

# Prise en charge de l'autisme



## Rapporteurs

**M. Philippe Fait**

*(Pas-de-Calais, HOR)*

**Mme Isabelle Santiago**

*(Val-de-Marne, SOC)*

## Les travaux de la mission d'information

Selon la Haute Autorité de santé, **les troubles du spectre de l'autisme (TSA) concerneraient près de 700 000 Français dont 100 000 de moins de vingt ans**, soit environ 1% à 2% de la population. Ces chiffres, marqués par une tendance à la hausse depuis une vingtaine d'années, rappellent ainsi que la prise en charge des enfants autistes représente une politique publique majeure pour la société.

En avril 2025, le **rapport de la commission d'enquête sur les manquements des politiques publiques de protection de l'enfance** a révélé que certains enfants présentant un TSA se trouvent orientés vers l'aide sociale à l'enfance (ASE), davantage par défaut de réponses sanitaires, médico-sociales ou éducatives adaptées, que par nécessité de protection au sens strict. Cette situation révèle plus largement les difficultés persistantes de coordination des politiques publiques de l'enfance, du handicap et de la santé de l'enfant.

Ainsi, dans le prolongement des travaux de cette commission d'enquête, **lors de sa réunion du 4 juin 2025, la Délégation aux droits des enfants a décidé la création d'une mission d'information sur la prise en charge de l'autisme.**

Après plusieurs mois de travaux, une trentaine d'auditions et plusieurs visites, la mission livre aujourd'hui ses conclusions. Les rapporteurs formulent **une quarantaine de recommandations** afin de **combler le retard historique de la France sur le sujet** et de proposer aux enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme **une prise en charge adaptée et à la hauteur des connaissances scientifiques.**

## Le rapport d'information

Les connaissances scientifiques issues des recherches internationales définissent l'autisme à partir de critères d'identification clairement établis dans la CIM-11, classification publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ainsi, l'autisme, ou trouble du spectre de l'autisme (TSA), est un trouble du neurodéveloppement (TND) présent dès la naissance. Il se caractérise par deux critères principaux, à savoir **des difficultés durables dans la communication et les interactions sociales, et des comportements, intérêts ou activités restreints et répétitifs**. Les manifestations de ce trouble sont très hétérogènes avec d'importantes différences dans les capacités entre les individus.

Cependant, la France a accumulé un retard historique dans la prise en charge de l'autisme en raison de plusieurs facteurs structurels. **En effet, l'État a historiquement délégué cette politique publique aux associations, et la séparation des secteurs sanitaire et médico-social a entraîné d'importants effets de silos administratifs dans la prise en charge du handicap, et notamment des enfants autistes.**

En n'ayant pas su être stratège, l'État a donc perdu sa capacité à agir efficacement aujourd'hui. Cela ralentit et retarde donc le déploiement d'une offre de prise en charge des enfants autistes adaptée et conforme aux connaissances scientifiques et bonnes pratiques observées au niveau international.

### La prise en charge des enfants autistes : une politique publique historiquement impensée

**L'évolution progressive des connaissances scientifiques sur l'autisme en France** : la question de la prise en charge de l'autisme a historiquement été délaissée par les pouvoirs publics en France. Dès lors, l'évolution des connaissances scientifiques en la matière n'a pas été suffisamment intégrée dans les pratiques des professionnels. La prédominance historique de l'approche psychanalytique a notamment freiné le déploiement des approches neurodéveloppementales pourtant issues des dernières recherches internationales. Toutefois, le passage dans le champ neurodéveloppemental ne doit pas être absolu et se faire au détriment de toutes les sciences sociales, dont la psychoéducation.

**La constitution d'associations de parents en réponse au manque d'offre de prise en charge** : face à l'insuffisance qualitative et quantitative de l'accompagnement des enfants autistes, de nombreuses

associations parentales, porteuses d'innovations et de bonnes pratiques, ont été créées pour développer une offre de prise en charge adaptée.

