	19
13. Exclusion des assos d'usagers des rencontres départementales.....	19
14. Colloque du CRA boycotté.....	20
15. Application des recommandations sur le diagnostic des adultes.....	20
16. Attitude sur le DSM5.....	21
17. La sur-représentation des secteurs de pédopsychiatrie.....	21
18. La représentation du secteur médico-social.....	23
19. L'absence du milieu ordinaire.....	24
20. RIMP.....	24
21. Légitimité en pédopsychiatrie.....	24
En conclusion : de la conduite des changements.....	26

⁸ Il ne faut pas parler de « détournement de fonds » par le CHRU, parce que la comptabilité d'un établissement médico-social comme l'est le CRA ne le permettrait pas, même si vous voulons l'établir par la comparaison entre les personnes exerçant une activité au CRA et celles qui sont financées par la ligne budgétaire au CHRU.

1) Les procédures de diagnostic

Le Professeur Botbol reprend les opérations de diagnostic effectuées avant son arrivée, et remet en cause des diagnostics d'autisme qui avaient été faits par le CRA en application de la CIM-10. Les familles concernées se retrouvent donc en grande difficulté pour une reconnaissance de leur situation par les MDPH. Sur ce point, il est logique avec la position qu'il a exprimée il y a un an : *"si l'on s'en tient aux formes classiques de l'autisme et que l'on refuse de céder à la bulle de prévalence qu'on prétend nous faire avaler, multiplication par cent de la prévalence de l'autisme en moins de trente ans, ce qui, on en conviendra, relève davantage de la corbeille que de la saine épidémiologie"*⁹.

Quelles sont les statistiques des différents troubles diagnostiqués depuis que c'est le Pr Botbol qui fait les restitutions ?

Le Pr Botbol est un des éditeurs de la [dernière version de la CFTMEA \(2012\)](#) : « *En raison de sa fréquence, de son originalité et de son ancrage dans la clinique pédopsychiatrique en France, la plupart des praticiens souhaitent en effet que la mention « dysharmonies psychotiques » soit maintenue explicitement. C'est pourquoi le choix est proposé ici, à parité, entre « dysharmonies psychotiques » et « dysharmonies complexes du développement.* »¹⁰

La nouvelle version de la CFTMEA permet une transcodification automatique vers la seule source légale - et prévue par les logiciels, soit la CIM-10. La "dysharmonie psychotique", comment est-elle cotée avec ADI et ADOS ? Utiliser la CFTMEA pour les TED, c'est ne pas appliquer les recommandations de la SFP adoptées par la HAS en 2005 de la SFP sur le diagnostic précoce, en utilisant les moyens adaptés.

En tout état de cause, quel que soit le diagnostic, les familles sont renvoyées aux inter-secteurs de psychiatrie : pas de conseil, pas d'information, pas de réunion ...

Le dénigrement de l'ADI et de l'ADOS a été systématique de la part du Pr Botbol :

- Lourdeur ;
- Manque de fiabilité ;
- Coût financier des formations.

« Le Pr Botbol a précisé que les questionnaires ADI et ADOS sont deux outils pour le diagnostic. Ils sont cependant trop lourds à mettre en œuvre par les équipes de premier niveau (2 heures pour ADI et 2 H 30 pour ADOS, avec examen de la vidéo par 3 personnes). Les explications fournies n'ont pas permis de comprendre la nature exacte de leur lourdeur, ni en quoi elle constituerait un obstacle rédhibitoire à leur mise en œuvre. Est-ce le coût financier des formations (1 à 2 journées à 3000 euros pour ADI; 2 journées à 3500/4000 euros pour ADOS)? Est-ce l'impossibilité pour les équipes de se libérer pour ces formations? Le Pr Botbol pense que ces deux méthodes devraient pouvoir être mises en place au niveau des centres départementaux, mais ne doivent pas être généralisées. » Extrait du compte-rendu avec les assos de parents (26/04/2013)

MB : L'ADI a 50% d'erreur à 30 mois, 10% à 5 ans. [CTRA 9 juillet]¹¹

Lors de la réunion avec les assos de parents, le Pr Botbol a également fait état de la mise au point d'une nouvelle procédure de diagnostic « plus fiable » que l'ADI, l'APEC. Cela n'apparaît pas conforme à la mise en œuvre des différentes recommandations de la HAS.

J Physiol Paris. 2010 Dec;104(6):323-36. doi: 10.1016/j.jphysparis.2010.10.002. Epub 2010 Oct 19.

⁹ « Une cause !... Mais quelle cause ? » <http://www.psychiatrie-francaise.com/Actualites/Default.aspx?aid=183>

¹⁰ extrait p.19 <http://www.presses.ehesp.fr/images/stories/catalogue/ouvrages2011/ouvrages2012/classifmea.pdf>

¹¹ plutôt 30 % à 36 mois, 2% à 5 ans.

The Autism Psychodynamic Evaluation of Changes (APEC) scale: a reliability and validity study on a newly developed standardized psychodynamic assessment for youth with Pervasive Developmental Disorders.

[Haag G](#), [Botbol M](#), [Graignic R](#), [Perez-Diaz F](#), [Bronard G](#), [Kermarrec S](#), [Clement MC](#), [Cukierman A](#), [Druon C](#), [Duprat A](#), [Jardin F](#), [du Chatellier AM](#), [Tricaud J](#), [Urwand S](#), [Guilé JM](#), [Cohen D](#), [Tordjman S](#).

Source : SPP (Société Psychanalytique de Paris), Paris, France. genevievehaag@gmail.com
Abstract : The present study was designed to examine the reliability and validity of the Autism Psychodynamic Evaluation of Changes (APEC) scale, developed to assess the evolution in individuals with autism under treatment. The APEC scale focuses on the key role of impairment in body image construction, which requires cross-modal sensory integration through emotional communication with motor representations. Thus, the body image construction is associated simultaneously with spatial and temporal organization and allows the emergence of self- and others-representations. The use of the APEC scale, with its seven domains (expression of emotion in relationships, eye contact, body image, graphic productions, exploration of space and objects, time perception, and verbal language), underlines the importance in autistic disorder of anxieties related to body and spatial representations, and of impairment in the body ego construction which is closely linked to the emergence of individuation/separation processes. This study was conducted on 73 children and adolescents with autistic disorder. They were recruited in day care facilities where two caregivers independently gave their ratings based on their clinical observation on a daily basis during the same month. Analyses included assessing construct validity through correspondence analyses and inter-rater reliability using kappa coefficients. The APEC scale offers a reliable and validated psychodynamic assessment of interest for professionals (such as child psychiatrists, caregivers, therapists or teachers) and researchers working with children, adolescents and adults with autistic disorder, especially in the follow-up of their evolution. The APEC scale provides an approach at the interface of psychoanalysis and neuroscience, and is also of interest for clinical and developmental psychology. Using the APEC scale in a range of different practical and research settings will foster links between psychoanalytic perspectives and educational training for children with autistic disorder, and will contribute to the dialogue between psychoanalysis, neuroscience and psychology.

Dans un article publié en 2010, le Pr Botbol explique encore une fois qu'il est en désaccord avec les approches du diagnostic fondés sur le trouble/symptôme, qui ignorerait la « dimension subjective » [du psychiatre compris !¹²].

Int J Integr Care. 2010 Jan-Mar; 10(Suppl): e028. Published online 29 January 2010.
PMCID: PMC2834919 - Conceptual Explorations on Person-centered Medicine 2010

Person-centered child and adolescent psychiatric care

[Michel Botbol](#), Prof., Child and Adolescent Psychiatrist, Consultant on Juvenile Justice, French Ministry of Justice, President

Michel Botbol, WPA French Member Societies Association, Co-Chair of the WPA Section on Psychoanalysis in Psychiatry;

Taking into account this developmental dimension allowed a team of French child psychiatrists to describe nearly 30 years ago a clinical condition within a French classification of child and adolescent mental disorders [3] under the name of 'Psychotic Disharmony'. This disorder appeared to be similar to what Donald Cohen proposed 15 years later under the name of Multiplex Developmental Disorders to differentiate them from other Pervasive Developmental Disorders (PDD) Not otherwise specified (NOS) [4].

¹² "To approach these subjective dimensions in the child more attention should be given to the subjectivity of the psychiatrist, even when accepting that objectivity is needed to maintain references to a universal nosographic frame."

In a disorder-centered perspective, child and adolescent psychiatry is rendered a caricature of what is observed in adult psychiatry. It increases the inadequacy of disorder-centered diagnostic approaches, not only because, as in adult psychiatry, it ignores the subjective dimension, but because it does not take into account the multiple specificities of psychiatry at this age. It also increases the inadequacy of disorder-centered therapeutic perspectives because, as in adult psychiatry, this point of view favours a pharmaceutical approach, and tends to ignore specific concerns about this type of treatment for children.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2834919/>

On peut aussi lire dans un compte-rendu de l'AG de l'AFP de 2009 où le Dr Botbol officiait comme Secrétaire général de l'Association Française de Psychiatrie :

3. PRÉSENTATION ET DISCUSSION DE PROJETS DE CONGRÈS ET RÉUNIONS SCIENTIFIQUES :

(...)

– Congrès préparatoire à un Livre Blanc sur les classifications psychiatrie : classifications françaises et CIM-10, DSM-IV, et destruction de la clinique par les partis pris par l'Organisation mondiale de la santé et la WPA. Il faut souligner l'intérêt d'aborder une telle question d'actualité dans laquelle la psychiatrie se trouve mise en première ligne de façon discutable.

M. BOTBOL propose de mettre en place des groupes de travail, s'agissant de certains thèmes, qui procéderaient à des auditions afin d'éclairer leurs réflexions, avant de remettre un rapport. Cela pourrait ainsi s'appliquer à la paraphrénie, aux classifications, ou encore à la violence des enfants.

