



HAL
open science

La prise en charge de l'autisme par les médecins généralistes en Picardie

Ravivarma Ramamourthy

► **To cite this version:**

Ravivarma Ramamourthy. La prise en charge de l'autisme par les médecins généralistes en Picardie. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01284023

HAL Id: dumas-01284023

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01284023v1>

Submitted on 7 Mar 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2015

N° 2015-74

**LA PRISE EN CHARGE DE L'AUTISME PAR
LES MEDECINS GENERALISTES EN PICARDIE**

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement

Le 18 Juin 2015

Par

Ravivarma RAMAMOURTHY

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Christian MILLE

JUGES : Monsieur le Professeur Henri COPIN

Monsieur le Professeur Bernard DESABLENS

Monsieur le Professeur Johann PELTIER

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Jean-Paul DUCROCQ

A mon président de jury,

Monsieur le Professeur Christian MILLE

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Pédo-psychiatrie)

Pôle "Femme - Couple - Enfant"

Vous me faites l'honneur de présider ce jury,

L'intérêt et la gentillesse que vous avez montrés pour la présidence de mon travail a permis sa réalisation.

Vous me faites particulièrement l'honneur d'apporter votre regard critique précieux,

Soyez assuré de ma profonde admiration et de ma sincère reconnaissance.

A mon juge,

Monsieur le Professeur Henri COPIN

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Cytologie et Histologie)

1^{er} Assesseur et Assesseur du 1^{er} cycle

Chef du Service de Médecine et Biologie de la Reproduction et de la Cytogénétique

Pôle "Femme - Couple - Enfant"

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de juger ce travail,

Soyez assuré de mon profond respect.

A mon juge,

Monsieur le Professeur Bernard DESABLENS

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Hématologie - Transfusion

Vous me faites l'honneur d'examiner ce travail,

Recevez à cette occasion mes sincères remerciements,

Votre aimable soutien a contribué au bon déroulement de ce travail.

A mon juge,

Monsieur le Professeur Johann PELTIER

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Chef du Service de Neurochirurgie

(Anatomie)

*Vous me faites l'honneur de siéger parmi les membres de ce jury,
Veuillez trouver ici le témoignage de ma plus grande reconnaissance.*

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Jean- Paul DUCROCQ

Médecin Coordonnateur Gériatre – Médecin Généraliste

Médecin humanitaire

Enseignant Universitaire, Faculté de Médecine d'Amiens

Maître des stages universitaires – Directeur de thèses

Département de Médecine générale

Je vous remercie pour m'avoir guidée tout au long de ce travail et avoir pris le temps de m'apprendre une méthodologie que je ne connaissais pas.

Vous avez accepté si gentiment et si spontanément de diriger ce travail au chemin d'une visite à domicile. Vous m'avez marqué par votre disponibilité, votre écoute et votre gentillesse, tant en directeur de thèse qu'en maître de stage. Vous m'avez accompagné dans toutes les étapes.

Vous m'avez fait partager vos connaissances et votre expérience lors de nos passages dans votre cabinet médical à Morienvil. Vous m'avez marqué par votre enthousiasme et votre engagement à l'égard de la médecine générale, tant proche de vos patients qu'enseignant à la Faculté de Médecine. Votre profil humanitaire est admirable.

Vous m'avez guidé sans relâche et conseillé souvent. Vous m'avez éclairé mon chemin dans ses moments les plus durs. Votre dimension humaine m'a beaucoup touché.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude

Et de mon éternelle reconnaissance.

A Madame Le Professeur Colette DUFOUR,
Professeur des Universités – Médecin Généraliste,
Coordonnateur du Département de Médecine générale,

Vous m'avez été un guide tout le long de l'Internat de DES de Médecine Générale. Votre rôle a été essentiel comme à tant d'autres internes parmi nous aujourd'hui.

A l'URPS de Picardie, pour avoir accepté la prise en charge de ce travail,
Sans vous cette recherche n'aurait pu avoir vu le jour.

A tous les médecins généralistes libéraux de Picardie qui ont bien voulu participer au questionnaire d'enquête régionale, *vous trouverez ici le résultat de votre bienveillance.*

A tous les Services hospitaliers de Picardie qui m'ont accueilli, leurs Chefs de Service et équipes, séniors et internes avec qui j'ai pu collaborer lors du cursus d'Internat.

A mes Maîtres de stage de médecine générale, et mes enseignants de cours du DES médecine générale. *Votre volonté de transmission est admirable et exemplaire.*

A mon père, Dr. Viswanathan RAMAMOURTHY, Psychiatre et Médecin généraliste à Paris,
Vous m'avez redressé dans les moments les plus difficiles.

A ma mère Chandrapraba,

A ma femme Sumitha,

A ma fille Sahana,

A ma famille,

A mes amis,

Et bien sûr, à tous les patients autistes et leurs familles, dans le besoin d'améliorer leur prise en charge. *Je serais content que ce travail puisse vous servir.*

TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION	16
I. LE DEPISTAGE DE L'AUTISME EN MEDECINE GENERALE	17
1. Définition de l'autisme	17
2. Recommandations sur le dépistage et le diagnostic de l'autisme pour les professionnels de première ligne (HAS, Juin 2005)	18
2.1. Définition (CIM 10)	18
2.2. Données générales	18
2.3. Recherche des signes d'alerte	18
2.4. Signes d'alerte devant faire rechercher un autisme	19
2.5. Diagnostic formel	19
2.6. Information à donner aux parents avant l'établissement du diagnostic	20
3. Orientation vers un centre spécialisé : le CRA (Centres Ressources Autisme)	20
II RECHERCHE PRACTIQUE	21
1. Matériels et méthodes	21
1.1 Matériels	21
1.2 Méthodes	21
1.2.1 Questionnaire	21
1.2.2 Recherche bibliographique	22
2. Résultats	22
2.1. Profil et caractéristiques du groupe de médecins étudié	22
2.2. Connaissances des médecins généralistes sur l'autisme	24
2.3. Pratique des médecins généralistes avec les patients autistes	27
3. Discussion	36
3.1 Le profil des médecins généralistes enquêtés	36
3.2 Les connaissances actuelles des médecins généralistes sur l'autisme, et l'importance d'un dépistage précoce	37
3.3 La pratique, les rôles et besoins des médecins généralistes dans la prise en charge de l'autisme	40
3.4 La question de la coordination pluri-professionnelle dans le parcours de soins du patient autiste	42
3.5 La place du médecin généraliste dans la pathologie autistique	44
III CONCLUSION	45
IV BIBLIOGRAPHIE	46

V ANNEXES	49
ANNEXE 1 : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes de Picardie	49
ANNEXE 2 : Repaires nécessaires au développement de la socialisation et communication chez l'enfant	54
ANNEXE 3 : Tableau récapitulatif des signes d'alertes de l'autisme	55
ANNEXE 4 : Critères du DSM IV pour le diagnostic du trouble autistique	56
ANNEXE 5 : Critères de la CIM 10 pour le diagnostic de l'autisme infantile	57
ANNEXE 6 : Questionnaire CHAT (Check-List for Autism in Toddlers)	58
ANNEXE 7 : Questionnaire M-C.H.A.T. destiné aux parents	59
ANNEXE 8 : Le suivi de l'autisme et des autres troubles envahissants du développement (TED) chez l'enfant et l'adolescent (HAS 2012)	60
ANNEXE 9 : Plan autisme 2013 / 2017, Synthèse du rapport d'étape du 3 ^{ème} plan autisme - 16 avril 2015 (ministère de la Santé)	61
RESUME :	65

INTRODUCTION :

L'autisme est un trouble général du comportement qui a été déclaré « grande cause nationale » en 2012 par les pouvoirs publics [1], il est devenu un enjeu majeur de santé publique. Depuis quelques années maintenant, cette pathologie lourde et très handicapante pour les autistes et leur famille suscite l'intérêt de nombreux chercheurs et professionnels de santé.

Les premières inquiétudes des parents se situent dès les deux premières années de la vie de l'enfant. Ils s'adressent alors principalement aux praticiens de première ligne : Les pédiatres et les médecins généralistes.

Praticien de soins primaires en tant que médecin traitant pour le suivi de l'enfant, avec un rôle central pour la famille, quel est donc le rôle du médecin généraliste en Picardie ? Quelle est sa position dans le parcours de soins de l'enfant autiste ?

Nous analysons la prise en charge de l'autisme par les médecins généralistes picards, sur la base de leurs connaissances de la pathologie, de son dépistage précoce, de l'approche relationnelle et du ressenti pour cette pathologie complexe, ainsi que les besoins en pratique quotidienne et les problèmes éventuels rencontrés au cours de cette pratique.

Cette étude présente ainsi pour objectif principal d'évaluer la place du médecin généraliste dans le parcours de soins d'un patient autiste. Elle tentera également de préciser les attentes des médecins généralistes pour améliorer leur prise en charge d'un patient autiste.

Une enquête descriptive régionale est réalisée par le biais d'un questionnaire anonyme d'évaluation à choix multiples incluant des questions semi-ouvertes, adressé aux médecins généralistes libéraux de Picardie.

Le questionnaire, diffusé par envoi postal à un panel de médecins tirés au sort avec le concours sollicité de l'URPS de Picardie, comporte 3 parties : le profil du médecin généraliste, ses connaissances sur l'Autisme, et sa pratique médicale par rapport à l'autisme.

Les réponses à ce questionnaire nous permettent d'avoir un éclairage, non exhaustif mais néanmoins représentatif, sur la prise en charge de l'autisme en Picardie, d'appréhender la place réelle du médecin généraliste, spécialiste en soins primaires dans le dépistage et le suivi de cette pathologie. Il nous permet d'aborder les attentes des médecins généralistes et de proposer des solutions pour améliorer cette prise en charge, en particulier dans le cadre d'une meilleure coordination des acteurs de soins, indispensable dans le cadre de cette pathologie complexe.

I. LE DEPISTAGE DE L'AUTISME EN MEDECINE GENERALE

1. Définition de l'autisme

La définition de l'autisme renvoie aux critères de psychopathologie clinique de référence : la classification internationale des maladies (CIM), et Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM).

C'est l'association de deux critères de trouble, l'un social et l'autre comportemental, qui tend à définir aujourd'hui l'autisme (dans le DSM 5). Ces deux critères se substituent à une notion de triade autistique qui fait néanmoins toujours office de définition de référence (dans le CIM 10), sans contradiction car elle ne fait que distinguer communication et interaction dans le volet social. Cette triade mise en évidence cliniquement est la suivante :

- Troubles qualitatifs de la communication verbale et non verbale,
- Altérations qualitatives des interactions sociales,
- Comportements présentant des activités et des centres d'intérêt restreints, stéréotypés et répétitifs.

Ces quinze dernières années, sous l'impulsion des associations de familles, en lien avec quelques groupes de professionnels, un plan national a été mis en œuvre par le gouvernement pour l'autisme. Des textes de loi sont parus, les Centres de Ressources pour l'Autisme ont été créés, et la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en juin 2005 les Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme. L'autisme a été déclaré grande cause nationale. Trois plans dédiés ont été mis en place : 2005-2007, 2008-2010 et 2013-2017.

2. Recommandations sur le dépistage et le diagnostic de l'autisme pour les professionnels de première ligne (HAS, Juin 2005) [2] :

2.1 Définition (CIM 10)

L'autisme est un trouble du développement caractérisé par des perturbations dans les domaines des interactions sociales réciproques, de la communication et par des comportements, intérêts et activités au caractère restreint, répétitif.

2.2 Données générales

À ce jour, le diagnostic de l'autisme est clinique. Le plus souvent, le diagnostic peut être établi à partir de l'âge de 2 ans. Il repose sur un faisceau d'arguments cliniques recueillis dans des situations variées par différents professionnels. Il est associé à une évaluation des troubles et des capacités ainsi qu'à la recherche de maladies associées. Il se fait en collaboration avec la famille.

Un professionnel suspectant un autisme mais qui ne peut assurer la procédure diagnostique décrite doit adresser l'enfant le plus tôt possible à une équipe spécialisée en préparant sa famille et en favorisant les conditions de l'accueil de l'enfant et de sa famille auprès de cette équipe.

Il est fortement recommandé que le développement de la communication sociale fasse l'objet d'une surveillance systématique au cours des trois premières années, dans le cadre des examens de santé au même titre que les autres aspects du développement. À l'âge scolaire (maternelle et primaire), compte tenu des formes d'autisme à expression plus tardive, il est recommandé d'être attentif aux enfants ayant des difficultés importantes dans les interactions sociales et des particularités dans les apprentissages sans pour autant présenter de retard mental significatif.

2.3 Recherche des signes d'alerte

Le praticien doit rechercher ces signes sur la base de l'interrogatoire des parents (pour recueillir des éléments sur la réactivité sociale de l'enfant) et d'un examen de l'enfant

permettant de l'observer et de le solliciter sur un temps suffisant dans l'interaction avec son environnement. L'enfant doit être revu rapidement et régulièrement en cas de doutes. En cas de doutes persistants, l'enfant doit être orienté vers un pédopsychiatre ou un neuropédiatre.

2.4 Signes d'alerte devant faire rechercher un autisme

- Les inquiétudes des parents évoquant une difficulté développementale de leur enfant (elles sont fortement corrélées à une anomalie effective du développement).
- Chez un enfant avant 3 ans : passivité, niveau faible de réactivité/anticipation aux stimuli sociaux (ex. : ne se retourne pas à l'appel par son prénom ; manque d'intérêt pour autrui, préfère les activités solitaires), difficultés dans l'accrochage visuel, difficultés dans l'attention conjointe (attention partagée par 2 partenaires sur un objet tiers) et l'imitation, retard ou perturbations dans le développement du langage, absence de pointage, absence de comportement de désignation des objets à autrui, absence d'initiation de jeux simples ou ne participe pas à des jeux sociaux imitatifs, absence de jeu de faire semblant, intérêts inhabituels et activités répétitives avec les objets.
- Quel que soit l'âge, une régression dans le développement du langage et/ou des relations sociales.
- Des antécédents d'autisme dans la fratrie en raison du risque élevé de récurrence.
- Quelques signes ont une valeur d'alerte très importante chez l'enfant de moins de 3 ans et doivent conduire à demander rapidement l'avis de spécialistes (cf. encadré ci-dessous).

Adapté de Baird *et al.* 2003

- absence de babillage, de pointage ou d'autres gestes sociaux à 12 mois ;
- absence de mots à 18 mois ;
- absence d'association de mots (non en imitation immédiate) à 24 mois ;
- perte de langage ou de compétences sociales quel que soit l'âge.

2.5 Diagnostic formel

L'enfant doit être orienté pour confirmation diagnostique vers des professionnels formés et expérimentés. Le diagnostic nécessite une équipe pluridisciplinaire entraînée à l'examen du développement de l'enfant, notamment dans ses aspects psychopathologiques et 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. Cette équipe doit être en relation avec les professionnels susceptibles d'assurer les consultations génétique et neurologique. Telles que définies, ces équipes peuvent être localisées en CAMSP, CMPP, cabinet de praticiens libéraux coordonnés entre eux, service de psychiatrie infanto-juvénile, service de pédiatrie, unités d'évaluation ou centre de ressources autisme.

2.6 Information à donner aux parents avant l'établissement du diagnostic

Il est recommandé de ne pas annoncer un diagnostic avant les résultats de l'évaluation pluridisciplinaire.

Il est recommandé de ne pas utiliser les termes d'autisme chez un enfant de moins de 2 ans ou en cas de doute diagnostique et d'utiliser plutôt la notion de trouble du développement dont la nature est à préciser.

3. Orientation vers un centre spécialisé : le CRA (Centres Ressources Autisme)

En cas de suspicion de syndrome autistique, le médecin généraliste doit orienter l'enfant vers un centre spécialisé pour établir le diagnostic.

Les CRA constituent l'un des acteurs clés au niveau régional de la prise en charge des personnes avec autisme ou autres TED.

Les CRA ont pour mission, en s'appuyant sur une équipe pluridisciplinaire spécialisée et expérimentée sur le syndrome autistique et des TED en matière de diagnostic et d'évaluation :

- l'accueil et le conseil des personnes et de leur famille
- l'aide à la réalisation de bilans et d'évaluations approfondies
- l'information, la formation, le conseil auprès de l'ensemble des acteurs impliqués dans le diagnostic et la prise en charge de l'autisme et des troubles apparentés
- l'animation de la recherche, sur un territoire donné.

