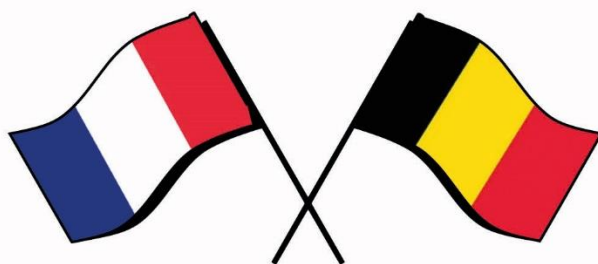


ETUDE COMPAREE FRANCE Belgique
.....

L'accompagnement des personnes avec TSA en France et en Belgique



Rapport FEVRIER 2023

Etude réalisée par l'équipe du CREA Grand Est

Céline BEGHOURA, conseillère technique

Sophie MATHIEU, conseillère technique

Marie-Claude MARTINEZ, responsable des formations

Marjorie HOENEN, chargée d'étude

Dirigée par

Thibault MARMONT, directeur

Nous adressons nos remerciements à

Annie Demissy, Directrice Générale d'Albatros 08

Alain Dambroise, Directeur Général d'Albatros Petite Chapelle

Sophie RUCQUOY, Directrice de l'Hébergement, branche handicap, AVIQ

Francis BRUYNDONCKX, Secrétariat Général Catholique (Belgique)

Richard Manirambona, chargé de recherche IWEPS

Pr Eric WILLAYE, Directeur Général Fondation SUSAS

Table des matières

1	PRESENTATION DU PROJET	8
1.1	Un contexte : le plan de prévention des départs non souhaités	8
1.2	Les axes de questionnement retenus pour cette étude comparée	9
	Phase 1 : Revue de littérature et entretiens	10
	Phase 2 : Réalisation d'une cartographie de l'offre territoriale	11
	Phase 3 : Rédaction du rapport intermédiaire	11
2	L'AMPLEUR DU PHENOMENE DE L'ACCUEIL DE FRANÇAIS DANS LES ETABLISSEMENTS ET SERVICES BELGES	11
2.1	Les personnes accueillies en Belgique et leurs origines	11
2.1.1	6 800 adultes et 1 400 enfants sont accueillis dans des établissements Wallons	12
2.1.2	Environ la moitié des adultes sont orientés en foyer de vie, et les enfants en IME	13
2.1.3	Plus des trois quarts des enfants et adultes concernés viennent d'Ile-de-France et des Hauts-de-France	14
2.2	Les profils des personnes accueillies : la moitié des adultes avec déficience intellectuelle, et un tiers des enfants avec trouble du comportement	16
2.3	Les causes des départs en Belgique tiennent à la fois au profil des personnes et à la spécificité de l'offre belge	17
2.4	Les conditions d'accueil des ressortissants dans les établissements Wallons sont cadrées depuis 2011 pour les enfants, et depuis 2021 pour les adultes	19
2.4.1	L'accord-cadre Franco-Belge de 2011	19
2.4.2	L'évolution des conventionnements au secteur adulte : le moratoire de 2021	20
2.5	La France souhaite développer les solutions de proximité et limiter les départs en Belgique	21
2.5.1	Les politiques françaises de prévention des départs non souhaités	21
2.5.2	Le moratoire sur la création de places d'accueil des adultes handicapés français en Belgique	22
3	LES POLITIQUES SPECIFIQUES AUX TSA	24
3.1	Autisme : des situations très hétérogènes	24
3.2	Les politiques spécifiques aux TSA sur chaque territoire	25
3.2.1	Contexte : du retard à compenser et des problématiques similaires	25
3.2.2	Pilotage des actions transversales	26
3.2.3	Des orientations et des leviers d'action convergents	26
3.2.4	Des financements spécifiques pour les actions retenues	28
3.2.5	La valorisation des effets de ces politiques	29
3.3	Des allocations et prestations aux personnes de même nature	30

3.3.1	Adultes en situation de handicap	30
3.3.2	Enfants en situation de handicap	31
3.4	Les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles	33
3.4.1	L'élaboration et la diffusion de RBPP, un outil des politiques TSA	33
3.4.2	Contenu des Recommandations	35
4	LA PRISE EN COMPTE DES SITUATIONS COMPLEXES	39
4.1.1	Des terminologies différentes pour parler de situations ayant des caractéristiques similaires 39	
4.1.2	L'émergence des situations complexes et leurs incidences sur les politiques publiques 40	
4.1.3	La question spécifique des situations complexes avec TSA	42
5	LE PARCOURS DIAGNOSTIC.....	43
5.1	L'accès au diagnostic, un facteur devenu discriminant ?	43
5.1.1	Des freins qui contraignent l'accès à un diagnostic fiable	44
5.1.2	Les actions en faveur de l'amélioration du repérage-diagnostic dans les politiques TSA 44	
5.2	Le parcours diagnostic, une structuration précise	46
5.2.1	Le parcours des enfants-adolescents	47
5.2.2	Un diagnostic complexe à obtenir pour les adultes	52
6	L'ORGANISATION DES SYSTEMES SCOLAIRE ORDINAIRE - SPECIALISE.....	55
6.1	Organisation comparée des classes entre la France et la Belgique	55
6.2	L'organisation de l'enseignement en Belgique	55
6.2.1	L'organisation générale	55
6.2.2	L'organisation de l'enseignement spécialisé en Belgique	57
6.2.3	Le système d'intégration des enfants à besoins spécifiques	59
6.2.4	Les pédagogies adaptées aux enfants avec trouble du spectre autistique en Belgique60	
6.2.5	La formation des enseignants	62
6.3	L'organisation de l'enseignement en France	63
6.3.1	L'organisation générale du système éducatif français	63
6.3.2	Les modalités de scolarisation des enfants en situation de handicap	64
6.3.3	La formation des enseignants spécialisés en France.....	69
7	L'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL.....	71
7.1	Le processus d'orientation et d'admission	71
7.1.1	En France : la reconnaissance du handicap et l'évaluation des besoins assurées par la MDPH 71	
7.1.2	En Wallonie : une instruction des demandes par les bureaux régionaux et les SRJ	72
7.2	La Personnalisation de l'accompagnement.....	73

7.2.1	Les outils de personnalisation relatifs au secteur social et médico-social.....	73
7.2.2	Les outils de personnalisation hors secteur social et médico-social.....	76
7.2.3	La personnalisation dans le cadre des accords franco-wallons	80
7.2.4	Les outils de « bonnes pratiques professionnelles » au service de la personnalisation de l'accompagnement.....	81
7.2.5	La formation des professionnels	82
CONCLUSION.....		94
BIBLIOGRAPHIE		96
ANNEXES.....		101

GLOSSAIRE

FRANCE

AAH	Allocation aux Adultes Handicapés
ABA	Applied Behaviour Analysis, ou analyse comportementale appliquée
ADI-R	Autism Diagnostic Interview-Revised
ADOS-2	Autism Diagnostic Observation Schedule
AEEH	Allocation d'Éducation de l'Enfant
ANESM	Agence nationale de l'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
BECS	Batterie d'Évaluation Cognitive et Socio-émotionnelle
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CARS-2	Childhood Autism Rating Scale = Échelle d'évaluation de l'Autisme
CIM	Classification Internationale des Maladies
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CNSA	Caisse Nationale pour la Solidarité et l'Autonomie
CRA	Centre Ressources Autisme
DSM	Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux
ECA-R	Échelle d'Évaluation des Comportements Autistiques Révisée
EFI	Évaluation des compétences Fonctionnelles pour l'Intervention auprès d'adolescents et d'adultes ayant de l'autisme et/ou handicap mental sévère
ESSMS	Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle
GNCRA	Groupement National des Centres Ressources Autisme
HAS	Haute Autorité de Santé
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MVA	Majoration pour la Vie Autonome
PCH	Prestation de Compensation du Handicap

PCO	Plateforme de Coordination et d'Orientation
PCPE	Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées
PEP-3	Profil Psycho-Éducatif
RAPT	Réponse Accompagnée Pour Tous
RBBP	Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles
RQTH	Reconnaissance de Travailleur Handicapé
TEACCH	Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children
TSA	Trouble du Spectre de l'Autisme
TND	Trouble Neuro Développemental
UEA	Unité d'Enseignement Autisme
UEMA	Unité d'Enseignement en Maternelle Autisme.
ULIS	Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire

BELGIQUE

AFS	Allocations familiales supplémentaires
AI	Allocation d'Intégration
AVIQ	Agence pour une Vie de Qualité
AWIPH	Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées
ARR	Allocation de Remplacement de Revenus
CMI	Cellule Mobile d'Intervention
CSS	Conseil Supérieur de la Santé
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
ONE	Office National de l'Enfance
PHARE	Personne Handicapée Autonomie Recherche
SFP	Service Fédéral Public
SUSA	Service Universitaire Spécialisée en autisme

1 PRESENTATION DU PROJET

1.1 Un contexte : le plan de prévention des départs non souhaités

La Belgique accueille, depuis longtemps (parfois depuis cinq décennies) des personnes françaises en situation de handicap qui n'ont pas trouvé de réponse (satisfaisante) sur leur territoire de vie. Cette capacité des établissements belges à accueillir des situations qui posent difficulté aux établissements sociaux et médico-sociaux français, alors que l'outillage institutionnel et les plateaux techniques sont a priori proches les uns des autres, interroge : existe-t-il une spécificité des ESMS belges quant à leur savoir-faire ?

Cette question se pose avec d'autant plus d'acuité que la France a initié un plan de prévention des départs non souhaités vers la Belgique¹. « A ce jour², ce sont près de 8 000 Français, 1 500 enfants et 6 500 adultes en situation de handicap, qui sont accueillis dans des établissements wallons. » Ce plan est déployé pour financer la création de solutions de proximité, répondant aux besoins des personnes susceptibles de partir en Wallonie. Ce plan a été renforcé en 2020 dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale. Pendant trois ans, un soutien financier de 90 millions d'euros est ainsi apporté aux trois régions les plus concernées par les départs d'adultes (Île-de-France, Hauts-de-France et Grand-Est) pour le développement de solutions adaptées à leurs besoins et souhaits.

En région Grand Est, 806 personnes séjournant en Belgique ont été identifiées au 31/12/2018. Parmi elles, 1 personne sur 10 présente des troubles du spectre autistique. Cette proportion monte à 1 personne sur 7, si sont intégrés les TSA (troubles du spectre autistique) déclarés en troubles secondaires.³ Cela concernerait donc près de 110 personnes.

Ainsi l'accompagnement des personnes avec TSA, mineures ou adultes, constitue un enjeu majeur dans la question de la prévention des départs non souhaités vers la Belgique, et plus largement dans les politiques publiques en santé qui recherchent la continuité des parcours, la qualité et l'adaptation des accompagnements et la prévention des ruptures.

Dans le cadre du projet européen Résaliance (Réseau Éducatif et de Sensibilisation à l'Autisme : Levier pour l'Inclusion et l'Accompagnement Novateurs en termes de Communication et d'Expertise), le comité de pilotage a souhaité la réalisation d'une étude comparée des accompagnements des **personnes TSA accueillies dans les établissements et services médico-sociaux en France et en Belgique**. Deux territoires sont délimités pour cette étude. En Belgique : les deux provinces de Namur et du Hainaut. En France : les départements des Ardennes et de la Marne.

PAYS	TERRITOIRES	POPULATION TOTALE Donnée au 1 ^{er} janvier 2022	TOTAL
BELGIQUE	Province de NAMUR	499 454	1 850 581
	Province de HAINAUT	1 351 127	
FRANCE	ARDENNES	265 285	827 830
	MARNE	562 545	

Source : Belgique – STATBEL / France – INSEE (estimations de population)

¹ Instruction DGCS/3B/DSS/1A/CNSA n° 2016-22 du 22 janvier 2016 relative à la mise en œuvre du plan de prévention et d'arrêt des départs non souhaités de personnes handicapées vers la Belgique

² ARS Hauts de France, Appel à manifestation d'intérêt, Cahier des charges « Prévention des départs non souhaités d'adultes en situation de handicap vers la Belgique », février 2021

³ Source : ARS Grand Est

Le projet Résaliance a une ambition **d’interculturalité** dans l’accompagnement des personnes avec TSA et souhaite contribuer à la compréhension des pratiques professionnelles respectives dans chacun des pays, au regard des dispositions législatives et réglementaires qui leur sont propres.

1.2 Les axes de questionnement retenus pour cette étude comparée

Au départ, cette étude comparée avait une visée compréhensive. Son ambition était de mettre en lumière les pratiques considérées par les professionnels eux-mêmes, les proches et les personnes accompagnées comme pertinentes. Plusieurs raisons motivaient la réalisation de cette étude.

1) La question de **la scolarisation** des élèves français dans les écoles belges pose un problème, car elle n’est pas financée. Mais au-delà de ce seul aspect financier, qu’en est-il de la scolarité et de la formation des enfants avec TSA, dans ces deux pays ? Quel type d’école ? Quelles sont les formations des enseignants sur la connaissance des TSA ? Quelles spécificités des plans de compensation, des plans d’accompagnement ?

2) **Le diagnostic** est une étape cruciale. Il permet de mettre en place une prise en charge adaptée, personnalisée et coordonnée pour favoriser le développement et les apprentissages, et réduire les sur-handicaps. En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande un diagnostic avant l’âge de quatre ans, si possible. Elle préconise également de mettre en place l’accompagnement, dès que possible, même avant le diagnostic définitif. Le parcours diagnostic requiert la participation de plusieurs professionnels de 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} ligne. La durée de la démarche peut donc être très longue, jusqu’à dix-huit mois dans certains cas. Quels points communs et différences dans ce parcours ? Quelles missions respectives pour les Centres de référence en autisme en Belgique, et les Centres de Ressources Autisme (CRA) en France ? Comment les parents sont-ils respectivement associés dans le diagnostic pour leur enfant ?

3) Quand les réponses de droit commun ne suffisent plus, quelles sont **les réponses relevant du droit spécifique**, ouvertes par la MDPH – Maison Départementale des Personnes Handicapées en France, et l’AVIQ – Agence pour une Vie de Qualité en Belgique ? Plus précisément, en quoi consiste, de part et d’autre de la frontière, **l’offre institutionnelle d’accueil et d’accompagnement** médico-social pour les enfants et les adultes ?

- Typologie et modalités de fonctionnement, nombre moyen de places d’accueil, nombre et diversité des ateliers occupationnels, centre de formation des personnes accueillies (Neufville).
- La structuration des organismes gestionnaires. En France, les ESMS sont majoritairement gérés par les organismes publics ou associatifs à la tête d’un nombre important de structures. En Belgique, il s’agit plus souvent d’associations « mono-établissement », ce qui peut avoir un impact sur les outils institutionnels (projet associatif et projet d’établissement peuvent constituer le même document), voire le management et les pratiques professionnelles.
- Les approches de l’accompagnement de l’autisme (comportementalisme, TEACCH, ABA, EDSM...) et les outils mobilisés

Phase 1 : Revue de littérature et entretiens

Phase préalable indispensable au cadrage de l'étude, l'analyse documentaire (France et Belgique) s'est concentrée sur :

Les réponses de droit commun

- Le parcours diagnostic : structuration des ressources pour le diagnostic, délais, rôle des soins de ville
- La scolarité et la formation professionnelle : types d'école, formation des enseignants, modalités d'accompagnement des jeunes avec TSA
- La place et le rôle des familles dans les politiques publiques en santé et la politique de formation des aidants

Les réponses relevant du droit spécifique

- L'ampleur du phénomène des départs vers la Belgique et la politique de prévention des départs non souhaités
- Les politiques spécifiques pour les personnes TSA
 - o En France :
 - La Stratégie nationale TSA – TND
 - Les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles de la Haute Autorité de Santé :
 - Réponse Accompagnée pour Tous (RAPT)
 - Les dispositifs récents : Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE), communautés 360°, équipes mobiles
 - o En Belgique :
 - Plan fédéral Handicap (2021-2024)
- La compensation du handicap (droits ouverts, prestations...)
- La formation initiale des professionnels
- La gestion des transitions (enfant-adulte, le vieillissement)
- L'accompagnement médico-social par les établissements et services

Elle s'appuie sur :

- les textes législatifs et réglementaires de chacun des pays
- les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles : Haute Autorité de Santé (HAS) pour la France, Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ) pour la Belgique
- les documents des autorités de tutelle (Agence Régionale de Santé Grand Est (ARS) et AVIQ)
- les rapports, études et articles relatifs à l'accompagnement des personnes avec TSA.

⇒ La revue de littérature a nécessité d'être complétée par des entretiens avec des interlocuteurs en Belgique, afin de mieux comprendre les particularités de la région wallonne. Cela n'avait pas été prévu dans la proposition initiale.

Phase 2 : Réalisation d'une cartographie de l'offre territoriale

L'identification des établissements et services médico-sociaux (enfants et adultes) a été réalisée au travers d'une cartographie de l'offre territoriale dans les territoires français et belges. La structuration de l'offre médico-sociale au niveau des établissements enfants et adultes est examinée, de même que les dispositifs d'appui ressource/coordination : typologie, plateaux techniques. Elle met également en lumière quelques données socio-démographiques, propres à chacun d'entre eux.

⇒ La cartographie des territoires wallons n'a pas pu être réalisée faute de données accessibles, toutefois, des données ont pu être consolidées pour les territoires marnais et ardennais et formalisées. Leur présentation figure en annexe.

Phase 3 : Rédaction du rapport intermédiaire

À l'issue de l'étape de pré-enquête, un rapport intermédiaire permettra de disposer de points d'appui conséquents pour délimiter précisément les contours de l'enquête, en fonction des objectifs qui sembleront alors les plus pertinents à atteindre.

2 L'AMPLEUR DU PHENOMENE DE L'ACCUEIL DE FRANÇAIS DANS LES ETABLISSEMENTS ET SERVICES BELGES

Le départ non souhaité de personnes françaises en situation de handicap vers les ESMS Wallons et un phénomène dont les politiques publiques française et les autorités belges se sont saisies, dans une double stratégie : 2/ réguler, homogénéiser, avoir une visibilité concrète et tendre vers un accueil plus qualitatif des établissements wallons ; 1/ limiter le nombre de départs en Belgique.

Ce chapitre se compose de 4 parties. Les deux premières donnent des indications sur les Français en situation de handicap accueillis dans les établissements belges, et les causes de leur départ. Les deux suivantes développent les initiatives prises pour endiguer le phénomène, d'une part en régulant les conditions d'accueil en Wallonie, d'autre part en limitant le nombre de places disponibles en Belgique et en développant l'offre médico-sociale en France.

2.1 Les personnes accueillies en Belgique et leurs origines

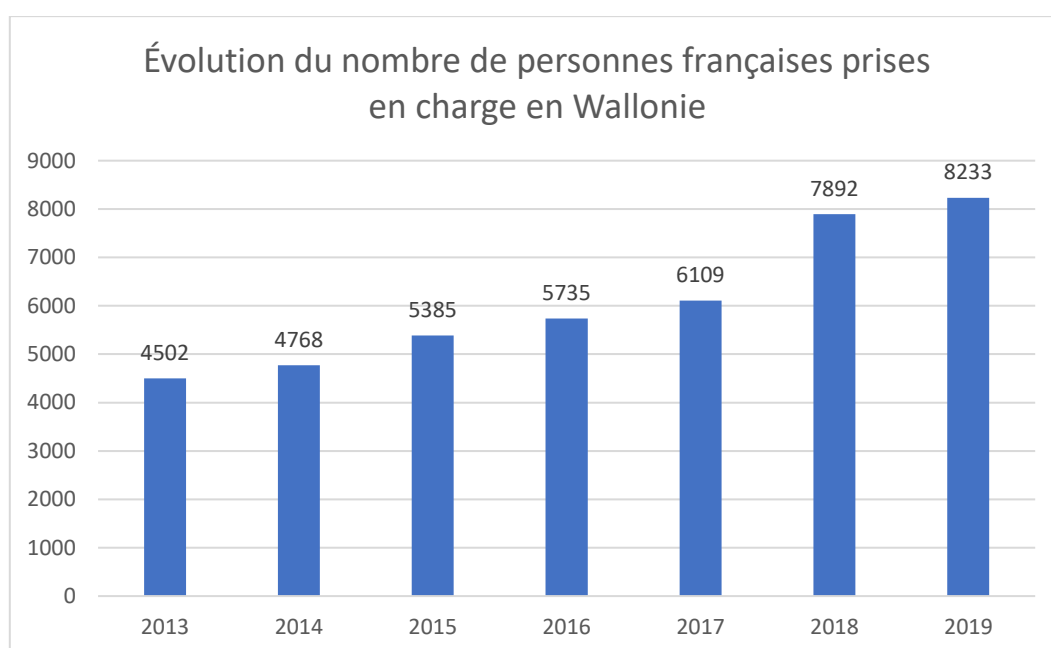
Les enfants et adultes concernés par ces départs proviennent principalement des départements des régions Hauts-de-France, Ile-de-France et Grand Est.

2.1.1 6 800 adultes et 1 400 enfants sont accueillis dans des établissements Wallons

Dans un communiqué de presse du 21 janvier 2021 portant sur le moratoire des places en Belgique⁴, il est précisé que, fin 2019, 8 233 personnes en situation de handicap, dont 6 820 adultes et 1 413 enfants, étaient pris en charge au sein de 227 établissements en Wallonie.

Ces chiffres ont connu une augmentation progressive, puisque lors de la commission mixte de l'accord franco-wallon en 2019⁵, il a été annoncé que, fin 2018, 7 892 personnes en situation de handicap étaient accueillies en Belgique (6 457 adultes et 1 435 enfants).

Évolution du nombre d'adultes français en situation de handicap accueillis en Wallonie, entre 2013 et 2017



Source : Rapport Christophe et Dupont-Coppin⁶, p.5
4^{ème} commission mixte de l'accord franco-wallon, 16 décembre 2019⁷
Communiqué de presse, 21 janvier 2021⁸

Toutefois, ces chiffres sont destinés à stagner, avec l'instauration du moratoire des places en Belgique pour les adultes, qui a pris effet le 28 février 2021 (nous y reviendrons). Les chiffres concernant le secteur enfant sont plus stables, puisque le conventionnement mis en place depuis 2015 a permis de fixer un capacitaire d'environ 1 500 places⁹.

⁴ Communiqué de presse, « Moratoire des places en Belgique et accélération de la création de solutions d'accueil de proximité pour les personnes en situation de handicap en France », 21 janvier 2021 [\[lien\]](#).

⁵ Quatrième commission mixte de l'accord franco-Wallon, « Maîtrise des départs vers la Belgique et renforcement de la qualité de l'accompagnement », 16 décembre 2019 [\[lien\]](#).

⁶ Rapport d'Edith Christophe (ARS Grand Est) et Marine Dupont-Coppin (ARS Hauts-de-France), « Prévention des départs non souhaités en Belgique », suite à la Conférence Nationale du Handicap, publié en mai 2019 [\[lien\]](#)

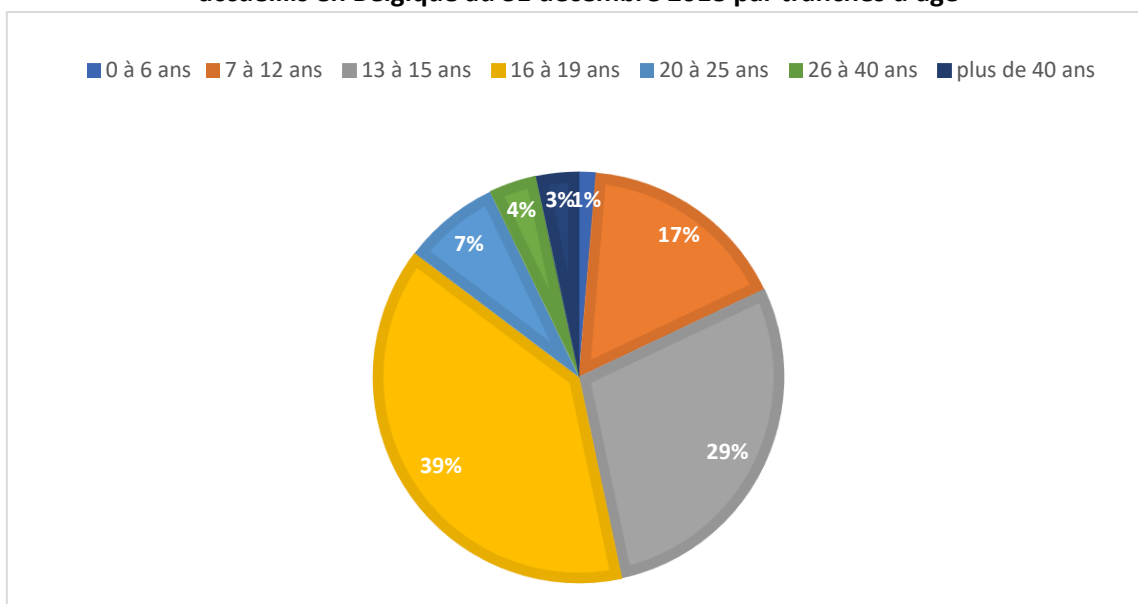
⁷ Op. cit.

⁸ Op. cit.

⁹ Direction de l'Autonomie de l'ARS Île-de-France, « "Moratoire" sur la création de places d'accueil des adultes handicapés français en Belgique », Webinaire, 28 janvier 2022.

Le secteur enfant wallons accueille des personnes entre 0 et plus de 40 ans, notamment sous amendement Creton.

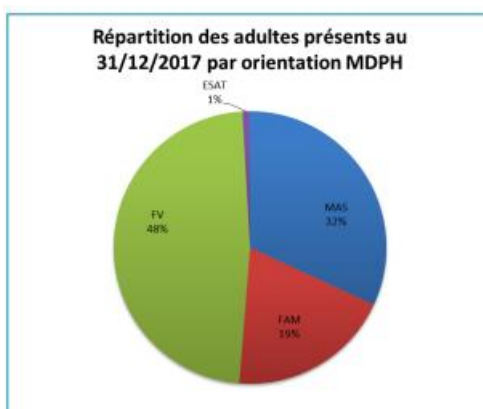
Nombres d'enfants, adolescents et adultes sous amendement Creton accueillis en Belgique au 31 décembre 2018 par tranches d'âge



Source : graphique constitué à partir des données issues du rapport Christophe et Dupont-Coppin, p.10

2.1.2 Environ la moitié des adultes sont orientés en foyer de vie, et les enfants en IME

Selon le rapport écrit par d'Edith Christophe et Marine Dupont-Coppin : « Prévention des départs non souhaités en Belgique »¹⁰, les adultes orientés en Wallonie en 2017 l'étaient principalement en FV (2 921 sur 6 109, soit 48%), 19% en FAM, 32% en MAS, et 1% en ESAT.



Source : graphique issu du rapport Christophe et Dupont-Coppin, p.6

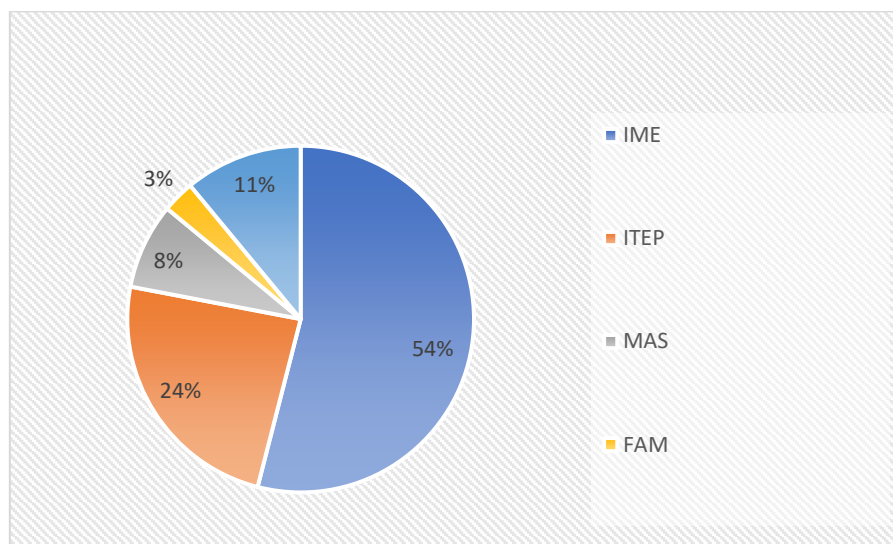
Support PowerPoint (format PDF) : [lien](#).

Enregistrement vidéo : [lien](#).

¹⁰ Rapport d'Edith Christophe et Marine Dupont-Coppin, *op. cit.*

Ces chiffres sont moins précis¹¹ pour le secteur enfant. Cependant, il est estimé qu'au 31 décembre 2018, près de 54% des enfants, adolescents et adultes sous amendement Creton étaient orientés en IME (771 sur 1 436).

Orientation des enfants, adolescents et jeunes adultes accueillis en Belgique au 31 décembre 2018



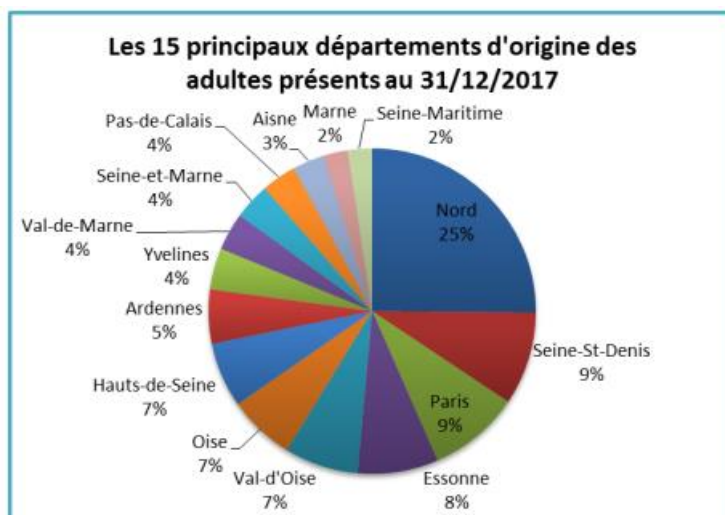
Source : graphique constitué à partir des données issues du rapport Christophe et Dupont-Coppin, p.11

2.1.3 Plus des trois quarts des enfants et adultes concernés viennent d'Île-de-France et des Hauts-de-France

Les chiffres de 2017 présentés dans le rapport Christophe et Dupont-Coppin indiquent que 88 départements ont des ressortissants adultes accueillis en Wallonie.

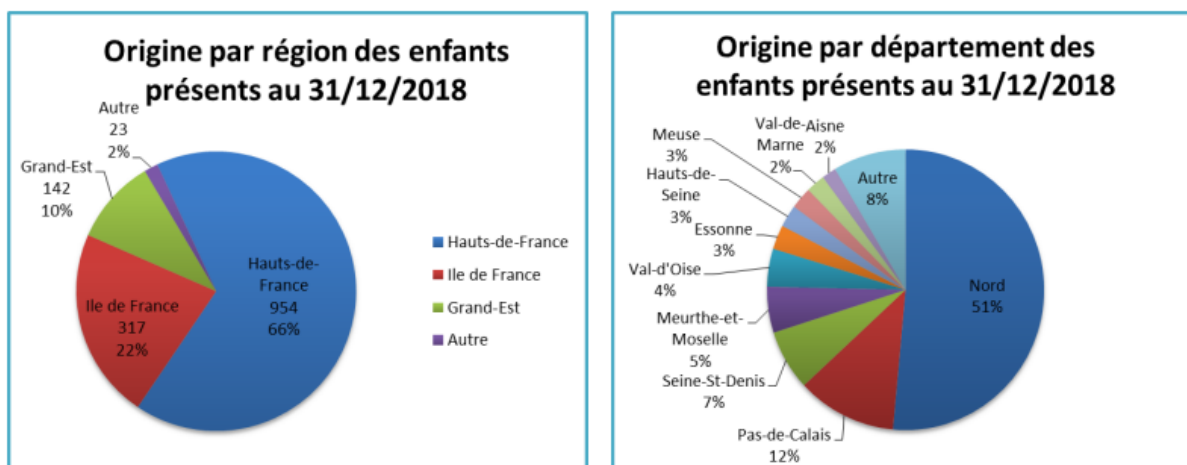
Le département du Nord y est le plus représenté (1 247 personnes, 25%). Les départements d'Île-de-France comptabilisent eux aussi un nombre important de ressortissants (9% en Seine-Saint-Denis, 9% à de Paris, 8% en Essonne, 7% dans le Val-d'Oise). En 2017, 42% des adultes en situation de handicap accueillis en Wallonie étaient originaires d'Île-de-France (+ 5,6% par rapport à 2015), contre 32% des Hauts-de-France (+ 5,14% par rapport à 2015). La région Grand-Est, quant à elle, a connu une augmentation significative de son taux de ressortissants adultes accueillis en Wallonie (+ 20,7% entre 2015 et 2017), et représentaient alors 12,5% de la population totale des Français adultes en situation de handicap accueillis en Belgique.

¹¹ Notamment du fait que certains jeunes sont accompagnés dans des établissements conventionnés mais non comptabilisés parce que placés au titre de l'ASE, et que d'autres sont toujours placés au titre de l'ASE dans des établissements non conventionnés tout en ayant pourtant une orientation MDPH.



Source : graphique issu du rapport Christophe et Dupont-Coppin, p.7

Parmi les 1 435 enfants français accueillis dans les établissements médico-sociaux en Belgique en 2018, ce sont également les régions Hauts-de-France, Île-de-France et Grand-Est qui sont les plus représentées.



Source : graphiques issus du rapport Christophe et Dupont-Coppin, p.10

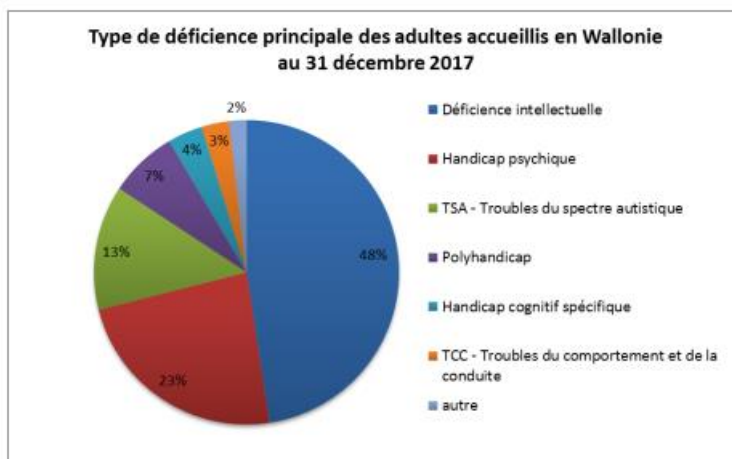
En 2019, 23% des enfants et 42% des adultes français en situation de handicap et accueillis en Belgique étaient originaires de l'Île-de-France, ce qui en fait la région la plus exportatrice¹².

Les raisons qui poussent ces français à partir en Belgique sont de plusieurs ordres, et nous allons maintenant les préciser.

