

L'AUTISME À L'ÉPREUVE DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

*Placements abusifs d'enfants autistes en France :
Comment, pourquoi ?*

Avril 2019



Sommaire

Avant-Propos.....	1
Introduction.....	1
1. Le contexte autistique.....	3
1.1 Un système qui ne prend pas en compte les fonctionnements atypiques.....	3
1.2 Un mode de communication différent.....	4
1.3 Des compétences parentales inattendues.....	6
2. L'origine des Informations Préoccupantes.....	8
2.1 Le milieu scolaire.....	8
2.2 La phobie scolaire.....	9
2.3 Les suivis en centres médico-psychologiques.....	11
3. Une formation qui interroge.....	13
3.1 Une formation à l'autisme globalement contestable.....	13
3.2 Le socle de connaissance de l'assistante sociale.....	14
3.3 Les références en matière de maltraitance.....	15
Conclusion.....	17

Avant-Propos

L'objectif de cet écrit est d'éclairer le lecteur sur de probables causes de placements abusifs d'enfants autistes. Il ne se penche pas sur les mécanismes juridiques, régulièrement décrits par ailleurs¹. Il se propose d'apporter un angle d'analyse différent : celui d'une assistante sociale personnellement concernée par l'autisme, pour elle-même mais également pour son enfant, diagnostiqué à l'adolescence.

Il est basé à la fois sur l'observation de faits, tant dans la formation menant à l'obtention du DEASS², que dans les pratiques d'évaluation d'Informations Préoccupantes (après plusieurs années d'exercice en tant qu'évaluatrice au sein d'un Conseil Départemental) ; et à la fois sur une synthèse de recherches et de connaissances personnelles sur le fonctionnement de la personne autiste.

Il a été relu et complété par des travailleurs sociaux ainsi que des personnes autistes et/ou parents d'enfant(s) autiste(s) : leur aide a été précieuse.

Introduction

Dans le champ de l'autisme, les parents qui dénoncent les placements abusifs sont nombreux, et ce ne sont pas moins de 127 associations qui tentent de faire entendre leurs voix. Difficile donc,

¹ Par exemple la page "[IP ou signalement : quelle différence ?](#)", Autonomie de solidarité laïque

² Diplôme d'Etat d'Assistant de Service Social

de balayer ces protestations en considérant qu'il ne s'agirait que de familles se débattant dans la douleur de l'acceptation de décisions de justice bel et bien justifiées. D'autant que ces situations, sont régulièrement illustrées dans la presse par des cas très concrets, comme le montre la tristement célèbre affaire Rachel.

Selon l'article 375 du Code Civil, un mineur dont la santé, la sécurité ou la moralité sont en danger, ou voyant les conditions de son éducation compromises, peut faire l'objet d'une mesure éducative. Le placement judiciaire est l'une d'elle : il s'agit de protéger l'enfant en le retirant d'un milieu qui ne lui permettait pas de se développer correctement, tout en le protégeant des dangers que ce milieu représenterait. Un placement "abusif", serait donc une décision de justice -celle de séparer un enfant de sa famille *de façon durable*, puisqu'un placement est légalement prononcé pour deux ans maximum, renouvelable- prise de manière excessive et hors norme, hors cadre légal. Donc de placer un enfant **qui ne serait ni en danger ni en risque de l'être** dans un foyer ou une famille d'accueil, pour l'éloigner de sa famille.

Comment, depuis des années, le système judiciaire peut-il être amené à prendre de telles décisions "dans l'intérêt supérieur de l'enfant", manifestement en parfaite opposition avec la réalité de ces familles ? Dans la majorité des cas, le Juge est amené à se prononcer suite à un rapport adressé par les services sociaux, dans le cadre de la protection de l'enfance. Peut-on imputer la faute des placements abusifs à ces services ? Quel est le schéma, qui peut les conduire, à considérer l'enfant autiste comme "en danger" dans sa propre famille ?

Deux schémas mènent les services sociaux au signalement auprès du Juge des Enfants : celui du suivi de secteur, et celui, plus connu, de l'Information Préoccupante.

Dans le cadre du suivi de secteur, l'assistante sociale³ sera amenée à signaler une famille pour laquelle, elle a pu elle-même, dans son quotidien professionnel, repérer une situation où l'enfant semblait en danger, et où le travail de prévention habituellement mené, n'a pas été porteur. En présence d'enfant(s) de moins de 6 ans, elle a pu demander à la puéricultrice⁴ de secteur son appui, mais elle peut également être seule, porteuse de la situation.

Dans le cadre de l'Information Préoccupante, il s'agit d'une inquiétude concernant un ou plusieurs enfants, transmise par voie officielle, aux services sociaux, et plus précisément en premier lieu à la CRIP⁵ qui, sauf en cas d'extrême gravité nécessitant un signalement sans délai au procureur de la République, se charge de redistribuer aux travailleurs sociaux de terrain. Dès lors, cette information, n'est plus une "simple" inquiétude concernant un enfant : elle intègre un processus précis, minuté selon un protocole encadré par la loi. Quelle qu'en soit l'origine, les inquiétudes mentionnées seront étudiées, évaluées, mais également l'ensemble de la situation familiale, afin de dresser un portrait global de l'environnement de l'enfant, pour répondre à la question de savoir

³ Il existe bien entendu des assistants sociaux, au masculin. Cependant c'est une profession particulièrement féminine, je prends donc le parti d'en parler au féminin, pour représenter au plus près le vécu des familles. Ce n'est en aucun cas un manque de respect, quant au travail effectué par les collègues de sexe masculin.

⁴ Il existe malheureusement encore moins de puéricultrice au masculin, que d'assistants sociaux.

⁵ Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

s'il convient de s'inquiéter ou non, et, si les inquiétudes sont fondées, que faut-il mettre en place pour permettre une amélioration.

Lorsque les services sociaux repèrent, soit en travail de secteur soit en évaluation d'Information Préoccupante, de réelles difficultés, la première proposition d'aide est (sauf urgence vitale, maltraitance physique avérée...) d'ordre administratif : une Information Préoccupante ne se termine pas automatiquement par un signalement aux autorités judiciaires, loin s'en faut. Il s'agit avant tout de proposer un étayage de la situation familiale, et tout outil possible pour qu'elle soit saine tant au niveau du budget, que du logement, que du positionnement éducatif parental. Par contre, si malgré l'aide proposée la situation de danger demeure, et/ou que les parents n'appliquent pas les recommandations et les conseils, que les démarches préconisées ne sont pas effectuées, on demande une judiciarisation.