Les CRA, en général à vocation régionale et fédérés en association nationale par l'ANCRA, n'assurent pas directement les soins, mais interviennent en articulation avec les dispositifs de soins comme avec les dispositifs médico-sociaux concernés. Leurs missions s'exercent à l'égard des enfants, adolescents et adultes atteints d'autisme ou de TED. Ils ont travaillé à l'élaboration de recommandations de prise en charge sous l'égide de la HAS. Le CRA est un acteur pivot du 3ème plan autisme.

En 2009, vingt-quatre CRA sont implantés en France et dans les DOM.

Centre Ressources Autisme Picardie

4, Rue Grenier et Bernard

80000 AMIENS

Tél. 03 22 66 75 40

Coordination du CRA et responsabilité médicale : Pr. Christian MILLE

II RECHERCHE PRATIQUE

1. Matériels et méthodes

1.1 Matériel

Nous avons fait le choix d'une enquête de pratique auprès des médecins généralistes libéraux de Picardie, et avons donc conduit une étude descriptive régionale par un questionnaire anonyme d'autoévaluation à choix multiples incluant des questions semi-ouvertes, sur la prise en charge de l'Autisme dans leur exercice professionnel. Le recueil des réponses s'est déroulé sur une période de 10 semaines, du 01/12/14 au 09/02/15. Le choix de la période était aléatoire.

1.2 Méthodes

1.2.1 Questionnaire (cf. Annexe 1)

Le questionnaire est diffusé par envoi postal sur un panel de 500 médecins tirés au sort avec le concours sollicité de l'URPS de Picardie, et comporte 3 parties : le profil du médecin généraliste, ses connaissances sur l'Autisme, et sa pratique médicale avec le patient autiste.

Les critères d'inclusion correspondent à la liste de diffusion des médecins généralistes appartenant à l'URPS. Nous n'avons pas retenu de critères d'exclusion. Mais l'analyse statistique des réponses porte essentiellement sur les médecins généralistes en relation à cette patientèle, celle-ci a été réalisée à l'aide du logiciel SPHINX de l'URPS de Picardie.

1.2.2 Recherche bibliographique

Une recherche bibliographique a été réalisée à la bibliothèque médicale de l'université Jules VERNES d'Amiens. Nous avons également consulté certaines bases de données en ligne : le SUDOC, les mots-clés utilisés pour la recherche ont été « autisme » ; « dépistage » ; « signes cliniques » ; « signes précoces » ; « médecine générale ». Des articles de langue française ont été consultés. Le site internet de la HAS a également été consulté pour se référer aux recommandations françaises actuelles.

2. Résultats

2.1 Profil et caractéristiques du groupe de médecins étudié

78 médecins généralistes ont répondu au questionnaire sur un échantillon de 500, ce qui représente 15,6% de taux de participation. Toutes les réponses obtenues étaient exploitables.

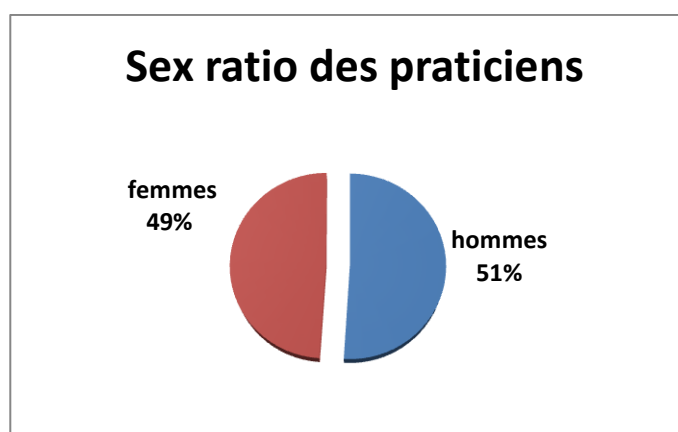


Figure 1

Le groupe étudié a comporté 38 femmes et 40 hommes praticiens, soit une composition sensiblement égalitaire entre les deux sexes (49% de femmes et 51% d'hommes) (figure 1).

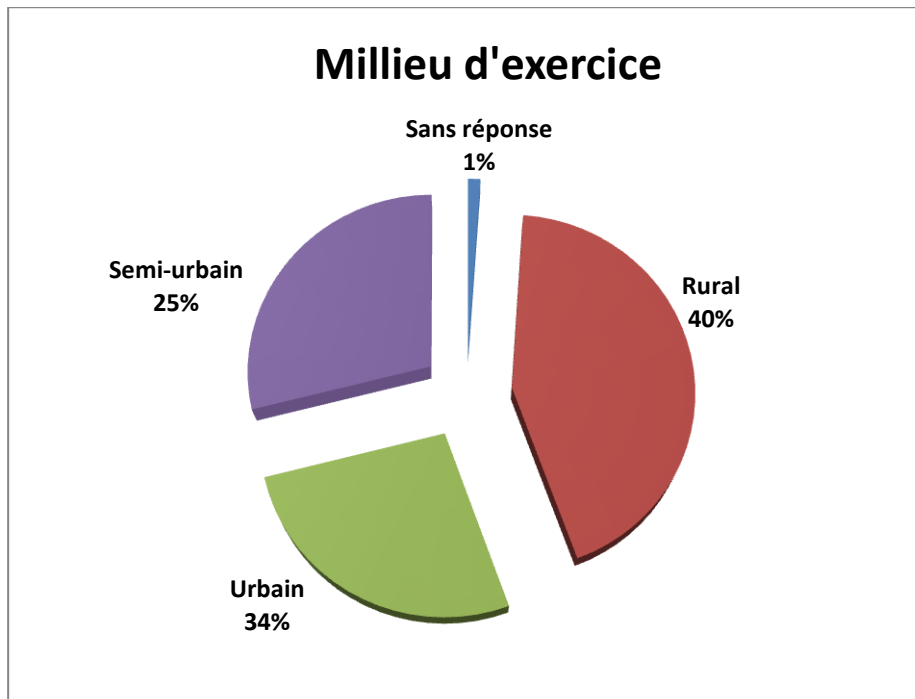


Figure 2

40% des médecins généralistes exerçaient en milieu rural, 34% en milieu urbain, et 25% en milieu semi-urbain (figure 2).

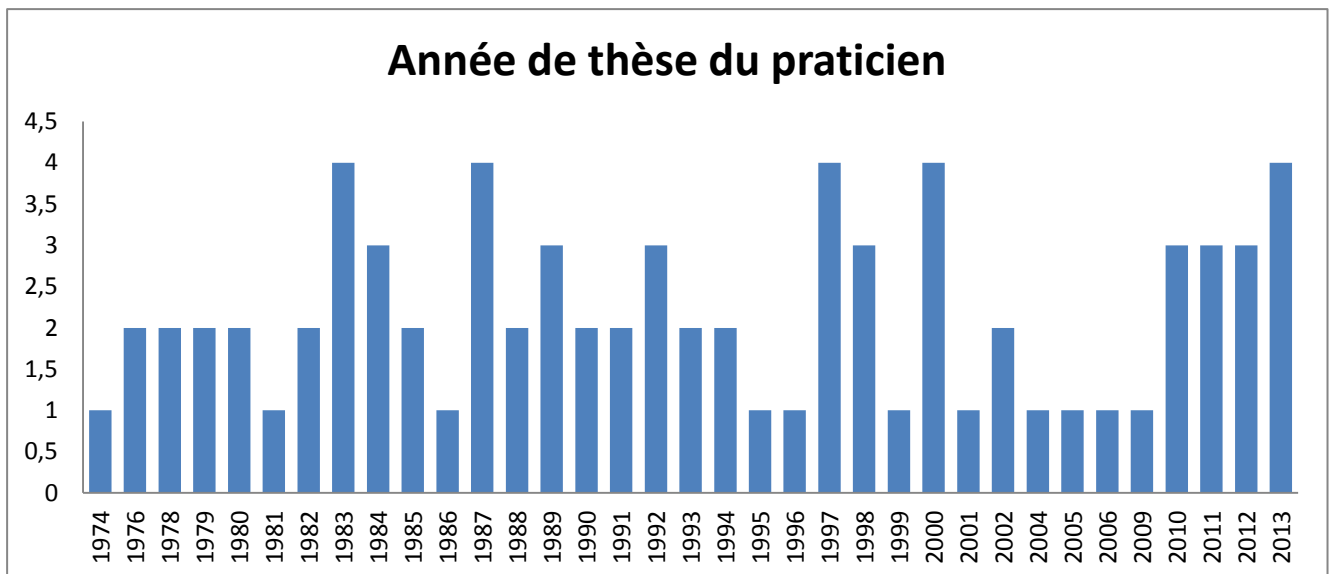


Figure 3

L'expérience professionnelle médicale a été représentée par l'année de soutenance de la thèse du médecin généraliste, avec l'effectif correspondant de praticiens répondeurs (figure 3).

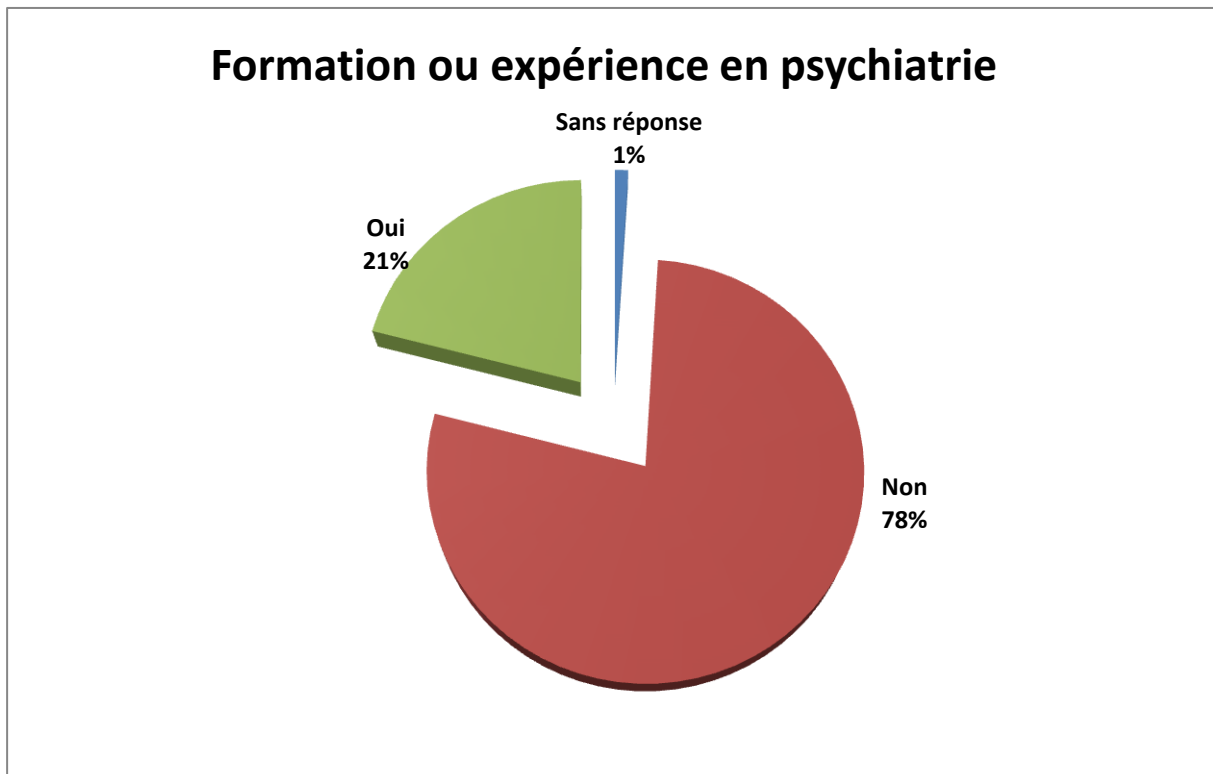


Figure 4

La majorité des praticiens ont déclaré n'avoir suivi aucune formation spécifique ou ne pas avoir eu d'expérience en psychiatrie (figure 4).

2.2 Connaissances des médecins généralistes sur l'autisme

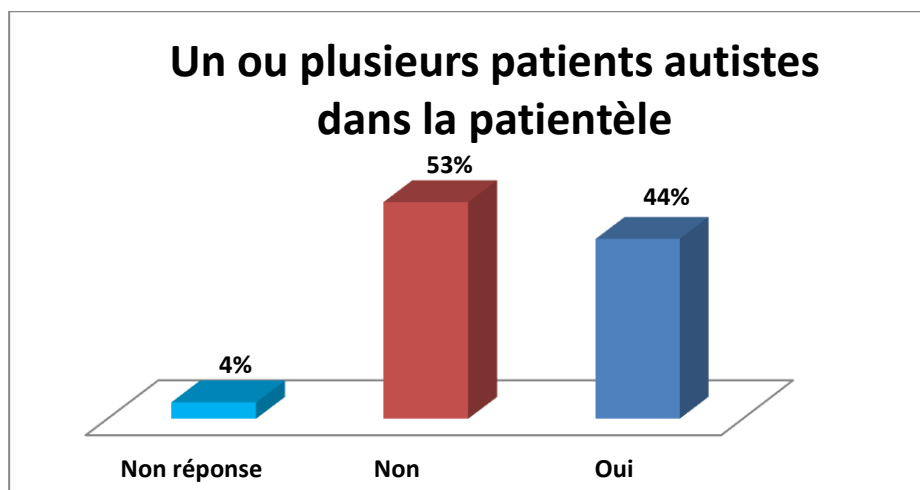


Figure 5

44% des médecins généralistes présentaient un ou plusieurs patients autistes dans leur patientèle (figure 5).

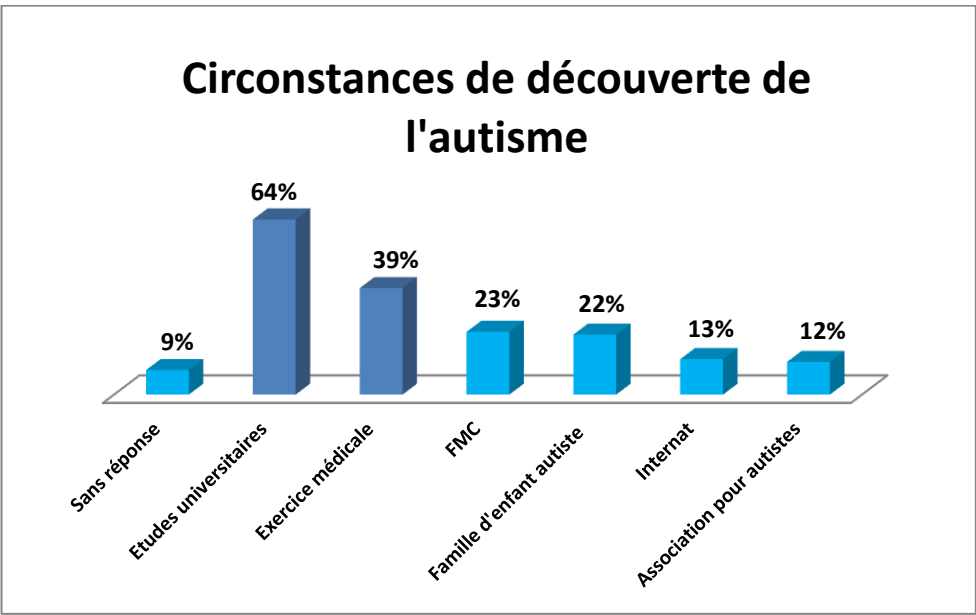


Figure 6

Les circonstances de découverte de la pathologie se situaient principalement dans les études universitaires et durant l'exercice médical (figure 6).

