



18, rue Léon Frapié
29200 Brest
asso.asperansa@gmail.com



40, rue du Menez
29500 Ergué-Gabéric
autismecornouaille2019@gmail.com
[.com](http://autisme.com)



5, rue des Genêts
29600 Saint-Martin des Champs
fissa.autisme@gmail.com



8, rue Traverse
29800 Landerneau
ludautisme@gmail.com



44, rue Jacques Anquetil
29000 Quimper
aba.finistere@orange.fr

Le 29 septembre 2019

Madame la Présidente
Conseil Départemental du Finistère
32, boulevard Dupleix
CS 29029
29196 Quimper Cedex

Copie : A.R.S

Madame la présidente

Nos associations regroupent des familles de personnes autistes et des personnes autistes. Elles se sont penchées sur la question des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance.

Le Conseil départemental veut prendre en compte cette question dans le cadre de son 5^{ème} schéma handicap. Il veut également mettre en œuvre des solutions pérennes pour l'accompagnement d'enfants confiés à l'ASE se trouvant dans des situations complexes ou difficiles.

Nous ne prétendons pas connaître tous les aspects de la protection de l'enfance. Nous ne connaissons que l'autisme en rapport avec la prévention et la protection de l'enfance.

Nous constatons que les situations complexes ou critiques concernent très souvent des enfants, adolescents et jeunes adultes autistes.

Malheureusement, ils ne bénéficient pas tous d'un diagnostic.

A cet égard, nous ne sommes pas très satisfaits du service rendu par le secteur sanitaire (psychiatrie) ou le secteur médico-social..

L'autisme suppose des interventions éducatives souvent complexes. La formation des personnels concernés est indispensable.

Les enfants en situations complexes ou critiques

Les enfants dits en situations complexes ou critiques à l'ASE sont censés avoir des « *troubles du comportement, de la personnalité ou des conduites, des troubles de l'attachement, des problèmes de la relation à l'autre* ». C'est une façon assez classique de décrire des jeunes autistes par des praticiens de la CFTMEA, la classification utilisée encore dans la majorité des Hôpitaux de Jour en Bretagne, d'après l'enquête récente menée par l'ARS dans le secteur sanitaire, à la suite de l'enquête similaire menée dans le secteur médico-social en commun avec les 4 départements :

La HAS, dans ses dernières recommandations concernant le diagnostic des enfants et adolescents, préconise de n'utiliser que le DSM 5 - avec la catégorie de « Trouble du Spectre de l'Autisme ».

Nous savons bien que les enfants estampillés « *situations complexes ou difficiles* » à l'ASE ou à la MDPH sont massivement (pas tous) des enfants autistes, diagnostiqués ou non.

Il y a aussi des enfants avec des maladies génétiques, pour lesquels il y a en très bonne partie des troubles du spectre autistique (X fragile, Bourneville etc ...).

La majorité des personnes bénéficiant d'un plan d'accompagnement global (PAG) dans le cadre de la réponse accompagnée pour tous (RAPT) sont autistes.

Il en est en réalité de même pour les personnes bénéficiant du PCPE (pôle de compétences et de prestations externalisées) sans même parler de la catégorie « troubles psychiques » qui peut correspondre à des personnes autistes sans diagnostic.

Il n'est plus à notre époque possible d'accompagner des jeunes autistes en prétendant ignorer leur fonctionnement. Il est nécessaire que l'accompagnement se construise à partir du diagnostic tel qu'il est préconisé par la HAS depuis 2005 et des interventions recommandées par la HAS depuis 2012.

Il y a aussi des outils élaborés par l'ANESM :

- *Qualité de vie : handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux (avril 2017)*
- *Les comportements problèmes : prévention et réponses (juillet 2016)*
 - *Organisation à privilégier et stratégie de prévention*
 - *stratégies d'intervention*
 - *Les espaces de calme-retrait et d'apaisement.*

Ces outils élaborés par l'ANESM ne sont pas d'ailleurs spécifiques à l'autisme, même s'ils ont été élaborés au départ à partir des problèmes rencontrés avec les personnes autistes, enfants comme adultes.

La difficulté réside dans le fait qu'il y a de fortes ressemblances entre les troubles du comportement d'un enfant autiste et ceux d'un enfant subissant des mauvais traitements. Voir fiche1.

La nécessité d'un diagnostic

Compte tenu de ce qui précède, nous souhaitons une articulation dans la politique du Conseil Départemental avec les mesures prévues dans la stratégie nationale de l'autisme au sein des

troubles neurodéveloppementaux (ou « 4^{ème} plan »).