Un écrit argumenté accompagne cette demande. Il y est décrit : l'historique de la situation (la famille est-elle connue des services sociaux ? Y-a-t-il déjà eu des IP ? Le bilan de 4 ans des enfants a-t-il été effectué ?), le contexte de la rencontre avec les travailleurs sociaux (s'agit-il d'une Information Préoccupante, si oui son contenu, ou d'un suivi secteur, si oui son motif...), l'histoire familiale, les observations des travailleurs sociaux, de l'école, ou de tout autre intervenant auprès de l'enfant, les observations des interactions entre membres de la famille, les propositions d'aide effectuées, les observations de non-collaboration des parents, et toute information utile à la compréhension de la situation. Suivent une analyse, et enfin la demande de judiciarisation en elle-même, sous forme de demande de placement, d'AEMO⁶ ou de MJIE⁷.

Ces 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.

1. Le contexte autistique

1.1 Un système qui ne prend pas en compte les fonctionnements atypiques

L'évaluation des IP, comme les suivis de secteur, se font systématiquement par rapport à la norme sociale attendue. C'est effectivement, le rôle premier du travailleur social, qui détermine

⁶ Assistance éducative en milieu ouvert : L'enfant reste au domicile des parents mais il y a une obligation de suivi par un éducateur. Mène au placement si ne permet pas d'amélioration.

⁷ Mesure judiciaire d'investigation et d'évaluation, plus rarement demandée, lorsque les services sociaux ne parviennent pas à évaluer la situation.

cette approche : dans son travail quotidien, tout travailleur social tente de garantir la meilleure insertion sociale de son public, quel qu'il soit. Et plus son public s'approche de la norme, mieux il sera inséré. Les enfants, adultes en devenir, sont de fait également soumis à cette règle.

Ainsi, pour un travailleur social, plus un enfant sera proche ou dans la norme, mieux il sera inséré. Plus un enfant s'en éloigne, 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....

Ce premier signal, celui de **l'enfant qui ne correspond pas aux attentes sociétales**, va amener des questionnements complémentaires : Quels sont les marqueurs de cette "anormalité" ? Sont-ils prononcés, et à quel point compromettent-ils le devenir de l'enfant ? Sont-ils réversibles, peut-on les faire disparaître ? Les parents, qui portent selon la loi, la responsabilité du bien-être de l'enfant, en sont-ils conscients, et si oui, 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 ?

Plus les marqueurs sont nombreux, plus les réponses aux dernières questions sont négatives, moins le danger semble relatif, **et plus il s'approche de la notion de danger telle que définie par le Code Civil**. On va alors se demander, non plus si les parents sont conscients de ces signes, mais *si les parents en sont responsables*. La présence d'un handicap diagnostiqué, attesté par des professionnels, la présence surtout, d'une reconnaissance par la MDPH, viendra bien évidemment nuancer cette attente de normalité : elle se déplace alors vers 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**. Globalement, l'idée restera de "tendre vers" la norme, et pour cela, le parent n'est pas considéré comme compétent dans la préconisation de prise en charge nécessaire. Alors, qu'en est-il devant une absence de diagnostic ?

1.2 Un mode de communication différent

Les troubles du spectre de l'autisme sont vastes, et ses manifestations variées, selon le degré des troubles, mais également selon l'individualité de la personne autiste, et l'environnement dans lequel elle évolue. Il est donc d'emblée complexe de définir l'autisme. Cependant, il est possible de dresser un tableau, certes non exhaustif mais toutefois éclairant, des troubles, comportements spécifiques et besoins particuliers dus à l'autisme, pouvant être repérés et interprétés négativement selon la grille de lecture de la protection de l'enfance. En effet, le DSM-5⁸ définit l'autisme à travers une dyade comportant des **déficits de la communication et des interactions sociales** (*déficit de la réciprocité sociale ou émotionnelle ; déficit des comportements non verbaux ; déficit du développement, du maintien et de la compréhension des relations*), et un **caractère restreint et répétitif des comportements et des intérêts** (*intolérance aux changements, adhésion*

⁸ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, cinquième édition, 2013, par l'*American Psychiatric Association* (APA) ou association américaine de psychiatrie.

inflexible à des routines ; mouvements répétitifs ou stéréotypés ; intérêts restreints ou fixes, anormaux dans leur intensité ou leur but ; hyper ou hypo sensibilité aux stimuli sensoriels)⁹.

C'est ce **déficit de la communication et des interactions sociales** qui risque, en premier lieu, d'interpeller tout professionnel non formé à l'autisme. Il se traduit différemment selon chaque individu, mais l'on va assez couramment retrouver : une difficulté à regarder dans les yeux son interlocuteur, ou un regard trop fixe car forcé ; des expressions du visage inexistantes ou au contraire exagérées ; une intonation de voix monocorde ; des altérations dans le volume de la voix (parler trop ou pas assez fort) ; une pauvreté dans les gestes accompagnant la parole ; un ton parfois sec, qui peut passer pour autoritaire, pédant ou abrupt ; une difficulté à intégrer le bavardage social, ce qui peut minimiser les échanges¹⁰ ; une franchise surprenante, avec une absence de filtre social... toutes ces caractéristiques viennent mettre à mal l'attente, chez le travailleur social, d'un échange "classique", tel qu'il peut en avoir avec la plupart des familles.

Quelle pourra être son interprétation ? En situation de protection de l'enfance, et plus encore en évaluation d'Information Préoccupante, le rôle du travailleur social est d'abord l'observation. Aussi, **il prêtera d'autant plus attention, à tout signe possible de "dysfonctionnement" social et/ou familial, tant chez le(s) parent(s) que chez l'enfant**. Même si les personnes autistes savent, pour certaines, faire usage d'un masque social, il leur sera difficile, dans ce contexte particulièrement anxiogène, de sembler tout à fait conforme à la norme attendue. On pourra percevoir le parent autiste comme froid, en retrait, n'entrant pas réellement en communication avec son interlocuteur, ou encore comme indifférent à la situation.