¹² Direction de l'Autonomie de l'ARS Île-de-France, webinaire *op. cit.*

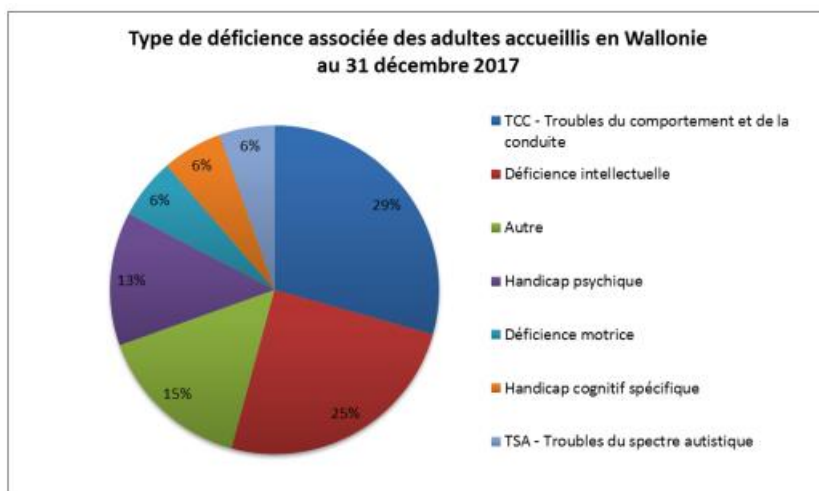
2.2 Les profils des personnes accueillies : la moitié des adultes avec déficience intellectuelle, et un tiers des enfants avec trouble du comportement

En 2017, près de la moitié des adultes accueillis en Belgique souffraient d'une déficience intellectuelle :



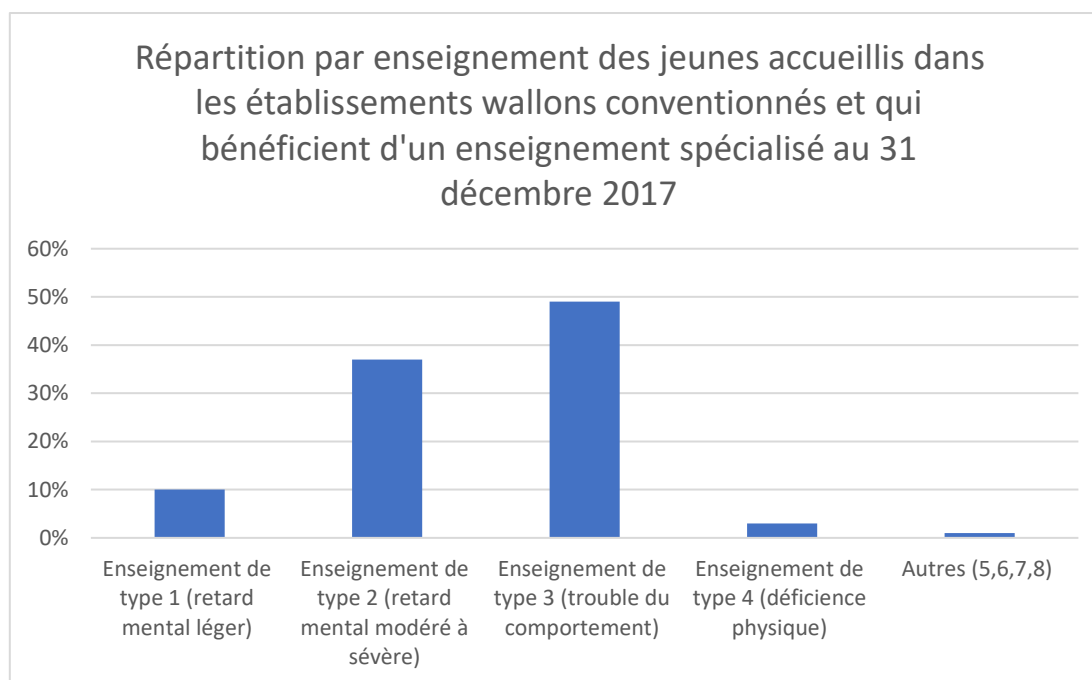
Source : graphique issu du rapport Christophe et Dupont-Coppin, p.9

76,3% d'entre eux (4 661 sur 6 109) souffraient de déficiences associées :



Source : graphique issu du rapport Christophe et Dupont-Coppin, p.9

Le rapport ne précise pas les déficiences principales et associées des enfants français en situation de handicap accueillis en Belgique. En revanche, les données concernant les types d'enseignement montrent que 49% d'entre eux ont des troubles du comportement, et 37% un retard mental modéré à sévère.



Source : graphique constitué à partir des données issues du rapport Christophe et Dupont-Coppin, p.12

Ces données ne sont toutefois pas exhaustives, puisque 276 jeunes d'âge scolaire (soit 21% des enfants accueillis en Belgique) n'étaient pas scolarisés au 31 décembre 2017, et ne sont donc pas comptabilisés ici.

2.3 Les causes des départs en Belgique tiennent à la fois au profil des personnes et à la spécificité de l'offre belge

Le rapport du Sénat de 2016¹³ et le rapport Christophe et Dupont-Coppin de 2019¹⁴ font des constats similaires quant aux causes des départs de français en situation de handicap vers la Belgique, que nous résumerons en 7 points :

- Un manque de place dans les établissements français pour les « situations complexes » et / ou des ruptures de parcours

Les admissions dans des établissements belges se font souvent à la suite de parcours ponctués de ruptures, d'échecs successifs ou pour des situations sans solution. Le manque de place en France, particulièrement pour les situations complexes pour lesquelles les professionnels français ont refusé la prise en charge, expliquent qu'un certain nombre de personnes en situation de handicap et leurs aidants se tournent vers la Belgique. C'est pourquoi, parmi les Français accueillis par les établissements médico-sociaux de Wallonie, on observe une prépondérance de situations liées à des handicaps complexes, lourdes, rares ou graves, et des personnes avec troubles cognitifs, troubles du comportement ou TSA.

- Une meilleure prise en charge de certaines pathologies et des « cas complexes » en Belgique.

¹³ Sénat, « Prise en charge de personnes handicapées dans des établissements situés en dehors du territoire national », n°218, session ordinaire de 2016-2017, enregistré à la présidence du Sénat le 14 décembre 2016. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la prise en charge de personnes handicapées en dehors du territoire français, par Mme Claire-Lise Campion et M. Philippe Mouiller, sénateurs [\[lien\]](#).

¹⁴ Rapport d'Edith Christophe et Marine Dupont-Coppin, *op. cit.*

Le rapport du Sénat fait référence à une enquête réalisée par la CNSA en 2015¹⁵, pour expliquer qu'un certain nombre de familles et d'aidants ai jugé l'accompagnement alors octroyé par les établissements wallons meilleur qu'en France, parce que l'aspect éducatif y serait privilégié, plutôt que l'aspect sanitaire, notamment pour les personnes TSA. Les professionnels y travaillant s'investiraient davantage dans la relation et sur les activités proposées aux personnes. Les conclusions du rapport Christophe et Dupont-Coppin, datant de 2019, font écho à ces résultats. Madame R., de l'AVIQ, pose des hypothèses pour expliquer les différences d'accompagnement en France et en Belgique :

« L'organisation du travail dans les établissements français n'est pas tout à fait identique à celle dans les établissements wallons. Le personnel dans les établissements wallons est habitué à prendre en charge les résidents par rapport à la globalité de leurs besoins, tandis que je pense qu'en France, où [...] d'après ce que j'en sais, l'organisation des tâches est plus « saucissonnée » en fonction des diplômes et du profil de fonction du personnel. Et le fait de pouvoir mettre les membres du personnel à toutes les sauces et que tout le monde met les mains dans le cambouis quand il faut ça aide, en termes de fluidité dans la prise en charge des personnes, c'est une première chose.

Alors d'après ce que je sais aussi, une difficulté pour la France par rapport à chez nous, c'est l'organisation des horaires. Je crois que c'est plus compliqué, plus contraignant et plus cadré chez vous qu'en Wallonie, où l'organisation des horaires est plus souple. Par exemple, concrètement : vous accueillez un nouveau résident autiste dans une structure, il arrive, y casse tout, vous avez besoin de renfort, chez nous je sais que c'est assez simple pour le directeur de l'établissement de passer un coup de fil et de rappeler des gens qui n'était pas à l'horaire, pour venir donner un coup de main et renforcer l'équipe qui en a besoin à ce moment-là. D'après... Après je sais pas, je peux me tromper hein... mais je pense, qu'il y a moins de latitude organisationnelle dans les établissements français par rapport à ça. »¹⁶

Malgré tout elle précise que « chez nous y'a plein de trucs qui ne fonctionnent pas non plus [rires] et l'accueil des personnes avec autisme et surtout avec troubles du comportement, ça reste aussi la galère au niveau du secteur. »

- Des établissements ouverts toute l'année

Le rapport du Sénat¹⁷ explique que la plupart des établissements wallons restent en activité 365 jours par an. Cela permet de proposer des accompagnements en internat à temps plein. Dans les faits, si l'ouverture toute l'année est plutôt la règle en Belgique, elle n'est pas une généralité :

« Normalement un SRJ¹⁸ est censé être ouvert, en tous cas, pouvoir être accessible, H24, 365 jours par an. Mais on sait bien que par facilité organisationnelle, certains ont adopté une politique de fermeture beaucoup plus régulière. [...] Ça dépend vraiment d'un SRJ à l'autre. Alors moi je suis souvent très fâchée après des SRJ qui ferment des weekends, qui ferment pendant les congés scolaires etc., par rapport aux enfants qui pour une raison ou pour une autre, ne peuvent pas retourner en famille. Quand les SRJ ont cette politique là, ça en devient un frein à la mission, donc le pauvre gamin qui a plus de parents et qui ne sait pas retourner en famille ben on ne le prend pas. Donc quelque part, c'est les enfants qui ont le plus de besoins qui ont le plus de difficultés à trouver des solutions. »¹⁹

Mais en France, l'ouverture en 365 jours est moins courante, et il y a donc souvent un manque de réponses en internat, d'autant plus en internat complet (accueillant les personnes toute la semaine weekend inclus), particulièrement dans la région Île-de-France et spécifiquement pour les adultes. Les

¹⁵ CNSA, « Enquête sur les pratiques d'orientation en Belgique des MDPH », 7 mai 2015, document de travail de la direction de la compensation.

¹⁶ Extrait d'entretien, Madame R., AVIQ.

¹⁷ Sénat, « Prise en charge de personnes handicapées dans des établissements situés en dehors du territoire national », *op. cit.*

¹⁸ Service Résidentiel Jeunes : ces services accueillent et hébergent des enfants, adolescents et jeunes adultes de 0 à 21 ans, et en situation de handicap. Il existe aussi des Services Résidentiels pour Adultes (SRA).

¹⁹ Extrait d'entretien, Madame R., *op. cit.*

listes d'attente sont importantes, les difficultés au niveau du foncier sont conséquentes, et le vieillissement des personnes en situation de handicapées limite le turnover des établissements.

- L'offre d'enseignement spécialisé en Belgique

L'enseignement spécialisé en Belgique peut représenter un atout supplémentaire pour les familles. L'inclusion scolaire y semble plus développée.

- Une solution de proximité

La Belgique peut, pour certaines personnes, être une solution de proximité, à la fois géographique (plus proche parfois que les établissements français) et linguistique, et adaptée à leurs situations. Il ne s'agit donc pas exclusivement de départs non souhaités en Belgique.

- Une réglementation plus souple des établissements Wallons

Les deux rapports évoquent la souplesse réglementaire des établissements wallons, et notamment le fait qu'il serait plus aisé, en Belgique, de créer de nouveaux établissements. Les exigences en termes de normes y seraient plus faibles qu'en France.

Ceci explique aussi le démarchage de certains établissements belges, principalement ceux à but lucratif.

Nous pouvons nous demander si cette situation tend à s'amoinrir, du fait du renforcement de l'accord-cadre Franco-wallon, l'amplification progressive des conventionnements, et du moratoire mis en application depuis 2021.

- Des orientations directes par la filière psychiatrique

Dans les trois régions principalement concernées par les départs en Wallonie, la filière psychiatrique française est pourvoyeur important des placements en Belgique. Étant donné que, en France, l'objectif est de limiter les séjours longs en établissements psychiatriques, et à défaut de réponse sur le territoire national, certains de ces établissements ont pris le parti d'orienter les personnes en situation de handicap psychique vers la Belgique, sans passer par la MDPH.

Avec le moratoire de 2021, renforçant la centralité des décisions prises par la CDAPH, on peut supposer que ces pratiques tendent à être limitées.

Les raisons de partir en Belgique sont donc plurielles. Afin de permettre aux personnes accueillies en Wallonie de l'être dans les meilleures conditions possibles, la France et les autorités Wallonnes ont conjointement élaboré différentes mesures.

2.4 Les conditions d'accueil des ressortissants dans les établissements Wallons sont cadrées depuis 2011 pour les enfants, et depuis 2021 pour les adultes

Les autorités françaises et wallonnes ont créé un accord-cadre et mis en place des conventionnements, afin de réguler et contrôler le fonctionnement des établissements wallons.

2.4.1 L'accord-cadre Franco-Belge de 2011

Le rapport du Sénat précédemment cité indiquait, en 2016, qu'environ 99,5% des prises en charge à l'étranger de personnes françaises en situation de handicap se faisaient en Belgique. Ce phénomène

n'est pas nouveau, puisque « la Belgique accueille depuis très longtemps des personnes handicapées venant de France et les premiers "placements" financés par l'Assurance maladie datent de 1954 »²⁰.

C'est pourquoi un accord-cadre Franco-Belge a été publié le 22 avril 2011, afin de « préciser le cadre juridique dans lequel s'inscrit la coopération sanitaire transfrontalière entre la France et la Belgique »²¹. Il a été approuvé par le parlement le 13 novembre 2013 et est entré en vigueur le 1^{er} mars 2014. L'objectif était d'assurer un accompagnement de qualité aux personnes accueillies en Belgique, et de favoriser les échanges en matière de connaissances et de pratiques entre les acteurs français et wallons du secteur médico-social. Un arrangement administratif est venu en préciser les modalités d'application²². On peut résumer cet accord-cadre en trois objectifs principaux :

- Recenser les personnes françaises en situation de handicap accueillies en Belgique
L'Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées (AWIPH)²³ s'engage à fournir les données administratives, dans le cadre de relevés d'information, à l'ARS Hauts-de-France qui en assure la centralisation.

- Le contrôle des établissements belges
L'accord-cadre définit les critères d'évaluation, de contrôle de la qualité et de la sécurité des soins. L'ARS Nord-Pas-de-Calais et l'AWIPH signent par ailleurs une convention permettant de renforcer les possibilités de contrôles et d'inspections communs entre la France et la Wallonie.

- Conventonnement type avec des établissements belges
L'accord-cadre évoque la possibilité, pour l'ARS Hauts-de-France et la CPAM de Roubaix-Tourcoing (désignés autorité compétentes) de conclure des conventions avec les établissements wallons, via l'AVIQ. Ceux-ci sont destinés à définir des conditions d'accueil dans les établissements wallons qui soient similaires à celles de la France. Des conventionnements ont ainsi été établis avec 24 établissements accueillants des enfants français. Mais les conventions avec le ESMS wallons du secteur adulte n'ont été mises en place que récemment.

2.4.2 L'évolution des conventionnements au secteur adulte : le moratoire de 2021

24 établissements wallons accueillant des enfants et adolescents avaient signé des conventions avec la Caisse Régionale d'Assurance maladie Nord-Picardie dans le cadre d'un dispositif conventionnel mis en place progressivement entre 1996 et 2010²⁴. Avec l'entrée en vigueur de l'accord-cadre, ces conventions ont été renégociées avec l'ARS Hauts-de-France en 2015²⁵.

Cependant, dans le rapport du Sénat précité, on constate qu'en 2016 les 24 établissements concernés sont toujours les seuls à être conventionnés, et qu'aucun établissement accueillant des adultes ne l'est. En effet, ces derniers n'ont pas fait l'objet de la même régulation que le secteur enfant, et cela était

²⁰ Rapport d'Edith Christophe et Marine Dupont-Coppin, *op.cit.*, p.12.

²¹ Décret n°2011-449 du 22 avril 2011 portant publication de l'accord-cadre entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Royaume de Belgique sur la coopération sanitaire transfrontalière, signé à Mouscron le 30 septembre 2005 (p.2) [\[lien\]](#).

²² Arrangement administratif général entre le ministère des affaires sociales et de la santé de la république française et les ministres compétents pour la santé et les affaires sociales du royaume de Belgique, relatif aux modalités d'application de l'accord-cadre relatif à la coopération sanitaire transfrontalière [\[lien\]](#).

²³ Devenue l'AVIQ en 2016, suite au décret relatif à l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles du 03 décembre 2015 [\[lien\]](#).

²⁴ Rapport d'Edith Christophe et Marine Dupont-Coppin, *op. cit.*, p.6.

²⁵ INSTRUCTION N° DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/2016/22 du 22 janvier 2016 relative à la mise en œuvre du plan de prévention et d'arrêt des départs non souhaités de personnes handicapées vers la Belgique [\[lien\]](#).

toujours le cas en 2019. Toutefois, les conseils départementaux ont mis en place des conventions collectives ou individuelles avec les structures wallonnes²⁶.

C'est dans le cadre du moratoire sur la création de places d'accueil des adultes handicapés français en Belgique entré en vigueur le 28 février 2021²⁷ que les conditions de réalisation de cet objectif commencent véritablement à prendre forme. Celui-ci a permis d'élargir les conventionnements au secteur adulte, par l'élaboration de la convention de coopération transfrontalière²⁸ visant à fixer les conditions d'accueil et d'accompagnement des Français dans les établissements belges, et les modalités d'inspection par les autorités compétentes (nous reviendrons plus en détail sur ce moratoire dans la partie suivante).

2.5 La France souhaite développer les solutions de proximité et limiter les départs en Belgique

En plus de l'accord-cadre, visant principalement à réguler les conditions d'accueil de ses ressortissants en situation de handicap en Wallonie, la France a mis en place différentes mesures visant à limiter les départs : 1/ en développant l'offre médico-sociale en France ; 2/ en figeant le nombre de place en Wallonie.

2.5.1 Les politiques françaises de prévention des départs non souhaités

Dans le but de prévenir et d'éviter les départs non souhaités en Belgique, 15 millions d'euros ont tout d'abord été débloqués, dans le cadre du Plan de prévention des départs non souhaités des personnes handicapées vers la Belgique, mis en place par l'instruction ministérielle du 22 janvier 2016²⁹, afin de développer des solutions de proximités adéquates sur le territoire français. L'argent a été réparti entre les trois régions les plus concernées. Trois solutions sont proposées dans l'instruction du 22 janvier 2016 : des interventions directes de professionnels spécialisés à domicile ; un renfort de personnels dans certains ESMS ; des créations de places dans des ESMS. 15 millions d'euros ont été ajoutés à ce dispositif en 2018, et à nouveau en 2019³⁰.

Lors de la Conférence Nationale du Handicap (CNH) du 11 février 2020, il a été annoncé que 90 millions d'euros seront investis pour prévenir les départs en Belgique, entre 2020 et 2022. Cette somme est répartie entre les trois régions principalement concernées, pour le développement de solutions alternatives et de proximité. « À ce titre, le plan de prévention des départs en Belgique permettra la création de 1 000 places dans trois régions prioritaires (Île-de-France, Hauts-de-France, Grand-Est), en plus des 2 500 places déjà programmées pour 2021-2022 sur tout le territoire. »³¹ Le plan prévoit par ailleurs de favoriser et d'encourager « l'installation de solutions d'accueil nouvelles, telles que des "maisons d'accueil spécialisées à domicile", des services à domicile renforcés ou encore des unités de vie résidentielles pour adultes en situation complexe. »³²

²⁶ Rapport d'Edith Christophe et Marine Dupont-Coppin, *op. cit.*

²⁷ Communiqué de Presse, 21 janvier 2021, *op. cit.*

²⁸ Convention d'objectif de coopération transfrontalière franco-wallonne fixant le nombre de places prises en charge financièrement pour les adultes en situation de handicap bénéficiaires des régimes obligatoires français de sécurité sociale accueillis dans les établissements wallons [[lien](#)].

²⁹ INSTRUCTION N° DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/2016/22 du 22 janvier 2016 relative à la mise en œuvre du plan de prévention et d'arrêt des départs non souhaités de personnes handicapées vers la Belgique [[lien](#)].

³⁰ Rapport d'Edith Christophe et Marine Dupont-Coppin, *op. cit.*

³¹ Conférence nationale du handicap (CNH), « Tous concernés, tous mobilisés », Dossier de presse, 11 février 2020, p.21 [[lien](#)].

³² Communiqué de Presse, 21 janvier 2021, *op.cit.*

**Répartition des 90 millions d'euros entre le Grand-Est,
les Hauts-de-France et l'Île-de-France entre 2020 et 2022 :**

	2020	2021	2022	Total
Grand-Est	2 760 000 €	4 830 000 €	4 830 000 €	12 420 000 €
Hauts-de-France	5 900 000 €	10 325 000 €	10 325 000 €	26 550 000 €
Île-de-France	11 340 000 €	19 845 000 €	19 845 000 €	51 030 000 €
Total	20 000 000 €	35 000 000 €	35 000 000 €	90 000 000 €

*Source : tableau issu du PowerPoint du webinaire du 28 janvier 2022,
porté par l'ARS Île-de-France³³*

Le Comité de suivi du plan de créations de solutions innovantes pour prévenir les départs non souhaités en Belgique a fait un premier bilan, publié dans un communiqué de presse³⁴, après s'être réuni le 31 janvier 2022. Il en ressort que plus de 2 500 nouvelles solutions ont été ou seront prochainement installées, dans le but d'augmenter l'offre dans ces trois régions. Le communiqué annonce ainsi que, en plus des 1 000 places initialement prévues, plus de 1 600 nouvelles solutions seront déployées en Île-de-France, 630 nouvelles places dans les Hauts-de-France et 270 dans le Grand-Est.

Une note d'information interministérielle est parue en janvier 2022³⁵, évoquant les conséquences du moratoire du 28 février 2021 (présenté ci-après). Elle insiste sur l'importance d'offrir des solutions alternatives aux départs non souhaités en Belgique, en s'appuyant sur les outils de la transformation de l'offre médico-sociale, notamment : la démarche « une réponse accompagnée pour tous » et le DOP ; les « communautés 360 » ; le Plan de prévention des départs non souhaités vers la Belgique (2016).

2.5.2 Le moratoire sur la création de places d'accueil des adultes handicapés français en Belgique

Ces dernières années, en jusqu'à 2019, l'ARS Île-de-France estimait que 200 à 250 enfants et 500 à 550 adultes en situation de handicap partaient en Wallonie chaque année sur la période récente.

Les établissements accueillant des enfants français étant déjà conventionnés, leurs places fonctionnent sur le principe du turnover : une admission ne peut être faite que sur une place déjà existante, et libérée par un autre enfant.

Mais en ce qui concerne les adultes, le conventionnement n'étant pas mis en place en 2019, environ 350 personnes ont été accueillies sur de nouvelles places, et 200 personnes environ sur des places libérées³⁶.

³³ Direction de l'Autonomie de l'ARS Île-de-France, webinaire *op. cit.*

³⁴ Communiqué de presse, « 2 500 solutions nouvelles sur le territoire national pour prévenir les départs non souhaités des personnes en situation de handicap en Belgique », 2 février 2022 [[lien](#)].

³⁵ Note d'information interministérielle n° SGMCAS/DSS/1A/DGCS/3B/CNSA/2022/12 du 14 janvier 2022 relative à la prévention des départs non souhaités des personnes en situation de handicap en établissement médico-social wallon [[lien](#)].

³⁶ Direction de l'Autonomie de l'ARS Île-de-France, webinaire *op. cit.*

Ainsi, et afin de réguler ces départs en Belgique, il a été décidé de mettre en place un conventionnement avec les établissements wallons accueillant des adultes français en situation de handicap, au même titre que ce qui existe pour le secteur enfant. C'est dans ce cadre que, lors de la réunion de la commission mixte paritaire en application de l'accord-cadre franco-wallon du 21 janvier 2021, Sophie Cluzel et Christie Morreale³⁷ se sont entendues pour mettre en place un moratoire, afin d'arrêter un capacitaire d'accueil des établissements belges³⁸. Ce moratoire a pour objectif d'arrêter le nombre de places financées par l'assurance maladie, au nombre de places occupées par des adultes français en situation de handicap dans les établissements wallons, à partir du 28 février 2021. Il ne remet donc pas en cause les places existantes, ni leur financement par l'assurance maladie. Il s'assure que les places préalablement créées pour accueillir des Français (soit environ 4 200) soient maintenues, mais qu'aucune nouvelle place ne puisse être créée dans ce but. En d'autres termes, depuis le 28 février 2021, une nouvelle admission n'est possible en Maison d'Accueil Spécialisé (MAS) et Établissement d'Accueil Médicalisé (EAM), que si une place s'est préalablement libérée : le principe du turnover, déjà présent dans le secteur enfant, s'applique désormais au secteur adulte. Cependant, ce moratoire concerne uniquement les orientations en MAS et EAM. Les Foyers de Vie (FV) ne sont donc, pour le moment du moins, pas concernés.

La cellule des affaires internationales de l'ARS Hauts-de-France a alors été chargée de fixer de types de conventionnements : premièrement, une convention capacitaire, visant à recenser le nombre de places sur lesquelles étaient accueillies des Français dans les établissements wallons au 28 février 2021, en MAS et EAM. Dans un deuxième temps, une convention de coopération transfrontalière (évoquée précédemment) a été élaborée pour élargir les conventionnements au secteur adulte.

En bref, l'état français, avec le soutien des autorités wallonnes, tente peu à peu de développer des réponses adaptées et de proximité sur le territoire national, tout en limitant les départs en Belgique. Si les conventionnements avec le secteur adulte wallon ont mis du temps à sortir de terre, le moratoire instauré le 28 février 2021, tend à encadrer et rendre effective cette volonté. Pour autant, cette nouvelle mesure est accueillie avec beaucoup d'inquiétudes par certaines associations, affirmant que, tant que les places n'auront pas été créées en France, un certain nombre de personnes en situation de handicap risquent de se retrouver sans solution³⁹.

³⁷ Vice-Présidente du Gouvernement wallon, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale et de l'Économie sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des Femmes.

³⁸ Communiqué de Presse, 21 janvier 2021, *op.cit.*

³⁹ Association pour les Français en situation de handicap en Belgique (AFrESHEB) [[lien](#)].

3 LES POLITIQUES SPECIFIQUES AUX TSA

3.1 Autisme : des situations très hétérogènes

En l'état actuel des connaissances, le DSM-5⁴⁰ établit que **l'autisme est un trouble du neurodéveloppement⁴¹, caractérisé par des altérations qualitatives de la communication sociale et des comportements restreints et stéréotypés.**

D'origine multifactorielle, **l'autisme recouvre des situations cliniques et des situations de handicap très variées.** Cette hétérogénéité est à mettre en lien avec les éventuelles comorbidités pouvant être associées et/ ou la variabilité des signes et des symptômes⁴². Le DSM-5 spécifie 3 degrés de sévérité :

Tableau 2. Niveaux de sévérité du trouble du spectre de l'autisme

Niveau de sévérité	Communication sociale	Comportements restreints, répétitifs
Niveau 3 « Nécessitant une aide très importante »	Déficits graves des compétences de communication verbale et non verbale responsables d'un retentissement sévère sur le fonctionnement ; limitation très sévère de la capacité d'initier des relations, et réponse minime aux initiatives sociales émanant d'autrui. Par exemple, un sujet n'utilisant que quelques mots intelligibles et qui initie rarement ou de façon inhabituelle les interactions, surtout pour répondre à des besoins, et qui ne répond qu'à des approches sociales très directes.	Comportement inflexible, difficulté extrême à faire face au changement, ou autres comportements restreints ou répétitifs interférant de façon marquée avec le fonctionnement dans l'ensemble des domaines. Détresse importante/difficulté à faire varier l'objet de l'attention ou de l'action.
Niveau 2 « Nécessitant une aide importante »	Déficits marqués des compétences de communication verbale et non verbale ; retentissement social apparent en dépit des aides apportées ; capacité limitée à initier des relations et réponse réduite ou anormale aux initiatives sociales émanant d'autrui. Par exemple, un sujet utilisant des phrases simples, dont les interactions sont limitées à des intérêts spécifiques et restreints et qui a une communication non verbale nettement bizarre.	Le manque de flexibilité du comportement, la difficulté à tolérer le changement ou d'autres comportements restreints/répétitifs sont assez fréquents pour être évidents pour l'observateur non averti et retentir sur le fonctionnement dans une variété de contextes. Détresse importante/difficulté à faire varier l'objet de l'attention ou de l'action.
Niveau 1 « Nécessitant de l'aide »	Sans aide, les déficits de la communication sociale sont source d'un retentissement fonctionnel observable. Difficulté à initier les relations sociales et exemples manifestes de réponses atypiques ou inefficaces en réponse aux initiatives sociales émanant d'autrui. Peut sembler avoir peu d'intérêt pour les interactions sociales. Par exemple, un sujet capable de s'exprimer par des phrases complètes, qui engage la conversation mais qui ne parvient pas à avoir des échanges sociaux réciproques et dont les tentatives pour se faire des amis sont généralement étranges et inefficaces.	Le manque de flexibilité du comportement a un retentissement significatif sur le fonctionnement dans un ou plusieurs contextes. Difficulté à passer d'une activité à l'autre. Des problèmes d'organisation ou de planification gênent le développement de l'autonomie.

Source : DSM-5, 2015, p 58

Le taux de prévalence des TSA dans la population mondiale est d'environ 1%, avec un ratio estimé de 4 hommes pour 1 femme concernée. Cette prévalence semble être en progression, possiblement pour des raisons liées au repérage/ diagnostic, ou aux évolutions conceptuelles.

⁴⁰ Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^{ème} édition, 2015 dans sa version française.

⁴¹ Un trouble du neurodéveloppement se caractérise par une perturbation du développement cognitif ou affectif de l'enfant qui entraîne un retentissement important sur le fonctionnement adaptatif scolaire, social et familial.

⁴² Santé publique France. Troubles du spectre de l'autisme en France. Estimation de la prévalence à partir du recours aux soins dans le Système National des données de santé (SNDS), 2010-2017, p7.

Pour la France, la Haute Autorité de Santé (HAS) retient une prévalence de 0,9 à 1,2% de la population, soit environ 700 000 personnes concernées⁴³.

En Belgique, 70.000 personnes seraient concernées par des TSA, sur la base d'un taux de prévalence de 1/161 naissances⁴⁴.

3.2 Les politiques spécifiques aux TSA sur chaque territoire

En France comme en région Wallonne, des politiques spécifiques aux TSA sont mises en œuvre. Il s'agit pour la région Wallonne du plan transversal autisme (2016) et pour la France, de la stratégie Nationale pour l'autisme au sein des TND (2018-2022).

Ces politiques ont une ambition intersectorielle. Elles s'articulent avec différentes politiques nationales en faveur des personnes en situation de handicap, dans les domaines du repérage précoce, de l'éducation, du soin, de l'insertion... et s'inscrivent plus largement dans le mouvement de désinstitutionalisation et de transformation de l'offre à l'œuvre sur les deux territoires.

3.2.1 Contexte : du retard à compenser et des problématiques similaires

De façon globale, les politiques engagées actuellement en France et en Belgique visent à compenser des retards constatés en matière de programmation et de structuration de l'offre de soin et d'accompagnement, de production et de diffusion de connaissances scientifiques, de traitement, d'inclusion et de soutien à la citoyenneté des personnes concernées.

En France, la Stratégie Nationale pour l'autisme au sein des TND (2018-2022) s'inscrit dans le prolongement de trois plans, qui se sont succédé de 2005 à 2017, avec pour objectifs de développer et diffuser des connaissances et de « *mettre à niveau l'offre de soins et d'accompagnement dans ses différentes composantes*⁴⁵ ».

Si ces plans ont permis des avancées - création d'un Centre Ressources Autisme (CRA) dans chaque région en 2005, élaboration de Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles pour le dépistage et le diagnostic (2010, 2012, 2018), production de données scientifiques, mise en place d'actions de soutien en direction des proches et des accompagnants par exemple - celles-ci sont néanmoins considérées comme insuffisantes par la Cour des Comptes (2017), qui identifie, malgré des avancées, un certain nombre de points d'amélioration à opérer, afin que la France rattrape son retard :

- **En termes d'offre de service en direction des enfants** : elle constate au regard de différents indicateurs (*nombre d'enfants français avec TSA sur des listes d'attente, ou accueillis en Belgique faute d'accompagnement adapté à proximité de leur lieu de vie*), la persistance de tensions, notamment en ce qui concerne les capacités d'accueil.
- **En termes de déploiement du triptyque précoce** (*repérage, diagnostic, intervention*), qui reste trop disparate sur le territoire et des délais d'intervention trop longs des services concernés.
- **En termes de production de données relatives aux adultes**
- **En termes de structuration des parcours**, notamment concernant les situations les plus complexes.

⁴³ Stratégie nationale pour l'Autisme au sein des troubles du neuro-développement 2018-2022, 2018, p2.

⁴⁴ KCE, Synthèse : prise en charge de l'autisme chez les enfants et les adolescents : un guide pratique clinique, 2014, p5.

⁴⁵ Cour des comptes, Evaluation de la politique en direction des personnes présentant un trouble du spectre de l'autisme, 2017, p10.

En Belgique, sur la base de constats et de préconisations similaires⁴⁶, un plan transversal autisme, déployé sur les régions Wallonne et Bruxelloise, est mis en œuvre depuis 2016⁴⁷, dans le contexte de la 6^{ème} réforme de l'Etat (2013) et du transfert de compétences aux communautés et aux régions⁴⁸. Il s'articule avec la réforme de la psychiatrie adulte initiée en 2011, et avec la politique de santé mentale pour enfants et adolescents⁴⁹.

3.2.2 Pilotage des actions transversales

Le plan transversal autisme est conjoint à plusieurs ministères (*ministère Wallon de la santé et de l'action sociale, ministère Bruxellois de la politique d'aide aux personnes handicapées, ministère de l'éducation de la Fédération Wallonie-Bruxelles et ministère de l'enfance de la Fédération Wallonie-Bruxelles*)⁵⁰. Il contient des axes communs pour la Wallonie, la Région de Bruxelles-Capitale et la Fédération Wallonie-Bruxelles, mais également des mesures spécifiques à chaque entité. Il est piloté, en région Wallonne, par l'Agence wallonne pour une Vie de Qualité (AVIQ).

En France, la stratégie nationale TSA-TND est pilotée par une déléguée interministérielle rattachée à la Secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées, fonction créée spécifiquement pour cette stratégie. Le choix de l'Etat français de recourir à un délégué interministériel s'explique par le fait que les actions identifiées dans la stratégie relèvent de plusieurs champs de politique publique (*dix ministères concernés ayant chacun le pilotage d'une ou plusieurs mesures*) et sont conduites simultanément, ce qui nécessite la mise en place d'une coordination⁵¹.

3.2.3 Des orientations et des leviers d'action convergents

En France et en Belgique francophone, les politiques en direction des personnes concernées par les TSA visent la continuité du parcours de vie, ainsi que l'amélioration de la qualité de vie des personnes avec autisme. Elles promeuvent une approche transversale et intersectorielle de l'autisme et visent l'harmonisation de l'offre de soin et d'accompagnement, dans l'objectif de « *permettre une individualisation du soutien à la personne tout au long de sa vie et à lui garantir son inclusion dans la société* »⁵².

Leurs orientations sont similaires et portent principalement sur :

- **La production et la diffusion de connaissances** sur l'autisme
- **L'intervention précoce** : systématiser le repérage, former les professionnels, structurer le parcours de soin, réduire les délais de diagnostic
- **La fluidification des parcours des personnes** en matière de soin, d'accompagnement (*mise à niveau, adaptation et organisation / structuration de l'offre*), de scolarisation et d'insertion professionnelle

⁴⁶KCE, Synthèse, op.cit. et Conseil Supérieur de la santé, avis n°8747- Qualité de vie des jeunes enfants autistes et de leur famille, 2014.

⁴⁷ Plan transversal autisme, Pour une amélioration de la qualité de vie des personnes autistes et de leur entourage, 2016, 21p.

⁴⁸ Depuis la 6ème réforme de l'Etat, certaines compétences ont été transférées à la région Wallonne, notamment en ce qui concerne le champ de la santé mentale. Le 02 décembre 2015, le décret visant la création de l'AViQ, ayant pour mission de développer des commissions transversales traitant notamment d'articulations et de collaborations entre le secteur de la santé mentale et celui du handicap (y compris l'autisme), est promulgué.

⁴⁹ Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents, 2014, pp 2-10.

⁵⁰ PREVOT, M. FREMAULT, C. SCHYNS, M-M. GREOLI, A., Présentation de l'état d'avancement du plan transversal autisme, janvier 2017.

⁵¹ Stratégie Nationale pour l'autisme au sein des Troubles du neuro-développement, op.cit, pp118-122.

⁵² Plan transversal autisme, op.cit, p11.

- **L'inclusion et la citoyenneté** des personnes
- **La formation des acteurs professionnels** (*initiale et continue*) et des parents.

Ainsi, la stratégie nationale TSA-TND s'articule autour de 5 engagements, déclinés en 20 mesures elles-mêmes subdivisées en une centaine d'actions⁵³. Ces engagements sont les suivants :

- **Remettre la science au cœur de la politique publique, en dotant la France d'une recherche d'excellence (mesures 1 à 4)** : structuration de la recherche, production et diffusion de connaissances, constitution de bases de données
- **Intervenir plus précocement auprès des enfants présentant des différences de développement (mesures 5 à 8)** : renforcer le repérage, le diagnostic et l'accompagnement précoces, organisation d'un parcours de soin coordonné et fluide pour les 0-4 ans, création d'un forfait intervention précoce
- **Rattraper le retard de la France en matière de scolarisation (mesures 9 à 12)** : création d'unités, plan de conversion des auxiliaires de vie scolaire, redéploiement de l'offre d'accompagnement spécialisé, formation des enseignants,
- **Soutenir la pleine citoyenneté des adultes (mesures 13 à 16)** : repérage et diagnostic des adultes en ESMS,
Mise en œuvre d'alternatives aux longs séjours en psychiatrie, accès à l'emploi et au logement, repérage, pair-aidance
- **Soutenir les familles et reconnaître leur expertise (mesures 17 à 20)** : développement de solutions de répit et de gestion de cas complexes, dispositifs de soutien et d'accompagnement, formation et développement des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP).

