



Ministère de la santé et des sports
Ministre de l'écologie, de l'énergie, du développement
durable et de la mer
Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction
publique

DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE

Sous-direction de l'autonomie des personnes
handicapées et des personnes âgées
Bureau Insertion et citoyenneté (3B)
Danielle BARICHASSE
Tél. : 01 40 56 82 46
danielle.barichasse@social.gouv.fr

DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS

Sous-direction Régulation de l'offre de soins
Bureau R4
Cécile ANGLADE
Tel : 01 40 56 59 71
cecile.anglade@sante.gouv.fr

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

Sous-direction Maladies chroniques
Bureau de la Santé mentale (MC4)
Maryse SIMONET
Tél. 01 40 56 42 06
maryse.simonet@sante.gouv.fr



Caisse nationale de solidarité
pour l'autonomie

**DIRECTION DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES
MEDICO-SOCIAUX**

Pôle « programmation de l'offre de services »
Marie-Claude MARAIS
Tél : 01 53 91 28 56
marie-claude.marais@cnsa.fr

Validée par le CNP le 23 juillet 2010

Numéro de visa : **Visa CNP/ 2010-177**

Le Directeur général de la cohésion sociale
La Directrice générale de l'offre de soins
Le Directeur général de la santé
Le Directeur de la caisse nationale de solidarité pour
l'autonomie

à

Mesdames et Messieurs les Directeurs généraux des
agences régionales de santé (pour exécution)

**CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N°DGCS/DGOS/DGS/CNSA/2010/292 du 27
juillet 2010 relative à la mise en œuvre régionale du plan autisme 2008-2010**

Date d'application : immédiate

NOR Classement thématique : MTSA1020243C

Résumé : Le plan autisme 2008-2010 prévoit des actions dont la mise en œuvre est à la fois nationale et régionale. Il importe d'attirer l'attention des acteurs régionaux, institutionnels et professionnels du champ sanitaire et médico-social sur leur rôle dans l'animation locale du plan et l'organisation territoriale de l'offre de service pour le repérage, le diagnostic, le soin et l'accompagnement.
Mots-clés : autisme - handicap
Textes de référence : Plan autisme 2008/2010 <ul style="list-style-type: none"> - circulaire DGAS/DGS/DHOS/3C/2005/124 du 8 mars 2005 relative à la politique de prise en charge des personnes atteintes d'autisme et de troubles envahissants du développement (TED) - circulaire DGAS/DGS/DHOS/2008/309 du 8 octobre 2008 relative au plan autisme 2008-2010 : diffusion et mise en œuvre
Textes abrogés : néant
Textes modifiés : néant
Annexes : néant
Diffusion :

L'accompagnement et la prise en charge des personnes atteintes de troubles envahissants du développement (TED) fait l'objet d'une mobilisation nationale, traduite dans le plan autisme 2008-2010. La circulaire du 8 mars 2005 précise l'organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes atteintes de TED. Dans le cadre de la nouvelle organisation territoriale liée à la mise en place des Agences régionales de santé (ARS), la présente circulaire précise les mesures relevant plus particulièrement d'une mise en œuvre régionale ou territoriale.

En effet, nonobstant l'échéance prochaine de ce second plan, certaines actions sont programmées pour une réalisation échelonnée jusqu'en 2012 (par exemple la mesure 25 du plan concernant le renforcement de l'offre d'accueil en établissement et services) et d'autres auront un prolongement au-delà du plan.

Cette circulaire détaille plus particulièrement :

- l'animation régionale du plan
- les missions et rôles des centres de ressources pour l'autisme (CRA)
- l'organisation territoriale de l'offre de service pour le diagnostic, le soin et l'accompagnement.