**Le retard de la France au regard des comparaisons internationales** : au Danemark, en Suède et en Irlande, le modèle de prise en charge des enfants autistes repose sur une logique d'individualisation des parcours et d'inclusion, notamment en milieu scolaire ordinaire, avec un accompagnement coordonné entre les secteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux et éducatifs. La place de la famille y est également centrale.

Le retard de la France s'explique notamment par ses politiques publiques fragmentées, car menées en silos et sans véritable pilotage national. La recherche est peu incluse et les données manquent pour piloter et évaluer les politiques publiques. L'État stratège s'est historiquement désengagé. Il a toujours délégué ces politiques publiques et n'a pu enrayer les inégalités ni satisfaire les besoins des populations. La décentralisation n'a jamais été faite pour que l'État se désengage, mais plutôt pour qu'il accompagne, dans les territoires les collectivités et les associations en charge des vulnérabilités. Aujourd'hui, au regard du retard pris, il n'a pas la capacité à répondre aux défis sans un véritable changement majeur de l'organisation de la santé sociale dans les territoires. Il doit alors donner les moyens aux collectivités de répondre aux besoins des populations, et notamment des enfants.

Ainsi, la France tarde à intégrer les connaissances scientifiques actualisées et issues de la recherche internationale. Par exemple, bien que la onzième version de la classification internationale des maladies (CIM-11) soit en vigueur depuis 2022, la France utilise toujours l'ancienne version, la CIM-10, comme norme d'identification de l'autisme.

**La mise en place tardive des premiers plans autisme** : condamnée en 2003, 2008, 2014 et 2023 par le Comité européen des droits sociaux, la France peine à rattraper son retard sur l'accès à l'éducation et à la formation des enfants et jeunes adultes autistes. En réponse à sa condamnation en 2003, la France commence à décliner en plans les politiques publiques sur l'autisme, notamment pour créer de nouvelles places en établissement médico-social, améliorer la qualité des soins ou encore favoriser l'inclusion des personnes autistes. Le cinquième plan autisme est aujourd'hui en cours d'application et aboutira en 2027.

## Un manque de pilotage national

### **Un portage national à vue faute de données et de travaux de recherches**

**Un manque de données sur l'autisme** : le défaut d'étude fiable de prévalence de l'autisme ne permet pas d'estimer correctement le nombre de personnes présentant un TSA. L'absence de données et d'indicateurs fiables empêche un suivi efficace de l'évolution des besoins des enfants. En effet, les indicateurs utilisés pour piloter l'évolution de l'offre ne permettent pas de répondre aux besoins réels ni de faire face aux inégalités territoriales constatées.

**Le développement perfectible de la recherche sur l'autisme** : plusieurs instances de recherche se sont développées récemment en France. C'est le cas des centres d'excellence sur l'autisme dans les années 2010, qui ont pour objet de développer la connaissance scientifique sur le sujet de l'autisme et les TND. Puis, en 2025, l'Institut Robert-Debré du cerveau de l'enfant est créé pour « mieux prévenir et accompagner les troubles du neurodéveloppement ». Cependant, ces organisations d'excellence ne contribuent pas suffisamment à la formation des professionnels sur le terrain et à l'irrigation des connaissances issues de la recherche.

Par ailleurs, l'origine des TSA est encore largement méconnue bien que des facteurs de risques soient suspectés. C'est pourquoi, la cohorte Marianne a été lancée pour mieux identifier les causes possibles de l'autisme dans le cadre du troisième plan autisme (2018-2022). En outre, les troubles du spectre de l'autisme sont parfois difficilement identifiables, et confondus avec des troubles liés aux traumatismes et vulnérabilités sociales. Cela complique alors le repérage précoce.