En Belgique, le plan transversal autisme repose sur 8 axes transversaux (*communs aux régions Wallonne et Bruxelloise*) :

- **La réalisation d'un état des lieux** pour rendre la programmation efficiente : identifier l'offre existante et les besoins, création d'un fichier commun entre les administrations (AVIQ et PHARE)
- **Le dépistage et l'annonce** : mettre l'accent sur la détection des signaux d'alerte, renforcement des centres de référence,
- **L'information et la sensibilisation**, en direction des parents et des professionnels : rendre l'information claire et accessible, renforcement des sites ressources en matière de diffusion d'informations
- **La formation, en direction des parents et des professionnels** (*initiale et continue*)
- **L'adaptation de l'encadrement à la population prise en charge** (*classe spécialisée*)
- **Le suivi pour une meilleure transversalité** (*éviter les ruptures de parcours*)
- **La participation à la vie sociale**
- **L'amélioration des transports scolaires.**

6 axes supplémentaires sont spécifiques à la Wallonie, afin de répondre aux besoins de cette région :

- **Des moyens budgétaires accrus pour les prises en charge prioritaires :**
- **Création de nouvelles places d'accueil et d'hébergement :**
- **Les initiatives de répit**
- **Le soutien à l'accueil de crise et aux petites unités spécialisées**
- **L'analyse autour du double diagnostic**

⁵³ Stratégie Nationale pour l'autisme au sein des Troubles du neuro-développement, op.cit, pp 26-32.

Trois axes d'actions supplémentaires concernent la Fédération Wallonie-Bruxelles : la prise en charge précoce (*accueil de la petite enfance*), la création de nouvelles places et des nouvelles classes dans les écoles, l'intensification des formations Office National de l'Enfance (ONE).

3.2.4 Des financements spécifiques pour les actions retenues

Si les financements alloués à ces politiques sont difficilement comparables, ils flèchent des actions similaires (*intervention précoce, scolarisation notamment*).

En France, les moyens alloués à la stratégie nationale pour les TSA au sein des TND s'élèvent à **344 millions d'euros sur la durée 2018-2022**, répartis principalement sur les axes relatifs :

- **A l'intervention précoce** (106 M€)
- **A la scolarisation** : 103M€ fléchés principalement sur la création d'environ 250 unités d'enseignements (UEMA, UEA, ULIS) et le recrutement de 100 professeurs ressources
- **Au soutien à la citoyenneté des adultes** (115M€).

La stratégie nationale TSA-TND prévoit également la création de 1500 places pour adultes, initialement programmée dans le cadre du 3^{ème} plan, mais non mise en œuvre, pour un budget de 53 M€.

En Belgique pour le plan transversal autisme, les budgets prévoient au titre des actions communes :

- **Le financement d'actions de dépistage et d'annonce** :
 - o Pérennisation du soutien financier apporté à la Plateforme Annonce Handicap (PAH)⁵⁴ à hauteur de 60 000 € par an, via la signature d'une convention pluriannuelle,
 - o Renforcement du site d'information Participe.be, à hauteur de 30.000 €,
 - o Le soutien conjoint avec Bruxelles du projet Start du SUSA, cofinancé avec CAP 48, à hauteur de 126.000 €⁵⁵.

Concernant les axes spécifiques à la Wallonie, les budgets prévoient :

- **Une augmentation de 3M€ de l'enveloppe budgétaire fléchée en direction des cas prioritaires**, portant le budget global de cette cellule à 25M€. Bien que la cellule cas prioritaires ne soit pas exclusivement dédiée aux personnes concernées par un TSA, les données indiquent qu'1/4 des personnes en situation prioritaires en région Wallonne sont concernées par un autisme sévère.
- **Le développement de l'offre de service (création de services ou inclusion) à hauteur de 10M€**, via le lancement de deux appels à projets portant sur la création de places d'accueil et d'hébergement dédiées aux personnes présentant des TSA et/ou relevant du double diagnostic.

Au titre de la fédération Wallonie-Bruxelles, le plan transversal prévoit la création de nouvelles places dans l'enseignement de Type 2⁵⁶ dans les régions de Charleroi, ainsi que la poursuite de l'augmentation du nombre de places en Brabant Wallon.

⁵⁴ Auditions relatives au plan transversal autisme, rapport fait au nom de la commission des Affaires sociales par Mme Nadia EL YOUSFI, Parlement francophone bruxellois, 25 janvier 2017, p4. La [PAH](#) est une plateforme non exclusive à l'autisme, ayant pour objectifs d'améliorer la qualité de l'annonce du diagnostic, d'informer et d'orienter les familles recevant une annonce de handicap.

⁵⁵ Ibid. Le projet START, porté par le SUSA, vise à former les médecins généralistes au dépistage aussi précoce que possible.

⁵⁶ Cf. partie 7 « L'organisation des systèmes scolaire ordinaire – spécialisé »

3.2.5 La valorisation des effets de ces politiques

Le bilan intermédiaire de la stratégie nationale TSA-TND, publié en 2021⁵⁷, valorise les actions menées sur la période 2018-2022 en matière de recherche (*création de centres d'excellence TSA-TND à Lyon et Strasbourg*), de repérage, de diagnostic et d'accompagnement précoce (*déploiement de plateformes diagnostic*), de scolarisation, de soutien à la citoyenneté des adultes (*création de Groupes d'Entraide Mutuelle*), ou encore de soutien aux familles (*mise en œuvre de plateformes de répit*).

Plus récemment, la publication des résultats nationaux et régionaux de la deuxième édition de l'étude d'impact relative à cette stratégie⁵⁸ rend compte d'une évolution du sentiment qu'ont les répondants de la prise en compte des particularités liées aux TSA par les professionnels (+ 10% sur la période) et d'une amélioration du sentiment d'être mieux informés sur les troubles (+ 3 points). L'accès au droit, le besoin de répit, ainsi que les discours ou postures de certains professionnels, sont des domaines où les sentiments d'« insatisfaction » sont les plus forts.

Concernant la Wallonie, une communication de 2017⁵⁹ valorise la réalisation de certaines actions prévues dans le plan :

- Opérationnalité de la liste unique de l'AVIQ
- Mise en ligne d'un site permettant d'identifier les places disponibles dans les écoles maternelles et primaires ([lien](#))
- Accessibilité du site [plateforme handicap](#), non spécifique à l'autisme, mais centralisant et diffusant des informations sur le diagnostic et l'annonce du handicap
- Soutien au programme START « *repérage des troubles précoces de la communication et des interactions sociales* »⁶⁰
- Développement de modules de formation spécifiques à l'autisme, dans le catalogue de l'AVIQ
- Développement de journées de formations à destination des familles
- Création d'une école d'enseignement secondaire et implantation d'enseignement secondaire spécialisé en Brabant Wallon pour élèves autistes y résidant
- Mise en place d'un projet pilote ONE/Enseignement/Handicap visant à assurer une continuité du parcours de l'enfant via l'informatisation du carnet de santé ONE⁶¹
- Octroi de places nominatives pour des personnes en situation d'urgence
- Création de nouvelles places, d'initiatives de répit et de soutien à l'accueil de crise⁶².

⁵⁷ Collectif, Point d'étape - la stratégie nationale pour l'autisme au sein des TND mise en œuvre dans les territoires, 2021, 100p.

⁵⁸ Lancée en 2019, cette étude vise à mesurer d'une année sur l'autre l'évolution de la qualité de vie ressentie par des personnes concernées par un TND, afin d'évaluer l'efficacité de la stratégie nationale pour l'autisme menée par le Gouvernement. Parmi les 14191 répondants à l'étude, 5681 étaient concernés par l'autisme. [Lien](#).

⁵⁹ PREVOT, M. FREMAULT, C. SCHYNS, M-M. GREOLI, A., op.cit.

⁶⁰ Le programme START mis en œuvre en Wallonie est à distinguer du programme du même nom déployé en France.

⁶¹ Le Carnet de santé de l'enfant est un document officiel de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Il est attribué à la naissance à chaque enfant né au sein de la Fédération ou y résidant. Il suit l'enfant de 0 à 18 ans.

⁶² Ibid.

3.3 Des allocations et prestations aux personnes de même nature

3.3.1 Adultes en situation de handicap

Que ce soit pour les adultes ou les enfants, le comparatif des allocations versées aux personnes en situation de handicap montre un système globalement équivalent dans les différents axes étudiés. Ceci ne préjuge évidemment pas de ce que pourraient en dire les bénéficiaires : démarches, versements, montants, etc.

En France, les organismes impliqués sont plus nombreux, ce qui est également le cas pour les allocations. La comparaison « théorique » des montants de celles-ci est plus complexe, du fait des nombreux paramètres à prendre en compte, notamment du niveau de revenus, du handicap, de la situation familiale. L'étude comparée de situations individuelles précises en Belgique et en France, au regard des allocations que les personnes pourraient percevoir, permettrait d'illustrer concrètement les différences observables.

	FRANCE	BELGIQUE - Wallonie
Organismes/ Collectivité	Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH): - reconnaît le handicap (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées – CDAPH) Caisse d'Allocations Familiales (CAF) ou Mutualité Sociale Agricole (MSA) : - versent les allocations Conseil départemental : verse la prestation de compensation du handicap (PCH)	Direction Générale des Personnes Handicapées (<i>Service Public Fédéral - SPF- Sécurité Sociale</i>) : - évalue le handicap - octroie les allocations
Conditions préalables	Les allocations viennent compléter les éventuelles autres ressources pour garantir un revenu minimal.	Régime résiduaire ⁶³ des allocations : octroyées uniquement lorsque la personne a fait valoir ses droits aux autres prestations (invalidité, chômage, pension...)
Types d'allocations	Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) : aide financière permettant d'avoir un minimum de ressources. Taux d'incapacité : 80 % minimum Taux d'incapacité de 50 à 79 % si restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi.	Allocation de remplacement de revenus (ARR): pour une personne ne pouvant gagner plus d'1/3 de ce qu'une personne valide peut gagner. 3 catégories de situations familiales : habite avec des membres de la famille (1 ^{er} 2 ^{ème} ou 3 ^{ème} degré) – vit seul – cohabitation ou enfant à charge ⁶⁴
	Majoration pour la Vie Autonome (MVA) : aide financière permettant de faire face aux dépenses courantes d'entretien d'un logement. Accordée si la personne perçoit l'AAH et vit dans un	Allocation d'intégration (AI) : destinée à compenser les frais supplémentaires pour s'intégrer dans la société.

⁶³ Un régime résiduaire est constitué de prestations financées par les Pouvoirs Publics et qui procurent une sécurité d'existence minimum aux personnes qui ne peuvent bénéficier d'aucun autre régime de sécurité sociale. Ces prestations sont accordées après une enquête sur les moyens d'existence.

⁶⁴ 8 cas de figure sont présentés pour la totalité des 3 catégories [[lien](#)].

	logement indépendant. Attribution automatique.	5 catégories (graduées selon un système de points).
	Prestation de Compensation du Handicap (PCH) : permet de rembourser les dépenses liées à la perte d'autonomie. 5 formes d'aide : humaine, technique, aménagement du logement, transport, aide spécifique ou exceptionnelle, animalière.	
	PCH Parentalité : avoir un enfant de moins de 7 ans et la PCH. Aide humaine et aide technique	
Conditions à remplir (hors handicap)	Age, revenu, résidence	
Reconnaissance du handicap	Allocations accordées sur décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (au sein de la MDPH) : évaluation du handicap selon un guide barème ⁶⁵ Procédure de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) systématiquement engagée lors de l'instruction d'une demande d'AAH.	Attestation médicale de reconnaissance du handicap sur 6 critères (se déplacer, cuisiner et manger, faire sa toilette et s'habiller, entretenir son habitation et accomplir les tâches ménagères, évaluer et éviter le danger, entretenir des contacts avec d'autres personnes) et un nombre de points attribué pour chacun : 0 point = pas de difficultés 1 point = peu de difficultés 2 points = grandes difficultés 3 points = impossible sans l'aide d'autrui
Montant	AAH maximum : 903,60 € MVA : 104,77 € PCH : montant très variable en fonction des aides.	ARR : de 656,66 € à 1331,16 € AI : de 108,10 € à 963,93 €
Autres mesures	Carte mobilité inclusion : stationnement et transports en commun	Carte de stationnement

3.3.2 Enfants en situation de handicap

En Belgique, depuis le 1er janvier 2019, les allocations familiales (AF) sont une compétence régionalisée. La Wallonie a donc hérité de cette dernière et chaque Région dispose désormais de son propre modèle élaboré de manière autonome. Les conditions d'octroi et le montant des AF peuvent donc légèrement différer d'une région à l'autre. Néanmoins, l'article 23 de la Constitution modifiée constitue une garantie qu'un régime d'allocations familiales continue à exister dans toutes les régions du pays : « *Chacun a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine. A cette fin, la loi, le décret ou la règle [...] garantissent, en tenant compte des obligations correspondantes, les droits économiques, sociaux et culturels, et déterminent les conditions de leur exercice. Ces droits*

⁶⁵ Décret N°2007-1574 du 6 novembre 2007 – Guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées.

comprennent notamment [...] : 6° le droit aux prestations familiales, tel qu'inséré par la loi du 6 janvier 2014 »

Un changement majeur issu des évolutions sociétales s'est opéré : « c'est dorénavant l'enfant qui se trouve au centre du droit aux prestations familiales, sans qu'il ne soit plus nécessaire de trouver dans son entourage proche une personne qui ait un statut socioprofessionnel permettant d'activer effectivement ce droit [...] »⁶⁶ ce qui jusqu'alors était la règle. L'allocataire (personne à qui sont versées les prestations) prioritaire reste la mère de l'enfant, sauf si elle ne l'élève pas.

L'enfant reconnu handicapé ou atteint d'une affection par le médecin évaluateur possède un droit inconditionnel aux allocations familiales au taux de base prévu à l'article 9⁶⁷, ainsi qu'au supplément lié à son affection, prévu à l'article 16. Le handicap doit avoir débuté quand l'enfant était encore bénéficiaire des allocations familiales.

	FRANCE	BELGIQUE - Wallonie
Organismes	Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) : - reconnaît le handicap Caisse d'Allocations Familiales ou Mutualité Sociale Agricole : - versent les allocations	Agence pour une Vie de Qualité : interlocuteur privilégié des familles pour les premières demandes et prend en charge l'évaluation médicale Caisse d'Allocations Familiales (FAMIWAL) : - verse les allocations
Types d'allocations	Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) : aide financière destinée à compenser les dépenses liées à la situation de l'enfant 6 catégories de compléments d'AEEH : attribués en tenant compte de l'ensemble des besoins particuliers de l'enfant (aide humaine ou frais supplémentaires en lien avec le handicap. OU possibilité d'opter pour la PCH	Allocations familiales supplémentaires (AFS) : supplément d'allocation pour les enfants souffrant d'une affection. Versé mensuellement avec les allocations familiales par les caisses d'allocations familiales et ne modifie ou n'annule pas les autres aides acquises.
Conditions à remplir	Age : 0 à 20 ans Résidence Conditions de revenus s'il travaille	Age : 0 à 21 ans. Nationalité ou résidence. Si l'enfant travaille : conditions de revenu et/ou temps de travail selon sa situation prises en compte. ⁶⁸
Reconnaissance du handicap	Le médecin du SPF Sécurité sociale évalue le handicap ou l'affection de l'enfant en se basant sur trois piliers : les conséquences physiques et mentales du handicap ou de l'affection ; leurs conséquences pour la participation de l'enfant à la vie quotidienne (mobilité, faculté d'apprentissage, soins corporels...) ;	

⁶⁶ MENU Marie-Caroline, juin 2020. *La régionalisation des allocations familiales. Invisible pour beaucoup, favorable pour d'autres, douloureuse pour quelques laissés pour compte.* L'atelier des droits sociaux. 31 p.

⁶⁷ Décret du 08 février 2018 relatif à la gestion et au paiement des prestations familiales

⁶⁸ Ces conditions restrictives sont mentionnées en Belgique avec le mot « obstacles ». « *Le droit aux allocations familiales pour tous les enfants est conditionné à une série d'obstacles [...]* » [\[lien\]](#).

	les conséquences du handicap pour la famille (traitement médical, déplacements nécessaires, adaptation de l'environnement...) Le médecin accorde des points pour chaque pilier. L'enfant a droit à un supplément lorsqu'il obtient au moins 4 points pour le pilier 1 ou au moins 6 points au total des trois piliers.	
Montant mensuel	AAEH de base : 132,74 € Les compléments 1 à 6 vont de 99,55 € à 1126,41 €	Le montant de l'allocation supplémentaire va de 89,15 € à 594,36 € en fonction du nombre de points attribué.

3.4 Les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles

3.4.1 L'élaboration et la diffusion de RBPP, un outil des politiques TSA

En France comme en Belgique francophone, la production et la diffusion de connaissances scientifiquement établies sur l'autisme et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) sont des axes à part entière des politiques actuelles relatives aux TSA.

En effet, sur les deux territoires, l'autisme a fait et fait encore actuellement l'objet de nombreuses approches, dont certaines sont sujettes à controverses ou considérées comme inappropriées. Suite à des condamnations et invités à compenser leur retard, les pouvoirs publics ont fait conduire différents travaux de recherche et d'évaluation des approches pratiquées dans l'autisme (INSERM, 2004⁶⁹ ; HAS, 2010⁷⁰), permettant de dégager progressivement un consensus en faveur des approches comportementales et de l'éducation structurée, mises en œuvre de la manière la plus individualisée, précoce et globale possible, en associant l'ensemble des acteurs et plus particulièrement les familles des personnes concernées.

Les actions mises en œuvre dans le cadre des politiques relatives aux TSA prennent la forme de travaux de recherche, d'actions de formation et de diffusion de guides de bonnes pratiques. Les RBPP éditées portent sur le diagnostic et l'accompagnement : du repérage au diagnostic à la mise en œuvre des interventions éducatives et thérapeutiques de l'enfance à l'âge adulte. Elles visent à aider et à orienter les personnes autistes, leur famille et leurs accompagnants dans la recherche de la prise en charge la plus appropriée.

En France comme en Belgique, les recommandations se basent sur la méthode du consensus formalisé. En France, un système de gradation permet de définir une hiérarchie entre les méthodes d'intervention recommandées, celles non recommandées et celles non consensuelles :

⁶⁹ Inserm (dir.). Psychothérapie : Trois approches évaluées, 2004, 55p.

⁷⁰ HAS. Autisme et autres troubles envahissants du développement. État des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale, 2010. État des connaissances réalisé dans le cadre de la mesure 1 du plan Autisme 2008-2010, intitulée « élaborer un corpus de connaissances commun sur l'autisme ».

Tableau 1. Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie
	Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique
	Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve
	Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts
	En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Source : HAS, 2018⁷¹

En Belgique, les approches recommandées sont déterminées selon la méthode Delphi, visant à atteindre le plus haut degré de consensus au sein du groupe d'experts. Ainsi, une approche doit recueillir un niveau d'accord d'au moins 85 % au sein du groupe d'experts pour être recommandée⁷².

9 Recommandations spécifiques à l'autisme en France⁷³ et 4 pour la Belgique Francophone ont été repérées. Elles sont répertoriées dans le tableau suivant :

France		Belgique	
Corpus de connaissances			
HAS : Autisme et autres troubles envahissants du développement. État des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale , 2010			
Recommandations relatives au diagnostic et à la pratique clinique			
Enfants	Adultes	Enfants	Adultes
HAS : Trouble du spectre de l'autisme - Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent , 2018	HAS : Autisme et TED : diagnostic et évaluation chez l'adulte , 2011		
Recommandations relatives à l'accompagnement			
Enfants	Adultes	Enfants	Adultes

⁷¹ HAS, Trouble du spectre de l'autisme- Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent- Méthode Recommandations pour la pratique clinique, 2018.

⁷² KCE, 2014, op.cit, p7.

⁷³ Bien que non spécifiques aux TSA, l'avis du CSS ainsi que les recommandations relatives aux comportements problèmes ont été intégrées au tableau, en raison de la prévalence de la problématique dans les situations concernées par des TSA.

ANESM-HAS : Autisme et autres TED : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent , 2012 A ces RBBP « officielles » s'ajoutent des RBBP éditées par des associations, telles que celles de l'UNAPEI : Autisme - les recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Savoir-être et savoir-faire , 2021	ANESM-HAS : Trouble du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie de l'adulte , décembre 2017	Conseil Supérieur de la Santé (CSS) : Qualité de vie des jeunes enfants autistes et de leur famille, 2013 KCE : Prise en charge de l'autisme chez les enfants et les adolescents : un guide pratique clinique, 2014	
ANESM : Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement , 2010		AVIQ : Approche des troubles du spectre de l'autisme. Repères et bonnes pratiques à l'attention des professionnels, 2017.	
ANESM-HAS : Les « comportements-problèmes » au sein des établissements et services accueillant des enfants et adultes handicapés : Prévention et Réponses , 2016			
Recommandations relatives à l'élaboration de réponses (à destination des équipes d'évaluation)			
CNSA : Troubles du spectre de l'autisme. Guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme , 2016		Conseil Supérieur de la santé : avis n° 9203, Besoins en matière de Double Diagnostic (déficience intellectuelle et problèmes de santé mentale : trouble du comportement et/ou troubles psychiatriques) en Belgique , 2015.	

Il est à noter que ces recommandations s'articulent avec les recommandations plus générales ou transversales publiées en France par l'ANESM avant 2018 et la HAS depuis lors, le Conseil Supérieur de la Santé, le KCE et l'AVIQ en Belgique.

3.4.2 Contenu des Recommandations

Sur le plan diagnostique

L'enjeu lié au diagnostic est double. Il s'agit à la fois d'identifier la nature du TSA et chacun des troubles éventuellement associés pour assurer une intervention adaptée au profil de la personne⁷⁴.

Aucune recommandation spécifique au diagnostic n'a été identifiée pour la Belgique Francophone. Néanmoins, sur la base des RBBP HAS enfants⁷⁵ et adultes⁷⁶, ainsi que sur les différentes recommandations transversales publiées par l'AVIQ et le KCE, et sur la convention cadre des centres de références⁷⁷, les recommandations suivantes sont répertoriées :

Pour la population des enfants, la France et la Belgique Francophone font état d'enjeux forts liés au dépistage et au diagnostic précoce des TSA, afin de mettre en œuvre des interventions adaptées dès

⁷⁴ En Belgique, la terminologie double diagnostic désigne la problématique des personnes atteintes d'une déficience intellectuelle ainsi que de problèmes de santé mentale.

⁷⁵ ANESM- HAS, op.cit

⁷⁶ ANESM- HAS, op.cit

⁷⁷ INAMI, convention de rééducation fonctionnelle entre le comité de l'assurance de soins de santé de l'institut national d'assurance maladie-invalidité et les centres des références,

le plus jeune âge, ce, dans le but de favoriser leur développement et leurs apprentissages et de réduire les sur-handicaps. En la matière, il est recommandé sur les deux territoires de structurer la démarche diagnostique en 3 étapes :

- **Etablir un diagnostic nosologique**, selon une liste de critères définis dans le DSM-5 ou la CIM 10⁷⁸, sur la base de tests, d'observations particulières et de l'historique du développement. Outre ces outils, les RBBP de la HAS mentionnent que des outils complémentaires peuvent être utilisés par les professionnels de 2e ou de 3e ligne, afin de contribuer à la démarche diagnostique pour identifier un TSA (ADI-R et ADOS-2) et évaluer sa sévérité : CARS-2, ECA-R et ECA-N⁷⁹. Ces outils ne sont pas mentionnés dans les documents belges consultés.
- **Réaliser une évaluation fonctionnelle** visant à apprécier les différents domaines de compétence de la personne et leur utilisation effective selon les contextes. Il est recommandé que les résultats de ces évaluations soient disponibles dans un délai le plus court possible, et qu'elles soient réactualisées régulièrement. Comme pour le diagnostic nosologique, des outils sont mentionnés dans les recommandations pour étayer ces évaluations : ComVOOR (communication), échelles d'intelligence, Vineland, PEP-3...⁸⁰. Ces outils ne sont pas spécifiés dans les documents belges consultés.
- **Rechercher les éventuelles pathologies ou troubles associés** : il y a souvent des pathologies associées dans le cas de l'autisme, ou « comorbidités ».

En termes d'annonce, les recommandations rappellent qu'elle se déroule de manière progressive, graduée, sur une durée variable et qu'elle doit s'adapter aux besoins et à la demande des parents et de l'enfant. Elles préconisent d'apporter une attention particulière à ce moment et rappellent que l'annonce du diagnostic médical est une obligation déontologique. Elles préconisent de la réaliser dans le cadre d'une consultation dédiée en présence du médecin, dans la mesure du possible des 2 parents et si besoin d'un professionnel tiers. Les recommandations précisent que les informations transmises lors de cette annonce doivent être « conformes » aux connaissances actuelles. Elles indiquent que l'annonce doit être associée à des indications pour l'élaboration d'un projet d'interventions éducatives et thérapeutiques et que ces dernières peuvent être mises en place avant que l'ensemble des évaluations ne soient terminées.

Concernant la population adulte, il est établi qu'un retard diagnostique ou l'absence de repérage ou de diagnostic fiable des TSA peuvent avoir des conséquences délétères sur le parcours et la qualité de vie de la personne (*surhandicap, exclusion, mise en œuvre d'interventions ou de traitements inappropriés, hospitalisation en psychiatrie, précarisation ...*), en particulier, chez les adultes accueillis en ESMS⁸¹. Les RBBP françaises de 2011 relatives au diagnostic chez les adultes, ainsi que celles consacrées aux interventions menées durant le parcours de vie de l'adulte publiées en décembre 2017, émettent les préconisations suivantes :

- **Concernant l'actualisation de diagnostic** : les référentiels ayant évolué, les RBBP rappellent la nécessité de s'assurer que le diagnostic a été posé selon les classifications internationales. Elles préconisent dans le cas contraire d'orienter les personnes vers une actualisation du diagnostic

⁷⁸ Bien que la CIM 11, version actualisée de la CIM 10, soit officiellement entrée en vigueur au 1er janvier 2022 [[lien](#)], la recherche documentaire conserve les références à la CIM10, dans la mesure où les RBBP consultées renvoient à cette classification

⁷⁹ HAS, Trouble du spectre de l'autisme - Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent, 2018, p31-34.

⁸⁰ Ibid, pp 35-39.

⁸¹ Stratégie nationale TSA au sein des TND, op.cit. La problématique du repérage et du diagnostic de TSA chez les adultes accueillis en ESMS fait l'objet d'une mesure spécifique dans la stratégie, la mesure dite 37 : *Plan de repérage et de diagnostic des adultes en établissements médico-sociaux et sociaux et en établissement de santé mobilisant les CRA.*

et des évaluations fonctionnelles, établie sur la base d'outils standardisés (DSM V, CIM 10, ADOS ADI-R). Les RBBP invitent à s'assurer que la démarche diagnostique et d'évaluation du fonctionnement a comporté un volet clinique observationnel/une évaluation de l'autonomie et si nécessaire, un bilan neuropsychologique et un bilan d'aptitude professionnelle.

- **Concernant les évaluations fonctionnelles**, les RBBP recommandent d'évaluer ou réévaluer le fonctionnement de l'adulte dans les domaines où des besoins sont identifiés, à l'aide d'outils validés : fonctionnement global et autonomie (EFI, Profil psycho-éducatif pour adolescents et adultes, BECS), aspects somatiques (évaluation de la douleur), communication... Ces évaluations sont à actualiser tous les 5 ans.
- **Concernant la réalisation de diagnostics différentiels**, certains troubles pouvant être difficilement distingués des TSA, les RBBP préconisent « *de réévaluer régulièrement le diagnostic, porté d'autant plus sur des trajectoires longues* ».

Sur le plan des interventions

Pour la population enfant

En France comme en Belgique, les RBBP sont destinées aux personnes elles-mêmes, à leur famille et aux professionnels⁸² et visent à assurer la cohérence et la continuité des interventions tout au long du parcours du jeune. Elles insistent sur :

- **La place des personnes et de leur famille élargie**
- **Les évaluations initiales et de suivi** : les RBBP préconisent de les mettre en œuvre, dans la mesure du possible de manière précoce (*au plus tard, 3 mois après le diagnostic*) et tout au long du parcours de l'enfant/ adolescent. Elles pointent les domaines du fonctionnement et de la participation de l'enfant dans lesquels des évaluations régulières sont nécessaires, identifient les interventions à proposer et donnent des repères pour l'organisation des interventions et du parcours de l'enfant.
- **La mise en œuvre, sur les deux territoires, d'un projet personnalisé (PP)** : les recommandations préconisent de lier les évaluations réalisées et le PP. Il s'agit de prioriser les objectifs visés dans le PP et les interventions à mettre en œuvre, au regard des évaluations conduites.

Si les RBBP françaises recommandent certaines typologies d'interventions, tels que les modèles d'interventions fondés sur :

- Les interventions éducatives, comportementales et développementales globales (grade B),
- Les interventions fondées sur l'analyse appliquée du comportement (ABA), grade B),
- Ou encore les interventions à référence développementale : programme de Denver, plutôt adapté aux petits (grade B), et le dispositif TEACCH (grade C),

ceux-ci ne sont pas mentionnés explicitement comme faisant partie des interventions recommandées dans le rapport du KCE. Cependant, dans les recommandations des deux pays, certaines approches font l'objet d'une opposition formelle (packing), ou

⁸² HAS, 2012 et KCE, 2014, op.cit.

font insuffisamment l'objet d'un consensus pour être recommandées (*interventions d'intégration auditive, méthode de réorganisation neurofonctionnelle*)⁸³.

- **Les interventions médicamenteuses** : les recommandations Belges et Françaises rappellent que l'autisme ne se guérit pas et que si certaines comorbidités, parfois associées à l'autisme peuvent nécessiter la prescription de traitements (épilepsie pharmacorésistante), il est nécessaire que les prescriptions soient encadrées et fassent l'objet d'une information claire et détaillée en direction des parents, quant aux indications, posologies, effets des traitements proposés.

Concernant la population adulte,

Dans l'ensemble, les RBBP adultes émettent des préconisations similaires à celles traitant de l'accompagnement des enfants : mise en œuvre d'évaluation de fonctionnement, actualisées régulièrement, élaboration d'un PP, mises en œuvre d'interventions globales et coordonnées, information et association des proches, dans le respect des souhaits de la personne adulte autiste⁸⁴.

Elles ont pour principes directeurs :

- que l'adulte TSA doit être au cœur de la construction de son parcours de vie (*ce dernier devant être construit avec lui et non pour lui*),

- la garantie de ses droits et de ses choix,
- l'implication de son entourage et de sa famille,
- la recherche systématique de son accord,
- la nécessité de mener les accompagnements dans un cadre structuré et adapté.

Elles abordent quelques thématiques spécifiques, moins présentes dans les RBBP enfants, telles que la vie affective et sexuelle, le vieillissement, les périodes de transition, notamment celle du passage vers le secteur adulte (*anticiper, planifier les étapes*), ou le parcours somatique notamment en psychiatrie.

En ce qui concerne les politiques relatives aux TSA, l'étude documentaire fait apparaître une relative proximité entre la France et la Wallonie, tant dans les orientations des politiques publiques, des approches et principes qui sous-tendent ces politiques, que dans la production de documents professionnels par des instances de référence.

⁸³ GNCRA, Synthèse des interventions recommandées et non recommandées dans la prise en charge des TSA, 2012, p28 et KCE, 2014, op.cit, p12.

⁸⁴ HAS, 2017, op.cit.

4 LA PRISE EN COMPTE DES SITUATIONS COMPLEXES

4.1.1 Des terminologies différentes pour parler de situations ayant des caractéristiques similaires

La recherche documentaire n'a pas permis d'identifier en Belgique d'équivalence stricte au concept de « situation complexe » utilisé en France, mais elle a cependant permis de cibler une notion approchante : celle de « double diagnostic ». Bien que comportant des différences, ces terminologies, ont en commun de constituer des catégories d'usage, mobilisées pour nommer et « catégoriser » un ensemble de situations très hétérogènes, aux contours flous, mais présentant des caractéristiques communes :

- **L'intrication de plusieurs troubles ou atteintes fonctionnelles, de sévérité variable :**

En France, une recherche du Centre d'Études, de Documentation, d'Information et d'Action Sociales (CEDIAS) indique que les situations complexes, « *se caractérisent entre autres par une altération de la capacité de décision et d'action des personnes avec incapacités [...] consécutive d'atteintes fonctionnelles graves, de troubles cognitifs ou psychiques, de processus dégénératifs, etc.* »⁸⁵.

En Belgique, le terme « double diagnostic » est employé pour désigner « *la problématique des personnes atteintes d'une déficience intellectuelle (retard mental) ainsi que de problèmes complémentaires sur le plan de la santé mentale (comportement problématique et/ou troubles psychiatriques)* »⁸⁶.

- **Des limitations importantes dans les domaines de la communication, des apprentissages, de la vie quotidienne, de la santé somatique ou psychique** (*pour prendre soin de sa santé, ou accéder aux services*), impliquant pour les personnes concernées, des restrictions significatives de leur autonomie et de leurs possibilités d'actions sur leur environnement⁸⁷.
- **La présence de comportements problématiques, ou défi.** Bien qu'ils ne soient ni systématiques, ni propres aux situations complexes ou de double diagnostic, ils sont fréquemment décrits dans celles-ci. Ils ont des effets prégnants sur l'organisation institutionnelle ou familiale, ainsi que sur la vie sociale des personnes et sont identifiés comme étant un facteur majeur de rupture de parcours.
- **Une double difficulté relative à l'évaluation :** difficultés de recourir à des évaluations interdisciplinaires et/ou à des ressources expertes, parfois peu accessibles, et complexité d'évaluer les besoins de la personne et de mettre en œuvre une stratégie globale d'interventions adaptées et coordonnées⁸⁸.

⁸⁵ BARREYRE J-Y, ASECIO, A-M, FIACRE, P, PEINTRE, P, Les situations de handicap complexe – Besoins, attentes et modes d'accompagnement des personnes avec altération des capacités de décision et d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne, février 2013, P1.

⁸⁶ Conseil supérieur de la santé, avis n° 9203, Besoins en matière de Double Diagnostic (déficience intellectuelle et problèmes de santé mentale : trouble du comportement et/ou troubles psychiatriques) en Belgique, 2015, 69p, p10 et Sénat de Belgique, [Proposition de résolution relative à la prise en charge de personnes handicapées souffrant en plus d'un trouble psychique ou d'un trouble grave du comportement, et en particulier de celles qui requièrent une hospitalisation](#), 2013.

⁸⁷ BARREYRE J-Y, ASECIO, A-M, FIACRE, P, PEINTRE, P, op.cit,

⁸⁸Ibid.

- **Une vulnérabilité accrue aux ruptures de parcours** (notamment en période de transition), aux recours inappropriés aux hospitalisations en cas de crise..., ayant pour incidence d'altérer la qualité de vie de la personne concernée.

4.1.2 L'émergence des situations complexes et leurs incidences sur les politiques publiques

Les propos de madame R rendent compte des enjeux et défis liés à ces situations :

« Clairement les profils qui nous posent le plus de difficultés, ce sont les profils avec troubles du comportement et donc de l'agressivité, que ce soit de l'hétéro-agressivité ou de l'auto agressivité, qu'on ne retrouve pas que dans l'autisme, hein... on a, on retrouve aussi beaucoup de personnes qu'on appelle double diagnostic chez nous, je ne sais pas si vous utilisez la même terminologie, effectivement, qui mettent nos services faces à des défis conséquents dans la prise en charge et pas seulement dans la prise en charge mais aussi dans la pérennité de la prise en charge ⁸⁹ ».

Pour y répondre, des actions ciblant les situations complexes ou de double diagnostic sont mises en œuvre sur les territoires belges et français. Elles sont intégrées aux politiques « populationnelles », ou font l'objet de politiques ou d'actions dédiées : démarche « [Réponse Accompagnée Pour Tous](#) » (RAPT) en France, Cellules Mobiles d'Intervention ou Cellule cas prioritaires en Belgique.

