

**Comité Permanent Autisme FFP
Commission formation
Synthèse de Décembre 2019, Mars 2020**

Texte d'étape

**Compte-rendu du travail de la commission Formation à la journée du 18 septembre 2020
par Bernard Touati :**

Membres de la commission :

**Pascale Ambroise, Dominique Amy, Armelle Barral, Géraldine Cerf, Virginie Cruveiller, Elodie Gabriel,
David Meyer, Julia Onimus, Bernard Touati**

Coordination : Bernard TOUATI

I / Si nous partons des recommandations HAS depuis 2005

(2005, 2012, 2018, 2019)

1. Critères généraux des formations

A - Il est recommandé de promouvoir la formation continue des professionnels :

- dans la diversité des approches et des réponses
- la prise en compte des nouvelles données scientifiques, des évolutions conceptuelles et des pratiques
- la possibilité d'évaluer la qualité des formations, leur lisibilité, leur adaptation aux attentes, leur intégration et leurs effets sur les pratiques et les actions

Cela afin de garantir la mise en œuvre de pratiques éducatives, pédagogiques et thérapeutiques adaptées aux enfants et aux adolescents accompagnés, ainsi que d'une ouverture sur l'extérieur, d'un accès à l'innovation et d'une aide à l'évaluation des pratiques et des actions.

(On le voit, il y a là mise en jeu d'un extérieur à la formation dans le champ clinique et médicosocial, dans les communications entre professionnels de formations et d'expériences différentes, et dans les effets institutionnels.)

- Les formations doivent permettre d'évaluer les besoins de chaque sujet pour proposer un projet personnalisé d'interventions coordonnées précoce et adapté.

Commentaire 1 :

La notion de diversité des approches est d'emblée soulignée.

Les professionnels doivent pouvoir se former à des approches diverses, et ajustées à leurs besoins, car l'autisme comme ses modalités de prise en charge sont extrêmement protéiformes. Ce principe n'est souvent pas respecté dans les intentions en particulier sur les types interventions. Un certain déséquilibre apparaît, les approches comportementales et éducatives ou rééducatives étant prônées de façon privilégiée, avec une affirmation de leur efficacité qui demanderait à être réexaminée. (voir biblio)

Pourtant la dimension thérapeutique et donc le soin sont réaffirmés dans les pratiques comme dans les formations.

On ne peut que souscrire à cette nécessité d'interdisciplinarité, de dialogues entre les disciplines, telles que le permettent les approches intégratives, avec la prise en compte des articulations théoriques, cliniques et des praxis pour faire échec aux clivages, qu'il s'agisse :

a) des clivages dans les fonctionnements des patients TSA, renforcés par des conceptions par trop exclusives. (cognition / émotion)

Devant la richesse des techniques et des recherches, les programmes de formations ont à inclure, le développemental, le psychologique, l'éducatif, le cognitif, le pédagogique, en donnant toute leur place aux approches corporelles, sensorielles, et groupales.

b) de l'opposition qui se voudrait à tort irréductible, des domaines de connaissance très divers, lesquels représentent des angles différents d'approche et de compréhension ayant au contraire des valeurs complémentaires.

Du point de vue théorique, cette complémentarité des approches tient en premier lieu au fait qu'un patient autiste est avant tout une *personne*, que la psychiatrie aborde dans sa complexité et sous ses différentes facettes de fonctionnement.

A ce titre, aucune méthode, qu'elle soit (ré)éducative ou thérapeutique, ne saurait se suffire à elle-même dans l'accompagnement des personnes avec TSA. **Le sujet humain, qu'il soit autiste ou non, n'est jamais réductible à l'une ou l'autre de ses dimensions** : ni à son comportement, ni à ses capacités d'autonomie, ni à sa communication, ni aux secteurs les plus perceptibles de sa vie psychique.

C'est donc nécessairement de manière plurielle et globale que la personne autiste doit être accompagnée par les professionnels.

Si aucun enfant ne se construit sans être « éduqué » dans ses comportements par l'adulte, aucun enfant ne se construit, non plus, uniquement grâce à cela. Les enfants autistes n'y font pas exception. Dès lors, il n'est pas envisageable de limiter la formation des équipes aux seuls modèles comportementaux.

La dimension longitudinale des parcours, sur laquelle insiste la stratégie nationale, établit cette complexité en liens avec des ressorts internes non réductibles aux conduites, et se révélant souvent de manière imprévisible. C'est un élément important sur lequel nous reviendrons. (Babouillec. Des choses qu'on pensait impossibles deviennent possibles)

c) des clivages institutionnels dans lesquels ce sont **les différents professionnels composant les équipes qui se sentiraient ignorés dans leurs questionnements, leurs besoins et leur propre champ d'expérience et de construction d'un savoir en mouvement.**

Les recommandations officielles de la HAS/ANESM publiées en 2012 reconnaissent que certaines formations intégratives sont appropriées : « *les prises en charge intégratives de type thérapie d'échange et de développement, en tant qu'interventions fondées sur une approche développementale, intégrant des principes neurophysiologiques et de rééducation, sont jugées appropriées (accord d'experts).* » p.25).