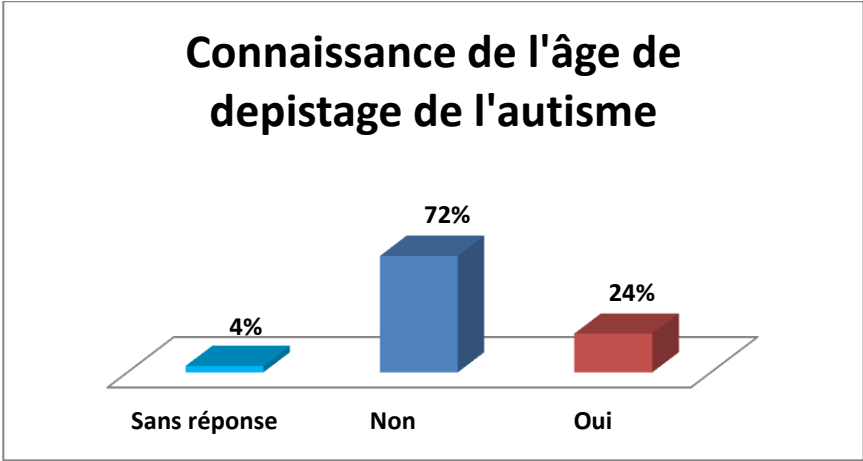


Figure 7

La majorité des médecins interrogés ne connaissaient pas l'âge de dépistage précoce de l'autisme (figure 7).

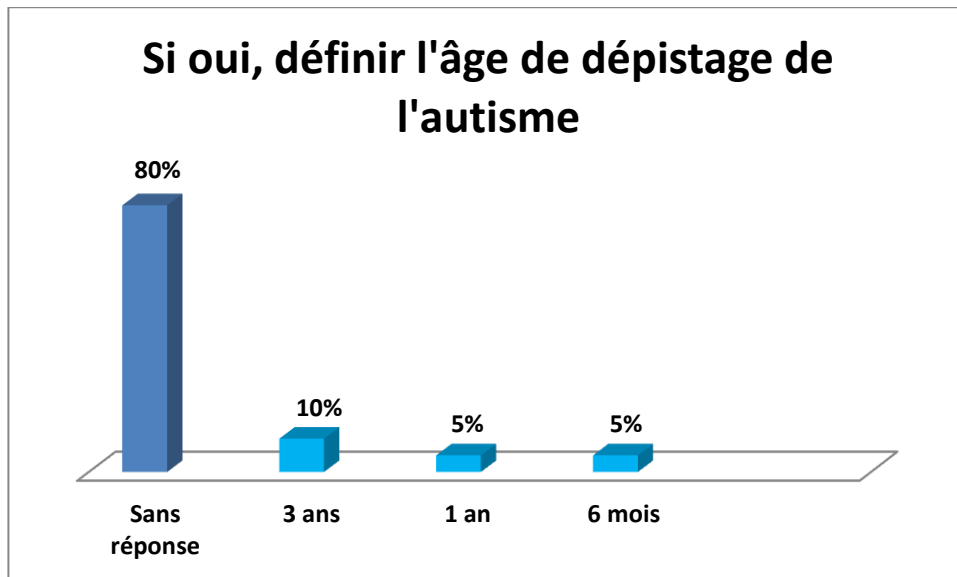


Figure 8

La grande majorité des médecins généralistes ne se sont pas prononcés sur l'âge de dépistage de l'autisme (figure 8).

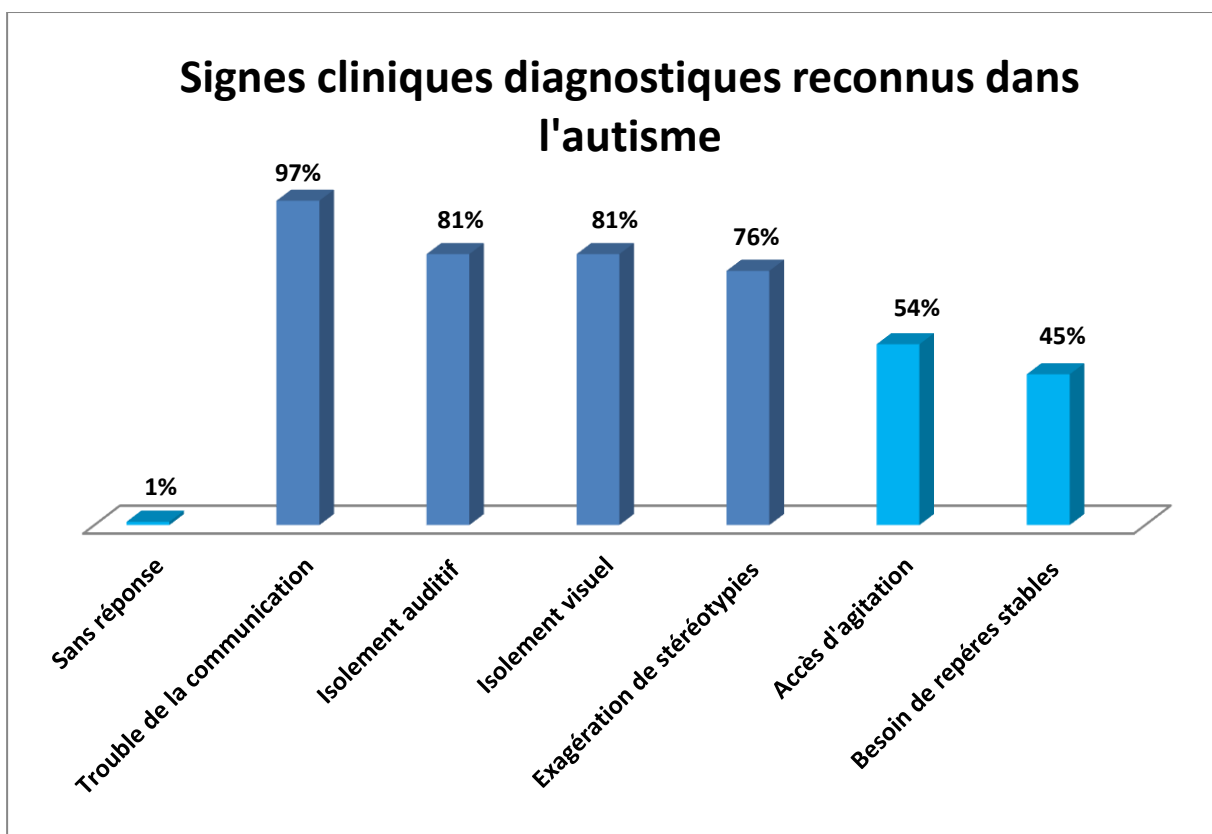


Figure 9

Les signes cliniques diagnostics reconnus par les médecins généralistes sur la pathologie autistique ont porté sur: un trouble de la communication, un isolement auditif et visuel, et une exagération de stéréotypies (Figure 9)

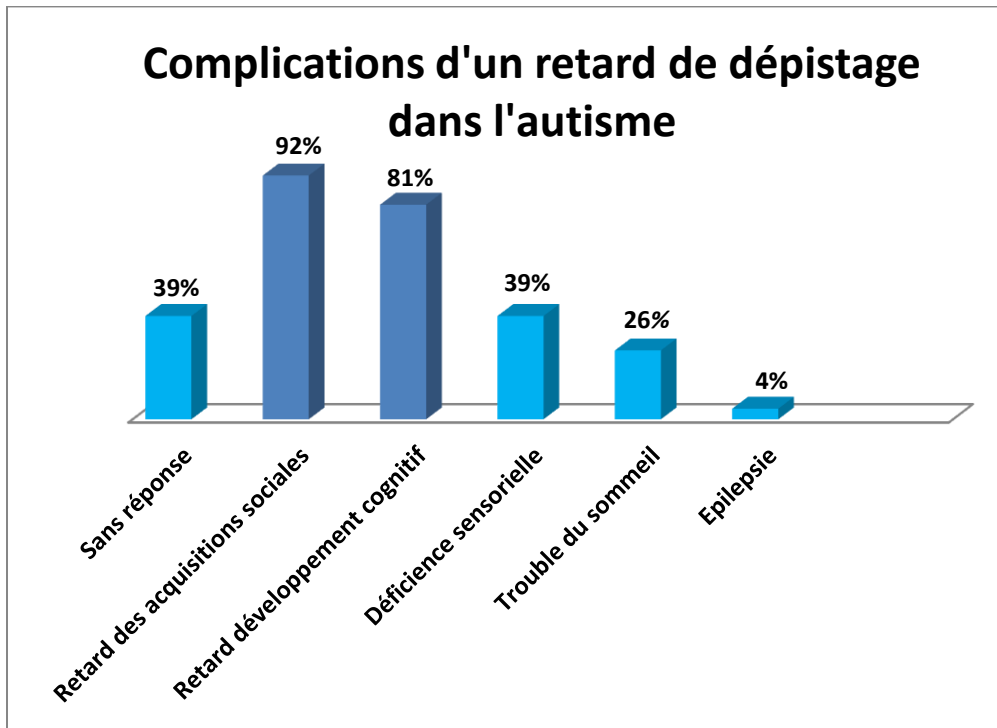


Figure 10

Les médecins généralistes associaient aux complications d'un retard de dépistage de l'autisme : un retard des acquisitions sociales, et le retard du développement cognitif (figure 10).

2.3 Pratique des médecins généralistes avec les patients autistes

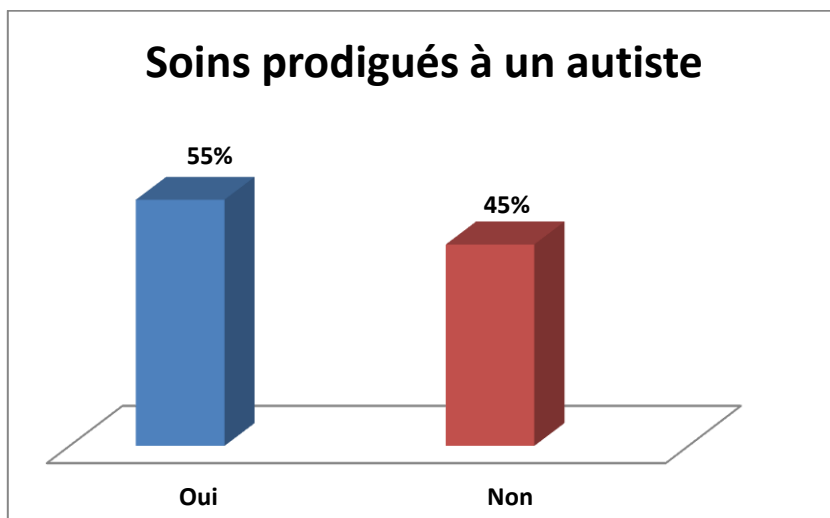


Figure 11

Plus de la moitié des médecins interrogés ont déjà été amenés à prodiguer des soins à un autiste au cours de leur carrière (figure 11)

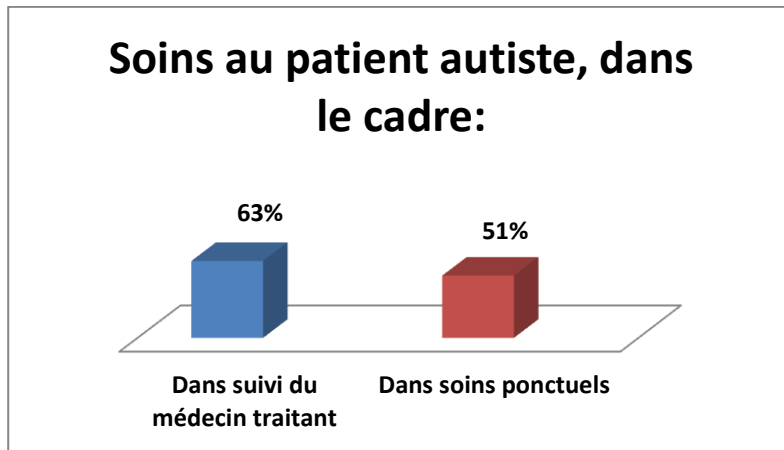


Figure 12

Ils ont majoritairement apporté des soins tant dans le cadre du suivi du médecin traitant que de soins ponctuels (figure 12).

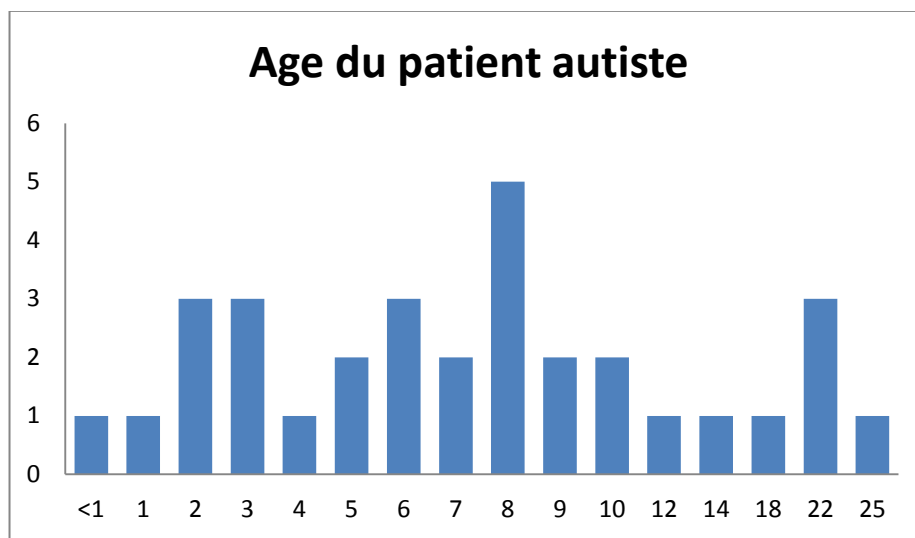


Figure 13

Les patients autistes soignés étaient pour la plupart âgés entre 2 à 10 ans (figure 13).

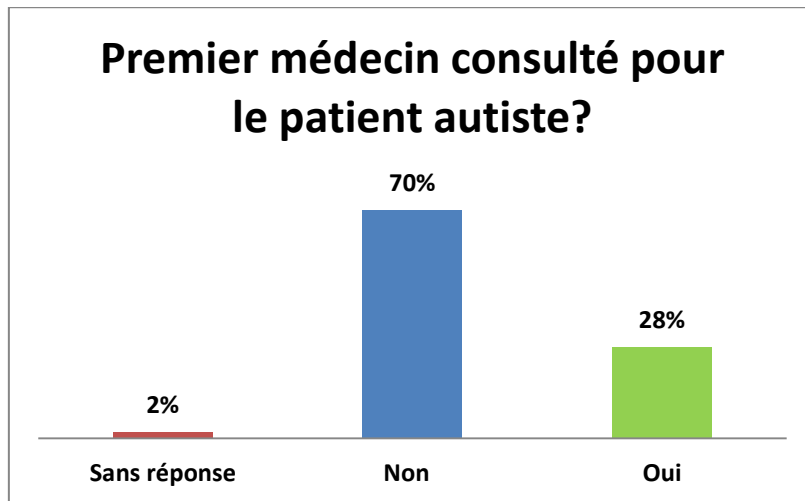


Figure 14

Un grand ensemble de médecins généralistes ont déclaré ne pas avoir été le premier médecin consulté par la famille face aux inquiétudes sur le développement de leur enfant (figure 14).

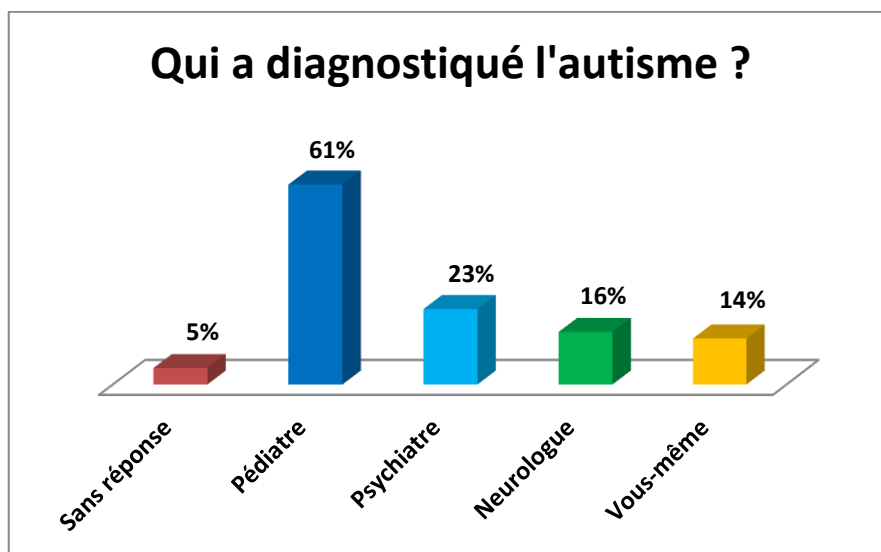


Figure 15

Le pédiatre a le plus souvent diagnostiqué l'autisme chez leur patient (figure 15).