En France et en Belgique, cette vulnérabilité et les ruptures de parcours qu'elle induit est rendue plus visible au cours des années 2010. Durant cette décennie, les pouvoirs publics français et belges sollicitent la réalisation de rapports visant à établir un état des lieux de cette problématique et à émettre des propositions.

Ainsi, en Belgique établissant que « *les personnes qui présentent [...] un « double diagnostic », ont encore des difficultés à trouver une offre de service correspondant à leurs besoins* », le Service Public Fédéral Santé Publique sollicite le Conseil Supérieur de la Santé (CSS), afin qu'il élabore un avis définissant les besoins de cette population. Les travaux du CSS donneront lieu à la publication, en 2015, de l'avis n°9203, visant à fournir aux décideurs des recommandations sur « *l'économie de la santé, l'organisation ou la prestation des services de santé et de bonnes pratiques cliniques afin de préserver les droits et de maintenir la meilleure qualité possible de la vie des personnes vulnérables* ».

En France, à la suite de l'affaire Amélie Loquet⁹⁰, l'Etat charge Denis Piveteau d'une mission d'étude sur les ruptures de parcours de vie des personnes handicapées. Elle donne lieu en 2014, à la publication du rapport « Zéro sans solution »⁹¹, dont les propositions servent d'appui à la mise en œuvre de la démarche « une Réponse Accompagnée Pour Tous », qui vise une individualisation des parcours et des réponses aux besoins des personnes en situation de handicap.

⁸⁹ Extrait de l'entretien avec madame R.

⁹⁰ Béguin, F, Affaire Amélie Loquet : l'Etat devra bien trouver un hébergement à une jeune handicapée, journal le Monde, 24 octobre 2013. [Lien](#). Au moment de l'affaire en 2013, Amélie Loquet est une jeune femme de 19 ans atteinte d'un syndrome rare, d'une déficience intellectuelle et de troubles envahissants du développement qui rendent son accompagnement complexe. A l'issue d'une fin de prise en charge en IME, elle s'est retrouvée à domicile sans solutions. Ses parents ont engagé des poursuites contre l'état, qui s'est vu enjoindre par le juge des référés de prendre toutes les dispositions permettant à cette jeune fille sa prise en charge effective dans un délai de quinze jours.

⁹¹ PIVETEAU, D, et al, « Zéro sans solution » : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches, Tome 1, 2014, 96 p.

Globalement, les 2 publications affirment le besoin de s'organiser collectivement pour garantir une continuité de parcours et une qualité de vie aux personnes concernées, en se positionnant du point de vue de l'utilisateur. Elles préconisent :

- **De ne plus raisonner uniquement en termes de places, mais de favoriser le recours aux réponses modulaires**, le plus en proximité possible du droit commun et du lieu de vie de la personne
- **De favoriser le travail en interdisciplinarité et en réseau**, de décloisonner les secteurs sociaux, médico-sociaux, sanitaires (*plus particulièrement la psychiatrie*) et scolaires, d'articuler et coordonner les interventions
- **De diversifier l'offre, de structurer les réponses territoriales**
- **De veiller aux périodes de changements et de transition, de prévenir les ruptures**
- **De former et soutenir les professionnels**

Les actions mises en œuvre en direction des situations complexes (actions transversales)

Réponse Accompagnée Pour Tous ⁹²			
Axes	Principe	Exemples de moyen d'action	
France	Axe 1 : mise en place d'un dispositif d'orientation permanent. Piloté par la CNSA et mis en œuvre par les MDPH	Il consiste à proposer des réponses individualisées, souples et sur mesure, adaptées aux besoins et projets des PSH sans solution ou en risque de rupture d'accompagnement. Il se décline en 2 chantiers.	<ul style="list-style-type: none"> - Plan d'accompagnement global (PAG) - Groupe opérationnel de synthèse (GOS)
	Axe 2 : déploiement d'une réponse territorialisée. Piloté par le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS)	Cet axe repose sur le renforcement des partenariats sur le territoire. Il se décline en 5 chantiers.	<ul style="list-style-type: none"> - Outils de contractualisation entre ARS, Conseils départementaux et rectorats - Outils et dispositifs de coordination - Centres Ressources, équipes mobiles - Outils de partage d'information
	Axe 3 : création d'une dynamique d'accompagnement et soutien par les pairs. Piloté par le Secrétariat général du comité interministériel du handicap (SGCIH)	Cet axe vise à renforcer les mécanismes de participation et la valorisation de l'expertise d'usage des personnes, pour augmenter leur pouvoir d'agir. Il est décliné en 4 chantiers.	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de Conseils départementaux de citoyenneté et d'autonomie - Possibilité de recours au pair dans le cadre des PAG
	Axe 4 : accompagnement du changement des pratiques. Piloté par la DGCS	L'objectif de cet axe est de faire évoluer les pratiques pour améliorer l'accompagnement des PSH tout au long de leur parcours de vie. Il est décliné en 6 axes.	<ul style="list-style-type: none"> - Simplification des tâches administratives des MDPH - Système d'Information de suivi de la mise en œuvre des orientations - Formation des professionnels - Elaboration de RBBP
Belgique	Cellules cas prioritaires (mises en place en 2002)		
Destinées aux PSH, dont la situation est critique (<i>absence de soutien familial, rupture, situation de danger</i>), elles ont pour mission de favoriser l'accès à différents services et de construire des solutions individuelles adaptées aux personnes concernées. Cette action est pilotée par l'AVIQ et mise en œuvre par les 7 bureaux régionaux de l'AVIQ.	Recherche de solutions		

⁹² Collectif, Rapport de capitalisation Déployer la démarche « Une réponse accompagnée pour tous », premiers enseignements et retours d'expérience CNSA, 2017, 126 p et site internet de la CNSA [\[lien\]](#), consulté le 01^{er} avril 2022

Cellules Mobiles d'Intervention (création en 2009) ⁹³ . 7 équipes en Wallonie en 2015		
Axe 1 : Création d'un dispositif de soutien (CMI) aux services accueillant des PSH- DI qui présentent de graves troubles du comportement	But : éviter les hospitalisations inutiles et réintégrer dans leur milieu de vie des PSH-DI, installées à tort dans un hôpital psychiatrique.	- Interventions dans le milieu de vie de la personne handicapée, en soutien aux intervenants et/ ou familles confrontées à des comportements problématiques. - Coordination, lien, développement et animation de réseau
Axe 2 : Apporter une meilleure connaissance des pathologies mentales et des attitudes spécifiques qu'elles requièrent.	Prévenir les crises en en détectant les signes précurseurs pour éviter les hospitalisations répétées	
Axe 3 : Améliorer la collaboration entre les milieux de l'AWIPH et ceux de la psychiatrie	But : améliorer la connaissance réciproque des deux secteurs afin de rendre fluides les échanges autour d'une PSH et de permettre les interventions conjointes ou complémentaires	
Axe 4 : Organiser une offre coordonnée de services de l'AWIPH et de la psychiatrie.		

4.1.3 La question spécifique des situations complexes avec TSA

La représentation des TSA dans les situations complexes

En Belgique, les auditions relatives au plan autisme indiquent qu'au 31 décembre 2016, l'interface des situations prioritaires recensait **330 personnes sur les listes de demandes d'aide : 249 majeurs et 81 mineurs.**

- Sur les 249 adultes concernés, **26 étaient porteurs de TSA** (10%) et 41 relevaient d'un double diagnostic (*troubles non mentionnés*).
- Concernant les enfants, sur les 81 jeunes mineurs recensés **19 sont autistes** (23 %) et 10 présentent une situation de double diagnostic⁹⁴.

Les auditions précisent que l'absence de solution, les situations d'accueil partiel, les réponses inadaptées figuraient parmi les principaux motifs de sollicitation de cette interface

Les actions en direction des situations complexes TSA dans les politiques publiques spécifiques

Concernant les TSA, La question des situations complexes est plus spécifiquement traitée dans les ambitions n°2 et 3 de la stratégie nationale TSA-TND de la France. L'ambition 2, intitulée « *garantir le pouvoir d'agir des personnes autistes et de leurs familles par des interventions adaptées à leurs besoins et respectueuses de leur choix au sein de parcours fluides* » indique que l'absence de diagnostic, le défaut d'accès à une offre de service adaptée et de qualité, ou une insuffisance d'articulation de cette offre, peuvent fragiliser le parcours de vie des personnes TSA et impacter négativement l'exercice de leur pouvoir d'agir. Pour garantir et soutenir ce pouvoir, elle se donne pour objectif, en cohérence avec la démarche RAPT, de « *définir une offre de services adaptée aux besoins des personnes et des*

⁹³AWIPH, Cellules mobiles d'intervention, consulté sur le site de l'AVIQ [[lien](#)], le 1^{er} avril 2022 et avis du CSS, op.cit.

⁹⁴Parlement francophone bruxellois, auditions relatives au plan transversal autisme, op.cit, p 4.

familles » et prévoit la mise en œuvre de différentes actions, notamment en direction des situations les plus complexes⁹⁵ :

- **Diversification l'offre sanitaire et développement d'interventions en ambulatoire**
- « **Création d'intervenants pivot, et identification de réponses spécialisées** », afin de garantir aux personnes en situation les plus complexes et à leurs familles de trouver une réponse et un accompagnement appropriés
- **Moyens supplémentaires** pour développer des plateformes de répit, en charge d'orienter les personnes et les familles, notamment celles dont les situations sont les plus complexes, vers une offre répondant aux besoins⁹⁶

5 LE PARCOURS DIAGNOSTIC

« Qu'est-ce que c'est qu'accompagner un enfant qui a de l'autisme, qu'est-ce que ça représente ? qu'est-ce qu'on va mettre en place comme type de programme d'intervention ? Je pense que le diagnostic y va impliquer ça ⁹⁷ ».
Monsieur D.

5.1 L'accès au diagnostic, un facteur devenu discriminant⁹⁸ ?

En France et en Belgique, l'accès à un certain nombre de droits (*compensation, orientation*) et d'établissements ou services est fortement corrélé à l'obtention d'un diagnostic. En l'absence de ce dernier, une personne peut se trouver dans l'impossibilité de déposer une demande, ou être amenée à supporter des restes à charge parfois importants (*rééducations par exemple*). Les organismes quant à eux peuvent se trouver dans l'impossibilité d'évaluer la situation de la personne, d'instruire sa demande, d'identifier ses besoins, ou d'énoncer des compensations permettant d'y répondre.

Dans le cadre des TSA, l'obtention d'un diagnostic fiable dès le plus jeune âge est d'autant plus importante qu'il est établi que les prises en charges précoces soutiennent favorablement le développement de l'enfant⁹⁹. Chez les adultes, l'obtention ou l'actualisation d'un diagnostic fiable permet de favoriser la qualité de vie de la personne concernée (*insertion socio-professionnelle, éviter le recours aux interventions inadéquates, exercice du pouvoir d'agir...*). Aussi, cette question est

⁹⁵ Stratégie nationale TSA-TND, op.cit, p 40. L'ambition n°2 est plutôt orientée vers les personnes adultes et mobilise plus particulièrement le volet sanitaire de la stratégie nationale.

⁹⁶ Ibid, p45

⁹⁷ Extrait de l'entretien avec monsieur D.

⁹⁸ Stratégie nationale TSA-TND, op.cit., p12.

⁹⁹ Dans sa RBBP de 2012, la HAS précise que si « aucune approche éducative ou thérapeutique ne peut prétendre restaurer un fonctionnement normal, ni même améliorer le fonctionnement et la participation de la totalité des enfants/adolescents avec TSA, les interventions globales, coordonnées et structurées mettent en évidence une amélioration du quotient intellectuel, des habiletés de communication, du langage, des comportements adaptatifs ou une diminution des comportements problématiques pour environ 50 % des enfants avec TED-TSA, avec ou sans retard mental », pp 21-22. Il est par ailleurs important de noter que si l'importance du diagnostic précoce est admise sur les 2 territoires, les pouvoirs publics invitent néanmoins à la vigilance quant au risque de « faux positif » que pourrait induire un diagnostic formulé trop précocement et insistent en ce sens sur l'importance de la formation des professionnels au repérage des signes d'alerte et à l'usage d'outils « fiables ».

porteuse d'un triple enjeu en termes d'accès aux droits, d'accompagnement et d'exercice de la citoyenneté des personnes.

5.1.1 Des freins qui contraignent l'accès à un diagnostic fiable

Pourtant, sur les 2 territoires nationaux, il est identifié que des freins limitent les possibilités d'accès ou d'obtention d'un diagnostic :

- **L'engorgement et les délais d'attente des centres diagnostic.**

En France, les pouvoirs publics indiquent qu'en 2016, le délai global entre la demande et la restitution du bilan atteignait en moyenne 446 jours sur le territoire national, soit un peu plus d'un an et deux mois¹⁰⁰. Au 31 décembre 2021, ce délai d'attente était de 367 jours en moyenne.

Concernant le territoire Champardennais, le délai moyen d'attente était de 700 jours en 2019. En Belgique francophone, les auditions relatives au plan autisme indiquent qu'en 2017, les délais d'attente pour un diagnostic s'élèvent en moyenne à 8 mois d'attente pour les enfants et les adolescents et 2 ans pour les adultes¹⁰¹.

- **Un repérage-diagnostic plus fragile chez les adultes¹⁰²**

- **La mésinformation et le manque de formation des professionnels aux TSA.**

En France comme en Belgique, si seul un médecin est en mesure de poser un diagnostic, une pluralité de professionnels peuvent contribuer au repérage des TSA, notamment par l'identification des signes « évocateurs », ou le repérage des signes d'alerte chez les plus jeunes. Toutefois, le manque d'informations et de diffusion de connaissances à ce sujet restreignent les possibilités pour les professionnels concernés de réaliser ce repérage.

- **La structuration insuffisante des parcours et des ressources territoriales.**

5.1.2 Les actions en faveur de l'amélioration du repérage-diagnostic dans les politiques TSA

Sur la base de ces constats, des axes spécifiques au repérage-diagnostic sont intégrés aux politiques spécifiques aux TSA françaises et belges :

En Belgique francophone, 3 leviers sont identifiés pour soutenir l'axe repérage-diagnostic¹⁰³ :

- **Le repérage de première ligne, via l'Office National de l'Enfance (ONE).**

L'ONE est l'organisme compétent pour les questions relatives à l'enfant (*protection de l'enfance, politiques relatives à l'enfance*) et à sa famille. Parmi ses missions figurent l'accompagnement de l'enfant et de sa famille, le soutien à la parentalité et la promotion de la santé. En ce sens, il propose un certain nombre d'actions, telles que des consultations pré, péri et post natal. Constatant que 30 000 enfants/ 38 000 naissances en Wallonie passent par ces consultations, les pouvoirs publics souhaitent intensifier la formation des professionnels

¹⁰⁰ Stratégie nationale TSA-TND, op.cit., p12. La stratégie précise que ces délais sont soumis à une forte disparité territoriale.

¹⁰¹ Auditions relatives au plan autisme, op.cit., p9.

¹⁰² Ce point sera développé plus précisément dans la suite du document.

¹⁰³ Plan transversal autisme, op.cit., pp 13-15.

de cet organisme, notamment les médecins, aux signes d’alerte des TSA, afin de favoriser le repérage précoce.

- **Le renforcement de l’action des centres de références.**

Les centres de références ont pour missions principales d’établir un diagnostic et d’orienter les personnes et leurs proches. En 2016, ces centres étaient au nombre de 4 en Belgique francophone (2 en région Bruxelloise et 2 en région Wallonne)¹⁰⁴. Afin de couvrir l’ensemble du territoire, le plan prévoyait la constitution d’un nouveau centre en Wallonie, rendue effective en 2018, par la création du Centre de Référence Autisme de Namur (CRAN)¹⁰⁵.

- **L’accès à des informations et à des ressources spécialisées, ce dès l’annonce**, via le soutien au site de la PAH.

L’annonce en tant qu’énonciation d’une problématique, est un moment important du processus diagnostique. En ce sens, elle fait souvent l’objet d’une consultation spécifique. Lors de celle-ci, il s’agit pour les professionnels de transmettre des informations correspondant au niveau souhaité par la personne et/ou ses proches. Pour ces dernières, il s’agit d’accéder aux informations leur permettant de comprendre leur situation et /ou d’identifier des ressources en mesure de leur transmettre des renseignements complémentaires. Afin de favoriser l’accès des personnes TSA et de leurs proches à ces ressources, les pouvoirs publics belges prévoient, dans le cadre du plan transversal autisme, de renforcer le soutien au site internet de la plateforme PAH.

En France, les objectifs généraux poursuivis par la stratégie nationale TSA-TND en termes de repérage-diagnostic sont similaires pour les publics enfants et adultes : « *développer une démarche volontariste de repérage à tous les âges, articulée systématiquement à des interventions sans délai* » et « *définir une offre de services adaptée aux besoins des personnes et des familles* »¹⁰⁶. Elle prévoit en ce sens, des actions transversales bénéficiant à ces deux groupes, notamment en matière de formation des professionnels et des proches aidants, de diffusion des connaissances et des RBBP et de soutien aux proches aidants.

Toutefois, les problématiques rencontrées par ces deux groupes étant différentes, ces actions transverses sont complétées par des actions spécifiques à chacun, indiquées dans le tableau suivant¹⁰⁷ :

Axes spécifiques	
Enfants	Adultes
<p>Engagement n°2 (mesures 5 à 8) : intervenir précocement auprès des enfants présentant des différences de développement, afin de limiter le sur-handicap. Il s’agit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - De repérer au plus tôt les écarts de développement en formant les professionnels 	<p>Engagement n°4 (mesure 13) : soutenir la pleine citoyenneté des adultes. Il s’agit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - De mettre fin aux hospitalisations inadéquates des adultes autistes et renforcer la pertinence des prises en charge sanitaires, en engageant un plan national de repérage et de diagnostic des

¹⁰⁴ En Wallonie, les centres de référence se situent à Liège et Mons.

¹⁰⁵ Le CRAN [\[lien\]](#), en activité depuis 2018, développe des missions d’orientation, d’information et de travail en réseau. Il ne pose pas de diagnostic.

¹⁰⁶ Stratégie Nationale TSA-TND, op.cit., pp41-45. Il est à noter que le volet sanitaire de la stratégie TSA-TND s’intègre dans la stratégie nationale de santé 2018-2022 qui constitue le cadre de la politique de santé en France

¹⁰⁷ Les éléments mentionnés dans le tableau sont repris de la stratégie nationale TSA-TND.

<p>de la petite enfance au repérage des signes d'alerte.</p> <ul style="list-style-type: none"> - De pouvoir confirmer les premiers signes d'alerte, sensibilisant et en outillant les professionnels dits de 1^{ère} ligne (médecins généralistes, pédiatres), afin qu'ils puissent identifier ces signes et le cas échéant, orienter les parents vers des ressources de seconde ligne plus spécialisées. - D'intervenir rapidement et de réduire les délais de diagnostic, en mettant en place dans chaque territoire une plate-forme d'intervention et de coordination (PCO) de 2^{ème} ligne, chargée d'organiser rapidement les interventions de différents professionnels libéraux et d'organiser la réalisation des bilans complémentaires nécessaires - De réduire le reste à charge pour les familles, via la mise en place d'un forfait d'intervention précoce, à partir de 2019¹⁰⁸. 	<p>adultes en établissements de santé et en ESMS et en accordant une attention particulière au repérage et au diagnostic de la population féminine¹⁰⁹</p>
--	--

5.2 Le parcours diagnostic, une structuration précise

Bien que l'organisation ne soit pas strictement identique sur les deux territoires, les pouvoirs publics français et belges s'inscrivent dans une démarche de structuration des parcours, où s'articulent différents acteurs, organisés en « lignes », selon leur niveau de spécialisation dans les TSA. Le niveau le plus spécialisé est celui des centres de référence en Belgique et des CRA en France. Leur présentation figure ci-dessous :

	Centres de Référence ¹¹⁰	CRA
Création	2005	Création en 1994, mise en œuvre expérimentale en 1999, puis généralisés en 2005 ¹¹¹ .
Répartition Territoriale	8 en Belgique, 4 en Belgique Francophone	26 sur le territoire national, 1 sur le territoire champardennais.
Missions	<p>Programme de diagnostic :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poser un diagnostic le plus tôt possible - Proposer des solutions concrètes pour une première prise en charge. <p>Programme de coordination (post diagnostic) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rechercher les formes de prise en charge les plus appropriées 	<p>10 missions¹¹² :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accueil, écoute, information, conseil et orientation - Promotion et diffusion des RBBP - Réalisation de bilans diagnostics et fonctionnels et réalisation de ces bilans pour les cas complexes - Sensibilisation ou formation - Concours aux équipes de MDPH - Contribution à la veille et réflexions sur les pratiques professionnelles - Participation aux études et recherches

¹⁰⁸ Ibid, p28.

¹⁰⁹ Ibid, p30.

¹¹⁰ Informations extraites du site internet de l'INAMI [\[lien\]](#) et Participate-autisme.be [\[lien\]](#).

¹¹¹ Circulaire dgas/dgs/dhos/3c n° 2005-124 du 8 mars 2005 relative à la politique de prise en charge des personnes atteintes d'autisme et de troubles envahissants du développement (ted).

¹¹² Décret n° 2017-815 du 5 mai 2017 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des centres de ressources autisme et site du GNCRA [\[lien\]](#).

	<ul style="list-style-type: none"> - Coordonner les prises en charge - Suivre l'évolution des troubles - Informer l'entourage 	<ul style="list-style-type: none"> - Participation à l'animation du réseau régional - Apport d'expertise et conseil aux services de l'Etat et collectivités territoriales - Apport d'expertise et conseils aux instances intervenant dans les TSA.
Organisation	Constitués en équipe pluriprofessionnelle.	
Publics cibles	Enfants, adolescents, adultes concernés par un TSA, familles, proches aidants, professionnels	
Tutelle	AVIQ depuis le 31/ 12/ 2018 ¹¹³	Agence Régionale de Santé
Financement	Jusque 2018 l'INAMI, depuis l'AVIQ	Agence Régionale de Santé et sécurité sociale
Accès	Sans prescription. Toutefois, pour accéder au programme diagnostique, il est nécessaire : de présenter des symptômes de TSA, d'être affilié à une mutuelle belge, de ne pas avoir été diagnostiqué dans un autre centre, de ne pas avoir pas encore épuisé le nombre maximal de séances remboursables	Adressage : sans prescription ou via un professionnel de santé
Coûts pour les personnes	Possibilité d'un remboursement du diagnostic ou du suivi réalisés par le centre par la mutuelle. Un ticket modérateur est à la charge de la personne ou de ses proches.	Gratuité sans avance de frais

Toutefois de manière opérationnelle, il semble qu'en Wallonie, les centres de référence restent identifiés comme des acteurs de premières lignes, comme l'évoque monsieur D :

« Alors a priori, les centres de référence [...] étaient des centres de 2^{ème} voire de 3^{ème} ligne, donc a priori un peu à l'équivalent des centres ressources où on verrait y arriver les situations diagnostiques complexes. Sauf que, depuis le début, on a le sentiment qu'on est en première ligne. Euhhhm... parce que les 1^{ères} lignes ne fonctionnent pas bien... Euh... Globalement, très peu de diagnostics, ... je dirai pas très peu..., peu de diagnostics sont posés par des pédopsychiatres ou par des psychiatres. [...] Ils envoient dans les centres de référence quand ils ont une petite suspicion d'autisme. Ils posent pas le diagnostic eux-mêmes ils envoient directement. Ce qui fait qu'ici dans les centres de référence on a vraiment des appels de première ligne. Des gens qui disent euh voilà, l'enseignante de mon enfant me dit que elle est ... euh...elle est un peu inquiète par rapport au développement de mon enfant, est ce que vous pouvez faire le diagnostic ? Et nous, trouver des relais dans... je dirai... dans les services généraux pour assurer ces diagnostics qui sont parfois des diagnostics simples, ça n'existe pas ¹¹⁴ ».

5.2.1 Le parcours des enfants-adolescents

Il est à souligner que si des actions de prévention (*campagnes de sensibilisation aux signes d'alerte, formation des professionnels*) et de repérage-diagnostic sont mises en œuvre, ces dernières concernent prioritairement les enfants.

¹¹³ Dans le cadre de la 6^{ème} réforme de l'Etat, les compétences ont été transférées de l'INAMI à l'AVIQ.

¹¹⁴ Extrait de l'entretien avec monsieur D.

En **Belgique francophone**, le parcours des enfants se structure autour de 2 axes :

- **Le dépistage de première ligne.** Il s'agit de dépister et de repérer les signes d'autisme, afin de pouvoir accompagner et soutenir les parents. Ce dépistage s'organise plus particulièrement dans le cadre des consultations de l'ONE et des consultations de médecine générale ou pédiatrique. Le conseil supérieur de la santé (CSS) préconise « *de former les professionnels de la petite enfance aux signes d'alerte* »¹¹⁵. A cet effet, deux projets sont mis en œuvre pour sensibiliser les professionnels cibles :
 - Un module de sensibilisation aux signes d'alerte des TSA sur la plateforme d'autoformation [excellensis-one](#)¹¹⁶,
 - Et le programme START, porté par la fondation SUSA, qui a pour objet la mise en place expérimentale d'un programme de recherche-action de « repérage des troubles précoces de la communication et des interactions sociales (TPCI) », à destination des médecins¹¹⁷. Les enjeux liés à ces 2 projets sont décrits par monsieur D :

*« L'idée c'est que quand on fait de l'accompagnement, finalement euh... c'est plus les autres qui vont intervenir que nous. C'est l'enseignant qui va intervenir, c'est le parent qui va intervenir, c'est euh... l'orthophoniste qui va intervenir. Nous nous sommes là en support de toutes ces personnes. Et donc l'idée au travers des formations et des contacts que l'on entretient au quotidien avec euh les écoles et les orthophonistes et les enseignants, les éducateurs, les établissements spécialisés, c'est qu'on leur donne la compétence et que ben ... plus l'environnement aura de la compétence, plus il y aura une meilleure qualité de vie pour tous et plus notre travail sera mieux fait je dirai hein. Mais c'est tout un enjeu évidemment hein. C'est un enjeu sociéta*¹¹⁸ ».

- **Le diagnostic et l'orientation.** Il s'agit, après la détection des signes d'alerte, de confirmer le diagnostic de TSA, dans un centre de référence. Le CSS préconise « *que les centres de référence en autisme, en collaboration avec d'autres centres de diagnostic, puissent établir les diagnostics de ces jeunes enfants dans un délai de 3 mois* »¹¹⁹.

Les professionnels concernés par ces étapes et les outils recommandés sont indiqués ci-dessous :

Phase/ étape	Professionnels cibles	Exemple d'outils recommandés ¹²⁰
--------------	-----------------------	---

¹¹⁵ Conseil Supérieur de la Santé, avis n° 8747, Qualité de vie des jeunes enfants autistes et de leur famille, 2013, 116p, p6.

¹¹⁶ Portée par l'ONE, la plateforme excellensis-one vise à permettre aux médecins libéraux ou travaillant dans une structure ONE, aux sage-femmes, aux professionnels en charge de la promotion de la santé, et aux étudiants en médecine de s'autoformer et de s'informer sur différentes thématiques de santé.

¹¹⁷ DEFRESNE, P, M.-H. BOUCHEZ, M-H, DELMOTTE, WILLAYE, E, START, un programme de « repérage des troubles précoces de la communication et des interactions sociales », comme alternative au dépistage systématique des troubles du spectre de l'autisme, ANAE, 2016, 7p, p3. Non spécifique aux TSA, ce programme a pour objectifs « *de soutenir les médecins dans leur rôle de surveillance du développement de l'enfant et de les aider à repérer précocement des signes évocateurs d'une perturbation du développement des interactions sociales et de la communication, d'offrir un support formatif et matériel pour une détection de ces troubles et si nécessaire un diagnostic aux enfants dont les parents le souhaitent et/ou ont des inquiétudes et de proposer une guidance parentale pour une éducation plus adaptée* ».

¹¹⁸ Extrait de l'entretien avec monsieur D.

¹¹⁹ CSS, avis n° 8747, op.cit., p6.

¹²⁰ Ibid, pp28-33.

Dépistage	Professionnels dits de 1^{ère} ligne : professionnels de l'ONE, médecins généralistes, pédiatres, pédopsychiatres	<ul style="list-style-type: none"> - M-CHAT (0 à 6 ans). - SCQ, CAST, ESAT, CESDD
	Centre de Ressources Autisme de Namur	
Diagnostic et évaluations fonctionnelles	Centres de Référence	<ul style="list-style-type: none"> - DSM V, CIM 10 - ADI-R (à partir de 2 ans) - ADOS-2 - DISCO

En France, s'agissant des 0-6 ans, le parcours de santé TSA-TND s'organise autour de 3 « plots »¹²¹ :

- **L'identification des signes d'alerte.** Il s'agit d'identifier les signes pouvant laisser penser à un trouble (comportements restreints et répétitifs ou signes dans le domaine des interactions sociales). Cette identification peut être réalisée par tout acteur, professionnel ou non. La HAS recommande de « *rechercher ces signes dans le cadre de l'examen médical effectué à chaque examen obligatoire pour le suivi de l'état de santé des enfants de 0 à 6 ans* »¹²². Comme en Belgique, des actions de formations et de sensibilisations sont mises en œuvre en direction des professionnels de 1^{ère} ligne.
- **Le repérage.** Il s'agit de confirmer ou d'infirmier un risque de TSA, lors d'une consultation dédiée. La HAS recommande ce repérage chez les enfants présentant des signes d'alerte, ou un risque sensiblement plus élevé de TSA ou de TND que la population générale. Si le risque de TSA est confirmé lors de la consultation dédiée, l'enfant est alors orienté vers une consultation à visée diagnostique spécialisée.
- **Le diagnostic.** Il s'agit d'établir un diagnostic nosologique de TSA, de réaliser des évaluations fonctionnelles et de rechercher les éventuelles comorbidités.

Les professionnels concernés par chaque étape, ainsi que les outils recommandés par la HAS sont indiqués dans le tableau ci-dessous :

Phase/ étape	Professionnels cibles	Exemple d'outils recommandés
Identification des signes d'alerte	Professionnels dits de 1^{ère} ligne : <ul style="list-style-type: none"> - Professionnels de la petite enfance : auxiliaires de puériculture, assistantes maternelles, éducateurs, 	<ul style="list-style-type: none"> - Carnet de santé - Brunet-Lézine-R - Echelle de Denver

¹²¹ Stratégie Nationale TSA-TND, op.cit., p 73.

¹²² HAS, TSA - Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent, op.cit., p 37.

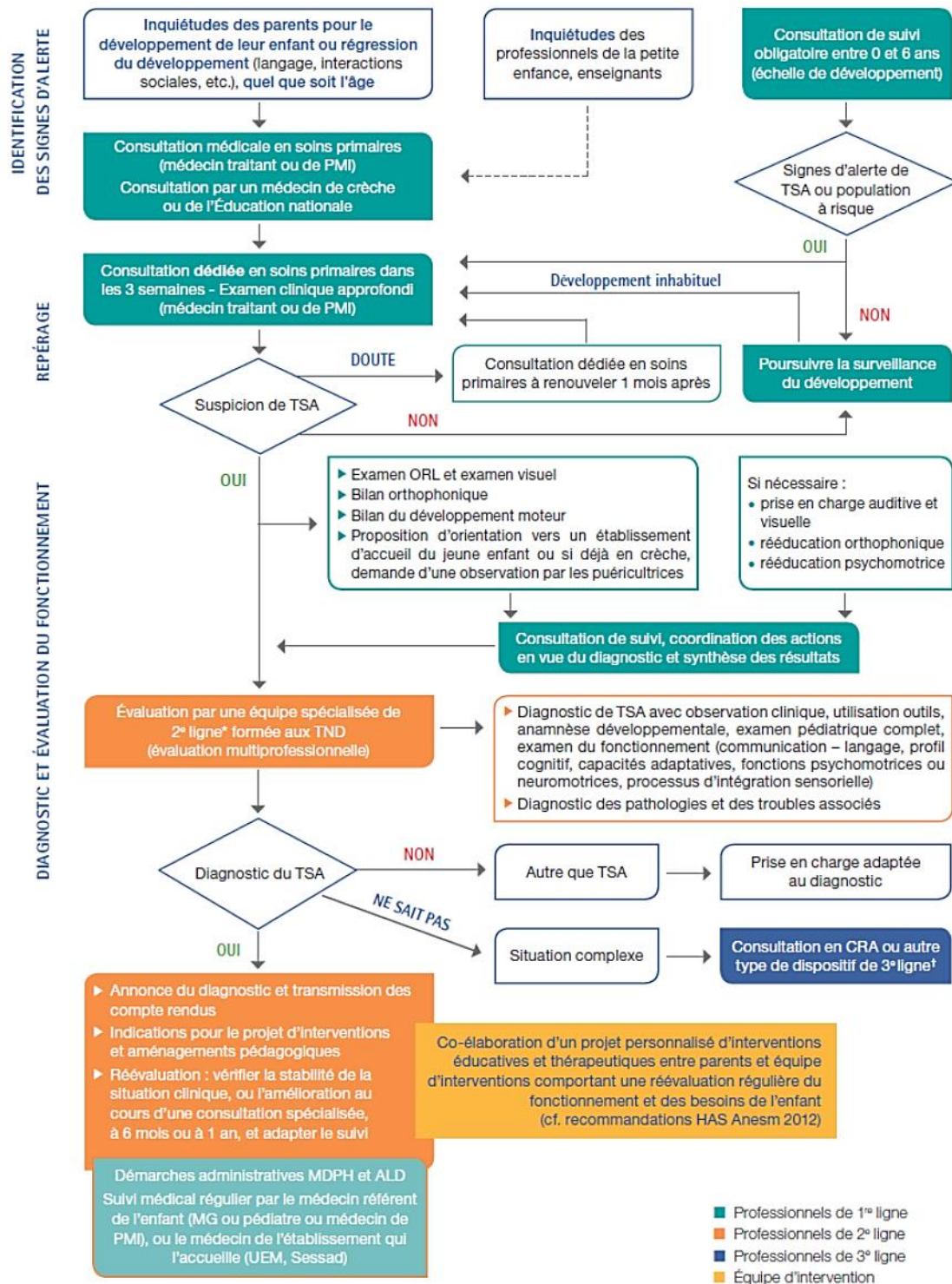
<p>Repérage</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Professionnels de l'éducation nationale : enseignants, infirmiers, psychologues, médecins - Professionnels de santé libéraux, exerçant en protection maternelle et infantile (PMI), en maison pluridisciplinaire de santé : médecins généralistes, pédiatres, professionnels paramédicaux, psychologues. 	<ul style="list-style-type: none"> - M-CHAT - Questionnaire de communication sociale, (48 mois et plus) - ASSQ, AQ ou SRS-2, (enfants-ado sans DI)¹²³
<p>Diagnostic et évaluations fonctionnelles</p>	<p>Professionnels de 1^{ère} ligne (médecins généralistes, pédiatres)</p> <p>Professionnels dits de seconde ligne : Équipe pluri professionnelle spécifiquement formée aux TSA-TND (services de psychiatrie infanto-juvénile, services de pédiatrie, CAMSP, CMPP, réseaux de soins spécialisés sur le diagnostic de TSA, praticiens libéraux coordonnés, médecins spécialistes ORL)</p> <p>Professionnels dits de 3^{ème} ligne (diagnostics complexes) : Professionnels exerçant en CRA ou en centre hospitalier pour des avis médicaux spécialisés complémentaires, notamment en neuro-pédiatrie, génétique clinique et imagerie médicale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - DSM V, CIM 10 - ADIR-R - ADOS-2 - ABC (18 mois à 35 ans) - CARS 2¹²⁴ (6 ans et + sans déficience) - ECA-R (+ 30 mois)

Les procédures à suivre du repérage au diagnostic de TSA, dans le cadre du parcours des plus jeunes sont schématisées par la HAS de la manière suivante¹²⁵ :

¹²³ Ibid, p40, ASSQ : Autism Spectrum Screening Questionnaire, AQ : Autism-spectrum Quotient, SRS-2 : Social Responsiveness Scale

¹²⁴ Ibid, p 47, ABC : échelle des comportements autistiques, CARS 2 : échelle de cotation de l'autisme infantile, seconde édition, ECA-R : échelle d'évaluation des comportements autistiques révisée,

¹²⁵ Ibid, annexe 10, p230.