La thérapie d'échange et de développement est citée à titre d'exemple d'approche intégrative. Cela signifie qu'une formation comportant des références à la psychodynamique peut être tout à fait conforme aux recommandations, dès lors qu'elle est par ailleurs **fondée sur une approche développementale, et compatible** avec des « principes neurophysiologiques et de rééducation », ce qui est aujourd'hui le cas le plus fréquent, y compris en psychanalyse de l'enfant. **De ce fait, nombre de formations peuvent être considérées comme compatibles avec ces recommandations et sont pourtant écartées par les CRA.**

- De plus, depuis l'époque où les premières recommandations ont été publiées (2011), HAS-ANESM, 2012, p.25), **une étude prospective multicentrique portant sur 81 sujets suivis durant 1 an a été conduite dans le cadre d'un PREPS par le CHU de Nantes. Cette étude présentée officiellement le 13 mai 2019 au Ministère de la Santé, dont les résultats sont sous presse, démontre l'efficacité des méthodes intégratives.**

A propos de « la remise de la science au cœur de la politique publique de l'autisme » (stratégie nationale 2018- 2022), une révision s'imposerait quant aux résultats affichés par les tenants de la méthode ABA au moment des recommandations HAS de 2012. Plusieurs études démontrent des biais dans les évaluations de résultats positifs de cette méthode (voir en bibliographie la revue critique de la littérature sur les interventions intensives précoces par Virginie Cruveiller et Graciela C. Crespin) (1).

Une recherche française non encore publiée sur la méthode de Denver (ESDM) en comparaison avec les interventions « as usual » ne semble pas prouver la supériorité de l'ESDM, mais plutôt confirmer le grand intérêt des interventions précoces bien menées. Une réflexion s'impose donc sur la relativité de ce qui serait « scientifiquement » prouvé.

Dans le même ordre de réflexion une recherche, dirigée par B. Touati, sur un Intersecteur de Pédopsychiatrie, portant sur l'ensemble de la cohorte et les évolutions de jeunes autistes et de jeunes psychotiques dans le cadre de traitements combinant plusieurs approches, a conclu à des évolutions positives dans plus de la moitié des cas (2).

2. Les préoccupations quant aux équipes dans les recommandations HAS

B - Il est recommandé d'adapter les modalités de formation aux besoins de l'équipe :

Formations entre professionnels de même discipline ou de disciplines différentes, formations de professionnels d'une même équipe ou d'équipes voire de secteurs différents (sanitaire, médico-social mais aussi professionnels de l'Éducation nationale), formations conjointes parents/professionnels, échanges, sous différentes formes, avec des personnes avec autisme ou autres TED, etc..

C - L'effort doit être conduit dès les formations initiales et tout au long de la vie professionnelle

- **Il doit s'appliquer à l'ensemble des intervenants auprès des enfants/adolescents/ adultes avec TSA, quel que soit leur mode d'exercice et leur secteur d'activité**
- **Les objectifs et le contenu des formations dispensées doivent être adaptés aux missions et fonctions de chacun.**
- **L'ensemble des personnels des équipes concernées, doit en bénéficier y compris les personnels d'encadrement.**
- **Il s'agit de favoriser une dynamique de changement selon les avancées de l'ensemble d'une équipe ; de se prémunir des pratiques isolées non discutées ni réfléchies ensemble.**

Dans la stratégie nationale 2018-2022, il s'agit de :

- 1. Former les professionnels de santé**
- 2. Former les travailleurs sociaux et les professionnels du secteur social et médico-social**
- 3. Former la communauté éducative**
- 4. Adapter et poursuivre la formation de formateurs**
- 5. Développer les formations dans l'enseignement supérieur**

Les points 1, 2 et 4 peuvent impliquer les psychiatres

Commentaire 2 :

Du point de vue pratique, les besoins de formations ne sont jamais identiques d'un service à l'autre.

- Compte tenu de la grande diversité clinique des Troubles du Spectre de l'Autisme, mais aussi de l'hétérogénéité des populations accueillies et des offres de soin en fonction des territoires, il apparaît nécessaire de laisser aux équipes et à leurs responsables la possibilité d'opter pour les formations qui répondent à leurs besoins propres. Ces derniers sont évolutifs dans le temps et dépendent des spécificités de chaque service en fonction du type de patients accueillis, des compétences des membres de l'équipe et du plan de formation qui en découle.

