

# Etat des lieux sur les outils d'évaluation en protection de l'enfance

L'évaluation en protection de l'enfance peut s'exercer à trois niveaux :

1 – Au niveau national sur des chiffres de prévalence en population générale qui ont un intérêt pour l'orientation des politiques publiques. Ils nécessitent des outils démographiques.

2 – Au niveau du terrain dans l'élaboration de guides d'évaluation des situations pouvant conduire à un signalement. Ils nécessitent des guides de consensus.

3 – Au niveau de l'enfant et des institutions au travers d'outils d'évaluation individuelle permettant d'analyser la gravité de l'état de l'enfant et son évolution et de définir un projet personnalisé à partir de ces indicateurs. Ceci nécessite des grilles cliniques qui peuvent devenir supports d'études épidémiologiques fines, régressives et prospectives.

Si les données en population générales sont assez bien connues, les guides d'aide au signalement sont balbutiants et controversés. Par contre les outils d'évaluation individuelle sont quasiment inexistantes, inadaptés et très peu utilisés. Sur une population de près de 300 000 enfants en file active en France, il n'a été réalisé que trois enquêtes épidémiologiques sur la situation clinique des enfants de l'Aide Sociale à l'Enfance (à Paris en 2003, dans le Maine et Loire en 2006 et 2009). Elles permettent d'avoir une photographie beaucoup plus précises des difficultés de cette population d'enfants que ne l'offrent les statistiques de l'ONED ou de l'ODAS, qui ne concernent que les motifs des signalements. Les suivis des enfants diabétiques, épileptiques ou prématurés sont beaucoup mieux organisés et codifiés, malgré leur plus faible prévalence.

Les politiques et les pratiques sont donc orientées principalement vers le dépistage et le signalement sans aucune visibilité des besoins de prise en charge des enfants tant au plan individuel qu'institutionnel. Une meilleure appréhension de ces éléments de la prise en charge permettrait un retour de connaissance utile vers les questions de casuistique propres au signalement et une réponse plus adaptée à des problématiques parentales plus finement identifiées au niveau de la population.

## **A - Au niveau national (Oned, Odas) : des indicateurs en population générale**

Il n'existe pas actuellement d'outils adaptés à l'évaluation individuelle des situations des enfants pris en charge par l'ASE mais uniquement des chiffres nationaux en population générale. Depuis la loi de départementalisation, les

départements, laissés seuls dans leur gestion du repérage et du placement des enfants en danger, puis l'Odas et l'Oned ensuite, sont restés fixés sur les mêmes problématiques de la gestion des flux et de la mesure des raisons du placement, c'est à dire sur les notions de trajectoire et de causalité. Le cloisonnement des pratiques, département par département, n'a pas permis l'émergence ni la mutualisation de moyens de recherche et d'analyse clinique des populations concernées.

Le projet Soled, promu par l'Oned en 2006, en cours de test dans quelques départements part de ce constat :

Le recensement des sources de **données chiffrées** montre que l'observation de l'enfance en danger s'effectue actuellement à partir de différentes sources de données **visant des finalités gestionnaires et non la connaissance d'une population précise**<sup>1</sup>. Les remontées sont agrégées, l'unité de compte est rarement l'enfant. Les sources de données ne peuvent être appariées pour offrir une idée d'ensemble de la population prise en charge en protection de l'enfance, ce qui rend particulièrement difficile l'analyse de l'évolution de la population en termes de prises en charges nouvelles et achevées sur l'année.

## 1- La trajectoire

L'ambition première du projet Soled<sup>1</sup> est de mieux recenser les causes du placement et les conditions sociologiques des familles ainsi que de reconstituer les trajectoires des enfants placés. L'analyse de la situation individuelle de chaque enfant n'est envisagée qu'en terme de perspective éloignée et complémentaire.