*Équipes de pédopsychiatrie (services de psychiatrie infanto-juvénile dont centres-médico-psychologiques - CMP), services de pédiatrie, centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), réseaux de soins spécialisés sur le diagnostic et l'évaluation de l'autisme ou praticiens libéraux coordonnés entre eux par un médecin. † Professionnels exerçant en centre ressources autisme (CRA) ou en centre hospitalier pour des avis médicaux spécialisés complémentaires, notamment en neuropédiatrie, génétique clinique et imagerie médicale.

Par ailleurs, dans le cadre de l'engagement n°2 de la stratégie nationale TSA-TND, les pouvoirs publics français ont déployé depuis 2019, des Plateformes d'Orientation et de Coordination (PCO).

Ces dispositifs départementaux de 2^{ème} ligne, constitués en équipes pluridisciplinaires, sont destinés à des enfants de moins de 7 ans en attente de diagnostic, sans notification de la MDPH, ouvrant droit à

des prises en charge, adressés par un médecin ayant suspecté un risque de TSA-TND. Ils ont vocation à coordonner le parcours diagnostique et les interventions précoces de ces enfants, en mobilisant si nécessaire un « forfait d'intervention précoce¹²⁶ ». Au 1^{er} mars 2021, 63 PCO étaient en activité sur le territoire¹²⁷.

Le bilan de la stratégie nationale pour l'autisme indique qu'en février 2020, 150 enfants ont été repérés et adressés à une plateforme, et que les adressages s'élevaient à 6 801 enfants, en 2021¹²⁸.

5.2.2 Un diagnostic complexe à obtenir pour les adultes

Concernant les adultes, si sur les deux territoires, le parcours diagnostique est en théorie peu ou prou le même que celui des enfants (*structuration par ligne*), en pratique les possibilités d'accès à un diagnostic paraissent beaucoup plus complexes.

En **France**, les pouvoirs publics mentionnent que le chiffre estimé de personnes autistes adultes est d'environ 600 000 sur le territoire national, avec un faible nombre d'adultes bénéficiant d'un diagnostic¹²⁹. A titre d'exemple, sur 12 272 bilans réalisés par les CRA en 2016, 2 254 concernaient des adultes de plus de 20 ans, soit 18 %¹³⁰.

La stratégie nationale TSA-TND précise que leur accompagnement fait l'objet d'une grande variabilité, selon leur situation et la sévérité de leur handicap. Ils peuvent ainsi être accompagnés par des ESSMS, des établissements sanitaires, être dans leur famille, ou ne bénéficier d'aucun accompagnement. En ce sens, le repérage des adultes non diagnostiqués, particulièrement en ESSMS ou dans les établissements de santé est un enjeu important.

Dans le même sens, la stratégie nationale indique le besoin de porter une attention particulière au diagnostic dans la population féminine. Elle précise que « *les femmes et les filles diagnostiquées TSA présentent une symptomatologie typique de l'autisme, mais avec des caractéristiques propres encore peu décrites et donc peu connues des professionnels [...] qu'il est nécessaire de mieux définir* »¹³¹.

Aussi, pour compenser ce manque, les stratégies nationales françaises (*stratégie nationale TSA-TND et stratégie de santé 2018-2022*) prévoient l'élaboration d'un « *schéma national promouvant une méthode nationale de repérage et dépistage des adultes* »¹³². Néanmoins, ce dernier n'est pas encore déployé, bien que le bilan de la stratégie nationale précise qu'en 2020, 10 régions pilotes avaient été impliquées dans la mise en œuvre de ce repérage, au titre de la mesure 37¹³³.

En **Wallonie**, il semblerait que depuis 2022, le centre de référence de Liège ne soit plus en mesure de réaliser les diagnostics dans la population adulte en raison d'un manque de ressources¹³⁴. Cela

¹²⁶ Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro- développement, fiche technique repérer et prendre en charge au plus tôt les difficultés de développement d'un enfant, 2020, 5p. La PCO peut déclencher le forfait d'intervention précoce quand les difficultés de l'enfant et les besoins de la famille nécessitent de solliciter des professionnels libéraux (ergothérapeute, psychomotricien, psychologue), conventionnés ou non avec l'assurance maladie, mais ayant signé un contrat avec la PCO. Ce forfait est versé pendant un an, et peut être prolongé de 6 mois si nécessaire. Il est financé sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

¹²⁷ Bilan de la stratégie nationale TSA-TND, op. cit., p 31.

¹²⁸ Ibid, p30

¹²⁹ Ibid, p56.

¹³⁰ Stratégie nationale TSA-TND, op.cit., p13.

¹³¹ Ibid, p94.

¹³² Ibid, p93 et stratégie nationale de santé, p49.

¹³³ Bilan de la stratégie nationale TSA-TND, op.cit., p67.

¹³⁴ Adultes autistes, vers le désert diagnostique ? (Carte blanche), le vif, avril 2022, [lien](#).

implique une « reventilation » des demandes de ce public en direction des autres acteurs du diagnostic et peut amener les centres ressources à réguler les demandes reçues, comme l'indique monsieur D :

« Nous n'allons pas assurer les diagnostics pour toutes les personnes qui appellent. C'est-à-dire qu'il y a déjà un filtre à... à... à l'appel téléphonique. Notre assistante sociale est quelqu'un d'assez expérimentée et donc on a établi un certain nombre de critères. Par exemple, nous ne prendrons pas des personnes de plus de 40 ans. Alors ça vaut ce que ça vaut hein, mais... mais... voilà, on s'est mis des limites¹³⁵ ».

Il est à préciser que l'émission de critères, évoquée par monsieur D, ne s'explique pas exclusivement par le besoin de réguler le flux des demandes.

En effet, le processus diagnostic peut s'avérer plus délicat concernant la population adulte, de part les difficultés d'accès à des informations relatives au développement de la personne :

« Je rappelle quand même qu'un des critères c'est que on ait pu voir durant les premières années de la vie une symptomatologie qui est évocatrice de euh... de la communication euh... sociale, hein. Et que si on a pas accès à cette information là, le diagnostic, techniquement n'est pas... on peut pas le poser. Et donc quand ce sont des personnes qui vous diront « ben non, moi j'ai pas de documents concernant mon développement précoce euh... vous pouvez pas avoir accès à mes parents euh... par ce que sont décédés ou je veux pas que vous ayez accès, que voilà je... vous ne pouvez pas avoir accès à mon environnement familial pour savoir comment je suis dans ma vie quotidienne », bah ! à ce moment-là le diagnostic techniquement il devient pas possible ».

En outre, en cas de diagnostic négatif, les centres ressources sont confrontés à la difficulté de réorienter la personne vers des acteurs ressources, en capacité de l'accompagner dans son parcours diagnostic et / ou d'établir un diagnostic différentiel :

« Il faut quand même dire que même si le diagnostic est négatif, quelqu'un qui entreprend un processus diagnostic comme celui-là, c'est qu'il y a probablement une forme de souffrance sociale, une forme de souffrance psychologique, avec pour nous la grande difficulté de réorienter ces personnes vers des... des services du réseau. Ce sont des gens qui ne proviennent pas d'un service du réseau et et donc la difficulté c'est de ... de...de réorienter vers un service du réseau, un service qui peut être un psychiatre, qui peut être un psychologue [...] Je veux dire on doit être en capacité de dire à quelqu'un « vous n'avez pas ça », mais de là à être en capacité de dire « vous avez autre chose », c'est quand même une autre question celle-là hein¹³⁶». Monsieur D.

Les professionnels mobilisés, ainsi que les outils recommandés dans le cadre du repérage et du diagnostic sont recensés dans le tableau comparatif ci-dessous :

¹³⁵ Extrait de l'entretien avec monsieur D.

¹³⁶ Ibid.

France ¹³⁷		
Phase/ étape	Professionnels cibles	Exemple d'outils recommandés ¹³⁸
Repérage	<p>Tous professionnels de santé et médicosociaux impliqués dans la prise en charge des adultes avec TED-TSA, notamment ceux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientant les enfants au passage à l'âge adulte et ceux adressant les adultes pour diagnostic : directeurs d'ESMS, médecins généralistes, équipes pluridisciplinaires des MDPH, psychiatres, psychologues - Participant au diagnostic : éducateurs spécialisés, ergothérapeutes, généticiens, infirmiers, médecins généralistes, neurologues orthophonistes, psychiatres, psychologues, psychomotriciens, radiologues - Accompagnant les personnes : médecins généralistes, personnel d'accompagnement du médico-social et du sanitaire (AMP, aide-soignant). 	Pas d'outil spécifié
Diagnostic et évaluations fonctionnelles	<p>Professionnels de 1^{ère} ligne (médecins généralistes, psychiatres)</p> <p>Professionnels dits de seconde ligne : Équipe pluri professionnelle spécifiquement formés aux TSA-TND (services de psychiatrie notamment)</p> <p>Professionnels dits de 3^{ème} ligne (diagnostics complexes) :</p>	<ul style="list-style-type: none"> - DSM V, CIM 10 - ADI-R, - ADOS - AAA - CARS - EC2R¹³⁹ - RAADS-R
Belgique		
Repérage	En l'absence de RBBP spécifiques à la population adulte en Belgique francophone, la recherche documentaire a pris appui sur des éléments indiqués dans guide publié par Société européenne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (ESCAP) ¹⁴⁰ , dont sont membres des associations de Belgique francophone.	
Diagnostic et évaluations fonctionnelles	Ce guide traite en partie le repérage et le diagnostic chez les adultes, mais ne précise pas explicitement les professionnels mobilisés dans le cadre du repérage des TSA dans cette population (à l'exception des médecins pour le diagnostic) et ne mentionne pas d'outils diagnostics pour ce public, à l'exception du DSMV et la CIM 11.	

Concernant le diagnostic, l'étude documentaire met en relief de nombreux points communs entre la France et la Wallonie. Ainsi, on observe que les 2 territoires tendent à structurer le repérage et le diagnostic des TSA sous forme de lignes, plus particulièrement dans le champ de l'enfance. En termes d'outils d'évaluation, ceux qui sont recommandés et mobilisés sur les deux territoires sont peu ou prou identiques. En outre, la France et la Wallonie rencontrent une problématique commune concernant le repérage et le diagnostic des personnes adultes : le déficit d'offre pour le diagnostic, un répertoire d'outils d'évaluation moins large que pour les mineurs.

¹³⁷ HAS, Autisme et autres troubles envahissants du développement : diagnostic et évaluation chez l'adulte, op.cit, p 23. Les éléments figurant dans le tableau sont extraits de cette RBBP.

¹³⁸ Les outils mentionnés sont présentés en annexes.

¹³⁹ Ibid, p 13, AAA : Adult Asperger's Assessment, EC2R : Échelle d'évaluation des comportements répétés et restreints, RAADS : Ritvo Autism-Asperger's Diagnosis Scale

¹⁴⁰ Guide pratique de l'ESCAP pour l'autisme : une synthèse des recommandations fondées sur des données probantes pour le diagnostic et le traitement, 2020, 42p, pp12-13.

6 L'ORGANISATION DES SYSTEMES SCOLAIRE ORDINAIRE - SPECIALISE

Les systèmes éducatifs français et belge présentent des différences importantes, principalement concernant l'organisation des enseignements spécialisés et la formation du personnel éducatif.

6.1 Organisation comparée des classes entre la France et la Belgique

Avant de spécifier les particularismes de l'enseignement spécialisé en Belgique et en France, précisons le mode d'organisation des classes en fonction des niveaux scolaires :

Système français		Système belge		
Maternelle	Petite section	1ère maternelle	Enseignement fondamental	
	Moyenne Section	2ème maternelle		
	Grande section	3ème maternelle		
Élémentaire	Cours préparatoire	1ère primaire		
	Cours élémentaire 1	2ème primaire		
	Cours élémentaire 2	3ème primaire		
	CM1	4ème primaire		
	CM2	5ème primaire		
Collège	6ème	6ème primaire		Enseignement secondaire
	5ème	1ère secondaire		
	4ème	2ème secondaire		
	3ème	3ème secondaire		
Lycée	2nd	4ème secondaire		
	1ère	5ème secondaire		
	Terminale	6ème ou Rhétorique		

Source : French connect, s'installer en Belgique : scolarité [\[lien\]](#)

6.2 L'organisation de l'enseignement en Belgique

La scolarisation en Belgique s'organise en réseaux (officiel et libre), qui se répartissent l'enseignement ordinaire et l'enseignement spécialisé. Ceux-ci sont clairement distingués, contrairement au modèle français.

6.2.1 L'organisation générale

Depuis la loi du 29 mai 1959 sur le Pacte Scolaire¹⁴¹, les parents peuvent librement choisir dans quel réseau ils souhaitent inscrire leurs enfants. Les réseaux ne sont pas définis juridiquement. Dans la version courte, il en existe deux :

- Le réseau officiel (organisé par l'État, des provinces ou les communes)
- Le réseau « libre »

De manière plus détaillée, il existe quatre réseaux :

¹⁴¹ Loi n°05108 du 29 mai 1959 Modifiant certaines dispositions de la législation de l'enseignement [\[lien\]](#)

- Officiel organisé
- Officiel subventionné
- Libre subventionné confessionnel
- Libre subventionné non confessionnel.

Réseaux	Organe de représentation et de coordination (ORC)	Pouvoir organisateur	Financement
Officiel organisé	FWB	FWB	FWB
Officiel subventionné	CPEONS et CCEP	Provinces ou Communes ou COCOF (pour Bruxelles francophone)	Subventionné par FWB (75%) + communes, provinces ou COCOF
Libre subventionné confessionnel	Secrétariat Général de l'Enseignement Catholique (SeGEC)	Diocèse, Congrégation religieuses, ASBL	Subventionné par FWB (75%)
Libre subventionné non confessionnel	Fédération des Établissements Libres Subventionnés Indépendants (FELSI)	ASBL	Subventionné par FWB (75%)

Sources :

- *Je réussis avec Enseignement.be* [[lien](#)]
- *Enseignement.be* [[lien](#)]
- FAPEO, « C'est quoi les réseaux d'enseignement ? » [[lien](#)]

ASBL : Association sans but lucratif

CEPS : Conseil de l'enseignement des communes et des provinces

COCOF : Commission communautaire française

CPEONS : Conseil des Pouvoirs Organisateur de l'enseignement officiel neutre subventionné

FWB : Fédération Wallonie-Bruxelles

*« La liberté de choix des écoles c'est la liberté du père de famille. Et historiquement la place des parents était très réduite [...]. Progressivement, entre autres les autorités françaises, ont revendiqué la liberté de choix des écoles, d'abord au niveau du fait que ce soit confessionnel ou non, et d'autre part de façon citoyenne, dans une réflexion politique [...] sur l'orientation la plus pertinente. »*¹⁴²

Ce sont les communautés (française, flamande, germanophone) qui ont les compétences en matière d'enseignement. Ce sont elles qui, au niveau législatif, organisent les enseignements en lien avec le pacte scolaire¹⁴³.

Les Pouvoirs Organisateur (PO) sont des instances fondamentales de l'organisation du système scolaire en Belgique. En effet, dans chaque école en Belgique (que ce soit en enseignement ordinaire ou spécialisé) :

¹⁴² Extrait d'entretien, Monsieur B., anciennement membre du Pouvoir organisateur (PO) des 8 écoles de la Ligue Nationale pour Handicapés (LNH).

¹⁴³ Ligue de l'Enseignement et de l'Éducation permanente asbl, « organisation de l'enseignement » [[lien](#)]

« La responsabilité légale de l'école est assurée par ce qu'on appelle un pouvoir organisateur, qui est en fait considéré comme l'employeur des membres du personnel de l'école. C'est eux qui assument la responsabilité civile finale de tout ce qui se passe à l'école. »¹⁴⁴

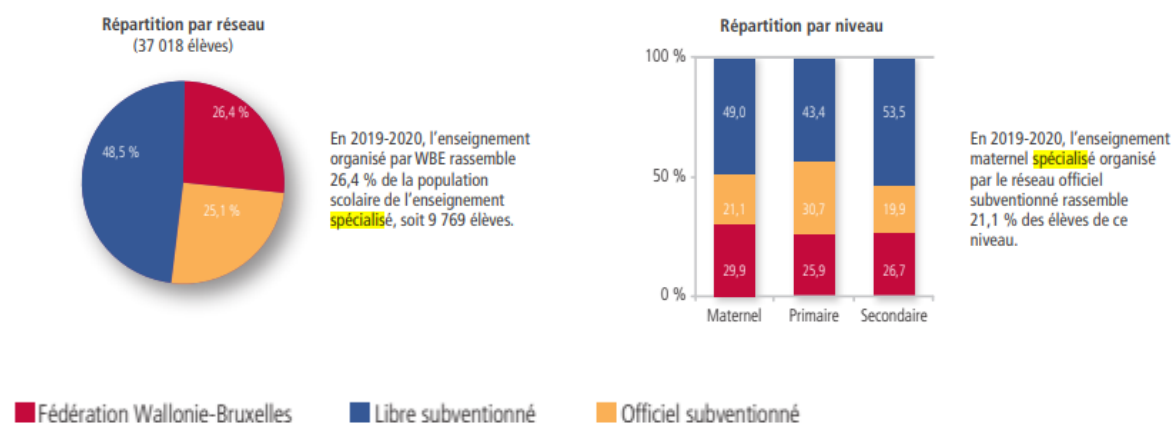
Le PO assure l'entière responsabilité de l'école, y compris le cadre bâti. Dans l'enseignement spécialisé, c'est également le PO, avec le directeur de l'école, qui détermine les ressources humaines qui seront engagées (logopède, puériculteur, assistant social, infirmière, psychologue) : celles-ci ne sont donc pas prédéterminées et uniformisées sur le territoire, mais sont ajustées aux besoins et aux profils des enfants accueillis.

6.2.2 L'organisation de l'enseignement spécialisé en Belgique

La loi du 6 juillet 1970 officialise l'enseignement spécialisé en Belgique. Elle donne lieu à la création d'établissements spécialisés, répondant à la loi d'obligation scolaire (datant de 1914)¹⁴⁵, et permettant ainsi aux enfants en situation de handicap d'être scolarisés. La loi régit les 3 niveaux : préscolaire, primaire et secondaire.

Sur l'année 2019-2020, 48,5% de la population scolaire de l'enseignement spécialisé était accueillie dans l'enseignement libre subventionné, 25,1% dans l'enseignement officiel subventionné, et 26,4% dans l'enseignement organisé par la Fédération Wallonie-Bruxelles¹⁴⁶.

32.2 Répartition par réseau et par niveau de la population scolaire dans l'enseignement spécialisé – Année scolaire 2019-2020



Source : Fédération Wallonie-Bruxelle, « Les indicateurs de l'enseignement », 16^{ème} édition, 2021, p.83.

En Belgique, l'enseignement spécialisé est organisé en 8 types¹⁴⁷ :

Type	Élèves présentant...	Maternel	Primaire	Secondaire
1	Un retard mental léger		X	X
2	Un retard mental modéré ou sévère	X	X	X
3	Des troubles du comportement	X	X	X
4	Des troubles physiques	X	X	X

¹⁴⁴ Extrait d'entretien, Monsieur B., *op. cit.*

¹⁴⁵ Ligue de l'enseignement, « L'enseignement spécialisé, 1970 » [[lien](#)]

¹⁴⁶ Fédération Wallonie-Bruxelle, « Les indicateurs de l'enseignement », 16^{ème} édition, 2021, p.82.

¹⁴⁷ Enseignement.be, « Types et formes de l'enseignement spécialisé » [[lien](#)]

5	Des maladies ou sont convalescents	X	X	X
6	Des déficiences visuelles	X	X	X
7	Des déficiences auditives	X	X	X
8	Des troubles de l'apprentissage		X	X

L'enseignement spécialisé est ensuite divisé en 4 « **degrés de maturité** » (pour l'enseignement fondamental) ou 4 « **formes** » (pour l'enseignement secondaire)¹⁴⁸ :

« Au fondamental dans l'enseignement primaire, les enfants jusque 12 ans, on ne va évidemment pas parler de forme d'enseignement puisque la destination de l'enseignement primaire spécialisé c'est de les amener le plus loin possible au développement de leurs compétences, et là on va parler de 4 niveaux de maturité. »¹⁴⁹

Enseignement fondamental :

Degré de maturité pour le cas spécifique du type 2 : retard mental modéré ou sévère	
1	Niveau d'acquisition de l'autonomie et de la socialisation
2	Niveau d'apprentissages préscolaires
3	Éveil des premiers apprentissages scolaires (initiation)
4	Approfondissements

Degré de maturité pour les types 1, 3, 4, 5, 6, 7 et 8	
1	Niveaux d'apprentissages préscolaires
2	Éveil des apprentissages scolaires
3	Maîtrise et développement des acquis
4	Utilisation fonctionnelle des acquis selon les orientations envisagées

Enseignement secondaire :

Formes possibles pour le secondaire spécialisé	
1	Enseignement d'adaptation sociale : vise une formation sociale rendant possible l'insertion en milieu de vie protégé
2	Enseignement d'adaptation sociale et professionnelle : vise à donner une formation générale et professionnelle pour rendre possible l'insertion en milieu de vie et / ou travail protégé
3	Enseignement professionnel : vise à donner une formation générale, sociale et professionnelle pour rendre possible l'insertion socioprofessionnelle
4	Enseignement général, technique, artistique ou professionnel : correspond à l'enseignement secondaire ordinaire avec un encadrement différent, une méthodologie adaptée et des outils spécifiques

Monsieur B. décrit parfaitement bien les objectifs et enjeux de chacune de ces formes :

¹⁴⁸ Les trois tableaux suivants sont tirés du site Enseignement.be, « Types et formes de l'enseignement spécialisé », *op. cit.*

¹⁴⁹ Extrait d'entretien, Monsieur B., *op. cit.*

« Il y a, au secondaire, des formes d'enseignement qui concernent plutôt l'objectif final de cet enseignement. La forme 4 : c'est de l'enseignement ordinaire classique en spécialisé. Ce sont des jeunes qui ont des acquis intellectuels et un potentiel tout à fait intacts, qui ont besoin d'une approche adaptée, en fonction par exemple de leur handicap visuel, auditif ou physique, ou par rapport à des problèmes de personnalité ou de comportement. Ils obtiennent donc, moyennant certaines méthodes, une taille de classe beaucoup plus réduite et du personnel qualifié, les mêmes certifications que dans l'enseignement classique. Cette forme scolarise à peu près 10% des élèves du secondaire du spécialisé.

La forme 3, c'est l'enseignement professionnel : l'apprentissage d'un métier qui débouche, au terme de la formation, sur un certificat de qualification, qui s'appuie sur des compétences seuils, votées au parlement. Environ 70% du secondaire spécialisé, c'est de l'enseignement professionnel.

Vous avez la forme 2, qui accueille des élèves avec handicap mental ou troubles du comportement et de la personnalité, et dont la finalité c'est l'adaptation sociale et professionnelle. Ce sont donc des jeunes qui, au terme de leur formation, vont dans des ETA (des entreprises de travail adaptées) ou dans des centres de thérapie occupationnelle, en tout cas ce sont des jeunes qui vraisemblablement, le restant de leur vie, auront besoin de structures de soutien, de guidance très proche, parce que le taux d'autonomie est quand même réduit, plus ou moins.

Et il y a la forme 1 : elle est généralement fréquentée par des jeunes ayant des handicaps mentaux ou de personnalité plus avérés. Ici on vise, au terme de l'enseignement, l'adaptation sociale. Il n'est pas possible, avec la plus grande majorité d'entre eux, de viser une adaptation professionnelle. C'est vraiment de la thérapie occupationnelle, et une préparation à une intégration dans le milieu adulte occupationnel. »¹⁵⁰

Les établissements de l'enseignement spécialisé peuvent également organiser des enseignements à domicile pour des élèves qui ne peuvent pas se déplacer ou être transportés pour se rendre à l'école, en raison de la nature de leur handicap. Pour que cet enseignement se mette en place, les parents ou les responsables légaux doivent adresser une demande au Service général d'Inspection. La Commission consultative évalue la pertinence de la demande, et s'assure que cette modalité à domicile ne soit pas un frein à l'intégration sociale de l'enfant¹⁵¹.

6.2.3 Le système d'intégration des enfants à besoins spécifiques

Comme le fait remarqué Monsieur B., ancien membre du pouvoir organisation de la Ligne Nationale pour Handicapés (LNH), les secteurs ordinaire et spécialisé ont longtemps été cloisonné. Cependant, les préoccupations visant à intégrer de manière plus systématique les enfants en situation de handicap dans l'enseignement ordinaire ne sont pas récentes, et tendent à se systématiser :

« Depuis la création de l'enseignement spécialisé en Belgique en 1970, [l'ordinaire et le spécialisé] sont deux structures différentes qui ne se connaissent pas, s'ignorent, deux mondes entièrement différents. Mais depuis le début il y a, je vais appeler ça des pionniers pédagogiques, du spécialisé, qui ont vu la nécessité de travailler aussi avec l'enseignement ordinaire, essentiellement dans les types 4, 6 et 8 : handicaps physiques et handicaps sensoriels, de la vue et de l'ouïe. Il s'est avéré rapidement que ces jeunes-là avaient un potentiel qui leur permettait de viser et d'obtenir les qualifications classiques, en langue, en informatique, en math, et de viser l'université. [...] Puis progressivement, la législation s'est étendue à tous les types d'enseignement. »

Le décret du 3 mars 2004¹⁵² sur l'intégration des enfants à besoins spécifiques dans le système scolaire ordinaire permet à des jeunes en situation de handicap de suivre les cours de l'enseignement ordinaire, temporairement ou de manière permanente. Ils bénéficient également d'un accompagnement dans l'enseignement spécialisé, en fonction de leurs besoins. Il existe 3 types d'intégration :

¹⁵⁰ Extrait d'entretien, Monsieur B., *op. cit.*

¹⁵¹ Enseignement.be, « Types et formes de l'enseignement spécialisé », *op. cit.*

¹⁵² Décret organisant l'enseignement spécialisé, D. 03-03-2004 [[lien](#)]

1/ **L'intégration permanente totale** : l'élève suit l'ensemble des cours de l'enseignement ordinaire tout au long de l'année scolaire.

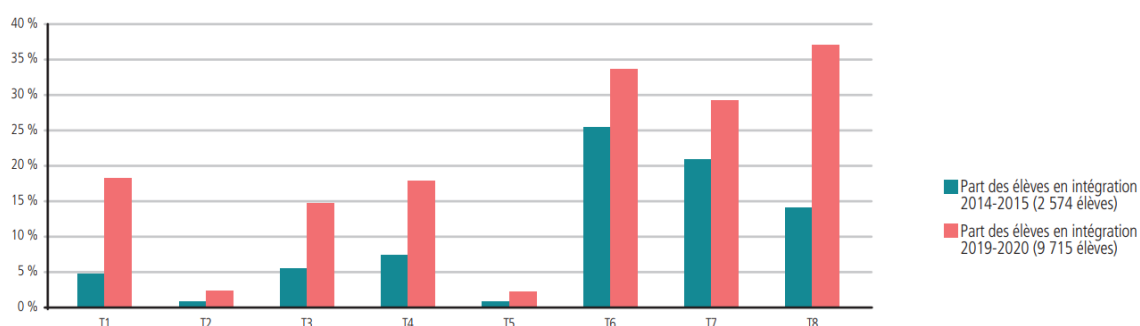
2/ **L'intégration permanente partielle** : l'élève suit une partie des cours dans l'enseignement ordinaire et une autre partie dans l'enseignement spécialisé, tout au long de l'année scolaire.

3/ **L'intégration temporaire partielle** : l'enfant suit une partie des cours dans l'enseignement ordinaire et l'autre dans l'enseignement spécialisé, sur une ou plusieurs périodes de l'année scolaire¹⁵³.

Il existait également une forme d'**intégration temporaire totale**, mais celle-ci est supprimée depuis l'année scolaire 2020-2021¹⁵⁴.

Entre les années scolaires 2014-2015 et 2019-2020, 37,2% des élèves de l'enseignement de type 8 étaient en intégration. On observe par ailleurs une nette augmentation du nombre d'élèves en intégration entre ces deux périodes :

10.4 Part d'élèves en intégration par type d'enseignement tous niveaux confondus, en 2014-2015 et en 2019-2020



Parmi les élèves inscrits dans l'enseignement spécialisé de type 1, 18,4 % des élèves sont en intégration en 2019-2020.

Source : Fédération Wallonie-Bruxelle, « Les indicateurs de l'enseignement », 16^{ème} édition, 2021, p.39.

Dans la même ligne, il existe également des classes à visée inclusives. Celles-ci, implantées dans des écoles d'enseignement secondaire, ont pour objectif de permettre une inclusion sociale et relationnelle des enfants. Elles se composent de sept élèves maximum, inscrits dans le type 2 ou 3.

En outre, plusieurs pédagogies adaptées sont pensées pour accompagner des enfants aux besoins spécifiques, dont l'une spécifique aux troubles du spectre de l'autisme.

6.2.4 Les pédagogies adaptées aux enfants avec trouble du spectre autistique en Belgique

Le décret du 3 mars 2004¹⁵⁵ reconnaît quatre pédagogies adaptées, pouvant être organisés dans tous les types d'enseignement spécialisé :

- Pour des élèves asphasiques / dysphasique
- Pour des élèves Polyhandicapés
- Pour des élèves autistes

¹⁵³ Fédération Wallonie-Bruxelles, « Organisation générale » [[lien](#)]

¹⁵⁴ Circulaire 7689 du 19 août 2020, Organisation des écoles d'enseignement fondamental spécialisé, p.188 [[lien](#)]

¹⁵⁵ Décret organisant l'enseignement spécialisé, *op. cit.*

- Pour des « élèves avec handicaps physiques lourds entravant fortement leur autonomie et nécessitant des actes de soins et de nursing importants mais disposant de compétences intellectuelles leur permettant d'accéder aux apprentissages scolaires grâce à des moyens orthopédagogiques très spécifiques. »¹⁵⁶

Type	Polyhandicapés	Autistes	Aphasiques / Dysphasiques	Avec HPLCI (Handicaps physiques lourds disposant de compétences intellectuelles leur permettant d'accéder aux apprentissages scolaires)
1		X	X	
2	X	X		
3		X	X	
4	X	X	X	X
5	X	X	X	X
6	X	X	X	X
7	X	X	X	X
8		X	X	

Source : *enseignement.be* [\[lien\]](#)

Une circulaire parue en 2009 organise ces différentes pédagogies. En ce qui concerne la pédagogie adaptée pour élèves autistes, cette circulaire précise que : « Il sera fait appel, dans la mesure du possible et du respect des dispositions statutaires, au personnel paramédical et au personnel enseignant particulièrement formé à l'éducation des élèves avec autisme. Il est recommandé qu'un membre au moins du personnel ait bénéficié d'une formation "TEACCH"¹⁵⁷, préconisée par la pédagogie SCHOPLER ou d'une autre formation dans le domaine de l'autisme »¹⁵⁸. Un guide pour l'enseignement pédagogique adapté aux élèves avec autisme est par ailleurs diffusé par *enseignement.be*, en complémentarité de la formation TEACCH¹⁵⁹.

La pédagogie adaptée pour ces élèves doit notamment leur permettre de disposer d'espaces spécifiques, d'un aménagement des horaires individuelles et d'un système de communication adapté à chacun.

Mais bien que la Belgique s'inscrive dans une volonté intégrative proposant des modes pédagogiques spécifiques, il n'existe pas de formation particulière pour les enseignants du spécialisé.

¹⁵⁶ Fédération Wallonie-Bruxelles, « L'enseignement spécialisé en Fédération Wallonie-Bruxelles », 2012, P.15 [\[lien\]](#)

¹⁵⁷ TEACCH = Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children (Traitement et éducation des enfants avec autisme ou présentant des troubles de la communication apparentés). Programme créé aux États-Unis au début des années 1970 (référence de « L'enseignement spécialisé », *op. cit.*)

¹⁵⁸ Circulaire n°2876 du 16 septembre 2009, Service général de l'Inspection – Organisation des pédagogies adaptées pour élèves avec autisme, polyhandicap et aphasie-dysphasie, p.3 [\[lien\]](#)

¹⁵⁹ « Pour une pédagogie adaptée aux élèves avec autisme – Manuel complémentaire à la formation TEACCH » [\[lien\]](#)

6.2.5 La formation des enseignants

La formation initiale :

En Belgique, il n'existe aucune formation spécifique à l'enseignement spécialisé. Pour devenir enseignant spécialisé, il faut donc obtenir le même titre que pour l'enseignement ordinaire, tel que défini par la Circulaire n°5669 de 2016¹⁶⁰, c'est-à-dire :

- Un titre requis : un diplôme de base dans la discipline enseignée et un certificat d'aptitude pédagogique,
- Ou un titre jugé suffisant : un diplôme de base du même niveau que le diplôme requis et un certificat d'aptitude pédagogique
- Ou un autre titre : certaines personnes peuvent enseigner à condition qu'elles aient une expérience professionnelle significative.¹⁶¹

La réforme de la formation initiale des enseignants, dont l'entrée en vigueur est reportée à la rentrée académique 2023, va changer quelque peu ces prérogatives, en introduisant de nouveaux cursus de formation, de type long, et organisés dans l'enseignement supérieur¹⁶². Précisions par ailleurs que cette réforme ne fait a priori pas mention de la création de formations spécifiques pour les futurs enseignants du secteur spécialisé.

« Pour être prof dans le spécialisé, il n'y a pas de formation spécifique. C'est aussi clair que ça. Avec toutes les conséquences que vous pouvez imaginer. Donc il n'y a pas de formation préalable. On va dans une école de pédagogie, on devient instit. ou régent ou bachelier, mais si on est prof d'anglais ou prof de français, que ce soit à destination du spécialisé ou de l'ordinaire, c'est pareil, la formation est pareille. Sauf que quand même, depuis ces dernières années, je vais dire 10 ans, l'enseignement supérieur qui est responsable de la formation a quand même intégré dans son processus de formation des modules qui concernent fort l'enseignement spécialisé, tels que des modules sur les troubles de l'apprentissage, les troubles de la personnalité, mais tout ça est très variable d'une Haute École à une autre. Les écoles recommandent aux étudiants que dans l'ensemble de leur parcours de stage, un de leurs stages soit consacré à l'enseignement spécialisé. Ce n'est pas une obligation, mais il y en a toute une série qui y vont, et pour qui c'est une heureuse découverte qui aboutit quelque fois à une prise de fonction dans le spécialisé. »¹⁶³

La Ligue des Familles¹⁶⁴ critique ce manque de formation, d'autant plus que, selon elle, pour développer une école inclusive, il faut que tous les enseignants, y compris ceux qui enseignent dans l'enseignement ordinaire, soient formés à ces questions : en formation initiale pour les nouveaux ; continue pour les enseignants déjà en poste. De même, elle prône une formation sur le handicap pour tout le personnel des écoles, au-delà du corps enseignant¹⁶⁵.

¹⁶⁰ Circulaire n°5669 du 25 mars 2016, Réforme des titres et fonctions de l'enseignement secondaire de plein exercice et en alternance subventionné par la Fédération Wallonie-Bruxelles », entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2016 [\[lien\]](#)

¹⁶¹ Enseignement.be [\[lien\]](#)

¹⁶² Enseignement.be, « Réforme de la formation à partir de 2020-2021 » [\[lien\]](#)

¹⁶³ Extrait d'entretien, Monsieur B., *op. cit.*

¹⁶⁴ La Ligue des Familles, créée en 1921, est une association sans but lucratif qui défend les familles de Wallonie et Bruxelles, et accompagnent les parents en proposant des aides financières, un service de babysitting, des ateliers, etc. Plus largement, l'association mène des actions citoyennes, politiques et de plaidoyer afin de changer les normes législatives [\[lien\]](#).

¹⁶⁵ Service d'Étude et Action politique de la Ligue des familles, « En route vers une école inclusive. De l'exclusion à l'inclusion », décembre 2020 [\[lien\]](#).

La formation continue :

Les enseignants peuvent se former tout au long de leur carrière, et notamment aux questions qui touchent à l'enseignement spécialisé.

L'institut de formation en cours de carrière (IFC) est l'organisme de référence pour l'organisation des formations en cours de carrière en interréseaux, de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Il propose notamment des formations sur l'autodétermination ou l'estime de soi des enfants en situation de handicap, les troubles de l'apprentissage, la déficience intellectuelle, le polyhandicap, et une dizaine de formations en lien avec les TSA. Plusieurs d'entre elles portent par ailleurs sur la méthode TEACCH¹⁶⁶.