Selon les formations le lieu d'exercice des professionnels concernés va infléchir les contenus. Sous la même bannière, la diversité même des tableaux autistiques, des degrés de sévérité, l'âge des patients, l'hétérogénéité des fonctionnements chez un même sujet, tout cela influence les attentes devant ce qu'une formation peut apporter. **Mais il est également toujours nécessaire et enrichissant de pouvoir se « décentrer » de ce qui est le plus proche et le plus connu, pour se rendre compte d'aspects inattendus dans d'autres domaines d'exercice que le sien. (les pathologies, les lieux d'exercice)**

Formation et transmission sont très proches.

Les équipent se forment, travaillent et transmettent (voir plus loin).

La formation dans le travail des équipes

Les formations ne peuvent être détachées des recherches, des évolutions conceptuelles qui ont marquées le champ de l'autisme, et sont issues d'un savoir et de « savoirs faire » en constants remaniements.

En effet on peut considérer que les équipes se forment, travaillent et à partir de leur expérience clinique mise en commun constituent et enrichissent un corpus de connaissances qui se valident et s'approfondissent d'abord sur le terrain.

Et de plus des formations organisées dans les différents domaines et suivant des modules prolongés doivent être périodiquement suivies compte tenu de l'évolution rapide des connaissances.

Les formations sont au cœur des effets de transmission, et ce ne sont pas seulement des connaissances ou des expériences qui sont transmises. Ce qui résulte de la transmission dépend de ce que chacun est à même d'en faire et non pas d'une reproduction à l'identique de ce qui serait une connaissance définitive achevée et imposée.

Danger de l'obscurantisme et des concepts fumeux/ danger de la pensée unique, objectivante qui n'aurait de scientifique que le nom.

A ce titre si elles correspondent à l'état des connaissances à un moment donné ainsi que leur réactualisation régulière, les formations ont à tenir compte de la multiplicité et de la diversité des intervenants dans les différents champs de l'autisme.

Une certaine liberté est donc laissée aux équipes qui doivent être soutenues et écoutées.

On peut relever que suivant les recommandations HAS, les psychothérapies individuelles et certaines approches en groupe sont recommandées, sans plus de précisions sur leurs présupposés théorico-cliniques : **« Parmi les interventions spécifiques proposées pour aider l'enfant/adolescent avec TED à reconnaître, à vivre ses émotions et à gérer son anxiété, sont recommandés, selon les besoins de l'enfant/adolescent mis en évidence par les évaluations et avec accord des parents :**

- l'adaptation de stratégies utilisées en thérapie cognitivo-comportementale pour les enfants avec autisme de haut niveau ou syndrome d'Asperger (grade B);
- des jeux de rôle (grade C);
- des groupes de paroles (accord d'experts);

- **des psychothérapies individuelles (accord d'experts). »**

(S'agit-il là des seules thérapies cognitivo - comportementales même si ce n'est pas précisé ?).

Commentaire 3 :

Deux points importants doivent maintenant être soulignés car ils sont en contradiction avec les recommandations et se prêtent à des dérives.

- **Contradiction quant à la durée d'application d'une méthode par rapport à la diversité recommandée :**

HAS : Il est recommandé aux parents d'être particulièrement prudents vis-à-vis d'interventions présentées, par des professionnels ou des associations, soit comme une intervention permettant de supprimer complètement les manifestations des TED, voire de guérir totalement leur enfant, soit comme une méthode exigeant l'exclusivité de l'accompagnement, car l'abandon d'interventions peut présenter un danger ou induire une perte de chances pour la personne (ex.: abandon de traitements utiles à des pathologies associées)¹².

Or on peut lire ensuite à propos des interventions éducatives (HAS 2012) qu'elles doivent être: « organisées avec un taux d'encadrement d'un adulte pour un enfant (grade B), à un rythme hebdomadaire d'au moins 25 heures d'interventions/semaine par des intervenants formés (grade B), ou, lorsque les parents le souhaitent, d'au moins 20 heures/semaine par des intervenants formés auxquelles s'ajoutent au moins 5 heures/semaine d'interventions effectuées par les parents eux-mêmes, après une formation leur permettant d'assurer la cohérence des interventions au domicile (grade B). » (Ces durées, qui respectent les rythmes physiologiques du sommeil en fonction de l'âge, comprennent les temps de scolarisation avec accompagnement individuel adapté : ces interventions visent à faciliter l'accueil de l'enfant en crèche ou à l'école pour des durées progressivement croissantes en fonction de l'âge et de la capacité de l'enfant à s'y intégrer (grade B). Les heures parentales sont effectuées dans le cours normal des activités quotidiennes avec l'enfant (moments d'éveil de l'enfant, repas, toilette, jeux, au moment du lever ou du coucher, pendant les week-ends, etc.).

- **Les « approches psychanalytiques »**

La psychanalyse et la psychothérapie institutionnelle sont considérées comme « non consensuelles », et non pas, il faut le préciser, comme « non recommandées ».