### • *Caractérisation de la situation de l'enfant au fil de sa trajectoire en protection de l'enfance*

La situation de l'enfant avant toute intervention nous informe sur la ou les problématiques auxquelles les services doivent faire face et montre de quelle manière les mesures mises en œuvre permettent de répondre à certaines difficultés au regard de l'évolution de la situation.

**Afin de saisir les premiers éléments objectifs sur l'état de l'enfant, nous nous intéresserons en priorité, selon l'âge de l'enfant et sa trajectoire en protection de l'enfance, à son niveau scolaire, à une éventuelle insertion professionnelle, au dernier diplôme obtenu mais aussi à des éléments sur la fréquentation de l'école et sur une éventuelle intégration dans des dispositifs spécialisés** avant ou en cours de prise en charge en protection de l'enfance (classe d'initiation pour les nouveaux arrivants non francophones, scolarité pour élèves en difficulté, éducation spécialisée pour élèves handicapés ou inadaptés, accompagnement psychopathologiques ou psychiatriques, insertion professionnelle adaptée).

**De façon ultérieure, des études cherchant à saisir de façon plus approfondie l'évolution de l'état de l'enfant (état de santé, qualité des liens avec les parents, socialisation, autonomie, développement affectif) pourront compléter ces premières informations** recueillies et s'inscrire au sein des trajectoires institutionnelles.

---

<sup>1</sup> Dispositif d'étude longitudinale des enfants bénéficiant d'une mesure de protection en l'enfance, Oned 2006

Mais cette notion de caractérisation fine de la situation clinique de chaque enfant n'est considérée qu'en terme de complément des informations sur les trajectoires institutionnelles. Les conduites à tenir, les besoins de l'enfant et les projets individuels qui en découlent ne sont absolument pas conceptualisés.

## 2 - La causalité

La deuxième problématique de l'Oned et de l'Odas concerne la mesure de la gravité des situations, la classification des facteurs de risque familial ou sociologique et la typologie des mauvais traitements ou de l'exposition à un risque.

La distinction des catégories enfants en danger, enfants maltraités et enfants en risque est très opératoire dans le processus de signalement, permettant de déterminer l'urgence et la forme de l'intervention par cet indicateur de gravité.

### Projet de questionnaire Soled proposé par l'Oned

1- Suspicion de violence sexuelle envers l'enfant	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas
2- Suspicion de violence physique envers l'enfant	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas
3- Suspicion de négligence lourde envers l'enfant	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas
4- Suspicion de violence psychologique envers l'enfant	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas
5- Suspicion de condition d'éducation défaillante sans maltraitance évidente (ne peut être coché que si la modalité « oui » n'est pas cochée pour 1-2-3-4)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas
6- Suspicion de danger résultant du comportement de l'enfant lui-même	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas

La ventilation des « *facteurs à l'origine du placement* » apporte une première source de confusion au travers de la notion de causalité. Il est en effet difficile de faire un lien entre ces facteurs de risque, listés comme conditions de vie péjoratives pour l'enfant, et chacun des types de mauvais traitement ou de mise en risque.

C'est pourtant une des ambitions affichées de cette étude :

Par exemple, si on remarquait que l'âge à la maternité est plus précoce parmi les mères des enfants bénéficiant d'intervention en protection de l'enfance à partir de six ans par rapport aux mères de la population générale, l'action du département pourrait être développée en direction des maternités précoces.

Il est désastreux d'espérer avoir des indicateurs en population générale chez des enfants de six ans pour envisager des actions préventives précoces. La clinique est beaucoup plus rapide et efficace dans le dépistage et le traitement des troubles des interactions précoces.