D'autres organismes de formation existent, comme :

Le Centre de Formation (CFCP) du Conseil de l'enseignement des communes et des provinces (CECP) qui organise la formation en cours de carrière (FCC) à destination des équipes éducatives des écoles belges, dans l'enseignement fondamental ordinaire et spécialisé. Il répond ainsi aux objectifs de la formation collective obligatoire pour l'année 2021-2022, et propose 68 modules de formation, répartis en 3 thèmes. Le thème n°2 porte sur la « construction des apprentissages dans le cadre du tronc commun », et dispense notamment des modules sur l'école inclusive, l'élaboration du PIA (Plan individuel d'apprentissage) dans l'enseignement spécialisé, les troubles d'apprentissage ou encore les troubles de développement¹⁶⁷.

L'institut Supérieur Pédagogique de la Région de Bruxelles-Capital, centre de formation continue agréé par la Communauté française, qui propose également des formations sur la base du volontariat au personnel éducatif des Centres psycho-médico-sociaux (CPMS) dans l'enseignement fondamental et secondaire ordinaire et spécialisé. Certains modules portent par exemple sur les troubles de l'apprentissage¹⁶⁸.

6.3 L'organisation de l'enseignement en France

L'organisation de l'enseignement est différente en France, tant dans sa configuration générale que dans la considération même de l'enseignement spécialisé, qui est rattaché soit à un ESMS soit à une école ordinaire.

6.3.1 L'organisation générale du système éducatif français

Le financement de l'enseignement :

L'État prend une place prépondérante dans le pilotage et le financement de l'école en France. Plus de 90% du financement de l'éducation scolaire en France est financé par l'État, les collectivités territoriales et les administrations publiques. Le reste du financement correspond à la participation des entreprises publiques et privées et des ménages¹⁶⁹.

¹⁶⁶ Site internet IFC, programme de formations [\[lien\]](#)

¹⁶⁷ CECP, « Formation obligatoire. Enseignement ordinaire, enseignement spécialisé », pour l'année scolaire 2021-2022 [\[lien\]](#)

¹⁶⁸ Institut Supérieur de Pédagogie de la Région de Bruxelles-Capital asbl, « Modules de formation continue volontaire. Enseignement fondamental et secondaire ordinaire, spécialisé. Personnel des CPMS. Tous réseaux », pour l'année 2021-2022 [\[lien\]](#)

¹⁶⁹ Site de Eurydice

Financement de la dépense intérieur d'éducation en 2019 (enseignement public)				
	Financement par :			
	l'État	Les collectivités locales	Les entreprises	Les ménages
Enseignement préélémentaire et élémentaire public	56,20%	38,60%	8,40%	7,50%
Enseignement secondaire public	73,60%	20,60%		

Source : tableau construit à partir de données trouvées sur le site de Eurydice [\[lien\]](#)

Financement du secteur privé :

Le secteur privé accueille environ 20% des élèves français.

L'État prend en charge la rémunération du personnel enseignants des écoles privées qui ont signé un contrat d'association¹⁷⁰, ce qui représente environ 80% des établissements privés. Il finance également les charges sociales et fiscales et les dépenses de formation des enseignants.

Pour les établissements privés hors contrat, l'État n'octroie pas de financement. Ce sont aux parents de prendre en charge les frais de fonctionnement¹⁷¹.

En France, il n'existe pas d'école spécialisée. L'organisation des enseignements pour enfants et adolescents en situation de handicap peut s'effectuer soit au sein d'un ESMS (donc en milieu éducatif spécialisé) soit en milieu scolaire ordinaire.

6.3.2 Les modalités de scolarisation des enfants en situation de handicap

Si l'éducation des enfants en situation de handicap en France s'est initialement construite au sein même des établissements et services médico-sociaux, la transformation de l'offre médico-sociale et l'évolution de la conception du handicap ont porté un principe inclusif qui se déploie de plus en plus dans ce domaine.

➤ La scolarisation en milieu spécialisé

- Les unités d'enseignement (UE)

Les modalités de création et d'organisation des unités d'enseignement dans les ESMS sont précisées dans un arrêté du 2 avril 2009¹⁷². Des UE peuvent être créées dans des établissements médico-sociaux dont l'orientation dépend de la MDPH, essentiellement en instituts médico-sociaux (IME).

Ces unités d'enseignement visent à offrir une éducation à des enfants et adolescents qui ne pourraient pas effectuer leur scolarité dans l'école ordinaire. Elles doivent mettre en œuvre le projet personnalisé de scolarisation (PPS) des élèves accueillis. Elles sont souvent assurées par des enseignants spécialisés

¹⁷⁰ Article L442-5 à L442-11 du code de l'éducation [\[lien\]](#)

¹⁷¹ Site de Eurydice [\[lien\]](#)

¹⁷² Arrêté du 2 avril 2009 précisant les modalités de création et d'organisation d'unités d'enseignement dans les établissements et services médico-sociaux ou de santé pris pour l'application des articles D.351-17 à D.351-20 du code de l'éducation [\[lien\]](#)

détachés de l'éducation nationale, en référence aux programmes officiels, mais avec une pédagogie adaptée¹⁷³. L'ESMS peut également recruter lui-même des professeurs de l'enseignement privé¹⁷⁴.

Ce sont donc des classes hébergées dans l'ESMS. Mais les unités d'enseignement se diversifient, et tendent de plus en plus à s'externaliser (nous y reviendrons).

- Les Unités d'enseignement externalisées (UEE)

Les unités d'enseignements déployées dans des ESMS peuvent être externalisées, c'est-à-dire implantées dans des écoles ordinaires, pour répondre à un objectif d'inclusion scolaire. Ce qui les distingue des Ulis, c'est que ces unités d'enseignement restent rattachées à l'ESMS, et font l'objet d'un projet spécifique.

Elles sont assurées au minimum par un enseignant spécialisé et un professionnel éducatif de l'ESMS.

- Les classes d'hôpital de jour

Les hôpitaux de jour, souvent rattachés à un hôpital pédopsychiatrique, propose des activités éducatives à des enfants autistes ou avec troubles psychiques importants, au niveau élémentaire. La scolarisation est alors assurée par un enseignant mis à disposition par l'éducation nationale.¹⁷⁵

Mais en adéquation avec la transformation de l'offre médico-sociale, les initiatives qui tentent de répondre au principe d'inclusion scolaire deviennent la norme.

➤ La scolarisation en milieu ordinaire

- Les classes ordinaires

Les enfants en situation de handicap peuvent être scolarisés en milieu ordinaire. Dans ce cas, ils peuvent bénéficier ou non d'aménagements et de compensations (tout comme pour les enfants scolarisés en milieu spécialisé) déterminés par la MDPH, et pouvant reposer sur :

- Un Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS)¹⁷⁶
- Un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) : pour les enfants et adolescents atteints de maladies chroniques.
- L'intervention d'un.e Accompagnant.e des Élèves en Situation de Handicap (AESH).

La gestion des interventions des AESH est coordonnée par les Pôles Inclusifs d'Accompagnement Localisés (PIAL). Mis en place en 2019¹⁷⁷, les PIAL se sont généralisés sur l'ensemble du territoire français depuis la rentrée 2021. Leur rôle est de répartir les AESH sur une zone géographique donnée, en fonction des besoins des élèves concernés et de leurs emplois du temps. Jean-Michel Blanquer, alors ministre de l'Éducation nationale et de la Jeunesse, y voyait là une évolution significative permettant de mieux capitaliser les ressources humaines et de les répartir plus équitablement. Pour

¹⁷³ Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse, « Guide pour la scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap », 2018, p.30 [\[lien\]](#)

¹⁷⁴ Site Enfant Différent [\[lien\]](#)

¹⁷⁵ Circulaire n°91-303 du 18 novembre 1991, Scolarisation des enfants et adolescents accueillis dans les établissements à caractère médical, sanitaire ou social [\[lien\]](#)

¹⁷⁶ Article D351-5 du Code de l'éducation [\[lien\]](#)

¹⁷⁷ Circulaire n°2019-088 du 5-6-2019 pour une école inclusive [\[lien\]](#) ; Circulaire n°2019-090 du 5-6-2019, concernant le cadre de gestion des personnels exerçant des missions d'accompagnement d'élèves en situation de handicap (AESH) [\[lien\]](#)

autant, un certain nombre d'associations dénonce une gestion moins individualisée, plus contraignante pour les AESH devant accompagner un nombre plus important d'élèves et devant se déplacer plus loin, et moins adaptée pour certains enfants bénéficiant d'un nombre réduit d'heures d'accompagnement¹⁷⁸.

- Les SEGPA

Les Sections d'Enseignement Général et professionnel adapté (SEGPA) sont à destination d'élèves de collège présentant des difficultés scolaires importantes et durables. Les classes de SEGPA dispensent des enseignements adaptés et professionnalisant, tout en permettant aux élèves d'assister à des cours avec les autres classes.

- Les EREA

Les Établissements Régionaux d'Enseignement Adapté (EREA) et les Lycées d'Enseignement Adapté (LEA), spécialisés dans l'accueil d'enfants en grande difficulté scolaire, sociale ou liée à une situation de handicap, sont des Établissements Publics Locaux d'Enseignement (EPLÉ). Les EREA et les LEA sont régis par la circulaire du 24 avril 2017¹⁷⁹, et dispensent des enseignements adaptés aux élèves, et professionnalisant (niveau V – CAP – ou IV – baccalauréat professionnel). Les élèves de ces établissements bénéficient d'un accompagnement individualisé et évolutif en fonction de leurs spécificités personnelles. Les EREA et LEA proposent également un accompagnement pédagogique et éducatif en internat.

Pour les élèves en situation de handicap, l'orientation en EREA et LEA passe par une notification de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

- Les ULIS

Les unités localisées pour l'inclusion scolaire (Ulis) sont des dispositifs collectifs de scolarisation. Elles permettent d'accueillir un petit groupe d'élèves avec des besoins et des objectifs d'apprentissage similaires. Les élèves en Ulis peuvent, selon leurs possibilités, bénéficier de temps de scolarisation dans une classe de l'établissement scolaire¹⁸⁰.

Il existe 3 types d'Ulis :

- Ulis école : à l'école primaire. L'effectif est de 12 enfants maximum.
- Ulis collège : en collège. L'effectif y est de 10 maximum.
- Ulis Lycée : en lycée général, technologique ou professionnel. L'effectif y est de 10 également¹⁸¹.

Ces unités s'adressent aux élèves présentant : des troubles des fonctions cognitives ou mentales (TFC), des troubles spécifiques du langage et des apprentissages (TSLA), des troubles envahissants du développement (**TED – dont autisme**), des troubles des fonctions motrices (TFM), des troubles de la fonction auditives ou visuelle (TFA – TFV), des troubles multiples associés (TMA).

¹⁷⁸ Handicap.fr, « École inclusive : quoi ne neuf à la rentrée 2021 » [\[lien\]](#)

¹⁷⁹ Circulaire n°2017-076 du 24 avril 2017 concernant les établissements régionaux d'enseignement adapté (EREA) [\[lien\]](#)

¹⁸⁰ Éduscol, « Les unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) » [\[lien\]](#)

¹⁸¹ Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse, « Guide pour la scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap », 2018, p.24 [\[lien\]](#)

Thinet Yohann, *La scolarisation des élèves autistes dans l'enseignement spécialisé en France : formation des enseignants et pratiques inclusives*, Thèse de Sciences de l'éducation, Université de Bretagne Occidentale, 2019.

Les Ulis font partie intégrante de l'établissement scolaire d'implantation¹⁸².

- Le CNED

Le Centre national d'enseignement à distance (CNED) propose des formations scolaires et professionnelles à distance, pour les élèves ne pouvant pas suivre les enseignements dans les murs de l'établissement à temps plein, par le biais de cursus scolaires adaptés. L'orientation en CNED peut se faire par une décision de la CDAPH ou de la famille. L'élève peut, par ailleurs, fréquenter l'établissement scolaire à temps partiel ou être admis dans une unité d'enseignement d'un ESMS.

➤ Les structures MS qui viennent en appui à la scolarisation en milieu ordinaire

- Les SESSAD¹⁸³

Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) visent à accompagner les enfants et adolescents maintenus dans leur milieu ordinaire de vie et d'éducation. Les SESSAD peuvent avoir différentes appellations :

- Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire (SAAAIS), pour enfants déficients visuels.
- Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce (SAFEP), pour enfants de 0 à 3 ans déficients sensoriels.
- Service de soins et d'aide à domicile (SSAD) pour enfants polyhandicapés.
- Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire (SSEFIS), pour enfants déficients auditifs après 3 ans.

Les SESSAD peuvent octroyer des soins médicaux ou paramédicaux, l'intervention d'un éducateur spécialisé, et parfois l'appui d'un enseignant spécialisé qui peut être rattaché au SESSAD ou « itinérant »¹⁸⁴.

- Les CMPP

Les Centre médico-psycho-pédagogiques (CMPP) sont définis et régis par le décret du 18 février 1963¹⁸⁵, qui a ajouté l'annexe XXXII¹⁸⁶ au décret du 9 mars 1956¹⁸⁷. Il est complété par la circulaire n°35 bis SS du 16 avril 1964¹⁸⁸.

Les CMPP sont placés sous l'autorité d'un médecin pédiatre ou pédo-pédiatre. Les équipes des CMPP sont pluridisciplinaires, souvent composées de médecins psychiatres, d'auxiliaires médicaux, de psychologues, d'assistants sociaux, de rééducateurs, de pédagogues...

¹⁸² Circulaire n°2015-129 du 21 août 2015, sur les Unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS), dispositifs pour la scolarisation des élèves en situation de handicap dans le premier et le second degré [\[lien\]](#)

¹⁸³ Code de l'action sociale et des familles, article D.312-55 [\[lien\]](#)

¹⁸⁴ Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse, « Guide pour la scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap », 2018, p.27-28 [\[lien\]](#)

¹⁸⁵ Décret n°63-146 du 18 février 1963 complétant le décret n°56-284 du 9 mars 1956 qui a fixé les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux [\[lien\]](#)

¹⁸⁶ Annexe XXXII, ajoutée par le décret n°63-146 du 18 février 1963 au décret n°56-284 du 9 mars 1956 [\[lien\]](#)

¹⁸⁷ Décret n°56-284 du 9 mars 1956 complétant le décret n°46-1834 du 20 août 1946 modifié, fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux [\[lien\]](#)

¹⁸⁸ Circulaire n°35 bis SS du 16 avril 1964 portant que le fonctionnement général et financement des Centre Médico-Psycho-Pédagogiques [\[lien\]](#)

Ces centres proposent un accompagnement pour les enfants et adolescents jusqu'à 20 ans présentant des difficultés scolaires, des troubles du comportement, du langage, ou psychomoteurs, pour favoriser leur inclusion.

➤ Scolarisation en milieu ordinaire pour les enfants avec Troubles du Spectre de l'Autisme

Pour les enfants TSA, il existe des dispositifs spécifiques :

- Les Unités d'enseignement en maternelle - autisme

Les UEMA sont apparues en France en 2014¹⁸⁹, dans le cadre du 3^{ème} plan autisme 2013-2017¹⁹⁰.

Les UEM / UEMA sont des classes d'ESMS implantées dans des écoles maternelles, destinées à favoriser l'inclusion scolaire des enfants avec troubles du spectre autistique (TSA), entre 3 et 6 ans. Elles accueillent jusqu'à 7 enfants. Les élèves y bénéficient d'interventions éducatives et thérapeutiques telles que recommandées par la Haute Autorité de Santé (HAS)¹⁹¹. Les modalités, caractéristiques et objectifs des UEM sont stipulés dans le cahier des charges des unités d'enseignement en maternelle du 24 avril 2014, modifié par l'instruction du 10 juin 2016¹⁹². Les équipes intervenant dans l'UEM doivent être constituées d'un enseignant spécialisé et des professionnels du médico-social, pouvant être : des moniteurs éducateurs, éducateurs jeunes enfants, éducateurs spécialisés, aides médico-psychologiques, des professionnels paramédicaux, des psychologues.

Les UEM dispensent un accompagnement qui module temps individuels et moments collectif, adapté aux spécificités des enfants. Le programme qui y est enseigné est conforme à ceux du ministère chargé de l'éducation nationale, et les interventions éducatives et thérapeutiques sont organisées autour du projet personnalisé de scolarisation et du projet individualisé d'accompagnement (PIA) de chaque élève. Les élèves sont scolarisés à temps plein en UEM.

- Les Unités d'enseignement en élémentaire Autisme

Les UEEA se sont développées suite à l'instruction interministérielle du 1^{er} août 2018¹⁹³ dans le cadre de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement¹⁹⁴. Le cahier des charges des UEEA a ensuite été modifié par l'instruction du 30 août 2019¹⁹⁵.

Les UEEA sont des classes d'ESMS implantées dans des écoles élémentaires ordinaires, afin de favoriser l'inclusion scolaire des enfants avec troubles du spectre autistique, entre 6 et 11 ans. Les professionnels intervenants dans les UEEA mettent en place des outils spécifiques (conforme aux

¹⁸⁹ Instruction ministérielle n°DGCS/SD3B/DGOS/SDR4/DGESCO/CNSA/2014/52 du 13 février 2014, Mis en œuvre des plans régionaux d'action, des créations de places et des unités d'enseignement prévus par le 3^{ème} plan autisme (2013-2017) [[lien](#)]

¹⁹⁰ Carlotti Marie-Arlette, « 3^{ème} plan autisme (2013-2017) », Présentation, 2 mai 2013 [[lien](#)]

¹⁹¹ HAS, « Autisme et autres TED. Interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent », synthèse de la recommandation de bonne pratique, mars 2012 [[lien](#)]

¹⁹² Instruction interministérielle n° DGCS/SD3B/DGESCO/CNSA/2016/192 du 10 juin 2016 relative à la modification du cahier des charges national des unités d'enseignement en maternelle prévues par le 3^{ème} plan autisme (2013-2017) [[lien](#)]

¹⁹³ Instruction interministérielle n°DGCS/3B/DGESCO/2018/192 du 1^{er} août 2018 relative à la création des unités d'enseignement élémentaire autisme (UEEA) et à la mise en œuvre de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement 2018-2022 [[lien](#)]

¹⁹⁴ Secrétariat d'État chargé des personnes handicapées, « la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement », Rapport, 2018-2022 [[lien](#)]

¹⁹⁵ Instruction Interministérielle n° DGCS/SD3B/DIA/DGESCO/2019/158 du 30 août 2019 relative à la mise à jour du cahier des charges des unités d'enseignements élémentaires autisme (UEEA) et à la poursuite de leur déploiement dans le cadre de la stratégie nationale au sein des troubles du neuro-développement 2018-2022 [[lien](#)]

recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives aux comportements problèmes¹⁹⁶) à visée pédagogique, éducative et thérapeutique.

Les classes sont composées de 7 à 10 élèves. Là encore, les enseignements dispensés sont conformes aux programmes du ministère de l'éducation nationale. Les élèves bénéficient également d'un accompagnement éducatif et thérapeutique adapté et dans le cadre d'un projet personnalisé de scolarisation. Les élèves sont scolarisés à temps plein dans l'UEEA.

L'équipe d'une UEEA est composée de : 1/ un enseignant spécialisé, titulaire du Certificat d'Aptitude Professionnelle aux Pratiques de l'Éducation Inclusive (CAPPEI – modules d'approfondissement : troubles du spectre autistique), affecté par l'Inspecteur d'Académie – Directeur Académique des Services de l'Éducation Nationale (IA – DESEN). 2/ Un AESH recruté par le directeur de l'école et l'ESMS. 3/ Un éducateur spécialisé. 4/ Un accompagnant éducatif et social du secteur médico-social. 5/ Des professionnels médicaux et paramédicaux, dont la mobilisation dépend du plateau technique de l'ESMS. Des professionnels libéraux peuvent également être sollicités.

- Les DAR

Les dispositifs d'auto-régulation (DAR) ont pour objectif de permettre à des élèves autistes de parvenir à s'auto-réguler, et de favoriser une continuité du parcours scolaire en milieu ordinaire. Ces dispositifs, répondant à l'engagement n°3 de la stratégie nationale¹⁹⁷, s'ancre dans la perspective d'une scolarisation inclusive. Ils sont régis par une instruction ministérielle de 2021¹⁹⁸.

Ces dispositifs s'insèrent dans l'école : les enfants TSA suivent ainsi le même cursus scolaire que les élèves sans besoin spécifique, et dans le milieu ordinaire. Une salle d'autorégulation, dans laquelle sont organisés des modules, est toutefois mise en place afin de leur proposer des activités favorisant leur autorégulation. L'équipe d'autorégulation est pluridisciplinaire, et est constituée d'enseignants, d'éducateurs spécialisés, de psychologues, de psychomotriciens...¹⁹⁹

Les modalités de scolarisation ne sont pas figées, elles peuvent évoluer, se succéder et se superposer, s'effectuer à temps plein ou à temps partiel.

À la différence de la Belgique, et bien que le système scolaire français ne possède pas d'école spécialisée, il existe en France une formation à l'éducation inclusive.

6.3.3 La formation des enseignants spécialisés en France

En France, il existe un certificat d'aptitude professionnelle aux pratiques de l'éducation inclusive (CAPPEI) depuis le décret de 2017²⁰⁰. Ce décret est complété par deux arrêtés qui précisent les modalités de l'examen du CAPPEI et l'organisation de la formation, et par une circulaire²⁰¹. Le CAPPEI remplace le Certificat d'Aptitude Professionnelle pour les Aides Spécialisées, les Enseignements Adaptés et la Scolarisation des élèves en situation de Handicap (CAPA-SH) pour les enseignants du

¹⁹⁶ Les « comportements-problèmes » au sein des établissements et services accueillant des enfants et adultes handicapés, RBPP, 19 juillet 2016 [\[lien\]](#)

¹⁹⁷ Stratégie nationale pour l'Autisme au sein des troubles du neuro-développement, *op. cit.*

¹⁹⁸ Instruction ministérielle du 3 septembre 2021, sur la création de dispositifs d'autorégulation pour les élèves présentant des troubles du spectre de l'autisme, dans le cadre de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement [\[lien\]](#)

¹⁹⁹ Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement, « les dispositifs d'autorégulation (DAR) », fiche technique, 2020 [\[lien\]](#)

²⁰⁰ Décret n°207-169 du 10 février 2017 relatif au certificat d'aptitude professionnelle aux pratiques de l'éducation inclusive et à la formation professionnelle spécialisée [\[lien\]](#)

²⁰¹ Circulaire n° 2017-026 du 14 février 2017, relative à la formation professionnelle spécialisée et au certificat d'aptitude professionnelle aux pratiques de l'éducation inclusive (CAPPEI) [\[lien\]](#)

premier degré, et le Certificat Complémentaire pour les Enseignements Adaptés et la Scolarisation des élèves en situation de Handicap (2CA-SH) pour les enseignants du second degré²⁰².

La formation est organisée de la manière suivante :

- Un tronc commun de 144 heures (6 modules),
- Deux modules d'approfondissement de 104h en tout, et portant plus spécifiquement sur les différents troubles (psychiques, d'apprentissage, auditifs, etc.) et notamment ceux du spectre autistique,
- Un module de professionnalisation de 52h

Depuis le 23 décembre 2020, il est possible de valider un CAPPEI par une VAE²⁰³.

Bien que cette formation existe, il y'a aurait « en France, 20 à 50% des postes d'enseignants spécialisés [qui] seraient occupés par des enseignants non titulaires de cette certification. »²⁰⁴

Les enseignants ayant obtenu leur CAPPEI ont un accès prioritaire, pendant cinq ans et pour une durée de 100 heures, aux modules de formation d'initiative nationale²⁰⁵, organisés en trois axes : 1/ La prise en compte des besoins éducatifs de l'élève ; 2/ Fluidifier le parcours de l'élève ; 3/ Professionnalisation des enseignants.

Le 3^{ème} plan autisme affichait déjà, en 2013, un objectif de formation de la communauté éducative (enseignants, psychologues, médecins et infirmières de l'Éducation nationale, mais aussi inspecteurs et auxiliaires de vie scolaire) par un « module sur les troubles cognitifs et comportementaux et sur le travail sur le partenariat afin de repérer les signes d'alerte, d'accueillir les enfants et de décliner les apprentissages »²⁰⁶.

La Stratégie nationale pour l'autisme²⁰⁷ pose à son tour comme objectif de « Former et accompagner dans leur classe les enseignants accueillant des élèves autistes »²⁰⁸, reposant sur :

- Le renforcement de 100 enseignants spécialisés sur l'autisme (1 par département) comme personnes ressources
- Le développement d'actions d'information et de sensibilisation pour les professionnels intervenant auprès d'enfants avec troubles du spectre autistique (accompagnants, enseignants spécialisés, médecins, psychologues scolaires, etc.).

En conclusion, la Belgique a développé un enseignement spécialisé permettant à tous les enfants en situation de handicap d'avoir accès à l'école, se plaçant ainsi comme précurseur dans ce domaine parmi les pays européens²⁰⁹. Son modèle s'est peu à peu complété d'une attention à l'intégration de ces enfants dans le milieu ordinaire. La France, quant à elle, a plus tardivement développé des formes

²⁰² Décret n°2004-13 du 5 janvier 2004 créant le certificat d'aptitude professionnelle pour les aides spécialisées, les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap et le certificat complémentaire pour les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de de handicap [\[lien\]](#)

²⁰³ Décret n°2020-1634 du 21 décembre 2020 modifiant le décret n°2017-169 du 10 février 2014 relatif au certificat d'aptitude professionnelle aux pratiques de l'éducation inclusive et à la formation professionnelle spécialisée [\[lien\]](#)

²⁰⁴ Thinet Yohann, *La scolarisation des élèves avec autisme dans l'enseignement spécialisé en France : formation des enseignants et pratiques inclusives*, Thèse de sciences de l'éducation, Brest, 2019 (p.64).

²⁰⁵ Circulaire n°2017-026, *op. cit.*

²⁰⁶ Carlotti Marie-Arlette, « Synthèse du 3^{ème} plan autisme (2013-2017) », présentation, 2 mai 2013 (p.12) [\[lien\]](#)

²⁰⁷ Stratégie nationale pour l'Autisme au sein des troubles du neuro-développement, *op. cit.*

²⁰⁸ Stratégie nationale, « Autisme. Stratégie nationale pour l'Autisme au sein des troubles du neuro-développement », 2018 (p.29) [\[lien\]](#)

²⁰⁹ Les colibris, « L'histoire de l'enseignement spécialisé » [\[lien\]](#)

éducatives pour les enfants et adolescents en situation de handicap. Celles-ci se sont déployées principalement dans des ESMS, et plus difficilement dans le milieu ordinaire, à l'aide de compensations. Mais la tendance est aujourd'hui à l'externalisation des unités d'enseignement, afin de répondre à un principe d'inclusion. Dans les deux cas, l'objectif est de rapprocher les enfants et adolescents en situation de handicap du système scolaire ordinaire, et de scolariser tous les enfants.

7 L'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL

7.1 Le processus d'orientation et d'admission

7.1.1 En France : la reconnaissance du handicap et l'évaluation des besoins assurés par la MDPH

Afin d'effectuer une demande auprès de la MDPH, le requérant doit remplir un formulaire cerfa²¹⁰, qui se compose de 6 sections :

- A. Votre identité.
- B. Votre vie quotidienne : afin d'évaluer les besoins pour la vie à domicile (autonomie, finances), pour se déplacer, pour la vie sociale (communiquer, avoir des loisirs, etc.).
- C. La vie scolaire et étudiante : les besoins en lien avec les apprentissages élémentaires, pour communiquer, pour l'entretien personnel, pour se déplacer.
- D. Votre situation professionnelle.
- E. Expression des demandes de droits et prestations.
- F. Vie de votre aidant familial : à remplir par l'aidant familial.

En France, c'est la Commission des Droits et Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) qui est chargée d'évaluer les demandes de reconnaissance du handicap, d'attribuer les certificats d'invalidité, la qualité de travailleur handicapé et les droits à compensation.

La CDAPH est formée d'une équipe pluridisciplinaire dont la composition varie en fonction des besoins de la personne, de sa déficience, de son parcours et de son projet de vie (médecins, ergothérapeutes, psychologues, professionnels du travail social, de l'accompagnement scolaire, de l'insertion professionnelle, etc.). L'évaluation de la situation de handicap peut se faire sans rencontrer la personne, et à partir de la centralisation des informations transmises par les partenaires. La CDAPH apporte des réponses aux besoins de la personne par la mise en place d'un Plan Personnalisé de Compensation (PPC).

Depuis 2010, le guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA) est devenu l'outil de référence nationale d'évaluation des besoins, pour l'ensemble des MDPH²¹¹. Le GEVA est un outil permettant de centraliser et de synthétiser les évaluations, bilans et expertises sur

²¹⁰ Téléchargement du document sur le site Previsima : [lien](#).

²¹¹ Site de la CNSA, « évaluer les besoins de compensation de la personne » [\[lien\]](#).

la situation de la personne, et d'évaluer ses besoins dans les domaines médical, mais aussi professionnel, scolaire (GEVA-Sco²¹²), social, environnemental, etc.²¹³, répartis en 8 volets²¹⁴.

7.1.2 En Wallonie : une instruction des demandes par les bureaux régionaux et les SRJ

- Pour les adultes

En Wallonie, les personnes adultes souhaitant demander une reconnaissance de leur handicap ou une aide (médicale, financière, pour l'hébergement, l'emploi, la formation...) doivent remplir le Formulaire d'Introduction de demande (FID), dont l'instruction dépend de l'un des sept bureaux régionaux, en fonction du lieu de résidence de la personne²¹⁵. Ces bureaux sont constitués d'équipes pluridisciplinaires (médecins, psychologues, assistants sociaux, ergothérapeutes, agents d'intégration sociale ou professionnelle, etc.)²¹⁶. Le FID n'est donc accessible que sur demande, et il n'est pas possible d'en connaître le contenu exact. Cependant, Madame R., directrice de l'hébergement à l'AVIQ, décrit la procédure de cette manière :

Le bureau régional de rattachement de la demande rencontre chaque requérant formulant une demande d'accueil d'hébergement, et définit son orientation. Une première analyse de la situation est réalisée à la suite de cette rencontre. Puis un second entretien est réalisé, au cours duquel une demande d'inscription sur la liste unique²¹⁷ peut être réalisée :

« Ce formulaire nous permet, non seulement clairement d'acter la demande de la personne, mais de collecter par rapport à sa situation, tout une série d'informations psycho-médico-sociales, et sur son parcours etc. Donc quel est son parcours ? quelle est sa situation actuelle ? Est-ce qu'elle a des solutions ou pas du tout ? Quel type de solutions ? Est-ce qu'elle a des besoins spécifiques, en termes de soins, d'encadrement, de communication ? Quels sont ses souhaits par exemple par rapport à la localisation de l'établissement où elle irait etc. ? Enfin bref, y'a toute une série d'informations comme ça qui sont collectées. »

Après quoi, le travailleur du bureau régional va déterminer une orientation. La personne se voit attribuer une catégorie de handicap (liée à la pathologie) et une catégorie de subventionnement (liée à des critères d'intensité de prise en charge et d'autonomie).

« Est-ce que la personne présente des troubles du comportement ? Est-ce qu'elle présente de l'incontinence ? Est-ce qu'elle a besoin d'aide pour tous les actes de la vie quotidienne ? Voilà c'est des critères comme ceux-là qui vont déterminer la catégorie de subventionnement.

²¹² Obligatoire depuis 2014, Le GEVA-Sco permet à l'équipe éducative (EE) et l'équipe de suivi de la scolarisation (ESS) accompagnant l'enfant dans sa scolarité de transmettre à la CDPH des informations relatives aux besoins de scolarisation de l'élève en situation de handicap.

²¹³ Site de la CNSA, « Le GEVA » [[lien](#)].

²¹⁴ Les Mémos de la CNSA, n°5, « Le GEVA, guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées », mai 2018 [[lien](#)].

²¹⁵ AVIQ, Les bureaux régionaux [[lien](#)].

²¹⁶ Mons ; Charleroi, Ottignies ; Namur ; Dinant ; Libramont ; Liège.

²¹⁷ Il n'existe qu'une seule liste d'attente pour le secteur adultes.

- Pour les enfants

Toujours d'après Madame R., ce sont les Service Résidentiel pour Jeunes (SRJ) qui décident d'accueillir un enfant, et ils doivent alors le signifier à l'AVIQ dans les trois mois après son admission, en motivant leur décision. Puis :

« On leur délivre alors automatiquement une autorisation de prise en charge de cet enfant d'un an. Et au bout d'un an, on va sur place, on rencontre l'enfant, on rencontre l'équipe. On fait le point sur l'analyse qu'en a fait le SRJ et là soit on valide l'orientation, soit on l'invalidé, soit on dit OK vous pouvez encore continuer un an avec lui, mais dans un an, il faut quand même revoir son projet et qu'il fasse d'autres choses. En fait c'est plus qu'une validation de l'orientation. On se penche à la fois sur l'orientation préconisée, mais aussi sur la solution en tant que telle et sur l'adéquation de la solution. »

D'après Madame R., l'AVIQ et les bureaux régionaux n'utilisent pas de référentiel commun de classification pour évaluer les besoins des personnes. Ces propos corroborent les données recueillies dans le cadre de cette étude, qui tendent à montrer que si les systèmes d'allocations sont globalement équivalents sur les deux territoires, on note néanmoins quelques différences entre la France et la Wallonie. En effet, la « catégorisation » du handicap est différente en France et en Wallonie. De plus, la question de l'évaluation d'une situation est abordée différemment en France et en Wallonie, notamment du point de vue des outils mobilisés (GEVA pour la MDPH Française, SMAF²¹⁸ en Wallonie).

7.2 La Personnalisation de l'accompagnement

7.2.1 Les outils de personnalisation relatifs au secteur social et médico-social

La **question de la personnalisation de l'accompagnement**, comme levier d'action pour garantir l'effectivité des droits des personnes en situation de handicap, l'exercice de leur citoyenneté et leur pouvoir d'agir, **figure dans toutes les politiques relatives au secteur social et médico-social déployées sur les territoires français et wallons**. A ce titre, les établissements et structures accompagnant ces personnes sont soumis à la mise en œuvre de certains outils règlementaires.

Les évolutions règlementaires des années 2000 au bénéfice des droits des personnes.

En France, la loi dite 2002-2²¹⁹ précise et organise les droits des personnes et cherche à en assurer la mise en œuvre effective. Elle énumère et rend obligatoire un certain nombre de documents et d'instances :

- Le livret d'accueil
- La charte des droits et libertés de la personne accueillie
- Le médiateur / conciliateur (personne qualifiée)
- Le contrat de séjour ou document individuel de prise en charge (DIPC)
- Le projet d'établissement ou de service
- Le conseil de la vie sociale (ou autre forme de participation des usagers)
- Le règlement de fonctionnement de l'établissement

²¹⁸ Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle

²¹⁹ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [[lien](#)].

En outre, les ESSMS mentionnés à l'article L. 312-1 du CASF ont l'obligation d'évaluer et de faire procéder à l'évaluation de la qualité des prestations qu'ils délivrent, selon une procédure élaborée par la Haute Autorité de santé²²⁰.

En Wallonie, l'arrêté relatif aux conditions d'agrément et de subventionnement des services résidentiels, définit, dans sa version de 2007, un certain nombre d'obligations pour les établissements²²¹ :

- Au titre de la demande d'agrément (article 8), les établissements doivent fournir :
 - Un projet médico-socio-pédagogique, ainsi que le mode d'élaboration et de suivi des projets individuels établis selon une trame prévue (annexe 1 du texte)
 - Un règlement d'ordre intérieur (ROI)
- Au titre de l'accueil (articles 63 à 67), les établissements :
 - Concluent une convention de séjour, d'accueil, de traitement avec la personne ou son représentant légal.
 - Informent la personne ou son représentant légal sur toutes les questions touchant son accueil ou son hébergement et son projet individuel
 - Créent un conseil des usagers
- Au titre du respect des normes (article 74), les services d'inspection :
 - Procèdent périodiquement à l'évaluation de la mise en œuvre des projets médico-socio-pédagogiques

Des financements en partie sous-tendus aux réponses apportées aux besoins des personnes

Plus largement, dans une recherche d'affectation plus efficiente des ressources, les autorités françaises et wallonnes tendent toutes deux, dans le cadre des politiques de transformation de l'offre, à corréliser les financements attribués aux établissements à la qualité de service rendu aux personnes en situation de handicap, à la personnalisation de leur accompagnement et aux prestations mises en œuvre pour répondre à leurs besoins.