1. L'animation régionale du plan

Les ARS devront veiller à ce que le dialogue, la concertation et l'approfondissement des problématiques liées à l'autisme et aux TED puissent être traités et suivis dans une instance régionale – pas nécessairement spécifique -, dont la forme devra être appropriée au contexte local ; l'organisation et les modalités de fonctionnement de cette instance devant être formalisées. Les comités qui assuraient ces fonctions précédemment de façon satisfaisante pourront être conservés. De plus, il est important qu'une personne soit identifiée au sein de chaque ARS pour être notamment le correspondant régional sur l'autisme, afin d'assurer la cohérence des actions entreprises et de simplifier les échanges d'information entre les différents niveaux : territorial, régional et national.

2. Missions et rôle des centres de ressources pour l'autisme (CRA),

Les missions des CRA sont décrites dans la circulaire du 8 mars 2005. L'état des lieux annuel du fonctionnement et des ressources des CRA est réalisé depuis 2009 sur la base d'un rapport d'activité standardisé et transmis à la CNSA pour analyse comparative des résultats. Les résultats obtenus montrent que globalement les CRA mettent en œuvre l'ensemble des missions qui leur sont confiées. Toutefois des progrès doivent encore être réalisés. Ainsi, les CRA et équipes hospitalières associées devront notamment :

1. - veiller à ce que soient identifiés au sein de chaque territoire de santé, des professionnels de santé intervenant dans le champ somatique, formés aux spécificités de l'autisme et susceptibles de délivrer des soins dans les conditions spécifiques requises (mesure 14)
2. – renforcer le travail conjoint avec les MDPH pour améliorer l'évaluation des besoins individuels afin de définir les plans personnalisés de compensation des personnes. Les équipes hospitalières des CRA devront notamment s'impliquer dans la formation des équipes pluridisciplinaires des MDPH et être un recours pour les situations et les diagnostics complexes. Par endroits, des coopérations sont d'ores et déjà instituées entre CRA et MDPH, (information mutuelle, concertations à intervalle régulier, études de cas...) formalisées ou non par des conventions. Il importe de développer ces coopérations qui enrichissent les pratiques au profit des usagers et des professionnels. Les actes des premières rencontres nationales entre MDPH et CRA organisées en décembre 2009 illustrent des expériences variées de coopération en régions. (Ils sont consultables sur le site du Ministère du travail de la solidarité et de la fonction publique et sur le site de la CNSA).
3. - poursuivre et renforcer la mission d'animation du réseau des acteurs, en matière de diagnostic et d'évaluation des troubles et pour la diffusion des connaissances et l'évolution des pratiques permettant d'accroître la qualité des interventions et des réponses apportées.
4. - organiser l'information et la formation des professionnels, favoriser les formations interdisciplinaires. Cette mission s'exercera particulièrement pour la mise en œuvre de la mesure 5 du plan autisme qui prévoit une formation de formateurs, permettant de disposer de personnes ressources à l'échelle des régions. Cette action dont l'opérateur national est l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) est déterminante pour l'appropriation par un grand nombre d'acteurs, de l'état des lieux des connaissances validées sur l'autisme et les TED réalisé par la HAS. Les CRA doivent être un relais important de cette action, notamment par l'appui qu'ils apporteront à la déclinaison des formations en région.
5. – en matière d'études et recherche, contribuer à la veille et à la réflexion sur les pratiques de soin et d'accompagnement, et être force de proposition dans ce champ. Ils participent à des recherches-actions, selon les conditions définies dans les recommandations de la HAS pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme en 2005. Ces recherches s'inscrivent dans le plan autisme ou dans les priorités de recherche qui y seront définies en 2010, ou encore en réponse à des appels à projet de recherche.

Les organisations et les formes juridiques des CRA montrent une certaine diversité qui, quelle que soit la forme juridique retenue doit s'appuyer sur la formalisation des coopérations choisies. Le plus souvent, le CRA est rattaché à un établissement de santé. Dans ce cas, ses recettes et ses dépenses doivent être retracées annuellement dans un budget annexe dédié, qui permet notamment de valoriser la contribution des équipes hospitalières associées

Deux CRA se sont constitués sous la forme de groupements de partenaires (GIP et GCSMS), statuts dont l'intérêt est de conforter la double identité des CRA (sanitaire et médico-sociale) en un ensemble cohérent.