Certains se sont livrés à des acrobaties sémantiques pour prouver qu'en fait les deux termes seraient équivalents, parce qu'en n'entrant pas dans ce qui est recommandé, la psychanalyse serait donc « pas recommandée » et, qu'avec un petit effort supplémentaire on pourrait passer du « pas » au « non recommandée ».

Mais alors pourquoi avoir utilisé le terme de « non consensuel » si cela veut dire la même chose ?

Le non consensuel signifie qu'il n'y a pas accord, pas consensus de différents « experts » ou acteurs des appareils de soins et de traitements. Or la psychanalyse est par essence non consensuelle, elle est une science du doute, du débat, opposée à une pensée positiviste en tout ou rien.

Ainsi la psychanalyse se pose en termes de recherche permanente, et de diversité voire d'opposition des angles de vue (Touati, 2013). C'est donc de ce qui est considéré comme sa faiblesse par les tenants de *l'evidence-based medicine*, qu'elle tirerait précisément sa force et sa capacité de transformation créative devant la singularité de chaque sujet. Dans cette singularité, il n'y a pas l'observation d'un état statique,

reproductible, mais une disposition renouvelée, pour peu qu'on la respecte, à s'inventer soi-même. La standardisation des éléments « objectifs » du diagnostic, tout comme la standardisation d'un « traitement » applicable à tous sans distinction, démontre bien les possibles dérives de ce que l'on nommerait « consensualité ».

3. Informations, orientations et soutien des formations :

Il est recommandé que les CRA, dont l'information et la formation sont au cœur des missions, veillent à sensibiliser les professionnels libéraux intervenant ou susceptibles d'intervenir auprès d'enfants et adolescents avec TSA, ainsi que leurs organisations professionnelles, et à leur proposer des formations adaptées à leurs besoins et aux contraintes de leur exercice, en s'appuyant sur leurs propres ressources et les autres ressources de leur territoire. **Les CRA veilleront à identifier les professionnels formés aux spécificités de l'autisme, en vue d'accueillir et orienter au mieux les familles et d'informer les professionnels.**

Ce rôle des CRA s'étend à l'information des familles. L'accès aux différentes modalités de suivi et d'accompagnement éducatifs, comme l'accès aux différentes modalités thérapeutiques associées, doit se faire dans le cadre d'un véritable processus de choix libre et informé des familles.

A partir de ce « non consensuel », certains chercheurs, non cliniciens, et les CRA dans leur majorité refusent d'informer les familles et les professionnels sur toutes les formations qu'ils jugent non conformes aux recommandations HAS de par leurs contenus ou les professionnels qui les dispensent.

Il s'agit d'une atteinte à la liberté de choix

De plus le principe de la diversité est ainsi contredit.

Mais il ne s'agit pas que d'un principe, car en fait le fonctionnement des services est basé sur cette diversité et sur les suivis dans les différents secteurs de la vie des sujets avec autisme, de façon prolongée. Ni la diversité, ni la durée prolongée dans les parcours ne sont assurées par ces programmes intensifs comportementaux qui risqueraient en fait de devenir le modèle quasi exclusif défendu (et imposé). Il y a là abus et dérives. (Cft le courrier de 2016 par rapport aux pratiques du CRAIF.)

En effet il faut tenir compte de ce qui se passe vraiment, de qui s'occupe vraiment des TSA sur le terrain, et éviter les hiatus chercheurs n'ayant aucune connaissance du terrain / personnes impliquées dans la clinique au quotidien.

4. Contenus et déroulement des formations selon les recommandations :

Sont recommandées les formations sur les contenus suivants :

- **Le diagnostic d'autisme, le diagnostic précoce.**

Il convient que les professionnels de santé qui interviennent en première intention (médecins généralistes, pédiatres, professionnels paramédicaux, ...) soient bien formés au repérage de l'autisme en vue de pouvoir **rendre effectif le dépistage précoce puis l'orientation vers des interventions adaptées, axe prioritaire du dernier plan.** . La question des signes précoces et des interventions précoces constitue en soi un volet qui a tendance à prendre une place prépondérante, mais ne doit pas faire oublier, la longueur des parcours avec des possibilités d'évolution favorables à tous les âges.

- **L'actualisation des connaissances sur l'autisme et les TSA** (formation à effectuer régulièrement, si possible tous les 2 ou 3 ans) ;

- **Les principales étapes du développement de l'enfant**, ainsi que les différents moyens d'évaluation, sans se limiter à ceux spécifiques aux TSA ;
- **Les interventions recommandées**, notamment les techniques et outils de communication, les aspects somatiques et pharmacologiques des prises en charge et la gestion des comportements problématiques ;
- **Le travail de partenariat, notamment avec les familles ;**
- **Les conditions spécifiques de l'accueil et du suivi** des enfants, adolescents et adultes avec TSA. **Les parcours.**

5. L'engagement et l'appui de l'encadrement sont des facteurs facilitateurs de ces démarches.

Les établissements, les services et les professionnels ont à initier une démarche d'évaluation des programmes et des actions. Il est recommandé que ces formations soient régulièrement proposées et accompagnées par la structure d'origine, puis suivies quant à leur apport en retour dans les établissements ou services (améliorations du fonctionnement, contribution à la résolution des difficultés éventuelles, actualisation, le cas échéant, des techniques d'éducation et de soins, etc.).