COMPTE RENDU DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE DU 21 MARS 2009

Lettre de Psychiatrie Française – n°186 – juin 2009 – p.8

[etc ...](#)

Lors du CTRA de juillet 2012, le Pr Botbol a admis que le CRA avait formé à l'ADI. Il était peu vraisemblable que les professionnels concernés aient payé 3.000 € pour cette formation ... En fait, le CRA de Bretagne a proposé au moins une formation de 3 jours chaque année à l'ADI, pour un coût de 200 € (300 € la dernière année). De plus, le CRA a toujours assuré sa mission de conseil sur les diagnostics complexes – et donc l'assistance à la mise en œuvre de l'ADI et son suivi.

En ce qui concerne l'ADOS, le coût de la formation est de 1.200 € prix catalogue du CERESA (Bernadette Rogé) pour les personnes envoyées par un établissement¹³. D'autre part, le CRA Nord Pas de Calais a une offre de formation ADOS en 2014 à 540 €.

SENSIBILISATION ET ENTRAÎNEMENT A LA COTATION

ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule)

3 jours (19,5 heures)

Public : Cette formation s'adresse aux professionnels s'occupant de personnes présentant un trouble envahissant du développement, concernés par la question de l'évaluation diagnostique.

Tarif : professionnel : 540 € // aidant familial, étudiant : 378 €

http://www.cra-npdc.fr/wp-content/uploads/2013/08/CATAFORM_CRANPDC_2014.pdf p.4

D'autre part, les objectifs du 3^{ème} plan autisme visent à diminuer le coût des formations à ces outils.

¹³ 1.000 € pour les individuels. Page 16 http://www.ceresa.fr/doc/Catalogue_formation.pdf

Toutes ces considérations tendent à ne faire utiliser ADI et ADOS que par l'équipe du CRA et des équipes associées.

Même le service Winnicott, dirigé par le Dr Squillante, pourtant membre du comité qui a publié les recommandations de la HAS et de la SFP de 2005¹⁴, ne serait pas en mesure de les pratiquer.¹⁵ Mais à la lecture de la thèse qui vient d'être soutenue sous la présidence du Pr Botbol, on voit que la CFTMEA y est toujours privilégiée¹⁶.

Ces positions concernant les classifications et les outils de diagnostic expliquent sans doute pourquoi le financement que le pôle adulte du CRA avait trouvé pour des évaluations dans les établissements ait été *détourné* vers des « *recherches* » du Pr Botbol.

Ces critiques sur le processus de diagnostic ne rendent pas justice à l'aspect novateur des procédures mises en place par le CRA de Brest dès l'origine :

« A l'époque, nous conduisions une politique volontariste mais pragmatique, consistant à donner ces centres de ressources à des équipes hospitalières, en évitant de créer trop de conflits entre certains parents et certains psychiatres : à celle du Pr Lelord à Tours, du Pr Aussilloux à Montpellier, à une équipe très dynamique à Brest qui avait défini des protocoles tout à fait intéressants de diagnostic précoce. Un quatrième, à Nantes, n'était pas lié à une équipe de CHU. » - Sesame n°186 - juin 2013 – J-F Bauduret, coordonnateur de la politique de l'autisme (1990-2000), rédacteur de la loi de 2002 - pp. 14

¹⁴ et des recommandations 2012

¹⁵ La question a été posée au CTRA du 9 juillet, en présence du Dr Squillante.

¹⁶ http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/84/43/79/PDF/These-Medecine_specialisee-2013-Psychiatrie-Kerrien_Margaux.pdf

2) Procédures de la file d'attente au CRA

Le Pr Botbol est coutumier d'« indignations » sur cette question (réunion d'octobre 2012 avec l'ARS, réunion avec les assos de parents en avril 2013, comité de pilotage de juin 2013).

Depuis 2009, le CRA ne pratique plus d'évaluation que pour des personnes orientées par des psychiatres. Bien que nous comprenions les raisons pour lesquelles le CRA a été contraint de le faire, nous l'avons toujours contesté.

Cela oblige les familles à rentrer dans un rapport de forces avec des professionnels¹⁷ qui considèrent cela comme un manque de confiance, une rupture de la relation thérapeutique et qui vont débiter toute la liste des « bons » motifs pour ne pas aller au CRA ou se passer de diagnostic. Cela peut aussi entraîner une exclusion de soins. Dans la pratique, cela est contraire au droit de l'usager du système de soins d'avoir un 2ème avis médical, car cela suppose d'avoir l'accord préalable du 1^{er} médecin¹⁸.

Il apparaît désormais clairement que la plupart des secteurs de psychiatrie ne pratiquent pas l'ADI et l'ADOS. Dans ce cas, il n'y a que la solution du CRA et de ses équipes associées pour avoir un diagnostic conforme au minimum de l'état actuel de la science.

Mais l'exigence pour un diagnostic au CRA (au moins pour le pôle enfant) veut dire aussi qu'en général, les patients sont déjà en contact avec le système de soins. Celui-ci a la responsabilité de lui proposer une prise en charge. Il n'est pas possible de mettre sur le dos du CRA la responsabilité d'une absence de prise en charge adéquate.

Le Pr Botbol se targue d'avoir fait baisser les « délais ». S'il est question du délai pour l'évaluation, passé de 12 mois à 9 mois en 2012, il aurait été intéressant d'interroger Mme Quemener sur ce point, puisque cela correspond à sa période de fonction.

Pendant des périodes, le nombre d'évaluations est passé de 2 à 3 par semaine, ce qui a permis une diminution des délais, mais au détriment évidemment des autres activités du CRA.

D'après le Pr Botbol, le rythme est revenu à 2 par semaine en 2013 : à demande constante, le délai ne peut rester que stable.

Cependant, lors du comité de pilotage du 19 juin, le Pr Botbol nous a informé qu'il avait donné de nouvelles instructions la veille à la secrétaire du pôle enfance, en vue de faire passer le « délai » de 4 à 2 mois. Mais la réduction du délai pour un premier entretien avec le médecin responsable du pôle enfance ne fera pas venir plus vite l'évaluation.

Sauf à réorienter vers le secteur psy une bonne partie des demandes¹⁹.

Le Pr Botbol ayant à de nombreuses reprises fait référence au CRERA, il est intéressant de constater que le CRERA a mis en place une procédure qui permet de diminuer à peu de frais la liste d'attente. Il suffit de téléphoner au pédopsychiatre de secteur, et de se conformer à son avis suivant laquelle une évaluation par le CRERA n'est pas nécessaire.

Réponse du CRERA par e-mail au médecin qui avait sollicité le diagnostic :

¹⁷ Le Pr Botbol assume cet aspect : lors de la réunion avec l'ARS en octobre 2012, il trouvait que cela avait une fonction pédagogiques pour les professionnels !

¹⁸ qui plus est, un psychiatre, car le Pr Botbol refuse que l'orientation soit faite par un médecin généraliste (le 3^{ème} plan autisme n'exclut pas, lui, les généralistes)

¹⁹ Ou à dire aux parents : « puisque vous ne me faites pas confiance, allez-voir le Dr Lemonnier ». On est en droit de s'étonner quand le propos a été tenu le lendemain de l'entretien d'une asso avec le Dr Bremond., auditeur

« cher confrère , nous vous écrivons suite à votre demande de bilan diagnostic de l'enfant âgé de 11 ans, nous avons pris contact par téléphone avec le Dr C..... pédopsychiatre de l'intersecteur Ouest à Angers qui suit cet enfant, suite à cet échange, nous ne pensons pas nécessaire la réalisation d'un bilan au CRA..Dr C.... va également revoir la maman en consultation.... »

En fin de compte, pour le Pr Botbol, s'il y a un problème, cela provient du secrétariat du CRA qui n'appliquerait pas les instructions reçues...

A effectif similaire par rapport à la population concernée, est-ce que le CRA de Bretagne, pionnier en matière de diagnostic précoce, assure moins de diagnostics que les autres CRA ?

Dans le **procès en sorcellerie** contre le CRA, il est question de non-respect de l'*équilibre* des missions. Soit en temps, soit en finances :

« L'utilisation du CRA en dehors des missions prescrites aurait engendré l'allongement des délais d'attente »²⁰

La mission « négligée » serait donc l'évaluation au profit :

- du « suivi » : le Pr Botbol met en cause les consultations externes du service.
- et de la recherche.

Or ce qu'on peut appeler le « **suivi** » concerne essentiellement le Dr Lemonnier. Le nombre de jours qu'il peut y consacrer par an (10 jours ?) ne peut avoir d'incidence sur le rythme des évaluations.

Des différentes discussions au CTRA jusqu'en 2007, du rapport de l'APIJB en 2010, on peut déduire que des équipes de pédopsychiatrie refusent que le CRA communique un diagnostic aux usagers, car elles considèrent que l'annonce du diagnostic fait partie de la prise en charge. Cela les conduit à boycotter la restitution du diagnostic au CRA – pratique qui a étonné le Dr Claire Chevreuil, parce qu'elle avait constaté au contraire que les praticiens y participaient en général, quand ils le pouvaient.

RAPPORT D'ACTIVITES DU CENTRE DE RESSOURCES AUTISME DE BRETAGNE 2007

Écoute et accompagnement avant et après le diagnostic

Le centre de ressource a réalisé 567 consultations du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2007.