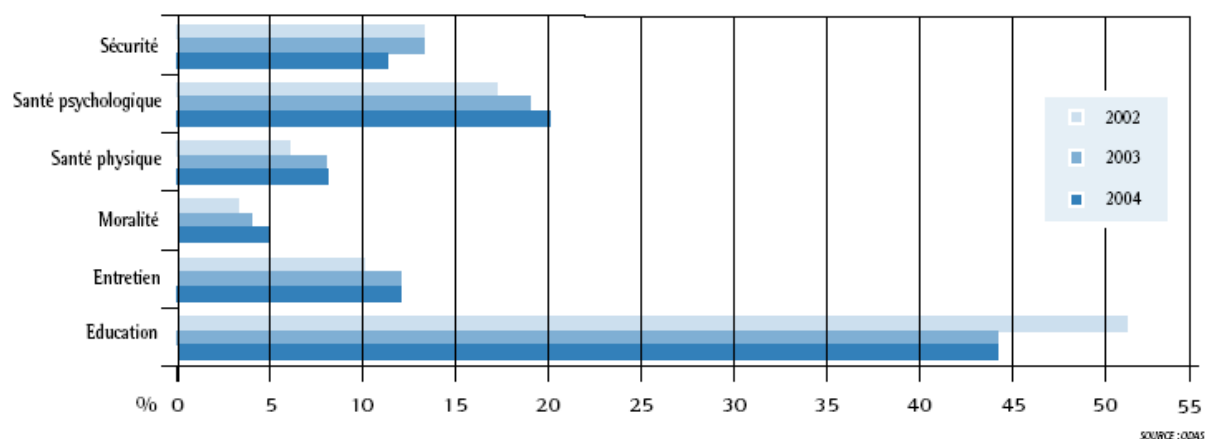
Il est encore plus difficile d'établir ce lien avec à la gravité des faits.

Facteurs à l'origine du danger	Nombre d'enfants concernés par le facteur	
Carences éducatives des parents	47 500	soit 50 % des enfants signalés
Conflits de couple et séparation	28 500	soit 30 % des enfants signalés
Problèmes psycho pathologiques des parents	12 350	soit 13 % des enfants signalés
Dépendance à l'alcool ou à la drogue	11 400	soit 12 % des enfants signalés
Maladie, décès d'un parents, chocs affectifs	6 650	soit 7 % des enfants signalés
Chômage, difficultés financières	12 350	soit 13 % des enfants signalés
Cadre de vie, habitat	7 600	soit 8 % des enfants signalés
Errance, marginalité	3 800	soit 4 % des enfants signalés
Autres	11 400	soit 12 % des enfants signalés

SOURCE : ODAS

Classification des facteurs à l'origine du placement par l'Odas (rapport 2005)

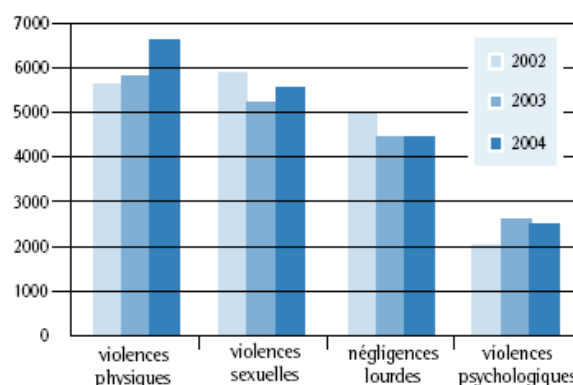
Les types de risque cités à titres principal en 2002, 2003 et 2004



SOURCE : ODAS

L'évolution du nombre d'enfants maltraités par types de mauvais traitements entre 2002 et 2004

	2002	2003	2004
Violences physiques	5 600	5 800	6 600
Violences sexuelles	5 900	5 200	5 500
Négligences lourdes	5 000	4 400	4 400
Violences psychologiques	2 000	2 600	2 500
<b>Total enfants maltraités</b>	<b>18 500</b>	<b>18 000</b>	<b>19 000</b>



Dans le secteur social, on observe une confusion entre la notion de facteur de risque et la notion de causalité. C'est aussi cette confusion qui génère tant de résistance des acteurs de terrain envers les outils standardisés d'évaluation.

