

PROTECTION
DE L'ENFANCE

Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance

Rapport
remis par Dr Marie-Paule Martin-Blachais
à Laurence Rossignol, Ministre des familles, de
l'enfance et des droits des femmes

28 février 2017



Rapport remis à
Laurence Rossignol
Ministre des familles, de l'enfance
et des droits des femmes

Les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance

Dr Marie-Paule Martin-Blachais

Avec l'appui de la Direction générale de la cohésion sociale et de Nadège Séverac,
Sociologue Consultante, spécialiste des violences intrafamiliales

*« Vous dites :
c'est fatiguant de fréquenter les enfants.
Vous avez raison.
Vous ajoutez :
parce qu'il faut se mettre à leur niveau,
se baisser, s'incliner, se courber, se faire petit.
Là, vous avez tort.
Ce n'est pas cela qui fatigue le plus.
C'est plutôt le fait d'être obligé de s'élever
jusqu'à la hauteur de leurs sentiments.
De s'étirer, de s'allonger, de se hisser
sur la pointe des pieds.
Pour ne pas les blesser »*

*Januz Korcsak
"Quand je reviendrai petit"*

*« Chaque enfant a besoin de quelqu'un
qui est irrationnellement fou de lui »*

Bronfenbrenner

Avant-propos

Ce rapport est le fruit de cinq mois de travaux intensifs, de réflexion collective, de débats parfois vifs, mais toujours contributifs et conduits dans le respect et l'éthique de la parole de l'autre, malgré la diversité des disciplines, des rôles et fonctions, dans un souci toujours partagé d'amélioration de cette politique publique au service des enfants, des jeunes et de leur famille.

Je souhaite remercier en premier lieu, Madame Laurence Rossignol, Ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des Femmes, pour la confiance qui nous a été témoignée s'agissant d'une mission sur la centration des besoins fondamentaux de l'enfant dans un contexte de portage politique fort pour une consolidation d'une politique publique mal connue, souvent critiquée et qui pourtant œuvre pour les plus vulnérables, afin de leur permettre d'envisager un avenir meilleur possible.

A l'issue de cette démarche, ce rapport se veut une synthèse des points de convergence fidèle à l'expression de nombreux points de vue, de nombreuses disciplines représentées, ainsi qu'une prise en compte d'une pluralité des écoles de pensée d'appartenance et des savoirs expérientiels rapportés par les acteurs impliqués, élus, administrations publiques (secteur sanitaire, hospitalier, social, médico-social, justice, police, etc...), observatoires nationaux, gestionnaires publics et associatifs habilités, têtes de réseau, cadres de direction et représentants professionnels, praticiens de terrain, représentants de bénéficiaires, représentants de la société civile, etc...

Nous souhaitons à cette occasion les remercier pour leur engagement, à nos côtés, mais aussi pour leur implication pour un devenir meilleur de ces enfants, et de ces jeunes vulnérables, et aux parcours de vie souvent confrontés à de nombreuses adversités. La richesse de leurs apports, de leur réflexion, de leurs expériences voire de leurs innovations confortent la légitimité d'une perspective d'amélioration des réponses toujours recherchée pour leur bien-être et leur intégration dans une société que nous leur voulons accueillante et respectueuse de tous, dans leur singularité de chacun, leur bien-être et leurs droits.

Ce travail n'aurait pu porter ses fruits, sans l'engagement, l'investissement sans faille et la richesse des échanges et des apports des membres du Comité d'experts mobilisés avec constance et enthousiasme autour de cette mission et de ses enjeux, qu'ils en soient ici remerciés.

Enfin, une attention toute particulière pour l'équipe de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et Nadège Séverac, sociologue, pour leur disponibilité, leur efficacité et leur appui constant à nos côtés.

Sommaire

Rappel du contexte, du mandat et de la méthode de travail	9
Pour les besoins fondamentaux et universels de l'enfant en protection de l'enfance : le méta- besoin	11
Recommandations et propositions	14
Introduction.....	17
Chapitre 1- La population prise en charge en protection de l'enfance	22
1. Quelques données chiffrées	22
2. Les caractéristiques de la population en protection de l'enfance	22
2.1 La vie familiale et sociale	23
2.2 Le parcours de soins des mineurs en protection de l'enfance	23
2.2.1 Leurs antécédents.....	23
2.2.2 Les besoins de santé en cours de prise en charge en protection de l'enfance	25
2.3 La scolarité et la transition à l'âge adulte	26
2.4 La qualité de vie et le devenir à l'âge adulte	27
Chapitre 2 – L'intérêt, les droits de l'enfant et ses besoins fondamentaux	30
1. La primauté de l'intérêt supérieur de l'enfant et ses besoins fondamentaux	30
1.1. Les sources et la définition	30
1.2. L'intérêt de l'enfant et ses besoins fondamentaux	32
2. Les besoins fondamentaux et les droits de l'enfant	33
Chapitre 3 - Les besoins fondamentaux universels de l'enfant au service de son développement et de son bien-être	38
1. Une nouvelle anthropologie de l'enfant et du parent.....	40
2. La définition d'un « méta besoin » : le besoin de SÉCURITÉ	42
2.1 Le « méta besoin » : un concept développé par l'école canadienne	42
2.2 Le besoin de SÉCURITÉ comme méta besoin.....	42
2.2.1 Les besoins physiologiques et de santé	42
2.2.2 Le besoin de protection.....	43
2.2.3 Le besoin de sécurité affective et relationnelle	43
3. Les autres besoins fondamentaux et universels de l'enfant	52
3.1 Le besoin d'expériences et d'exploration du monde	53
3.2 Le besoin d'un cadre de règles et de limites	55
3.3 Le besoin d'identité	56
3.4 Le besoin d'estime de soi et de valorisation de soi	57