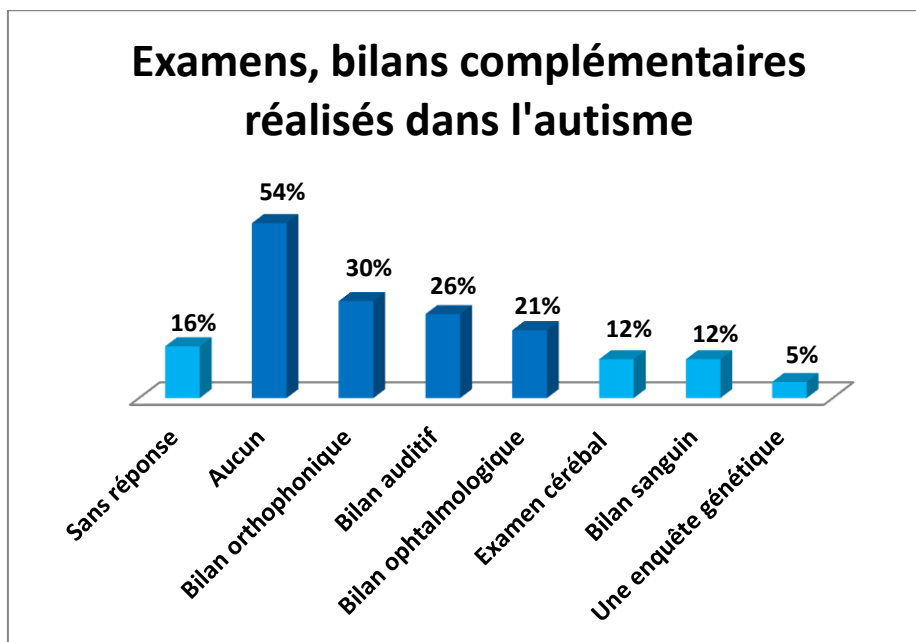


Figure 16

Plus de la moitié des médecins généralistes n'effectuaient aucun examen et bilan complémentaire. Un petit nombre d'entre eux ont réalisé un bilan orthophonique et psychomoteur, puis un bilan auditif (figure 16).

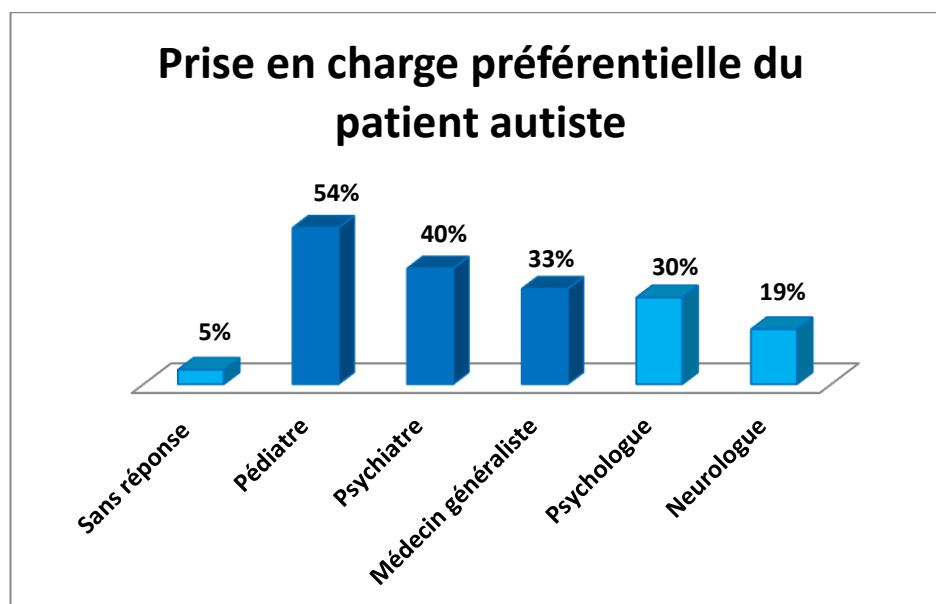


Figure 17

Dans leur exercice, la prise en charge du patient autiste passait préférentiellement par le pédiatre, le psychiatre, puis le médecin généraliste (figure 17).

(Pour les praticiens généralistes n'ayant jamais prodigué de soins à un patient autiste, 47% d'entre eux ignoraient par qui passe la prise en charge préférentielle des patients autistes, 26% répondaient par le pédiatre et 22% par le psychiatre).

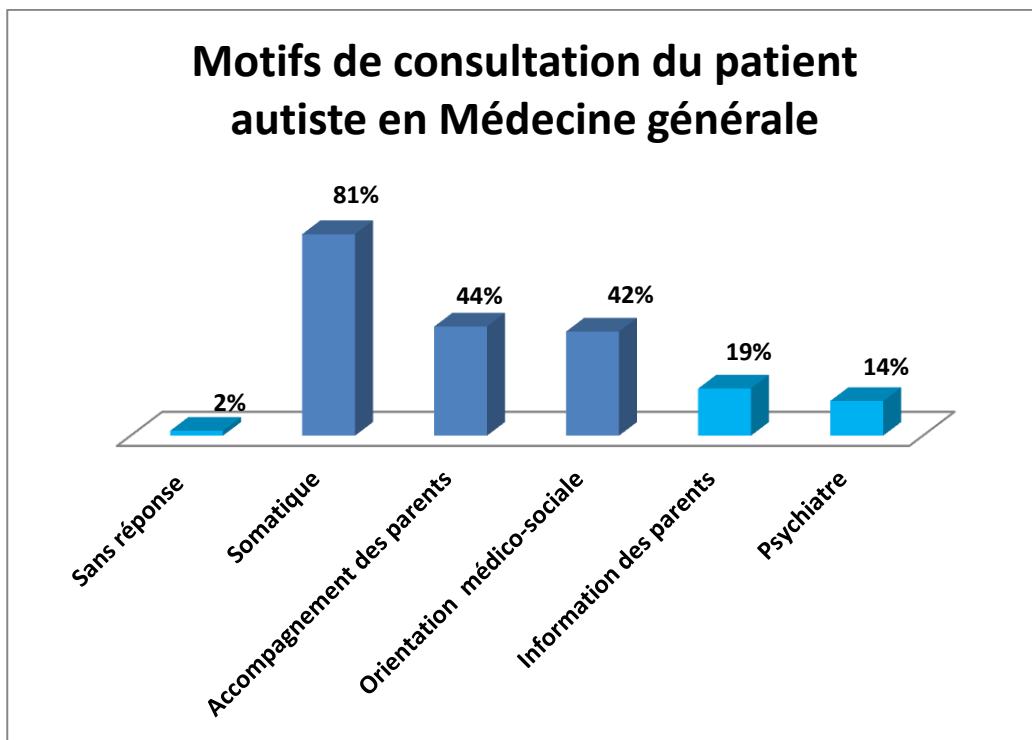


Figure 18

Les motifs de consultation chez le médecin généraliste étaient essentiellement d'ordre somatique, le dialogue et l'accompagnement psychologique des parents, et l'orientation de l'autiste pour sa prise en charge médico-sociale (figure 18).

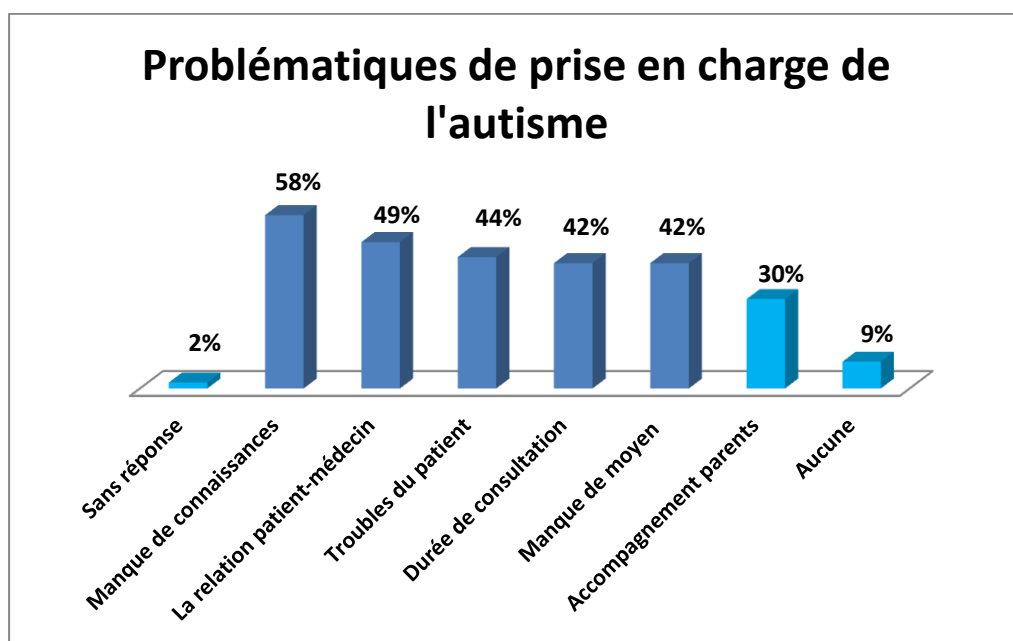


Figure 19

Les problématiques posées par la prise en charge de l'autiste portaient sur : (figure 19)

- Le manque de connaissances et recherches actuelles sur l'autisme
- La relation patient-médecin
- Les troubles associés au patient
- La durée nécessitée par la consultation
- Le manque de moyen en Médecine Générale

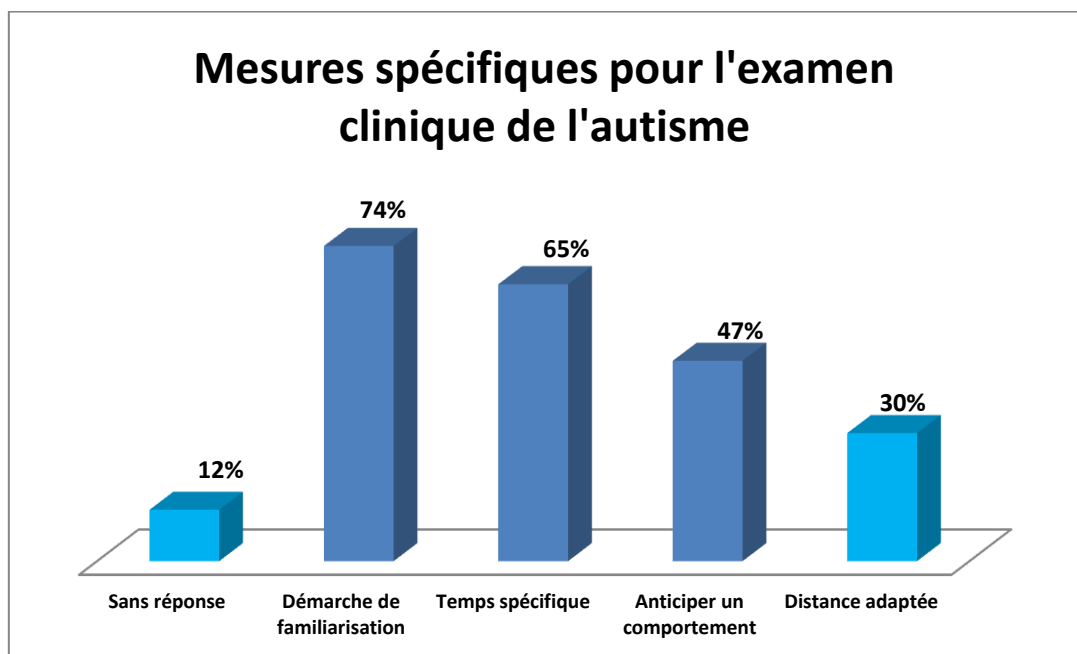


Figure 20

La majorité des médecins généralistes adoptaient une démarche de familiarisation vis-à-vis du patient autisme comme mesures spécifiques pour l'examen clinique, mais aussi un délai de temps spécifique avec le patient [3], et l'anticipation d'un comportement d'agitation éventuel du patient (figure 20)

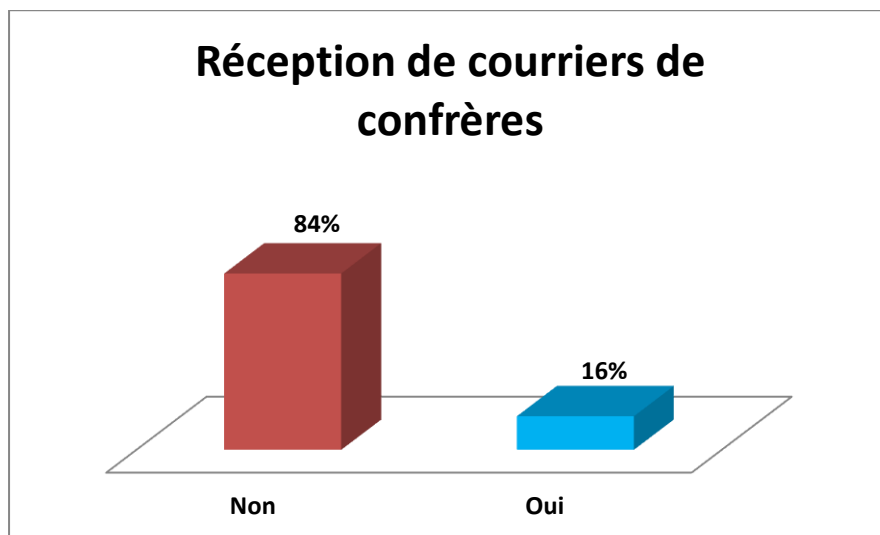


Figure 21

Dans la relation des médecins généralistes avec leurs confrères, 84% d'entre eux ne recevaient pas de courriers permettant le suivi du patient autiste en tant que médecin traitant (figure 21).

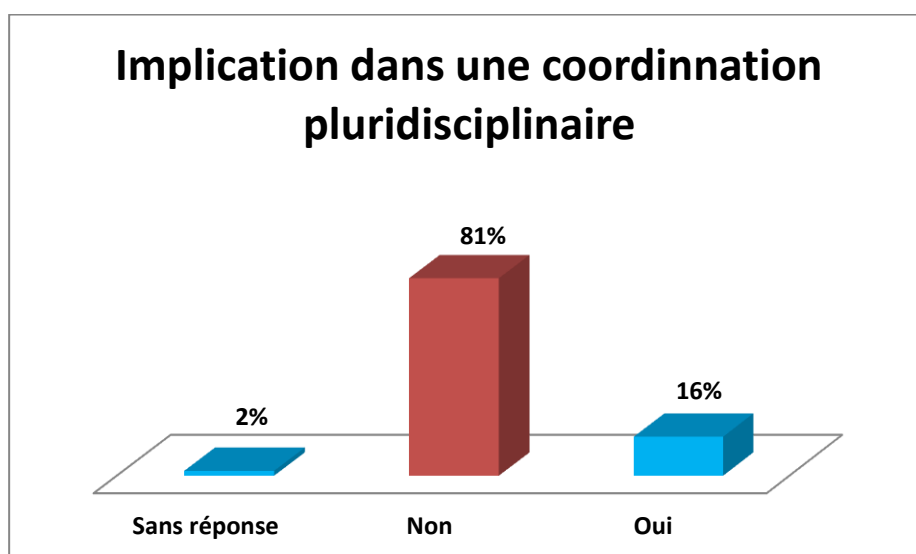


Figure 22

La grande majorité de médecins généralistes n'ont pas été impliqués dans une coordination pluridisciplinaire (figure 22).