En effet, plusieurs choses sont évaluées de manière implicite à travers ces échanges : Le parent se montre-t-il concerné et conscient de l'enjeu de l'Information Préoccupante ? Le parent a-t-il une attitude de collaboration ? L'attente, encore une fois implicite, est que le parent alimente l'échange, et ne se contente pas uniquement de répondre aux questions posées. De plus, les travailleurs sociaux utilisent régulièrement des circonvolutions langagières, des sous-entendus, des métaphores, afin de permettre aux parents de s'approprier l'accompagnement proposé : **ni les problèmes repérés, ni les attentes de changement dans le positionnement éducatif parental, ne sont nommés clairement**. Cette communication "en creux", chargée une fois encore d'implicites, peut ne pas être comprise.

Les travailleurs sociaux observent également le comportement de l'enfant en lui-même, et l'ensemble des interactions parent/enfant. Il y a là aussi matière à alerter, selon leur grille d'analyse : les interactions peuvent sembler froides, distantes, inadaptées par rapport à la norme attendue. Les signaux d'alerte induits par l'autisme sont multiples, et touchent tous les champs de ce qui est repéré comme éducatif et/ou affectif, puisque cela se réfère à l'ensemble des interactions sociales. Aussi, toute l'observation est biaisée, sans que ni le parent, ni les travailleurs sociaux ne le comprennent. **Chacun des acteurs est condamné à l'incompréhension**

⁹ Source: *Comprendre l'autisme, un site d'information sur l'autisme, Le DSM-5 en ligne ici*

¹⁰ <https://comprendrelautisme.com/le-fonctionnement/la-communication-et-les-interactions-sociales/>

de l'autre partie, et l'ensemble de ces incompréhensions amène à l'inquiétude quant au bien-être de l'enfant et aux capacités parentales.

1.3 Des compétences parentales inattendues

En France, l'autisme est largement sous diagnostiqué. Plusieurs conséquences : d'une part, des parents (et en particulier des mères puisque le diagnostic est plus complexe chez les femmes) autistes qui s'ignorent, et qui eux-mêmes, n'expliquent pas leur différence, et peuvent facilement paraître "étranges" aux yeux de personnes neurotypiques¹¹, d'autre part, des enfants sans diagnostic établi, mais dont les symptômes interpellent. Qui ? Tout d'abord leurs parents. Qui vont, plus ou moins tardivement, cesser d'écouter l'école ou tout autre institution qui leur renvoie que leur enfant a des comportements inadéquats, qu'il convient de corriger par l'éducation, pour s'interroger, chercher, creuser.

Avant d'accéder à un diagnostic établi, le parent se questionne et recherche. Il ne connaît ni l'autisme, ni l'ensemble des signes permettant de le détecter. Son médecin traitant, comme la plupart des médecins, non formé, ne lui est d'aucune aide. Alors il cherche de lui-même, et finit par développer ses connaissances en troubles divers. Il entre dans un processus de cheminement, de prise de conscience et de recherche de solutions. TDAH, dyspraxie, dysphasie, déficience intellectuelle ou au contraire haut potentiel intellectuel...Le parent questionne toutes les possibilités qui pourraient, de près ou de loin, lui apporter une explication, mais surtout, des solutions, des améliorations. Enfin, on lui parle d'autisme, et il réalise que oui, cela pourrait être une réponse. Cela nécessite de déconstruire toutes ses idées reçues sur l'autisme, de porter un regard autre sur son enfant, de tâcher d'être objectif dans l'observation, de sortir de l'émotion, de lister des symptômes, de chercher et lire, encore, pour tenter de confirmer, de contacter des associations, des groupes de parents...de mobiliser, en somme, toutes les ressources possibles.

Une fois les doutes éclaircis, le parent veut, naturellement, faire confirmer ses inquiétudes par un diagnostic posé par le corps médical. Et c'est là un autre parcours du combattant : délai d'attente dans les CRA débordés, CMP et CMPP inefficaces et tournés vers la psychanalyse¹², 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** : il apprend seul, car on ne lui laisse pas le choix. Il devient de fait, expert de son propre enfant, et à la fois, cumule toutes les connaissances qui lui sont accessibles en matière d'autisme, mais également, en matière de structures existantes, d'associations aidantes et de professionnels qualifiés. Il devient à la fois autonome dans ses démarches et fin dans ses connaissances.

Cette forme d'empowerment a de quoi surprendre un travailleur social lambda, plus habitué à rencontrer des personnes méconnaissant leurs droits, ou les démarches prescrites pour y accéder. D'habitude, l'expert, c'est lui. D'ailleurs, on le répète tout au long de la formation

¹¹ En opposition au terme "atypique", désigne une personne dont le fonctionnement se situe dans la norme

¹² Voir l'enquête réalisée en mars 2019 sur les CMP, CMPP, CAMPS, hôpitaux de jour [sur le site de l'AFFA](#)

d'assistante sociale, et durant ce parcours, on évalue bien, l'*expertise sociale*¹³ acquise par l'étudiant. Alors, bien que de nombreux travailleurs sociaux puissent s'en défendre, oui, il est surprenant, déstabilisant, voire même dérangeant d'être confronté à un parent qui maîtrise mieux le sujet que celui qui a fait de difficiles et fatigantes études pour en avoir appris bien moins. De prime abord. Ensuite, le choix revient à chacun : accepter cette expertise comme possible et saine, puisqu'**elle démontre on ne peut mieux que le parent se préoccupe effectivement du bien-être de son enfant**, ou au contraire, la rejeter, voire même s'en servir pour décrédibiliser ledit parent. Le travailleur social est confronté au paradoxe de devoir évaluer une ou des personnes présentant une bien meilleure maîtrise du sujet que lui.

Pourquoi, un travailleur social en viendrait-il à décrédibiliser un parent qui semble avoir mobilisé un maximum de compétences et de ressources pour son enfant ? Sans doute parce que ce parent, confronté à l'incompétence globale du système français en matière d'autisme, l'a fait **en dehors du cadre de référence institutionnel**. Car les partenaires habituels du travail social, sont également bien souvent, ceux qui ont écarté, par manque de connaissances, la piste de l'autisme pour l'enfant. L'école, le CMPP, le médecin traitant, le pédiatre, le médecin, la psychologue et l'infirmière puéricultrice de PMI¹⁴, aucun de ces acteurs n'auraient détecté ou évoqué un probable autisme ? Difficile à croire pour l'assistante sociale, puisque c'est ceux vers qui elle se tourne au quotidien, pour étayer sa pratique professionnelle d'une expertise pluridisciplinaire. Difficile d'accepter soudain, que l'ensemble de ses partenaires soient incompétents dans un domaine particulier, car s'ils le sont en matière d'autisme, le sont-ils également dans d'autres champs ? Ce serait remettre en cause l'ensemble de sa pratique professionnelle, dont l'une des missions est d'orienter le public vers des services compétents.