Chapitre 4 – L’appréhension des facteurs de risque de compromission du développement de l’enfant	59
1. L’enjeu du « développement compromis » : protéger en priorité de la maltraitance	59
2. Les problématiques associées à un fort risque d’altération de la sensibilité parentale	63
3. Les effets sur le développement de l’enfant de l’exposition aux violences et/ou aux négligences.....	67
4. Les professionnels : des tiers au service d’une meilleure adéquation des réponses aux besoins fondamentaux de l’enfant	70
4.1 Des difficultés parentales ordinaires aux problématiques lourdes.....	71
4.2 Voir et dire : expertise et posture.....	72
4.3 La force du « faire avec »	74
4.4 Soutenir, accompagner et soigner.....	75
Chapitre 5 – L’identification des besoins spécifiques et des besoins particuliers en protection de l’enfance	78
1. La compromission du méta besoin de sécurité	79
2. Un corpus de sémiologie clinique.....	79
3. Des troubles spécifiques de la séparation et du placement	80
4. Les besoins d’un cadre de suppléance compensateur structurant.....	84
5. Une double vulnérabilité : le handicap associé en protection de l’enfance	86
Chapitre 6 – Un cadre de référence national, d’évaluation et d’analyse centré sur les besoins de l’enfant, son bien-être et ses droits au service de son développement.....	88
1. Un cadre de référence national partagé à décliner universellement et transversalement.....	92
2. Se centrer sur les besoins de l’enfant, pour évaluer ensemble comment mieux y répondre... ensemble	93
3. Approcher l’enfant pour connaître son point de vue : intérêt, confiance et souplesse	95
4. Le cahier des charges du cadre de référence national	96
Chapitre 7 – La formation : un levier essentiel à l’appropriation du nouveau paradigme.....	100
1. Un socle de connaissances pour une culture commune partagée.....	101
2. Des compétences à acquérir pour les acteurs.....	102
3. La formation transversale interinstitutionnelle.....	102
4. La formation continue au sein des institutions	103
5. La formation continue spécialisée et/ou professionnalisante	103
6. Une sensibilisation-formation des élus départementaux en charge des missions de protection de l’enfance	104
7. Un statut de cadre décisionnel pour les « inspecteurs territoriaux de l’aide sociale à l’enfance »	104

Annexes (partielles).....	106
Annexe 1 – Lettre de mission	107
Annexe 2 – Liste des membres du comité d’experts	109
Annexe 3 – Liste des personnes auditionnées	110
Annexe 4 – Liste des questions soumises aux personnes auditionnées.....	114
Annexe 5 – Liste des personnes ayant contribué par écrit (en dehors des personnes auditionnées ayant transmis de manière complémentaire un écrit)	115
Annexe 6 – Programme du débat public.....	116
Annexe 7 – Bibliographie de l’ONPE	118

Rappel du contexte, du mandat et de la méthode de travail

Le Gouvernement a engagé en 2014 une réforme de la protection de l'enfance en concertation avec l'ensemble des acteurs. Ces travaux ont permis la construction partagée d'une feuille de route pour la protection de l'enfance 2015-2017 composée de 101 actions, autour de 3 objectifs :

- ◆ une meilleure prise en compte des besoins de l'enfant et de ses droits,
- ◆ l'amélioration du repérage et du suivi des situations de danger et de risque de danger,
- ◆ le développement de la prévention.

La loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant constitue le volet législatif de la feuille de route.

A cet effet, il est apparu, au regard de cette stratégie nationale, rappelée lors de l'audition de la France par le Comité des droits de l'enfant en janvier 2016, la nécessité d'établir une vision partagée des besoins fondamentaux de l'enfant.

De ce fait, le principe d'une démarche de consensus pluridisciplinaire et transversale a été retenu (action 9 de la feuille de route gouvernementale 2015-2017), afin d'asseoir un corpus scientifique partagé définissant le périmètre, le contenu, voire les outils d'analyse contribuant à l'appréhension des besoins fondamentaux, universels et spécifiques de l'enfant en protection de l'enfance, à l'aune des pratiques institutionnelles et professionnelles, pour une évaluation rigoureuse des situations, en vue d'une réponse adaptée au mineur et à sa famille.

Plus précisément, la démarche a pour objet de :

- ◆ prendre en compte la diversité d'approches et de références contextuelles concernant les besoins nécessaires au bon développement de l'enfant et plus particulièrement ceux relevant de la protection de l'enfance,
- ◆ appréhender la satisfaction des besoins de l'enfant dans une approche écosystémique prenant en compte l'environnement dans sa globalité,
- ◆ appréhender les facteurs de compromission du développement de l'enfant requérant une intervention en protection de l'enfance,
- ◆ appréhender les modalités de réponse en protection de l'enfance en vue de satisfaire les besoins fondamentaux de l'enfant, universels voire spécifiques durant le parcours de prise en charge,
- ◆ faire des propositions relatives à la formation des professionnels et à leur cadre d'intervention.

Le comité des experts

Il est composé de **15 membres** :

- ◆ **Dr Marie-Paule Martin-Blachais**, Directrice de la démarche de consensus,
- ◆ **Nadège Séverac**, Sociologue Consultante, spécialiste des violences intrafamiliales, en mission d'appui à la directrice de la démarche de consensus,
- ◆ **Dr Gisèle Apter**, Pédiopsychiatre, Chef de Pôle 92107, Unité de Psychiatrie Périnatale d'Urgence Mobile en Maternité, Hôpital Erasme,
- ◆ **Edwige Chirouter**, Maître de conférences, titulaire de la Chaire UNESCO "philosophie avec les enfants",
- ◆ **Eliane Corbet**, Directrice déléguée aux relations institutionnelles du CREA Auvergne-Rhône Alpes,
- ◆ **Edouard Durand**, Magistrat,
- ◆ **Pr Priscille Gérardin**, Responsable des unités universitaires de Psychiatrie de l'enfant et de l'Adolescent - CHU/CH Rouvray Chef de pôle de Psychiatrie Enfants et Adolescents CH Rouvray
- ◆ **Adeline Gouttenoire**, Professeure de Droit à l'Université de Bordeaux, Présidente de l'ODPE 33,
- ◆ **Marcel Jaeger**, Professeur titulaire de la chaire de travail social et d'intervention sociale au Cnam,
- ◆ **Helen Jones**, Consultante en services de l'enfance et de la famille en Grande-Bretagne,
- ◆ **Willy Lahaye**, Professeur en Sciences de l'éducation à l'Université de Mons (Belgique),
- ◆ **Paola Milani**, Professeure de Pédagogie sociale à l'Université de Padoue (Italie),
- ◆ **Chantal Rimbault**, Présidente de l'ANDEF,
- ◆ **Catherine Sellenet**, Professeure en Sciences de l'éducation à l'Université de Nantes,
- ◆ **Dr Nathalie Vabres**, Pédiatre, Unité d'accueil des enfants en danger au CHU de Nantes.