Dans le cadre de la mesure 38 du 3^{ème} plan autisme qui concernait la question des signalements à l'ASE, le département avait délégué un médecin de l'ASE pour participer au groupe de travail national pour la mise en œuvre de cette mesure. Nous avons noté l'intérêt porté par le département à ce problème. Malheureusement, les travaux de ce groupe ont été interrompus par le changement de gouvernement.

Le 4^{ème} plan autisme a repris, après cette interruption, certaines actions. La mesure 51 prévoit l'intégration de l'autisme dans la démarche d'évaluation des situations des enfants confiés à l'ASE ou susceptibles de l'être.

Il est prévu, dans la mesure 52, une évaluation en urgence par des spécialistes en vue d'un diagnostic pour l'évaluation de la situation d'un mineur.

Le Centre de Ressources Autisme (CRA) a établi, depuis 2016, comme critère prioritaire de diagnostic les situations où il y a signalement d'information préoccupante.

Nous souhaitons que cette intervention du CRA ou d'une structure compétente pour le diagnostic de l'autisme soit intégrée dans les procédures d'information préoccupante. Le CRA ne peut intervenir que sur le diagnostic et l'information générale. Il faut aussi un appui technique sur l'évaluation de la situation de l'enfant.

Nous rappelons que pour écarter le diagnostic d'autisme, les professionnels doivent suivre des procédures proches de celles utilisées pour le diagnostic. Elles doivent pouvoir mettre en œuvre l'ADI-R et l'ADOS (formations assurées par le CRA et matériel financé par l'ARS), si cela est nécessaire.

Un diagnostic aurait, dans un premier temps, pour fonction d'interroger la pertinence d'une prise en charge par l'ASE. Le diagnostic permet de poser un autre regard sur la situation et s'avère nécessaire à l'évaluation de la situation.

Nous nous interrogeons sur la prise en charge par l'ASE : ,,,

- par absence de structures de répit (aucune dans le Finistère pour les enfants);
- du fait de la mise à l'écart de l'école en milieu ordinaire ;
- ou parce que les services de pédopsychiatrie refusent de gérer les situations de crise.

Mais, dans la réalité, un enfant autiste peut être pris en charge par l'ASE aujourd'hui parce que:

- « *sa mère l'a rendu malade* » en l'envoyant voir des médecins (et tant pis si à 13 ans, le CRA a ensuite établi un diagnostic d'autisme typique et de dyslexie massive) ;
- aucun répit n'est possible pour les parents (« *l'ASE n'est pas là parce que l'enfant pose problème, mais quand la famille en pose* ») ;
- il n'y a eu aucun diagnostic sérieux ;
- il n'y a pas de prise en charge en IME (ou très partielle, pour certains quelques heures par jour) ;
- un signalement a eu lieu du fait d'une prétendue « *absence de soins* », alors qu'une prise en charge en libéral avait été mise en place du fait de l'inefficacité du CMP ;
- méprise sur l'origine des troubles du comportement .

La question du diagnostic se pose donc autant pour éviter de rentrer dans le champ de la protection

de l'enfance que pour s'occuper des enfants qui y sont entrés (pour de bonnes ou moins bonnes raisons).

Dans le cadre de l'obligation légale du suivi de santé de l'ASE (dernière loi), les médecins de l'ASE peuvent-ils être formés pour étudier avec les équipes les mineurs sans diagnostic ? A commencer bien sûr par ceux qui sont considérés comme en situations complexes ou critiques.

La bonne volonté et le bon sens des équipes de prévention de l'ASE ne sont pas suffisantes devant la difficulté à apprécier la situation d'enfants autistes.

Il y a une nécessité de formation spécifique.

Dans l'analyse des situations, il faudrait que les équipes de prévention se rendent compte de la lutte qu'ont du mener les parents pour obtenir un diagnostic, puis pour mettre en place des interventions correspondant aux RBPP. Elles doivent se défendre par exemple d'avoir quitté un CMPP, alors que cela devrait être bien considéré quand cette intervention n'est pas adaptée.

Le contrôle théorique par les juges est évidemment inadapté. Les différents gouvernements, dans le cadre de la mesure 38 du 3ème plan autisme comme dans le 4ème plan actuel, ont considéré que les juges devaient être formés à ce sujet, que de nouveaux experts judiciaires devaient être sélectionnés (mesures 52, 53, 86 et 87). En attendant que ces mesures prennent effet dans la pratique, il serait judicieux que le conseil départemental donne les moyens à ses personnels d'apprécier mieux les situations, pour mieux informer la justice.