Ainsi, **en Wallonie**, l'arrêté du Gouvernement du 25 avril 2019 relatif aux contrats d'objectifs des services²²² modifie les modalités de financement des établissements. Les subventions sont allouées pour une durée de 6 ans, dans le cadre d'un contrat d'objectifs conclu entre l'établissement ou service et l'AVIQ. Ce texte implique pour les structures :

- **De s'inscrire dans une démarche de « logique de projet » et d'amélioration continue de la qualité de service rendu aux personnes en situation de handicap**²²³

²²⁰ CASF, article 318-2, Version en vigueur depuis le 01 janvier 2021, [\[lien\]](#).

²²¹ Arrêté du gouvernement wallon relatif aux conditions d'agrément et de subventionnement des services résidentiels, d'accueil de jour et de placement familial pour personnes handicapées [\[lien\]](#). **Il est à souligner que ce texte a été abrogé par un arrêté du gouvernement Wallon le 4 juillet 2013** : arrêté du gouvernement wallon portant codification de la législation en matière de santé et d'action sociale en Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé, 4 juillet 2013 [\[lien\]](#).

²²² Arrêté du Gouvernement wallon relatif aux contrats d'objectifs des services visés aux Titres VII, chapitres 1 à 4, 7 et 9, XI, XII, XII/1, XII/2 du Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé, Deuxième partie, Livre V [\[lien\]](#).

²²³ AVIQ, Webinaire "Contrat d'objectif et planification stratégique", avril 2021 [\[lien\]](#).

- **D'établir, en phase préalable à la rédaction du contrat d'objectif, un diagnostic stratégique,** donnant lieu à une synthèse qui identifie et priorise les actions à mettre en œuvre. Ce diagnostic peut être mené selon deux modalités²²⁴ :
 - En réalisant, sur la base d'outils internes, un inventaire des ressources, qui consiste en une analyse ou autoévaluation des ressources de l'établissement dans 5 domaines : la politique d'accompagnement, l'implication de la personne, le fonctionnement et l'organisation, le personnel, l'infrastructure et les ressources matérielles, financières.
 - En prenant appui sur le référentiel qualité, édité par l'AVIQ²²⁵, qui permet aux structures d'évaluer leur performance dans 5 domaines : l'implication et la place de la personne, la politique d'accueil, le personnel, l'organisation et fonctionnement, l'infrastructure.

- **De projeter et de planifier les actions mises en œuvre sur la période,** au regard d'un axe stratégique prioritaire unique, déterminé règlementairement, à savoir : « *la qualité de vie, la qualité de service, la bientraitance, et ce, au regard des usagers, des familles et de l'ouverture au sein de la communauté* »²²⁶. Ainsi, l'ensemble des actions mises en œuvre par la structure doivent concourir à cet objectif. Il est à noter que le législateur a précisé un certain nombre d'indicateurs auxquels les structures doivent faire référence dans le cadre de l'élaboration de leur contrat d'objectifs : le respect de la vie privée, de l'intimité, l'inclusion, l'autonomie, l'autodétermination, la communication, la valorisation des rôles sociaux, le soutien à la parentalité, le travail en réseau, l'accès aux services généralistes.

Précisons que l'AVICQ administre et/ ou finance différents types d'ESMS en Wallonie, qui ne sont pas soumis aux mêmes réglementations, contrairement aux catégories d'ESMS en France (SAFAE/ SRJ-SRA).

En France, la réforme programmée SERAFIN-PH²²⁷ vise à objectiver le financement des établissements et à allouer les ressources dans une logique d'équité, de fluidité des parcours, de souplesse et d'amélioration des modalités d'accompagnement des personnes en situation de handicap. Elle s'appuie sur deux nomenclatures permettant aux établissements et services de décrire, dans 3 domaines (*la santé, l'autonomie et la participation sociale*), les besoins des personnes accompagnées, ainsi que les prestations mises en œuvre pour y répondre. Bien que le référentiel tarifaire ne soit pas arrêté, les ESSMS sont invités à intégrer ces nomenclatures dans leurs outils de pilotage. En outre, les pré-modèles de la structuration budgétaire prennent en compte un financement à la qualité.

Etant donné les disparités administratives, règlementaires et budgétaires, les comparaisons des ESMS entre la Wallonie et la France sur ce point précis présentent des limites.

Focus sur le projet personnalisé

En France, chaque établissement est tenu, conformément à la loi n°2002-2 du 2 Janvier 2002, d'assurer aux personnes accompagnées par un ESSMS un accompagnement personnalisé. Le plus souvent, celui-

²²⁴ Ibid.

²²⁵ Référentiel Qualité Wallon [[lien](#)].

²²⁶ AVIQ, note explicative concernant l'arrêté du Gouvernement Wallon du 25 avril 2019 relatif aux contrats d'objectifs des services, 2019, 8p [[lien](#)].

²²⁷ Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées

ci est formalisé sous la forme d'un projet rédigé, qui s'articule avec les outils règlementaires de la loi 2002-2.

Comme le mentionne la HAS, ce document peut revêtir différentes dénominations dans les textes en vigueur²²⁸ : projet personnalisé, projet d'accueil et d'accompagnement, projet individuel pédagogique, éducatif et thérapeutique par exemple.

Quelle que soit sa dénomination, ce document rédigé est réalisé au bénéfice de la personne. Il doit être personnalisé (*c'est-à-dire répondre aux besoins et attentes singuliers de la personne*), implique le bénéficiaire ou son représentant légal (*principe de participation directe*). Il intègre différentes composantes de l'accompagnement : pédagogiques, thérapeutiques, éducatives.

Il doit être réalisé dans les 6 mois au plus tard suivant l'admission, et est renouvelé au moins une fois par an. Il est révisable en fonction de l'évolution des objectifs/moyens et de l'état de la personne et fait l'objet d'une évaluation régulière.

L'élaboration du projet s'inscrit dans un processus dynamique. Elle repose sur une méthodologie qui identifie les attentes et besoins de la personne, définit les objectifs à atteindre, les actions à entreprendre, les moyens à mobiliser, les échéances, le ou les responsables de sa mise en œuvre, et les modalités d'évaluation.

En Wallonie, l'arrêté relatif aux conditions d'agrément et de subventionnement des services résidentiels, dispose, dans sa version de 2007²²⁹, l'obligation pour les services de mettre place un projet individuel pour chaque bénéficiaire (article 12). Il doit être établi dans un délai de trois mois à dater de l'admission dans le service.

Ce document est élaboré en concertation avec l'ensemble des intervenants, la personne concernée et sa famille. Il contient des informations relatives à la personne (*identification*), les objectifs à atteindre, les moyens mis en œuvre pour atteindre les objectifs visés, les personnes ressources, la procédure d'évaluation du projet.

Ce texte impose également au service de tenir un dossier médico-socio-pédagogique individuel, contenant : l'analyse des besoins de la personne, un bilan de ses compétences, aptitudes, attentes, un bilan psychologique, un bilan médical, une anamnèse sociale, une évaluation de l'autonomie.

7.2.2 Les outils de personnalisation hors secteur social et médico-social

En dehors du secteur social et médico-social, d'autres outils, non exclusifs aux personnes avec TSA, peuvent être mobilisés pour favoriser la personnalisation du parcours des personnes. La liste des outils présentés n'est pas exhaustive. Par ailleurs, les plans personnalisés de compensation ayant déjà abordés dans la recherche documentaire, ne figurent pas dans cette partie.

En matière de scolarité

²²⁸ ANESM, lois et règlements faisant référence à la notion de projet de/ pour la personne accompagnée par un établissement ou service médico-social, document de travail, 2008, 13p [[lien](#)].

²²⁹ Arrêté du gouvernement wallon relatif aux conditions d'agrément et de subventionnement des services résidentiels, d'accueil de jour et de placement familial pour personnes handicapées, op, cit.

En France, au sein de l'éducation nationale, différents projets peuvent être mis en œuvre :

- **Le projet personnalisé de scolarisation (PPS)**²³⁰. Introduit par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, le PPS est un document écrit « *qui définit et coordonne les modalités de déroulement de la scolarité ainsi que les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins des élèves présentant un handicap* »²³¹. Il est mis en œuvre sur décision de la Commission Départementale des Personnes Handicapées (CDAPH).

Le suivi de la mise en œuvre du PPS, ainsi que sa coordination, sont assurés par un enseignant référent. Le PPS est évalué au moins une fois par an (*plus si besoin*) lors de l'équipe de suivi de la scolarisation (ESS), qui réunit les acteurs concourant à sa mise en œuvre ainsi que les parents. Les informations relatives à la situation de l'élève sont inscrites dans le GEVA-Sco, qui est l'outil de liaison entre l'éducation nationale et la MPDH.

En Belgique, les enfants et adolescents en situation de handicap bénéficient, de la même manière, d'outils de personnalisation :

- Les enfants et adolescents à « besoins spécifiques » bénéficient d'un **Plan individuel d'apprentissage (PIA)**. Introduit dans le Décret organisant l'enseignement spécialisé²³², le PIA est un « *outil méthodologique élaboré pour chaque élève et ajusté durant toute sa scolarité par le Conseil de classe, sur la base des observations fournies par ses différents membres et des données communiquées par l'organisme de guidance des élèves. Il énumère des objectifs particuliers à atteindre durant une période déterminée. C'est à partir des données du PIA que chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire met en œuvre le travail d'éducation, de rééducation et de formation* »²³³.
- Dans le cadre des politiques relatives à l'enseignement inclusif, les enfants en situation de handicap « en intégration » dans l'enseignement ordinaire peuvent bénéficier d'**aménagement raisonnables**²³⁴. Ils ont pour objectifs de permettre à l'élève de participer, selon ses possibilités, aux mêmes activités que ses pairs, d'être le plus autonome possible dans ses déplacements et ses activités scolaires, d'assurer sa sécurité et sa dignité. La mise en œuvre de ces aménagements ne fait pas l'objet d'une procédure, toutefois, les autorités conseillent aux parents ou aux élèves qui souhaitent en bénéficier, d'exprimer dans un premier temps leurs besoins auprès du corps enseignant, d'organiser une réunion de concertation et de formaliser les décisions prises par écrit.

En matière d'enseignement supérieur

En France, les étudiants en situation de handicap peuvent bénéficier de différents aménagements personnalisés²³⁵ :

²³⁰ Article D.351-5 du code de l'éducation [[lien](#)].

²³¹ Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Répondre aux besoins éducatifs particuliers des élèves : quels plans pour qui ?, 2014, 11p, pp5-6 [[lien](#)].

²³² Décret organisant l'enseignement spécialisé, 2004 [[lien](#)]

²³³ Ministère de la Communauté française, magazine prof n°0014, bonus : le plan individuel d'apprentissage, 2012, 7p, [[lien](#)].

²³⁴ Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, A l'école de ton choix avec un handicap. Les aménagements raisonnables dans l'enseignement, 2013, 36p. [[lien](#)]. Un aménagement raisonnable est une adaptation permettant de réduire les effets négatifs d'un environnement inadapté sur la participation d'une personne à la vie en société.

²³⁵ Informations recueillies sur les sites étudiant.gouv.fr [[lien](#)] et mon parcours handicap.gouv.fr [[lien](#)].

- **Les aménagements des concours et examens.** Ils consistent en la mise en œuvre d'aides techniques, humaines, ou organisationnelles lors des examens, afin de permettre à l'étudiant en situation de handicap d'avoir des chances de réussites équivalentes à ses pairs non handicapés. Les demandes d'aménagements font l'objet de procédures, différentes selon le domaine ou le type d'examens/ concours visés.
- **Le plan d'accompagnement de l'étudiant handicapé (PAEH).** Le PAEH est un dispositif permettant aux étudiants en situation de handicap de bénéficier des aménagements nécessaires pour suivre ses études. Il est élaboré par une équipe plurielle, avec l'étudiant, dès la phase d'orientation au lycée. Il prend en compte le PPS, les potentialités de l'étudiant, l'accessibilité du site, le projet de l'étudiant ainsi que les particularités de la formation choisie. Le PAEH est notifié à l'étudiant par le président de l'université. Il est coordonné et mis en œuvre par le référent handicap de l'établissement d'accueil²³⁶.

En Wallonie, dans le cadre des études supérieures, les étudiants en situation de handicap peuvent également bénéficier d'adaptations.

Leurs conditions sont cadrées par 2 décrets : le décret dit paysage (article 151)²³⁷, et le décret relatif à l'enseignement supérieur inclusif ²³⁸. Pour en bénéficier, l'étudiant doit adresser une demande au service d'accueil et d'accompagnement de l'établissement d'enseignement supérieur où il est inscrit, selon les modalités fixées par cet établissement et approuvées par la Commission d'Enseignement supérieur inclusif (CESI).

Après examen de sa situation, ce service peut proposer à l'étudiant **un plan d'accompagnement individualisé** comportant des aménagements raisonnables, qui consiste en la mise en œuvre d'aides techniques, humaines, matérielles, organisationnelles permettant à l'étudiant de suivre une scolarité la plus ordinaire possible. Toutefois, ces aides ne doivent pas constituer « une charge disproportionnée pour l'établissement d'accueil »²³⁹.

En matière d'emploi et / ou d'apprentissage professionnel

En France, tout employeur d'au moins 20 salariés doit employer des personnes en situation de handicap dans une proportion de 6 % de l'effectif total²⁴⁰. À ce titre, différents dispositifs ou aides peuvent être mobilisés pour adapter et personnaliser l'environnement de travail, afin de faciliter l'accès ou le maintien dans l'emploi des personnes en situations de handicap.

Des aides directes aux personnes²⁴¹ existent :

- **L'aide aux déplacements en compensation du handicap.** Elle vise à favoriser l'accès, le maintien dans l'emploi, ou l'exercice d'une activité des personnes en situation de handicap, ayant des difficultés à se déplacer. D'un montant maximal de 11 400€, elle permet de prendre en charge les surcoûts liés aux déplacements. Elle est gérée par

²³⁶ Ibid [\[lien\]](#).

²³⁷ Décret définissant le paysage de l'enseignement supérieur et l'organisation académique des études, article 151, p 82 [\[lien\]](#).

²³⁸ Décret relatif à l'enseignement supérieur inclusif pour les étudiants en situation de handicap, 30 janvier 2014, p [\[lien\]](#).

²³⁹ Informations recueillies sur le site mes études.be [\[lien\]](#)

²⁴⁰ Code du travail, Chapitre II : Obligation d'emploi des travailleurs handicapés, mutilés de guerre et assimilés, articles L5212-1 à L5212-17. [\[lien\]](#).

²⁴¹ Informations recueillies sur le site de l'AGEFIPH [\[lien\]](#).

l'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH)

- **L'aide humaine à la compensation du handicap.** Également gérée par l'AGEFIPH, elle permet de financer l'intervention d'une tierce personne pour la réalisation d'un geste professionnel que la personne n'est pas en mesure de réaliser, ou pour lui apporter un soutien spécifique. Elle est plafonnée à 4 000 €.
- **Les aides à l'alternance.** Les personnes en situation de handicap s'engageant dans une formation en alternance peuvent bénéficier d'un contrat d'apprentissage aménagé, qui permet d'adapter certaines règles contractuelles (*durée du contrat et temps de travail, déroulement de la formation, limite d'âge*). L'obtention de ce contrat nécessite de disposer de la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)²⁴².
- **Le Job coaching.** Le job coaching est une forme de dispositif d'emploi accompagné. C'est une méthode d'accompagnement intensif et personnalisé vers l'emploi, issue des pays Anglo-saxons. Bien que non spécifique aux personnes adultes avec TSA, des programmes de job coaching destinés à ce public sont de plus en plus mis en œuvre. Ils visent à préparer et à accompagner la personne adulte dans l'emploi grâce à un soutien individualisé. L'accompagnant, ou « job coach » peut intervenir à toutes les étapes de la vie professionnelle de la personne aussi longtemps que nécessaire pour favoriser son insertion professionnelle et son maintien dans l'emploi.

D'autres concernant les employeurs ou les travailleurs indépendants²⁴³:

- **L'aide à l'adaptation des situations de travail.** Elle vise à financer les moyens techniques, humains ou organisationnels permettant d'adapter un poste. Son montant varie selon les situations.
- **L'aide à la formation dans le cadre du maintien dans l'emploi.** Son objectif est de favoriser le maintien dans l'emploi d'une personne handicapée salariée. Elle peut être mobilisée lorsque l'évolution de la situation de la personne, ou du contexte professionnel entravent ses possibilités de poursuivre son activité. Elle consiste à financer les coûts pédagogiques d'une formation, permettant à la personne de se maintenir en activité au sein de l'entreprise. Prescrite par les dispositifs Cap emploi ou Comète, son montant dépend des financements prévus par les autres financeurs (OPCO...)
- **L'aide à la recherche de solutions pour le maintien dans l'emploi des salariés handicapés.** Elle vise à aider l'employeur à trouver des solutions pour permettre le maintien dans l'emploi d'une personne, dont l'état de santé ou le handicap implique une inadéquation avec la situation de travail. Elle est prescrite par le dispositif cap emploi. Son montant est de 2 000€.

²⁴² Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion [[lien](#)]

²⁴³ Informations recueillies sur le site de l'AGEFIPH, op, cit.

En Wallonie, des dispositifs similaires sont mis en œuvre :

- **La prime de compensation et aménagement de poste de travail en entreprise.** C'est une disposition financière qui vise le maintien dans l'emploi. Elle permet l'aménagement des conditions de travail aux besoins d'un travailleur handicapé (*aides techniques, matérielles, organisationnelles...*). Cette prime est gérée par l'AVIQ, qui finance à l'entreprise une partie du coût salarial à sa charge (*avec un maximum de 45 %*), permettant au salarié de maintenir son salaire. Elle est accordée pour un maximum d'un an et est renouvelable ensuite pour des périodes pouvant aller jusqu'à 5 ans. Elle concerne les personnes, sous contrat de travail, ayant obtenu une reconnaissance de leur handicap.²⁴⁴
- **Le contrat d'adaptation professionnelle.** Il consiste en une période de formation en situation réelle de travail (*apprentissage*), pour préparer l'intégration professionnelle d'une personne en situation de handicap. Ce contrat est conclu entre la personne et l'entreprise visée, après accord de l'AVIQ. L'accès à ce contrat est soumis à conditions et le salarié et l'employeur sont mutuellement tenus à des engagements sur la période d'intégration. Le montant des indemnités est variable²⁴⁵.
- **Le Job coaching.** Dans le cadre du dispositif de soutien à l'emploi, l'AVIQ a développé un programme de job coaching.

7.2.3 La personnalisation dans le cadre des accords franco-wallons

L'accord franco-wallon du 22 décembre 2011 renforce les possibilités de contrôles conjoints entre la France et la Wallonie et prévoit la constitution d'une convention type²⁴⁶, permettant de garantir aux personnes, des conditions d'accueil dans les établissements wallons similaires à celles existant en France, telles que prévues par la loi 2002-2. Les dispositions de cette convention type ont été reprises dans l'arrêté du gouvernement Wallon du 31 mai 2018²⁴⁷.

L'article 5 de cette convention établit plusieurs obligations en directions des établissements wallons signataires²⁴⁸. Ces derniers sont tenus :

- **D'élaborer un projet d'établissement** qui précise ses objectifs en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement.

²⁴⁴ Informations recueillies sur le site de l'AVIQ [\[lien\]](#).

²⁴⁵ Ibid [\[lien\]](#)

²⁴⁶CHRISTOPHE, E et DUPONT-COPPIN, M, op.cit., annexe 3 : Convention type de coopération transfrontalière relative à l'accueil et l'accompagnement par Etablissement d'adultes reconnus handicapés par l'institution française compétente, pp 36-65 [\[lien\]](#).

²⁴⁷ L'arrêté du gouvernement Wallon relatif aux conditions d'agrément des services résidentiels, d'accueil de jour et de soutien dans leur milieu de vie, pour les personnes en situation de handicap dont le financement et la décision de prise en charge sont assurés par une autorité publique étrangère du 31 mai 2018, [\[lien\]](#).

²⁴⁸Ibid., p 39. L'article 5 stipule : « sans préjudice de la législation wallonne en vigueur [...] L'établissement accueille et héberge, y compris en court séjour, les personnes visées dans son agrément, fournit une prise en charge individuelle éducative, médicale, thérapeutique, psychologique et sociale adaptée à leurs besoins et vise à une intégration, sociale, culturelle ou professionnelle de la personne handicapée ».

- **De mettre en place, sous 3 mois à compter de la date d'admission de la personne, un projet personnalisé d'accompagnement (PPA).** Construit sur la base d'une évaluation globale de la personne, il doit contenir au minimum :
 - L'identification de la personne
 - Les objectifs à atteindre
 - La méthodologie utilisée et les moyens concrets mis en œuvre pour atteindre ces objectifs
 - La ou les personnes ressources
 - La procédure d'évaluation et la date d'échéance de celle-ci.

- **De tenir un dossier médico-social individuel comprenant :** une analyse des besoins de la personne accueillie, un bilan de ses connaissances, aptitudes, potentialités et aspirations, un bilan psychologique, un bilan médical, une anamnèse sociale, une évaluation de l'autonomie.

Les obligations relatives aux éléments devant figurer dans le PPA et au dossier médico-social sont identiques à celles figurant dans l'arrêté relatif aux conditions d'agrément et de subventionnement des services résidentiels²⁴⁹.

L'article 6 impose quant à lui aux établissements signataires de garantir le respect des droits des usagers²⁵⁰, en matière :

- D'exercice des droits et libertés individuels
- De respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et la sécurité
- D'individualisation et de qualité de prise en charge
- D'information et d'accès aux informations
- De participation directe

Afin de garantir l'exercice effectif de ces droits, la convention prévoit que les établissements rédigent : un livret d'accueil, un contrat de séjour, un conseil des usagers, un règlement de fonctionnement.

Par ailleurs, outre cette convention, plusieurs départements français ont mis en place une stratégie de conventionnement avec des établissements pour l'accueil d'adultes handicapés, afin de définir des critères de qualité de l'accueil des personnes handicapées françaises²⁵¹.

7.2.4 Les outils de « bonnes pratiques professionnelles » au service de la personnalisation de l'accompagnement

Quelques recommandations de bonnes pratiques professionnelles et outils abordent la question de la personnalisation de l'accompagnement :

France	Belgique
RBBP Transversales	

²⁴⁹ Arrêté du gouvernement wallon relatif aux conditions d'agrément et de subventionnement des services résidentiels, d'accueil de jour et de placement familial pour personnes handicapées, article 12 alinéas 2 et 3, op.cit., p12.

²⁵⁰ CHRISTOPHE, E et DUPONT-COPPIN, M, op.cit., p43.

²⁵¹ Instruction n° DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/2016/22 du 22 janvier 2016 relative à la mise en œuvre du plan de prévention et d'arrêt des départs non souhaités de personnes handicapées vers la Belgique, opcit., p 3.

ANESM : La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre , 2008		AVIQ : outils pour l'amélioration continue de la bientraitance dans les services	
ANESM : Les attentes de la personne et le projet personnalisé , 2008			
ANESM : Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service , 2010			
ANESM- HAS : Les « comportements-problèmes » au sein des établissements et services accueillant des enfants et adultes handicapés : Prévention et Réponses , 2016			
RBBP spécifiques autisme			
Enfants adolescents	Adultes	Enfants adolescents	Adultes
ANESM-HAS : Autisme et autres TED : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent , 2012 UNAPEI : Autisme - les recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Savoir-être et savoir-faire , 2021	ANESM-HAS : Trouble du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie de l'adulte , décembre 2017	KCE : Prise en charge de l'autisme chez les enfants et les adolescents : un guide pratique clinique, 2014	
ANESM : Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement , 2010		AVIQ : Approche des troubles du spectre de l'autisme. Repères et bonnes pratiques à l'attention des professionnels, 2017.	
Autres documents d'appui			
GNCRA : outil kit'com® (insertion professionnelle). Créé en 2018 et déployé par les CRA, cet outil vise à sensibiliser les employeurs et les acteurs du secteur professionnel aux TSA, afin de favoriser l'inclusion professionnelle des personnes concernées. Son utilisation nécessite une formation préalable ²⁵² .		Inclusion ASBL (autodétermination) : livret smile	

7.2.5 La formation des professionnels

Les formations en travail social prennent des formes plus diversifiées en Belgique qu'en France, puisqu'elles peuvent se réaliser dans des types de structures différentes (enseignement secondaire, Hautes Écoles, promotion sociale). Les intitulés des cours nécessaires à l'obtention du diplôme et le volume horaire des cours théoriques et des stages restent à l'appréciation de chaque structure de formation. En France, des référentiels précis bornent les thématiques de cours qui seront instruites dans chaque diplôme et le nombre d'heures, notamment pour les stages, qui est par ailleurs souvent supérieur aux pratiques Belges.

²⁵² GNCRA, autisme et emploi, kit'com, à propos d'autisme, fiche de présentation, 2021, 4p [\[lien\]](#)

En Belgique, les Hautes Écoles sont environ 20 dans la partie francophone, et une dizaine dans la partie néerlandophone. Celles-ci se distinguent des universités, et proposent des enseignements, courts ou longs, mais beaucoup plus spécialisés et professionnalisants que les universités, ce qui se transcrit notamment dans la nécessité plus systématique d'effectuer des stages durant sa formation.

- Les éducateurs spécialisés

BELGIQUE						
Formation d'agent d'éducation, niveau secondaire (éducateur A2)						
	Intitulé	Niveau d'étude/ Classe	Diplôme	Type d'établissement	Durée	Types de cours
Dans l'enseignement secondaire de plein exercice	Agent.e d'éducation	3ème degré du secondaire / 5ème et 6ème secondaires de l'enseignement technique de qualification	CESS (Certificat de l'Enseignement Secondaire Supérieur) CQ6 (Certificat de Qualification de 6ème année de l'Enseignement Secondaire Supérieur)	École secondaire	2 ans	Sciences humaines, psychopédagogie, formation sociale et économique, techniques éducatives corporelles, déontologie + Stages
Dans l'enseignement secondaire en alternance	Agent.e d'éducation	Secondaire	CESS CQ6	Centre d'éducation et de formation en alternance (CEFA)	2 ans	Psychopédagogie, éducation à la communication et à la relation, éducation à la santé, formation sociale, expression plastique et atelier lecture
Formation d'agent d'éducation en promotion sociale	Éducateur.ice	Secondaire	Certificat d'éducateur, niveau secondaire, dispensé en promotion sociale	École de promotion sociale	Varie selon les établissements. 1 an, 1 an ou 3 ans, 2 ans, etc. Horaires variables : (jour, soir, samedi...) - Fréquence variable	Découverte du métier, approche conceptuelle, approche méthodologique, stage d'immersion, stage d'insertion, stage d'intégration

Bachelier professionnalisant d'éducateur spécialisé (éducateur A1)						
	Intitulé	Niveau d'étude/ Classe	Diplôme	Type d'établissement	Durée	Types de cours
Formation en Haute école - Bachelier professionnalisant (court)	Éducateur spécialisé	Nécessité d'avoir obtenu un CESS ou un titre équivalent	Bachelier	Hautes écoles	3 ans	Formation théorique et pratique (stages) 1/ Spécialité en accompagnement psycho-éducatif : filière la plus répandue en Belgique francophone. 2/ Spécialité en activité socio-sportive : employer des techniques sportives et d'expression corporelle pour favoriser le développement des personnes. Publics concernés : marginalité, déviance, rupture
Formation en promotion sociale	Éducateur spécialisé	Supérieur	Bachelier	Écoles en promotion sociale	Durée : varie en fonction des établissements. 3 ans, 3 ans et demi, 3 ans et demi en journée, 3 ans en soirée, 4 ans...	Sciences humaines et sociales, Dimension relationnelle de l'accompagnement psycho-éducatif, Identité professionnelle, Recherche et méthodologie de l'accompagnement psycho-éducatif, Dimensions organisationnelles, collectives de l'accompagnement psycho-éducatif, pratiques d'accompagnement, Dimensions sociologiques, publics spécifiques, identité professionnelle, Stage d'immersion, Stage d'insertion, Activités professionnelles de formation

FRANCE

	Intitulé	Niveau d'étude/ Classe	Diplôme	Type d'établissement	Durée	Types de cours
Formation d'éducateur spécialisé	Éducateur spécialisé	Nécessité d'avoir obtenu le baccalauréat ou équivalent OU obtention préalable d'un diplôme d'aide médico-psychologique ou d'auxiliaire de vie sociale et 5 ans d'exercice	Diplôme d'État d'Éducateur Spécialisé (DEES)	Écoles spécialisées agréées par le Ministère chargé des affaires sociales	3 ans 1 450 heures d'enseignement théorique et 2 100 heures (60 semaines) de formation pratique. 15 mois de stage pratique	Accompagnement social et éducatif spécialisé, conception et conduite d'un projet éducatif et technique spécialisé, communication professionnelle et équipe pluriprofessionnelle, dynamiques partenariales et en réseaux, initiation à la méthode de recherche + Stages

La principale différence en ce qui concerne la formation des éducateurs spécialisés en France et en Belgique réside dans la pluralité des parcours de formation initiale en Belgique, quand la France compte une unique voie. Ainsi, en Belgique, les « agents d'éducation » et éducateurs peuvent être formés sur des temporalités variables (entre 1 et 4 ans). La formation initiale en Belgique qui se rapproche le plus de celle dispensée en France est réalisée dans les Hautes Écoles, et donne un grade de bachelier (équivalent de la licence). Si la formation est dispensée, en France, par des écoles spécialisées, le diplôme confère néanmoins un grade de licence depuis 2018²⁵³.

En Belgique, le nombre d'heures de stage est variable en fonction des hautes écoles. À titre d'exemple, 650 heures de stages sont prévues pour les bacheliers de la formation « éducateur spécialisé en accompagnement psycho-éducatif » de la Haute École de la Province de Liège (HEPL)²⁵⁴. Comparativement, en France, l'arrêté du 20 juin 2007²⁵⁵ prévoit trois périodes de stage, dont la première peut aller de 980 à 1 260 heures et les deux suivantes sont de minimum 280 heures (soit un total d'au moins 1 580 heures).

En revanche, le volume horaire des cours théoriques peut être plus important en Belgique qu'en France, puisque l'HEPL propose environ 1 760 heures de formation théorique, quand le référentiel français en impose 1 450. Les intitulés des cours théoriques dispensés dans la filière française et dans le bachelier spécialité accompagnement psycho-éducatif en Hautes Écoles en Belgique semblent toutefois plutôt similaires.

L'autre différence réside dans la distinction de deux spécialités dans la formation en Haute École en Belgique (1/ accompagnement psycho-éducatif ; 2/ activités socio-sportives).

²⁵³ Décret n°2018-734 du 22 août 2018 relatif aux formations et diplômes du travail social [[lien](#)], venant modifier l'article D612-32-2 du code de l'éducation [[lien](#)].

²⁵⁴ Présentation de la formation : [lien](#).

²⁵⁵ Arrêté du 20 juin 2007 relatif au diplôme d'État d'éducateur spécialisé [[lien](#)]

- Les assistants sociaux

BELGIQUE					
Assistant.e Social.e					
	Intitulé	Diplôme	Type d'établissement	Durée	Types de cours
Dans l'enseignement supérieur Bachelier professionnalisant (court)	Assistant.e social.e	Bachelier	Haute école	3 ans	Droit, économie, histoire, psychologie, sociologie, sciences médico-sociales, méthodologie, stage
Dans l'enseignement de promotion sociale	Assistant.e social.e	Bachelier	École de promotion sociale	Durée variable : 3 ans, 3 ans minimum, 4 ans... Horaires et fréquences variables	Sciences humaines et sociales, introduction au droit et aux institutions, histoire et philosophie sociale, économie appliquée, méthodologie, stage d'insertion, stage d'immersion, stage d'intervention...

FRANCE						
	Intitulé	Diplôme	Type d'établissement	Durée	Types de cours	
	Formation d'Assistant.e de service social	Assistant.e de service social (ASS)	Diplôme d'État d'Assistant.e de Service Social (DEASS)	Écoles spécialisées agréées par le Ministère chargé des affaires sociales	3 ans	Intervention professionnelle (histoire du métier, champs d'intervention, la relation d'aide) Analyse des questions sociales de l'intervention (problèmes sociaux, représentations sociales, les différents publics, le territoire) Communication (théories et cadre institutionnel de la communication, écrits professionnels, langue vivante) Dynamique interinstitutionnelle, partenariats et réseaux (histoire, missions, fonctionnement des institutions ; des politiques sociales ; partenariats ; formes de médiation ; introduction au droit)

Là encore, il existe une différence significative quant au nombre d'heures de stage exigées en France et en Belgique. En France, 1 820 heures de stages (soit 52 semaines) sont imposées durant les trois ans de formation²⁵⁶. En Belgique, le volume horaire consacré aux stages est variable. Mais à titre d'exemple, la HEPL prévoit 716 heures de stage pour le bachelier d'assistant.e social.e²⁵⁷.

²⁵⁶ Arrêté du 22 août 2018 relatif au diplôme d'État d'assistant de service social [\[lien\]](#)

²⁵⁷ Présentation de la formation : [lien](#)

- **Les psychologues**

La formation pour devenir psychologue comporte le même nombre d'années en France et en Belgique : 5 années universitaires, dont 3 en licence (France) / Bachelier (Belgique) et 2 en master.

En **Belgique**, il y a plusieurs cursus universitaires impliquant de la psychologie. Un premier est centré uniquement sur cette discipline (Bachelier en Sciences psychologiques puis master en sciences psychologiques).

Mais d'autres cursus allient psychologie et sciences de l'éducation en bachelier (master sciences psychologiques), et certaines universités proposant ce diplôme (UCLouvain par exemple) dispensent notamment des cours sur la psychologie des personnes en situation de handicap (durant le bachelier).

Les « finalités » (spécialités) des masters en Belgique sont les suivantes : psychologie clinique et psychopathologie ; neuropsychologie et développement cognitif ; psychologie sociale et interculturelle ; psychologie du travail, psychologie économique et des organisations.

En **France**, il y a un unique cursus de formation en licence. Aucun module de formation n'est spécifiquement orienté sur la psychologie des personnes en situation de handicap (bien que certaines Universités proposent peut-être cette spécificité). Les spécialités des masters de psychologie en France sont les suivantes : psychologie ; psychologie clinique, psychopathologie et psychologie de la santé ; psychologie sociale, du travail et des organisations ; psychologie de l'éducation et de la formation ; psychopathologie clinique psychanalytique.

Psychomedia rapporte les propos d'un enseignant belge en psychologie qui explique que, selon lui : *« les différences d'approche entre les facultés belges et certaines de leurs homologues françaises, [sont] "encore très marquées, voire beaucoup trop, par l'influence persistante du courant psychanalytique, bien moins présent ici, et où se développent davantage les aspects scientifiques de la psychologie". »*²⁵⁸ Cela laisse à penser que, si les contenus affichés dans les référentiels de métier des deux pays²⁵⁹ semblent plutôt convergents, il existe probablement des divergences théoriques et pédagogiques importantes quant à l'enseignement de la psychologie.

²⁵⁸ [\[lien\]](#)

²⁵⁹ En France [\[lien\]](#)

En Belgique [\[lien\]](#)

- **Les psychomotricien.ne.s**

BELGIQUE				
Intitulé	Diplôme	Type d'établissement	Durée	Types de cours
Bachelier en psychomotricité	Bachelier en psychomotricité	Haute école	3 ans	Sciences fondamentales et biomédicales, sciences humaines, l'art de la psychomotricité + Stages.

FRANCE				
Intitulé	Diplôme	Type d'établissement	Durée	Types de cours
Diplôme d'État de psychomotricien	Psychomotricien.ne	Instituts payants de formation, agréé par le Préfet de Région	3 ans	8 domaines d'enseignement : santé publique ; anatomie ; physiologie neuromusculaire et notions de neuro-physiopathologie ; psychologie ; psychiatrie ; psychomotricité générale ; pédiatrie et neuro-pédiatrie ; pratiques psychomotrices + Stages

Les formations en psychomotricité en France et en Belgique semblent à peu près équivalentes, à ceci près que le nombre d'heures de stage peut varier d'une Haute École à l'autre en Belgique : par exemple, l'HEPL impose 820 heures sur les trois années de formation²⁶⁰, et la Haute École Libre Mosane 690. En France, le volume horaire des stages pour le diplôme d'État de psychomotricien s'élève à 680 heures²⁶¹.

²⁶⁰ Présentation de la formation : [lien](#).

²⁶¹ Arrêté du 7 avril 1998 relatif aux études préparatoires au diplôme d'État de psychomotricien : [lien](#).

• Les orthophonistes et logopèdes

En **France**, la formation du certificat de capacité d'orthophoniste est encadrée par un référentiel²⁶² précisant que celle-ci se déroule sur 5 ans (licence puis master). Elle comprend :

- 9 373 heures de cours en cours,
- Dont 1 830 heures de stage, réparties de manière précise sur les 5 années d'étude.