La méthodologie

La méthodologie retenue s'est appuyée sur :

- ◆ Une bibliographie de l'observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE),
- ◆ Un comité d'experts de 15 membres réunis à 4 reprises,
- ◆ Trois jours d'audition (7-8-9 novembre 2016) et plusieurs entretiens conduits soit plus de 50 personnes entendues (personnalités qualifiées nationales et internationales, associations professionnelles, institutionnels),
- ◆ Une dizaine de contributions complémentaires écrites versées aux travaux,
- ◆ Une journée de débat public le 19 janvier 2017 soit 250 participants.

Pour les besoins fondamentaux et universels de l'enfant en protection de l'enfance : le méta-besoin

Un postulat : le besoin de SÉCURITÉ comme méta-besoin

Appréhender les besoins fondamentaux de l'enfant, c'est interroger une construction, sociale, culturelle, clinique et juridique, qui s'inscrit dans une historicité, une temporalité et un contexte donné.

Ces besoins communs et universels sont reconnus fondamentaux, dans le sens où leur satisfaction permet la construction du sujet dans la plénitude de ses potentialités, du respect de ses droits et au service de son développement et de son accès à l'autonomie et à la socialisation.

Si les connaissances actuelles retiennent une approche interdépendante et contextuelle des besoins entre eux plus qu'une approche hiérarchique, toutefois pour certains auteurs (cf. Carl Lacharité et al 2006), un besoin particulier est dit « méta-besoin » dès lors « qu'il 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 ne pouvant être atteinte que dans le contexte de la satisfaction suffisante du premier ».

Or, tout enfant a besoin pour grandir, « s'individuer » et s'ouvrir au monde, d'une base de sécurité interne suffisante pour explorer et acquérir des habilités (physiques, psychologiques, langagière, d'apprentissage, d'estime de soi, et de relations aux autres), favorables à son autonomie et à sa socialisation.

Pour ce faire et compte-tenu de son manque de maturité à la naissance (néoténie), et de sa dépendance à son environnement, l'enfant doit pouvoir compter sur un « care-giver », un donneur de soins, ou figure d'attachement du bébé, capable de sensibilité, et de disponibilité, ce que Winnicott appelle la « préoccupation maternelle primaire », qui permette un « holding », un portage physique et psychique du bébé, base de l'émergence et de la construction du sujet singulier en devenir.

Le care-giver doit également faire preuve de stabilité et de prévisibilité, de pérennité, d'empathie, qui garantissent à l'enfant des relations affectives suffisamment « secure » pour explorer et s'ouvrir au monde et ce plus particulièrement au cours de ses deux à trois premières années.

Aussi, considérant que la satisfaction du besoin de sécurité physique et affective conditionne la satisfaction des autres besoins, nous postulons que le méta-besoin des

besoins fondamentaux universels de l'enfant en protection de l'enfance est le besoin de sécurité, besoin nécessaire tout au long de la vie.

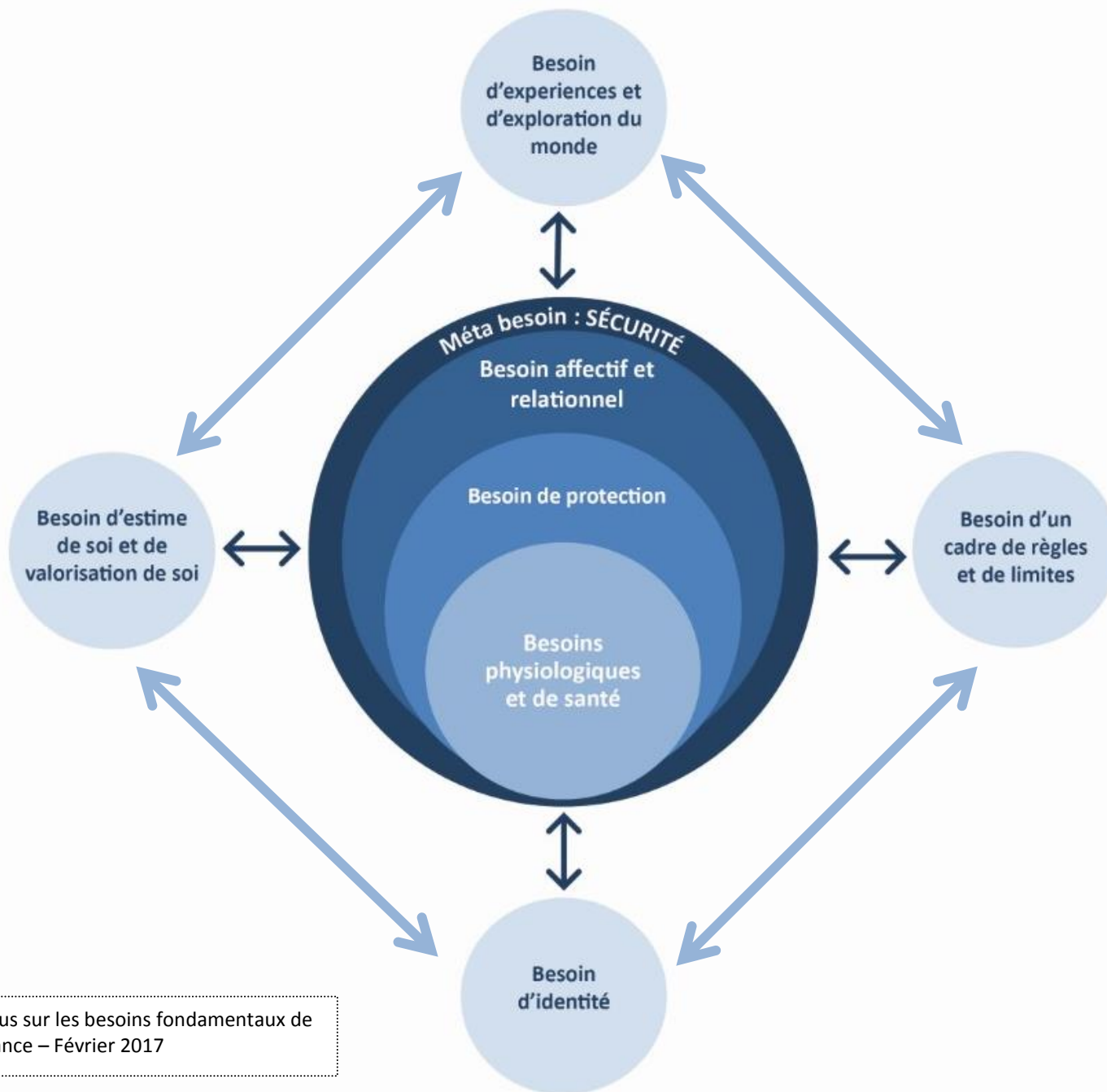
C'est donc à l'aune de ce besoin de sécurité, que nous nous attacherons dans ce rapport à soutenir la garantie de sa satisfaction dans tous les contextes de vie de l'enfant, dans son milieu familial, au décours de mesures de protection, comme dans les lieux de suppléance de prises en charge.