Le bacille de Koch est la cause de la tuberculose. Le sida est un facteur de risque pour contracter la tuberculose. Mais tous les malades du sida ne font pas une tuberculose. Et tous les tuberculeux n'ont pas le sida. Et l'on recherchera chez un malade tuberculeux, qu'il ait ou non le sida, dans quelle circonstance il a rencontré le bacille de Koch. Et nul ne peut dire au départ si ce malade a rencontré un bacille de Koch sensible aux antibiotiques ou un autre pernicieusement résistant à tout : c'est la trajectoire individuelle.

Si les conflits de couple, la maladie mentale, la toxicomanie sont listés par l'Odas comme des facteurs favorisant des troubles de la parentalité, ils ne sont pas la cause directe et obligatoire de telle ou telle maltraitance. Les parents présentant des troubles mentaux ne sont pas tous maltraitants pour leurs enfants. Tous les parents en conflits ne mettent pas leurs enfants en danger. Les facteurs de risque n'ont aucune spécificité. Par exemple la proposition que les situations de maltraitance psychologique seraient le fait de parents en difficultés financières ou d'insertion provoquerait l'hilarité.

Seules des études épidémiologiques plus fines sur des cohortes d'enfants permettent de repérer les éléments discriminants. L'on sait<sup>2</sup>, par exemple, que la dangerosité potentielle pour l'enfant d'une mère malade mentale n'est pas liée au fait qu'elle soit malade mentale mais à son inscription ou non dans un réseau de soins. Autre exemple guidé par la clinique, ce ne sont pas les « conflits de couple et séparation » qui sont facteurs de risque, mais la violence familiale, physique ou psychologique, qui s'exprime à cette occasion.

### 3 – Liens entre degré de gravité, causalité et trajectoire ?

Il y a une impasse conceptuelle à vouloir lier les facteurs de risques, le degré de gravité de la situation d'un enfant avec sa causalité et avec la trajectoire institutionnelle.

Les équipes de terrain le savent bien : il y a une discontinuité entre les raisons qui ont provoqué un placement, celles qui auraient dû le motiver (qu'on découvre dans un second temps) et l'état clinique de l'enfant.

Les raisons qui provoquent un placement sont la plupart du temps un événement intercurrent qui révèle ou complique une situation péjorative pour l'enfant. Dans un second temps l'analyse de la situation familiale et de l'histoire de l'enfant permet de repérer les raisons plus complexes qui n'avaient pas été vues dans un suivi ambulatoire. Par exemple il n'y a pas de maltraitance physique sans maltraitance psychologique et sans présence de troubles de la préoccupation maternelle primaire chez les adultes tutélaires. Mais c'est la maltraitance physique qui fera signe d'appel, trop tard.

Les raisons qui motivent un placement ne présagent pas de la gravité de l'état de l'enfant. Cela est évident dans une fratrie où à exposition égale à des

---

<sup>2</sup> Enquête épidémiologique ASE 49 2006

conditions de vie difficiles chaque enfant peut s'adapter différemment. Qu'un enfant ait été comptabilisé dans la catégorie des enfants maltraités ne donne aucune indication sur la gravité de son état physique, psychologique, de son adaptation scolaire ou de ses éventuels troubles du comportement, ni de son origine sociologique. Le processus dynamique du développement, l'âge de l'enfant, sa capacité de résilience, la rapidité d'intervention et la qualité des soutiens qu'il a pu ou non rencontrer vont influencer de façon décisive les conséquences du traumatisme chez cet enfant et donc sa trajectoire.