255 sont des consultations de première intention. Il s'agit d'analyser la ou les demandes de la famille ou des patients. A l'issue de cette première consultation, en fonction des demandes, nous proposons une évaluation diagnostique (dans environ la moitié des situations). Dans les autres cas, une seconde consultation à distance de la première permet d'avancer avec les parents et les patients quant aux questions qui ne justifient pas une évaluation pour y répondre. Normalement, les évaluations diagnostiques faites au centre de ressources devraient être réservées aux situations complexes soit en raison du jeune âge du patient, soit en raison de la complexité de la symptomatologie. Bien sur qu'à chaque fois un contact est pris avec les équipes qui suivent le patient. Notons qu'environ la moitié des équipes de pédopsychiatrie fait directement appel à nous, mais l'autre moitié ne voit pas l'intérêt que revêt un tel bilan. On se trouve dès lors dans une situation qui peut devenir péjorative pour le patient. Pour autant, les parents demandent un diagnostic précis (en concordance avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé). Répondre à ce souhait est, bien souvent, l'occasion d'un cheminement de la part des parents, qu'une simple consultation ne saurait à elle seule accompagner. Une évaluation est alors nécessaire afin d'accompagner les parents dans la compréhension de la pathologie de leur enfant. Nous observons que dans ce cadre, et malgré l'absence de contact avec les équipes, a qui normalement revient ce rôle, les évaluations s'intègrent dans le suivi. Nous pourrions réduire nos évaluations à partir du moment où l'ensemble des équipes de pédopsychiatrie acceptera d'utiliser le centre de ressources pour ce qu'il peut apporter et dès que les recommandations seront mises en œuvre par tout le monde (les querelles idéologiques restent encore prégnantes, même si l'on note de ce point de vue une évolution

²⁰ extrait du compte-rendu du COPIL du 19/06/2013

notable). A titre d'exemple, l'intersecteur de Vannes a développé une unité d'évaluation utilisant les outils recommandés (ils se sont formés à ces outils auprès du centre de ressources). Aujourd'hui, grâce à la télémédecine, nous avons chaque mois un staff commun qui permet de partager réflexions et expériences. Un intersecteur rennais a choisi de proposer systématiquement aux parents d'un enfant présentant un trouble envahissant du développement de ce rendre au Centre de Ressources pour une évaluation, la restitution de notre évaluation se fait alors à Rennes en présence des parents et des professionnels engagés dans la prise en charge, permettant la encore une élaboration et un enrichissement mutuel profitable au patient.

Ces collaborations permettent d'orienter et de spécifier nos évaluations mais, paradoxalement, ceci augmente les demandes. En effet, les parents des autres intersecteurs qui, grâce à internet, entretiennent des contacts fréquents souhaitent bénéficier du même niveau d'évaluation.

Le tableau suivant reflète cette évolution. Nous pouvons espérer qu'à l'avenir la tendance s'inversera. Notons à ce propos que nous avons choisi, pour tenter d'améliorer le travail de réseau, de proposer systématiquement une restitution avec les équipes de prise en charge, en réunissant parents et professionnels. Pour des raisons complexes, un certain nombre de collègues nous a demandé de cesser cette pratique (sans doute que la rencontre parents et professionnels engagés dans la prise en charge s'inscrit, pour eux, dans les processus même de cette prise en charge).

	2005	2006	2007
1^{ères} consultations	156	170	255
Restitutions	62	111	112
Consultations ultérieures	30	88	200
Total	248	369	567

On constate une forte augmentation des consultations ultérieures, dont l'explication tient pour une part à l'augmentation des demandes initiales à l'égard desquelles une évaluation diagnostique n'est pas strictement nécessaire (notons à cet égard que nous ne pourrions augmenter le nombre de nos évaluations, il paraît plus judicieux que un ou plusieurs services par département pratiquent des évaluation telles que recommandées par la haute autorité de santé) pour autant dans ces cas il semble difficile de répondre en une seule consultation qui serait un accueil trop abrupte, il est nécessaire pour les familles de cheminer pas à pas.

Compte-rendu du CTRA de mars 2007 : (Asperansa) *CTR autisme mars 2007.doc*

Claire Chevreuil s'étonne des chiffres concernant les restitutions des évaluations auprès des équipes chargées de la prise en charge. Elle pensait que cela se faisait systématiquement comme à Rennes (6 à Rennes sur les 12 pour la Bretagne +12 à Nantes sur 100 évaluations). Il faut favoriser la restitution avec le réseau.

Question : est-ce que les soignants sont invités ? Viennent-ils?

Geneviève Reboul : prend l'exemple des Pays-de-Loire. La moitié des professionnels invités ne sont pas venus, mais pour des raisons conjoncturelles. On va s'assurer de leur présence. Il y a un personnel référent qui assiste à la démarche d'évaluation.

Document de l'APIJB – p.53

La création de ces centres a eu pour effet d'interroger, en retour, les équipes de prise en charge, sur leur propre modalité de diagnostic et de bilan.

Par ailleurs, le bilan d'évaluation du centre régional est transmis aux parents et à l'équipe de prise en charge de proximité ou s'effectue, de plus en plus souvent, lors d'une réunion regroupant des représentants du centre régional d'évaluation, du service de prise en charge et les parents de l'enfant, pouvant de manière diverse interférer dans l'alliance entre les parents et l'équipe de proximité.

En effet la configuration du dispositif d'évaluation, centre de référence régional rattaché à un service universitaire, place, de fait, les parents dans l'attente d'un discours d'expertise sur les troubles de leur enfant, venant dans les représentations parentales en parallèle voire en opposition avec le discours de l'équipe de prise en charge, en particulier, si le domaine des modalités de la prise en charge est abordé. Cette question relativement récente demande un travail de collaboration, de connaissance et reconnaissance réciproque qui doit évoluer sous les auspices d'une clarification des missions des uns et des autres dans le but d'aider les enfants et les parents.

Le rôle du CRA ne peut se limiter à l'annonce brute du diagnostic : le CRA doit aussi donner des conseils.

C'est évidemment sur ce point qu'il irrite des professionnels opposés à l'évolution des prises en charge des TED. Mais la mission des CRA ne se limite pas aux conseils apportés aux professionnels qui le sollicitent, mais aussi aux autres partenaires, et donc les TED ou leurs parents.

On ne voit d'ailleurs pas comment le CRA pourrait assurer ses différentes fonctions, y compris de conseil auprès des professionnels (pas seulement pédopsychiatres), de recherche, de formation, s'il n'était pas lui-même régulièrement en contact avec des personnes autistes dans le cadre de consultations. Sa mission ne peut être limitée aux diagnostics.

En ce qui concerne la **recherche**, il en est de même, la plupart des moyens humains et matériels ne provenant pas du CRA. Mais aucune question n'a été posée sur le sujet par le Dr Brémond – qui en était chargé - au Dr Lemonnier lors d'un entretien chronométré²¹.

²¹ pressé de se rendre à un soit-disant entretien avec Mme Corbel, directrice générale adjointe du CHU. Il s'est rendu en fait avec Mme Corbet à l'entretien avec Autisme Trégor Goëlo. Mme Corbel a obtenu un entretien de rattrapage lors du comité de pilotage du 19 juin, entretien étendu à M. Urvois et au Pr Botbol ensuite. Par contre, les membres du CRA n'ont pas été contactés, contrairement à ce qui avait été acté lors du comité de pilotage du 19/06.

3) La recherche

1. Le Pr Botbol fait-il de la recherche ?

Le Pr Botbol estime apparemment que le CRA n'a pas à faire de recherche.

Sauf si c'est lui qui fait celle-ci, apparemment.

Lors de la réunion d'avril 2013 avec les assos, MB fait état d'une étude sur la mélatonine qu'il réalise.

Mais ce n'est pas lui, mais le CHR Guillaume Régnier de Rennes qui fait cette recherche :

<http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01780883?term=autism&rank=14>

Recherche Essai mélatonine en 2013 : Pas de participation du CRA, ni CHRU de Brest.

Pas de mention du Pr Botbol sur le site *clinicaltrials*

<http://clinicaltrials.gov/ct2/results?term=Botbol&Search=Search>

Trouvé aucune étude à la recherche de: Botbol

Le Rotary Club de Quimperlé a accordé une aide (1500 €) pour les *recherches sur le cerveau au Pr Botbol, spécialiste de l'autisme*. Est-ce que ce n'est pas de l'abus de confiance ?

<http://www.letelegramme.com/local/finistere-sud/quimperle-concarneau/quimperle/autisme-le-rotary-club-soutient-la-recherche-29-03-2013-2051909.php>

Il apparaît en fin de compte qu'il s'agit d'une proposition de don d'un usager du pôle autisme adulte. Un projet de convention avait été préparé par le Dr Cam et Mme Quemener, en vue de financer l'acquisition de tests par les établissements médico-sociaux pour des adultes.

Quelques mois après, ce don devient un soutien au Pr Botbol pour ses recherches !

2. Mission des CRA

Le Ministère a eu l'occasion de confirmer lors des dernières journées de l'ANCRA qu'une des missions des CRA était de faire de la recherche.

3. Recherche ou « industrie » ?

Lors de la rencontre avec les associations en avril 2013, le Pr Botbol a indiqué qu'il faisait de la recherche, « *pas de l'industrie* ». Cela ne peut être compris que comme une attaque contre son ancien subordonné, le Dr Lemonnier, suite aux publications sur le bumétanide.

Voir conclusion d'une thèse de médecine qui vient d'être publiée aux Pays-Bas :

“Let's go back to the topic of my thesis, which leads to my second example of the influence of pharmaceutical companies and politics on drug development. Although the main stream of drug development focuses on mGluR5-inhibitors and PAK-inhibitors, other compounds, as described in my thesis, could be promising as well. One way or the other, these drugs receive less attention. For instance, the promising results of the use of diuretics for ASD-patient are only investigated by the group of Ben-Ari. While a large amount of researchers focus on mGluR5-inhibitors, the positive results of diuretics do not stimulate additional researcher somehow. A possible explanation is that it might be less interesting because of the low costs and the wide availability of diuretics. Therefore, use of these drugs will be financially beneficial to insurance companies, but not to pharmaceutical companies. Thus, both industries could influence the drug market.”

All roads lead to Rome, but which one the best?