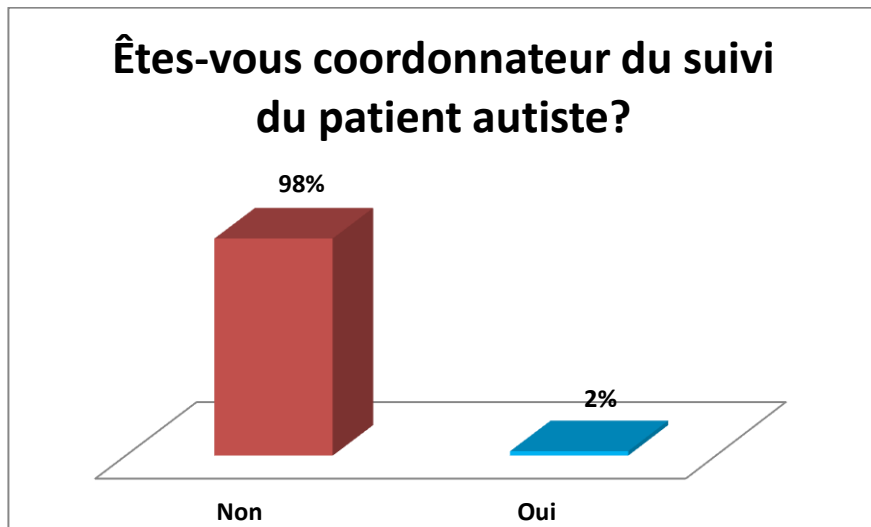


Figure 23

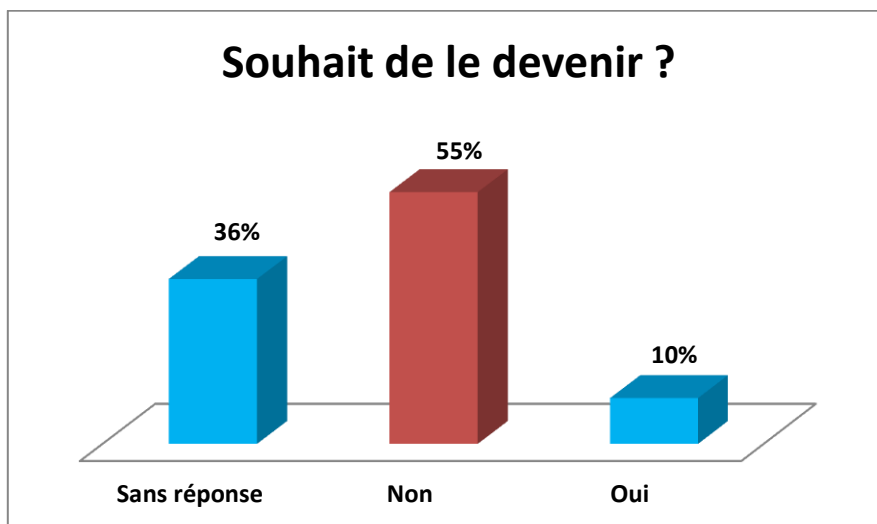


Figure 24

La quasi-totalité des praticiens participants n'étaient pas coordonnateurs du suivi du patient autiste (figure 23), et ne souhaitaient pas le devenir pour plus de la moitié d'entre eux (figure 24).

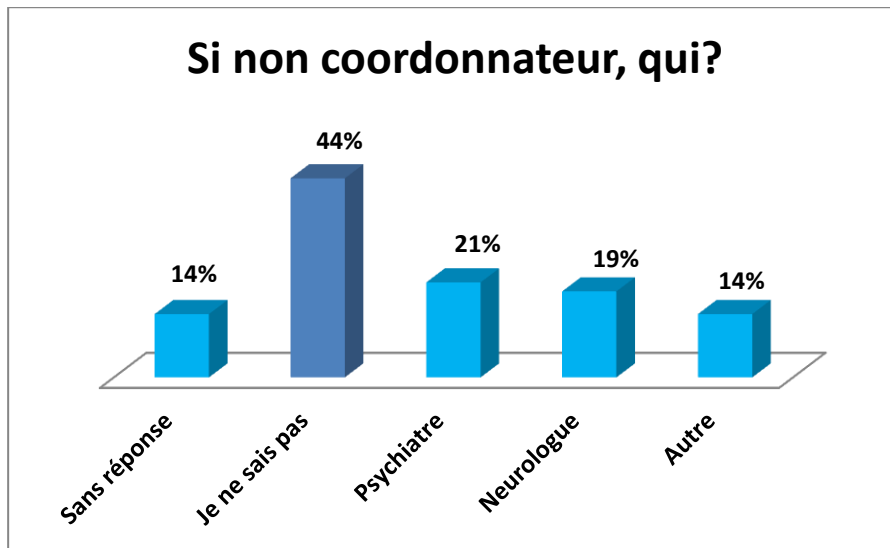


Figure 25

44% des médecins généralistes ne connaissaient pas le coordonnateur de leur patient autiste (figure25)

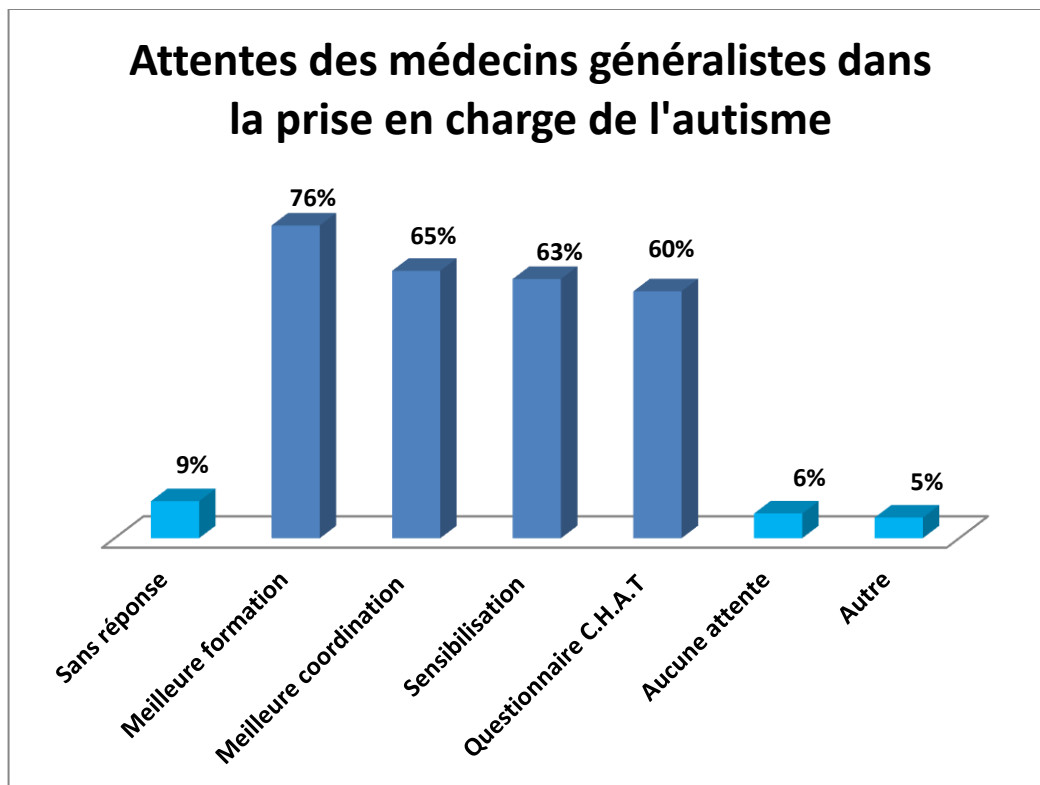


Figure 26

Les attentes des médecins généralistes quant à leurs besoins dans le parcours de soins du patient autiste ont concerné essentiellement : (figure 26)

- une meilleure formation des médecins généralistes à la pathologie
- une meilleure coordination pluri professionnelle

- une meilleure sensibilisation des médecins généralistes (comme diffuser un document synthétique de dépistage de l'autisme)
- l'introduction du questionnaire C.H.A.T (Checklist for Autisme in Toddlers) dans les carnets de santé.

3. Discussion

La question que nous nous posons porte sur la place du Médecin Généraliste dans le parcours de soins du patient autiste. Nous nous intéressons à son rôle [4], sa position dans un projet personnalisé, aux besoins éventuels et au ressenti des médecins généralistes libéraux en Picardie dans cette prise en charge.

La limite de notre travail s'explique par des questionnaires adressés à un faible échantillon : sur 500 médecins généralistes choisis aléatoirement en Picardie, 78 praticiens ont répondu soit 15,6% de participation. Ce faible taux de participation peut avoir plusieurs explications :

- Un faible impact de l'autisme dans la pratique professionnelle
- Un faible nombre de patients autistes et donc moins de médecins concernés
- une complexité du sujet qui a rebuté certains praticiens
- un manque d'intérêt pour cette pathologie

De ce fait, il est difficile d'établir des éléments de généralité au vu de ces résultats. Et la patientèle autiste des médecins participants (44%) discordance avec la prévalence de l'autisme dans la population. Selon les dernières données publiées par la Haute Autorité de Santé (HAS) en mars 2012, celle-ci est estimée à 0,2%. Nous avons distingué dans notre Etude : soins déjà prodigués aux autistes et patientèle autiste.

3.1 Le profil des médecins généralistes enquêtés

Notre discussion porte sur les médecins généralistes répondants. Les médecins généralistes se répartissaient sensiblement de manière équitable dans les deux sexes, la prise en charge était équilibrée.

Les médecins généralistes exerçaient aussi bien en milieu rural que semi-urbain ou urbain. L'autisme n'est pas une prise en charge d'un milieu d'exercice spécifique donné, ni d'une expérience professionnelle donnée.

La majorité des médecins n'avait pas de formation particulière ou d'expérience en psychiatrie.

3.2 Les connaissances actuelles des médecins généralistes sur l'autisme, et l'importance d'un dépistage précoce

Notre enquête a relaté que 55% des médecins généralistes répondants ont prodigué des soins à des patients autistes dans leur carrière, et 44% de ces praticiens participants avaient dans leur clientèle au moins un patient autiste.

Ces patients étaient en majorité des enfants dont l'âge se situe entre 2 ans et 10 ans. En effet, Une étude [5] portant sur 1512 patients autistes ou TED situe l'âge de début des troubles à la fin de la première année dans 38% des cas, au cours de la deuxième année dans 41% des cas et entre deux et trois ans dans 16% des cas, les débuts plus tardifs semblent moins fréquents. C'est vers la fin des deux premières années que s'exprime le plus souvent le recueil des inquiétudes parentales vers les professionnels de santé.

Les circonstances de découverte de l'autisme se situaient en particulier lors des études universitaires puis dans leur exercice médical. Cette connaissance est essentielle pour la mise en pratique d'un dépistage précoce et adapté.

Dans notre étude, les médecins généralistes ont reconnu les signes cliniques diagnostics (la triade autistique de Wing, cf annexe 4) et les complications d'un retard de dépistage de l'autisme. Mais 72% d'entre eux ignoraient l'âge de dépistage précoce de la pathologie. Les médecins généralistes ressentent donc des difficultés à dépister les troubles autistiques chez l'enfant.

Il est possible de repérer tôt, dès la première année de la vie de l'enfant, des signes précoces d'alertes spécifiques de l'autisme (cf. Annexe 3) [6] [7] [5] [8]. Ce dépistage avec une prise en charge précoce adaptée de l'autisme améliore l'évolution des troubles de l'enfant [9] [10] [11] [12]. Le médecin généraliste assure le suivi du développement psychomoteur et staturo-

pondéral de l'enfant avec les examens obligatoires du carnet de santé, en plus de l'état somatique général et des vaccinations. Il est au premier plan des actes de dépistage (cf. Annexe 2).

En tant que praticien de première ligne, le rôle du médecin généraliste consiste à dépister l'autisme [13] [14], et d'organiser sa prise en charge en orientant le patient rapidement vers des spécialistes formés au diagnostic, comme par exemple auprès des Centres Ressources Autisme (CRA), des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), ou des centres de psychiatrie infanto-juvénile comme les Centres Médico-Psychologiques pour enfants et adolescents (CMP), milieu hospitalier (CHU), ou des professionnels spécialistes libéraux coordonnés entre eux [15].

Il est intéressant ici de noter l'intérêt des structures spécialisées: dans une étude comparée [16], dans 42% des cas, l'orientation vers un CRA en deuxième recours a occasionné un délai de 0-5 mois avant la pose du diagnostic, contre 20 mois pour 41 % des personnes ayant été orientées vers un psychiatre libéral. Cela s'explique par le concours des compétences pluridisciplinaires.

D'autre part, il aurait été judicieux dans notre étude d'interroger les médecins généralistes sur leurs connaissances et éventuelles orientations vers ces structures spécialisées de prise en charge de l'autisme : les questions 10 et 17 (cf. Annexe 1) de notre enquête sur la prise en charge préférentielle du patient autiste nous auraient renseigné si les professionnels de santé cités appartiennent aux réseaux spécialisés spécifiques ou aux professions libérales. Nous aurions pu ainsi distinguer et inclure ces structures spécialisées dans les items de réponses à ces deux questions de l'enquête.

Les médecins généralistes ont critiqué leur formation à la pathologie et donc à un tel dépistage, puis la coordination pluri professionnelle, leur sensibilisation à l'autisme, et l'absence d'outil d'évaluation de l'autisme tel que la C.H.A.T (Checklist for Autisme in Toddlers, cf annexe 5 et 6) dans les carnets de santé. Le carnet de santé reste le seul outil de repérage des signes précoces du développement de l'enfant [17] [18].

Les médecins généralistes disposent de peu d'outils pour le dépistage précoce de l'autisme [19]. Le carnet de santé renseigne sur certains des signes précoces spécifiques à l'autisme

(acquisition du sourire réponse, poursuite oculaire, pointage protodéclaratif, jeu de faire semblant, retard d'acquisition du pré-langage). Cependant, l'outil de dépistage C.H.A.T est souhaitable dans notre étude. Celui-ci peut servir de support à l'exploration des signes précoces pour les médecins généralistes. Il n'est pas un outil de diagnostic mais une aide au dépistage. Il n'est actuellement pas encore validé en France.

Une étude récente [20] a cependant montré que la faisabilité de la C.H.A.T en consultation de médecine générale est difficilement envisageable en l'état actuel des choses, avec l'identification d'obstacles et besoins identifiés à sa mise en pratique. En outre, Le carnet de santé est actuellement jugé inefficace pour le repérage de l'autisme selon le 3ème plan autisme. Sa version actuelle date de 2006, elle devrait être améliorée en matière d'aide au dépistage de l'autisme.

Le dépistage précoce de l'autisme chez l'enfant est essentiel dans sa pratique des soins primaires. La sensibilisation et la formation des praticiens généralistes améliorent la prévention et la prise en charge de cette pathologie [21]. De nombreuses recherches sur l'autisme ont montré l'intérêt d'un dépistage et diagnostic précoces [22].

Notre étude met en évidence des lacunes et des besoins de formation des professionnels de soins primaires. Il s'avère nécessaire d'informer les médecins généralistes de Picardie notamment sur l'âge de dépistage précoce de l'autisme. Le manque d'information sur ce repérage précoce retarde le diagnostic et peut engendrer des complications. L'enjeu pronostic dépend de la précocité des soins.

Le dépistage autistique précoce [23] permet de limiter l'errance et le stress des familles, une prise en charge précoce de l'enfant avec sa famille, de limiter pour l'enfant les risques de complications, et permet la prise en charge des troubles associés à l'autisme.

Le médecin généraliste doit être à l'écoute, rassurant, et ne pas porter de diagnostic d'autisme. Il doit signaler et orienter la famille pour des « troubles du développement dont la nature est à préciser » face à leurs inquiétudes.

Les prises en charge multidisciplinaires transversales des médecins généralistes, et les recommandations de plus en plus nombreuses [24] [25] [26] [27] [28] peuvent rendre sans doute difficile une formation personnelle sur le dépistage précoce de l'autisme.

3.3 la pratique, les rôles et les besoins des médecins généralistes dans la prise en charge de l'autisme

Dans notre étude, on constate que les médecins généralistes n'étaient pas les premiers professionnels de santé à être avertis ou sollicités lors des premières inquiétudes de la famille dans les anomalies du développement de leur enfant. Tandis que le diagnostic a été le plus souvent posé par un pédiatre. La prise en charge du patient autiste était préférentiellement réalisée par le pédiatre, ensuite le psychiatre, et enfin le médecin généraliste. Celui-ci intervenait beaucoup dans le cadre du suivi de médecin traitant [29] mais aussi de manière exceptionnelle pour des soins ponctuels.

