



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

**Le cadre national
de référence :
Évaluation globale
de la situation des
enfants en danger
ou risque de danger**
Préambule

Validé par la CSMS le 12 janvier 2021

Sommaire

1. Contexte et enjeux	3
2. Principes et objectifs	5
3. Notions retenues	9
3.1. Les maltraitances	9
3.2. Le danger ou risque de danger	14
3.3. Les besoins fondamentaux de l'enfant	14
3.4. La santé et le développement	21
3.5. Le handicap et les troubles du neuro-développement	23
3.5.1. Les compétences personnelles et sociales de l'enfant / adolescent	24
3.5.2. Les compétences parentales	25
4. Destinataires de la recommandation	27
5. Structuration de la recommandation	29
Références bibliographiques	31
Abréviations et acronymes	36

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication information
5 avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis la Plaine Cedex. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – janvier 2021 – ISBN :

1. Contexte et enjeux

L'élaboration de cette recommandation fait suite à une demande de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), confirmée dès sa nomination par Monsieur Adrien Taquet, secrétaire d'Etat en charge de l'enfance et des familles auprès du ministre des solidarités et de la santé.

Elle s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance (1) et du plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants (2), dans le prolongement des conclusions formulées à l'issue de la démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant (3), qui préconisait notamment l'établissement d'un cadre de référence national concernant l'évaluation des situations.

Elle est également à mettre en lien avec les constats et recommandations successivement énoncés au cours des dernières années par différents rapports, parmi lesquels :

- le rapport du Défenseur des droits sur l'histoire de Marina (2014) (4) ;
- le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales sur les morts violentes d'enfants au sein des familles (2018) (5) ;
- le rapport de la Mission d'information du Sénat sur l'Aide sociale à l'enfance (2019) (6) ;
- le rapport de la Cour des comptes sur la protection de l'enfance (2020) (7) ;
- les rapports annuels de l'Observatoire national de la protection de l'enfance, et en particulier le rapport de mars 2012 (8), qui évoque les résultats de l'enquête réalisée en 2011 concernant les informations préoccupantes (9).

Ces différents rapports ont mis en évidence, malgré les repères apportés par les lois 2007-293 puis 2016-297 et les décrets liés, la persistance de certaines difficultés dans le dispositif de recueil et de traitement des informations préoccupantes, notamment :

- des difficultés à respecter les délais de traitement prévus par la loi ;
- un constat de « récurrence » de certaines informations préoccupantes ;
- une absence d'outils partagés au niveau national, une diversité des organisations et des pratiques en fonction des conseils départementaux et parfois au sein d'un même territoire (processus de traitement, professionnels mobilisés, modalités d'évaluation, etc.) ;
- un manque d'outils et d'échanges sur les pratiques du côté des professionnels de terrain, alors même que l'évaluation est un exercice particulièrement difficile (cf. risque d'erreur d'appréciation avec conséquences délétères pour l'enfant/adolescent au domicile, ou inversement engagement de modalités de protection non nécessaire, travail en délais contraints, confrontation à des situations de maltraitance, agressivité voire violence de certains parents, etc.).

Ces différents constats interrogent au moins à deux titres :

- En termes d'« efficacité » du dispositif, compte-tenu de l'enjeu de repérage rapide des situations de danger ou risque de danger afin de protéger l'enfant/adolescent, de mettre en place d'un accompagnement lorsque c'est nécessaire et de limiter les conséquences des maltraitances sur sa santé et son développement ;
- En termes d'équité de traitement sur le territoire, pour les enfants/adolescents et leurs parents.

La recommandation vise par conséquent à :

- outiller les professionnels des cellules de recueil et de traitement des informations préoccupantes (Crip) et des équipes pluridisciplinaires d'évaluation afin :
 - D'améliorer la qualité de la première analyse puis des évaluations ;
 - De faciliter la décision sur les suites à donner ;
- harmoniser les pratiques afin de permettre une équité de traitement pour les enfants/adolescents et les familles sur le territoire national.

2. Principes et objectifs

La définition de l'information préoccupante est posée dans l'article R226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles.

L'information préoccupante est une information transmise à la cellule départementale mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 pour alerter le président du conseil départemental sur la situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'un accompagnement, pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être.

La finalité de cette transmission est d'évaluer la situation d'un mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier.

L'information préoccupante émane d'un professionnel ou d'une personne qui se préoccupe de la situation d'un enfant/adolescent. Toute information préoccupante doit donc faire l'objet d'une analyse afin de déterminer si une évaluation ou un signalement au parquet¹ est nécessaire.

L'évaluation vise à déterminer si l'enfant/adolescent est effectivement en danger ou risque de danger et à définir les actions qui permettront d'assurer sa protection le cas échéant.

Pour cela les évaluateurs doivent évaluer, en lien avec l'enfant / adolescent lui-même, ses parents et son entourage² :

- la situation de l'enfant/adolescent au regard de ses besoins fondamentaux, de sa santé et de son développement ;
- l'adéquation des réponses apportées par les parents et leur capacité à se mobiliser pour répondre aux difficultés éventuellement repérées ;
- les ressources mobilisables au sein de l'entourage afin de soutenir les parents et de faire évoluer la situation.

Au-delà du repérage des situations d'enfants/adolescents en danger ou risque de danger, l'évaluation a un rôle de prévention du danger ou risque de danger. Ainsi, elle ne se limite pas à l'enfant/adolescent qui fait l'objet de l'information préoccupante : son périmètre s'étend à l'ensemble des enfants/adolescents résidant au domicile³. De la même façon, l'évaluation ne porte pas uniquement sur les faits énoncés dans l'information préoccupante et n'a pas pour fonction de les vérifier⁴. Elle est globale : elle porte sur l'ensemble des domaines de vie de l'enfant/adolescent (développement et santé physique et psychique, scolarité et vie sociale, relations avec la famille et les tiers), sur son contexte de vie (cadre de vie, situation des parents), et sur les réponses apportées à ses besoins par ses parents.

¹ NB : le signalement est la saisine du Procureur de la République, c'est-à-dire le fait de l'informer par écrit de toute information d'enfant en danger ou risque de danger.

² Famille proche et élargie, amis, professionnels intervenant auprès de l'enfant/adolescent et de la famille

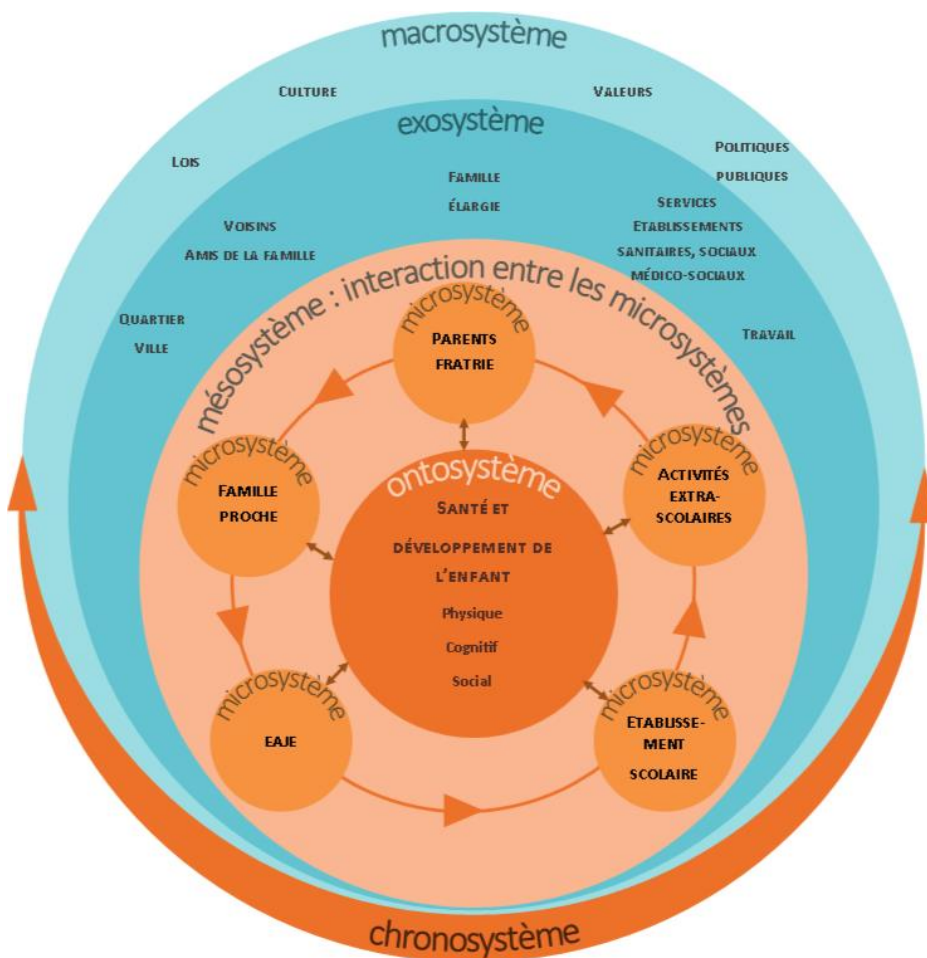
³ Cf. article D. 226-2-3.-I.- du code de l'action sociale et des familles : « L'évaluation prévue à l'article L. 226-3 porte sur la situation du mineur faisant l'objet d'une information préoccupante et sur celle des autres mineurs présents au domicile. »

⁴ Ibid : « Elle n'a pas pour objet de déterminer la véracité des faits allégués »

Attention : l'information préoccupante ne doit pas être envisagée comme une dénonciation, et l'évaluation menée dans le cadre de l'évaluation préoccupante ne doit pas être envisagée comme une enquête.

Une démarche basée sur le modèle écologique

La démarche d'évaluation est fondée sur une approche écologique. Elle interroge les interactions entre les différents environnements de l'enfant / adolescent.



Les premières références au modèle écologique datent principalement du début des années 1970. C'est Urie Bronfenbrenner, en 1979, qui va étendre ce modèle avec son ouvrage intitulé «The ecology of human development». Le modèle écologique met en relation les multiples systèmes d'un individu. L'enfant/adolescent est représenté avec ses caractéristiques personnelles dans le premier système (ontosystème). Les autres systèmes, qui correspondent aux différents environnements de l'enfant/adolescent, sont représentés de façon à ce que celui qui influence le plus le développement de l'enfant/adolescent soit le plus proche.

Ces différents systèmes sont :

- L'ontosystème. Ce système correspond à l'ensemble des caractéristiques personnelles de l'enfant/adolescent.