Pour les autres besoins fondamentaux à caractère universel, nous retiendrons le besoin d'expériences et d'exploration du monde, le besoin d'un cadre de règles et de limites, le besoin d'estime de soi et de valorisation de soi, le besoin d'identité.

Par ailleurs, nous définirons des besoins spécifiques en protection de l'enfance, du fait d'une part des effets sur le développement de l'enfant d'un parcours de vie antérieur d'expositions adverses (violences physiques, psychologiques, sexuelles, négligences, violences conjugales, troubles de la relation parent-enfant...), génératrices d'une exacerbation des besoins fondamentaux et de besoins de compensation et d'autre part, des effets de la rupture, de la séparation, du placement et du parcours de prise en charge en protection de l'enfance.

Enfin, seront évoqués les besoins particuliers des mineurs en situation de handicap et bénéficiaires d'une mesure de protection, afin que puissent s'articuler plan de compensation personnalisé et projet pour l'enfant, au regard des effets cumulatifs d'une double vulnérabilité.

La carte des besoins fondamentaux universels de l'enfant



Source : Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance – Février 2017

Recommandations et propositions

Numéro de proposition	Intitulé des propositions du rapport « Les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance »
-----------------------	--

Chapitre 1 – La population prise en charge en protection de l'enfance

Recommandation 1 : améliorer les connaissances en protection de l'enfance

1	Améliorer les connaissances sur les déterminants de santé des enfants en protection de l'enfance
2	Développer les études randomisées sur la population des enfants en protection de l'enfance
3	Développer la démarche d'évaluation par l'approche « evidence based » (par les données probantes) des programmes d'intervention et des modes de prise en charge en protection de l'enfance
4	Mettre en place une chaire dédiée à la protection de l'enfance rattachée à un établissement d'enseignement supérieur
5	Accompagner les départements dans la remontée des données à l'ONPE
6	Développer une approche européenne comparative et intégrative

Chapitre 2 – L'intérêt, les droits de l'enfant et ses besoins fondamentaux

Recommandation 2 : conforter la mise en œuvre plus systématique des droits de l'enfant et du principe de primauté de son intérêt dans les procédures judiciaires

7	Reconnaître les droits de l'enfant relatifs à ses besoins fondamentaux consacrés par la Convention Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) comme pourvus d'effet direct et donc susceptibles d'être invoqués par l'enfant devant le juge interne
8	Soutenir une approche commune et objective des besoins fondamentaux de l'enfant pour les magistrats par le renforcement de la formation interdisciplinaire
9	Inciter les acteurs intervenant dans le cadre des relations familiales à se référer de façon plus systématique aux référentiels relatifs aux besoins fondamentaux de l'enfant
10	Promouvoir la diffusion d'outils d'information sur la CIDE à destination des acteurs concourant à la protection de l'enfance

Chapitre 3 – Les besoins fondamentaux universels de l'enfant au service de son développement et de son bien-être

Recommandation 3 : le méta besoin : une nouvelle approche des besoins fondamentaux de l'enfant

11	Veiller à la diffusion et l'appropriation de ce paradigme dans les différentes disciplines concernées par les politiques enfance et famille
12	Disposer d'un réseau périnatalité pluridisciplinaire de proximité consolidé, structuré et formalisé

13	Consolider le rôle du réseau périnatal en matière de coordination des acteurs et d'animateur de formations communes transversales et d'outils partagés et intégrer dans ces actions de formation les thématiques relatives aux besoins fondamentaux de l'enfant
14	Systématiser les staffs médico-psycho-sociaux en maternité associant la pluridisciplinarité intra hospitalière et les acteurs du réseau
15	Consolider avec l'appui du Comité national d'animation de PMI les compétences des services de PMI et de leurs professionnels

Chapitre 4 – L'appréhension des facteurs de risque de compromission du développement de l'enfant

Recommandation 4 : des actions renforcées dans les contextes de vulnérabilité

16	Favoriser les campagnes d'information et de sensibilisation à destination du grand public ou des professionnels sur le repérage précoce des troubles du développement chez l'enfant de 0 à 3 ans
17	Développer avec le support des sociétés savantes et de l'HAS un programme en pratique de routine, de dépistage de la dépression maternelle du péri-partum
18	Elaborer des programmes d'accompagnement et de soutien à la parentalité spécifiques en durée et en intensité, en intégrant une approche d'évaluation de processus et d'impact de ces programmes
19	Mieux connaître les données d'activités hospitalières relatives aux mineurs en danger en établissant, avec l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH) et les sociétés savantes, une nomenclature intégrée au PMSI
20	Garantir une bonne pratique d'accueil, d'évaluation et de prise en charge des mineurs en danger en milieu hospitalier
21	Stabiliser des « Pôles de référence hospitaliers pédiatriques spécialisés » intégrant la coordination avec la pluridisciplinarité des acteurs.