Enfin, un renforcement et un rééquilibrage des moyens des CRA est conduit. Dans l'objectif de réduction des disparités des moyens mobilisés entre régions, des crédits sont alloués sur les enveloppes régionales médico-sociales 2010 pour renforcer les CRA les moins dotés au regard de la population.

3. L'organisation territoriale de l'offre de service pour le diagnostic, le soin et l'accompagnement

La graduation de l'offre de soins et d'accompagnement des personnes atteintes de troubles envahissants du développement doit devenir plus effective.

1- Recentrer le rôle des équipes hospitalières associées au CRA au niveau régional :

La circulaire du 5 mars 2005 a contribué à positionner au niveau régional les équipes hospitalières qui sont associées au CRA pour réaliser sa mission de diagnostic et d'évaluation complexes, de recherche et de formation. L'analyse de l'activité de ces équipes a montré qu'elles intervenaient encore trop en 1^{ère} intention. Ce constat conduit à repositionner l'intervention respective des différents acteurs intervenant dans le diagnostic et la prise en charge de l'autisme.

L'ARS désigne au niveau de chaque région une ou plusieurs équipes hospitalières qui sont associées au CRA pour réaliser sa mission de diagnostic et d'évaluation complexes, de recherche et de formation. Cette désignation s'effectue en fonction des besoins de la population et du niveau de compétence des équipes. La contribution de ces équipes à la mission du CRA est obligatoirement formalisée par la voie de conventions prévoyant les modalités de la coopération des différents intervenants.

L'intervention de ces équipes hospitalières est mobilisée en vue de plusieurs objectifs :

- a- La réalisation par ces équipes de diagnostics et d'évaluation en matière d'autisme doit être réservée aux cas « complexes » ou sujets à discussion. Dans ce domaine, les équipes hospitalières associées aux CRA doivent être positionnées comme structures de « recours », intervenant en seconde intention. Le recentrage du rôle de ces équipes en matière de diagnostic complexe devra faire l'objet d'un suivi de la part des ARS à partir des données du suivi annuel de l'activité des CRA.
- b- Les équipes associées aux CRA doivent a contrario prendre une place accrue en matière d'appui et de formation des équipes hospitalières ou médico-sociales (CAMSP et CMPP) susceptibles d'intervenir en première intention en matière de diagnostic, d'évaluation et de prise en charge de l'autisme.
- c- Les CRA et les équipes hospitalières qui leur sont associées doivent disposer d'une équipe hospitalière associée pour les adultes. Les professionnels disposeront d'ici fin 2010 de recommandations de la HAS sur la problématique du diagnostic chez l'adulte. Sur la base de ces travaux, les CRA devront accompagner la diffusion de ces recommandations en réalisant des informations et formations sur cette thématique auprès des équipes de psychiatrie adulte. En outre, les CRA devront développer leur rôle de recours pour poser des diagnostics d'autisme chez l'adulte, champ qu'ils ont actuellement peu investi.

2- Développer le rôle des équipes hospitalières de 1^{ère} ligne (territoire de santé) dans le diagnostic des cas simples

Une grande diversité d'acteurs intervient actuellement pour poser un diagnostic d'autisme, sans toutefois disposer de la maîtrise de l'ensemble des outils permettant de poser avec rigueur un tel diagnostic. Il est nécessaire de développer les compétences de ces professionnels avec l'appui des CRA et des équipes hospitalières qui leur sont associées

pour permettre à ce niveau de 1^{ère} ligne de prendre toute sa place dans la réalisation des diagnostics d'autisme.