- Les microsystèmes. Ces systèmes correspondent aux activités et aux interactions de l'enfant/adolescent avec son entourage direct : parents, amis, école.
- Le mésosystème. Ce système correspond aux interactions entre les différentes composantes du microsystème de l'enfant/adolescent : interactions entre parents et enseignants, etc.
- L'exosystème. Ce système inclut la famille élargie, le réseau amical et de voisinage et les services immédiatement accessibles dans l'environnement.
- Le macrosystème. Ce système influence l'ensemble des autres systèmes. Il regroupe le contexte politique, économique, social, culturel du pays dans lequel vit l'enfant/adolescent.

L'ensemble de ces systèmes sont influencés par le chronosystème. Ce système est celui des événements qui marquent la vie de l'enfant/adolescent aussi bien dans l'intimité familiale que des événements significatifs pour la vie de son pays. Cette dernière dimension est d'autant plus essentielle que le devenir de l'enfant/adolescent s'inscrit dans une temporalité contrainte par les impératifs liés à son développement.

Le développement de l'enfant/adolescent et son comportement sont influencés par les interactions entre les différents systèmes. C'est la qualité des interactions avec le microsystème, premier environnement avec lequel l'enfant/adolescent interagit, qui va contribuer au développement de celui-ci et lui permettre d'accéder progressivement aux autres systèmes et d'interagir avec eux.

Une démarche éthique et participative

La démarche d'évaluation est participative dans la mesure où elle repose sur le recueil et la confrontation des points de vue des différents acteurs concernés, c'est à dire l'enfant/adolescent (selon des modalités adaptées à son âge et à son stade de développement), les parents et les autres membres de son réseau social : professionnels intervenant auprès de l'enfant/adolescent a minima mais aussi, selon les situations et les problématiques évoquées, membres de la famille proche et élargie, amis...

L'évaluation implique à la fois :

- De se focaliser sur l'enfant/adolescent, dont la santé et les besoins fondamentaux sont au centre de la démarche ;
- D'être dans un dialogue permanent avec les parents afin de déterminer :
 - Ce qu'ils disent eux-mêmes de leur situation et en particulier de leurs difficultés ;
 - Ce qu'ils comprennent des besoins de l'enfant/adolescent et des difficultés repérées par les professionnels (évaluateurs, partenaires, entourage éventuellement) ;
 - Les ressources dont ils disposent au sein de la famille et l'environnement pour répondre aux difficultés.

Dans le cadre de cette démarche, la posture des évaluateurs est fondamentale. Elle nécessite de mettre en place une écoute active, c'est-à-dire une écoute empathique qui favorise la parole sans jugement.

Une démarche pluridisciplinaire

L'évaluation mobilise a minima un binôme de professionnels, de préférence de formations différentes. Ce binôme est à identifier pour chaque situation en fonction de la situation et du contenu de l'information préoccupante. Il est appuyé par l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation ou au minimum par une tierce personne chargée d'apporter, au moins à trois moments clés de la démarche (début, milieu, fin), un regard distancié sur la situation et le déroulement de l'évaluation.

En fonction des situations et des problématiques rencontrées, les évaluateurs s'appuient sur d'autres professionnels ressources au sein de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation, au sein du conseil départemental et parmi les partenaires.

La mobilisation de ces partenaires est particulièrement importante quand l'enfant/adolescent est en situation de handicap et lorsque sa situation nécessite un bilan de santé approfondi ou des examens complémentaires. Ces examens peuvent permettre par exemple un diagnostic différentiel lorsque l'enfant/adolescent présente des signes qui peuvent avoir différentes causes (exposition à de la maltraitance, situation de handicap, trouble du neuro-développement, cause médicale, autre cause).

Un délai pour l'action

La loi prévoit une durée maximale de trois mois pour le traitement de l'information préoccupante. Il est important de rappeler que ce temps recouvre la première analyse de l'information préoccupante par la Crip, l'évaluation et la validation du rapport. De ce fait, le temps de l'évaluation consacré aux rencontres et aux échanges est de deux mois en moyenne.

Par ailleurs, la loi prévoit un délai de traitement accéléré dans certaines situations, notamment pour les enfants de moins de deux ans⁵ compte tenu de leur vulnérabilité particulière.

L'évaluation doit permettre de disposer, à un moment T, d'un état des lieux global de la situation d'un enfant/adolescent au regard de ses besoins fondamentaux. Elle constitue néanmoins une démarche dynamique dans la mesure où elle est basée sur les échanges avec l'enfant/adolescent et sa famille, qui peuvent évoluer au cours de l'intervention.

⁵ Cf. article D. 226-2-4.-II du code de l'action sociale et des familles : « l'évaluation est réalisée sous l'autorité du président du conseil départemental dans un délai de trois mois à compter de la réception de l'information préoccupante. Ce délai est réduit en fonction de la nature et de la caractérisation du danger ou risque de danger et de l'âge du mineur, notamment s'il a moins de deux ans. »

3. Notions retenues

3.1. Les maltraitances

La maltraitance : définition générale

La recommandation s'appuie sur la définition de la maltraitance élaborée dans le cadre de la démarche nationale de consensus menée en 2020 :

Il y a maltraitance d'une personne en situation de vulnérabilité quand un geste, une parole, une action ou un défaut d'action, compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux, et/ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement.

Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non ; leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences revêtent souvent des formes multiples et associées au sein de ces situations.

Il est important néanmoins d'insister sur la spécificité de la maltraitance des enfants/adolescents, qui touche des êtres en développement. L'exposition à la maltraitance (violences et négligences) entrave le développement des enfants et a des « retentissements psychiques, somatiques et sociaux à long terme » (10).

La recommandation s'appuie par ailleurs sur la typologie suivante : violences physiques, violences sexuelles, violences psychologiques, négligences, exploitation / traite, exposition à la violence conjugale. Cette typologie a été construite en se référant à la fois à la littérature internationale et aux catégories posées par l'annexe 2.8 du code de l'action sociale et des familles.

Est également intégrée au présent préambule la définition des maltraitances institutionnelles, élaborée dans le cadre de la démarche nationale de consensus menée en 2020, même si ce type de maltraitances ne fait pas partie des catégories proposées dans le cadre de la caractérisation de la situation à l'issue de l'évaluation.

Les violences physiques

« Dans un cadre intrafamilial, la « violence physique » est celle exercée contre un enfant, l'usage intentionnel de la force physique qui entraîne – ou risque fortement d'entraîner – un préjudice réel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité. Cela comprend les actes qui consistent à frapper, battre, donner des coups de pieds, secouer, mordre, étrangler, infliger des brûlures de toutes sortes, empoisonner, faire suffoquer... » (11)

Les violences sexuelles

D'après l'organisation mondiale de la santé, l'abus sexuel des enfants⁶ recouvre « la participation d'un enfant à une activité sexuelle qu'il ne comprend pas entièrement, à laquelle il n'est pas en mesure de donner son consentement éclairé, ou pour laquelle il n'est pas préparé sur le plan du développement et ne peut donner son consentement, ou qui viole les lois ou les tabous sociaux de la société ».

Dans le cadre de la recommandation « Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur » (12), publiée par la Haute autorité de santé en 2011, « la maltraitance sexuelle envers un mineur est définie par le fait de forcer ou d'inciter ce dernier à prendre part à une activité sexuelle. Ceci constitue une atteinte à son intégrité physique et psychique, l'enfant / adolescent n'ayant pas la maturité et le développement suffisants pour en comprendre le sens et/ou les conséquences. (...) »

Les activités sexuelles ne se limitent pas aux actes sexuels avec pénétration caractérisée, elles comprennent toutes les formes de violences sexuelles ou d'incitations avec emprise psychologique, soit :

- les activités sexuelles sans contact physique, comme imposer à un mineur de regarder ou de participer à des photographies ou des vidéos à caractère pornographique, imposer à un mineur d'observer des relations sexuelles ;
- les activités sexuelles avec contact physique, incluant :
 - les actes avec pénétration anale ou génitale par un sexe mais aussi par un doigt ou au moyen d'un objet. Les actes avec pénétration orale par un sexe, faite sur le mineur. Le fait d'inciter des mineurs à pratiquer des actes sexuels,
- les actes sans pénétration (attouchements), avec ou sans violence, contrainte, menace ou surprise ;
- l'exploitation sexuelle d'un mineur, à des fins de pornographie, l'incitation à la prostitution, etc. ».

Les violences psychologiques

« Par violences psychologiques graves, on entend l'exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse ses capacités d'intégration psychologique : humiliations verbales ou non verbales, menaces verbales répétées, marginalisation systématique, dévalorisation systématique, exigences excessives ou disproportionnées à l'âge de l'enfant, consignes et injonctions éducatives contradictoires ou impossibles à respecter. » (12)

Les négligences

« La négligence est l'incapacité persistante de répondre aux besoins physiques et/ou psychologiques fondamentaux d'un enfant ou d'un adolescent. Elle est susceptible d'entraîner une altération grave de sa santé ou de son développement. La négligence peut se produire pendant la grossesse sous la forme d'un abus de substances toxiques par la mère. Une fois qu'un enfant est né, la négligence peut impliquer qu'un parent ou une personne qui s'occupe de lui :

- ne lui fournisse pas une alimentation, des vêtements et un logement adéquat (jusqu'à l'exclusion du foyer ou l'abandon) ;
- ne protège pas l'enfant ou l'adolescent contre un danger, une blessure physique et/ou émotionnelle ;

⁶ NB : au sens anglo-saxon du terme abus

- n'assure pas une surveillance adéquate (y compris le recours à des gardes d'enfants inadéquats) ;
- n'assure pas un accès aux soins ou à des traitements médicaux appropriés. [...] » (13)

La traite/l'exploitation

« Les enfants et les jeunes victimes de la traite sont privés de leurs droits fondamentaux et sont contraints à l'exploitation, par exemple à la servitude domestique, au mariage forcé, à des activités criminelles, à la mendicité, à l'escroquerie aux prestations sociales, au trafic de drogue, à travailler dans des ateliers clandestins ou dans des restaurants, etc. Ils peuvent sembler se soumettre volontairement par peur pour eux-mêmes ou leur famille, ou parce que leurs parents ont accepté la situation ou en raison de contreparties financières. » (13)

L'exposition à la violence conjugale

➔ Les violences conjugales

« Les violences au sein du couple (ou violences conjugales) sont à distinguer des « conflits conjugaux ».

On parle de « conflit conjugal » si :

- Le positionnement est égalitaire dans les interactions ;
- Deux points de vue s'opposent.

La violence, contrairement au conflit, est interdite par la loi. On parle de « violence au sein du couple » si le rapport de force est asymétrique (dominant/dominé), avec la volonté de contrôler sa/son partenaire et de la/le maintenir sous emprise.

Ces violences créent un climat de peur et de tension permanent.