Les liens avec le secteur psychiatrique

Dans ce type de concertation où il y a beaucoup d'interlocuteurs présents, il est difficile d'imaginer que tous les acteurs disent vraiment ce qu'ils pensent. Des versions politiquement aseptisées ont été données dans ces groupes de travail.

Mais, en *a parte*, nous avons pu constater que nous avons des points de vue proches de ceux de professionnels du médico-social ou de la protection de l'enfance.

Il faut distinguer deux problèmes : les diagnostics, l'intervention.

En ce qui concerne le **diagnostic** des enfants (jusqu'à 16 ans donc), il y a désormais 11 équipes labellisées par l'ARS dans le Nord-Finistère.

Mais il n'y en a aucune dans le Sud-Finistère.

Il n'y a qu'à demander à la MDPH : le climat spécifique au 29 Sud explique sûrement la floraison des « *dysharmonies psychotiques ou du développement* » au détriment des TED/TSA.

Par exemple, récemment, pour un élève dûment diagnostiqué il y a quelques années par le CRTA (centre de référence des troubles de l'apprentissage) avec une dysphasie sévère, le médecin du CMPI 29 S certifiera un trouble de la personnalité.

Dans le sens inverse : le Finistère avait la particularité d'avoir 3 CLIS TP – troubles de la personnalité,

deux à Brest, une à Plomelin. Un pédopsychiatre du CRA avait dit que ces CLIS comportaient en fait des enfants autistes. Quand il n'a plus été possible légalement de conserver ces CLIS TP, elles sont devenues des ULIS TED. Et certains des enfants, par les mêmes services de pédopsychiatrie, ont vu disparaître leurs troubles de la personnalité pour avoir seulement le diagnostic de TED ...

Les équipes de l'ASE doivent pouvoir s'appuyer pour l'évaluation et le diagnostic sur un secteur pédopsychiatrique qui respecte les RBPP de la HAS.

Pour l'**intervention**, on peut se permettre d'exprimer des doutes sur les compétences de certaines unités de pédopsychiatrie incapables de faire un diagnostic suivant les recommandations datant de 14 ans (2005) ! Sans parler de la psychiatrie adulte (à partir de 16 ans).

Cependant, il ne nous semble pas possible de se contenter de ce constat malheureux, et nous souhaitons que le département travaille avec l'ARS pour améliorer la situation.

D'après nos informations, tous les secteurs de pédopsychiatrie n'assurent pas correctement une fonction de recours en cas d'urgence.

Nous pourrions espérer que les professionnels de la pédopsychiatrie donnent les conseils adéquats au personnel de l'ASE pour l'intervention auprès des enfants. Mais cela ne se fait pas actuellement.

Or, les professionnels de l'ASE sont en besoin d'étayage.

Il manque actuellement dans le département l'équivalent de ce qui existe depuis peu pour les adultes (à partir de 16 ans), à savoir l'EMIA 29 (équipe mobile d'intervention autisme). Cette équipe peut être sollicitée aussi bien par les personnes concernées, leurs familles, les établissements et services médico-sociaux que par le secteur sanitaire. Mais aussi par l'ASE et les équipes de prévention .

Il y a encore une absence de compétences de la psychiatrie adulte pour les 16/21 ans : elle est encore moins formée, et les professionnels croient que ces jeunes ont été diagnostiqués quand ils étaient enfants.

Consulter les personnes concernées

Les réunions se tiennent essentiellement avec des professionnels, sans aucun représentant :

- des familles d'accueil ;
- d'associations de parents d'enfants placés à l'ASE ;
- d'enfants placés à l'ASE ;
- de personnels de terrain de l'ASE et de la Prévention.

Il y a eu certes des responsables hiérarchiques des personnels de l'ASE et des familles d'accueil, mais ils ne peuvent, sur le principe, représenter les salariés concernés.

C'est une situation retrouvée dans toutes les concertations sur le sujet de la protection de l'enfance. Le CD 29 se distingue quand même dans le fait d'avoir sollicité le collectif d'associations de personnes handicapées.

Ne peut-on envisager une enquête vers ces différentes catégories de personnes pour faire apparaître leurs points de vue, qui ne peuvent qu'enrichir ceux des professionnels ou de leur

encadrement ?

Quelles interventions ?

Parfois, les parents ont commencé à mettre en place une intervention en libéral avant qu'intervienne la mesure de placement, en obtenant un financement (souvent partiel) par le biais de l'AEEH ou de la PCH.

La décision de placement déséquilibre économiquement le financement de ces interventions, car AEEH et PCH dépendront des jours de retour au foyer.