The direction of Autism Spectrum Disorder drug development - By Louise Witteman 3158241. Supervision: Prof. Peter Burbach - May-June 2013

<http://igitur-archive.library.uu.nl/student-theses/2013-0723-200628/UUindex.html>

<http://igitur-archive.library.uu.nl/student-theses/2013-0723-200628/EINDVERSIE.pdf>

Ainsi donc, au lieu de travailler "pour l'industrie" (dixit Botbol), le Dr Lemonnier [ou le groupe de Ben Ari] travaillerait "pour les compagnies d'assurances", c'est-à-dire pour la sécurité sociale (qui est privatisée aux Pays-Bas) ???

Dans d'autres régions, des CRA ont organisé des réunions d'information pour les usagers sur les essais futurs de Neurochlore concernant le bumétanide. Comment se fait-il que le CRA de Bretagne n'y participe plus ?

4. Statut des recherches

Les auditeurs nous ont dit qu'ils n'étaient pas en mesure de déterminer la qualité des recherches menées par le CRA suivant les standards habituels (par exemple, revue avec comité de lecture ...).

« Le prestataire ne dispose pas des données à partir desquelles ont été établis ces documents. Il est par exemple en l'état difficile d'évaluer la production de recherche (impossibilité de déterminer s'il s'agit de publications dans des revues à comité de lecture ou de travaux internes au laboratoire. »

J'ai appris depuis que :

- le CRA avait un outil pour tenir à jour les recherches avec indication de leur statut.
- Le Dr Brémond a reçu le document retraçant les recherches lors de l'audition d'une personne du CRA.

Et il ne m'a fallu que quelques heures pour obtenir ces informations du Dr Lemonnier.

Revues sans comité de lecture :

Lemonnier E., La place du langage dans les classifications diagnostiques, Le bulletin scientifique de l'arapi, 2004, 14, 7-8

Harré L., Lemonnier E., Nadel J., Attribution d'intentionnalité et autisme : la question des précurseurs, Le bulletin scientifique de l'arapi, 2004, 14, 32-36

Lemonnier E., Notes de lecture : Le bizarre incident du chien pendant la nuit, Le bulletin scientifique de l'arapi, 2004, 14, 41

Lemonnier E., Biette S., Pry R., Planche P., Dronnet T., Les mesures psycho-cognitives chez les personnes autistes : validité et exemple d'utilisation au sein du SAFE, Le bulletin scientifique de l'arapi, 2005, 15, 27-31

Chen F., Planche P., Lemonnier E., Lazartigues A., Le style cognitif des autistes de haut niveau : dépendant ou indépendant à l'égard du champ ? Le bulletin scientifique de l'arapi, 2005, 16, 39-41

Lemonnier E et Ben-Ari Y., Des diurétiques pour traiter l'autisme : histoire riche d'enseignement d'une découverte, La lettre des neurosciences (Bulletin de la société des neurosciences), 2011, 41, 13-15

Participations à des ouvrages :

Planche P., Lazartigues A., Lemonnier E., Identification of the early signs of autism spectrum disorder : age at detection and conjectures about development, 2004, Progress in Autism Research, T1, pp 103-124, Nova Science Publishers, New-York.

Lazartigues A., Lemonnier E., Les troubles autistiques, Vivre et comprendre, Ellipses ed., Paris, 2005

Vidal J.M., Lemonnier E., Guillemot P., Dardenne P., Portier M., La question de la tiercéité dans l'autisme et ses modalités d'attachement. Une modalité de prise en charge, 2007, Les troubles du développement chez l'enfant, L'Harmattan, Paris

Tripi G., Barthez-Carpentier MA., Lemonnier E., Consultation neurologique et explorations fonctionnelles, Autisme : de l'enfance à l'âge adulte, dir C. Barthélémy et F. Bonnet-Brihault, pp 97-104, Lavoisier ed, Paris, 2012.

Lemonnier E., Sclolarité et autisme, Autisme : de l'enfance à l'âge adulte, dir C. Barthélémy et F. Bonnet-Brihault, pp 158-166, Lavoisier ed, Paris, 2012.

Revues avec comité de lecture:

Laumonnier F., Bonnet-Brihault F., Gomot M., Blanc R., David A., Moizard M.P., Raynaud M., Ronce N., Lemonnier E., Calvas P., Laudier B., Chelly J., Fryns J.P., Ropers H.H., Hamel B., Andres C., Barthélémy C., Moraine C., Briault S., X-linked mental retardation and autism are associated with a mutation in the NLGN4 gene, a member of the Neuroligin family, American Journal of Human Genetics, 2004, 74, 552-557

Vidal J.M., Lemonnier E., Appropriation of interpersonal triadic relationships by autistic children, International Journal of Psychology, 2004, 39, 395

Chen F., Lemonnier E., Lazartigues A., Sleep problems and information processing, a « disconnection effect » in autism ? Journal of medical hypotheses, 2006, 66 (6), 1245-1246

Chen F., Planche P., Lemonnier E., Lazartigues A., « Stop the world » by saying « wait » : What's up in autistic children ? Journal of medical hypotheses, 2007, 69 (1), 224-225

Chen F., Planche P., Lemonnier E., Lazartigues A., How could language interact with visuo-spatial performance in autism? Journal of medical hypotheses, 2007, 69 (3), 695-697

Chen F., Lemonnier E., Lazartigues A., Planche P., Non-superior disembedding performance in children with high-functioning autism and its cognitive style account, Research in Autism Spectrum Disorders, 2008, 2, 4, 739-752
Grandgeorge M., Hausberger M., Tordjman S., Deleau M., Lazartigues A., Lemonnier E., Environmental Factors Influence Language Development in Children with Autism Spectrum Disorders, PLoS ONE, 2009, 4, 4, e4683

Chen F., Planche P., Lemonnier E., Superior nonverbal intelligence in children with high-functioning autism or Asperger's syndrome, Research in Autism Spectrum Disorders, 2010, 4, 457-460

Jestin Granier C., Saint-André S., Lemonnier E., Lazartigues A., Dépistage précoce de l'autisme, La revue du praticien médecine générale, 2010, 841, 363-365

Lemonnier E., psychopathologie de l'enfant dyspraxique, Archive de Pédiatrie, 2010, 17, 1243-1248

Lemonnier E., Ben-Ari J., Decreased autistic behaviour in 5 infants treated with the NKCC1 cotransporter inhibitor bumetanide (bumex), Acta Paediatr., 2010 Dec;99(12):1885-8.

Planche P., Lemonnier E., Le pic d'habileté aux tâches visiospatiales chez les autistes de haut niveau désigne-t-il vraiment un déficit du traitement global, L'Encéphale, 2011, 37, 10-17

Chevreuil C., Polard E., Lemonnier E., Guillemot P., Bentué-Ferrer D., Prescription de l'aripiprazole chez l'enfant et l'adolescent, Thérapie, 2011, 66 (2), 123-130

Grandgeorge M, Deleau M, Lemonnier E, Hausberger M (2011) The Strange Animal Situation. Anthrozoos 24 (4) 393-408

Planche P., Lemonnier E., Children with high-functioning autism and Asperger's syndrome: can we differentiate their cognitive profiles?, 2012, Research in Autism Spectrum Disorders, 6, 939-948.

Grandgeorge M, Tordjman S, Lazartigues A, Lemonnier E, Deleau M, Hausberger M., Does pet arrival trigger prosocial behaviors in individuals with autism?, PLoS One. 2012; 7(8):e41739. Epub 2012 Aug 1.

Grandgeorge M, Deleau M, Lemonnier E, Tordjman S., Hausberger M., The Strange Animal Situation: application to autistic children, Interactions Studies, 2012, 13 (2), 165-188

Lemonnier E., Degrez C., Phelep M., Tyzio R., Josse F., Grandgeorge M., Hadjikhani N., Ben-Ari Y., A randomized controlled trial of bumetanide in the treatment of autism in children, Trans Psychiatry, 2012, 2, e202; doi:10.1038, 2012.124

Zürcher NR., Donnelly N., Rogier O., Russo B., Hippolyte L., Hadwin J., Lemonnier E., Hadjikhani N., It's All in the Eyes: Subcortical and Cortical Activation during Grotesqueness Perception in Autism, PLoS One, 2013, 8(1): e54313. Doi:10.1371/journal.pone.0054313

Lemonnier E, Robin G, Degrez C, Tyzio R, Grandgeorge M, Ben-Ari Y. Treating Fragile X syndrome with the diuretic bumetanide: a case report. Acta Paediatr. 2013 Jun;102(6):e288-90.

Grandgeorge M, Lemonnier E, Jallot N., Autism spectrum disorders: Head circumference and body length at birth are both relative. Acta Paediatr. 2013 Apr 13. doi: 10.1111/apa.12264

Lemonnier E., Grandgeorge M., Jacobzone-Lévêque C., Bessaguet C., Peudenier S., Misery L., Red dermographism in autism spectrum disorders: A clinical sign of cholinergic dysfunction? Research in Autism Spectrum Disorders, Vol 7, 5, May 2013, Pages 601-605.

5. Poussée de fièvre

Dans un blog de Mediapart²², le Pr Botbol a été ciblé comme un *pied nickelé* de l'autisme. On ne sait ce qui lui a valu cet « honneur ». D'autant plus que les articles enregistrés ne concernent pas spécifiquement l'autisme. Cependant, la croissance [non exponentielle : explosion en 2010, puis stabilité] des articles est effectivement atypique, non spécifiée etc ... Dysharmonie psychotique ou fabrication de profil ? Le débat est ouvert !