Le plus souvent, les faits de violences sont récurrents et cumulatifs. Ils s'aggravent et s'accroissent avec le temps, d'où l'intérêt et l'importance d'un repérage précoce.

La violence au sein du couple est définie comme des actes de violence entre partenaires intimes, quelle que soit le type de relation hétérosexuelle ou homosexuelle. Elle peut donc être vécue dans une relation maritale, extra-maritale ou amoureuse, pendant la relation, au moment de la rupture ou après la fin de la relation.

Elle peut être vécue à tous les âges de la vie et dans tous les milieux sociaux et culturels.

La qualité de partenaire intime de l'auteur des faits (conjoint, concubin, partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité) constitue une circonstance aggravante de l'infraction pénale de violences.

La violence au sein du couple comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles (y compris les rapports sexuels non consentis entre partenaires intimes), ainsi que les actes de domination sur le plan économique ou administratif et un isolement social de la victime. Dans la majorité des cas, ces différentes formes de violence sont associées.

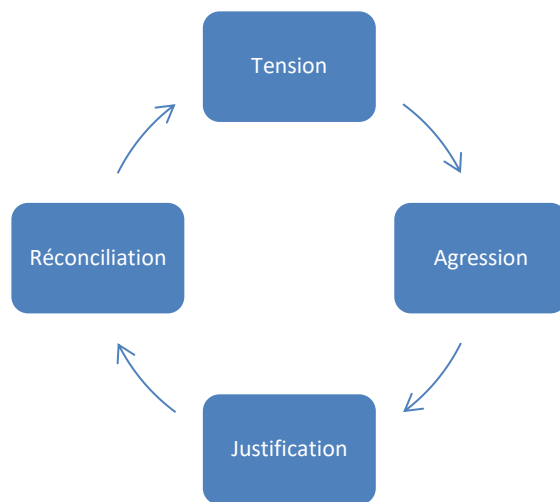
La violence n'a pas d'intensité minimale. Il n'y a pas de seuil acceptable pour une blessure physique ou psychologique.

(...)

La violence évolue par cycle : phase de montée en tension dans le couple provoquée par l'auteur, épisodes de violences lors de la phase d'agression, culpabilisation de la victime par l'auteur lors de la

phase de justification, puis réconciliation lors de la phase d'accalmie (appelée de façon inappropriée « lune de miel », au cours de laquelle l'auteur promet que cela ne se reproduira plus). En l'absence d'intervention, le cycle se répète avec une augmentation de l'intensité de la violence et une diminution de la durée et de l'intensité des phases d'accalmie.

La connaissance du caractère cyclique de la violence au sein du couple est essentielle pour comprendre l'une des caractéristiques du comportement des victimes, à savoir leur tendance à la réversibilité dans la demande d'aides et dans leurs démarches. Elle permet également d'adapter les propositions de prise en charge. » (14)



➔ L'exposition à un environnement violent

On parle d'exposition à un « environnement familial ou institutionnel violent » lorsque « la personne, mineure ou majeure est soumise à des actes, comportements ou images violents, à des menaces de violence, à des violences entre pairs, sans un degré suffisant de régulation de la part des personnes en responsabilité au sein de cet environnement. »⁷

Dans le cadre de l'évaluation, les évaluateurs vont interroger la relation entre les parents et l'existence d'éventuels conflits. Si des conflits sont repérés, l'enjeu est d'identifier leurs conséquences sur l'enfant / adolescent (est-il préservé, est-il impliqué ?⁸).

Les violences conjugales constituent en revanche en tant que telles une maltraitance de l'enfant/adolescent qui est en danger ou risque de danger (cf. définition plus loin) du fait des conséquences qu'elles ont sur sa santé et son développement à court, moyen et long terme (cf. psychotrauma⁹ . Lorsqu'elles sont repérées, l'enjeu est d'identifier les conséquences sur l'enfant/adolescent, de le protéger, en lien autant que possible avec le parent victime des violences, et de mettre en place un accompagnement pour répondre aux besoins spécifiques d'accompagnement liés à l'exposition aux violences (cf. définition plus loin des besoins spécifiques).

⁷ Cf. démarche nationale de consensus sur la maltraitance 2020

⁸ Cf. livret 3

⁹ Cf. définition dans le livret 3

Les maltraitements institutionnels

« Lorsque des situations de maltraitance résultent, au moins en partie, de pratiques managériales, de l'organisation et/ou du mode de gestion d'une institution ou d'un organisme gestionnaire, voire de restrictions ou dysfonctionnements au niveau de l'autorité de tutelle sur un territoire, on parle de maltraitance institutionnelle. La maltraitance institutionnelle peut trouver son origine notamment :

- par une politique institutionnelle inadaptée formalisée ou non, par exemple des pratiques professionnelles ou des aménagements internes restreignant les libertés des personnes accompagnées de manière excessive au regard de leurs droits fondamentaux, sans que leur état ne le justifie ;
- par des pratiques managériales inadaptées ou défaillantes ;
- par une organisation conduisant à des situations de sous-effectif ou de sous-qualification récurrentes ou pérennes ;
- par une politique de formation insuffisante ou inadaptée ;
- par des insuffisances organisationnelles ;
- par une absence de régulation des violences ou négligences subies par les personnes en situation de vulnérabilité, malgré l'existence de signaux d'alerte ;
- par une absence d'organisation d'un circuit d'alerte et de traitement connu des personnes en situation de vulnérabilité, de leurs proches et des intervenants, ou par une absence de respect des obligations de signalement aux autorités judiciaires et administratives ;
- par des formes d'intimidation des familles ou des personnes accompagnées sous forme de menaces de représailles (exclusion, rétention abusive...) ;
- par un cadre de vie inadapté, des insuffisances au titre de l'hygiène, de la santé et/ou de la sécurité ;
- par un déséquilibre flagrant entre l'importance accordée aux impératifs collectifs et institutionnels au détriment du respect des libertés individuelles et de l'effectivité de personnalisation de l'accompagnement.

La maltraitance institutionnelle peut résulter des choix ou dysfonctionnements :

- de responsables de services ou établissements,
- d'équipes chargées de la régulation des activités au sein des administrations de tutelle,
- mais aussi des décideurs politiques qui définissent les priorités stratégiques et les moyens dédiés.

Maltraitements institutionnels et responsabilités individuelles ne sont pas exclusives les unes des autres. Il revient à ceux qui analysent au cas par cas les situations de distinguer et de chercher à répondre à la fois aux comportements, pratiques, voire délits ou crimes individuels, et aux dysfonctionnements ou manquements collectifs voire généralisés qui engagent les représentations d'une société toute entière, et donc des actions à cette échelle au niveau du corps social. »¹⁰

¹⁰ Cf. démarche nationale de consensus sur la maltraitance 2020

3.2. Le danger ou risque de danger

On parle de **danger ou risque de danger** lorsque la santé et le développement de l'enfant/adolescent sont compromis ou risquent d'être compromis sans la mise en place d'une intervention¹¹.

Parmi ces situations, la notion de **danger grave et immédiat** renvoie aux situations nécessitant une action immédiate du fait :

- De la gravité du danger (danger vital et risques de séquelles, à apprécier en fonction de la gravité des faits rapportés - maltraitements physiques, maltraitements sexuels, privations graves et/ou répétées - et/ou de la vulnérabilité particulière de l'enfant / adolescent - moins de 3 ans¹², situation de handicap...);
- De la suspicion d'une infraction commise à l'encontre de l'enfant / adolescent ;
- De l'exposition de l'enfant / adolescent à l'auteur présumé ;
- D'une mise en situation de danger par l'enfant / adolescent lui-même¹³.

3.3. Les besoins fondamentaux de l'enfant

Le guide d'accompagnement à l'évaluation est centré sur la santé et le développement de l'enfant/adolescent et sur ses besoins fondamentaux. Son élaboration s'est appuyée sur les définitions posées dans le cadre de la démarche de consensus sur les besoins fondamentaux en protection de l'enfance lancée en 2016 (3). Le périmètre de ces définitions a été parfois élargi et adapté pour qu'elles puissent être utilisées en amont de la mise en œuvre d'une mesure de protection de l'enfance.

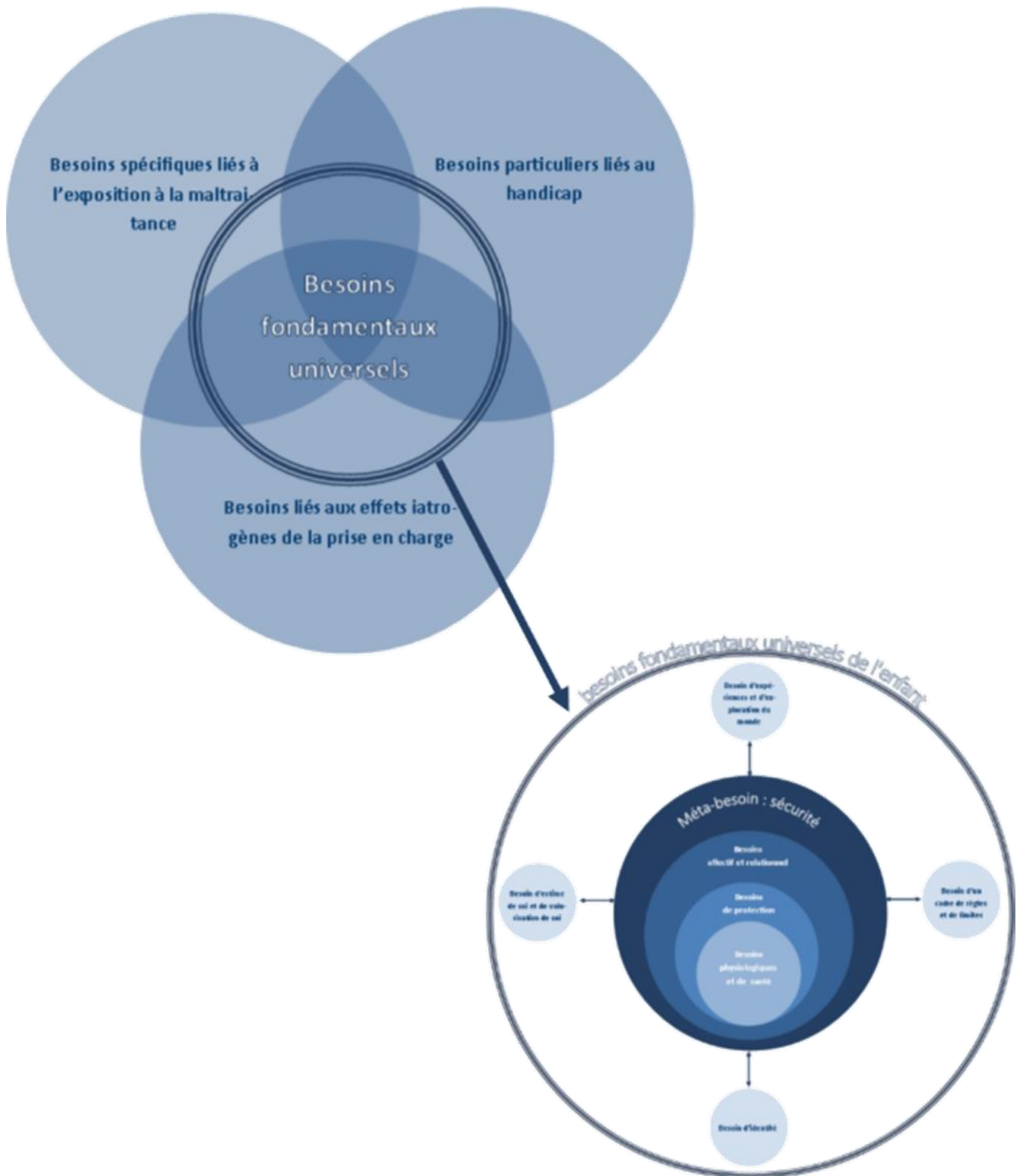
Quatre catégories de besoins sont interrogées :