Que se passerait-il, si un travailleur social venait au contraire soutenir la démarche parentale ? on lui renverra qu'il est hors de son domaine de compétence, puisque le repérage de l'autisme est du domaine médical. Il y a de fortes chances, qu'il se décrédibilise lui, au regard de sa hiérarchie, et/ou de ses collègues. Car tout ce qui pourrait venir valider son positionnement, en terme d'institutions, affirme que les soupçons parentaux sont infondés. On l'accuserait sans doute d'être trop crédule, voire de trop s'investir avec les familles accompagnées. Ce positionnement pourrait alors mettre en doute, non seulement son objectivité, mais également, l'ensemble de son approche professionnelle, dans toutes les situations qu'il pourrait rencontrer à l'avenir. Le choix, n'est finalement possible, qu'à un prix extrêmement lourd : il ne fait pas bon, contredire l'institution, lorsqu'on est l'un de ses exécutants.

¹³ Domaine de compétences 2 du référentiel de formation au DEASS: *Expertise sociale* : 1) Observer, analyser, exploiter les éléments qui caractérisent une situation individuelle (...) 2) Veille professionnelle : s'informer et se former pour faire évoluer sa pratique 3) Développer et transférer ses connaissances professionnelles. Direction Générale de la Cohésion Sociale [disponible ici en PDF](#)

¹⁴ Rencontres a minima lors du bilan de 4 ans de l'enfant effectué par les services de PMI, dit "B4" en jargon professionnel. https://lenord.fr/jcms/prd1_333093/bilan-de-sante-des-enfants-de-3-4-ans

2. L'origine des Informations Préoccupantes

2.1 Le milieu scolaire

Le premier lieu institutionnel de socialisation de l'enfant est l'école. C'est donc naturellement le milieu où, sorti du cocon familial, l'enfant autiste va interpeller son entourage. De par son comportement atypique, il va aisément déranger, soit le fonctionnement de la classe en elle-même, soit les temps hors classe tels que les récréation, les repas... ou mettre en difficulté l'enseignant insuffisamment formé. L'enfant devient alors révélateur d'une forme d'incompétence, et représente à ce titre un danger. Un enfant diagnostiqué TSA peut avoir un aménagement spécifique, et bénéficie éventuellement la présence d'un AESH¹⁵. Il est rarement scolarisé à temps plein : seuls 30 % d'entre eux le sont en maternelle, et en moyenne 2 jours par semaine¹⁶. Cependant, **cela n'empêche pas l'enfant, dans certains établissements, d'être ressenti comme gênant par l'équipe éducative.**

En effet, la présence de plus en plus d'enfants en situation de handicap en milieu ordinaire, le manque d'AESH ou d'AESH mutualisés, les classes surchargées, sont autant de facteurs de difficultés supplémentaires dans la prise en charge quotidienne d'une classe. Il n'est pas rare que l'enfant différent soit alors vécu comme le symptôme de ces dysfonctionnements par les instituteurs, non formés aux prises en charge spécifiques. Sa présence devient alors un mécontentement¹⁷, et toute difficulté sera exacerbée par ce mécontentement. La classe devient intenable du fait de la présence d'enfants différents, et non plus du fait du manque de moyens alloués par l'Education Nationale. Il existe en France, deux systèmes d'éducation séparés. Conséquence : **l'enseignant en difficulté avec un élève handicapé pense logiquement que la place de ce dernier est en milieu "spécialisé", et non pas ordinaire.** Ces enfants font alors plus l'objet de préoccupations, d'échanges négatifs avec les parents, et sont ciblés par des Informations Préoccupantes, plus encore si les parents s'entêtent à préférer une scolarisation ordinaire contre l'avis de l'équipe éducative.

Un enfant non diagnostiqué va quant à lui interpeller par différents comportements. Tout d'abord, sa sensorialité particulière sera mise à rude épreuve : une classe est un endroit bruyant, où il faut à la fois se concentrer sur ce que dit l'instituteur/trice et interagir avec ses pairs. Ces actions, qui paraissent habituellement naturelles, sont de l'ordre du défi pour l'enfant autiste, et les sollicitations auditives, peuvent déjà l'amener à la surcharge sensorielle. Ensuite, il peut éprouver des difficultés dans les apprentissages : plus l'âge de l'élève augmente, plus on lui demande d'être autonome, organisé, et plus certains contenus ou énoncés deviennent implicites : autant de choses peu accessibles pour un enfant autiste. Enfin, ses difficultés dans les échanges avec les autres, peuvent vite être problématiques dans un environnement où il se trouve en continu en

¹⁵ Accompagnant(e) d'Élève en Situation de Handicap

¹⁶ Rapport du Défenseur des Droits 2018, "*De la naissance à 6 ans, au commencement des droits*", page 36, [consultable ici](#)

¹⁷ Observations sur 6 mois de pratique dans un établissement d'accueil d'enfants repérés comme "à troubles du comportement", avec ou sans DI/handicap diagnostiqué, en contact quotidien avec les établissements scolaires.

“devoir” de socialisation. L’enfant autiste est facilement sujet de moqueries et brimades de la part de ses camarades de classe.