6. Actions futures : le développement des études de recherche

Il est recommandé d'encourager une dynamique d'ouverture des équipes d'interventions à des actions de recherche, afin que les données et expériences recueillies dans le cadre de la mise en œuvre des interventions puissent contribuer au progrès de la connaissance et des modalités d'intervention et d'accompagnement relatives aux TSA.

Il est recommandé notamment de mettre en œuvre des recherches-actions associant les professionnels amenés à intervenir de façon coordonnée auprès de l'enfant/adolescent, quel que soit leur secteur d'activité.

Remettre la science au cœur de la politique publique de l'autisme en dotant la France d'une recherche d'excellence. L'enjeu est de mieux comprendre les causes de l'autisme pour développer des réponses adaptées.

Quatre mesures du quatrième plan autisme devraient permettre d'y arriver :

- **Créer un réseau de recherche d'excellence** : en constituant un groupement de coopération scientifique « autisme et troubles neuro développementaux », en créant trois centres d'excellences nationaux sur l'autisme, en renforçant le nombre de chercheur dans ce domaine.
- **Constituer des bases de données fiables pour la recherche** : en développant une cohorte de grande ampleur et en organisant la production de données épidémiologiques selon des protocoles valables
- **Assurer une diffusion rapide des connaissances** : en rénovant l'ensemble des référentiels de tous les professionnels qui travaillent auprès de personnes autistes, en diffusant les dernières avancées de la recherche dans les programmes de formation continue.
- **Soutenir le développement de technologies facilitant l'apprentissage et l'autonomie des personnes** et en créant deux laboratoires, l'un spécialisé dans les méthodes éducatives et l'autre dans l'innovation technologique.

Commentaires 4

Ne pas oublier le phénomène humain, les dimensions relationnelles, l'importance des motivations individuelles, culturelles et groupales.

Il y a en fait trois temps dans la formation :

- Le questionnement de chaque professionnel dans le cadre de sa pratique et de sa confrontation aux diverses expressions des besoins et demandes des patients
- La formation proprement dite, choisie, et les réponses qu'elle offre.
- Les effets sur les pratiques aux plans individuels et institutionnels, l'adéquation nouvelle qu'a permise la formation, mais aussi l'inadéquation, les questions auxquelles elle n'a pas répondu et les remises en question, les mises à l'épreuve dans la clinique ou le quotidien de vie des patients des connaissances acquises. Ce retour est important et fait partie de l'enrichissement des connaissances et des savoir-faire.

De plus des formations organisées dans les différents domaines et suivant des modules prolongés doivent être périodiquement suivies compte tenu de l'évolution rapide des connaissances.

Danger de l'obscurantisme et des concepts fumeux/ danger de la pensée unique, objectivante qui n'aurait de scientifique que le nom.

A ce titre si elles correspondent à l'état des connaissances à un moment donné ainsi que leur réactualisation régulière, les formations ont à tenir compte de la multiplicité et de la diversité des intervenants dans les différents champs de l'autisme.

HAS : « Il est recommandé d'organiser un soutien des équipes au sein d'instances de réflexion collectives et régulières (une fois par mois ou par trimestre), régulées par un tiers extérieur. Il est recommandé d'éviter l'isolement des professionnels et de rendre possible le travail sous le regard de pairs, d'un responsable ou d'un superviseur. »

Il n'est de formation que si on la situe à partir de l'histoire de sa constitution.

Elle doit prendre en compte la mémoire, ne s'établit jamais à partir de rien, d'une tabula rasa. Car ce qui pourrait être présenté comme le nec plus ultra de la modernité, surtout quand il s'agit d'autisme, demandera à être périodiquement réévalué avec le temps, en dépit des effets d'annonce.

La formation doit être indépendante, autant que faire se peut, liée à un ensemble de connaissance et d'expériences de terrain, hors d'influences idéologiques, d'intérêts politiques ou commerciaux.

II / Les aspects administratifs et les situations de blocage.

(Schématiquement il y a trois volets :

Les contenus des formations qui doivent répondre aux souhaits les plus spécifiques et les plus larges selon les situations de demande.

Les organisations des formations, leur présentation, et les aspects administratifs avec leurs exigences, en particulier pour les financements (DPC, Data dock...)

Le rassemblement d'informations sur les situations de blocage et les éventuelles irrégularités ayant pu empêcher des formations ou des colloques, ou les refus d'informer. Les recours ou améliorations que nous pouvons proposer.)