Il a été constaté que près de la moitié des médecins généralistes ne réalisaient aucun examen ni bilan complémentaire. Ce résultat peut s'expliquer par un dépistage essentiellement clinique. D'ailleurs 2 médecins généralistes ont adressé directement chez le pédiatre. Cependant, les délais de rendez-vous dans les centres spécialisés étant longs (près de 20 mois pour le CRA) [16], des bilans complémentaires sont entre temps nécessaires (en particulier un examen audiométrique et un examen ophtalmologique) afin d'éliminer un diagnostic différentiel (une surdité ou une cécité). Des examens complémentaires peuvent aussi être proposés (IRM, EEG) par une consultation neurologique.

Très peu de généralistes dans notre étude prescrivent ces examens complémentaires de façon systématique dans notre étude: peu de praticiens demandent un bilan orthophonique, un examen ORL, un examen ophtalmologique. Or ces examens de dépistage font partie du rôle essentiel du médecin généraliste dans la pratique quotidienne des actes de prévention et des recommandations de l'HAS, en particulier devant des troubles de la communication et de socialisation [30]. Au regard des résultats de cette enquête, plus de la moitié des patients ayant un trouble autistique ne bénéficient pas un bilan somatique extensif de leur trouble.

Dans les premières années de vie, le médecin traitant est régulièrement amené à rencontrer les enfants, notamment aux bilans obligatoires des 4^e, 9^e et 24^e mois. Les indices du

développement de ces examens concernent surtout des éléments psychomoteurs « standard » comme la marche, le langage et pas assez les comportements de socialisation et communication. Or, le médecin doit être sensibilisé très tôt aux aspects du développement du contact, de la communication, des émotions [30] chez le jeune enfant pour qu'à 2 ans d'éventuelles anomalies soient dépistées.

Les motifs de consultation concernés dans notre étude sont spécifiquement d'ordre somatique. Les troubles somatiques (fécalome, reflux gastro-œsophagien, ulcère, otite, sinusite, douleur dentaire, sommeil) peuvent être manifestes ou masquées par des troubles du comportement (agitation, agressivité, automutilation). Le médecin généraliste continue la surveillance somatique de l'enfant autiste en prenant aussi en charge les autres maladies pouvant se manifester comme pour tout enfant et sans lien avec son trouble du développement.

L'autiste est un patient qui doit pouvoir bénéficier de tous les actes de consultation préventive (vaccinations, alimentation) et de soins primaires. Les motifs de consultation concernaient aussi le dialogue avec l'accompagnement psychologique des parents, et l'orientation de l'autiste pour sa prise en charge médico-sociale (aides sociales pour l'enfant telles que reconnaissance en ALD, allocations) [31].

D'après notre étude, la prise en charge des médecins généralistes a été estimée nécessaire et utile. Le médecin généraliste peut effectivement participer au suivi pharmacologique d'un traitement psychotrope déjà mis en route en milieu spécialisé et dont il en a été informé: surveiller sa tolérance, effectuer son renouvellement en cas de besoin. Il peut également rechercher des signes associés à l'autisme [32] (troubles du sommeil, comportement), aussi sensibiliser les parents et leur fournir une mise à jour des informations, et défendre les familles avec : les écoles [33], les organismes de soins, les compagnies d'assurance.

La prise en charge des troubles autistiques en cabinet de Médecine Générale a été problématique par le manque de connaissances actuelles sur l'autisme [34] [35] [36] mais aussi en raison des difficultés de la relation patient-médecin, des troubles présentés par le patient, de la durée nécessitée par la consultation, et du manque de moyens en Médecine Générale.

Une étude [14] a cependant essayé de proposer un algorithme de prise en charge au dépistage de l'autisme en cabinet de médecine générale, pour aider la stratégie de dépistage et d'orientation précoce chez les praticiens de soins primaires. L'HAS a également publié une maquette simplifiée de recommandations à l'attention du médecin généraliste : sur le suivi de l'autisme et des autres troubles envahissants du développement (TED) chez l'enfant et l'adolescent (Annexe 8).

Un médecin généraliste de l'enquête a évoqué aussi la nécessité d'un temps supplémentaire à ce type de consultation et une cotation supérieure pour le suivi du patient autiste. Les mesures spécifiques employées par les médecins généralistes vis-à-vis du patient autiste concernaient : la démarche de familiarisation avec paroles de rassurance et la prise d'un temps spécifique avec lui.

En effet, en cas de suspicion diagnostique autistique, le médecin traitant doit aménager un temps de consultation plus long, en vue d'un interrogatoire approfondi avec les parents, et réaliser un examen clinique complet, observer l'enfant attentivement, pratiquer le test de la C.H.A.T [37]. Cette mise en pratique dans une consultation de médecine générale demeure difficile.

3.4 La question de la coordination pluri-professionnelle dans le parcours de soins du patient autiste

Notre enquête statistique a montré une problématique d'ordre relationnel : 83,7% ne recevaient pas de courriers en tant que médecin traitant. 81,4% n'ont pas été impliqués dans une coordination pluridisciplinaire dans la prise en charge de l'autiste. 97,7% n'étaient pas coordonnateurs du suivi de leur patient. 54,8% ne souhaitaient pas le devenir et 44,2% ne connaissaient pas qui en est le coordonnateur. 1 seul médecin sait que la coordination se situait au CAMPS (Centre d'action médico-sociale précoce). Le CRA n'a été cité par aucun médecin enquêté. Les réseaux d'organisation de soins sont donc mal identifiables (un médecin enquêté s'interroge sur l'existence éventuelle d'un système de coordination dans la pathologie autistique).

Nous pouvons émettre l'hypothèse que cette absence de retour d'information peut exclure voire désinvestir le médecin généraliste dans le projet personnalisé du patient autiste. Un

médecin généraliste dans le questionnaire a souligné la volonté que celui-ci soit « considéré comme un partenaire ». Un autre praticien a critiqué que la pathologie est « trop axée sur le versant psychiatrique », ce qui peut expliquer une prise en charge inaccessible.

Cette absence de communication et de coordination pluri-professionnelle compromet le rôle de liaison du médecin généraliste entre la famille et les unités spécialisées. La prise en charge de l'autisme devrait se réaliser à différents niveaux mais de manière assez coordonnée. Un meilleur contact et un réseau de dépistage sont indispensables pour une meilleure sensibilisation des médecins généralistes. Le souci de l'orientation précoce du patient autiste dans une structure spécialisée reste parmi ses rôles et objectifs essentiels.

Comment peut-on expliquer cette coordination déficitaire ? Le médecin généraliste est cependant le médecin de premier recours dans le parcours des soins. Il a un contact plus fréquent avec les familles, une place privilégiée pour le suivi des enfants. Il est l'interlocuteur de confiance avec qui les parents peuvent évoquer leurs inquiétudes.

Une démographie médicale défavorable et des interlocuteurs de moins en moins nombreux peuvent engendrer une coordination de soins difficile. Mais connaissant les complications d'un retard de dépistage, et en cas de suspicion de diagnostic d'autisme, le médecin généraliste doit adresser l'enfant le plus tôt dans des structures et vers des professionnels spécialisés.

Les structures spécialisées telles que le CRA (Centre Ressources Autisme) [38], ont également parmi leurs missions : la formation et de diffusion des connaissances auprès des professionnels de santé pour les sensibiliser. Il serait ainsi nécessaire de diffuser par exemple un document synthétique de dépistage de l'autisme. Il leur proposerait une approche simple et rigoureuse du dépistage afin de faciliter leur pratique quotidienne, et répondre aux objectifs d'une prise en charge optimale (cf. Annexe7) [39].

Le plan autisme 2013-2017 (cf. Annexe 8) apportera sans doute des solutions concrètes autour de cette problématique. Le 3^{ème} plan autisme prévoit « de développer un réseau national de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce dès 18 mois, dispositif décliné dans chaque région par le CRA. Une des principales missions du 3^{ème} plan autisme 2013-2017 consiste à améliorer le niveau de formation des professionnels aux spécificités de l'autisme ».

Les progrès dans ce domaine dépendent toujours de la collaboration entre les professionnels de santé de première ligne et les équipes de spécialistes. D'après le plan régional autisme Picardie (3^{ème} plan national autisme 2013-2017) [40], des « actions ont été menées dans le cadre du repérage précoce chez les enfants : 18 médecins généralistes ont été formés à l'occasion de deux réunions. Des outils de repérage comme la CHAT et l'ADBB sont dispensés à ces occasions, en sus des RBP ».

3.5 La place du médecin généraliste dans la pathologie autistique

La prise en charge de cette pathologie n'est-elle pas trop spécialisée pour que les inquiétudes parentales se dirigent directement vers le médecin généraliste en premier abord? La médiatisation de l'autisme ces quinze dernières années a permis une meilleure connaissance et sensibilisation au problème de l'autisme pour le grand public. Ce dernier se tourne-t-il directement vers les pédiatres et pédopsychiatres ?

Une étude [41] portée sur le dépistage de l'autisme a révélé que malgré que le médecin généraliste ait été dans la majorité des cas le premier professionnel consulté par les familles ayant des inquiétudes sur le développement de leur enfant, 67% de ces familles interrogées n'ont pas été entendues par les généralistes, et ont dû faire seules des démarches pour que leur enfant ait un diagnostic et une prise en charge, et de ce fait le médecin traitant a été exclu du parcours de l'enfant.

Ainsi donc la négligence de ces inquiétudes par le rôle d'une réassurance des médecins généralistes a pu retarder la confirmation diagnostique et diriger ces familles directement vers les spécialistes sensibilisés et plus réceptifs à leurs attentes.

D'après notre étude, le médecin généraliste ne tient pas une position privilégiée dans la prise en charge de l'autisme ni dans la coordination des soins du patient autiste. Il se voit hors du parcours de soins de l'autiste. Le médecin généraliste est cependant, avec le pédiatre, le praticien de premier recours pour assurer les dépistages systématiques, et la surveillance du développement de l'Enfant [42] [43].

III CONCLUSION

L'autisme est une pathologie psychiatrique neuro-développementale dont l'intervention précoce avec un dépistage et une prise en charge adaptés améliorent le pronostic du patient.

Le médecin généraliste, praticien de première ligne et de soins primaires, doit orienter l'enfant autiste rapidement vers les professionnels expérimentés et structures spécialisées. Le manque d'information sur ce repérage précoce de l'autisme retarde le diagnostic et peut développer des complications. L'enjeu pronostic dépend de la précocité des soins.

Dans notre étude, malgré une prise en charge autistique relativement importante dans sa pratique médicale, les professionnels de soins primaires ont des lacunes et des besoins de formation au niveau du dépistage précoce de l'autisme. Ils expriment clairement une nécessité d'information et d'outil à leur disposition pour améliorer ce dépistage précoce des troubles autistiques chez l'enfant.

D'autre part, Ils évoquent la problématique du retour d'information et donc de la coordination pluri-disciplinaire. Ils ne reçoivent pas de courriers de confrères en tant que médecin traitant, et les réseaux d'organisation de soins lui sont encore mal identifiables et intégrables.

Une meilleure coordination pour un réseau de dépistage est indispensable pour une meilleure sensibilisation des médecins généralistes d'une part, et pour le patient autiste qui doit pouvoir bénéficier de tous les actes de soins primaires et préventions, y compris l'orientation médico-sociale.

D'après notre étude, le médecin généraliste ne tient pas une position privilégiée ni centrale dans la prise en charge du patient autiste. En effet, les premiers acteurs des actes de dépistage ne sont pas les premiers professionnels de santé à être interpellés par les inquiétudes parentales sur les signes d'anomalie développementale de leur enfant. Des actions d'information et de sensibilisation doivent lui être mises en place. Il doit se rapprocher des structures spécialisées telles que le CRA, et aussi bénéficier des interventions que prévoit le 3^{ème} plan national autisme 2013-2017.

IV BIBLIOGRAPHIE

- [1] Ministère en charge de la santé, L'autisme, grande cause nationale 2012.
- [2] H. Fédération Française de Psychiatrie, DÉPISTAGE ET DIAGNOSTIC DE L' AUTISME: RECOMMANDATIONS POUR LES PROFESSIONNELS DE PREMIERE LIGNE, Juin 2005.
- [3] H. Jacques, Pour soigner l'enfant autiste, Paris, 2010, p. 390.
- [4] B. M, Le rôle du médecin généraliste dans le dépistage précoce de l'autisme. Enquête auprès des omnipraticiens du Lot-et-Garonne, Bordeaux, 2010.
- [5] M. J. D. H. R. S. L. P. Zakian A, . Signes précoces de l'autisme et films familiaux : une nouvelle étude par cotuteurs informés et non informés du diagnostic, vol. 26, L'encéphale, Avril 2000, pp. 38-44.
- [6] B. A. B. A. DELION Pierre, Les bébés à risque autistique, Érès, 2000, p. 120.
- [7] C. M. K. F. D. P. Goëb J-L, Repérage des troubles autistiques précoces, vol. 162, Annales Médico-psychologiques. 2004, 2004, pp. 821-7.
- [8] S. M. Isserlis C, Repérage précoce du risque autistique, vol. 54, 2004, pp. 2022-9.
- [9] R. B. Magerotte G, Intervention précoce en autisme : un défi pour les praticiens, vol. 69, Evolution psychiatrique, 2004, p. 579-88.
- [10] B. C, Vers un dépistage précoce de l'autisme, Le carnet Psy, Oct 2002, pp. 24-6.
- [11] B. Golse, Autisme infantile : dépistage et prévention, vol. 46, 2003, pp. 381-93.
- [12] C. N, Le diagnostic précoce dans les troubles du spectre autistique, vol. 170, Annales Médico-psychologiques, 2012, pp. 462-6.
- [13] G. CJ, Dépistage précoce de l'autisme, vol. 24, La Revue du praticien Médecine générale, 2010, pp. 363-5.
- [14] C. Alexandre, L'autisme en médecine générale : stratégies de dépistage précoce des troubles envahissants du développement entre 0 et 3 ans, Marseille, 2009.
- [15] M. Douniol, Autisme infantile : repérer et orienter, Vols. %1 sur %22, numéro 6, juin 2006, pp. 261-66.

- [16] R. d. I. d.-f. L'AUTISME EN FRANCE - DIAGNOSTIC ET PARCOURS DE SOINS, 28 mars 2013.
- [17] B.-S. M, Place du médecin généraliste et utilisation du carnet de santé dans le dépistage précoce de l'autisme, Caen, 2009.
- [18] D. M. Dommergues J-P, «Du bon usage du carnet de santé de l'enfant,» *La revue du praticien*, vol. 54, pp. 2030-4, 2004.
- [19] S.Tordjman, Les instruments d'évaluation de l'autisme : intérêts et limites, *La psychiatrie de l'enfant* , 2002, pp. 533-558.
- [20] a. CASSEGRAIN, Faisabilité du test de dépistage précoce des TED: la C.H.A.T en consultation de médecine générale, Nantes, 2013.
- [21] R. L, Comment reconnaître l'autisme ?, vol. 60, *La Revue du Praticien*, 2010, pp. 380-2.
- [22] E. S. Wood H, Diagnostic et prise en charge précoces des enfants avec autisme., *Schweizerische zeitschrift für heilpädagogik*, 2010, p. 7.
- [23] M. Douniol, L'autisme infantile : diagnostic et dépistage précoces, vol. 8, *MT pédiatrie*, février 2005, pp. 31-6.
- [24] HAS, Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent, Saint-Denis: HAS, ANESM, 2012, p. 58.
- [25] Haute Autorité de Santé, Autisme et autres troubles envahissants du développement : diagnostic et évaluation chez l'adulte, Saint-Denis: HAS, 2011, p. 23.
- [26] ANESM, Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement, Saint-Denis: ANESM, 2010, p. 58.
- [27] B. Amaria, Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme, Saint-Denis: HAS, Juin 2005, p. 167.
- [28] HAS, Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, et médecins scolaires - argumentaire, Paris, 2005.
- [29] C. C. M. L. Cousineau D, Que dois-je faire moi-même? le rôle du généraliste dans l'autisme, vol. 45, *Médecin du Québec*, 2010, pp. 45-9.
- [30] *La Revue du Praticien*, Dossier AUTISME, vol. 60, 20 mars 2010, pp. 380-384.
- [31] B. C. M. G. ROGÉ Bernadette, Améliorer la qualité de vie des personnes autistes, Paris: Dunod, 2008, p. 278.
- [32] R. J-P, Comorbidités somatiques dans l'autisme : état des connaissances, *Sésame*, 2010, pp. 2-6.