L’ensemble de ces frustrations quotidiennes en milieu scolaire, entraîne inévitablement des comportements interpellant : mutisme, émotivité exacerbée pouvant entraîner des réactions violentes envers les pairs ou les adultes, augmentation des stéréotypies....Autant de comportements qui, en l’absence de diagnostic, montrent à l’instituteur que l’enfant “va mal” sans qu’il puisse en comprendre la raison. Les autres enfants supportant correctement cet environnement, celui-ci n’est donc pas remis en cause. **Et si le mal-être de l’enfant ne vient pas de l’école, il vient peut-être du milieu familial, peuvent penser de nombreux enseignants.**

L’ensemble des difficultés vécues par l’enfant autiste en milieu scolaire, et en particulier les difficultés de socialisation et le rejet subi, entraînent une fatigabilité extrême, une réelle **angoisse de devoir chaque jour, se rendre à l’école, devenue un milieu hostile car elle ne prend pas en compte ses besoins comme elle le devrait.** *“Du point de vue de l’enfant, aller à l’école est comme entrer dans une zone de guerre, où il sera « pris en embuscade » par ses pairs prédateurs. Il y a probablement un manque d’acceptation et de respect de la part de ses pairs et l’enfant trouve difficile d’acquiescer et de conserver des amitiés réussies. Ainsi, leur estime de soi et leur identité se fondent sur des sentiments d’insuffisance sociale et de rejet.”*¹⁸ Les conséquences sont, chez de nombreux enfants, un refus de retourner en classe, qui peut s’exprimer de différentes manières : opposition verbale ou physique, pleurs, ou encore menaces, qui mettent en difficulté les parents et conduisent à une scolarisation irrégulière de l’enfant, voire à sa déscolarisation. De nombreux enfants autistes, souffrent de **phobie scolaire**, et c’est même régulièrement cette phobie scolaire qui mènera, plus tard, au diagnostic TSA.

Un enfant, qui, tout au long de sa scolarisation, **a pu présenter tout ou partie de ces signes, soit, mutisme, réactions violentes, mésentente avec ses pairs, difficultés d’autonomie, forte émotivité, et enfin déscolarisation partielle ou totale, sans que cela ne soit expliqué aux yeux du corps enseignant, a de nombreuses chances de subir une Information Préoccupante.** C’est en général la déscolarisation de l’élève qui va déclencher la procédure. Toutefois, c’est pour l’école, l’occasion de lister l’ensemble des problèmes repérés, et le dossier paraît forcément à charge contre la famille, qui n’a pas su améliorer les comportements et/ou le bien-être de l’enfant dont il a la responsabilité. Les travailleurs sociaux, destinataires de ce type d’informations, vont doublement les prendre au sérieux : elles proviennent d’une institution, et de plus elles révèlent des difficultés récurrentes et répétées dans le parcours de l’enfant.

2.2 La phobie scolaire

Comme dans le champ de l’autisme, il existe pour la phobie scolaire, qui se retrouve régulièrement chez les enfants autistes, en particulier adolescent(e)s non encore diagnostiqués, de nombreuses idées reçues, qui constituent encore une fois, **un argument à charge contre les familles.** Pour

¹⁸ Traduction, extrait de “*Le refus de l’école, par le Professeur Tony Attwood*”, novembre 2018, disponible [ici](#)

preuve de cette culpabilisation parentale, la proposition d'amendement à la loi Blanquer votée par le Sénat le 14 mai 2019, prévoyant la possibilité d'une retenue sur les allocations familiales en cas d'absentéisme¹⁹. On relie bien souvent, la phobie scolaire à une *angoisse de séparation* de l'enfant vis à vis de sa mère : selon cette idée reçue, très développée dans les théories psychanalytiques, l'enfant ne supporterait pas d'être éloigné de sa mère, et mettrait en place des stratégies pour que cela n'arrive plus. En conséquence l'enfant refuse l'école, qui viendrait s'interposer entre lui et le cocon familial. **La faute reviendrait donc à la mère**, qui doit accepter la séparation, renoncer à une relation fusionnelle mère-enfant, pour permettre l'autonomie. L'une des solutions proposées est l'hospitalisation de l'enfant en service psychiatrique : il est de fait, éloigné du parent néfaste et peut apprendre à s'en détacher.²⁰ Le cordon enfin coupé, l'enfant serait alors en capacité de reprendre le chemin de l'école après son hospitalisation.

Après avoir vu les difficultés vécues en milieu scolaire par l'enfant autiste, on imagine sans mal la violence ressentie lors d'une hospitalisation. Celle-ci n'atteindra pas le but escompté, puisque l'enfant n'avait en rien besoin d'apprendre à se séparer de sa mère, mais bien d'un lieu de scolarisation qui pourrait prendre en compte ses spécificités. En effet, si le milieu scolaire était défavorable à l'enfant auparavant, il y a peu de chances qu'il ait évolué à son retour. Dans l'idéal, la scolarisation de l'enfant autiste nécessite la présence d'un enseignant sachant prendre en compte ses spécificités, son style d'apprentissage, sachant le rassurer calmement, lui permettre de faire des pauses si nécessaire, le préparer aux changements et aux transitions, mais aussi expliciter sa différence à l'ensemble de la classe afin que l'élève ne soit plus la cible de ses camarades. L'enseignant, même de bonne volonté, aura bien du mal à appliquer ces principes sans savoir qu'ils seraient bénéfiques à la rescolarisation de son élève.

Le phénomène de refus de la scolarisation, a donc toutes les chances de se reproduire, de manière plus rapide et plus violente que précédemment, menant avec certitude l'enfant à une déscolarisation totale. Celle-ci pourra avoir de nombreuses conséquences sur son avenir : déficit dans la socialisation/communication, dans les apprentissages, qui entraînent une difficulté d'insertion sociale et professionnelle et des troubles du comportements s'installant durablement, souvent gérés par des neuroleptiques lorsque l'enfant grandit et devient fort. Pourtant, à ce stade, **plutôt que de s'interroger sur les causes de l'échec du "traitement" proposé, on continue la plupart du temps à mettre en cause la famille**. Si la scolarisation ne réussit pas, c'est sans doute que la mère y fait elle-même barrage, et de manière tellement efficace, avec un pouvoir tellement fort sur son enfant, que même une hospitalisation, ne parvient pas à tout remettre en ordre. La voie vers l'Information Préoccupante est alors toute tracée : l'enfant a un vécu difficile à l'école, et la mère, plutôt que l'encourager à s'intégrer, l'éloigne du milieu scolaire et le garde pour elle seule à la maison, le mettant ainsi en danger.

¹⁹ Amendement consultable [ici](#)

²⁰ Voir "*D'où vient la phobie scolaire, et comment aider les ados à la surmonter*", par Luc Mathis, président de l'association Phobie Scolaire [ici](#)

Le danger est effectivement présent. Car s'ajoutent aux difficultés futures, le quotidien difficile de l'enfant, une image de lui-même détériorée, un climat familial abîmé par le stress que provoque sa condition. Des démarches peuvent être en cours auprès du CNED²¹, pour bénéficier d'une scolarisation à domicile, cependant, il existe des délais de mise en place. Entre le temps de scolarisation perturbé, le temps d'hospitalisation, les temps de latence entre la mise en place d'une quelconque prise en charge, l'enfant "rate" facilement une année scolaire, et doit ensuite reprendre un rythme d'étude qu'il a sans doute, en partie, perdu. Tout travailleur social, amené à évaluer une Information Préoccupante dans ces conditions, pourra attester, sans doute à juste titre, d'un danger avéré pour le bien être présent et/ou futur de l'enfant. Les parents en sont bien conscients, et vivent dans l'angoisse d'un signalement.