Les ARS identifieront sur chaque territoire pertinent au moins une équipe hospitalière multidisciplinaire (une par territoire de santé en fonction des caractéristiques sanitaires et démographiques de la population) qui soit à même de poser un diagnostic de troubles envahissants du développement dans des conditions conformes aux recommandations de la HAS (professionnels formés, compétents et suffisamment entraînés, ayant une bonne connaissance de ce qui peut être proposé aux parents en termes de soins, d'éducation, de pédagogie et d'accompagnement de leur enfant, et articulés avec les professionnels susceptibles d'assurer les consultations génétique et neurologique).

Les équipes assurant la responsabilité du diagnostic doivent donner la priorité à l'examen des enfants pour lesquels aucun diagnostic n'est encore établi. La HAS recommande que le délai de rendez vous donné pour la réalisation de l'évaluation ne dépasse pas 3 mois.

En outre, les pédopsychiatres de CMPP, de CAMSP, ou exerçant au sein de cabinets libéraux peuvent également s'associer aux équipes hospitalières pluridisciplinaires pour assurer le diagnostic d'autisme, sous réserve d'avoir passé des conventions formalisées, garantissant l'accès à l'ensemble des professionnels et structures qui appliquent les recommandations de la HAS.

3. Favoriser la continuité du parcours de soin et d'accompagnement à tous les âges

Une attention particulière sera apportée à la coordination des professionnels intervenant en amont et en aval du diagnostic chez l'enfant. Les CAMSP notamment, dans leur action spécifique en direction des très petits enfants présentant des troubles du développement sont des structures en capacité de mettre en œuvre, dès l'apparition des premières déficiences, une surveillance, un suivi ambulatoire, une rééducation et un accompagnement parental, en lien avec les équipes spécialisées.

L'organisation territoriale de l'offre dans la région doit avoir pour objectif de favoriser la continuité du parcours de soin et d'accompagnement de la personne, pour éviter les ruptures de prise en charge, et améliorer l'accès aux ressources existantes. Dans le cadre des schémas d'organisation sanitaire, médico-sociale et de prévention, outre le développement quantitatif de l'offre, il importe de renforcer au niveau régional et des territoires :

- le rôle des acteurs de proximité, médecins de ville, services de PMI, CAMSP, CMPP notamment, pour le repérage des troubles et l'orientation précoce vers les équipes multidisciplinaires compétentes en matière de diagnostic, mais aussi pour le suivi de proximité.
- la coordination des interventions pour assurer un parcours de soin et un projet personnalisé de compensation adaptés, à même d'apporter des réponses diversifiées prenant en compte l'ensemble des besoins de la personne, thérapeutiques, éducatifs, pédagogiques et professionnels, tant pour les enfants et adolescents, que pour les adultes.

4. Le suivi-évaluation de la mise en œuvre

L'évaluation de la mise en œuvre de ces instructions prendra en compte la diversité et la multiplicité des acteurs concernés.

Elle se fera notamment par :

- les rapports d'activité des CRA,
- les rapports d'activité des MDPH,
- les rapports d'activité des établissements autorisés en psychiatrie (RA-psy),
- les rapports d'activité des CAMSP,
- les informations portées à la connaissance des CRA concernant la démultiplication régionale de la formation de formateurs - organisée par l'HESP - relative au corpus commun de connaissance sur l'autisme et les TED publié par la HAS.

Vous voudrez bien faire part aux directions concernées, des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre des recommandations de cette circulaire. Les services de la DGCS, de la DGOS, de la DGS et de la CNSA sont, en outre, à votre disposition pour toute information qui pourrait vous être utile.

Pour le Ministre et par délégation

Le directeur Général
de la Cohésion sociale

Fabrice HEYRIES

pour la directrice Générale
de l'Offre de soins
Le chef de service

Félix FAUCON

La Directrice générale
Adjointe de la Santé

Sophie DELAPORTE

Le Directeur adjoint de la Caisse nationale
de Solidarité pour l'autonomie

Laurent GRATIEUX