- les besoins universels, dont la satisfaction est nécessaire pour tout enfant/adolescent afin de permettre son bon développement et son bien-être ;
- les besoins particuliers, pour les enfants/adolescents en situation de handicap, ayant une problématique médicale, un trouble du neuro-développement (TND) ;
- les besoins spécifiques, engendrés par l'exposition à la maltraitance le cas échéant ;
- les besoins liés aux effets iatrogènes de la prise en charge (ou non prise en charge), pour les enfants déjà suivis par la protection de l'enfance.

¹¹ Cf. article 375 du code civil : « si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public.(...) »

¹² Le décret n° 2016-1476 du 28 octobre 2016 met en avant spécifiquement les enfants âgés de moins de 2 ans, imposant un délai accéléré pour l'évaluation de leur situation. Cette volonté est liée à la vulnérabilité particulière des jeunes enfants et à l'importance d'agir vite en cas de danger ou risque de danger afin de limiter les effets sur leur développement. En 2020, le rapport concernant « les 1000 premiers jours » évoque « une période sensible pour le développement et la sécurisation de l'enfant, qui contient les prémisses de la santé et du bien-être de l'individu tout au long de la vie » (15). Il se réfère prioritairement à la période s'étendant du « 4e mois de grossesse aux deux ans de l'enfant » mais évoque, pour certaines problématiques, l'intérêt de considérer « une période plus large s'étendant de la période préconceptionnelle jusqu'à l'âge de 3 ans ». Il est à noter par ailleurs que l'âge de 3 ans marque un temps clé pour la plupart des enfants : celui de l'entrée en école maternelle. Dans un souci d'harmonisation, pour l'ensemble des recommandations concernant les jeunes enfants, le présent texte évoque les enfants âgés de moins de 3 ans.

¹³NB : mise en situation de danger vital ou de risques de séquelles par l'enfant/adolescent lui-même



Les besoins fondamentaux universels de l'enfant

Les besoins fondamentaux universels se déclinent en eux-mêmes en plusieurs besoins :

- un « méta besoin » de sécurité, qui comprend :
 - les besoins physiologiques et de santé ;
 - le besoin de protection ;
 - le besoin de sécurité affective et relationnelle ;
- quatre « autres besoins fondamentaux et universels » :
- le besoin d'expériences et d'exploration du monde ;

- le besoin d'un cadre de règles et de limites ;
- le besoin d'identité ;
- le besoin d'estime de soi et de valorisation de soi.

➔ Le « métabesoin » de sécurité (3)

« Il s'agit du besoin d'établir des relations affectives stables avec des personnes ayant la capacité et étant disposées à porter attention et à se soucier des besoins de l'enfant. En fait, il s'agit d'un "métabesoin" qui englobe la plupart (sinon l'ensemble) des autres besoins fondamentaux que peut avoir un enfant au cours de son développement. La satisfaction de ces derniers semble ne pouvoir être atteinte que dans le contexte de la satisfaction suffisante du premier.

[...] Le métabesoin de sécurité a trois dimensions : le besoin princeps affectif et relationnel [...], les besoins physiologiques et de santé et le besoin de protection. »

● Les besoins physiologiques et de santé (3)

« La prise en compte des besoins physiologiques, soubassement du développement physique :

- l'enfant a besoin d'être nourri, lavé (hygiène corporelle et bucco-dentaire) et de dormir selon des rythmes réguliers, en quantité et en qualité, adaptés à son âge (courbe staturo-pondérale, habitudes de vie) ;
- il a besoin d'être vêtu avec des vêtements propres et en rapport avec les nécessités climatiques.

L'enfant a besoin que sa santé globale fasse l'objet d'une attention, et ce quel que soit son âge. La santé ne se limite pas à l'absence de pathologie ou au fonctionnement organique : les modalités réflexives et expressives (langagières, émotionnelles, comportementales) font partie du développement et de la santé.

Cette attention globale inclut :

- l'accès aux services et à un suivi de santé (vaccination, vérification de l'audition et de la vision, de la courbe staturo-pondérale, soins bucco-dentaires) ;
- le suivi, la prise en charge de problèmes ponctuels ou chroniques ;
- pour les jeunes, l'accès à l'information sensible (nutrition, sexualité, etc.) dans une perspective d'éducation à la santé. »

● *Le besoin de protection (3)*

« L'enjeu de ce besoin est la protection à l'égard de toute forme de maltraitance, soit violence physique, sexuelle, psychologique, exposition à la violence conjugale et négligence. L'autre type de protection dont l'enfant a besoin est lié aux blessures ou préjudices susceptibles d'être causés par les dangers de son environnement extérieur et/ou de son environnement domestique. »

● *Le besoin de sécurité affective et relationnelle (3)*

« La théorie de l'attachement a détaillé de manière concrète les caractéristiques du *caregiver* (ou figure d'attachement du bébé) à travers le concept de "sensibilité parentale".

Le *caregiver* "sensible" est celui qui :

- 1. entend ou capte les signaux du bébé ;
- 2. les comprend ou les déchiffre ;

- 3. y répond adéquatement, c'est-à-dire en produisant un apaisement du bébé ;
- 4. dans des délais raisonnables, c'est-à-dire de manière à ce que le bébé puisse relier son "appel" et la "réponse", lui permettant d'établir un lien de "cause" à "effet", nécessaire à nourrir son sentiment d'"intelligibilité" et de "maîtrise" de son environnement.

Ce *caregiver* sensible assure également une qualité de présence à travers trois exigences :

- la première, d'ordre "quantitatif", est la disponibilité qui suppose que le *caregiver* est concerné et attentif aux signes de bébé en continu ;
- la deuxième est la stabilité qui suppose que l'ensemble des *caregivers* identifiés du bébé (mère, père, membres de la famille qui prennent soin régulièrement du bébé, référente en crèche ou assistante maternelle, etc.) soient investis de manière stable, c'est-à-dire soient là selon une rythmicité récurrente, sans imprévu, ni disparition ;
- la troisième est la prévisibilité : pour le bébé, les habitudes de vie ont une valeur structurante parce qu'elles lui permettent de se repérer. L'enchaînement d'actions identiques et récurrentes (routines de repas, de l'hygiène, rituel du coucher) en une séquence temporelle permet au bébé d'établir des liens de causalité, et donc de sens. »

→ Les autres besoins fondamentaux universels de l'enfant

- *Le besoin d'expériences et d'exploration du monde (3)*

« L'enjeu est le développement des compétences motrices, réflexives, expressives et ludiques de l'enfant. Il ne s'agit pas ici de promouvoir la surstimulation de l'enfant dans l'idée de l'obtention de "résultats" (recherche de performance ou d'excellence), mais de veiller à ce que l'enfant ait suffisamment d'expériences lui permettant de connaître, de comprendre et de participer à son environnement, de se découvrir des intérêts et des goûts et de développer ses compétences et ses talents. Les expériences décrites ci-dessous concernent l'ensemble des enfants, quels que soient leur âge, leur niveau scolaire ou leurs conditions de vie.

Accéder à ces expériences n'est pas nécessairement lié aux ressources financières des familles, au regard de l'accessibilité des ressources dans l'environnement.

Il en va ainsi des

- expériences corporelles et physiques : besoin de bouger et d'agir pour développer sa musculature, son endurance, sa coordination, son adresse, acquérir le sens de l'engagement, des règles et du jeu en équipe dans le cadre d'une activité sportive ou théâtrale, etc. ;
- expériences ludiques et créatives : besoin d'explorer, de manipuler, d'assembler, de construire, de "faire comme si" – à partir de tous types de supports (matériels, culturels, plein air, etc.) ;
- expériences expressives et langagières : besoin d'être immergé et d'acquérir le sens des mots, d'imaginer, d'entendre des histoires et d'en raconter, d'explorer et de jouer avec les gestes, les sentiments, les relations, les mots, besoin d'être interrogé et de s'adresser à, d'être écouté et compris, etc. ;
- expériences cognitives et réflexives : besoin d'être immergé et d'acquérir le sens des formes et des couleurs, des mesures, des nombres, de l'espace, de calculer, de faire des liens, de comparer, de catégoriser, de s'interroger, de raisonner, de proposer des solutions, de résoudre des problèmes, etc.

Une bonne partie de ces expériences peuvent être introduites dans la vie de l'enfant très précocement par d'autres acteurs que les parents : espace d'accueil en PMI, halte-jeux, crèche, puis des 3 ans, par l'accueil en maternelle, puis à l'école et dans le cadre de l'accueil périscolaire (centre de loisirs, centres d'animation socioculturelle, associations sportives et culturelles, etc.).

Quels que soient les moyens socioéconomiques des familles, il apparaît fécond de travailler à l'ouverture des enfants sur l'extérieur, y compris en informant et en invitant les familles à participer aux activités de leur quartier. Et dans le cas où les parents auraient des difficultés à accompagner leurs enfants, de trouver ou d'assurer des relais de sorte que les enfants puissent en bénéficier.