- [33] M. G. A. J.-L. PHILIP Christine, *Scolariser des élèves avec autisme et TED : vers l'inclusion*, Paris: Dunod, 2012, p. 335.
- [34] J. Jean-Charles, *La déficience intellectuelle : connaître, comprendre, intervenir*, Lyon : Chronique sociale ; Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2000, p. 406.
- [35] C. L. S.-B. I. SIGMAN Mariam, *L'enfant autiste et son développement*, Paris : Retz, 2001, p. 243.
- [36] R. B, *Dépistage de l'autisme : avancées de la recherche et réalité clinique*, Bulletin scientifique de l'arapi, 2010, pp. 21-3.
- [37] W. S. C. A. G. B. C. T. S. J. e. a. Baron-Cohen S, *Early identification of autism by the checklist for autism in Toddlers (CHAT)*, Journal of the royal society of medicine, 2000 Oct, p. 521-5.
- [38] L. OUSS RYNGAERT, *Les centres ressources autisme : bilan et perspectives*, *Enfances & psy*, 2010, pp. 60-69.
- [39] HAS, *Dépistage et diagnostic de l'autisme: recommandations pour les professionnels de première ligne*, 2010.
- [40] «Plan régional Autisme Picardie,» (3ème plan national autisme 2013-2017).
- [41] D. Aminata, *Place actuelle du médecin généraliste dans le dépistage et la prise en charge des TED et plus spécifiquement de l'autisme*, Lille, 2012.
- [42] H. Bucher, *Développement et examen psychomoteur de l'enfant*, Masson, p. 178.
- [43] A. d. Broca, *Le développement de l'enfant. Aspects neuro-psychosensoriels*, Masson, 2009, p. 298.
- [44] M. J. D. H. R. S. L. P. Zakian A, *Signes précoces de l'autisme et films familiaux : une nouvelle étude par cotuteurs informés et non informés du diagnostic*, vol. 26(2), *L'encéphale*, Éd., avril 2000, pp. 38-44.

V ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes

La prise en charge de l'Autisme par les généralistes en Picardie

I - Vos connaissances :

1. Avez-vous dans votre patientèle un ou plusieurs patients autistes ?

- Oui Non

2. Dans quelle(s) circonstance(s) avez-vous connu cette pathologie ? (plusieurs réponses possibles)

- Les études universitaires
 L'Internat
 Formation Médicale Continue
 Votre exercice médical
 Une famille d'enfant autiste
 Une association s'occupant d'autistes

3. Savez-vous définir l'âge de dépistage précoce de l'Autisme ?

- Oui si oui le définir : Non

4. Sur quels signes cliniques diagnostics reconnaissez-vous cette pathologie ? (plusieurs réponses possibles)

- Un trouble de la communication (comportement solitaire, repli sur soi, retard de langage, mutisme, écholalie, monologue, rires-colères immotivés, cris répétitifs)
 Un isolement auditif (aréactif au bruit, aux sollicitations verbales)
 Un isolement visuel (fuite du regard, fixation d'objet)
 Un besoin de repères stables (une source lumineuse, objets identiques dans ses mains)
 Une exagération de stéréotypies (balancement du tronc, mouvements répétitifs de mains)
 Un accès d'agitation, gestes auto ou hétéro-agressifs

5. Connaissez-vous les complications d'un retard de dépistage de l'Autisme ? (plusieurs réponses possibles)

- Épilepsie
- Trouble du sommeil
- Retard des acquisitions sociales
- Retard du développement cognitif
- Déficience sensorielle

II - Votre pratique :

6. Avez-vous déjà été amené à prodiguer des soins à un autiste ?

- Oui
- Non Passez directement à la question 19

↳ **Si vous avez déjà prodigué des soins à un patient autiste, est-ce :**

- Dans le cadre du suivi de médecin traitant
- De manière exceptionnelle, pour ses soins ponctuels

Quel âge avait ce premier patient ?

7. Étiez-vous le premier médecin consulté par la famille ayant des inquiétudes sur le développement de leur enfant ?

- Oui
- Non

8. Qui a posé le diagnostic de l'Autisme chez votre patient ?

- Vous-même
- Le Pédiatre
- Le Psychiatre
- Le Neurologue

9. Cochez les éventuels examens et bilans complémentaires que vous avez réalisés dans le cadre d'un dépistage de l'Autisme ?

- Bilan sanguin
- Examen cérébral (IRM, EEG)
- Bilan auditif (audiogramme)
- Bilan ophtalmologique
- Bilan orthophonique et psychomoteur
- Une enquête génétique

Aucun

10. Dans votre exercice, la prise en charge d'un patient autiste passe préférentiellement par :

- Le médecin généraliste
- Le pédiatre
- Le psychiatre
- Le neurologue
- Le psychologue

11. Quels sont les motifs de consultation pour un patient autiste dans votre exercice ?

- Somatique
- Psychiatrique (thérapeutique, demande d'hospitalisation)
- Dialogue et accompagnement psychologique des parents
- Information et sensibilisation des parents
- Orientation de l'autiste pour sa prise en charge médico-sociale

12. Quelle(s) problématique(s) vous pose(nt) la prise en charge d'un autiste ?

- La relation patient-médecin
- La durée que nécessite cette consultation
- L'accompagnement des parents
- Les troubles que le patient peut présenter
- Le manque de moyen en Médecine Générale
- Le manque de connaissances et recherches actuelles sur l'Autisme
- Aucune

13. Prenez-vous des mesures spécifiques pour examiner un patient autiste ?

- Prendre un temps spécifique avec le patient
- Mettre en place une distance adaptée entre le patient et vous
- Adopter une démarche de familiarisation avec paroles de rassurance
- Anticiper un comportement d'agitation éventuel

14. Recevez-vous régulièrement des courriers de confrères vous permettant le suivi de l'autiste en tant que médecin traitant ?

Oui

Non

15. Êtes-vous impliqué dans une coordination pluridisciplinaire pour une prise en charge adaptée de l'autiste? (psychiatres, pédiatres, rééducateurs)

Oui

Non

16. Etes-vous coordonnateur dans le suivi de vos patients autistes ?

Oui

Non

↳ **Si non, souhaiteriez-vous le devenir ?**

Oui

Non

17. Si vous n'êtes pas le coordonnateur, qui occupe cette fonction ?

Psychiatre

Neurologue

Autre (précisez) :

Je ne sais pas

18. Votre prise en charge du patient autiste vous semble-t-elle :

=> Nécessaire:

oui

non

=> Utile:

oui

non

↳ **Si vous n'avez jamais prodigué de soins à un patient autiste :**

19. Dans votre exercice, la prise en charge d'un patient autiste passe préférentiellement par :

Le médecin généraliste

Le pédiatre

Le psychiatre

Le neurologue

Le psychologue

20. Quelle(s) problématique(s) vous pose(nt) la prise en charge d'un autiste ?

La relation patient-médecin

La durée que nécessite cette consultation

L'accompagnement des parents

Les troubles que le patient peut présenter

Le manque de moyen en Médecine Générale

Le manque de connaissances et recherches actuelles sur l'Autisme

Aucune

ANNEXE 2 : Repaires nécessaires au développement de la socialisation et communication chez l'enfant [30]

CHRONOLOGIE DU DÉVELOPPEMENT TYPIQUE DE LA SOCIALISATION ET DE LA COMMUNICATION	
0 à 3 semaines	<ul style="list-style-type: none"> – Fixation du regard – Intérêt pour les visages
3 à 6 mois	<ul style="list-style-type: none"> – Sourire-réponse
7 à 8 mois	<ul style="list-style-type: none"> – Répond à son prénom
10 à 12 mois	<ul style="list-style-type: none"> – Dit « papa maman » de façon appropriée
15 mois	<ul style="list-style-type: none"> – Regarde quand on s'adresse à lui – Tend les bras pour qu'on le prenne – Manifeste une attention conjointe (partage d'intérêt et d'activité) – Fait preuve d'imitations sociales (sourire social réciproque) – Fait au revoir de la main – Répond régulièrement à son prénom – Répond à un ordre simple – Dit « maman » et « papa »
18 mois	<p>Tous les items précédents plus les suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Désigne les parties de son corps – Joue – Dit quelques mots – Montre les objets – Regarde quand on lui désigne des objets
24 mois	<p>Tous les items précédents plus les suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Utilise des mots-phrases – Imité les activités de travaux ménagers – Manifeste de l'intérêt pour les autres enfants

D'après les *Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme* (p. 69), adapté du *New York State Clinical Practice Guideline* et du rapport parlementaire sur la prévention des handicaps - 158.

ANNEXE 3 : Tableau récapitulatif des signes d'alertes de l'autisme [30]

SIGNES D'ALERTE DE TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT CHEZ UN ENFANT DE MOINS DE 3 ANS	
Préoccupations sur la communication	<ul style="list-style-type: none">– Langage retardé, perte des mots acquis– Ne répond pas à son nom, ne peut pas dire ce qu'il veut– Ne suit pas les ordres, semble sourd par moment– Ne pointe pas, ne fait pas « au revoir »
Préoccupations sur la socialisation	<ul style="list-style-type: none">– Pas de sourire social, peu de contact oculaire– Semble préférer jouer seul, est dans son monde– Ignore ses parents, pas d'intérêt pour d'autres enfants
Préoccupations sur le comportement	<ul style="list-style-type: none">– Colères, opposition, hyperactivité– Ne sait pas utiliser les jouets– Reste fixé sur certaines choses de manière répétitive– Attachement inhabituel à des objets– Marche sur la pointe des pieds, mouvements bizarres
Signes d'alerte absolue	<ul style="list-style-type: none">– Absence de babillage, de pointage ou d'autres gestes sociaux à 12 mois– Absence de mots à 18 mois– Absence d'association de mots (non écholalliques) à 24 mois– Perte de langage ou de compétences sociales quel que soit l'âge

D'après les *Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme* (p. 70), adapté de Baird *et al.* 2003.

ANNEXE 4 : Critères diagnostiques du trouble autistique (Classification DSM IV)

A. Un total de 6 (ou plus) parmi les éléments décrits en (1), (2) et (3), dont au moins 2 de (1), 1 de (2) et 1 de (3) :

(1) altération qualitative des interactions sociales, comme en témoignent au moins 2 des éléments suivants :

(a) altération marquée dans l'utilisation, pour réguler les interactions sociales, de comportements non verbaux multiples, tels que le contact oculaire, la mimique faciale, les postures corporelles, les gestes

(b) incapacité à établir des relations avec les pairs correspondants au niveau du développement

(c) le sujet ne cherche pas spontanément à partager ses plaisirs, ses intérêts ou ses réussites avec d'autres personnes (par exemple, il ne cherche pas à montrer, à désigner du doigt ou à apporter les objets qui l'intéressent)

(d) manque de réciprocité sociale ou émotionnelle

(2) altération qualitative de la communication, comme en témoigne au moins un des éléments suivants :

(a) retard ou absence totale de développement du langage parlé (sans tentative de compensation par d'autres modes de communication, comme le geste ou la mimique)

(b) chez les sujets maîtrisant suffisamment de langage, incapacité marquée à engager ou à soutenir une conversation avec autrui

(c) usage stéréotypé et répétitif du langage, ou langage idiosyncrasique

(d) absence d'un jeu de « faire semblant » varié et spontané, ou d'un jeu d'imitation sociale correspondant au niveau du développement

(3) caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, comme en témoigne au moins 1 des éléments suivants :

(a) préoccupation circonscrite à un ou plusieurs centres d'intérêts stéréotypés et restreints, anormale soit dans son intensité, soit dans son orientation

(b) adhésion apparemment inflexible à des habitudes ou à des rituels spécifiques et non fonctionnels

(c) maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs (par exemple, battements ou torsions des mains ou des doigts, mouvements complexes de tout le corps)

(d) préoccupations persistantes pour certaines parties des objets

B. Retard ou caractère anormal du fonctionnement, débutant avant l'âge de 3 ans, dans au moins un des domaines suivants :

(1) interactions sociales

(2) langage nécessaire à la communication orale

(3) jeu symbolique ou d'imagination

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par le diagnostic de Syndrome de Rett ou de Trouble désintégratif de l'enfance.

ANNEXE 5 : Critères de la CIM 10 pour le diagnostic de l'autisme infantile [30]

A	Présence, avant l'âge de 3 ans, d'anomalies ou d'altérations du développement dans au moins un des domaines suivants :	
	1	Langage (type réceptif ou expressif) utilisé dans la communication sociale
	2	Développement des attachements sociaux sélectifs ou des interactions sociales réciproques
	3	Jeu fonctionnel ou symbolique
B	Présence d'au moins 6 des symptômes décrits en 1, 2 et 3, avec au moins 2 symptômes du critère 1 et au moins 1 symptôme de chacun des critères 2 et 3 :	
	1	Altérations qualitatives des interactions sociales réciproques, manifestes dans au moins 2 des domaines suivants :
		<ul style="list-style-type: none"> a. absence d'utilisation adéquate des interactions du contact oculaire, de l'expression faciale, de l'attitude corporelle et de la gestualité pour réguler les interactions sociales b. incapacité à développer (de manière correspondante à l'âge mental et bien qu'existent de nombreuses occasions) des relations avec des pairs, impliquant un partage mutuel d'intérêts, d'activités et d'émotions c. manque de réciprocité socio-émotionnelle se traduisant par une réponse altérée ou déviante aux émotions d'autrui ; ou manque de modulation du comportement selon le contexte social ou faible intégration des comportements sociaux, émotionnels et communicatifs d. ne cherche pas spontanément à partager son plaisir, ses intérêts, ou ses succès avec d'autres personnes (p. ex. ne cherche pas à montrer, à apporter ou à pointer à autrui des objets qui l'intéressent)
	2	Altérations qualitatives de la communication, manifestes dans au moins 1 des domaines suivants :
		<ul style="list-style-type: none"> a. retard ou absence totale de développement du langage oral (souvent précédé par une absence de babillage communicatif), sans tentative de communiquer par le geste ou la mimique b. incapacité relative à engager ou à maintenir une conversation comportant un échange réciproque avec d'autres personnes (quel que soit le niveau de langage atteint) c. usage stéréotypé et répétitif du langage ou utilisation idiosyncrasique de mots ou de phrases d. absence de jeu de « faire semblant », varié et spontané, ou (dans le jeune âge) absence de jeu d'imitation sociale.
	3	Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, manifeste dans au moins 1 des domaines suivants :
		<ul style="list-style-type: none"> a. préoccupation marquée pour un ou plusieurs centres d'intérêt stéréotypés et restreints, anormaux par leur contenu ou leur focalisation ; ou présence d'un ou de plusieurs intérêts qui sont anormaux par leur intensité ou leur caractère limité, mais non par leur contenu ou leur focalisation b. adhésion apparemment compulsive à des habitudes ou à des rituels spécifiques non fonctionnels c. manières motrices stéréotypées et répétitives, par exemple battements ou torsions des mains ou des doigts, ou mouvements complexes de tout le corps d. préoccupation par certaines parties d'un objet ou par des éléments non fonctionnels de matériels de jeux (p. ex. leur odeur, la sensation de leur surface, le bruit ou les vibrations qu'ils produisent)

ANNEXE 6: Le questionnaire CHAT (Check-List for Autism in Toddlers) [30]

A. Questions aux parents		
1. Votre enfant prend-il plaisir à être balancé ou à ce qu'on le fasse sauter sur les genoux?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
2. Votre enfant s'intéresse-t-il aux autres enfants?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
3. Votre enfant aime-t-il grimper? escalader les escaliers?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
4. Votre enfant prend-il plaisir à jouer à coucou ou à chercher un objet?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
5. Votre enfant a-t-il déjà joué à la dinette p. ex. faire semblant de verser du café, en utilisant les ustensiles ou autre jeu de « faire semblant »?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
6. Votre enfant a-t-il déjà utilisé l'index ou tendu la main pour demander quelque chose?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
7. Votre enfant a-t-il déjà pointé de l'index pour montrer son intérêt pour quelque chose?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
8. Votre enfant joue-t-il de façon adaptée avec de petits jouets (voitures, cubes) sans se contenter de les mettre à la bouche, les manipuler ou les jeter?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
9. Votre enfant vous a-t-il déjà rapporté des objets ou des jouets pour vous les montrer?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
B. Questions aux médecins ou aux puéricultrices		
I. Au cours de la consultation, l'enfant a-t-il eu un contact par le regard avec vous?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
II. Attirez l'attention de l'enfant, puis pointez de l'autre côté de la pièce en direction d'un objet intéressant et dites « oh regarde ». Regardez le visage de l'enfant. L'enfant regarde-t-il pour voir ce que vous désignez?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
III. Attirez l'enfant puis donnez-lui une dinette et dites-lui « peux-tu faire du café? » L'enfant fait-il semblant de verser le café, de boire, etc.?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
IV. Dites à l'enfant « où est la lumière? » ou « montre-moi la lumière ». L'enfant désigne-t-il de l'index la lumière?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
V. L'enfant peut-il faire une tour avec des cubes? (si oui, nombre de cubes?)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Comment interpréter le CHAT ?