La bibliographie des deux articles publiés en 2012 en défense de la psychothérapie institutionnelle et des cures analytiques dans l'autisme, en opposition aux recommandations de la HAS, n'apparaît pas particulièrement diversifiée et à jour. Seule la référence au livre d'Uta Frith dénote un peu , mais il ne s'agit que de la 1^{ère} édition, et elle n'est là que pour pouvoir en faire état dans chaque conclusion avec la phrase : « *Pour l'autiste l'armoire [du cabinet de consultation] ne compte pas plus que le psychanalyste mais seul le psychanalyste s'en plaint.* »

²²LES « GRANDS SPÉCIALISTES » FRANÇAIS DE L'AUTISME _ DES PIEDS-NICKELÉS _
<http://blogs.mediapart.fr/blog/jean-louis-racca/180613/les-grands-specialistes-francais-de-l-autisme-des-pieds-nickeles>

4) Divers ...

1. Orthophonie

Le CRA a l'habitude de recommander une intervention d'un orthophoniste. Cela peut se faire en libéral.

Il y a un problème de recrutement des orthophonistes dans le public, compte tenu de la rémunération.

Or, lorsque la prestation n'est pas assurée par un SESSAD, la CPAM peut déduire du budget du SESSAD les dépenses liées à l'orthophoniste libéral. Cette information n'est pas connue en général des usagers. En recommandant explicitement l'orthophonie, le CRA rentre objectivement en conflit avec les structures de soins qui n'assurent pas un point essentiel.

2. Le CRA et les lacaniens

La Bretagne serait un fief des lacaniens. Le Pr Botbol n'est pas de cette chapelle, mais s'est félicité que depuis qu'il « s'occupe » du CRA, les lacaniens contactent le CRA pour lui demander de diffuser leurs activités. Il refuse par contre de critiquer leur point de vue (cf réunion avec les assos d'avril 2013)

Le CRA a informé de la réunion des lacaniens à Binic (12/2012). Il s'agit d'une campagne de conférences pour démolir les recommandations HAS.

Florilège de la réunion suivante à Lorient (en plus des vidéos publiées sur "le choix du sujet") :

- dire qu'il y a des origines génétiques, même si c'est vrai, permet au patient de se déresponsabiliser et ouvre la voie à l'eugénisme (diagnostic pré-implantatoire);
- les recommandations de la HAS relèvent du totalitarisme qu'on a connu; elles ne sont pas obligatoires ...
- ce n'est pas un hasard si Gilbert Collard est l'avocat du centre Camus ABA.

3. Dénigrement des recommandations HAS-ANESM

Le Pr Botbol prétend désormais - devant les associations, l'ARS et la direction du CHU - être à 100% partisan des recommandations de la HAS. Compte tenu des positions qu'il a publiées en mars 2012, c'est plutôt douteux.

Un résumé dans un article d'Éric Laurent :

« Michel Botbol, professeur de pédopsychiatrie et secrétaire général de l'Association française de psychiatrie, **s'inquiète de « l'attitude étrange de la HAS»** En quelques traits de plume, elle vient confirmer ce que beaucoup redoutaient : **derrière la prétendue objectivité des méthodes de l'évaluation, le règne d'un arbitraire économique, politique ou idéologique qui ne doit rien à la science ».**

Positions confirmées par la mise en valeur des Prs Delion, Houzel, Squillante (colloque 21/09/2012 – Paris) et Golse (colloque 31/5/2013 Brest).

Voir aussi articles de mars 2012 : <http://www.psychiatrie-francaise.com/Actualites/Default.aspx?ald=183>
<http://www.societe-psychanalytique-de-paris.net/wp/wp-content/uploads/2012/03/11-Communiqu%C3%A9-de-presse-FFP-CNPP-27-mars.pdf>

Le Pr Botbol a publié deux articles en 2012 de défense de la psychothérapie institutionnelle et des cures analytiques, en opposition aux recommandations de la HAS.

- PSYCHIATRIE FRANÇAISE — N° 2/2012 - De la cure de parole à la cure d'altérité : apport de la psychothérapie psychanalytique dans le traitement de l'autisme infantile
*Mirjana TRKULJA**, *Michel BOTBOL***

« Dans cette perspective et pour autant qu'elle soit aussi autre chose dans beaucoup d'autres situations cliniques, la psychothérapie psychanalytique aurait au moins un intérêt dans le traitement des enfants autistes : si les parents l'acceptent ou la demandent, elle pourrait être une des formes possibles des remédiations cognitives que la HAS recommande pour aider ces enfants à accéder à l'altérité. »

- PLAISIR DE FONCTIONNEMENT ET EMPATHIE MÉTAPHORISANTE : DE L'ACTE AU SENS DANS L'AUTISME INFANTILE - *Michel Botbol* - Perspectives Psy - 2012/1 - Vol. 51

La position du Pr Botbol est logique, dans la mesure où il se donne, en tant que co-président de la section Psychanalyse en Psychiatrie de l'association Mondiale de Psychiatrie, pour but de faire pénétrer la psychanalyse dans les pratiques psychiatriques traditionnelles (dont l'autisme).

Voir Psychanalyse en psychiatrie - Perspectives Psy, Vol. 51, n°1, janvier-mars 2012, p. 5-6 :

« Les textes du symposium organisé par la section Psychanalyse en psychiatrie de l'Association Mondiale de Psychiatrie¹ rassemblés dans la rubrique *Libre cours* de ce numéro de *Perspectives Psy*, relèvent d'une troisième manière, sans doute plus rude car directement articulée sur les pratiques de la psychiatrie avec de vrais patients, ceux qui, pour une raison ou une autre, ne peuvent se laisser réduire aux entités « stylisées » que nous proposent le DSM-IV et les classifications qui s'en inspirent. (...) C'est dans cette ligne que s'est inscrite la création en 2001 de la section « psychanalyse en psychiatrie » (PIP) au sein de l'Association Mondiale de Psychiatrie (WPA), afin de mettre un terme à l'absence de toute référence à la psychanalyse dans une association qui, depuis sa création, 50 ans auparavant, regroupait pourtant tous les autres courants de la psychiatrie. Prise à l'incitation de S.D. Kipman, cette initiative se fixait l'objectif de faire reconnaître par les membres de l'association internationale la plus représentative de la psychiatrie ce que la psychanalyse pouvait apporter à la psychiatrie d'aujourd'hui. Dans ce but, la section se proposait de centrer son propos non sur les différentes formes de psychothérapies analytiques, mais sur l'influence que le modèle et la théorie psychanalytiques pouvaient avoir sur des pratiques psychiatriques traditionnelles² dans le traitement de patients présentant des troubles psychiatriques dépassant de beaucoup les indications classiques de la psychanalyse »

http://www.perspectives-psy.org/articles/ppsy/full_html/2012/01/ppsy2012511p5/ppsy2012511p5.html

Nous ne pouvons donc croire à la défense des recommandations de la HAS et à une application loyale des orientations du 3^{ème} plan autisme par le Pr Botbol, ce qui ne peut qu'entraver le fonctionnement de l'équipe du CRA.

4. Coordinatrice

Il suffit de lire la fiche de fonction de la coordinatrice pour mesurer l'étendue des activités qui ne sont plus exercées.

Par exemple, depuis décembre 2012, il n'y a plus de représentant du CRA aux réunions sur la mise en place du 4^{ème} schéma départemental des personnes handicapées, alors que le département 29 avait décidé d'avoir un volet plan autisme [voir presse et bulletin du CG de juillet 2013].

Qui fait ce que devait faire la coordinatrice ? Personne. Pourquoi il n'y a plus de coordinatrice ?

Notre réponse : la direction du CHRU a promis à Mme Quemener de faire quelque chose par rapport aux questions qu'elle soulevait sur les relations au chef de service, et rien n'a été fait. Ce qui l'a conduit à

réintégrer son employeur, le Conseil Général.²³

La question nous apparaît être celui de l'encadrement.

Nous avons eu vu fonctionner pendant des années le CIERA avec le Dr Lemonnier, le cadre de santé, sous la supervision du Pr Lazartigues, et Mme Geneviève Reboul, comme coordinatrice à St Herblain. Suite à la généralisation des expériences des 5 premiers CRA (dont le CIERA) dans le cadre du 2^{ème} plan autisme, le CRA de Bretagne a continué, sans coordinateur, et avec des effectifs faibles (deux fois moins que le CRERA, dans les Pays de Loire). Le cadre de santé a 'disparu', et il a fallu un certain temps pour qu'un coordinateur soit nommé, en la personne de Stéphanie Lallouët. Faute de titularisation au CRA, elle a quitté son poste, et elle a été remplacée par Sylvie Quemener. L'absence de mesures prises par la direction de l'hôpital, depuis fin août 2012, l'a conduite à partir.

Cette instabilité dans l'encadrement est uniquement liée à la direction du CHRU de Brest, et suffirait à elle seule à justifier une autonomisation du CRA²⁴.

Elle est secondairement (depuis deux ans) la conséquence du comportement du Pr Botbol, chef de service qui prétend intervenir sur des détails alors qu'il a avalisé précédemment les orientations²⁵.

Le CRA a fonctionné sous la supervision du Pr Lazartigues, en confiance avec le Dr Lemonnier. Il n'est pas possible qu'il fonctionne aussi bien avec les Drs Lemonnier et Cam (pour le nouveau pôle adulte), alors que le Pr Botbol conteste même publiquement des données fondamentales sur leur activité, et sans coordinateur réel²⁶.

En tant qu'usager, il est difficile d'avoir une opinion précise sur ces questions, mais il est certain que nous n'avons plus aucun interlocuteur au CRA depuis le début de l'année 2013.

5. Changement des orientations du CRA

Aucune discussion au CTRA.

Aucune consultation des usagers.

Décisions unilatérales du chef de service.

6. Groupes de paroles des parents

Supprimés depuis décembre 2012.

Pas question de les reprendre : « risque de lynchage ».