Il nous semble essentiel que ces interventions continuent en cas de placement et que la famille soit déchargée du financement de celles-ci, ce qui est normalement prévu par la législation. Les professionnels de l'ASE doivent être formés pour en comprendre l'importance.

Bien entendu, il est scandaleux qu'un signalement ou une information préoccupante pour « *refus de soins* » soient effectués pour une famille qui applique les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles en libéral, parce que le secteur sanitaire ne les applique pas – à 86 % suivant l'enquête menée pour l'ARS.

Est – ce que les équipes s'occupant des IP sont capables d'analyser ces situations complexes, qui peuvent être confondues avec des situations de maltraitance ?

Il faut au minimum assurer la continuité des prises en charge.

Comment donner des moyens aux parents pour assurer un retour de leur enfant ? En effet, le placement entraîne une rupture, et c'est ensuite difficile pour les familles de retourner dans ce quotidien avec les troubles du comportement. Il y a un risque de désengagement des familles.

L'EMIA (Equipe Mobile d'Intervention Autisme) 29 peut être sollicitée par tout acteur – pour personne d'au moins 16 ans en cas de comportements problèmes. Quelle est la fréquence de demande de l'ASE par rapport à l'EMIA 29 ?

Pourquoi n'y a-t'il pas de neuropsychologue dans les équipes de l'ASE et prévention, pour les guider sur les aspects neurodéveloppementaux et l'entraînement aux habiletés sociales ? Les troubles neuro-développementaux concernent à peu près 10 % des enfants dans la population générale. Ils sont sans doute surreprésentés chez les enfants de l'ASE. Un travail sur les habiletés sociales et la compréhension des codes sociaux est très important pour les enfants autistes, mais aussi pour tous les enfants confiés qui ont installé des comportements inadaptés.

Le département envisage de créer une structure spécifique centralisée pour les jeunes de l'ASE ayant des comportements problèmes (« situations critiques »). Une prise en compte de l'autisme dans le respect des RBPP nous apparaît comme une précondition. D'autre part, la concentration au même endroit de jeunes ayant le même type de comportements peut être contre-productive. Il faudrait peut-être s'inspirer d'expériences étrangères qui allient la prise en charge sociale à une intervention immédiate du secteur sanitaire, lorsque cela est nécessaire.

Que cela soit dans le cadre de l'évaluation des informations préoccupantes ou dans le cadre de la prévention, quelle est la capacité des professionnels (éducateur, assistant social, conseiller enfance) à guider les parents dans leurs compétences parentales et stratégies éducatives si ces professionnels ne connaissent pas les recommandations HAS et les méthodes adaptées ?

Comment, dans l'intérêt de l'enfant, le professionnel de l'ASE peut travailler le projet pour l'enfant sans connaître les droits opposables aux institutions ?

Il nous semble important de guider et former également les **Assistants Familiaux** sur ces prises en charge. Pourquoi ne pas envisager un parcours de formation pour ceux-ci et les professionnels de terrain pour monter en compétences sur la gestion des comportements dévifs, en se basant sur les recommandations de l'ANESM, les compétences de l'EMIA 29 et du PCPE 29, des SESSAD Autisme (notamment Quimper et Brest) ?

La formation sur l'autisme dans les **instituts régionaux de travail social** est gravement déficiente : l'audit réalisé dans le cadre du 3^{ème} plan autisme avait établi que seuls 14% d'entre eux avaient un programme correspondant aux recommandations de la HAS.

Le 4^{ème} plan autisme prévoit :

- mesure 64 : deux certificats nationaux d'intervention en autisme ont été créés par arrêté du 28 mai 2019 pour les professions intervenant auprès de personnes autistes.
- mesure 86 : module dématérialisé de sensibilisation des professionnels de la protection de l'enfance (magistrats, travailleurs sociaux, personnels de santé ...) ;
- mesure 87 : formation des professionnels de l'aide sociale à l'enfance et de la justice.

Nous espérons que le département saura se saisir de ces mesures.

Nous voudrions, par ailleurs, attirer votre attention sur deux points qui n'ont pas été pris en compte pour l'instant dans le cadre de la concertation : la scolarisation des enfants de l'ASE et l'orientation vers des ITEP (voir fiches 2 et 3).

Nous sommes à votre disposition pour toute information complémentaire.

Veuillez agréer, Madame la Présidente, nos sentiments distingués.