S'agissant de la scolarité, comme des autres expériences, l'enfant a besoin pour pouvoir tirer des bénéfices de son engagement, d'être accompagné sur les dimensions suivantes, ce qui suppose qu'en cas de difficultés, il ait un interlocuteur pour en discuter, valoriser ce qu'il a fait et accompagner sa famille à le motiver :

- progrès dans les apprentissages, incluant l'identification de "besoins spécifiques", c'est-à-dire la nécessité de certains soutiens pour que l'enfant puisse progresser, à son rythme, selon ses possibilités ;
- engagement et participation dans les apprentissages, la formation ou l'emploi ;
- progression et achèvement du cycle d'apprentissage ;
- aspirations : vision que l'enfant ou le jeune a de ses propres progrès, de sa motivation, sa confiance en soi, sa persévérance. »

- *Le besoin d'un cadre de règles et de limites (3)*

« L'enjeu est l'intériorisation par l'enfant d'un ensemble de codes et de valeurs sociales au service de son adaptation et de son insertion sociale. Est aussi en jeu la capacité de l'enfant à se réguler sur le plan émotionnel et comportemental de manière à ne pas être envahi par ses émotions, mais à pouvoir les reconnaître et les exprimer, sans agresser ses proches ou ses pairs (comportement d'agression / dominant), et sans se mettre à la merci d'autrui (comportement de victimisation / dominé).

L'objet de la discipline est dans un premier temps de protéger l'enfant d'expériences dangereuses ou inappropriées, en lui permettant d'intérioriser des repères et des savoir-faire afin qu'il puisse progressivement s'autoréguler – ce qui est une exigence forte et précoce, dans les sociétés contemporaines occidentales. Tout cadre éducatif qui vise l'autonomisation de l'enfant est nécessairement un cadre souple, au sens où il assure la sécurité de l'enfant, tout en lui laissant la marge de manœuvre nécessaire à ce qu'il puisse expérimenter – par tâtonnement, c'est-à-dire par essai ou erreur – sa capacité à savoir s'orienter et user de sa liberté, dans le respect des autres et de lui-même. Une absence de cadre ou au contraire un cadre excessivement rigide ou surprotecteur n'est pas compatible avec l'apprentissage de l'autonomie par l'enfant ou le jeune, que celui-ci se trouve en contexte familial ou de suppléance.

L'enfant a en effet besoin de :

- pouvoir compter sur une guidance constante et appropriée de règles de comportement et de limites à ne pas dépasser. Les enfants ont besoin de comprendre concrètement les attentes de l'adulte de même que les conséquences dans le cas où règles et limites ne sont pas respectées. Les routines facilitent la mise en place du respect du cadre ;
- pouvoir modéliser son comportement sur celui de l'adulte au sens où l'enfant apprend davantage de ce qu'il voit faire que de ce qu'il s'entend dire (rôle des neurones miroir) ;

- voir ses émotions reconnues et être accompagné par l'adulte dans un cheminement lui permettant d'aller de son émotion vers un comportement socialement acceptable ;
- trouver dans le respect de la discipline l'occasion de développer un sens positif de sa valeur ; c'est ce qui le motivera à persévérer plutôt qu'à résister ;
- la confiance qu'il éprouve en constatant qu'il parvient à respecter les règles tout en affirmant son individualité lui permet de s'engager dans des relations positives avec les autres. »

- *Le besoin d'identité (3)*

« Pour se construire une identité individuée et singulière, l'enfant doit pouvoir s'inscrire dans une filiation et dans une inscription des générations.

Le besoin d'identité renvoie à la capacité à accéder à la conscience de soi comme sujet individué pluridimensionnel.

Le concept de soi se définit comme étant la perception qu'un individu a de lui-même. Le concept de soi comprend tout ce qui a trait à la connaissance de soi, l'évaluation de soi de même que la description que l'individu pense que les autres font de lui.

De façon générale, il existe plus d'une façon dont une personne peut avoir conscience d'elle-même. En fait, il existe deux formes de conscience de soi : privée et publique. La conscience de soi privée implique que la personne est particulièrement en contact avec ses états internes comme ses émotions ou ses valeurs. La conscience de soi publique implique le soi comme un acteur social qui influence le comportement d'autrui. En d'autres mots, la personne est consciente que les autres vont réagir à ce qu'elle est.

L'enfant a besoin que différentes composantes de son identité soient reconnues telles que le sexe, l'orientation sexuelle, l'origine nationale, la religion et les convictions, l'identité culturelle et la personnalité¹⁴.

Nul être humain n'entre en rapport direct avec lui-même ; chacun de nous est dépendant du regard d'autrui pour pouvoir se reconnaître comme une personne à nulle autre pareille, c'est-à-dire d'une certaine manière irremplaçable, et aussi profondément estimable, c'est-à-dire synonyme de richesse pour la communauté.

Le besoin d'identité se joue également à travers les possibilités d'appartenance et d'affiliation de l'enfant, à son groupe familial d'une part, à des groupes de pairs d'autre part. »

- *Le besoin d'estime de soi et de valorisation de soi (3)*

« L'enfant a besoin d'avoir une image positive de soi pour pouvoir se faire confiance, corrélée au sentiment de compétences et à la capacité d'affirmer des préférences, des choix, et avec l'âge la capacité à projeter une trajectoire, la capacité à être empathique et construire des relations stables et la capacité à prendre soin de soi.

Au cours des trois premières années de vie, trois développements essentiels se mettent en place chez l'enfant. Le premier est un sens clair d'estime de soi. Le second est une confiance suffisante pour être altruiste et sensible aux autres. Le troisième est la motivation d'apprendre.

Une des dimensions du *caregiving* est celle de l'acceptation qui renvoie à la qualité du parent à transmettre à l'enfant qu'il est inconditionnellement accepté et estimé pour qui il est, dans ses difficultés

¹⁴ Convention internationale des droits de l'enfant, article 8.

comme dans ses points forts. Cette expérience est le fondement de l'estime de soi. L'enfant éprouve qu'il est digne d'être aimé, aidé et soutenu, si cela est en lien avec le sentiment d'auto-efficacité, il ressent aussi qu'il est robuste et capable d'affronter des revers et l'adversité. »

Les besoins particuliers

Certains enfants/adolescents ont, du fait d'une situation de handicap par exemple, des besoins particuliers, au sens de l'article 23 alinéa 3 de la convention internationale des droits de l'enfant et de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Au moment de l'évaluation, une problématique (situation de handicap, trouble du neurodéveloppement, trouble de santé ou cause médicale...) peut être repérée ou diagnostiquée, ou pas.

Si la problématique est repérée et diagnostiquée, l'enjeu de l'évaluation est d'analyser comment les parents répondent aux besoins particuliers de leur enfant, avec ou sans étayage, et de déterminer s'ils ont besoin d'un soutien.

Si la problématique a été repérée par les parents mais qu'elle n'a pas fait l'objet d'un diagnostic, par exemple parce que les démarches administratives ou médicales sont en cours, les évaluateurs pourront éventuellement soutenir les démarches via la mobilisation de partenaires experts.

Enfin, si la problématique de l'enfant/adolescent n'a pas été identifiée précédemment et que des difficultés susceptibles de traduire la présence d'un handicap ou d'une problématique médicale apparaissent au cours de l'évaluation, l'enjeu sera, pour les évaluateurs, de mobiliser des partenaires afin de réaliser un diagnostic différentiel.

Point de vigilance

Un enfant/adolescent peut avoir des besoins particuliers (malade, en situation de handicap, avec un trouble du neurodéveloppement) et être victime de maltraitance (violences ou négligences).

Il est important de noter que les enfants/adolescents à besoins particuliers peuvent « mettre à l'épreuve les capacités de *caregiving* » (10) de leurs parents et ont davantage de risques d'être exposés à de la maltraitance :

- ils « peuvent manquer de réactivité, d'interaction ou ne montrent pas l'affection attendue par les parents » (16) ;
- les parents non soutenus peuvent être épuisés, dépassés par les besoins de leur enfant/adolescent, notamment lorsque celui-ci ne bénéficie pas d'un accompagnement adapté et d'autant plus que ces situations provoquent souvent un isolement social. Cela peut engendrer de « l'irritabilité, des soins incohérents ou une discipline punitive » (16).

Les besoins spécifiques

L'exposition à la maltraitance (violences et négligences) des enfants/adolescents engendre une compromission de leur développement. Cela peut affecter « tant la sphère somatique que psychique, affective, relationnelle, cognitive et sociale » (3).

« Ces effets délétères sur le développement de l'enfant/adolescent induisent des besoins qui s'ajoutent aux besoins développementaux universels. [...] [Ces besoins sont] dits "spécifiques" dans le sens où ils ne sont pas seulement une amplification des besoins universels mais sont d'une autre nature dès lors que le développement est impacté. » (10)

« L'évaluation de l'impact sur le développement [...] sera variable et singulière pour chaque enfant/adolescent et relèvera de la nature, de l'intensité, de la durée des stress et violences subis, au regard de son âge, de ses caractéristiques, de son histoire personnelle, de la qualité de ses relations avec sa figure d'attachement, de sa capacité à disposer d'une base de sécurité interne efficiente, et enfin des conditions de l'environnement contextuel disposant de facteurs de risque ou de facteurs de protection, susceptibles d'être mobilisés. » (3)

Les besoins liés aux effets iatrogènes de la prise en charge (ou non-prise en charge) en protection de l'enfance

« Sur le modèle de sa signification en médecine, où "iatrogénie se dit d'une pathogénie d'origine médicale ou médicamenteuse", le terme "iatrogène" qualifie les besoins induits par la prise en charge elle-même, ses aléas, ses modalités et conditions de mise en œuvre, voire de sa non-mise en œuvre bien qu'une alerte ait pu être effectuée. Il couvre également les aléas rencontrés par l'enfant, non seulement au cours d'un accueil ou autre prise en charge, mais aussi éventuellement dans son parcours institutionnel incluant les temps de décision le concernant. » (10)

« Prendre en compte les effets iatrogènes conduit à étendre la vigilance à trois sortes de risques :

- ceux relatifs aux aléas et incertitudes des parcours, notamment à ceux qui entourent les périodes de prises de décision, de fins de mesure, émaillées d'évènements qui insécurisent l'enfant ;
- ceux relatifs [...] à la souffrance liée à la séparation (même avec une figure d'attachement maltraitante), qu'il s'agira d'anticiper et de traiter ;
- ceux relatifs aux négligences et violences produites dans un lieu dont la mission est de protéger et qui correspondent à un échec de la mission de protection et à une nouvelle source de maltraitance.

Les enfants déjà exposés à des traumatismes sont d'autant plus vulnérables que le risque de devenir à nouveau victime est plus grand. » (3)

3.4. La santé et le développement

La santé

La santé est entendue au sens de l'OMS : elle est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité¹⁵».

¹⁵ Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États

Le développement (17-19)

Le développement de l'être humain, c'est l'ensemble des transformations des caractéristiques, des fonctionnements et des comportements de la conception à l'âge adulte.