Rien n'empêchait le CRA de continuer ces réunions, même avec un autre animateur que le médecin

²³ C'est ce que Mme Quemener nous a expliqué cette année, alors que M. Urvois nous expliquait que nous étions responsables de son départ.

²⁴ L'absence de coordinateur a été « neutre » financièrement, ce qui veut dire que le CHRU a reçu un financement, sans fournir la prestation.

²⁵ Exemple entendu : les réunions départementales des professionnels tenues au 4^{ème} trimestre 2012, préparées par un groupe de travail du CTRA. A partir de janvier 2013, c'est le Pr Botbol qui s'en occupe. La première réunion a lieu dans le 35, et le Pr Botbol reproche que le Pr Tordjam n'a pas été invitée. Ce n'est pas le cas. Ah bon ... critique suivante : il fallait faire intervenir le Pr Tordjman et non le Dr Lemonnier. Réponse : mais c'est vous qui avez validé l'ordre du jour des réunions.

²⁶ Les fonctions de Mme Quemener sont réparties entre Mme J. Rozec (orthophoniste), M. R. Le Men (cadre de santé) et M. Urvois (qui n'est venu, contrairement à ses promesses, qu'une fois aux réunions du service depuis décembre 2012).

pédopsychiatre responsable du pôle enfance.

Ces réunions permettaient de diffuser et de recueillir beaucoup d'informations (dans les deux sens).

7. Informations sur l'autisme

Les actions de sensibilisation sur l'autisme, qui étaient organisées à destination du grand public par les associations d'usagers, avec le concours du CRA et du Docteur Lemonnier, ont cessé.

Dernier exemple : Pontivy le 12 juin 2013, 200 à 300 personnes à la journée de l'AFBPL. Pas d'intervention du CRA.

8. Conseils pour orienter vers les professionnels compétents

Lors du premier CTRA auquel il assistait, en décembre 2011, le Pr Botbol a pris à partie le Dr Claire Chevreuil pour son dispositif expérimental d'annonce du diagnostic (DADTSA), au motif que les informations données aux parents concernant les méthodes TEACCH, ABA, Makaton et Cie ne visaient qu'à les monter contre les professionnels, car - selon lui - la *majorité* des services ne pratiquent pas ces méthodes.²⁷

Il se trouve que ces méthodes sont recommandées depuis mars 2012 par la HAS. Ces recommandations, basées sur l'état actuel de la science, ont un caractère normatif.

Le personnel du CRA a eu pour ordre de renvoyer les parents vers les inter-secteurs de psychiatrie, et de ne pas renvoyer vers les associations d'usagers (malgré p.10 recommandations 2012 HAS).

9. Formations et informations vers l'éducation nationale

Le Pr Botbol n'a pas repris le travail d'explication auprès des enseignants qui accueillent des enfants porteurs d'autisme, qui était réalisé pour assurer une bonne intégration scolaire des enfants et adolescents porteurs d'autisme; il refuse de le faire.

Lorsque l'enseignement catholique 29 (40% du secteur) a voulu organiser une conférence pour les enseignants sur l'autisme en 2012, il a pris contact avec le CRA. Le Pr Botbol et le Dr Lemonnier devaient y participer, avec les secteurs de pédopsychiatrie de Morlaix et de Quimper, et les associations de parents. Dès que le secteur de Quimper a su qu'*Autisme Cornouaille* devait participer, il a conditionné sa participation à l'exclusion des associations de parents. Nous avons donc dû convenir, en tant qu'associations, d'être assistants à cette conférence, et non des participants.

Dans le groupe de Morlaix, le représentant du secteur de pédopsychiatrie a contesté ouvertement l'exposé du Dr Lemonnier, du CRA, sur les caractéristiques de l'autisme, pourtant admises dans les recommandations de la HAS.

Le Pr Botbol a boycotté cette conférence, comme d'habitude...

10. Coordination du réseau des formateurs

Au CTRA de juin 2012, le Pr Botbol a manifesté son opposition à ce que les 12 formateurs mis en place dans le cadre du 2^{ème} plan autisme forment d'autres personnes que celles appartenant à leur établissement.

Cette opposition n'a pas été renouvelée lors du CTRA de décembre 2012 ; mais le CRA n'a rien

²⁷ Voir compilation dans « séances du DADTSA et Botbol.doc »

coordonné depuis.

Apparemment, pour le Pr Botbol, il ne doit pas y avoir de formation « labellisée » par rapport aux recommandations de la HAS (par exemple 2010 : état des connaissances).

11. Relations avec les assos d'usagers

Aucune rencontre n'a eu lieu avec les associations d'usagers, sauf dans le cadre du CTRA. Une délégation du collectif Bretagne Autisme l'a rencontré le 25 avril 2013 – au bout de 20 mois (au départ, il n'avait sollicité qu'Autisme Frane).

Le Pr Botbol voudrait – selon lui - travailler avec les assos d'usagers, mais seulement si elles sont inexistantes :

- Sésame Autisme a disparu en Bretagne suite à la reprise par la Mutualité 29-56 de l'AIPSH (et Sésame Autisme Bretagne Sud a cessé de fonctionner) – et le Pr Botbol semble ignorer que Sésame Autisme s'est débarrassé il y a quelques années de ses amis pédopsychiatres qui refusaient d'être contrôlés par un conseil d'administration ;
- L'UNAFAM : nous avons convaincu l'ARS de l'inadéquation de l'UNAFAM sur l'autisme, le Pr Botbol ne fait référence qu'à une discussion avec le président national de l'UNAFAM sur la présence d'autistes non diagnostiqués dans les HP. La personne désignée au départ pour le comité de pilotage était avant sa retraite directeur de l'IME La Passagère, fief des lacaniens en Bretagne.

12. Mise en place d'un comité d'usagers

Il est vrai que les associations d'usagers n'avaient pas eu l'occasion de le demander, tellement les relations avec le CRA étaient riches, régulières et productives. D'autant plus que cela fait partie des gènes constitutifs du CRA de Bretagne, à partir du CIERA et de sa co-gestion avec Sésame Autisme.

Lors de la rencontre d'octobre 2012, l'ARS a donné comme objectif au CHRU de mettre en place le comité des usagers (obligatoire légalement) au 1^{er} trimestre 2013 – et au plus tard au 2^{ème} trimestre.

Le Pr Botbol a proposé la composition du comité des usagers lors du CTRA de décembre : sa copie a été recalée, car il n'y avait pas une majorité d'usagers dans ce comité. Le collectif a rencontré en janvier le directeur administratif du pôle psy du CHRU (M. Urvois) sur le sujet en janvier 2013, et nous sommes tombés d'accord sur la composition de ce comité.

Dans la presse, MB attaque le collectif qui chercherait à écarter des parents du comité des usagers.

Trois mois après la réunion avec Urvois, nous avons appris lors de la rencontre entre Botbol et le collectif qu'il n'y aurait pas de comité d'usagers avant les conclusions de l'audit (alors que ces questions étaient clairement indépendantes en octobre 2012).

Dans le cadre du 3^{ème} plan autisme, il y aura une définition réglementaire du rôle et de la composition du comité des usagers des CRA. C'est un des acquis de la bagarre que nous avons menée depuis septembre 2012.

Rien ne justifie pour autant que le Pr Botbol bloque la constitution de ce comité. Tout en nous attaquant dans la presse sur la composition du comité, dont nous voudrions « exclure » des usagers.

13. Exclusion des assos d'usagers des rencontres départementales

Les associations d'usagers avaient, dans le cadre d'un groupe de travail du CTRA, participé depuis quelques années à la préparation des conférences régionales et départementales sur les recommandations

de la HAS concernant le diagnostic précoce.

Cela a été long, mais la DRASS-ARS y est pour quelque chose.

La conférence régionale s'est tenue comme prévu en 01/2011, avec les représentants de 3 assos.

Le CTRA de fin juin 2011 a décidé que dans chaque rencontre départementale, il y aurait la participation de plusieurs assos représentées localement. Le Pr Botbol a repris en main l'organisation depuis fin 2011. Les représentants des assos n'ont plus été invités à la préparation. Lorsque l'existence de ces réunions est venu à notre connaissance à l'automne 2011, le CRA a refusé l'inscription de parents. Malgré nos interventions auprès du CRA et de l'ARS²⁸, il y a eu blocage total. S'il y a eu un loupé involontaire pour la 1^{ère} réunion, le Pr Botbol a bloqué vigoureusement pour les 3 autres. Aucune excuse ni explication présentées par la suite.

14. Colloque du CRA boycotté

Le 25 octobre 2012, nous avons fait état d'une baisse de l'activité de colloque du CRA. Réponse du Pr Botbol : il y aura « Regards Croisés » en décembre. Il devait le présider : il n'est venu à aucun moment des 2 jours, alors qu'il faisait une intervention à quelques mètres sur la délinquance juvénile (ou quelque chose comme ça).

Il préfère participer à l'organisation de colloques où sont mis en valeur les opposants aux recommandations de la HAS : le Pr Delion sur le packing etc ... (septembre 2012 à Paris) et le Pr Golse (mai 2013 à Brest).

Depuis 24 mois, la seule conférence sur l'autisme en Bretagne auquel a participé le Pr Botbol est la présentation de l'intervention du Pr Golse (1 heure) en mai 2013 sur le diagnostic précoce. Conférence uniquement pour professionnels.

15. Application des recommandations sur le diagnostic des adultes

Des problèmes ont été soulevés clairement sur des pratiques du pôle psychiatrie de l'hôpital de Brest :

- exclusion des soins suite à un diagnostic du CRA ;
- aucune réflexion sur la modification des prises en charge dans les services de l'HP d'adultes (chambre d'isolement ..).