Chapitre 5 – L'identification des besoins spécifiques et des besoins particuliers en protection de l'enfance

Recommandation 5 : garantir à l'enfant lors de sa prise en charge la réponse à ses besoins fondamentaux et à ses besoins spécifiques

22	Anticiper, préparer et accompagner toute mesure de séparation et de suppléance envisagée pour éviter la confrontation à la violence d'une rupture brutale de son lieu de vie et de son environnement
23	Garantir la prise en considération des exigences du cadre de suppléance par la systématisation du Projet pour l'enfant (PPE) et du Rapport de situation
24	Promouvoir la psychotraumatologie des troubles relationnels comme modèle dialogique de compréhension des processus compromettant le développement de l'enfant et de l'adolescent et originant les troubles somatiques, psychiques

25	Garantir un parcours de soin et de prise en charge cohérent et gradué de la périnatalité à l'adolescence, articulant psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, psychiatrie adulte, services sociaux, éducatifs, médico-sociaux, aide sociale à l'enfance, justice
26	Disposer de services et d'équipes pluridisciplinaires formés à la prise en charge de la clinique des maltraitances et d'équipes ressources pour répondre aux besoins de prise en charge, et d'accompagnements spécifiques
27	Permettre dans le cadre du panier de soins des mineurs victimes une meilleure accessibilité au recours aux professionnels libéraux, ayant une formation spécifique en psycho-trauma et mettre en place un dispositif de prise en charge des frais

Chapitre 6 – Un cadre de référence national, d'évaluation et d'analyse centré sur les besoins de l'enfant, son bien-être et son développement

Recommandation 6 : améliorer le repérage, le dépistage ou la prise en charge des mineurs en danger ou en risque de danger de compromission de leur développement

28	Disposer d'un cadre de référence national, d'évaluation et d'analyse transversal, pluridisciplinaire, centré sur l'intérêt de l'enfant, sur son bien-être, ses droits au service de ses besoins et de son développement en conformité avec le cahier des charges proposé
29	Déterminer les modalités de diffusion et d'appropriation du cadre de référence par les professionnels du champ de la protection de l'enfance
30	Disposer d'un cadre institutionnel garant et contenant pour les professionnels
31	Elaborer des cahiers de référence intégrant les échelles développementales

Chapitre 7 – La formation, un levier essentiel à l'appropriation du nouveau paradigme

Recommandation 7 : garantir une culture commune partagée par la formation

32	Acquérir et/ou consolider le socle de connaissances préconisé dans le cadre de la démarche de consensus
33	Acquérir et/ou consolider les compétences préconisées dans le cadre de la démarche de consensus
34	Soutenir et développer la formation transversale interinstitutionnelle
35	Favoriser la formation continue au sein des institutions
36	Soutenir la formation continue spécialisée et/ou professionnalisante
37	Sensibiliser-former les élus départementaux en charge des missions de protection de l'enfance
38	Définir un statut de cadre décisionnel pour les inspecteurs territoriaux de l'ASE

Introduction

La prise en compte des besoins et du développement de l'enfant en protection de l'enfance, est un droit et une obligation stratégique à consolider pour la prise en charge des mineurs et leur famille, pour proposer les réponses appropriées à chaque situation singulière et garantir la primauté de l'intérêt de l'enfant, le respect dû à sa personne et le respect de ses droits, et ce conformément à la **Convention Internationale des droits de l'enfant(CIDE)**¹ ratifiée par la France depuis le 7 août 1990. Celle-ci « *promettait ainsi de défendre et de protéger les enfants, de répondre à leurs besoins essentiels et de leur donner davantage d'opportunités de s'épanouir pleinement* »².

Un bien commun

En effet, la satisfaction des besoins fondamentaux de l'enfant au service de son développement physique, psychologique, affectif, et social et de son bien-être, pour l'accès du sujet en devenir à une identité, une autonomie, une insertion sociale et une citoyenneté est un bien commun partagé dans un contexte sociétal soucieux de ses enfants, de lutte contre les inégalités sociales, de santé, et de promotion de l'égalité des chances.

Cette responsabilité collective se trouve réaffirmée dans les orientations des instances européennes comme un enjeu majeur pour les Etats parties, et ont conduit à de nombreuses recommandations de la **Commission Européenne**, dont plus récemment celle du 20 février 2013, intitulée « *Investir dans l'enfance pour briser le cercle vicieux de l'inégalité* »,³ qui réserve une place toute particulière aux enfants, aux fins de prévenir « le handicap éducatif », et soutenir les enfants dans la réalisation de leurs potentialités. Les dispositions de cette recommandation rappellent l'importance de promouvoir le bien-être des enfants dans tous les secteurs de la société, et recommande l'importance de politiques publiques multidimensionnelles intégrées, transversales, fondées sur une approche par « l'universalisme progressif »⁴, soit un socle universel et une progressivité des réponses au regard des besoins spécifiques singuliers.