## **B - Au niveau local : le terrain et la casuistique**

Sur le terrain la tâche des équipes est de faire face à des situations concrètes et individuelles. De façon empirique, aidés par l'expérience, parfois par des fiches établies localement, les professionnels font un bilan de la situation de chaque enfant et des enjeux familiaux. Ce diagnostic oriente leurs réponses concrètes à la situation mais sans référentiel d'aide à la décision en l'absence de travaux de consensus ou de règles de conduite à tenir. La principale difficulté rencontrée dans cet exercice est la tension permanente entretenue dans chaque situation par les exigences de protection et les échéances judiciaires. La famille bouge, l'enfant évolue, les justifications des mesures sont perpétuellement remises au travail, ce qui entraîne des confusions entre l'analyse de l'état clinique de l'enfant et celle de la situation familiale. Si l'enfant va mieux, c'est peut-être le signe qu'on peut le rendre à ses parents... Les professionnels ont surtout une culture et une pratique de casuistique qui répond d'ailleurs au processus judiciaire ou de contractualisation administrative. Le niveau de compréhension réciproque et de coopération entre les services sociaux et les juges des enfants est très hétérogène et variable. L'absence de repères cliniques solides et partagés ne favorise pas ce dialogue qui est tantôt fructueux, tantôt surréaliste.

L'Oned tente actuellement de promouvoir une démarche de construction de grille d'analyse des situations.

Ces grilles d'évaluations concertées seraient une aide précieuse mais ne résoudraient pas totalement la question du cas par cas qui est le travail quotidien des professionnels confrontés à chaque fois à une situation nouvelle, particulière et unique. Un certain nombre de travaux de référence sont pourtant connus et diffusés mais sans avoir dépassé le stade théorique ni permis des élaborations pratiques largement utilisées.

Le cadre théorique de cette clinique du cas par cas est solidement charpenté. La clinique des familles « à problèmes », de l'infanticide, de la maltraitance, de l'abandon, des conséquences de la pathologie mentale des

parents est connue et décrite depuis le milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle (Terme et Monfalcon, Tardieu, Lasègue et Falret, etc...). Depuis les années cinquante, Spitz, Winnicott, Jenny Aubry-Roudinesco, Emmi Pickler, Serge Lebovici, Léon Kreisler, Rosine Lefort, Myriam David, Georges Diatkine, etc... ont parfaitement décrit le devenir des enfants abandonnés ou vivants dans des « familles sans qualité » ou « à problèmes multiples ». Plus près de nous Michel Lemay, Maurice Berger, Geneviève Appel, Daniel Stern ou Didier Houzel autour des « enjeux de la parentalité » et diverses équipes pédopsychiatriques ont été travaillées par ces questions, en particulier autour de l'observation du nourrisson, des interactions précoces et des troubles de l'attachement.

Mais cette somme de connaissances reste bizarrement étrangère aux professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance qui paraissent isolés et orphelins dans les références théoriques qui devraient orienter leurs regards, leurs réflexions et leur prises de décisions.

## **C – Outils d'évaluation individuels**

La plus grande part du travail et des financements de l'aide sociale à l'enfance ne concerne pas le signalement ou le chiffrage démographique mais bien la prise en charge concrète des enfants en institution ou en famille d'accueil.

C'est la part la plus importante du travail de l'ASE et c'est la part la plus obscure. Un guide récent édité par l'IGAS a cherché à préciser les bases d'une recherche de cohérence et de qualité dans la prise en charge.

Mais il n'existe aucun moyen de mesure de la gravité de la situation d'un enfant. Ni les institutions, ni les professionnels n'ont les moyens de comparer la santé physique et psychologique, la situation familiale, scolaire et développementale d'un enfant entre son admission et sa sortie. La masse des enfants de l'ASE, hétérogène par nature, n'a pour l'instant d'autres indicateurs de son état que les causes du placement et la pyramide des âges.

Les « incasables », qui sont très minoritaires, mobilisent beaucoup d'énergie et d'observations mais les connaissances sur la situation générale du plus grand nombre sont proches de zéro. On se préoccupe d'éviter à juste titre la maltraitance institutionnelle, mais il est impossible de définir les besoins des enfants en terme de bien-traitance en l'absence de tout indicateur fiable de leur état.

L'absence d'évaluation référencée de l'état clinique des enfants avant leur admission est un obstacle difficile à surmonter dans l'argumentation des mesures préconisées. La gravité de certaines situations, au regard de l'état catastrophique sur le plan physique et psychique dans lequel sont admis de très jeunes enfants, n'est pas objectivement mesurée, ce qui ne permet pas d'interroger les raisons de tels retards d'intervention qui témoignent de la fragilité ou de l'inadéquation des dispositifs de protection.