### **D'importants effets de silos liés au manque de portage national**

**Le renforcement du cloisonnement des acteurs lié à la séparation des secteurs sanitaire et médico-social et une politique publique historiquement déléguée s'agissant des vulnérabilités par l'État** : le cloisonnement des acteurs intervenant dans le champ de la politique publique de l'autisme s'illustre par leur manque de coordination et d'interopérabilité pour en permettre l'analyse des données et les besoins. Ainsi, les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), qui ont un rôle d'ouverture de droits pour les enfants autistes, ne sont pas sous la tutelle de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Les remontées d'informations des MDPH ne sont donc pas

uniformisées malgré de nombreux rapports depuis 20 ans. Dès lors, le suivi des enfants autistes est rendu impossible et les ruptures de parcours sont fréquentes.

Concernant le pilotage, d'importants effets de silos inopérants pour la prise en charge des enfants autistes subsistent. Ainsi, les agences régionales de santé (ARS) sont responsables du déploiement et de la transformation de l'offre médico-sociale pour les enfants en situation de handicap au niveau local. Cependant, elles ne disposent que de prérogatives limitées vis-à-vis des établissements médico-sociaux, qui conservent le pouvoir d'admission dans leurs structures. Cela nuit à la lisibilité des parcours des enfants autistes et rallonge les délais de prise en charge. Les départements, chefs de file de la protection de l'enfance, n'ont pas davantage de capacité à intervenir sur la décision d'acceptation d'un enfant en IME, même lorsque les besoins relèvent de ses établissements, ce qui est inacceptable au regard de la situation des enfants et de leurs besoins.

**Un pilotage rénové** : au niveau national, le pilotage de la politique publique de l'autisme a été rénové, notamment avec la création, en 2018, de la Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement (DITND). Cette dernière a un rôle d'impulsion de la politique publique de l'autisme qui est ensuite déclinée localement par les ARS selon les besoins constatés sur le terrain. Cependant, cette déclinaison locale peut être source d'inégalités territoriales, accentuées par l'absence d'évaluation des besoins en santé en population générale.

Cette rénovation s'est aussi manifestée par la mise en place du Groupement national des centres de ressources Autisme (GNCRA) en 2017 dans le but de coordonner l'action des centres de ressources Autisme (CRA) et de diffuser les connaissances scientifiques sur l'autisme.

Pour pallier la fragmentation actuelle et les fortes disparités territoriales liées à une décentralisation mal encadrée, une refondation globale de la prise en charge des TND et des TSA, articulée autour d'un État stratège et d'un pilotage départemental fort, est nécessaire. Sur le terrain, l'échelon départemental est le pivot idéal pour fédérer l'ensemble des acteurs (ARS, Éducation nationale, maires, établissements médico-sociaux) et déployer des approches intégrées de la santé de l'enfant, inspirées de modèles internationaux comme le programme québécois « *Agir tôt* ». L'enjeu est de provoquer un changement de paradigme en brisant les silos institutionnels pour construire, grâce à des moyens renforcés et une remontée de données consolidée, une culture commune axée sur la prévention précoce et la continuité des parcours des enfants et de leurs familles.

## Une prise en charge défaillante source de perte de chance pour les enfants autistes

### Un repérage et une prise en charge trop tardifs

**Un repérage insuffisant** : le diagnostic tardif de l'autisme représente une perte de chance importante pour le développement de l'enfant. Si, actuellement, les diagnostics sont posés entre 3 et 5 ans en moyenne, l'idéal serait d'abaisser cet âge à 18 mois. Pour ce faire, il est nécessaire de former l'ensemble des professionnels de la petite enfance. Les rapporteurs recommandent ainsi de s'inspirer du programme québécois « *Agir tôt* » et de favoriser des interventions précoces et coordonnées autour de l'enfant et de sa famille. Le déploiement des plateformes de coordination et d'orientation (PCO), notamment celles qui s'adressent aux enfants de 0 à 6 ans va dans ce sens. En 2024, les TSA représentaient 29% des diagnostics posés par les PCO.