Toutefois, le problème réside bien plus dans les causes qui seront imputées à la situation de l'enfant, qu'au repérage d'un danger avéré, sur lequel finalement tout le monde s'accorde. Car c'est bien là que ressortent les idées reçues mentionnées auparavant : Pourquoi l'enfant est-il déscolarisé ? **Ou plutôt, bien plus souvent, pourquoi refuse-t-il la séparation d'avec sa famille ?** Un éloignement ponctuel n'ayant pas suffi à autonomiser suffisamment l'enfant, il est peut-être souhaitable, de l'extraire à long terme du milieu familial, et c'est bien la solution proposée par le placement. Les parents en comprennent-ils la nécessité ? Evidemment non. Ils se battent, parfois depuis plusieurs années, pour comprendre ce qui ne fonctionne pas pour leur enfant, font de nombreuses démarches, l'ont encouragé sans succès à continuer l'école, le voient souffrir et tentent comme ils peuvent de le soulager. Or, on leur demande de comprendre que tout cela était "mal" et qu'une séparation est nécessaire. Si la proposition de placement administrative - c'est à dire avec accord des parents - est refusée, **on estime que le parent n'est pas en capacité de comprendre où est le bien de l'enfant, ou d'agir dans ce sens**, et on demande alors aux autorités judiciaires, de prendre la décision du placement de l'enfant, sans l'accord des parents.

2.3 Les suivis en centres médico-psychologiques

Tout enfant confronté au parcours induit par sa condition d'autisme, est sans doute amené à fréquenter, au moins pour un temps, le service public de santé mentale, sous la forme d'un CMPP, CMP, CMPEA, hôpital de jour²².... L'orientation vers ces centres a été conseillée par l'école, un travailleur social accompagnant la famille, un médecin généraliste ou résulte d'une demande des parents eux-mêmes. L'intention est bonne : permettre à l'enfant, à la famille, de comprendre ce qui ne fonctionne pas, et de trouver des solutions pouvant alléger la souffrance de l'enfant, grâce à un service public gratuit pour eux. Si l'enfant est diagnostiqué, l'orientation concerne la mise en place d'une prise en charge adaptée à l'autisme. S'il ne l'est pas, les parents peuvent être en interrogation sur son fonctionnement, ou avoir déjà des suspicions plus claires concernant un éventuel autisme. Ces consultations peuvent également concerner les adultes, parents, en questionnement pour eux-mêmes.

²¹ Centre National d'Enseignement à Distance

²² Pour simplifier la lecture, l'ensemble de ces sigles est ensuite repris sous le terme "CMPP", mais cela désigne sans distinction l'une de ces structures dépendant du service public

Malheureusement, l'expression "*l'enfer est pavé de bonnes intentions*", prend ici tout son sens. En effet, une enquête²³ réalisée par des familles concernées par l'autisme en mars 2019, met en lumière d'importants dysfonctionnements dans la prise en charge de l'autisme, en amont comme en aval du diagnostic. Le constat global est accablant : la parole donnée à plus de 500 usagers révèle un **véritable fossé** entre d'une part les recommandations de la HAS concernant le diagnostic et le suivi de l'autisme, les engagements de la stratégie autisme, et d'autre part les pratiques de terrain de ces établissements, qui reçoivent pourtant de l'argent public dédié à l'autisme pour mettre en place des suivis adaptés et reconnus.

En amont du diagnostic, on constate une résistance des professionnels à évoquer l'autisme, une opposition à réaliser un diagnostic ou à orienter la famille vers un établissement compétent, un fréquent dénigrement de la nécessité de ce diagnostic et de prises en charges reconnues, ainsi qu'une **culpabilisation régulière des parents, et en particulier de la mère, qui seraient responsables des comportements de l'enfant**. Soit il n'y a aucun diagnostic posé, soit celui-ci est clairement d'orientation psychanalytique : "dysharmonie évolutive", "relations fusionnelles", "difficultés affectives avec la mère" ; les parents rapportent une communication conflictuelle ou inexistante, une incompréhension de l'accompagnement proposé.

En aval d'un diagnostic d'autisme, le tableau est le même : absence de collaboration avec les familles et les professionnels extérieurs, résistance à l'application des recommandations de la HAS, absence de mise en place de projet personnalisé, prise **en charge ne permettant aucune évolution de l'enfant, communication culpabilisante envers les familles, voire même refus de prise en compte du diagnostic**. Or, plus on tarde à proposer une prise en charge adaptée, plus l'enfant risque de développer des troubles du comportement en guise de moyen de communication, pour attirer l'attention. Ces troubles, très difficiles à désinstaller, se gèrent ensuite par des neuroleptiques.

Aussi, certains parents, devant l'absence de réponse adaptée, contestent le suivi, et cherchent, si toutefois ils en ont les moyens, à se diriger vers le libéral, ou plus simplement à interrompre la prise en charge. Dans ce cas, de nombreux parents évoquent un système de soins qui paraît alors être *sous contrainte*, puisque leur opposition peut déclencher des menaces d'Information Préoccupante : **quitter le CMPP serait mettre son enfant en danger**, en refusant la proposition institutionnelle, alors même que celle-ci s'avère délétère.

Le traitement réservé aux Informations Préoccupantes émanant de ces établissements est simple : **le parent est d'emblée perçu comme non collaborant, voire fuyant**. En effet, le CMPP est un partenaire régulier des services sociaux. Bien que les assistantes sociales aient un rôle d'écoute auprès du public, dès que les difficultés du quotidien entraînent des difficultés psychologiques ayant un retentissement sur la vie sociale, une orientation vers le CMP adulte est préconisée. De même pour les enfants qui présentent des signes de difficultés psychologiques,

²³ Un blog consacré aux résultats de l'enquête est consultable [ici](#)

émotionnelles... L'orientation vers les services publics de santé mentale est quasiment automatique.