DPC, DATADOCK, QUALIOPI

- **Le DPC, Développement professionnel continu.**

Recommandations HAS

Le cadre du DPC va donc permettre de déployer des formations continues où les professionnels de santé vont développer des connaissances, acquérir des compétences et disposer d'un temps dédié aux analyses des pratiques professionnelles sur l'autisme chez l'enfant comme chez l'adulte.

L'Agence du DPC est sous la tutelle du ministère de la Santé. Le DPC concerne toutes les professions de la santé.

L'Agence du DPC indique des orientations pluriannuelles prioritaires issues de la politique nationale de santé.

La politique nationale de santé est déterminée pour les trois années qui viennent par

- Le ministère de la santé
- Le Plan Autisme
- Les collèges nationaux professionnels
- L'ANFH = l'organisme de formation du service public.

L'autisme est transverse dans de nombreuses professions. L'Agence du DPC fait un travail de synthèse à propos de l'autisme. Pour être validés par l'Agence du DPC, les organismes de formation doivent suivre leurs orientations prioritaires.

Actuellement, l'orientation 2018-2022 prioritaire de DPC issue de la politique nationale de santé est formulée comme suit :

« Repérage précoce, dépistage, diagnostic et intervention pour les enfants présentant des troubles du neuro-développement (TND) dont les troubles du spectre de l'autisme (TSA). » (C'est la fiche de cadrage N°29) .

Cet objectif implique des actions fortes entre autres en termes de formation. En particulier dans le contexte de l'actualisation des Recommandations de Bonne Pratique.

La stratégie nationale prévoit ainsi des actions spécifiques en matière de formation continue des professionnels de santé. Sur ce point, le DPC constitue un levier déterminant, et identifié comme tel au sein de la stratégie.

Les organismes de formation doivent envoyer leur programme à l'Agence du DPC qui va les valider ou non. Pour être validées, les formations doivent avoir une seule orientation, l'orientation prioritaire et pas plusieurs à la fois en tout cas dans leurs énoncés.

La formulation des programmes doit également montrer que les liens avec les RBP sont observés. Il faut montrer tous les points qui « matchent » avec l'orientation prioritaire et les RBP.

Là encore se pose le problème de la diversité et du non consensuel abusivement assimilé au non recommandé.

- **Le Datadock**

Est en train d'être abandonné lorsque tout le monde sera passé à la certification QUALIOPI qui **concerne toutes les formations professionnelles continues**. C'est une démarche uniquement déclarative qui a montré ses limites et c'est pourquoi le ministère du travail a mis en place le QUALIOPI.

- **Qualiopi** est une certification de qualité de l'organisme de formation qui l'obtient.

Il concerne les organismes de formation qui utilisent des fonds publics ou mutualisés.

C'est un audit qui est fait sur place. Le référentiel national de qualité de Qualiopi se trouve sur le site du ministère du travail. La certification Qualiopi a pour objectif d'attester la qualité du processus mis en œuvre par l'organisme de formation qui doit développer les compétences des stagiaires.

Ce n'est pas un audit de qualité, c'est un audit de processus.

Cela signifie que les inspecteurs qui font l'audit ne connaissent rien au contenu, rien à l'autisme. Ce qui compte pour eux, c'est de vérifier que l'organisme de formation respecte chaque étape de la formation, de sa préparation, etc.

Pour y parvenir, il doit répondre à 32 indicateurs regroupés en 7 critères pour chaque programme.

Néanmoins, les 32 passent à 23 indicateurs pour les simples organismes de formation qui ne donnent pas lieu à l'acquisition d'un métier.

Par exemple, l'organisme de formation doit fournir les CV des formateurs. Ces CV doivent être récents, pas plus de 3 ans. Ils doivent être datés.

Le référentiel mentionne pour chaque indicateur du référentiel :

- le niveau attendu du prestataire pour valider l'indicateur ;
- des éléments de preuve ;
- d'éventuelles précisions, notamment en fonction des catégories d'actions (formation, bilan de compétence, validation des acquis de l'expérience, apprentissage) ou concernant les nouveaux entrants (prestataires dont l'activité vient de démarrer).

Ce guide précise également le traitement des non-conformités (mineures ou majeures) pour chacun des indicateurs.

Cette certification Qualiopi semble vouloir faire la chasse aux formations « bidons » qui profitaient des fonds publics. D'où les demandes de preuves, etc.

Sommaire

- **Critère 1** : Les conditions d'information du public sur les prestations proposées, les délais pour y accéder et les résultats obtenus.

1. Le prestataire diffuse une information accessible au public, détaillée et vérifiable sur les prestations proposées : prérequis, objectifs, durée, modalités et délais d'accès, tarifs, contacts, méthodes mobilisées et modalités d'évaluation, accessibilité aux personnes handicapées.