De même, cet investissement dans l'enfance se décline dans « La stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents 2015-2020 » adoptée par **l'Organisation mondiale**

¹ Dans ce rapport sera utilisé la terminologie « convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) » conformément à l'usage

² Taubira C, « Les enfants peuvent bien attendre » 25 regards d'experts sur la situation des droits de l'enfant en France, Préface, UNICEF France, novembre 2015, pp.5

³ Recommandation(UE) n°2013/1&2/UE du 20 février 2013 « Investir dans l'enfance pour lutter contre le cercle vicieux de l'inégalité », J.O.U.E, L59, 2 mars 2013

⁴ Frazer H et Marlier E, « Investir dans l'enfance pour briser le cercle vicieux de l'inégalité, Analyse des politiques nationales », Commission Européenne, DG Emploi, affaires sociales, inclusion, CEPS.Instead, l'Europe sociale, avril 2014, p.11

de la santé (OMS) en 2014, qui souligne l'importance d'une approche intersectorielle de la prévention et de la promotion de la santé, tout au cours de l'existence, pour permettre la réalisation du potentiel de santé, de développement et de bien-être des enfants et des jeunes, et également l'adoption de stratégies de santé publique fondées sur les droits.

Enfin, elle est également portée par les Etats membres, dans la conduite de leur politique stratégique « d'investissement social », comme politique publique d'investissement humain pour le bien-être de l'enfant, mais aussi d'investissement de « prévention précoce », dont le retour sur investissement est aujourd'hui largement consacré par de nombreux économistes⁵⁶⁷, retour sur investissement particulièrement significatif lorsque ces investissements portent sur la petite enfance des enfants de moins de 3 ans.

Une responsabilité partagée

La politique publique de protection de l'enfance, impactée par l'introduction de la CIDE, dans notre droit interne, a vu depuis 2002, ses principes, son objet, ses finalités, sa gouvernance et ses moyens clarifiés et consolidés, et ce plus particulièrement au regard des textes relatifs à l'autorité parentale (loi n°2002-305 du 4 mars 2002), à la réforme de la protection de l'enfance (loi n°2007-293 du 5 mars 2007 et loi n°2016-297 du 14 mars 2016), et à la Feuille de route gouvernementale 2015-2017 (101 propositions d'actions).

Ainsi, la centration sur l'enfant au regard de son intérêt supérieur⁸, de la réponse à ses besoins fondamentaux au service de son développement physique, affectif, intellectuel et social, la préservation de sa santé, de sa sécurité, de sa moralité et de son éducation ainsi que le respect de ses droits⁹, constituent aujourd'hui les références théoriques, juridiques et de doctrine de la protection de l'enfance, et la préservation de son développement un enjeu de responsabilité partagée des acteurs privés et publics auprès de lui.

En effet, si l'enfant est sujet de droit, il est aussi objet de protection de par sa minorité, de par son statut de sujet en devenir, de par sa vulnérabilité de fait due à sa dépendance à l'égard des adultes qui ont en charge sa protection et son éducation.

De ce fait, il importe de pouvoir garantir à tout mineur un environnement bienveillant et soucieux de son bien-être, favorable à son développement et à son épanouissement aux fins de son autonomie, et de son intégration sociale, et professionnelle dans la communauté.

⁵ Heckman J, et al "The rate of return to the Highscope Perry Preschool Programm", Journal of Public Economics, 2010 , 94,114-28

⁶ Aos, S et al (2004) « Benefits and costs of prevention and early intervention Programs for Youth: Technical Appendix ». Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy

⁷ Chapple S, Richardson D, "Assurer le bien-être des enfants » OCDE, 2009

⁸ Dans ce rapport pourront être utilisées les terminologies « intérêt supérieur de l'enfant » ou « intérêt de l'enfant » conformément au chapitre 2

⁹ CASF Art. L.112-3

Une responsabilité individuelle

Ces prérogatives relèvent en premier lieu des détenteurs de l'autorité parentale telle que définie au titre de l'article 371-1 du code civil comme un « *droit fonction qui doit prendre en compte la personne de l'enfant, ses besoins et ses attentes, en l'associant aux décisions qui le concernent* »¹⁰.

En effet, au regard de la loi du 4 mars 2002 relative à **l'autorité parentale**, l'article 371-1 du code civil stipule que l'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant, pour le protéger dans sa sécurité, sa santé, sa moralité; pour assurer son éducation et permettre son développement dans le respect dû à sa personne.

La définition de l'autorité parentale par le droit n'épuise pas pour autant la question des attendus sociétaux de l'exercice de la parentalité, néologisme de la fin du XXème siècle, qui renvoie certes aux droits et obligations juridiques du fait de la filiation, mais qui interroge aussi les savoirs faire et les savoirs être dans les pratiques éducatives destinées aux enfants, et enfin interpelle aussi le processus maturatif psychique individuel du « devenir parent », impliquant des mouvements conscients et inconscients du fonctionnement parental.

Cette approche par la parentalité, permet d'intégrer les apports du groupe de recherche conduit par Didier Houzel, sur les enjeux de la Parentalité, entre 1993 et 1999, et définissant une grille de lecture de la clinique de la parentalité en 3 axes¹¹ : l'axe de l'exercice de la parentalité (droits et devoirs), l'axe de l'expérience subjective de la parentalité (vécu infantile du parent), et l'axe de la pratique de la parentalité (savoir-faire et savoir être dans le réel de la quotidienneté).

A cet effet, nous pourrions reprendre à notre compte la proposition de Catherine Sellenet¹², de voir la parentalité comme « *l'ensemble des droits et des devoirs, des réaménagements psychiques et des affects, des pratiques de soin et d'éducation, mis en œuvre pour un enfant par un parent (de droit ou électif), indifféremment de la configuration familiale choisie* ».

Dès lors, l'appréhension des registres de l'évaluation des capacités parentales à l'exercice de la parentalité contribuera à déterminer une compréhension objectivée et contextualisée de la situation de l'enfant et de sa famille, pour déterminer les objectifs, les actions et les moyens à mettre en œuvre pour un accompagnement adapté et singulier de chaque situation en protection de l'enfance.