Les travailleurs sociaux ne remettent pas en cause l'avis des CMPP/CMP/CAMSP etc : c'est un mot d'ordre implicite. Tout d'abord, parce que ces professionnels délivrent une expertise médicale, ce que les professionnels du social ne peuvent faire, ensuite, parce que c'est le seul et unique partenaire dans le champ de la santé mentale, qui soit reconnu comme fiable. Il existe donc, d'une certaine façon, un "lien de soumission" des services sociaux au CMPP, dont les professionnels ne communiquent que rarement leurs diagnostics, puisqu'ils répondent du secret médical, mais qui transmettent leurs inquiétudes dans l'attente d'une réaction en accord avec leurs observations. Aussi, **le dossier est définitivement à charge contre les parents, qui paraissent comme inconscients du danger encouru par l'enfant qu'ils mettent en défaut de soin.** Quel que soit l'argumentaire du parent incriminé, il ne pourra pas être entendu, que le suivi proposé n'était pas efficient. Au mieux, la mise en place d'un suivi en libéral sera tolérée. Pour tout diagnostic posé, on demandera une confirmation du service public. Pour les familles qui ne peuvent, financièrement, se permettre cette prise en charge, il n'existe pas réellement d'issue.

3. Une formation qui interroge

3.1 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 éducateur²⁴ 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 diplômes 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

²⁴ La parité étant plus présente dans ce corps de métier, c'est l'occasion de citer un professionnel masculin.

les recommandations de la HAS avec *"une approche de l'autisme comme d'une psychose infantile"*. Une enquête du CREAL 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.

Cependant, cela ne représente qu'un échantillon des formations dispensées à un instant T. Les professionnels de terrain, n'ont pas tous été formés en 2015. Or, si l'on constate il y a quatre ans, des cours particulièrement inadaptés à la connaissance et à la prise en charge de l'autisme dans l'ensemble des professions médico-sociales, que faut-il en déduire concernant les 40 années précédentes ? Comment les travailleurs sociaux, et leurs éventuels partenaires du champ médical, auraient-ils pu, dans ces conditions, acquérir un socle de connaissances satisfaisant en matière d'autisme ? Rappelons que la psychanalyse est globalement décriée dans le monde, et que la place qu'elle donne à l'autisme est celle d'une pathologie déclenchée par une mauvaise relation avec la mère, alors que les avancées scientifiques démontrent qu'il n'en est rien.

3.2 Le socle de connaissance de l'assistante sociale

L'assistante sociale étant le dénominateur commun des professionnels évaluant les Informations Préoccupantes, il est intéressant de s'intéresser à sa formation pour comprendre les outils d'évaluation dont elle dispose. Rappelons que les assistantes sociales actuellement en exercice, ont été formées globalement **du début des années 80 à aujourd'hui**. En 2016, en France, 2500 élèves entraient en première année de formation. Celle-ci a bien évidemment évolué : on y trouve, sous l'impulsion du 3ème Plan autisme (2013-2017), une sensibilisation à l'autisme, qui devient un sujet d'enseignement au même titre que les violences conjugales, l'insertion des jeunes ou le logement.

Cependant, dans le référentiel de formation, tel que présenté en avril 2019 sur le site de la DGCS²⁵, pas de référence directe à l'autisme. Par contre, dans le chapitre consacré à l'UF6²⁶, il est clairement indiqué : *"Principales théories psychologiques, **initiation à la théorie psychanalytique**"*. De plus, dans un échantillon de cours, donnés entre 2008 et 2018 dans différentes écoles et régions de France²⁷, on retrouve les mêmes références : le développement affectif est intégralement abordé sous l'angle des théories freudiennes, sans aucune alternative ou remise en question. Aussi, la future assistante sociale, construit son expertise de l'enfant à travers cette unique approche. Elle est donc implicitement formée à rechercher, devant toute interrogation quant au fonctionnement de l'enfant, un dysfonctionnement d'origine familiale, en particulier entre la mère et l'enfant.

On demande toutefois aux professionnelles en exercice, d'être capable de se former tout au long de leur carrière. En effet, les pratiques du travail social sont largement dépendantes des politiques

²⁵ Direction Générale de la Cohésion Sociale, référentiel en PDF [ici](#)

²⁶ Unité de Formation Contributive : Psychologie, science de l'éducation, science de l'information, communication

²⁷ Cours recueillis auprès d'étudiantes et de professionnelles en exercice dans 5 écoles différentes, en mars 2019

mises en œuvre, et donc des textes de loi, en perpétuelle évolution. Pour cela, l'outil principalement utilisé est le CNFPT : Centre National de la Fonction Publique Territoriale, dont la mission principale est de proposer une offre de formation, obligatoire ou non, permettant au fonctionnaire (ou contractuel) d'actualiser ses connaissances. **Au répertoire 2019, il n'existe aucune formation en matière l'autisme.** Aussi, les évaluateurs d'Informations Préoccupantes qui voudraient améliorer leurs connaissances sur ce sujet, en seraient réduits à l'autoformation, qui, au final, ne paraîtrait pas fiable aux yeux de leur institution, et dont les acquis ne pourraient en aucun cas être présentés comme des arguments objectifs.

Dans le contexte des évaluations d'Informations Préoccupantes, les travailleurs sociaux sont sous pression : le cadre particulier de cette intervention, demande à ce que chaque situation soit évaluée sous 3 mois. Dans ce laps de temps très court, il faut rencontrer chacun des parents, chacun des enfants, prendre contact avec l'école, les éventuels professionnels intervenant autour de l'enfant, évaluer les capacités d'évolution de la famille, rendre compte à la hiérarchie de l'avancée des investigations, orienter l'enfant vers des prises en charge adaptées si nécessaire, proposer et mettre en place des aides diverses de nature administrative... tout ceci dans un contexte où il existe généralement des interrogations quant à un éventuel danger couru par l'enfant, à côté duquel il ne faut pas passer. Cette mission s'effectue en plus du travail d'accompagnement quotidien, et le professionnel évalue en général plusieurs Informations Préoccupantes à la fois. Ce n'est en aucun cas, un temps que l'on peut consacrer à la recherche et/ou la formation. **Aussi, en cas d'interrogation dans le champ psychologique, on dirigera au plus vite la famille vers le service "compétent" en la matière, soit les CMPP, CMP et consorts.**

Comme on a pu le voir plus haut, si l'enfant concerné par l'Information Préoccupante est autiste, l'orientation vers le CMPP, ne lui sera non seulement d'aucune aide, mais risque de plus, de mettre en danger, son accès à un diagnostic fiable et à une prise en charge adaptée. Cette orientation peut lui coûter, au contraire, de précieuses années, et l'entraîner lui et sa famille dans des approches psychanalytiques délétères.