Pour les associations

Asperansa	Autisme Cornouaille	FISSA Autisme	Lud'Autisme	ABA Finistère
Jean Vinçot	Nathalie Jamier	Emmanuel Michel	Christelle Le Mérour	Gaëlle Gosselin

Sources :

- "[Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles](#)", Rapport de 2015 du Défenseur des Droits
- "[L'aide sociale à l'enfance : une impitoyable machine à broyer les familles d'enfants autistes](#)", Rapport de l'association Autisme France sur les violations des droits et dysfonctionnements de l'aide sociale à l'enfance, Danièle Langlois, Juillet 2015
- Guide "[Comment se comporter, communiquer avec des travailleurs sociaux ?](#)" Lola Coudert-Haousée, Magali Pignard, février 2019
- « [Handicap et protection de l'enfance : des placements abusifs](#) » – Association Francophone des Femmes Autistes – 5 mars 2019
- [Stratégie Nationale pour l'Autisme au sein des troubles du neuro-développement](#)
- [Diagnostic et prise en charge du trouble du spectre de l'autisme dans les établissements de santé](#) – ARS Bretagne
- [Modalités d'accompagnement des personnes avec autisme ou troubles envahissants du développement \(TED\)](#) – ARS et départements Bretagne ([analyse établissement pour enfants](#))
- [Les personnes avec troubles envahissants du développement prises en charges en Bretagne](#) – rapports de l'ARS – 1er décembre 2014
- Centres de ressources autisme et MDPH [Pratiques partagées pour une évaluation et un accompagnement adaptés aux spécificités des personnes avec troubles envahissants du développement](#) Juin 2015. pp, 11-17, 29-35
- [L'Association Française de Psychiatrie et le Syndrome de Munchhausen par procuration](#) – Union Régionale Autisme France de Bretagne
- [Kevin - Autisme et ITEP](#) Blog
- [Formation sur l'autisme des travailleurs sociaux à l'ITES de Brest](#) Blog
- [CMPP ou psychologue libéral ? Recours devant la CDAPH](#) Blog
- *Qualité de vie : handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux (avril 2017)* https://www.has-sante.fr/jcms/c_2833768/fr/qualite-de-vie-handicap-les-problemes-somatiques-et-les-phenomenes-douloureux
- [Les comportements problèmes : prévention et réponses \(juillet 2016\)](#)
 1. *Organisation à privilégier et stratégie de prévention*
 2. *stratégies d'intervention*
 3. [Les espaces de calme-retrait et d'apaisement.](#)
- blog TSA Travailleur Social atterré : [L'autisme à l'épreuve de l'aide sociale à l'enfance](#)
- [Guide repère - Formations du travail social sur les TSA](#) – CRA de Bretagne, ARS, DRJSCS, UNAFORIS, GIP-FAR
- Marie-Christine Cavecchi et Valérie Cabuil, Enfance protégée - [Restitution de la concertation nationale - Promouvoir l'ambition scolaire pour les enfants protégés \(2019\)](#)
- [L'accompagnement des enfants relevant de la protection de l'enfance et du handicap](#) CNAPE
- CNCPH 10 juillet 2019 [Contribution relative à la protection de l'enfance](#)

https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2019/07/contribution_pacte_pour_lenfance.pdf

Fiche 1 : extraits blog TSA Travailleur Social atterré

"L'autisme à l'épreuve de la protection de l'enfance" est un texte rédigé par N., ancienne assistante sociale chargée d'évaluer les Informations Préoccupantes (IP). Ce texte vise à donner des pistes de réflexion sur le constat d'Informations préoccupantes, signalements, placements d'enfants autistes dont le danger ou risque de danger au sein de sa famille n'est pas avéré.

Ce texte est repris sous forme d'articles dans son blog : [TSA - Travailleur Social Atterré](#)

Les rapports, semblent, dans le cas de l'autisme, nettement à charge contre les familles, puisqu'on en vient à constater des placements ne correspondant pas au contexte défini par la loi. Pourquoi ? Le sujet est vaste. Il existe cependant des pistes de réflexion : les spécificités de l'autisme, en particulier en matière de communication, troublent d'emblée les relations entre travailleurs sociaux et parents ; les Informations Préoccupantes reçues, sont quant à elles particulièrement alarmantes aux yeux des services de protection de l'enfance, de par leur origine institutionnelle ; enfin, le monde médicosocial, et en particulier les travailleurs sociaux, ne dispose en aucun cas de la formation nécessaire pour aborder l'autisme de façon adéquate.

CONTEXTE AUTISTIQUE

Un système qui ne prend pas en compte les fonctionnements atypiques

Les évaluations de danger se font par rapport à la norme sociale :

Plus un enfant s'en éloigne [de la norme sociale], plus il apparaît comme en situation de danger relatif. Danger de ne pas trouver sa place, de ne pas pouvoir, plus tard, s'insérer dans la société, de ne pas trouver de travail, de ne pas pouvoir lui-même éduquer ses enfants correctement....