2. Le prestataire diffuse des indicateurs de résultats adaptés à la nature des prestations mises en œuvre et des publics accueillis.

3. Lorsque le prestataire met en œuvre des prestations conduisant à une certification professionnelle, il informe sur les taux d'obtention des certifications préparées, les possibilités de valider un/ou des blocs de compétences, ainsi que sur les équivalences, passerelles, suites de parcours et les débouchés.

- **Critère 2** : L'identification précise des objectifs des prestations proposées et l'adaptation de ces prestations aux publics bénéficiaires lors de la conception des prestations.

4. Le prestataire analyse le besoin du bénéficiaire en lien avec l'entreprise et/ou le financeur concerné(s).

5. Le prestataire définit les objectifs opérationnels et évaluables de la prestation.

6. Le prestataire établit les contenus et les modalités de mise en œuvre de la prestation, adaptés aux objectifs définis et aux publics bénéficiaires.

7. Lorsque le prestataire met en œuvre des prestations conduisant à une certification professionnelle, il s'assure de l'adéquation du ou des contenus de la prestation aux exigences de la certification visée.

8. Le prestataire détermine les procédures de positionnement et d'évaluation des acquis à l'entrée de la prestation.

- **Critère 3** : L'adaptation aux publics bénéficiaires des prestations et des modalités d'accueil, d'accompagnement, de suivi et d'évaluation mises en œuvre .

9. Le prestataire informe les publics bénéficiaires des conditions de déroulement de la prestation.

10. Le prestataire met en œuvre et adapte la prestation, l'accompagnement et le suivi aux publics bénéficiaires.

11. Le prestataire évalue l'atteinte par les publics bénéficiaires des objectifs de la prestation.

12. Le prestataire décrit et met en œuvre les mesures pour favoriser l'engagement des bénéficiaires et prévenir les ruptures de parcours.

13. Pour les formations en alternance, le prestataire, en lien avec l'entreprise, anticipe avec l'apprenant les missions confiées, à court, moyen et long terme, et assure la coordination et la progressivité des apprentissages réalisés en centre de formation et en entreprise.

14. Le prestataire met en œuvre un accompagnement socio-professionnel, éducatif et relatif à l'exercice de la citoyenneté.

15. Le prestataire informe les apprentis de leurs droits et devoirs en tant qu'apprentis et salariés ainsi que des règles applicables en matière de santé et de sécurité en milieu professionnel.

16. Lorsque le prestataire met en œuvre des formations conduisant à une certification professionnelle, il s'assure que les conditions de présentation des bénéficiaires à la certification respectent les exigences formelles de l'autorité de certification.

- **Critère 4** : L'adéquation des moyens pédagogiques, techniques et d'encadrement aux prestations mises en œuvre.

17. Le prestataire met à disposition ou s'assure de la mise à disposition des moyens humains et techniques adaptés et d'un environnement approprié (conditions, locaux, équipements, plateaux techniques...).

18. Le prestataire mobilise et coordonne les différents intervenants internes et/ou externes (pédagogiques, administratifs, logistiques, commerciaux...).

19. Le prestataire met à disposition du bénéficiaire des ressources pédagogiques et permet à celui-ci de se les approprier.

20. Le prestataire dispose d'un personnel dédié à l'appui à la mobilité nationale et internationale, d'un référent handicap et d'un conseil de perfectionnement.

- **Critère 5** : La qualification et le développement des connaissances et compétences des personnels chargés de mettre en œuvre les prestations.

21. Le prestataire détermine, mobilise et évalue les compétences des différents intervenants internes et/ou externes, adaptées aux prestations.

22. Le prestataire entretient et développe les compétences de ses salariés, adaptées aux prestations qu'il délivre.

- **Critère 6** : L'inscription et l'investissement du prestataire dans son environnement professionnel.

23. Le prestataire réalise une veille légale et réglementaire sur le champ de la formation professionnelle et en exploite les enseignements.

24. Le prestataire réalise une veille sur les évolutions des compétences, des métiers et des emplois dans ses secteurs d'intervention et en exploite les enseignements.

25. Le prestataire réalise une veille sur les innovations pédagogiques et technologiques permettant une évolution de ses prestations et en exploite les enseignements.

26. Le prestataire mobilise les expertises, outils et réseaux nécessaires pour accueillir, accompagner/former ou orienter les publics en situation de handicap.

27. Lorsque le prestataire fait appel à la sous-traitance ou au portage salarial, il s'assure du respect de la conformité au présent référentiel.

28. Lorsque les prestations dispensées au bénéficiaire comprennent des périodes de formation en situation de travail, le prestataire mobilise son réseau de partenaires socio-économiques pour coconstruire l'ingénierie de formation et favoriser l'accueil en entreprise.