Parmi ces transformations celles qui sont observées de façon "universelle", c'est à dire chez l'immense majorité des individus de mêmes tranches d'âge constituent le développement. Par exemple, la taille du corps s'accroît avec l'âge selon une courbe qui ne varie que peu d'une ethnie à l'autre (les valeurs absolues varient mais la courbe est très semblable d'une ethnie à une autre). C'est pour cette raison que les individus qui ne manifestent pas telle ou telle transformation ont une particularité qui dans de nombreux cas est un handicap congénital, ou une déficience.

Voici quelques exemples :

Un ralentissement brusque inattendu par exemple, dans la courbe de croissance par rapport à la courbe de référence (voir les courbes standards pour les enfants et adolescents français dans le carnet de santé) peut signaler l'existence d'un facteur nocif dont il s'agira de rechercher l'origine (pauvreté de la nourriture, maltraitance ou une maladie génétique ou non).

Un autre exemple est fourni par la capacité de langage qui se déploie et se complexifie au cours de l'enfance dès la naissance de façon à peu près semblable quelle que soit la langue environnante de l'enfant. Un retard d'apparition de la production de mots signale l'existence possible d'un facteur nocif (lié à ou non à son environnement).

Un troisième exemple est la capacité à suspendre sur ordre une action en cours de déroulement apparaît à peu près au même âge chez le très jeune enfant dans toutes les cultures étudiées. La non apparition de cette compétence signale l'existence d'une difficulté dans le développement (liée ou non à son environnement).

Ces caractéristiques et transformations sont pilotées et contrôlées par des facteurs biologiques et des facteurs présents dans les environnements physique (la gravité, la température, la quantité et la durée de la lumière, etc.), chimique (la présence de pollution, l'abondance d'eau ou non, etc.) et social (relationnels, culturels, géographique etc.) de l'individu. Cependant, les facteurs environnementaux n'ont d'effet sur le développement que dans la mesure où ils sont "anticipés" ou "prévus" par le développement biologique de l'individu.

Il est important de rappeler le développement de la compétence du langage n'est pas dû à la seule pression de la famille ou de la société. Le développement du langage n'est pas non plus dû à la seule capacité d'apprentissage, mais à des dispositions particulières de notre cerveau pour apprendre une ou des langues. Si un nourrisson ne prête pas automatiquement d'attention particulière à certains aspects spécifiques du flux sonore constitué par les paroles environnantes, il risque ne pas apprendre à parler. Une offre environnementale est nécessaire pour que les dispositions neurobiologiques à apprendre une langue puissent se réaliser. Les bases biologiques des transformations développementales du corps, de ses fonctions vitales et de ses fonctions perceptives, motrices, intellectuelles, sociales émotionnelles et affectives sont contrôlées et pilotées génétiquement. Mais le déroulement correct des programmes génétiques de développement exige que l'environnement offre les conditions adéquates pour la réalisation des programmes.

Les développements des diverses compétences sont coordonnés les uns aux autres donnant l'impression d'un développement global unitaire de l'individu. Mais le développement d'une compétence, qu'elle appartienne au domaine de la perception, de la motricité, de la pensée, des émotions ou des affects est partiellement indépendant du développement d'une autre compétence. Des anomalies génétiques et/ou un accident ou un manque dans l'environnement peuvent affecter la trajectoire de développement de toutes les compétences ou bien de seulement certaines compétences et apprentissages. On peut ainsi voir chez certains enfants :

- des déficits de l'attention sans voir apparaître d'autres déficits ;
- des déficits au niveau du langage sans déficits perceptif, moteur, intellectuel, affectif ou émotionnel ;
- des déficits dans les compétences sociales sans d'autres déficits ;
- des déficits dans l'organisation des gestes sans d'autres déficit ;
- etc.

L'absence de développement ou le caractère anormal de la trajectoire de développement de certaines compétences spécifiques peut être en partie compensé par des prises en charge éducatives et/ou thérapeutiques.

3.5. Le handicap et les troubles du neuro-développement

Le handicap

« Constitue un handicap, au sens de la [...] loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant¹⁶. »

Les troubles du neurodéveloppement

Les troubles du neurodéveloppement (TND) regroupent : les troubles du développement intellectuel (TDI) ; les troubles de la communication (dont troubles du langage) ; les troubles du spectre de l'autisme (TSA) ; les troubles spécifiques des apprentissages (lecture, expression écrite et calcul) ; les troubles moteurs (trouble développemental de la coordination dit « dyspraxie » ou mouvements stéréotypés, tics) ; le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ; les autres TND, spécifiés (par exemple TND associé à une exposition prénatale à l'alcool), ou non spécifiés.

Ils peuvent être associés à des troubles neurosensoriels plus ou moins sévères (baisse d'audition, de la vision, allant parfois jusqu'à la surdité profonde, ou la cécité), à un trouble de la commande ou du contrôle sensitif et moteur, et à une épilepsie. Des troubles des fonctions physiologiques peuvent être associés, comme un trouble du sommeil (endormissement, réveils nocturnes ou réveil précoce) ou un

¹⁶ Source : loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

trouble de la régulation du comportement alimentaire. Ces troubles associés peuvent perturber le quotidien et entraîner un surhandicap important.

Des troubles du registre émotionnel, comme l'anxiété ou les troubles de l'humeur (en particulier la dépression) sont aussi fréquemment associés aux TND.

Chez les personnes ayant un TND, le degré de handicap va résulter d'une interaction entre la vulnérabilité de la personne plus ou moins sévère et la qualité de l'environnement qui peut être facilitateur ou obstacle.

Point de vigilance

Les troubles du neurodéveloppement occasionnent pour ceux qui en sont porteurs des difficultés notamment en termes d'apprentissage, d'adaptation, ou de régulation socioémotionnelle. Ces difficultés rencontrées dans certains domaines ne sont pas liées à l'éducation délivrée par les parents mais à des anomalies neurodéveloppementales indépendantes.

Cependant ces troubles peuvent générer chez le parent de l'enfant avec TND du stress, de l'anxiété et nécessiter un besoin de guidance parentale.

Parmi les TND

- Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) se manifeste avant l'âge de 3 ans par un développement anormal ou altéré se traduisant par une perturbation caractéristique du fonctionnement sur le plan des interactions sociales réciproques, de la communication et des comportements (certains comportements ont un caractère stéréotypé et répétitif), etc.
- Le TDAH est un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité qui entraîne des difficultés pour appliquer les consignes, un comportement très agité et opposant, avec des troubles du sommeil.
- Les troubles des apprentissages se traduisent par des difficultés en lecture, dans l'expression écrite et dans le calcul. Elles peuvent engendrer une faible estime de soi, un décrochage scolaire, des risques de scarification, etc.
- Ces troubles sont associés aux : trouble du langage oral (dysphasie), trouble développemental de la coordination (dyspraxie), incluant certaines formes de dysgraphie (trouble de l'écriture), déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.

3.6. Les compétences personnelles et sociales de l'enfant / adolescent

Le terme de compétences personnelles et sociales, appelé également compétences psychosociales, renvoie selon la définition de l'OMS à « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne, (...), à maintenir un état de bien-être subjectif qui lui permet d'adopter un comportement approprié et positif à l'occasion d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement ».

On distingue ainsi (20) :

- les compétences cognitives (relatives à la connaissance/conscience de soi et à l'exercice du libre arbitre)

- résolution de problème et prise de décision
- pensée critique et auto-analyse (avoir conscience des influences des pairs et des médias)
- avoir conscience des valeurs, attitudes, croyances et normes qui nous affectent, identifier les informations pertinentes)
- les compétences émotionnelles (mobilisées dans l’auto-régulation)
 - connaissance de soi (auto-évaluation, sentiment d’efficacité personnelle, confiance, estime et affirmation de soi...)
 - gestion de la colère, de l’anxiété et des impulsions
 - gestion du stress
- les compétences sociales / interpersonnelles (en jeu dans les relations et la communication avec les autres, communication verbale et non verbale (écoute active, expression des émotions...))
 - empathie
 - capacité de résistance (à la pression, à l’influence...) et de négociation (gestion des conflits)
 - aptitude à la coopération et à la collaboration en groupe
 - plaidoyer (persuasion, conviction...)

3.7. Les compétences parentales

Les compétences parentales sont l’ensemble des compétences cognitives, émotionnelles et sociales qui permettent au parent d’exercer son rôle parental dans l’objectif de garantir la sécurité et de promouvoir le bien-être et le développement de son enfant dans un contexte socio-culturel donné. Le but est de permettre à l’enfant/adolescent de s’émanciper, de faire face aux aléas de la vie grâce à un lien affectif sûr et sécurisé et à un cadre éducatif approprié à ses besoins évolutifs.

Il est important de rappeler les points suivants.

- L’évaluation des compétences parentales doit permettre de déterminer si le parent peut répondre aux besoins de l’enfant/adolescent, s’il a des difficultés et s’il a besoin d’être étayé, soutenu.
- Les compétences parentales d’une personne sont évolutives, elles peuvent s’améliorer et sont alimentées par le sentiment d’être un parent compétent. Les évaluateurs doivent rester prudents dans leur analyse et prendre en compte le caractère évolutif des compétences parentales, d’autant que l’évaluation s’effectue sur un temps donné et dans des circonstances souvent particulières (cf. inquiétude des parents concernant l’information préoccupante et la démarche d’évaluation, tensions éventuelles, etc.).
- Les compétences parentales sont évaluées en fonction du cadre législatif et réglementaire, des normes sociales, des recommandations médicales, etc., qui font consensus à un moment donné mais qui sont susceptibles de varier dans le temps.