3.3 Les références en matière de maltraitance

Pourquoi l'enfant autiste éveille-t-il tant de suspicions ? Pourquoi est-il si souvent repéré comme "en danger ou en risque de l'être " au titre de l'article 375 ? on a pu voir que l'angle de la formation psychanalytique, induit un traitement défavorable à la famille, et en particulier à la mère, dans l'évaluation des Informations Préoccupantes. Mais qu'en est-il de l'enfant en lui-même? Il existe, en matière d'enseignement concernant les carences affectives, éducatives, les maltraitances et leurs symptômes, plusieurs auteurs incontournables dans toute formation du travail social.

Tout d'abord, on étudie avec Spitz, psychanalyste hongrois, la notion d'hospitalisme. L'hospitalisme recouvre "l'ensemble des troubles physiques dus à une carence affective par privation de la mère, survenant chez les jeunes enfants placés en institution dans les 18 premiers mois de la vie". Tirés de l'observation, dans l'après-guerre, d'enfants privés de contacts humains à long terme, ses symptômes sont, entre autres : **un refus du contact physique et oculaire,**

détachement, indifférence à l'environnement et aux personnes, balancements, troubles du sommeil et de l'alimentation. Ce syndrome est à nouveau cité dans les années 90, pour définir le comportement des enfants roumains n'ayant connu que l'orphelinat. **Cependant, par extension, le terme d'hospitalisme est également utilisé pour désigner les carences affectives graves subies par des enfants vivant pourtant dans le milieu familial : on parle alors d'hospitalisme à domicile ou intrafamilial²⁸.**

Autre concept incontournable, l'attachement selon Bowlby. Ce psychiatre et psychanalyste britannique développe la théorie selon laquelle un jeune enfant a besoin de développer une relation d'attachement avec au moins une personne qui prend soin de lui de façon cohérente et continue, pour connaître un développement social et émotionnel normal. Cette personne est, en général la mère, mais peut être remplacée. On estime que l'attachement "sécure" est corrélé à la sensibilité de la mère comme au plaisir qu'elle prend à s'occuper de son enfant. Dans ce cas, la relation mère/enfant est fluide, les interactions sont cohérentes et appropriées de part et d'autre, sans indépendance ou dépendance marquée. **Trois autres formes d'attachement négatif ou insécure sont également décrites : attachement évitant, ambivalent, et désorganisé. Dans ces trois cas, la relation mère/enfant ne permet pas un développement sain de l'enfant, et limite ses capacités d'adaptation dans l'avenir.**

Quels sont les signes observables de ces formes d'attachement ? Les signes enseignés comme étant des marqueurs d'un possible dysfonctionnement grave de la relation mère/enfant aux travailleurs sociaux ? **Peu d'échanges affectifs durant les jeux, évitement du contact physique et/ou oculaire, colères et/ou violence, possibles stéréotypies, déficit de régulation et de contrôle émotionnel, ou au contraire peu de manifestations émotives, raisonnement au détriment des affects, réponses courtes dans le langage oral, besoin de contrôle exacerbé, faible estime de soi, opposition, difficultés scolaires, troubles du sommeil** : une assistante sociale qui observe ces attitudes chez un enfant, pensera inévitablement à la possibilité d'un attachement insécure, et donc néfaste pour l'enfant, alors que c'est également un tableau clinique pouvant correspondre à l'autisme.

Ainsi, comme le note très justement ce guide édité par l'AFFA²⁹, **de nombreux comportements infantiles enseignés comme étant des signes de maltraitance et de carences affectives graves, peuvent, en dehors de tout dysfonctionnement des relations intrafamiliales, se retrouver chez un enfant autiste.** De même, les interactions entre la mère et l'enfant, que l'autisme soit diagnostiqué ou pas, seront observées, par manque de formation et de connaissances, uniquement sous l'angle de possibles relations délétères pour l'enfant. Plus les signes observés sont nombreux, plus la famille risque de se voir proposer des orientations ou des propositions d'aide inadaptées, et plus le risque de signalement aux autorités judiciaires augmente. Pour

²⁸ Ici, en 2011 <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2011-1-page-127.htm?contenu=article>

²⁹ L'Association Francophone de Femmes Autistes, éditée en février 2019, "*Comment se comporter, communiquer avec les travailleurs sociaux*", devant la détresse de nombreuses mères confrontées à des Informations Préoccupantes.

exemple, le département du Nord³⁰, compte aujourd'hui environ 10 400 enfants placés, dont 80% pour carences affectives et éducatives.

Sur les 8 300 enfants séparés de leur famille pour des telles raisons, combien pourraient être concernés par l'autisme ? Quel serait enfin ce chiffre, ramené à la France entière ?

Conclusion

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, à tout intérêt à recueillir son attention. En effet, des évolutions s'avèrent nécessaires pour le bien de nombreux enfants et de leurs familles.

Quelques propositions

- La **formation des travailleurs sociaux déjà sur le terrain**, avec notion d'obligation pour pouvoir continuer à évaluer les Informations Préoccupantes.
- L'exigence d'un module complémentaire permettant l'évaluation des Informations Préoccupantes, la formation classique étant nettement insuffisante ; cette formation DOIT être 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.

³⁰ Département comptant le plus de placements en France.

- Une réflexion sur la **façon d'aborder les théories psychanalytiques** en formation, à ne plus présenter que comme repère historique.
- Concernant tous les enfants déjà placés pour carences affectives/éducatives : la mise en place d'une **évaluation au cas par cas** permettant la détection, d'éventuels troubles pouvant avoir été confondus avec des signes de maltraitance
- Créer un guide de l'Information Préoccupante à expliciter et remettre à chaque famille concernée : quels sont les droits de chacun, qu'attend-on de l'évaluation, quels sont les risques et les solutions, quel est le calendrier d'évaluation, ou toute autre information permettant aux familles à la fois de **comprendre les enjeux et de faire baisser en partie l'anxiété induite par ce contexte.**