Un enfant autiste ne correspond pas aux attentes sociétales : pour les TS, cette distance par rapport à la norme risque de compromettre son devenir. Les TS vont se poser la question : *Les parents sont-ils en capacité d'accompagner l'enfant à la mise en œuvre d'actions permettant de gommer ou d'atténuer la distance à la norme ?*

Si l'enfant a un diagnostic et reconnaissance de la MDPH, les attentes des TS sont la *mise en place de la prise en charge préconisée pour l'enfant, dont les parents ne peuvent remettre en cause la pertinence sans se rendre suspect de défaut de soin. (...) le parent n'est pas considéré comme compétent dans la préconisation de prise en charge nécessaire.*

Elle décrit ensuite ce qui attend un parent voulant entreprendre un bilan diagnostic pour son enfant. *délai d'attente dans les CRA débordés, CMP et CMPP inefficaces et tournés vers la psychanalyse, idées reçues des proches, incrédulité générale, voilà ce qu'il lui faut affronter. Le contexte français, oblige le parent confronté à l'autisme, à être autodidacte.*

Elle mentionne que cette expertise surprend, déstabilise, voire dérange, le travailleur social : *D'habitude, l'expert, c'est lui.*

Ce parent ayant mobilisé compétences et ressources pour son enfant peut être décrédibilisé par un travailleur social car cela s'est fait *en dehors du cadre de référence institutionnel* (école, CMPP, médecin traitant, pédiatre, pro de PMI...).

Une formation à l'autisme globalement contestable

Divers professionnels interviennent dans l'évaluation d'une Information Préoccupante. Celle-ci est généralement réalisée par un binôme rencontrant la famille, et l'évaluation est conseillée et supervisée par des instances spécifiques. Les binômes d'évaluation peuvent se décliner de diverses façons, mais on retrouve couramment, selon l'âge des enfants, une assistante sociale et une infirmière puéricultrice (enfant de moins de 6 ans), un éducateur et une assistante sociale, ou encore deux assistantes sociales (enfant de plus de 6 ans). Ces professionnels sont-ils formés à l'autisme, et si oui, comment ?

En 2015, durant le 3ème Plan Autisme, **un audit** est lancé par le ministère des Affaires Sociales et de la Santé, et par celui des Familles, de l'Enfance et du Droit des Femmes, concernant l'enseignement en matière d'autisme dans les métiers du travail social. Cependant, celui-ci concerne exclusivement les *"quatre métiers principaux de la filière éducative"*, soit les diplômés d'éducateur spécialisé, d'éducateur de jeunes enfants, de moniteur éducateur, et d'aide médico-psychologique. **La formation d'assistant de service social passe outre ce contrôle.**

A noter que l'audit constate, au sein des quatre formations concernées, une très forte hétérogénéité des contenus dispensés, l'existence d'une incohérence entre des contenus de formation conformes et non conformes avec les recommandations de la HAS au sein d'un même établissement. Seuls 14 % des établissements audités proposent un contenu en conformité avec l'état des connaissances et en accord avec les recommandations de bonnes pratiques. **16 %**

des établissements présentent l'autisme uniquement comme une psychose, et 21 % font cohabiter les recommandations de la HAS avec *"une approche de l'autisme comme d'une psychose infantile"*. Une enquête du CREA Aquitaine, la même année, portant sur l'ensemble des formations médicales et sociales de la région, incluant la formation d'assistant de service social, conclut quant à elle que 42 % des formations de son secteur font référence à des prises en charges psychanalytiques de l'autisme, et 39 % à des thérapies analytiques.

N. fait le bilan que le seul fait qu'un enfant ait un fonctionnement atypique constitue, pour un travailleur social, un danger, dans la mesure où l'ensemble du système de protection de l'enfance se montre inadapté à ces fonctionnements.

Elle avance quelques propositions :

- formation des travailleurs sociaux chargés d'évaluer les IP ;
- création d'un module complémentaire pour permettre l'évaluation des IP conçue et validée entre autres par des associations de parents, des professionnels reconnus dans le champ de l'autisme et des travailleurs sociaux connaissant les réalités du terrain de l'évaluation des Informations Préoccupantes ;
- présenter les théories psychanalytiques dans les contenus de formation comme uniquement un repère historique ;
- évaluation au cas par cas des enfants placés pour carences affectives/éducatives, afin de détecter d'éventuels troubles pouvant avoir été confondus avec des signes de maltraitance ;
- création d'un "guide de l'Information Préoccupante" à remettre à chaque famille concernée afin que celle-ci puisse en comprendre les enjeux.