Aucune réaction de nos interlocuteurs lors du CTRA de décembre 2012 (M. Urvois - directeur référent du pôle psychiatrie, Pr Botbol - chef du service St Pol Roux dont dépend le CRA), ni aux e-mails qui ont suivi. Si ce n'est celle de M. Urvois, qui ne demande pas de détails lors de l'entretien – le mois suivant, janvier 2013 - avec les associations, mais a tout de suite conclu que c'était un « manque de coordination » de la part du pôle adulte du CRA.

Le Dr Ciolo va animer en octobre 2013 l'atelier sur l'autisme lors du colloque international des hôpitaux de jour. A partir d'un patient fictif et d'une patiente récente !²⁹

Mais c'est le Dr Ciolo qui a exclu des soins un jeune adulte fin 2012, A., suite à un diagnostic de SA par le Dr Cam. Le Dr Cam recommandait une révision des prescriptions médicamenteuses et une ergothérapie.

Le Pr Botbol se pose toujours la question d'un « surdiagnostic » pour les adultes avec l'ADI (CTRA 9/7/2013).

²⁸ Voir e-mails [Re_TR_CTRA - journées départementales.pdf](#)

²⁹ <http://www.hopitaldejour-brest2013.fr/atelier-16-titre-de-latelier/#page>

Le plus inquiétant est le propos du Pr Botbol suivant lequel les soins deviennent « banalement psychiatriques » avec l'âge³⁰.

Suite à la purge du CRA, il n'y a pas eu de mise en place de l'équipe mobile d'intervention proposée par le pôle adulte.

16. Attitude sur le DSM5

Extrait du compte-rendu de la réunion avec les assos :

« Il a rappelé que pour lui, l'explication proviendrait du fait qu'une grande partie des Asperger ne devraient pas être considérés comme porteurs d'autisme. Pour lui, les Asperger sont porteurs, pour partie de schizophrénie, pour partie d'autisme, et pour leur plus grande partie de troubles de la personnalité. Il n'y a pas de cause définie pour une "épidémie" d'autisme, et pour lui, l'augmentation des cas détectés proviendrait d'une lecture extensive des critères du DSM 4, qui se traduirait par un amalgame, au sein du syndrome d'Asperger, de cas qui ne relèveraient pas de l'autisme. Il lui a été répondu que cette explication porte sur l'analyse du comportement particulier de ces personnes, mais pas sur la cause de ce comportement particulier.

Le Pr Botbol a rappelé que les définitions du spectre étaient en cours de refonte, pour exclure la majeure partie du syndrome d'Asperger du spectre de l'autisme. C'est sa lecture de la question, qu'il a déjà exposée le 26 octobre 2012. Ce n'est pas la lecture d'autres spécialistes, qui voient dans l'évolution à venir du DSM, avec la disparition de la notion de TED, l'intégration au sein du spectre de l'autisme du syndrome d'Asperger, qui deviendra une des formes de l'autisme. »

Le Pr Botbol défend une position *originale*, en ce qu'il s'appuie sur le DSM5 pour critiquer l'application du DSM IV et de la CIM 10, au profit bien entendu de la CFTMEA.

Il s'est félicité de la publication du DSM5 dès le 6/12/2012, lors de la réunion du CTRA.

Lors de la réunion d'avril 2013 avec les assos, il a fait état de deux diagnostics d'Asperger qui ne resteraient pas longtemps « grâce » au DSM.

Or, le DSM5 indique qu'il ne peut être remis en cause un diagnostic précédent en fonction des critères du DM-IV et que le diagnostic concerne des personnes ne remplissant plus les critères, mais les ayant rempli antérieurement.

D'après la littérature scientifique, l'évolution du DSM pourrait concerner les personnes avec diagnostic de TED NS, et non de SA.

De façon habituelle, le Pr Botbol participe à toute une série d'initiatives visant à rejeter le modèle des DSM ou de la CIM au profit de la CFTMEA, DIP ou PDM. Sa référence précipitée au DSM5 est donc étonnante.

Peu importe sans doute pour le Pr Botbol : l'essentiel est de faire diminuer le taux de prévalence et de faire rentrer dans le champ de la psychiatrie le maximum de personnes.

17. La sur-représentation des secteurs de pédopsychiatrie

Dans l'audit, il y a 6 représentants **d'équipes de pédopsychiatrie**, dont 3 du Finistère (et 4 avec le Pr Botbol).

³⁰ CTRA 9/7/2013. Les mêmes propos ont été tenus par la cadre de santé de l'hôpital Gourmelen à Quimper (les Océanides) lors d'un groupe de travail du CG29.

Lors de la première réunion du comité de pilotage, ces éléments n'avaient pas été aussi précisés.

Lorsque ces équipes de pédopsychiatrie travaillent avec le CRA, elles sont considérées comme « équipes associées » (Dupin – Chevreuil) dans le diaporama. Peu importe leur couverture géographique.

On pourrait négliger l'opposition séculaire entre les deux services de pédopsychiatrie (St Pol Roux et Winnicott) de l'hôpital de Brest, suite à la nomination du Pr Lazartigues à la suite d'Houzel. Cela s'est traduit concrètement par la concurrence entre ces deux services pour la création d'un SESSAD TED, attribué en fin de compte à Winnicott et échappant au CRA ...

Le Dr Squillante défend l'approche psychanalytique de l'autisme, notamment dans le réseau PREAUT. Comme le montre une thèse de psychiatrie récemment défendue sous sa direction³¹, son hôpital de jour pratique la psychothérapie institutionnelle, Elle semble défendre l'idée du diagnostic précoce (elle faisait partie du groupe de travail qui a rédigé les recommandations de 2005 sur ce point), elle semble admettre l'idée de nouvelles approches éducatives (elle faisait partie du comité de pilotage des recommandations de la HAS de mars 2012) : mais si on lui parlait de l'attitude inadmissible de praticiens de son service, elle bottait en touche en disant que cela dépendait du Pr Lazartigues, qui était chef de service ... d'un autre service de pédopsychiatre !

D'ailleurs, la thèse de médecine indiquée ne mentionne pas ces recommandations de la HAS, utilise de façon privilégiée la CFTMEA³².

« A son honneur », il faut reconnaître qu'elle a été la seule à venir au secours du Pr Botbol au CTRA de décembre 2011, lorsqu'il a attaqué le dispositif d'aide au diagnostic des TSA (DADTSA) mis en place par le Dr Chevreuil ... et lorsqu'il ne comprenait pas pourquoi il y avait autant d'autistes scolarisés (CTRA 07/2013).

Pour ce qui concerne les secteurs de pédopsychiatrie de Quimper³³ et de Morlaix, rejetés massivement par les parents : voir leur position sur la HAS et la formation de l'enseignement catholique.

A l'occasion de la journée sur l'autisme à Quimper (29) en avril 2012, l'équipe de l'EPSM Gourmelen (Quimper) a diffusé une prise de position hostile aux recommandations de la HAS³⁴.

Par ailleurs, lors du CTRA de décembre 2012, le Pr Botbol a justifié la place de la pédopsychiatrie dans la composition proposée du comité des usagers du CRA par le fait que seuls les pédopsychiatres étaient légitimes pour diriger un CRA, l'exemple cité étant le Pr F. Bonnet-Brilhaut qui venait d'obtenir sa spécialisation en pédopsychiatrie.

A ce sujet, un article du Dr Squillante sur les MDPH est assez significatif du regret nostalgique de cette catégorie professionnelle par rapport à une époque où le professionnel était écouté et les parents ... moins écoutés.

La CDES a aussi été le lieu où j'ai pu saisir les différences et les complémentarités avec le sanitaire... ainsi que l'évolution de la place des parents et plus largement des usagers, d'abord à peine écoutés, et eux-mêmes presque s'excusant d'être là puis de plus en plus présents, réclamant une légitimité et un savoir à part entière. Dans ce contexte, cependant, le savoir médical (que nous pédopsychiatres représentions) occupait une place importante. Le diagnostic, le type de troubles, le pronostic étaient des éléments pris en compte et le médecin et les professionnels étaient reconnus dans leur discours. Leur savoir était considéré comme pertinent.

³¹ Jury présidé par le Pr Botbol : voir pp.23-24 http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/84/43/79/PDF/These-Medecine_specialisee-2013-Psychiatrie-Kerrien_Margaux.pdf

³² Le thème est l'utilisation du logiciel Axelia, du fait d'une initiative individuelle d'une enseignante en contact avec un ingénieur (p.26). Aucun commentaire sur la comparaison ou l'articulation avec d'autres modes comme le PECS.

³³ FAM et MAS gérés par l'HP Gourmelen n'ont personne en liste d'attente : étonnant, non ?

³⁴ <http://quimper.letelegramme.fr/local/finistere-sud/quimper/ville/autisme-les-pedopsychiatres-veulent-elever-le-debat-13-04-2012-1668359.php>

(...)

Cette organisation n'a pas forcément recours à des institutions, ce système demande une implication individuelle forte de l'utilisateur (individu et famille), des capacités de connaître ce dont on a besoin, de construire un réseau et de le tenir en alerte. Ainsi nous voyons actuellement dans notre pratique, certaines familles qui sont tout à fait à même de faire valoir et mettre en oeuvre le projet pour leur enfant. Mais ce modèle participatif subordonne les prestations, les possibilités de réponse, à la capacité d'« auto-légitimation » des familles. Elles ont à faire valoir leurs besoins car les principes de la loi reviennent à déléguer à l'individu la concrétisation de l'application du droit.

Cela a des conséquences considérables : les parents, ceux qui peuvent, sont investis d'une responsabilité majeure au regard des choix, tantôt parent, tantôt thérapeute et/ou coordinateur... Ils nous font part, souvent, de leur épuisement en termes de parcours du combattant. Nous aussi perdons nos repères ne sachant pas dans certaines situations si nous sommes en position d'accompagnement, de soins ou de soutien technique, parfois juste d'instrument par le biais d'un certificat...

(...)