**Une prise en charge défaillante** : la prise en charge des enfants porteurs de TSA souffre d'un manque de places dans les établissements spécialisés, ce qui contribue à rallonger les délais d'attente lorsque la demande d'un établissement correspond aux besoins de l'enfant. Ces délais, qui peuvent atteindre plusieurs années, constituent une source de perte de chance pour le développement des enfants qui ne sont pas accompagnés pendant leurs premières années de vie. De plus, les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de santé (HAS) ne sont pas toujours respectées, ce qui contribue à une hétérogénéité des pratiques et au défaut de continuité dans l'accompagnement. Enfin, la carence du déploiement de l'offre médico-sociale pour les adultes en situation de handicap provoque une embolie des établissements destinés à l'accueil des enfants, dès lors que les jeunes adultes y sont maintenus en application de l'amendement dit « *Creton* ».

### La nécessité d'un contrôle et d'un suivi plus étroits de l'offre

**L'application nécessaire des bonnes pratiques fondées sur les approches cognitivo-comportementales** : le déploiement des méthodes cognitivo-comportementales recommandées par la HAS s'est heurté à l'influence persistante de l'approche psychanalytique en France. Leur généralisation est également compliquée par le défaut d'opposabilité des recommandations de bonnes pratiques (RBP) de la HAS. Afin d'améliorer la qualité des pratiques, les rapporteurs recommandent donc de tendre vers une opposabilité de ces recommandations. Toutefois, cela ne peut se faire qu'après le déploiement d'un vaste plan de formation de l'ensemble des professionnels afin de leur permettre d'adapter leurs méthodes.

**Le renforcement du contrôle des agences régionales de santé et de l'utilisation de leur pouvoir de sanction** : les ARS disposent de prérogatives particulières pour contrôler et sanctionner les établissements qui mettent en œuvre des prises en charge non conformes à la réglementation. Ces outils devraient être davantage mobilisés afin d'assurer une amélioration de la qualité de l'offre de prise en charge des enfants avec un trouble du spectre de l'autisme.

### Une place plus importante accordée aux familles

**Les difficultés rencontrées par les familles** : confrontées à des difficultés économiques et administratives liées à la prise en charge de leur enfant autiste, les familles doivent aussi faire face à un accès difficile à une information fiable, du fait de l'absence de référentiel national des établissements prenant en charge des enfants avec un TSA. De plus, leur rôle fondamental dans le parcours de leurs enfants est encore trop peu reconnu et les dispositifs de répit pour les aidants sont encore trop peu déployés. Aussi, de nombreux enfants autistes sont placés à l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou font l'objet d'informations préoccupantes (IP) visant les familles. Cela résulte souvent d'un manque de formation de certains acteurs, notamment des travailleurs sociaux, qui interprètent mal les troubles du comportement de l'enfant.

**La reconnaissance de l'expertise des familles** : l'expertise des familles, en première ligne de la prise en charge de leur enfant ayant un trouble du spectre de l'autisme, est amenée à être davantage reconnue par la dernière stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement (2023-2027). Cette expertise peut notamment être valorisée par le renforcement de la pair-aidance et une implication plus importante des parents aux côtés des professionnels lors des formations.

### La prise en charge d'enfants autistes en Belgique faute de solution adaptée en France

Dans un rapport de 2024, la Cour des comptes dénombre 8 200 Français en situation de handicap pris en charge en Belgique. Parmi eux, de nombreux enfants autistes sont pris en charge dans des établissements wallons. Cette prise en charge révèle les manques de l'offre proposée en France, notamment concernant les enfants en situation de « double vulnérabilité ». Le rapport de la commission d'enquête sur les manquements des politiques publiques de protection de l'enfance souligne ainsi que, « *selon l'ARS des Hauts-de-France, fin 2023, 426 enfants en « double vulnérabilité » étaient accueillis en Wallonie* » par défaut de prise en charge en France, et que ces enfants sont très souvent en sur-médication lorsqu'il arrivent dans les institutions belges. Ce scandale doit cesser. Or, depuis un an et la remise du rapport de la commission d'enquête, il ne s'est rien passé.