¹⁰ Capelier F, Responsabilité et protection de l'enfance ,DUNOD,2016,pp.9

¹¹ Houzel D « Les enjeux de la parentalité » 1999 ;Paris,Eres

¹² Sellenet C, « La parentalité décryptée »2007, Paris, L'Harmattan

Une responsabilité de la puissance publique

Toutefois, la Convention internationale des droits de l'enfant, dans son article 18¹³, confie à la puissance publique une responsabilité d'aide et de contrôle quant au respect de l'application des prérogatives de l'autorité parentale ainsi formulée « *les Etats parties s'emploient de leur mieux à assurer la reconnaissance du principe selon lequel les deux parents ont la responsabilité commune pour ce qui est d'élever l'enfant et d'assurer son développement. Pour garantir et promouvoir les droits énoncés dans la présente Convention, les Etats parties accordent l'aide appropriée aux parents et aux représentants légaux de l'enfant dans l'exercice de la responsabilité qui leur incombe d'élever l'enfant et assurent la mise en place d'institutions, d'établissements et de services chargés de veiller au bien-être des enfants* ».

Enfin les Etats parties se doivent, au titre de l'article 19¹⁴, de prendre également « *toutes mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence* » dont il aurait été l'objet et quelque soit la personne qui en assure la garde (parent, représentant légal, autre..). Ils doivent également assurer, au titre de l'article 20¹⁵, une protection de remplacement, en cas de nécessité.

De ce fait la mission éducative à la charge des titulaires de l'autorité parentale se trouve ainsi placée à la croisée de l'aide et du contrôle du ressort de l'autorité publique.

En conséquence, la complexité du fait de cette intrication du partage des responsabilités, à différents niveaux et impliquant une pluralité d'acteurs, conduit en protection de l'enfance, et au regard de l'ensemble de son périmètre, à devoir développer des pratiques institutionnelles et professionnelles consolidées, fondées sur une approche bienveillante et rigoureuse des situations familiales, centrées sur l'enfant, ses besoins et son développement, et prenant en compte la situation du mineur, la situation de la famille et les aides susceptibles d'être mobilisées dans l'environnement¹⁶, pour une prise en charge individualisée et singulière, s'appuyant sur des outils et pratiques de promotion des compétences psychosociales du sujet et de son environnement, et garantissant permanence et continuité de parcours et de trajectoire de vie.

¹³ Cide, Article 18

¹⁴ Cide, Article 19

¹⁵ Cide, Article 20

¹⁶ Casf Article L223-1

C'est dans ce contexte, que s'inscrit cette **démarche de consensus sur l'appréhension des besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance, afin de poser un cadre de référence national partagé avec l'ensemble des acteurs, susceptible de contribuer à un corpus de connaissances transversales et un langage commun partagé, facilitateurs d'une approche pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle concertée autour de l'enfant et de sa famille, garantissant coopération, cohérence et approche « holistique » globale de la situation de l'enfant et de son environnement et donc d'un plan d'intervention et d'un accompagnement singulier aux objectifs et finalités construits dans une approche plurielle.**

Chapitre 1- La population prise en charge en protection de l'enfance

1. Quelques données chiffrées

Au 31 décembre 2014, ce sont 290 000 mineurs qui sont bénéficiaires d'une mesure en protection de l'enfance, soit 19,8‰ des moins de 18 ans, et 21 500 majeurs âgés de moins de 21 ans¹⁷, soit 9,3‰ des 18-21 ans concernés¹⁸.

Parmi les enfants faisant l'objet d'une mesure de placement, 90% sont confiés à l'Aide sociale à l'enfance(ASE). Sur les 76 % d'enfants confiés au titre d'une mesure judiciaire, 50% sont en familles d'accueil et 38 % sont en établissements.

La moyenne d'âge des enfants confiés à l'ASE est de 12 ans, et les garçons sont plus représentés (57%) que les filles (43%)¹⁹.

2. Les caractéristiques de la population en protection de l'enfance

Le dispositif de remontée de données des départements aux Observatoires départementaux de la protection de l'enfance (ODPE) et à l'Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE) tel que prévu au titre de l'article L.226-3 du code de l'action sociale et des familles n'étant pas consolidé à ce jour, la connaissance de la population en protection de l'enfance s'appréhende majoritairement via les études et recherches prospectives ou rétrospectives au travers de cohortes de jeunes accueillis en établissement ou placement familial .

A ce titre trois études^{20 21 22} sur les besoins de santé des mineurs en protection de l'enfance, réalisées au titre de l'appel d'offres thématique 2010 de l'ONED-ONPE, apportent des informations de grande importance sur ces enfants, leur contexte environnemental et familial, leurs parcours et soins de santé et leurs besoins de santé pendant leur prise en charge.

¹⁷ Article L222-5 du code de l'action sociale et des familles

¹⁸ ONPE, « Estimation de la population des enfants et des jeunes en protection de l'enfance au 31/12/2014 » Note d'actualité, novembre 2016

¹⁹ DRESS, « Les prestations d'Aide sociale attribuées par les départements en 2014 »,N°0942, novembre 2015

²⁰ Bacro F ;Rambaud A ;Humbert C ; Sellenet C , « La santé des enfants accueillis en établissements de protection de l'enfance. L'exemple de la Loire Atlantique », Appel d'offre thématique 2010 –ONED, Paris 2012-2013

²¹ Rousseau D et al « Parcours des enfants admis avant l'âge de quatre ans à la pouponnière sociale du Foyer de l'Enfance du Maine et Loire entre 1999-2001 » ; Appel d'offre thématique 2010-ONED, 2011-2016

²² Corbet E ;Robin P ;Bourgeaux I ;Guye O ;Fontaine-Gavino K ;Jacob I ;Fiasson D « La santé des enfants accueillis en protection de l'enfance » ;Appel d'offre thématique 2010-ONED ,Etude conjointe CREAI-RA,ORS –RA et IREPS Rhône Alpes , Département de Haute –Savoie, 2012

2.1 La vie familiale et sociale

Le contexte de vie familiale et sociale de ces enfants, antérieurement à leur placement, est très majoritairement marqué par des éléments de grande vulnérabilité. Ainsi, s'agissant de la situation du couple parental, celle-ci est manifestement caractérisée par l'importance des séparations de couple (73%) et par un faible taux de cohabitation parentale (14,4%) très en deçà de la population générale, ce qui conduit l'auteur²³ à souligner pour les enfants une expérience et une représentation de la conjugalité et de la parentalité « susceptible d'avoir entraver le sentiment de sécurité de base ».