## **Conclusions**

Les politiques d'évaluation en protection de l'enfance se cantonnent actuellement à une évaluation démographique qui si elle a un intérêt dans l'orientation des politiques publiques de prévention et d'affectation des moyens n'a aucune utilité au niveau du terrain.

Une impulsion vers la construction de guides et de grilles d'évaluation individuelle de la situation des enfants permettrait d'accompagner les professionnels dans les décisions de casuistique, de mieux suivre l'évolution de chaque enfant au cours de son parcours institutionnel et aux collectivités publiques d'adapter leurs réponses en fonction des besoins de cette population. L'élaboration des projets individualisés serait facilitée tout comme le dialogue avec les parents sur les orientations de la prise en charge. La réalisation des enquêtes épidémiologiques 2006 et 2009 en Maine et Loire ont montré, et ce ne fût pas la moindre des découvertes, que dans leur grande majorité les parents des enfants placés, étaient sensibles au souci d'établir un diagnostic de la situation de leur enfant dans un projet d'amélioration des conditions d'accueil et d'accompagnement. Ils y ont adhéré massivement au delà de toutes les prévisions. De leur côté les professionnels, parfois réticents lors de l'enquête 2006, ont tous participé avec beaucoup d'implication à celle de 2009.

Un traitement systématisé de ce type de recueil d'informations individuelles permettrait d'avoir des ressources de données épidémiologiques précieuses, inexistantes aujourd'hui. Les institutions auraient aussi à leur disposition un tableau de bord des besoins de prise en charge des enfants leur permettant de mieux adapter leurs structures. Ce serait engager une évolution conceptuelle qui passerait de la simple gestion du flux au traitement raisonné des problématiques.

Le drame de la protection de l'enfance en France a sans doute été de rester, du fait de la départementalisation, l'objet de la seule action sociale sans que soit prise en compte sa dimension de santé publique, responsabilité incombant à l'Etat. La situation au Canada est à ce titre exemplaire. Mais l'Histoire nous montre depuis l'Ancien Régime que l'Etat central et les collectivités territoriales ont toujours été en concurrence dans leur détermination à se défaire du poids financier que représente l'entretien des enfants à la charge de la société.

Docteur Daniel ROUSSEAU



# MODELISATION D'UNE PRISE EN CHARGE RAISONNEE

## ETAPE 1 : Motifs et conditions du placement

**Evènement qui a provoqué le placement**  
*(Seules données accessibles actuellement)*



**Causes reconnues du placement**



**Raisons qui auraient dû provoquer le placement**

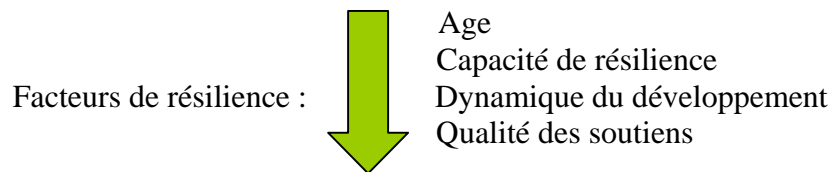
**Etat clinique de l'enfant**

Il existe une double discontinuité :

- 1 - Entre l'évènement intercurrent qui provoque le placement et les raisons qui auraient dû le motiver d'une part,
- 2 - Entre les causes reconnues du placement et l'état clinique de l'enfant du fait de la variabilité de la gravité des causes et de la sensibilité propre de l'enfant (par exemple dans une même fratrie les enfants peuvent être touchés de façon très différente)

## ETAPE 2 : Caractérisation de la situation

**Etat clinique de l'enfant lors du placement**



**Etat clinique de l'enfant à petite distance du début du placement**  
Base de la prise en charge et de la construction du projet individuel

## ETAPE 3 : Modélisation de la prise en charge