## Le manque d'inclusion scolaire et sociale des enfants autistes

### Les limites de la scolarisation actuelle des enfants autistes

La scolarisation des enfants autistes est encore trop partielle et trop d'enfants ne sont pas ou peu scolarisés. En effet, malgré un droit à la scolarisation inclusive affirmé par la loi du 11 février 2005 et qui s'est traduit notamment dans le développement des unités d'enseignement spécifiques, la scolarisation des enfants autistes reste entravée par des difficultés persistantes et un fort cloisonnement entre le secteur médico-social et l'Éducation nationale, alors qu'il aurait fallu construire, avec cette loi, un parcours adapté aux enfants et une organisation inclusive de l'école et du médico-social dans l'école, ainsi qu'adapter les rythmes des enfants dans les apprentissages et la connaissance des approches pour les enfants autistes.

Au sein de l'Éducation nationale, le manque d'acculturation et de formation aux troubles du spectre de l'autisme ne permettent pas aux enfants autistes de bénéficier d'une école adaptée à leurs besoins en apprentissages et de temps adapté avec des professionnels formés, comme nous pouvons le voir dans les écoles à l'échelle internationale et européenne, alors que la demande de formation adaptée des professionnels de l'Éducation nationale est forte. Le manque d'accompagnants d'élèves en situation de handicap (AESH) freine l'accès à la scolarisation inclusive des enfants autistes. Par ailleurs, leur formation fait défaut et il est nécessaire de permettre la reconnaissance d'un statut pour ces personnels afin de les former au TSA.

### Des progrès pour une société plus inclusive pour les enfants autistes

Il est nécessaire de tendre vers une société plus inclusive dans son ensemble à l'égard des enfants autistes. Alors que le contexte de baisse de la natalité en France rappelle que l'épanouissement de chaque enfant est important, ce choix d'une société plus inclusive s'impose. Ce virage inclusif, que la France tarde à prendre pleinement, vise à renforcer une vie quotidienne plus accessible aux enfants autistes, mais aussi à renforcer leur autonomie qui doit permettre une transition plus sereine vers l'âge adulte. Le déploiement de dispositifs d'inclusion, comme l'adaptation des espaces aux spécificités sensorielles des enfants autistes dans les écoles, nos villes et nos villages, doit permettre d'agir en ce sens.



**1 enfant sur 6** a un trouble du neurodéveloppement

**8000** Enfants autistes naîtraient tous les ans en France



Les premiers signes apparaissent le plus souvent **entre 18 et 36 mois**

**Entre 3 et 5 ans :**  
l'âge moyen des diagnostics



Données fournies par la Haute Autorité de santé, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et l'Institut Robert-Debré du Cerveau de l'Enfant (Rapport d'activité 2024)

# Les 44 recommandations du rapport

## Refonder le pilotage national de la politique de l'autisme

**Recommandation n° 1 :** Mener une étude de prévalence de l'autisme d'ampleur en France pour consolider les données comme cela se fait à l'échelle de plusieurs pays européens et à l'international, et les croiser avec celles des chercheurs internationaux et les données fiables des autres pays.

**Recommandation n° 2 :** Rendre obligatoire aux établissements conventionnés accueillant des enfants autistes le remplissage de l'application ViaTrajectoire, dès lors qu'il s'agit d'un enjeu de santé publique visant à faire correspondre l'offre aux besoins des populations. Les données en santé et handicap de nos populations ne peuvent souffrir d'un manque de visibilité pour adapter les besoins aux enfants et aux familles.

**Recommandation n° 3 :** Harmoniser les systèmes d'informations des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) au niveau national en intégrant les critères de la CIM-11. Intégrer au projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2027 le financement nécessaire au changement des systèmes d'informations et des pratiques en matière de données, sur une trajectoire de trois ans.