Quelques exemples de compétences parentales pour répondre aux besoins fondamentaux de l’enfant (Liste non exhaustive)

Les besoins physiologiques et de santé	Identifier les besoins physiologiques de l’enfant/adolescent (rythme de vie, alimentation et nutrition, activité physique...) et y répondre
--	---

	<p>Reconnaître l'urgence d'une situation de santé, prodiguer des soins, solliciter de l'aide auprès des professionnels de santé</p> <p>Échanger sur la sexualité, les addictions, etc.</p>
Le besoin de protection	<p>Adapter sa protection en fonction des dangers, de l'âge et du stade de développement de l'enfant</p> <p>Savoir faire un compromis entre la surprotection et le manque de surveillance Savoir dialoguer et expliquer</p> <p>S'informer et dialoguer avec les différents intervenants qui encadrent l'enfant (école, lieux d'activités, garderie, proches, etc.) et avec les professionnels ou les associations (cf. harcèlement, radicalisation, addiction, etc.)</p>
Le besoin de sécurité affective et relationnelle	<p>Connaître et reconnaître les émotions de l'enfant mais aussi ses propres émotions</p> <p>Savoir observer, déchiffrer et répondre de façon adéquate aux besoins affectifs de l'enfant</p> <p>Accompagner l'enfant dans ses premières séparations (rentrée en crèche, maternelle)</p> <p>Offrir une sécurité psychologique intra- et extrafamiliale à l'enfant lorsqu'il change d'environnement</p> <p>Savoir gérer les conflits, négocier, mais aussi résister aux pressions</p>
Le besoin d'expériences et d'exploration du monde (activités physiques, créatives, intellectuelles)	<p>Connaître les différentes étapes de développement de l'enfant</p> <p>Connaître les goûts de l'enfant</p> <p>S'impliquer, valoriser et encourager l'enfant dans ses aptitudes. Le rassurer dans ses échecs et valoriser ses réussites</p> <p>Avoir des attentes raisonnables par rapport au développement de l'enfant</p> <p>Faire des activités avec l'enfant et lui proposer des activités en dehors du cercle familial</p> <p>Chercher des ressources pour développer les compétences de l'enfant et répondre à ses aspirations en ayant conscience de ses capacités et de ses caractéristiques</p>
Le besoin d'un cadre de règles et de limites	<p>Poser des règles cohérentes et sécurisantes mais négociables en fonction de l'âge de l'enfant. Lui expliquer ces règles, en fonction de ses capacités cognitives</p> <p>Savoir sanctionner l'enfant de façon adaptée et proportionnée en cas de non-respect des règles</p> <p>Avoir conscience des valeurs, attitudes, croyances et normes qui nous affectent et identifier les informations pertinentes</p> <p>Résoudre les problèmes et prendre des décisions</p> <p>Remettre en cause, si nécessaire, son style d'éducation</p>
Le besoin d'identité et d'émancipation	<p>Reconnaître l'importance pour l'enfant d'acquérir son identité propre</p> <p>Respecter l'enfant dans ses choix et en discuter avec lui. Lui faire confiance et encourager son autonomie tout en restant attentif aux risques (addictions, radicalisation, prostitution)</p> <p>L'identifier comme autre que soi-même (parent). Écouter ses opinions et les respecter, même si elles sont différentes des vôtres</p>
Le besoin de valorisation et d'estime de soi	<p>Dialoguer avec l'enfant, l'écouter avec bienveillance et tenir compte de sa parole (enfant actif dans sa propre éducation), savoir le rassurer et le soutenir. S'assurer que l'enfant a une image positive de lui-même</p> <p>Aider l'enfant dans ses relations aux autres. Identifier dans sa sphère environnementale les facteurs qui pourraient compromettre son estime de soi (échec scolaire, échec sportif, mauvaises relations sociales)</p> <p>Lui proposer des ressources d'aide (psychothérapeute, éducateur, etc.)</p>

4. Destinataires de la recommandation

Cette recommandation s'adresse prioritairement, au sein des Conseils départementaux, aux professionnels des Crip chargés de réaliser une première analyse des informations préoccupantes reçues, aux professionnels chargés de réaliser les évaluations des situations, et à leurs cadres.

Néanmoins, elle s'adresse également à des destinataires « indirects » : magistrats, acteurs accompagnant des enfants / adolescents et/ou des adultes et susceptibles d'émettre des informations préoccupantes, acteurs contribuant à l'évaluation des situations, forces de police et de gendarmerie, etc.

Les professionnels et institutions qui contribuent au dispositif de recueil et de traitement des informations préoccupantes sont en effet multiples, en premier lieu parmi les acteurs intervenant auprès des enfants et adolescents :

- acteurs de la petite enfance (crèches, haltes-garderies, assistants maternels)
- acteurs des établissements scolaires publics ou privés
- acteurs du secteur sanitaire
 - intervenant en libéral
 - intervenant en milieu hospitalier (notamment dans les services des urgences, de pédiatrie, de maternité et dans les UEAD)
- acteurs du secteur médico-social accompagnant des enfants en situation de handicap (IME, Itep, Sessad, etc.)
- acteurs du secteur de la protection de l'enfance (prévention spécialisée, centres maternels et parentaux, services d'AED et d'AEMO, MeCS, foyers de l'enfance, assistants familiaux...) et de la protection judiciaire de la jeunesse (services chargés de réaliser les MJIE, Stemo, STEI, etc.)
- acteurs du secteur des loisirs (activités périscolaires, centres de loisirs, associations et clubs, colonies de vacances, etc.)

Les professionnels qui accompagnent des parents sont également susceptibles d'émettre des informations préoccupantes. En lien avec leur expertise, ces mêmes professionnels peuvent également contribuer au traitement des informations préoccupantes. Il s'agit des :

- acteurs du secteur sanitaire (là encore, en milieu hospitalier ou en libéral)
- acteurs du secteur médico-social accompagnant des adultes (SAVS, Samsah, Esat, Foyers d'hébergement, Foyers de vie, etc.)
- acteurs du secteur social (services sociaux départementaux de proximité, Crip d'autres départements¹⁷, services de tutelle, CHR, FJT, résidences accueil, Cada, etc.)
- acteurs de la police et de la gendarmerie
- acteurs de la justice

Enfin, il est important de noter que les autres personnes contribuent également au dispositif de recueil des informations préoccupantes : un certain nombre d'informations préoccupantes sont transmises par

¹⁷ Lorsqu'une famille déménage en cours d'évaluation ou en cours d'accompagnement et que sa situation est jugée préoccupante, le Conseil départemental concerné transmet les éléments d'information la concernant à la CRIP du département d'accueil, sous réserve qu'il connaisse la destination de la famille (cf. livret 1 – partie concernant les relations entre les Conseils départementaux).

les enfants / adolescents concernés eux-mêmes et par leur entourage (enfants / adolescents et adultes, au sein de la famille proche ou élargie, parmi les amis, les voisins), auprès du 119 (21) ou de la Crip.

5. Structuration de la recommandation

Pour faciliter son appropriation, la recommandation se décline en plusieurs documents :

Le présent préambule reprend le contexte et les enjeux de la recommandation, les définitions et grands principes, les destinataires et la structuration du document.

Le livret 1 est une recommandation portant sur **la gouvernance globale du dispositif de recueil et de traitement des informations préoccupantes à l'échelle d'un département**.

- ➔ Ce livret contient des recommandations sur les conditions et moyens à mettre en œuvre pour soutenir le dispositif de recueil et de traitement des informations préoccupantes au sein d'un conseil départemental, en lien avec les autres conseils départementaux et les partenaires du territoire. Il s'adresse prioritairement aux Directeurs enfance famille et aux cadres de la Crip et des équipes pluridisciplinaires d'évaluation.

Le livret 2 est une recommandation portant sur **le circuit de recueil et de traitement des informations préoccupantes** et se compose de deux grandes parties : une partie concernant la première analyse de l'information préoccupante et une partie concernant l'évaluation. Dans chacune de ces deux parties sont déclinées des recommandations concernant les différentes étapes du processus, les acteurs concernés...

- ➔ Ce livret s'adresse prioritairement aux professionnels des Crip chargés de réaliser une première analyse des informations préoccupantes reçues (partie 1) ainsi qu'aux professionnels chargés de réaliser les évaluations des situations (partie 2). Les cadres respectifs de ces professionnels sont également concernés.

Le livret 3 est un **guide d'accompagnement à l'évaluation**.


- ➔ Il est destiné en premier lieu à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation (évaluateurs et cadres).

Des outils pratiques au service du recueil et du traitement des informations préoccupantes, à destination des évaluateurs et des professionnels de la Crip, accompagnent cette recommandation.

Ces documents s'adressent à différents destinataires et sont susceptibles d'être utilisés isolément. Ils abordent parfois des thématiques similaires, ce qui peut donner l'impression de redondances.

A titre d'exemple, la question de la mobilisation de partenaires du territoire dans le cadre de l'évaluation est abordée :

- Dans le livret 1, via des recommandations sur l'identification des partenaires possibles et sur l'établissement de conventions partenariales ;
- Dans le livret 2, sous l'angle du processus de traitement des informations préoccupantes (cf. possibilité de les mobiliser dans le cadre de la première analyse et dans le cadre de l'évaluation) ;
- Dans le livret 3, en lien avec les différentes thématiques abordées et avec les causes envisagées.

 L'utilisation de ces différents documents nécessite un temps d'appropriation. Les connaissances pratiques et théoriques des professionnels, acquises dans le cadre de leur formation initiale, doivent être complétées par des formations spécifiques¹⁸.

Remarque : concernant l'évaluation des jeunes dans le cadre pénal, des travaux complémentaires à cette recommandation sont en cours d'élaboration par la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse.

¹⁸ Cf. livret 1

Références bibliographiques

1. Pacte pour l'enfance. Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022. Garantir à chaque enfant les mêmes chances et les mêmes droits. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2019.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_strategie_nationale_de_prevention_et_protection_de_l_enfance_vf.pdf
2. Pacte pour l'enfance. Je veux en finir avec la violence. Et vous ? Mesures pour lutter contre les violences faites à nos enfants. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2020.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_plan_violences_faites_aux_enfants.pdf
3. Direction générale de la cohésion sociale, Martin-Blachais M-P, Séverac N. Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance. Paris: Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes; 2017.
<https://www.cnape.fr/documents/publication-du-rapport-de-la-demarche-de-consensus-sur-les-besoins-de-lenfant/>
4. Le défenseur des droits. Compte rendu de la mission confiée par le Défenseur des droits et son adjointe, la Défenseure des enfants, à M. Alain Grevot, Délégué thématique, sur l'histoire de Marina. Paris: Le Défenseur des droits; 2014.
https://juridique.defenseurdesdroits.fr/doc_num.php?explnum_id=10777
5. Inspection des affaires sociales, Inspection générale de la justice, Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche, Compagnon C, Durand N, del Volgo B, et al. Mission sur les morts violentes d'enfants au sein des familles - Evaluation du fonctionnement des services sociaux, médicaux, éducatifs et judiciaires concourant à la protection de l'enfance. Paris: IGAS; 2019.
<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article730>
6. Ramadier A, Goulet P. Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement par la Mission d'information sur l'aide sociale à l'enfance. Paris: Assemblée nationale; 2019.
https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/miaidenf/115b2110_rapport-information
7. Cour des comptes. La protection de l'enfance une politique inadaptée au temps de l'enfant. Paris: CC; 2020.
https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-11/20201130-rapport-protection-enfance_0.pdf
8. Observatoire national de l'enfance en danger. Septième rapport annuel au gouvernement et au parlement de l'Observatoire national de l'enfance en danger. Paris: ONED; 2012.
https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/ra_oned_7_2011_5.pdf
9. Observatoire national de l'enfance en danger. Enquête nationale. Informations préoccupantes. Paris: ONED; 2011.
https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/enquete_ip_201110_5.pdf
10. Corbet E. Pour que les négligences ne soient plus négligées : prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant. Dans: Balençon M, Pédiatrie médico-légale. Mineurs en danger : du dépistage à l'expertise pour un parcours spécialisé protégé. Paris: Elsevier Masson; 2020. p. 53-65.
11. Observatoire national de la protection de l'enfance. Guide du dispositif OLINPE (Observation longitudinale individuelle et nationale en protection de l'enfance). Paris: ONPE; 2018.
https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/guide_olinpe_mai2018_v1.pdf
12. Haute Autorité de Santé. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_1067136/fr/reperage-et-signalement-de-l-inceste-par-les-medecins-reconnaitre-les-maltraitances-sexuelles-intrafamiliales-chez-le-mineur
13. National Association for the Care and Resettlement of Offenders. Safeguarding and child protection policy, procedures and guidance. Birmingham: NACRO; 2019.
14. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Méthode Recommandations pour la

pratique clinique. Mise à jour décembre 2020. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/170919_reperage_des_femmes_victimes_de_violences_au_sein_du_couple_texte_recommandations.pdf

15. Commission des 1000 premiers jours. Les 1000 premiers jours. Là où tout commence. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2020.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>

16. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children Youth and Families, Children's Bureau, Office on Child Abuse and Neglect, DePanfilis D. Child neglect: a guide for prevention, assessment and intervention. Washington D.C.: Child Welfare Information Gateway; 2006.