29. Le prestataire développe des actions qui concourent à l'insertion professionnelle ou la poursuite d'étude par la voie de l'apprentissage ou par toute autre voie permettant de développer leurs connaissances et leurs compétences.

- **Critère 7** : Le recueil et la prise en compte des appréciations et des réclamations formulées par les parties prenantes aux prestations délivrées.

30. Le prestataire recueille les appréciations des parties prenantes : bénéficiaires, financeurs, équipes pédagogiques et entreprises concernées.

31. Le prestataire met en œuvre des modalités de traitement des difficultés rencontrées par les parties prenantes, des réclamations exprimées par ces dernières, des aléas survenus en cours de prestation.

32. Le prestataire met en œuvre des mesures d'amélioration à partir de l'analyse des appréciations et des réclamations.

2/ Obstacles à la diversité des formations

Plusieurs niveaux de blocage voire de "censure" sont susceptibles d'empêcher le choix d'une formation jugée non conforme aux recommandations. Or les instances qui agissent à ces différents niveaux ne sont pas légitimes pour décider de la pertinence et de l'utilité d'une formation.

- L'organisme financeur (ex : association médico-sociale refusant de prendre en charge les frais de formation en raison de leur contenu, comme ce fut le cas au CMPP d'Orly il y a quelques années)
- L'encadrement des équipes (ex : cadre ou direction d'établissement)
- Le datadock (qui, d'une part, peut être refusé à un organisme de formation, et donc empêcher ce dernier de proposer des formations prises en charge pour l'employeur, et qui, d'autre part, exige des établissements candidats une procédure tellement complexe que certains "petits" organismes ne peuvent y prétendre)
- Les CRA qui ont une fonction d'information sur les formations à venir et sont, pour certains, partiaux dans le choix des formations qu'ils annoncent et dont ils relaient l'information

Obstacles à la formation des équipes aux nouvelles méthodes de prise en charge des TSA :

- Le financement des formations : Le coût des formations ne peut être couvert par les moyens dont disposent les services hospitaliers. A titre d'exemple, pour un secteur de psychiatrie infanto-juvénile comptant 150 employés (toutes professions confondues), 16 unités fonctionnelles, le budget de formation des paramédicaux est de 20000 euros par an, pour l'ensemble des unités (et cette somme doit aussi couvrir les analyses de pratiques pour chaque unité).

Il ne reste pas suffisamment pour financer une formation collective au PECS, à l'ABA, au MAKATON, ou à quelque autre méthode.

Ce problème de financement des formations est bien plus important que les réticences idéologiques constamment mises en avant, et qui ne concernent qu'une minorité d'équipes. La majorité des équipes souhaitent se former mais n'en ont pas les moyens.

Ainsi l'"accompagnement au changement" doit passer par l'attribution de budgets de formation suffisants, et fléchés, aux services accueillant des personnes avec TSA.

- Le monopole des outils recommandés augmente leur coût : Les méthodes recommandés par la Haute Autorité de Santé sont, pour plusieurs d'entre elles, et non des moindres (PECS, MAKATON, ESDM...) des marques déposées qui ne peuvent être transmises que par l'organisme qui en est propriétaire. Il s'ensuit une situation de monopole. Les organismes en question fixent librement leurs tarifs, sans encadrement, lors même que les équipes prenant en charge des enfants avec TSA sont obligées de passer par leurs formations pour pouvoir être en conformité avec les recommandations, et proposer aux enfants les différentes approches susceptibles de les faire progresser.

Cette situation de monopole est donc préjudiciable aux patients, car les tarifs exorbitants pratiqués par les organismes propriétaires des "marques" que sont ces outils ne permettent pas d'accéder aux formations. En outre, il n'est pas certain que ce monopole soit conforme au droit.

Pour finir, il convient de souligner **qu'un des principaux freins à la formation des équipes aux méthodes les plus récentes est d'ordre financier**. La prise en charge de l'autisme ne cesse d'évoluer. Se former aux nouveaux outils a un coût, que les dotations des services hospitaliers ne peuvent absolument pas couvrir. Ces formations sont dispensées par des organismes privés, souvent onéreux. **Il est nécessaire de doter les services de psychiatrie de moyens financiers supplémentaires pour qu'ils puissent bénéficier de ces formations et remplir ainsi l'obligation de moyens à laquelle ils sont tenus.**

Articles cités :

(1) Virginie Cruveiller, Graciela C. Crespín, Les interventions comportementales intensives et précoces auprès des enfants avec autisme : une revue de la littérature (2009-2012), PUF, La psychiatrie de l'enfant, 2017/1 vol 60, p 197 à 212

(2) Bernard Touati, Annie Mercier, Lou Tuil, Autisme : Evaluation des diagnostics et des traitements dans un intersecteur de pédopsychiatrie, PUF, la psychiatrie de l'enfant, 2016, vol 59, p 225 à 290