**Recommandation n° 4 :** Créer un référentiel national d'actualisation des connaissances et des pratiques qui garantisse la révision régulière des contenus de formation, au regard de l'évolution des connaissances scientifiques.

**Recommandation n° 5 :** Mettre en œuvre un observatoire national chargé du suivi, du parcours et de l'évaluation des politiques publiques des enfants TSA en lien avec l'Institut du cerveau de l'enfant et en coopération avec les chercheurs et les données internationales.

**Recommandation n° 6 :** Renforcer la recherche consacrée à l'évaluation des pratiques et dispositifs de prise en charge de l'autisme, en développant des coopérations scientifiques étroites avec les équipes de recherche internationale et les pays les plus avancés dans ce domaine, afin de favoriser le partage des connaissances, l'innovation et la diffusion des pratiques fondées sur les données probantes.

**Recommandation n° 7 :** Mobiliser l'expertise et les connaissances issues des centres d'excellence afin de structurer une politique nationale ambitieuse de formation continue des professionnels du secteur médico-social, fondée sur les données scientifiques actualisées, les bonnes pratiques internationales et les retours d'expérience des pays les plus avancés en matière d'autisme, notamment à travers le développement de coopérations scientifiques et institutionnelles internationales, comme le programme « Agir tôt » déployé au Québec.

**Recommandation n° 8 :** Décloisonner les secteurs sanitaire, médico-social et éducatif afin de garantir une meilleure coordination des acteurs et une continuité effective des parcours des enfants et de leurs familles. Développer, dans chaque département, un modèle intégré de « maison de l'enfant et de la famille », fondé sur une approche pluridisciplinaire et inclusive, réunissant en un même lieu les compétences médicales, sociales, éducatives et médico-sociales, afin de favoriser des interventions précoces, coordonnées et adaptées aux besoins des enfants.

**Recommandation n° 9 :** Informer les MDPH des mises en œuvre des décisions de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) pour renforcer le suivi des enfants autistes.

**Recommandation n° 10 :** Partager la responsabilité du déploiement de l'offre médico-sociale pour les enfants entre les ARS et les départements et expérimenter, dès 2027, ce modèle de gouvernance intégrée sur cinq territoires pilotes, dans lesquels les départements assureraient un rôle de chefs de file en matière de santé sociale de l'enfant et de coordination des parcours, avec un engagement de l'État sur la fourniture des données de santé, l'évaluation des besoins territoriaux et les financements nécessaires.

**Recommandation n° 11 :** Confier aux directeurs généraux des agences régionales de santé et aux présidents des conseils départementaux un pouvoir d'admission en établissement ou service médico-social pour les enfants autistes pour rendre leur parcours plus lisible.

**Recommandation n° 12 :** Modifier le statut juridique du Groupement national des centres de ressources Autisme et lui confier plus clairement le pilotage de la Maison de l'autisme.

## Construire un modèle coordonné de repérage et d'accompagnement précoce

**Recommandation n° 13 :** Former systématiquement l'ensemble des professionnels de la petite enfance, de la santé, des secteurs sociaux et médico-sociaux, et de l'Éducation nationale au repérage des premiers signes de manifestation de troubles du neurodéveloppement chez l'enfant. S'engager collectivement pour un parcours de l'enfant de 18 mois à 5 ans et donner une chance à tous les enfants d'entrer dans les apprentissages adaptés à leurs rythmes et besoins.

**Recommandation n° 14 :** Ne plus conditionner l'accès aux accompagnements et aux soins à l'obtention préalable d'un diagnostic formel, afin de permettre une prise en charge précoce et pluridisciplinaire fondée sur les besoins de l'enfant. Garantir, dès les premiers repérages, l'accès aux interventions des professionnels nécessaires, notamment les orthophonistes et les ergothérapeutes, ainsi que le remboursement des soins et la mise en place rapide d'aménagements raisonnables dans le cadre scolaire. Renforcer parallèlement les capacités de formation universitaire et augmenter significativement le nombre d'orthophonistes formés afin de répondre aux besoins croissants des enfants et des familles sur l'ensemble du territoire.