<https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/neglect.pdf>

17. Lécuyer R. Le développement du nourrisson. Paris: Dunod; 2004.

18. Rondal JA, Esperet E. Manuel de psychologie de l'enfant. Bruxelles: Mardaga; 1999.

19. de Boysson-Bardies B. Comment la parole vient aux enfants. Paris: Odile Jacob; 2005.

20. Lamboy B, Fortin J, Azorin J-C, Mabrouk N. Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes. La Santé en action 2015;431:10-40.

21. Service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger. Étude annuelle relative aux appels du Snated en 2019. Paris: GIPED; 2020.

https://www.cnape.fr/documents/snated_-etude-annuelle-relative-aux-appels-2019/

Participants

Groupe de travail

- Annie BELHADJ, psychologue, Maison d'enfants à caractère social (MECS), Accompagnement Personnalisé en Milieu Naturel (APMN) et Placement éducatif à domicile (PEAD) (17)
- Mamédi DIARRA, président, association d'anciens enfants accompagnés par la protection de l'enfance (94)
- Colette GAYRAUD, administrateur Ad'hoc (31)
- Anne GUICHON, directrice, pôle d'établissements et services en protection de l'enfance au sein d'une association gestionnaire d'établissements et services sociaux et médico-sociaux (44)
- Anne HARDY, médecin référent protection de l'enfance, conseil départemental (85)
- Emmanuelle LAJUS-THIZON, juge des enfants (33)
- Sébastien MANERO, responsable Crip, conseil départemental (91)
- Mélanie MATHOURAIS, assistante sociale, Protection Judiciaire de la Jeunesse (72)
- Brigitte MESLET-PREVOST, puéricultrice, conseil départemental (49)
- Muriel NICOLAS, directrice générale, association gestionnaire d'établissements et services sociaux et médico-sociaux (05)
- Gaëlle PENDEZEC, médecin référent protection de l'enfance, conseil départemental (44)
- Daniel ROUSSEAU, pédopsychiatre, chercheur, Association Saint-Exupéry pour la Recherche en Protection de l'Enfance (49)
- Nadège SEVERAC, chercheuse indépendante, consultante spécialisée en violences intra-familiales
- Marie-Françoise THIEBAUT, médecin conseiller technique adjoint, Direction des services départementaux de l'Éducation nationale (DSDEN) (95)
- Nathalie VABRES, pédiatre coordinatrice Unité d'accueil des enfants en danger - Centre Hospitalier Universitaire de Nantes (44)
- Héléna WILLO-TOKE, psychologue, Maison d'enfants à caractère social (MECS) (75)

Equipe projet

- Christiane JEAN-BART, cheffe du service Recommandation, DiQasm
- Manon PRACA, cheffe de projet, DiQasm
- Cécile LAGARDE, cheffe de projet, DiQasm
- Briac CHAUVEL, chargé de projet
- Edda PHILIBERT, chargé de projet
- Christophe MORICARD, chargé d'études statistiques
- Nagette JOUSSE, assistante de gestion DiQasm
- Pascale FIRMIN-BERQUIER, assistante de gestion DiQasm
- Sophie DESPEYROUX, documentaliste
- Juliette CHAZARENG, aide documentaliste
- Floriane GASTO, juriste
- Clara PROUST, juriste

Référentes de la Commission sociale et médico-sociale :

Anne CARON DEGLISE, magistrate, Avocat général à la Cour de cassation (1ère chambre civile)

Marina BESSEAU, chef du service Protection des mineurs en danger et des majeurs vulnérables, Conseil départementale de la Sarthe

Groupe de lecture

Les organismes, associations et experts suivants ont été sollicités pour la relecture des travaux :

- Association ATD Quart-Monde
- Association Autisme France

- Association Départementale pour la Sauvegarde de l'enfant à l'adulte d'Eure et Loire
- Association HyperSupers - TDAH France
- Association La Voix de l'enfant
- Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des départements et métropoles (ANDASS)
- Association nationale des directeurs de l'enfance et de la famille (ANDEF)
- Conseil Départemental de l'Allier (03)
- Conseil Départemental de l'Aube (10)
- Conseil Départemental de l'Aude (11)
- Conseil Départemental de l'Aveyron (12)
- Conseil Départemental de la Charente-Maritime (17)
- Conseil Départemental du Doubs (25)
- Conseil Départemental du Gers (32)
- Conseil Départemental de la Gironde (33)
- Conseil Départemental d'Ille-et-Vilaine (35)
- Conseil Départemental d'Indre et Loire (37)
- Conseil Départemental du Jura (39)
- Conseil Départemental de la Loire (42)
- Conseil Départemental de Loire-Atlantique (44)
- Conseil Départemental du Maine-et-Loire (49)
- Conseil Départemental de la Mayenne (53)
- Conseil Départemental de la Meurthe-et-Moselle (54)
- Conseil Départemental de la Meuse (55)
- Conseil Départemental des Hautes-Pyrénées (65)
- Conseil Départemental du Bas-Rhin (67)
- Conseil Départemental du Rhône (69)
- Conseil Départemental de la Savoie (73)
- Conseil Départemental de la Somme (80)
- Conseil Départemental des Vosges (88)
- Conseil Départemental de la Seine-Saint-Denis (93)
- Conseil Départemental du Val-de-Marne (94)
- Conseil Départemental du Val d'Oise (95)
- Convention Nationale des Associations de Protection de l'Enfant (CNAPE)
- Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement
- François-Régis SAULNIER, Officier de police judiciaire en charge des mineurs
- Brigitte MOLTRECHT, médecin conseillère technique, Ministère de l'Education nationale, du sport et de la jeunesse
- Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)
- Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DPJJ)
- Fédération des Centres Régionaux d'Etudes d'Actions et d'Informations, en faveur des personnes en situation de vulnérabilités (ANCREAI)
- Fédération Française des DYS
- Fédération Nationale des ADEPAPES (FNADEPAPE)
- Groupe SOS
- La Croix Rouge Française
- Le Défenseur des droits
- Claude CARRIOT, Proviseur, Lycée général Pontus de Tyard (71)
- Marie-Pierre VOISIN, assistante de service social, Direction des services départementaux de l'Education nationale (71)
- Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE)
- Organisation professionnelle des employeurs du secteur social, médico-social et sanitaire à but non lucratif (NEXEM)
- Christophe RENIAUD, commandant de sapeur-pompier (71)
- Eliane CORBET, psychologue, chercheuse indépendante
- Martine BALENCON, pédiatre médecin légiste, CHU de Rennes (35)
- Nicole GARRET-GLOANEC, pédopsychiatre, CHU de Nantes (44)
- M. Thierry BARANGER, Magistrat honoraire, ancien président des tribunaux pour enfants de Paris et Bobigny
- Gabrielle CHOUIN, CPE (94)
- Stéphanie DERA, CPE (71)

Personnes auditionnées

- Eliane CORBET, psychologue, chercheuse indépendante
- Danièle LANGLOYS, Présidente de l'association Autisme France

Entretiens

- Magali CADEILLAN, assistante sociale, évaluatrice (CD 85)
- Annie DEBARRE, infirmière-puéricultrice PMI (CD 85)
- Cécile DELANOUE, infirmière-puéricultrice PMI, évaluatrice (CD 49)
- Camille DOUENCE, assistante sociale, évaluatrice (CD 49)
- Nathalie GAULTIER, responsable équipe spécialisée évaluation IP (CD 49)
- Virginie GRANADO, assistante sociale, évaluatrice (CD 85)
- Christa IBARRA, assistante sociale, évaluatrice (CD 91)
- Pauline LEVRON, assistante sociale, évaluatrice (CD 49)
- Fatiha MOUSSARIF, responsable CRIP (CD 86)
- Peggy PENAIN, chef de secteur développement social (CD 91)
- Isabelle POUX, assistante sociale, évaluatrice (CD 85)
- Véronique RIPAUD, assistante sociale, évaluatrice (CD 85)
- Corinne TRICHET, assistante sociale, évaluatrice (CD 85)
- Valérie PEYBERNARD-VIDIGAL, médecin de PMI (CD 91)
- Christiane VRIGNON, responsable technique de prévention et de l'accompagnement social (CD 85)

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus ainsi que l'ensemble des conseils départementaux qui ont contribué à la construction d'outils par l'envoi de leurs documents.

Abréviations et acronymes

AED	Aide éducative à domicile
AEMO	Projet personnalisé de l'enfant
ASE	Aide sociale à l'enfance
CADA	Commission d'accès aux documents administratifs
CRIP	Cellule de recueil et de traitement des informations préoccupantes
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
ESAT	Etablissement et service d'aide par le travail
FJT	Foyer de jeunes travailleurs
HAS	Haute autorité de santé
IME	Institut médico-éducatif
IP	Information préoccupante
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
JE	Juge des enfants
MECS	Maison d'enfants à caractère social
MJIE	Mesure judiciaire d'investigation éducative
OMS	Organisation mondiale de la santé
PMI	Protection maternelle et infantile
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD	Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile
STEMO	Services territoriaux éducatifs de milieu ouvert
STEI	Services territoriaux éducatifs et d'insertion
TDAH	Trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
TDI	Troubles du développement intellectuel
TND	Troubles du neuro-développement
TSA	Troubles du spectre de l'autisme
UEAD	Unité d'accueil enfants en danger

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