A travers l'analyse des situations d'Informations Préoccupantes vécues par les familles concernées par l'autisme, on réalise que l'ensemble du système de protection de l'enfance se montre **inadapté aux fonctionnements atypiques**, et les considère d'emblée comme mettant l'enfant en danger.

Les difficultés dans les interactions sociales, les attendus en communication, le développement d'un système en dehors des institutions pour permettre le diagnostic et les prises en charge, sont autant de biais ne permettant pas aux travailleurs sociaux de comprendre de manière éclairée ces situations. Cette incompréhension, est de plus aggravée par la provenance la plus courante des Informations Préoccupantes : le système scolaire et le service public de santé mentale, qui de par leurs rôles institutionnels, vont **conforter l'idée d'un danger existant**, ne laissant que peu de chance aux familles d'être entendues. Enfin, dans le travail social, l'absence, non seulement de formation, mais également de moyen de se former, la présence de nombreuses théories psychanalytiques dans l'enseignement du développement de l'enfant, **ne permettent pas de construire une grille d'analyse efficiente en matière d'autisme**. L'absence de nuances dans la détection des signes de maltraitance, vient compléter ce sombre tableau.

En résumé, la famille concernée par l'autisme, n'a que peu de chance à la fois d'échapper à une Information Préoccupante, et à la fois de pouvoir démontrer, lors de l'évaluation de celle-ci, qu'elle n'est, malgré des signes considérés comme évidents, pas maltraitante.

Une mission d'information sur l'Aide Sociale à l'Enfance, créée le 5 mars 2019, se propose de travailler, entre autres, sur les sujets de formation des personnels, ou sur l'application des mesures éducatives. Il semble que le sujet des placements abusifs en matière d'autisme, a tout intérêt à recueillir son attention. En effet, des évolutions s'avèrent nécessaires pour le bien de nombreux enfants et de leurs familles.

Fiche 2 : La scolarisation des enfants de l'ASE

La scolarisation des élèves autistes est difficile (c'est chez eux que se concentrent les déscolarisations et les scolarisations partielles). L'écrasante majorité des IP (informations préoccupantes) vient de l'école. La Haute Autorité de Santé vient de mettre à son programme l'élaboration de [recommandations de bonnes pratiques professionnelles](#) concernant l'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap et des enfants de l'ASE (dont une part importante est en situation de handicap).

La HAS décrit ainsi la scolarisation des enfants de l'ASE dans sa [note de cadrage](#) :

« Pour les enfants du dispositif de l'ASE, les décisions d'orientation et de placement s'appuient en priorité sur les enjeux éducatifs. Parfois, celles-ci impliquent un déménagement, au détriment de la stabilité de l'environnement scolaire et amical. Le risque de déscolarisation est particulièrement fort la première année du placement et à chaque nouvelle orientation. En cours de placement, les moments clés comme les audiences, les visites ou les séparations, peuvent aussi fortement impacter la relation parents-enfant et perturber la scolarité de l'enfant.

Ensuite, les enfants en situation de handicap et accompagnés au titre de l'ASE sont plus particulièrement touchés par les problématiques de « retard scolaire » par rapport aux cycles d'apprentissage définis par l'Education nationale, pouvant induire un sentiment d'échec à l'école. A l'âge d'entrer au collège, 2/3 des enfants en établissement de PE sont « en retard » d'au moins une année contre moins de 20% en population générale. 20% d'entre eux sont en SEGPA contre 3% dans les effectifs nationaux. Ces différents chiffres renvoient d'abord à l'inadaptation du système scolaire aux besoins de ces enfants. Par ailleurs, les difficultés sont parfois préexistantes à l'accompagnement de l'ASE pour ces jeunes. En effet, au sein des familles concernées, d'autres facteurs peuvent affecter la scolarité des enfants et perdurer après le placement : pauvreté, mal-logement, parcours d'échec scolaire pour les parents, ou encore carences éducatives voire maltraitements au sein de la famille.