**Recommandation n° 15 :** Accentuer le déploiement des plateformes de coordination et d'orientation 7-12 ans et mettre en place une plateforme de coordination et d'orientation 0-6 ans à Mayotte pour en avoir effectivement une par département.

**Recommandation n° 16 :** Développer un programme national de repérage précoce des troubles du neurodéveloppement dès la petite enfance, inspiré des modèles internationaux les plus avancés, comme le programme « Agir tôt » mis en œuvre au Québec de 18 mois à 5 ans puis de 6 à 12 ans.

**Recommandation n° 17 :** Renforcer les moyens alloués au déploiement de l'offre médico-sociale pour les enfants pour permettre une prise en charge rapidement après l'orientation de la maison départementale des personnes handicapées et évaluer par une étude d'impact les besoins à programmer sur 5 ans par territoire.

**Recommandation n° 18 :** Renforcer les moyens de la pédopsychiatrie de secteur dans la perspective d'une approche renouvelée de pluridisciplinarité des acteurs sanitaires et médico-sociaux et développer les pratiques comme les infirmières formées en pratiques avancées.

**Recommandation n° 19 :** Renforcer l'offre médico-sociale pour les adultes afin de libérer des places dans les établissements destinés à l'accueil d'enfants avec un trouble du spectre de l'autisme. Compenser les dépenses des départements.

## Garantir la qualité et l'égalité des accompagnements

**Recommandation n° 20 :** Conditionner les subventions et les financements publics, accordés aux organismes de formation et associations intervenants dans le champ de l'autisme, au respect d'une procédure nationale de labellisation fondée sur l'actualisation des connaissances scientifiques et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

**Recommandation n° 21 :** Assurer l'effectivité de l'interdiction du « packing » et de ses formes dérivées comme « l'enveloppement sec ».

**Recommandation n° 22 :** Rendre progressivement opposables aux professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux, à l'issue d'une phase nationale de formation et d'accompagnement de ces professionnels, les recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de santé en ce qu'elles concernent la prise en charge des enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme. Prévoir un délai de cinq ans avant l'opposabilité effective qui permettrait de lancer un grand plan d'urgence de formation sur la période 2027-2032 pour accompagner les changements de pratiques.

**Recommandation n° 23 :** Actualiser régulièrement les recommandations de la Haute Autorité de santé afin qu'elles restent en adéquation avec les avancées de la recherche scientifique sur le sujet.

**Recommandation n° 24 :** Conditionner les financements publics, octroyés aux établissements et services accueillant des enfants avec un trouble du spectre de l'autisme, au respect des recommandations actualisées de bonnes pratiques de la Haute Autorité de santé et des exigences nationales de qualité et à la formation des professionnels.

**Recommandation n° 25 :** Augmenter le nombre de contrôles inopinés des établissements et services accueillant des enfants présentant un trouble du neurodéveloppement.

**Recommandation n° 26 :** Utiliser davantage le pouvoir de sanction des agences régionales de santé à l'encontre des établissements accueillant des enfants ayant un TSA et qui ne respectent pas la réglementation. Engager un dialogue constructif qui permette de coordonner les acteurs sur le plan législatif pour changer la réglementation en la matière.

### Mieux soutenir et reconnaître l'expertise des familles

**Recommandation n° 27 :** Mettre en place un référentiel national des établissements prenant en charge des enfants avec un TSA qui indique notamment leur schéma sanitaire et les méthodes de prise en charge proposées, pour renforcer l'accès des familles à l'information et à l'accompagnement adapté.

**Recommandation n° 28 :** Confier à la Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement l'élaboration et la diffusion d'un guide des bonnes pratiques à destination des collectivités territoriales auquel elles pourraient contribuer pour partager leurs pratiques innovantes mises en place localement.