Ce modèle exigeant, individualiste, détruit les lieux collectifs, institutionnels, basés sur une culture du lien, de l'historicité, de l'articulation et risque d'accroître certaines inégalités au regard de ceux qui ne peuvent pas assumer une implication sociale aussi forte. Ainsi se dessine la nouvelle catégorie sociale l'« invisible », la catégorie de ceux qui ne demandent pas. Vis-à-vis de cette contradiction, je crois que nous avons apporter notre point de vue, notre témoignage et à souligner revers de ce modèle qui donne la parole à qui l'a déjà.

(...)

Il me semble important de notre part de réfléchir à nos résistances. Je n'ai pas pris part aux débats suscités par la loi de 1975 mais j'ai eu le sentiment que souvent nous avons des résistances à participer à certaines évolutions et à changer de place. Cette loi est le reflet d'un changement plus global de la conception de la santé qui ne se résume plus aux maladies et aux médecins mais d'abord aux déterminants sociaux et avant tout à l'appropriation par l'individu sujet citoyen, usager de sa vie et de son expression. On voit là comment nous, avec ce qui nous caractérise, sommes remis en cause et j'aimerais que la réflexion porte aussi sur cet aspect au lieu d'être trop, parfois, dans un registre projectif. On nous invite à présent à apporter un savoir et des techniques qui peuvent contribuer à un projet, mais nous ne savons plus à la place de l'autre. Concrètement nous sommes en train d'apprendre à expliquer, à négocier, à contractualiser plus avec nos patients, à s'assurer davantage de leur choix, à faire preuve de pédagogie pour que les choix soient compris et partagés.

Il reste l'énorme problème de tous ceux qui ne peuvent pas accéder à cette dynamique de la participation, qui s'excluent et auxquels va notre attention.

M.-V. Squillante / Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 59 (2011) 223–227

La MDPH : un paradigme de l'évolution sociétale. Comprendre sans se méprendre

18. La représentation du secteur médico-social

Les organismes interrogés dans le cadre de l'audit ont été l'IME La Passagère, la Mutualité 29-56, les CAMSP et l'IME St Quihouet.

L'IME La Passagère est réputée pour être un fief des lacaniens. Au point qu'un de ses anciens dirigeants avait déclaré qu'il ne voulait pas de label « TED » pour éviter d'avoir à modifier la prise en charge.

Les CAMSP ne sont pas « réputés » pour pratiquer le diagnostic précoce, malgré les recommandations de la HAS en 2005. Lors du CTRA de juillet 2013, la représentante des CAMSP a insisté sur le fait que le réseau ne pouvait se spécialiser dans la prise en charge des TED. Cela ne nous semblerait pas poser problème, s'il n'y avait pas d'obstacle à la prise en charge ...

Il est très étonnant de voir que l'ORA ait été classée dans les associations, alors qu'il s'agit d'un réseau de professionnels oeuvrant depuis longtemps dans le médico-social.

L'objet de l'audit ne saurait être de ré-analyser les recommandations de la HAS. Aussi, lorsque des critiques du CRA sont aussi des critiques de la HAS, cela devrait être apporté à son crédit ... Cela ne semble pas être le cas.

L'étude faite par le CRA, le CREAI et l'ORA devrait rendre compte des conditions nécessaires à une évolution des pratiques.

L'Association Les Genêts d'Or n'a pas été audité, malgré son poids et alors qu'elle a travaillé de plus en plus avec le CRA. Il en est de même de l'AFPE³⁵ qui joue un rôle important dans la formation du secteur social et médico-social.

19. L'absence du milieu ordinaire

Le milieu ordinaire était « bien entendu » absent du panel pris en compte pour l'audit du CRA. C'est à notre demande qu'un (seul) représentant de l'Education Nationale a été auditionné.

Et pourtant, c'est un secteur où l'action du CRA a eu le plus d'effet, en dérangeant si nécessaire les habitudes.

L'étude faite par la DEGESCO en 2011 permettrait peut-être de l'établir. Les auditeurs y ont-ils eu accès ?

Le Dr Lemonnier avait été invité à intervenir sur le sujet aux journées de l'ANCRA en janvier 2011 à Dijon.

C'est lui qui a rédigé le chapitre sur la scolarisation dans « L'autisme : De l'enfance à l'âge adulte » - dirigé par BARTHELEMY Catherine, BONNET-BRILHAULT Frédérique.

Autant d'expériences non prises en compte.

20. RIMP

Lors du CTRA de juillet 2013, l'ARS a fait une Présentation de l'exploitation des données du RIMP 2011 – dans les établissements psychiatriques. Lorsque la prise en charge psychiatrique est exclusivement en ambulatoire (diapo 20), 11% se fait dans un lieu de consultation externe, « surtout Brest » (deux services de pédopsychiatrie, CRA), suivant la présentatrice.

Le Pr Botbol, appuyé par le Dr Squillante, a mis en cause sur ce point la façon dont son service renseignait le RIMP. .

Il semblerait que la procédure prévoit que l'inscription doit être faite par le premier interlocuteur en psychiatrie ...

En regardant dans le détail, cela concernerait surtout les 16-20 ans.

Ce ne sera pas très original de rappeler :

- L'inadéquation de la prise en charge du secteur psychiatrie adulte, soit à partir de 16 ans ;
- Le fait que les prises en charge dans le secteur libéral (orthophoniste, psychologue ...) ne sont pas prises en compte,
- Le refus des jeunes adultes de poursuivre une prise en charge inadéquate.

D'autre part, il y a vraisemblablement une sous-représentation des TED dans ce recueil d'informations (7% des enfants, 2% des adultes) dans la mesure où le motif du premier contact et de l'enregistrement peut être une autre pathologie et du fait du sous-diagnostic généralement constaté pour les TED. Par contre, une consultation au CRA a plus de chances d'être enregistrée évidemment comme TED.

21. Légitimité en pédopsychiatrie

³⁵ <http://www.afpe.org/>

Le Pr Botbol a expliqué aux associations qu'il était légitime et écouté parce qu'il avait été nommé par les « locaux », contrairement au Pr Lazartigues. Celui-ci n'aurait ensuite créé le CRA que pour essayer d'asseoir son autorité.

Nous avons des doutes sur l'intérêt de cette évolution, dans la mesure où elle consiste à conforter les services de pédopsychiatrie dans des pratiques antédiluviennes.

D'autre part, le Pr Botbol nous a garanti en octobre 2012, lors de l'entretien avec l'ARS, qu'il avait repris intégralement les cours du Pr Lazartigues, ... à l'exception des fautes d'orthographe.

Les anomalies connues dans le processus de succession du Pr Lazartigues (délai HDR, trucage d'un des avis) ne permettent pas de considérer qu'il y ait un consensus « local » sur ce point.

En conclusion : de la conduite des changements

« En revanche, changer les pratiques, changer les attitudes, modifier ou construire les compétences sont autant de mesures délicates à conduire, bien plus incertaines s'agissant de l'atteinte des objectifs. La recherche en psychologie sociale a largement montré que les changements ne se décrètent pas, qu'il est extrêmement difficile de modifier les idées, les croyances, les comportements par le biais des discours, aussi argumentés et pertinents soient-ils. C'est ce phénomène, par exemple, qui pourrait significativement minimiser l'impact des mesures prises dans le chapitre 5, indiscutablement fondamental : *Former l'ensemble des acteurs*. Un programme de formation remplit pleinement son rôle quand la motivation et l'engagement des destinataires sont très forts. Le 3e plan autisme inscrit dans ses priorités des processus pour une formation à grande échelle et on ne peut que s'en réjouir, mais il ne garantit pas les deux paramètres précédemment évoqués. Et les contraintes ont très peu d'incidence sur la motivation et l'engagement, ou alors dans une direction qui n'est pas nécessairement celle attendue. Ce qui est réellement visé c'est le changement des pratiques. Le processus qui conduit une personne à changer sa perspective par rapport à un problème particulier, une situation spécifique, est un processus très complexe. Les nombreuses études expérimentales sur le changement des attitudes montrent que vouloir changer ce que l'on pense, pour changer ce que l'on fait, n'est que d'une efficacité dérisoire. Il a été maintes fois montré que c'est plutôt le changement du comportement, grâce à diverses stratégies (phénomène d'engagement par exemple), qui entraîne ensuite un changement de la pensée, de l'attitude. Il serait bon d'intégrer ces phénomènes dans la mise en oeuvre des mesures du plan. »

L'analyse du 3ème plan autisme, par le président de l'ARAPI (la lettre de l'arapi numéro 62 - printemps 2013) - Patrick Chambres - Président de l'arapi³⁶

Le changement des pratiques est difficile. Il ne pourra être reproché au CRA jusqu'à présent de ne pas l'avoir essayé, au risque de déplaire à certains professionnels. Le maintien des pratiques est certes plus confortable pour les professionnels, mais pas pour les usagers. A notre avis, le CRA ne s'est pas contenté de proposer le changement comme dans un catalogue de formation, mais a défini des stratégies pour le mettre en oeuvre en tenant compte des différentes résistances, et en s'appuyant sur les soutiens possibles.

Parmi les soutiens, il y a celui des associations d'usagers. Cela va dans le sens des évolutions sociales dans le handicap, telles qu'en fait état le Dr Squillante. Mais l'équipe du CRA apparaît – chez certains professionnels - comme bouc émissaire de la remise en cause de leur statut dans le rapport avec les usagers.

*« L'autisme est unique parmi tous les domaines de la médecine par les contributions majeures que les parents y ont apportée » - Mary Coleman (cité dans « A History of Autism. Conversations with the Pioneers » Adam Feinstein)*³⁷

³⁶ <http://www.arapi-autisme.fr/pdf/arapi-PlanAutisme3.pdf>

³⁷ Bulletin scientifique de l'Arapi – n°31 – printemps 2013 – p.74