En **Belgique**, deux types de cursus peuvent être envisagés pour devenir logopède :

- 1/ Un bachelier professionnalisant en Haute École, en 3 ans

La grade de bachelier en Logopédie donne accès au titre de logopède²⁶³. La formation se compose de savoirs théoriques, de cours pratiques dont les contenus sont variables, et de stages d'insertion professionnelle, dont le volume horaire diffère en fonction des écoles.

- 2/ Un master universitaire, en 5 ans

Celui-ci comprend deux cycles : un bachelier de transition (non professionnalisant) de trois ans en sciences psychologiques et de l'éducation, orientation logopédie, puis un master en logopédie de deux ans. Le master est aussi accessible avec un bachelier professionnalisant d'une Haute École, sous certaines conditions.

Le bachelier prévoit des cours théoriques et des cours pratiques, mais pas nécessairement de stage : cela dépend des établissements. Plusieurs universités proposent un volume horaire de 600 heures de stage en master²⁶⁴.

• Les ergothérapeutes

En Belgique comme en France, la formation pour devenir ergothérapeute dure 3 ans.

En **France**, le diplôme d'État d'ergothérapeute est assuré par des instituts de formation en ergothérapie, et comprend une formation théorique de 2 000 heures (784 en cours magistraux et 1 206 en travaux dirigés)²⁶⁵. Le contenu de la formation est indiqué dans le référentiel²⁶⁶.

En **Belgique**, le bachelier en ergothérapie est assuré par des Hautes Écoles. Ses modalités sont précisées dans un référentiel de compétences²⁶⁷. Celui-ci ne donne pas d'indication sur les intitulés de cours souhaités (mais plutôt des orientations globales) ou sur leur volume horaire, ni sur le nombre d'heures de stage nécessaires à l'obtention du diplôme (bien qu'il y soit toutefois stipulé que « *les stages en milieu professionnel constituent une dimension centrale de la formation dispensée par les Hautes Écoles.* »).

Les compétences décrites dans les référentiels de la France et de la Belgique semblent à peu près équivalentes.

En bref, il existe des différences dans les modalités de formation entre la France et la Belgique, et cela est plus caractéristique encore dans les métiers du social que dans les filières médicales ou

²⁶² Référentiel de formation du certificat de capacité d'orthophoniste : [lien](#).

²⁶³ Arrêté royal relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de logopède et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le logopède peut être chargé par un médecin : [lien](#).

²⁶⁴ [Lien](#).

²⁶⁵ Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute [\[lien\]](#).

²⁶⁶ Référentiel de formation, Annexe II du référentiel de compétences du diplôme d'Ergothérapeute [\[lien\]](#).

²⁶⁷ Référentiel de compétences, bachelier en ergothérapie [\[lien\]](#).

paramédicales. Si les intitulés et les orientations d'un même diplôme en France et en Belgique semblent plutôt convergents, la répartition des cours et des heures de stage peut être très disparate. Par ailleurs, les équivalences de diplôme entre la Belgique et la France peuvent être difficiles voire totalement empêchées. C'est notamment le cas pour les diplômes de psychomotriciens belges, qui ne sont pas reconnus en France²⁶⁸, sans que les raisons ne soient clairement précisées²⁶⁹.

²⁶⁸ [Lien.](#)

²⁶⁹ [Lien.](#)

CONCLUSION

Issue d'un projet européen co-piloté par deux associations, respectivement française et belge, ce projet d'étude comparée a poursuivi une ambition forte, mais qui s'est traduit par des objectifs opérationnels humbles.

Une ambition forte : contribuer à étayer la dynamique interculturelle initiée par le projet RESALIANCE entre deux territoires frontaliers, et plus largement entre la Belgique et la France. Ces deux pays bénéficient (pour les Provinces de Wallonie et Bruxelles) d'une communauté de langue et d'une longue tradition coopérative dans le champ médico-social. Longtemps pourtant, les acteurs français se sont interrogés sur les raisons qui faisaient que les instituts belges réussissaient à accueillir certains profils (avec autisme sévère, d'importants troubles du comportement...) là où les établissements français ne parvenaient pas à maintenir un accueil durable et satisfaisant. Mieux comprendre l'organisation de l'offre médico-sociale et les pratiques professionnelles d'un côté et de l'autre de la frontière peut contribuer à répondre à cette problématique, dans le contexte du plan de réduction des départs non souhaités vers la Belgique.

Des objectifs humbles : dans le temps imparti, l'enquête s'est limitée à l'étude des grands cadres organisationnels (politiques publiques). Elle constitue ainsi une première étape, sans être à même de répondre complètement à la finalité d'une meilleure connaissance comparée des pratiques concrètes et des résultats auxquelles elles aboutissent. Il importerait ainsi de poursuivre cette ambition par des travaux ultérieurs, en rencontrant des personnes accompagnées, leurs proches et des professionnels.

Néanmoins, différentes dimensions de la problématique ont pu être explorées dans une dynamique comparative : l'ampleur du phénomène de l'accueil des Français et plus spécifiquement des personnes TSA au sein des ESMS Belges, les politiques TSA mises en œuvre sur les deux territoires, les allocations, l'accompagnement des personnes, la scolarisation et la démarche diagnostic.

Concernant l'ampleur du phénomène des départs en Belgique, l'exploration des différents rapports permet d'identifier une certaine récurrence en termes de profils des personnes, origine géographique et âge des ressortissants concernés par l'accueil en Belgique, d'avoir une vue d'ensemble de l'ampleur du phénomène de l'accueil des ressortissants français en région wallonne et d'identifier plusieurs composantes qui concourent aux départs en Belgique (manque de place sur le territoire français pour les situations complexes, spécificités de l'offre belge).

En termes de politiques publiques, l'étude a permis d'identifier que des politiques dédiées aux TSA sont mises en œuvre sur les deux territoires étudiés et qu'elles comportent des similarités, tant du point de vue des **objectifs visés** (inclusion, qualité de vie, citoyenneté, continuité et fluidité du parcours des personnes), **que des leviers mobilisés pour les atteindre** (renforcement du repérage et du diagnostic précoces ; production, diffusion des connaissances et formation des professionnels ; réorientation et structuration de l'offre), **ou encore dans les approches et principes qui les soutendent**.

En matière de compensation et d'orientation, l'enquête tend à montrer que si les systèmes d'allocations sont globalement équivalents sur les deux territoires, quelques différences existent entre la France et la Wallonie.

Tout d'abord, comme indiqué par Mme R., la « catégorisation » du handicap est différente en France et en Wallonie. De plus, la question de l'évaluation d'une situation est abordée différemment, notamment du point de vue des outils mobilisés (GEVA pour la MDPH Française, SMAF²⁷⁰ en Wallonie). En outre, les procédures d'orientation diffèrent d'un territoire à l'autre, notamment concernant le secteur enfant. En effet, si les situations adultes bénéficient d'une analyse préalable par les équipes pluridisciplinaires des bureaux régionaux qui « attribuent à la personne une catégorie de handicap et une catégorie de subventionnement²⁷¹ », ce n'est pas le cas des situations des plus jeunes pour qui cette analyse est « déléguée » aux SRJ qui ont la liberté « de décider de l'accompagnement d'un jeune²⁷² » avec néanmoins l'obligation de signifier l'admission de l'enfant à l'administration sous trois mois, qui valide ou invalide la décision.

Concernant le diagnostic, la pré-enquête met en relief de nombreux points communs entre la France et la Wallonie. Ainsi, on observe que les deux territoires tendent à structurer le repérage et le diagnostic des TSA sous forme de lignes diagnostic, plus particulièrement dans le champ de l'enfance. En termes d'outils d'évaluation, ceux qui sont recommandés et mobilisés sur les deux territoires sont peu ou prou identiques. En outre, la France et la Wallonie rencontrent une problématique commune concernant le repérage et le diagnostic des personnes adultes : le déficit d'offre pour le diagnostic, un répertoire d'outils d'évaluation moins large que pour les mineurs.

En termes d'accompagnement, les politiques relatives au secteur social et médico-social déployées sur les territoires français et wallons procèdent d'une même dynamique de personnalisation et de continuité de parcours de la personne. A ce titre, les pouvoirs publics soumettent, des deux côtés de la frontière, les établissements et structures à la mise en œuvre de certains outils règlementaires et tendent à corréliser les financements attribués aux établissements à la qualité de service rendu aux personnes en situation de handicap et à la personnalisation de leur accompagnement. Les établissements belges accompagnant des ressortissants français, sont, dans le cadre des accords franco-wallons, soumis peu ou prou aux mêmes obligations que les établissements français et sont susceptibles de faire l'objet d'un contrôle de l'une ou l'autre des autorités de contrôle.

Sur ce thème la différence majeure entre les deux territoires réside dans l'organisation de l'enseignement et dans ses modalités de mise en œuvre, bien que la France et la Wallonie tendent à organiser les réponses dans une visée inclusive et à rapprocher les enfants et adolescents en situation de handicap du système scolaire ordinaire. En effet, l'enseignement spécialisé Belge s'est structuré très tôt autour d'une visée intégrative, permettant à tous les enfants en situation de handicap d'avoir accès à l'école, notamment en milieu ordinaire. La France, quant à elle, a plus tardivement développé et déployé cette scolarisation, dans un premier temps dans des ESMS, et plus difficilement dans le milieu ordinaire, à l'aide de compensations. Même s'il est à noter une tendance actuelle à l'externalisation des unités d'enseignement, afin de répondre à un principe d'inclusion.

A l'issue de cette enquête, plus que de réelles différences, il convient de conclure à des nuances entre la France et la Wallonie en matière d'accompagnement des personnes TSA. Comme indiqué plus haut, l'hypothèse d'une « spécificité belge » de l'accompagnement des personnes avec TSA demanderait à être testée à l'aune d'une enquête qualitative, reposant sur des entretiens avec des personnes accompagnées, leurs familles et des professionnels permettant de comparer les pratiques réelles.

²⁷⁰ Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle

²⁷¹ Extrait d'entretien madame R.

²⁷² Op.cit.

BIBLIOGRAPHIE

Recommandations de bonnes pratiques

Belgique

- AVIQ, [Les outils pour l'amélioration continue de la bientraitance dans les services](#)
- AVIQ, Approche des troubles du spectre de l'autisme. Repères et bonnes pratiques à l'attention des professionnels, 2017.

France

- ANESM, [Les attentes de la personne et le projet personnalisé](#), 2008,8p
- ANESM, [Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service](#), 2010, 80p
- ANESM, [Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement](#), 2010, 64p
- ANESM-HAS, [Autisme et autres TED : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent](#), 2012, 60p
- ANESM- HAS, [Les « comportements-problèmes » au sein des établissements et services accueillant des enfants et adultes handicapés : Prévention et Réponses](#), 2016, 154p
- ANESM-HAS, [Trouble du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie de l'adulte](#), décembre 2017, 64p
- CNSA, [Troubles du spectre de l'autisme. Guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme](#), 2016, 142p
- HAS, Autisme et autres troubles envahissants du développement. État des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale, 2010
- HAS, [Autisme et TED : diagnostic et évaluation chez l'adulte](#), 2011, 23p
- HAS, Trouble du spectre de l'autisme- Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent- Méthode Recommandations pour la pratique clinique, 2018, 45p
- UNAPEI, [Autisme - les recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Savoir-être et savoir-faire](#), 2021

Stratégies et plans

Belgique

- **Fédération Wallonie Bruxelles, Wallonie, Francophones Bruxelles**, Plan transversal autisme, Pour une amélioration de la qualité de vie des personnes autistes et de leur entourage, 2016, 21p
- Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents, 2014, 30p
- **PREVOT, M. FREMAULT, C. SCHYNS, M-M. GREOLI, A.**, Présentation de l'état d'avancement du plan transversal autisme, janvier 2017
- **Service public fédéral sécurité sociale**, Plan d'action fédéral handicap 2021-2024, 2021, 56p

France

- **Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées**, Stratégie nationale pour l'Autisme au sein des troubles du neuro-développement 2018-2022, 2018, 125p
- **Ministère des solidarités et de la santé**, stratégie nationale de santé 2018-2022, 2017, 54p

Textes réglementaires

Belgique

- Arrêté du Gouvernement wallon relatif aux conditions d'agrément et de subventionnement des services d'accompagnement en accueil de type familial pour personnes handicapées, 2011, modifié par AGW le 28 juin 2012 [\[lien\]](#)
- Arrêté du Gouvernement wallon relatif aux contrats d'objectifs des services visés aux Titres VII, chapitres 1 à 4, 7 et 9, XI, XII, XII/1, XII/2 du Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé, Deuxième partie, Livre V, 25 mai 2019 publié le 12 juillet 2019 [\[lien\]](#).
- Arrêté du Gouvernement wallon relatif aux conditions d'agrément des services résidentiels, d'accueil de jour et de soutien dans leur milieu de vie, pour personnes en situation de handicap dont le financement et la décision de prise en charge sont assurés par une autorité publique étrangère, 2018 [\[lien\]](#)
- Décret définissant le paysage de l'enseignement supérieur et l'organisation académique des études, article 151 [\[lien\]](#).
- Décret relatif à l'enseignement supérieur inclusif pour les étudiants en situation de handicap, 30 janvier 2014 [\[lien\]](#).
- Circulaire n°5669 du 25 mars 2016, Réforme des titres et fonctions de l'enseignement secondaire de plein exercice et en alternance subventionné par la Fédération Wallonie-Bruxelles », entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2016 [\[lien\]](#)
- Circulaire 7689 du 19 août 2020, Organisation des écoles d'enseignement fondamental spécialisé [\[lien\]](#).

France

- Circulaire dgas/dgs/dhos/3c n° 2005-124 du 8 mars 2005 relative à la politique de prise en charge des personnes atteintes d'autisme et de troubles envahissants du développement (ted).
- Arrêté du 2 avril 2009 précisant les modalités de création et d'organisation d'unités d'enseignement dans les établissements et services médico-sociaux ou de santé pris pour l'application des articles D.351-17 à D.351-20 du code de l'éducation [\[lien\]](#)
- Décret n°2011-449 du 22 avril 2011 portant publication de l'accord-cadre entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Royaume de Belgique sur la coopération sanitaire transfrontalière, signé à Mouscron le 30 septembre 2005
- Instruction n° DGCS/SD3B/CNSA/2015/369 du 18 décembre 2015 relative à l'évolution de l'offre médico-sociale accueillant et accompagnant des personnes avec troubles du spectre de l'autisme
- Instruction n° DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/2016/22 du 22 janvier 2016 relative à la mise en œuvre du plan de prévention et d'arrêt des départs non souhaités de personnes handicapées vers la Belgique
- Instruction interministérielle n° DGCS/SD3B/DGESCO/CNSA/2016/192 du 10 juin 2016 relative à la modification du cahier des charges national des unités d'enseignement en maternelle prévues par le 3^{ème} plan autisme (2013-2017) [\[lien\]](#)
- Décret n° 2017-815 du 5 mai 2017 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des centres de ressources autisme
- Instruction interministérielle n°DGCS/3B/DGESCO/2018/192 du 1^{er} août 2018 relative à la création des unités d'enseignement élémentaire autisme (UEEA) et à la mise en œuvre de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement 2018-2022 [\[lien\]](#)
- Circulaire n°2019-088 du 5-6-2019 pour une école inclusive [\[lien\]](#)

Rapports et guides

Belgique

- **KCE** : Prise en charge de l'autisme chez les enfants et les adolescents : un guide pratique clinique, 2014, 42p
- **Centre Ressources Autisme de Namur, AVIQ**, Guide d'orientation dans le réseau pour l'accompagnement des personnes avec autisme en province de Namur, 2020, 41p
- **Conseil supérieur de la santé**, avis n°8747, Qualité de vie des jeunes enfants autistes et de leur famille, 2014, 116p
- **Conseil Supérieur de la santé**, [avis n° 9203, Besoins en matière de Double Diagnostic \(déficience intellectuelle et problèmes de santé mentale : trouble du comportement et/ou troubles psychiatriques\) en Belgique](#), 2015, 116p
- **Conseil Supérieur de la Santé**, avis n° 9458, Participation des enfants et adolescents dans le domaine des soins en santé mentale, 2019, 54p
- **Parlement Francophone Bruxellois (Assemblée de la Commission communautaire française)**, Auditions relatives au plan transversal autisme, rapport fait au nom de la commission des Affaires sociales par Mme Nadia EL YOUSFI, Parlement francophone bruxellois, 25 janvier 2017, 24p
- **Service Public Fédéral Sécurité Sociale**, Allocations et autres mesures, 2019, 54p

France

- **BOULO, A, SAVERY, G**, Handicap et vie à l'étranger, Etat des lieux de la situation des Français en situation de handicap établis hors de France, 2018, 65p
- **Campion, C-L, MOUILLER, P**, Prise en charge de personnes handicapées Françaises dans des établissements situés en dehors du territoire national, note de synthèse, commission des affaires sociales, 2016, 4p
- **CNSA**, Rapport de capitalisation Déployer la démarche « Une réponse accompagnée pour tous », premiers enseignements et retours d'expérience CNSA, 2017, 126p
- **CNSA**, Une réponse accompagnée pour tous Rapport de capitalisation et retours d'expérience, mise à jour octobre 2020, 204p
- **Cour des comptes**, Evaluation de la politique en direction des personnes présentant un trouble du spectre de l'autisme, 2017
- **Edith Christophe (ARS Grand Est) et Marine Dupont-Coppin (ARS Hauts-de-France)**, Rapport Groupe de Travail n°4 faisant suite à la Conférence Nationale du Handicap, « Prévention des départs non souhaités en Belgique », mai 2019.
- **INTERREG**, Rapport sur les freins et facilitateurs à la mobilité transfrontalière, 79p
- **Ministère des solidarités et de la santé**, Kit pédagogique, volet 2- Accompagnement des personnes autistes, 75p
- **Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche**, Répondre aux besoins éducatifs particuliers des élèves : quel plan pour qui ? 11p
- **PIVETEAU, D, et al**, « Zéro sans solution » : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches, Tome 1, 2014, 96p.
- **Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement**, Ce que nous disent les personnes et leurs familles sur leurs parcours de vie, Deuxième édition de l'étude d'impact de la stratégie nationale autisme-troubles du neurodéveloppement, conduite par Ipsos pour le compte de la Délégation interministérielle. Dossier de presse, 2021, 24p
- **Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement**, Point d'étape, La stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement mise en œuvre dans les territoires, 2021, 100p

Chapitres d'ouvrages

- **BORELLE, C**, Chapitre 1. Expertise d'expérience et responsabilité. L'évolution de la place des parents d'enfants avec un TSA , Cyrielle Derguy éd., Familles et trouble du spectre de l'autisme. Dunod, 2019, pp. 31-45.
- **SANKEY, C**, Chapitre 23. Les programmes d'accompagnement destinés aux parents d'enfants ayant un TSA, Cyrielle Derguy éd., Familles et trouble du spectre de l'autisme. Dunod, 2019, pp. 305-317

Thèse

- **THINET, Y**, *La scolarisation des élèves avec autisme dans l'enseignement spécialisé en France : formation des enseignants et pratiques inclusives*, Thèse de sciences de l'éducation, Brest, 2019

Articles, enquêtes, études

Belgique

- **DEFRESNE, P, M.-H. BOUCHEZ, M-H, DELMOTTE, WILLAYE, E**, START, un programme de « repérage des troubles précoces de la communication et des interactions sociales », comme alternative au dépistage systématique des troubles du spectre de l'autisme, ANAE, 2016, 7p

France

- **BARREYRE J-Y, ASENCIO, A-M, FIACRE, P, PEINTRE, P**, Les situations de handicap complexe – Besoins, attentes et modes d'accompagnement des personnes avec altération des capacités de décision et d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne, février 2013
- **INSERM**, expertise collective, psychothérapies, trois enquêtes évaluées, synthèse, 2004, 72p
- **Santé publique France**, Troubles du spectre de l'autisme en France. Estimation de la prévalence à partir du recours aux soins dans le Système National des données de santé (SNDS) 2010-2017, 2020, 37p

Autres ressources

Belgique

- **AVIQ**, Webinaire "Contrat d'objectif et planification stratégique", avril 2021 [[lien](#)].
- **AVIQ**, note explicative concernant l'arrêté du Gouvernement Wallon du 25 avril 2019 relatif aux contrats d'objectifs des services, 2019, 8p [[lien](#)].
- **Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche**, Répondre aux besoins éducatifs particuliers des élèves : quels plans pour qui ?, 2014, 11p [[lien](#)].
- **Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme**, A l'école de ton choix avec un handicap. Les aménagements raisonnables dans l'enseignement, 2013, 36p. [[lien](#)].
- Guide pratique de l'ESCAP pour l'autisme : une synthèse des recommandations fondées sur des données probantes pour le diagnostic et le traitement, 2020, 42p
- **Service Public Fédéral Sécurité Sociale**, aperçu de la politique en faveur des personnes handicapées en Belgique, 2013, 14p.
- **Sénat de Belgique**, Proposition de résolution relative à la prise en charge de personnes handicapées souffrant en plus d'un trouble psychique ou d'un trouble grave du comportement, et en particulier de celles qui requièrent une hospitalisation, 11 juillet 2013, 13p

France

- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^{ème} édition, 2015 dans sa version française.
- **GNCRA**, Synthèse des interventions recommandées et non recommandées dans la prise en charge des TSA, 2012, 27p

- **Sénat de France**, Prise en charge de personnes handicapées dans des établissements situés en dehors du territoire national, n°218, session ordinaire de 2016-2017, enregistré à la présidence du Sénat le 14 décembre 2016.
- **Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées**, 4^{ème} commission mixte de l'accord franco-wallon, Maîtrise des départs vers la Belgique et renforcement de la qualité de l'accompagnement, 16 décembre 2019.
- **Autisme France**, Guide à l'intention des usagers français en situation de handicap et de leurs familles ou représentants légaux, 2020, 18p
- **Conférence nationale du handicap (CNH)**, « Tous concernés, tous mobilisés », Dossier de presse, 11 février 2020.
- **Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées**, Communiqué de Presse, Moratoire des places en Belgique et accélération de la création de solutions d'accueil de proximité pour les personnes en situation de handicap en France, 21 janvier 2021
- **Ministère des solidarités et de la santé, Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, Direction de la sécurité sociale, Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées, Direction générale de la cohésion sociale, CNSA**, Note d'information ministérielle n° SGMCAS/DSS/1A/DGCS/3B/CNSA/2022/12 du 14 janvier 2022 relative à la prévention des départs non souhaités des personnes en situation de handicap en établissement médico-social wallon, 8p
- **ARS Ile de France**, « Moratoire » sur la création de places d'accueil des adultes handicapés français en Belgique, Webinaire, 28 janvier 2022

ANNEXES

Annexe 1 : cartographie des territoires wallons

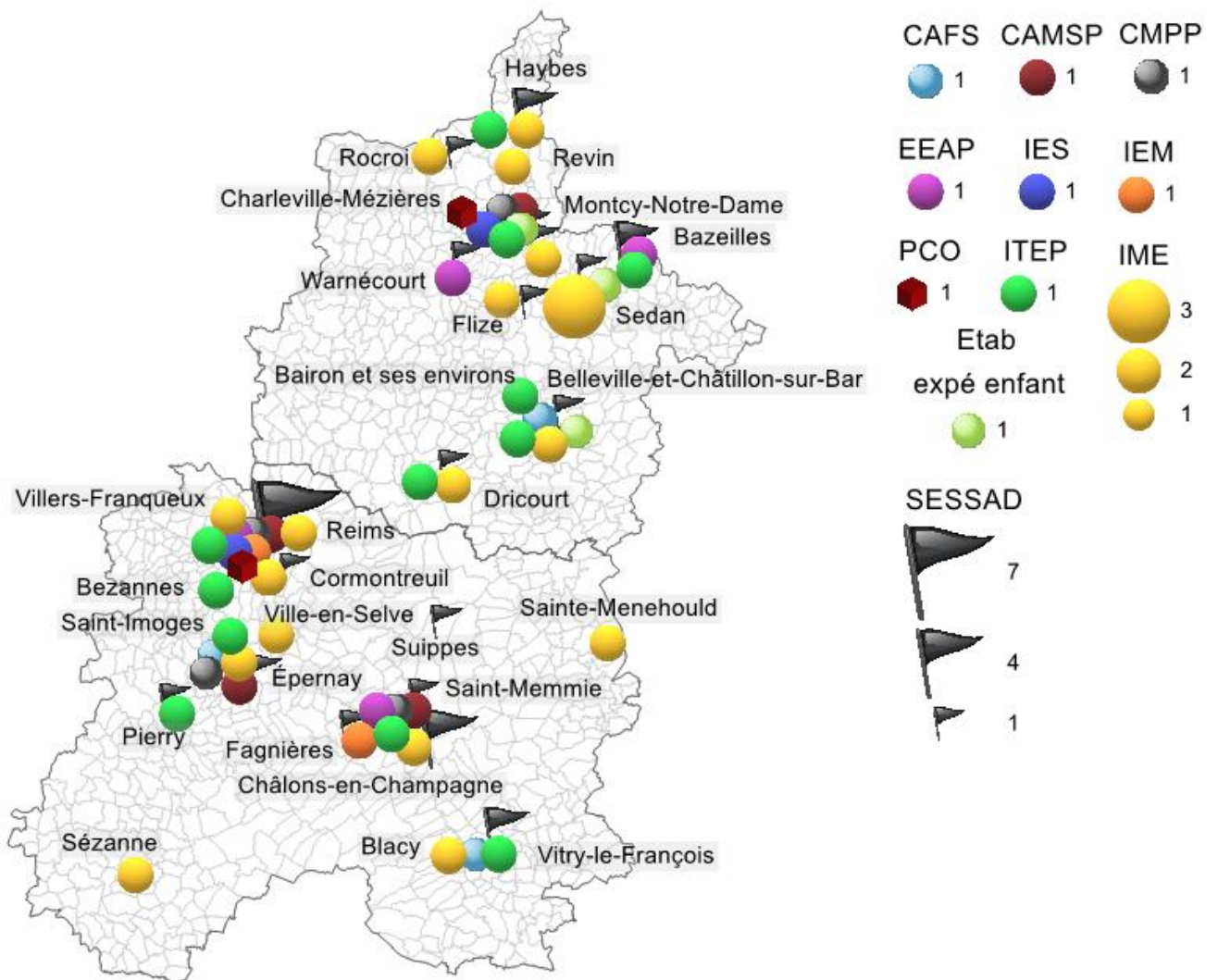
L'offre médico-sociale a été étudiée en France à partir d'une extraction du répertoire FINESS (Fichier National des Etablissements Sanitaire et Sociaux) au 04/03/2022. Nous n'avons pas pu accéder à des données similaires côté Belge.

Nombre de structures	Ardennes		Marne		Ensemble	
ESMS Adulte	41	52%	88	66%	129	61%
EAM	0	0%	2	1%	2	1%
Equipe mobile	0	0%	2	1%	2	1%
ESAT	9	11%	14	10%	23	11%
Etablissement expérimental adulte	2	3%		0%	2	1%
Etablissement et service de pré-orientation	1	1%	1	1%	2	1%
FAM	6	8%	12	9%	18	8%
Foyer de vie	6	8%	21	16%	27	13%
Foyer d'hébergement	5	6%	10	7%	15	7%
MAS	3	4%	5	4%	8	4%
SAMSAH	4	5%	4	3%	8	4%
SAVS	4	5%	17	13%	21	10%
UEROS	1	1%		0%	1	0%
ESMS Enfant	38	48%	46	34%	84	39%
CAFS	1	1%	2	1%	3	1%
CAMSP	1	1%	3	2%	4	2%
CMPP	1	1%	3	2%	4	2%
EEAP	2	3%	2	1%	4	2%
Etablissement expérimental enfant	3	4%	0	0%	3	1%
IEM	0	0%	2	1%	2	1%
IES	1	1%	1	1%	2	1%
IME	10	13%	9	7%	19	9%
ITEP	6	8%	6	4%	12	6%
SESSAD	13	16%	18	13%	31	15%
Total général	79	100%	134	100%	213	100%

On compte 213 ESMS dont 79 dans les Ardennes et 134 dans la Marne. La ratio ESMS enfant / adulte est plutôt équilibré dans les Ardennes (52 % ESMS adulte, 48 % ESMS enfant). Dans la Marne, les ESMS adulte sont beaucoup plus nombreux (66 % contre 34 %).

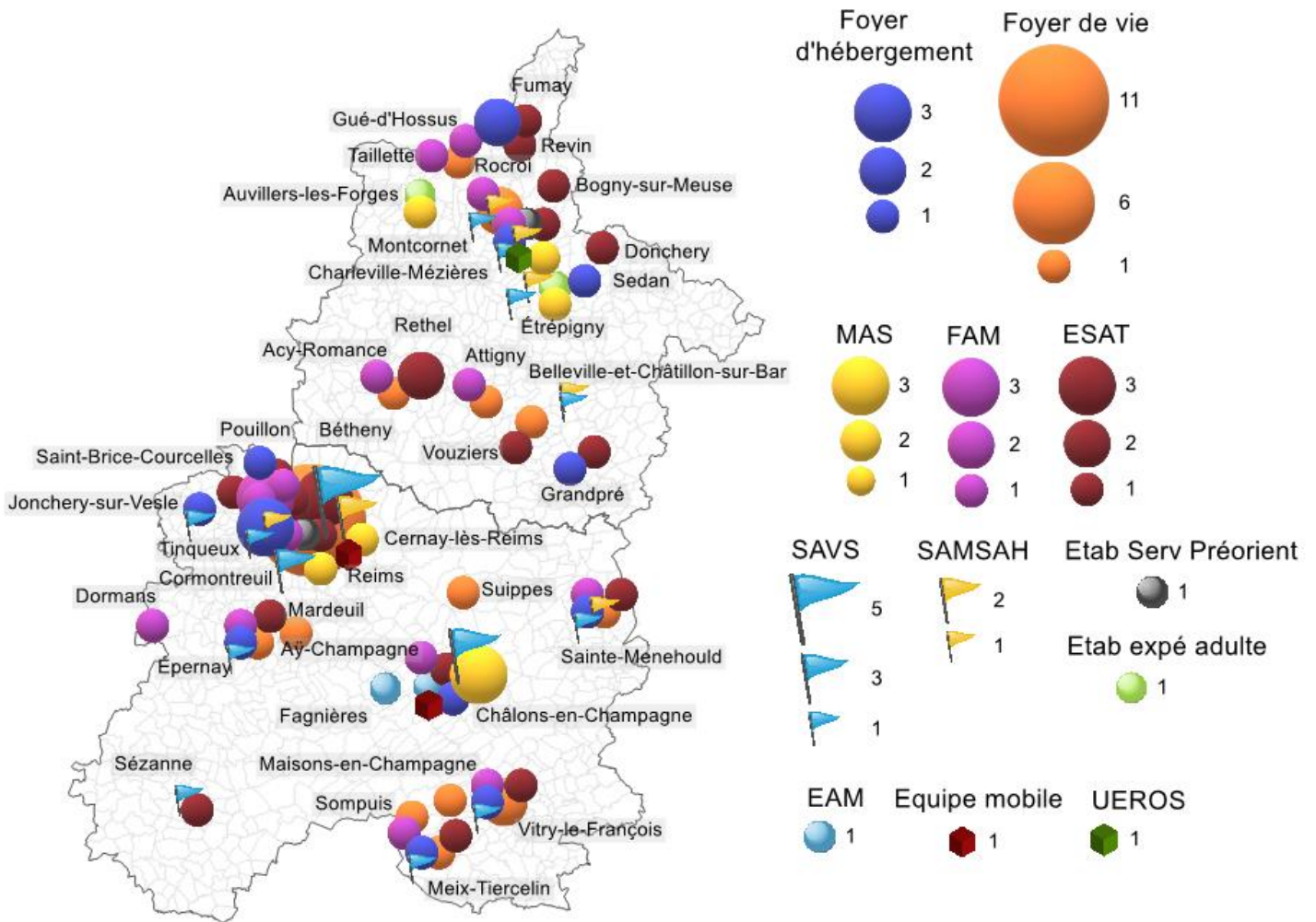
A cela s'ajoute une Plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO) dans chacun des deux territoires et 5 Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) autisme dont 4 dans le département marnais.

Carte 1 – Localisation des ESMS pour l'enfance en France



Carte réalisée par le CREAI GRAND EST avec Cartes & Données - © Articque
 Source : FINESS - extraction le 04.03.2022

Carte 2 – Localisation des ESMS pour adulte en France



Carte réalisée par le CREAI GRAND EST avec Cartes & Données - © Articque
 Source : FINESS - extraction le 04.03.2022

Capacité total	Ardennes		Marne		Ensemble	
ESMS Adulte	Nb places	Taux d'équipement*	Nb places	Taux d'équipement*	Nb places	Taux d'équipement*
	1525	12,2	3333	12,0	4858	11,8
EAM	0	0	77	0,3	77	0,2
Equipe mobile	0	0	0	0	0	0
ESAT	647	5,2	1183	4,2	1830	4,5
Etablissement expérimental adulte	20	0,2	0	0	20	0,05
Etablissement et service de pré-orientation	10	0,1	25	0,1	35	0,1
FAM	99	0,8	258	0,9	357	0,9
Foyer de vie	208	1,7	435	1,6	643	1,6
Foyer d'hébergement	91	0,7	325	1,2	416	1,0
MAS	170	1,4	297	1,1	467	1,2
SAMSAH	56	0,4	64	0,2	120	0,3
SAVS	224	1,8	669	2,4	893	2,2
UEROS	0	0	0	0	0	0
ESMS Enfant	Nb places	Taux d'équipement**	Nb places	Taux d'équipement**	Nb places	Taux d'équipement**
	1115	18,5	1427	10,7	2542	13,2
CAFS	3	0,05	13	0,10	16	0,08
CAMSP	0	0	0	0	0	0
CMPP	0	0	0	0	0	0
EEAP	75	1,25	65	0,49	140	0,73
Etablissement expérimental enfant	18	0,30		0,00	18	0,09
IEM		0	95	0,72	95	0,49
IES	55	0,91	65	0,49	120	0,62
IME	559	9,30	659	4,96	1218	6,31
ITEP	97	1,61	105	0,79	202	1,05
SESSAD	308	5,12	425	3,20	733	3,80
Taux d'équipement - Nombre de places installées pour 1000 habitants de 0 à 59 ans	2640	14,3	1504	11,6	7400	12,4

*Nombre de places installées pour 1000 habitants de 20 à 59 ans

** Nombre de places installées pour 1000 habitants de 0 à 19 ans

On compte 7 400 places dans les ESMS ardennais et marnais, ce qui représente 12,4 places pour 1000 habitants de 0 à 59 ans. Le taux d'équipement des Ardennes est supérieur à celui de la Marne (14,3 ‰ contre 11,6 ‰).

Le nombre moyen de places par structure est de 35 places, environ 30 places par ESMS enfant et 38 places par ESMS adulte. La moitié des structures ont une capacité supérieure à 27 places. L'amplitude du nombre de places varie de 3 à 125 places dans les ESMS enfant et de 2 à 170 chez les adultes.

Nombre de places agréées TSA selon la catégorie d'ESMS, par département

Part des places TSA sur l'ensemble des places	Ardennes		Marne		Ensemble	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
ESMS Adulte	20	1%	59	2%	79	2%
EAM	0		24	31%	24	31%
ESAT	5	1%	0	0,0%	5	0,3%
FAM	15	15%	35	14%	50	14%
ESMS Enfant	96	9%	97	7%	193	8%
Etablissement expérimental enfant	8	44%	0	/	8	44%
IME	82	15%	53	8%	135	11%
SESSAD	6	2%	44	10%	50	7%
Total général	116	4%	156	3%	272	4%

11 % (24/213) des structures de ces 2 départements ont des places agréées TSA. Dans les Ardennes cette part monte à 18 % contre 7 % dans la Marne. De plus, quel que soit le département, il y a davantage d'ESMS avec des places agréées TSA dans le secteur de l'enfance (23 % contre 4 %).

Ces 24 ESMS regroupent 272 places agréées TSA, soit 4 % de l'ensemble des places des deux territoires. Quel que soit le département, il y a davantage de places agréées TSA dans le secteur de l'enfance (8 % contre 2 % dans le secteur adulte).

À noter que 44 % des places des établissements expérimentaux pour enfant sont des places TSA et c'est le cas pour 31 % des places d'EAM.

Carte 3 – Nombre de places TSA dans les ESMS en France