La littérature nous montre un autre facteur de risque pour ces enfants: le poids des représentations autour de leur scolarité. Dans les dispositifs de l'ASE, le phénomène de reproduction sociale influence le devenir à l'école de l'enfant, notamment lorsque l'environnement familial ou le suppléant de l'autorité parentale n'investissent pas d'ambition scolaire pour eux (en établissement particulièrement, mais également en famille d'accueil). C'est encore plus vrai pour les enfants « déplacés » avec de nombreuses ruptures de parcours : les professionnels « n'investissent pas l'enfant d'attentes scolaires dans la mesure où la situation n'offre aucun gage de continuité », ce qui induit pour le jeune un « déficit d'encouragements durables ». Ces représentations sociales, associées à la nécessaire indépendance financière précoce pour les jeunes majeurs du dispositif, pèsent en faveur d'une prévalence d'orientations vers l'enseignement professionnel et les formations en cycle court.

Au sein des établissements de l'ASE, le manque de moyens pour soutenir la scolarité est mis en exergue. Peu d'outils d'évaluation de la scolarité existent pour les professionnels et les conditions extrascolaires (espace au calme, accompagnement et temps dédiés aux devoirs) sont généralement peu favorables au sein des établissements. Les supports sociaux qui facilitent la scolarité (compétences scolaires dans l'entourage, soutien pédagogique, cours particuliers) font aussi souvent défaut.

Il résulte de l'ensemble de ces facteurs une plus forte probabilité d'un parcours scolaire synonyme d'échec pour ces enfants. Après la fin de la scolarité obligatoire à 16 ans, les jeunes du dispositif de l'ASE sont 15,8% à quitter l'école contre 5,8% pour l'ensemble des jeunes du même âge. Les difficultés sont maximales pour les 70 000 élèves qui cumulent un handicap et un accompagnement par l'ASE. On observe parmi eux une surreprésentation des situations critiques ou complexes et la scolarité bien souvent n'est pas une priorité, quand elle n'est pas tout simplement inexistante. » (références dans le document HAS) »

Cette question a été abordée tardivement dans le groupe de travail qui traite de la scolarisation et de la transition à l'âge adulte, sans que des mesures d'action puissent être proposées.

Un groupe de travail national « [Promouvoir l'ambition scolaire pour les enfants protégés](#) » fait des préconisations.

Fiche 3 : Le dispositif ITEP

La circulaire interministérielle du 14 mai 2007 concernant les ITEP (Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques) considère qu'ils ne sont pas adaptés aux jeunes autistes.

Nous mettons de côté l'ITEP de Toul ar Ch'roat (Châteaulin), compte tenu de sa spécificité pour l'épilepsie, rencontrée d'ailleurs chez un quart des personnes autistes.

En ce qui concerne le reste du dispositif ITEP (SESSAD ou établissements), rien n'indique que le personnel soit formé aux troubles neurodéveloppementaux, dont l'autisme. Or, des enfants et adolescents autistes sont dans ce dispositif, comme l'atteste l'étude de l'ARS sur « *Les personnes avec TED prises en charge en Bretagne* » : il n'apparaît certes que deux enfants avec TED, mais 131 enfants avec « *psychose infantile* », classification obsolète et correspondant en général aux TED ou TSA.

Cette inadéquation concerne 35% des enfants accueillis dans les ITEP en Bretagne.

L'étude CEKOA, menée pour l'ARS et les conseils départementaux, aboutit à la même conclusion et signale des orientations par défaut dans les ITEP (les orientations par défaut concernant tous services ou établissements confondus dans le Finistère représentant 46% de ces orientations inadaptees en Bretagne) .

Une orientation inadéquate de ce type ne peut mener qu'à un surhandicap.

Quel est le nombre d'enfants de l'ASE en ITEP ?

Lorsqu'un enfant de l'ASE est censé être pris en charge en ITEP, est-ce qu'il s'agit d'une prise en charge réelle ou symbolique, du type de quelques heures par semaine ?

Nous aimerions qu'une attention particulière soit portée aux rapports entre les ITEP et l'ASE.

Cela implique notamment que:

- les équipes de l'ASE s'appuient sur un neuropsychologue ;
- la MDPH puisse, dans certaines situations, faire procéder à un diagnostic différentiel.

Sources :

- [Les personnes avec troubles envahissants du développement prises en charges en Bretagne](#) – rapports de l'ARS – 1er décembre 2014
- Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques et la prise en charge des enfants accueillis [Circulaire interministérielle DGAS/DGS/SD3C/SD6C n° 2007-194 du 14 mai 2007](#)
- [Modalités d'accompagnement des personnes avec autisme ou troubles envahissants du développement \(TED\)](#) - ARS et départements Bretagne ([analyse établissement pour enfants](#))
- Centres de ressources autisme et MDPH [Pratiques partagées pour une évaluation et un accompagnement adaptés aux spécificités des personnes avec troubles envahissants du développement](#) Juin 2015. pp, 11-17
- [Kevin - Autisme et ITEP](#) Blog