5 items sont à considérer :

- L'absence de jeu de faire semblant A5 et B3
- L'absence de pointage proto-déclaratif A7 et B4
- L'absence de contrôle du regard B2

Si l'enfant échoue ces 5 items, le risque d'autisme est élevé. Le risque est moyen si l'enfant échoue les items A7 et B4.

Dans ces deux cas, il est conseillé de refaire le CHAT un mois plus tard. Si l'enfant échoue à nouveau, il doit être référé à une unité spécialisée dans le diagnostic pour une évaluation plus approfondie, le CHAT n'étant pas un outil de diagnostic.

ANNEXE 7: M-C.H.A.T. Questionnaire destiné aux parent

Répondez aux questions suivantes d'après le comportement que votre enfant adopte habituellement. Essayez de répondre à toutes les questions. Si le comportement est rare, si vous l'avez observé seulement une ou deux fois par exemple, répondez que votre enfant ne le fait pas.

1.	Est-ce que votre enfant aime se faire balancer, que vous le fassiez sauter sur vos genoux, etc.?	Oui	Non
2.	Est-ce que votre enfant est intéressé par les autres enfants?	Oui	Non
3.	Est-ce que votre enfant aime grimper, comme grimper les escaliers?	Oui	Non
4.	Est-ce que votre enfant aime jouer au jeu de « coucou » ou à la cachette?	Oui	Non
5.	Est-ce que votre enfant a déjà fait semblant, par exemple, de parler au téléphone, de prendre soin d'une poupée, etc.?	Oui	Non
6.	Est-ce que votre enfant utilise son index en pointant pour demander des choses?	Oui	Non
7.	Est-ce que votre enfant utilise son index pour vous montrer ce à quoi il est intéressé?	Oui	Non
8.	Est-ce que votre enfant joue adéquatement avec les petits objets (ex. : autos, blocs), sans seulement les mettre dans sa bouche, les manipuler sans but précis, ou les échapper?	Oui	Non
9.	Est-ce que votre enfant vous amène parfois des objets pour vous montrer quelque chose?	Oui	Non
10.	Est-ce que votre enfant vous regarde dans les yeux durant deux secondes ou plus?	Oui	Non
11.	Est-ce que votre enfant semble parfois hypersensible à certains sons (par exemple en se bouchant les oreilles)?	Oui	Non
12.	Est-ce que votre enfant vous sourit en réponse à votre visage ou à votre sourire?	Oui	Non
13.	Est-ce que votre enfant vous imite (ex. : vous lui faites une grimace et votre enfant tente de l'imiter)?	Oui	Non
14.	Est-ce que votre enfant répond quand vous appelez son nom?	Oui	Non
15.	Si vous pointez un jouet à l'autre bout de la pièce, est-ce que votre enfant va le regarder?	Oui	Non
16.	Est-ce que votre enfant marche?	Oui	Non
17.	Est-ce que votre enfant porte attention à ce que vous regardez?	Oui	Non
18.	Est-ce que votre enfant fait des mouvements inhabituels avec ses doigts près de son visage?	Oui	Non
19.	Est-ce que votre enfant a déjà essayé d'attirer votre attention sur ce qu'il fait?	Oui	Non
20.	Vous êtes-vous déjà demandé si votre enfant était sourd?	Oui	Non
21.	Est-ce que votre enfant comprend ce que les gens lui disent?	Oui	Non
22.	Est-ce qu'il arrive à votre enfant de fixer le vide ou d'errer sans raison?	Oui	Non
23.	Est-ce que votre enfant regarde votre visage pour vérifier votre réaction quand il rencontre une situation non-familière?	Oui	Non

M-CHAT : Interprétation

Les réponses **oui/non** sont traduites en réponses **normale/à risque autistique**.

Une réponse négative aux items critiques **2, 7, 9, 13, 14 et 15** indique un risque autistique

Un enfant est à risque s'il échoue à deux items critiques ou échoue à 3 items au total, dans ce cas il doit bénéficier d'un bilan approfondi par des spécialistes.

1. non	6. non	11. non	16. non	21. non
2. NON	7. NON	12. non	17. non	22. oui
3. non	8. non	13. NON	18. oui	23. non
4. non	9. NON	14. NON	19. non	24.
5. non	10. non	15. NON	20. oui	25.

ANNEXE 8 : Le suivi de l'autisme et des autres troubles envahissants du développement (TED) chez l'enfant et l'adolescent (HAS Actualités & Pratiques – N°38 – Avril 2012)



ANNEXE 9 : Plan autisme 2013 / 2017, Synthèse du rapport d'étape du 3ème plan autisme - 16 avril 2015 (ministère de la Santé)

Le 3ème plan autisme (2013/2017), publié en mai 2013, ce sont :

- 37 fiches actions, réparties dans 5 axes stratégiques : diagnostiquer et intervenir précocement, accompagner tout au long de la vie, soutenir les familles, poursuivre les efforts de recherche, former l'ensemble des professionnels ;

- 205 millions d'euros, dont 195 pour l'évolution de l'offre médico-sociale, soit :

- 28 M€ pour la création de 100 unités d'enseignement en école maternelle comprenant 7 enfants par UE ;
- 24,2 M€ pour la création de 807 places en SESSAD ;
- 65 M€ pour la création de 1425 places de structures pour adultes ;
- 13,3 M€ pour la création de 332 places d'accueil temporaire ;
- 17 M€ pour le renforcement des CAMSP ;
- 38 M€ pour le renforcement des autres établissements et services ;

- des actions dont le fil rouge est constitué par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS et de l'ANESM ;

- des plans d'actions régionaux, élaborés par les Agences régionales de santé (ARS), déclinant par territoire les axes du plan national ;

- une concertation étroite et permanente avec les associations de familles, les ARS, les centres de ressources autisme (CRA), les gestionnaires du champ médico-social et du monde de la Santé, et des experts du domaine ;

Première phase :

En matière de diagnostic et d'interventions précoces :

L'instruction ministérielle du 17 juillet 2014, qui fixe le cadre national de référence sur le triptyque « Repérage, diagnostic et interventions précoces », s'accompagne du déploiement en régions d'équipes chargées du diagnostic des enfants en proximité.

Les 30 premières unités d'enseignement en maternelle ont ouvert durant l'année scolaire 2014/2015. Elles constituent un mode de scolarisation en école ordinaire, avec des interventions éducatives et pédagogiques conformes aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles et de la guidance parentale à domicile. 30 autres unités ouvriront en septembre 2015, et 40 supplémentaires en septembre 2016.

En matière d'accompagnement tout au long de la vie :

Les créations de places nouvelles : les crédits du 3ème plan autisme ont été notifiés aux ARS, qui s'engagent dorénavant dans les phases d'autorisation et d'installation de ces places. A ce jour, on dénombre environ 8 600 places spécifiquement autorisées pour enfants avec troubles envahissants du comportement (TED) dans le secteur médico-social, et environ 6 200 pour les adultes. Avec la programmation issue du plan actuel et le reliquat de places à installer issu du 2ème plan, ce sont près de 6 300 places nouvelles qui doivent s'installer sur la période 2015/2018 (2 700 pour les enfants, 3 600 pour adultes).

Les 28 structures expérimentales créées dans le cadre du 2ème plan ont fait l'objet d'une évaluation nationale, afin de permettre leur autorisation dans un cadre réglementaire de droit commun.

Sur l'accès aux droits en matière de compensation individuelle, une journée réunissant les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et les CRA en septembre 2014 a permis de faire un état des lieux des pratiques partagées sur le champ de l'autisme, et de proposer des pistes de travail pour les années à venir.

Les travaux d'élaboration de la recommandation de bonnes pratiques professionnelles relative aux interventions et au projet personnalisé chez l'adulte avec autisme débutent en 2015.

En matière de soutien aux familles :

Le dispositif national de formation des aidants familiaux s'est déployé en 2014 dans 7 régions, et se prolongera en 2015 dans 17 régions, pour un total de 2 400 bénéficiaires sur ces deux années.

En matière de recherche :

Plusieurs projets majeurs ont été financés, notamment : la cohorte ELENA, qui doit permettre de disposer d'un suivi longitudinal d'environ 900 enfants ; deux programmes de recherche consacrés à l'évaluation du modèle de Denver ; une action d'élaboration d'un kit de dépistage précoce en direction des médecins de ville ; et un programme psycho-éducatif de formation des parents.

En matière de formation des professionnels :

Le déploiement d'un programme porté par l'organisme paritaire UNIFAF, destiné à former des professionnels de champ médico-social sur les interventions recommandées et la conduite du changement, a débuté dès 2013 (1 240 personnes formées en deux ans) ; l'élaboration de deux dispositifs de formation à distance élaborés par le centre national d'éducation à distance (CNED) et par l'Université de Clermont-Ferrand a été soutenue.

Seconde phase :

Ces deux premières années ont été marquées par des réalisations concrètes, et une dynamique collective permettant d'avancer sur chacun des axes du 3ème plan.

La mise en œuvre du plan se poursuivra avec la consolidation des avancées, et des travaux renforcés sur certaines thématiques :

Des actions à consolider et à poursuivre :

- Un suivi précis du déploiement du triptyque « repérage, diagnostic et interventions précoces » en régions, et le soutien aux formations des équipes de diagnostic de proximité ;
- Le maintien de la dynamique sur les unités d'enseignement en maternelles et, plus largement, sur le développement de l'offre en places nouvelles ;
- Sur le champ des adultes, la publication de la recommandation conjointe HASANESM est très attendue, afin d'adapter les modes d'accompagnement ;

- La poursuite du dispositif de formation des aidants familiaux, qui doit couvrir l'ensemble des régions ;
- Le maintien des efforts en matière de recherche : reconduction de l'appel à projets CNSA-IRESP, articulations entre équipes de recherche sur la base de priorités partagées.

Les actions prévues par le plan, mises en œuvre à partir de 2015 :

- La parution, en 2015, d'un référentiel qualité autisme qui doit permettre de soutenir l'évolution de l'offre existante vers une meilleure appropriation des interventions recommandées ;
- L'accompagnement des MDPH vers une meilleure connaissance et reconnaissance des besoins spécifiques des personnes avec autisme. Un guide technique est en préparation, il permettra d'éclairer les MDPH et leurs partenaires sur les parcours à construire au bénéfice des personnes avec autisme, et de constituer un socle de formation pour les équipes pluridisciplinaires ;
- La publication du décret relatif aux centres de ressources autisme ;
- en matière de formation, qui constitue la clé de voûte de nombreuses actions du plan :
 - le soutien aux dispositifs de formation continue conformes à l'état des connaissances et aux interventions recommandées. Ces actions doivent être étroitement articulées avec le déploiement du référentiel qualité autisme
 - la création d'une formation complémentaire certifiante en travail social
- le déploiement du repérage et d'un meilleur diagnostic des personnes adultes sur l'ensemble des régions, quelle que soit la situation des personnes.

Cette seconde phase de mise en œuvre s'appuiera sur la coopération étroite avec l'ensemble des partenaires mobilisés depuis la parution du plan. Des mesures complémentaires renforceront ce plan. [1]

La prise en charge de l'autisme par les médecins généralistes en Picardie

Résumé :

Introduction : L'autisme est un trouble général du comportement qui a été déclaré « grande cause nationale » en 2012 par les pouvoirs publics, il est devenu un enjeu majeur de santé publique. Praticien de soins primaires en tant que médecin traitant pour le suivi de l'enfant, avec un rôle central pour la famille, nous étudions le rôle du médecin généraliste en Picardie, en particulier sa place et ses attentes dans le parcours de soins d'un patient autiste. **Méthode :** Une enquête descriptive régionale a été réalisée par le biais d'un questionnaire anonyme d'évaluation à choix multiples incluant des questions semi-ouvertes, adressé à 500 médecins généralistes libéraux de Picardie. **Résultats :** 78 médecins généralistes ont répondu au questionnaire sur un échantillon de 500 praticiens, soit 15,6% de taux de participation. Les médecins généralistes reconnaissent les signes cliniques diagnostics et les complications d'un retard de dépistage de l'autisme, mais 72% des interrogés ignorent l'âge de dépistage précoce de l'autisme. 70% n'ont pas été le premier médecin consulté par la famille. Le pédiatre a le plus souvent diagnostiqué l'autisme chez leur patient. La prise en charge du patient autiste passe préférentiellement par le pédiatre, le psychiatre, puis le médecin généraliste. Les problématiques posées par la prise en charge de l'autiste chez les généralistes sont : le manque de connaissances et recherches actuelles sur l'autisme, la relation patient-médecin, les troubles associés au patient, la durée nécessitée par la consultation, le manque de moyen en Médecine Générale. Notre enquête a relaté une problématique d'ordre relationnel : 83,7% ne reçoivent pas de courriers en tant que médecin traitant. 81,4% ne sont pas impliqués dans une coordination pluridisciplinaire de la prise en charge de l'autiste. 97,7% ne sont pas coordonnateurs du suivi de leur patient. 54,8% ne souhaitent pas le devenir et 44,2% ignorent qui en est le coordonnateur. Les attentes quant à leur place actuelle dans le parcours de soins du patient autiste ont porté essentiellement sur : une meilleure formation des médecins généralistes à la pathologie, une meilleure coordination pluri professionnelle, une meilleure sensibilisation des médecins généralistes. **Discussion:** La formation des médecins généralistes semble insuffisante pour le dépistage précoce de l'autisme : ils ont des besoins d'information, de sensibilisation. De plus, la coordination pluri-disciplinaire est difficile, les réseaux de soins lui sont mal identifiables. Le médecin généraliste ne tient pas une position privilégiée ni centrale dans la prise en charge du patient autiste.

Mots clés : autisme, dépistage, signes cliniques, signes précoces, diagnostic, médecin généraliste, prise en charge.

The medical care of autism by general practitioners in Picardie

Abstract:

Introduction: Autism is a general behavioral disorder that has been declared "great national cause" in 2012 by the government; it has become a major public health issue. Primary care practitioner as family doctor monitoring the child, with a central role for the family, we study the role of general practitioners in Picardie, in particular its position and expectations in the medical care of an autistic patient. **Method:** A regional descriptive survey was conducted through an anonymous multiple choice assessment including semi-open questions, addressed to 500 Liberal GPs in Picardie. **Results:** 78 general practitioners responded to the questionnaire on a sample of 500 practitioners, with 15.6% of participation rate. GPs recognize clinical diagnostics signs and complications of an autism late screening, but 72% of respondents are unaware of the age of early detection of autism. 70% were not the first doctor consulted by the family. The pediatrician most often diagnosed autism in their patient. Patient's medical care preferentially passes by the pediatrician, psychiatrist and then general practitioner. Generally, the problems posed by the autistic medical care are: lack of knowledge and current research on autism, patient-physician relationship, disorders associated to the patient, the time required for consultation, lack of means in General Medicine. Our survey reported a relational problem: 83.7% do not receive letters as family doctor. 81.4% are not involved in a multidisciplinary coordination in the care of autistic patient. 97.7% are not coordinators monitoring their patient. 54.8% do not wish to become it and 44.2% do not know who the coordinator is. Expectations for their current place in the autistic patient's care concerns: better training for general practitioners to the pathology, better multi professional coordination, increasing awareness among general practitioners. **Discussion:** The training of general practitioners seems insufficient for the early detection of autism: they have needs on information and awareness. In addition, the multi-disciplinary coordination is difficult, medical care networks are poorly identified to him. The GP does not hold a privileged or central position on autistic patient's medical care.

Keywords: autism, screening, clinical signs, early signs, diagnosis, general practitioner, medical care.