**Recommandation n° 29 :** Reconnaître le rôle fondamental des familles dans les parcours des enfants et accroître le nombre de solutions de répit pour les proches aidants.

**Recommandation n° 30 :** Rendre obligatoire la formation des travailleurs sociaux aux troubles du spectre de l'autisme et revoir la maquette des formations pour s'adapter aux connaissances et aux enfants accueillis, dont les besoins immenses nécessitent une compétence et des taux et normes d'encadrement pour que les personnels bénéficient, dans l'hospitalier comme le secteur médico-social, de la capacité de supervision sur les cas complexes.

**Recommandation n° 31 :** Accentuer le soutien aux dispositifs fondés sur la pair-aidance.

**Recommandation n° 32 :** Développer les formations associant, en binômes, les professionnels et les parents partenaires.

**Recommandation n° 33 :** Réorienter progressivement les financements actuellement consacrés aux départs à l'étranger non souhaités vers le développement d'une offre nationale de qualité, coordonnée et accessible sur l'ensemble du territoire.

### Faire de l'école un pilier central de l'inclusion

**Recommandation n° 34 :** Renforcer le suivi des enfants autistes inscrits dans des dispositifs UEMA et UEEA par l'Éducation nationale.

**Recommandation n° 35 :** Renforcer le dispositif des professeurs ressources TSA et TND.

**Recommandation n° 36 :** Former l'ensemble des personnels de l'Éducation nationale aux troubles du spectre de l'autisme pour créer une culture commune de l'inclusion et de l'accompagnement des élèves. Accompagner les enseignants, mais aussi l'ensemble des équipes pédagogiques, avec un plan de formation sur 5 ans.

**Recommandation n° 37 :** Adapter davantage les critères d'évaluation scolaire et des examens nationaux aux besoins spécifiques des élèves présentant un trouble du spectre de l'autisme.

**Recommandation n° 38** : Reconnaître les AESH à travers la création d'un statut, le renforcement obligatoire de leur formation avant toute prise de poste et l'amplification de leurs missions autour des enjeux de coordination des parcours.

**Recommandation n° 39** : Accentuer le déploiement des dispositifs d'autorégulation et des matériels adaptés dans les écoles.

**Recommandation n° 40** : Encourager le déploiement de dispositifs médico-sociaux, comme des classes d'instituts médico-éducatifs, aux seins d'établissements scolaires pour renforcer l'inclusion sociale des enfants autistes et la logique des allers-retours entre les secteurs éducatifs et médico-sociaux.

**Recommandation n° 41** : Développer les formations croisées entre l'Éducation nationale et les organisations médico-sociales afin de renforcer les collaborations intermétiers, de favoriser le développement d'une culture commune et de mutualiser les expertises au service des élèves et de leurs familles.

### **Construire une société plus inclusive**

**Recommandation n° 42** : Engager une stratégie nationale d'accessibilité universelle des espaces publics et des services pour les personnes présentant un trouble du spectre de l'autisme.

**Recommandation n° 43** : Faciliter l'accès aux chiens d'assistance pour les enfants autistes.

**Recommandation n° 44** : Renforcer la sensibilisation de la société aux troubles du spectre de l'autisme, dès le plus jeune âge, pour favoriser l'inclusion sociale et scolaire et l'insertion professionnelle des jeunes autistes.

### Sur le site de l'Assemblée nationale :

- **Rapport** : <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/organes/delegations-comites-offices/delegation-droits-enfants/documents?typeDocument=rapport+d%27information>
- **Mission d'information** : <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/organes/delegations-comites-offices/delegation-droits-enfants/missions-information/prise-en-charge-de-l-autisme>
- **Délégation aux droits des enfants** : <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/organes/delegations-comites-offices/delegation-droits-enfants>
- **Espace presse** : <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/espace-presse>