De même, s'agissant des figures parentales, celles-ci sont mises à mal au regard des difficultés que rencontrent chaque parent. Ainsi du côté du père, on retrouve 26,2% de violences et/ou addictions, une proportion de 4,3% de pères bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), et un taux de mortalité significatif de 6,8%. Du côté de la mère, pour laquelle on dispose souvent d'informations plus complètes, on note 16% d'addictions, une forte incidence de dépression maternelle à hauteur de 28,4%, 10,7% de bénéficiaires de l'AAH, et également un taux de mortalité significatif autour de 4%. Enfin, près de 20% des mères ont connu un placement pendant leur minorité, soit une femme sur 5.

Cette sur-représentation de l'orphelinage dans cette population est confirmée dans d'autres études plus récentes²⁴, conduisant ces jeunes à ne pouvoir lors de la transition à l'âge adulte disposer de réseau familial support à la sortie du dispositif de protection de l'enfance. Enfin, 15% de ces enfants ont connu des conditions de grande précarité matérielle de logement (errance, logement insalubre, hôtels, etc..), mais aussi de grande précarité économique, d'isolement social, d'absence de réseaux de sociabilité, souvent accentuée par la monoparentalité, l'absence d'emploi et l'exclusivité de ressources aux minima sociaux, rendant de ce fait difficile, l'accès aux services, à la santé, à l'éducation, aux loisirs, à la culture et donc à l'inclusion sociale, du fait de l'aspect cumulatif des éléments d'adversité.

2.2 Le parcours de soins des mineurs en protection de l'enfance

2.2.1 Leurs antécédents

Les enfants en protection de l'enfance disposent souvent d'un lourd passé médical qui s'inscrit dès l'origine dans leur histoire. Ainsi, la recherche conduite à la pouponnière Saint-Exupéry d'Angers²⁵, souligne 19% de déni de grossesse en anténatal pour ces enfants, soit « 5 fois plus que dans la population générale ». Par ailleurs, on note un taux de prématurité

²³ Bacro F ;Rambaud A ;Humbert C ; Sellenet C , « La santé des enfants accueillis en établissements de protection de l'enfance. L'exemple de la Loire Atlantique », Appel d'offre thématique 2010 –ONED, Paris 2012-2013

²⁴ Frechon I ;Marquet L « Comment les jeunes placés à l'âge de 17 ans préparent-ils leur avenir ? » Documents de travail 227 , Paris, INED juillet 2016

²⁵ Rousseau D et al « Parcours des enfants admis avant l'âge de quatre ans à la pouponnière sociale du Foyer de l'Enfance du Maine et Loire entre 1999-2001 » ; Appel d'offre thématique 2010-ONED, 2011-2016

de 16%, « soit 2,5 fois plus que la population générale », données confirmées par une autre étude en Haute- Savoie²⁶ qui retrouve un taux de 18% de prématurité pour une cohorte d'enfants en placement familial. De ce fait, ces enfants font l'objet de transfert en service de néo-natologie et expérimentent une séparation périnatale précoce dès leurs premiers jours de vie, rendant les conditions de mise en place des interactions précoces parents-enfant particulièrement sensibles et vulnérables. Ces données de facteurs de risque sont largement confirmées dans la littérature internationale²⁷.

Leur parcours de soins est émaillé de nombreuses hospitalisations pour des motifs souvent banaux (infections oto-rhino-laryngologiques, gastroentérite...) mais aussi pour des motifs de traumatologie (accidents domestiques, chutes, brûlures, etc...), qui interrogent sur les modalités de sécurité matérielle, physique et de surveillance qui leurs sont assurées.

Enfin, s'agissant des violences intrafamiliales, maltraitances, négligence grave, exposition aux violences conjugales, celles-ci se retrouvent comme énoncées dans le dossier d'admission près d'une fois sur deux²⁸, et dans certaines études sur le devenir à l'âge adulte²⁹. Toutefois, il s'agit très probablement d'une donnée sous-évaluée au regard de ces recherches qui montrent que dès lors que le (la) jeune est en situation de protection et qu'il(elle) a établi une relation de sécurité avec un adulte de confiance, il ou elle s'autorise à lever le silence et à faire des révélations secondaires sur les traumatismes vécus³⁰.

Dans le cadre de la recherche conduite à la pouponnière Saint-Exupéry d'Angers³¹, on note qu'à leur admission, « 4 enfants sur 5 présentent des signes de souffrance psychique » confirmés en référence à la classification internationale (classification internationale des maladies, CIM 10), que l'âge moyen d'admission est de 22 mois, et que le délai moyen entre les premiers signes d'alerte et le placement est de 12,7 mois.

L'abondante littérature internationale démontre de longue date que les effets délétères des risques d'exposition aux stress, aux violences et aux négligences dans la toute petite enfance sont d'autant plus importants, au regard de l'âge de l'enfant, de l'intensité du traumatisme, de sa durée, et de sa répétition.

²⁶ Corbet E ;Robin P ;Bourgeaux I ;Guye O ;Fontaine-Gavino K ;Jacob I ;Fiasson D « La santé des enfants accueillis en protection de l'enfance » ;Appel d'offre thématique 2010-ONED ,Etude conjointe CREAI-RA,ORS –RA et IREPS Rhône Alpes , Département de Haute –Savoie, 2012

²⁷ Frechon I ; Dumaret A-C ; « Bilan critique de cinquante ans d'études sur le devenir adulte des enfants placés » ; GRASS-INED-CERMES, in Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, Elsevier Masson ,2008

²⁸ Corbet E ;Robin P ;Bourgeaux I ;Guye O ;Fontaine-Gavino K ;Jacob I ;Fiasson D « La santé des enfants accueillis en protection de l'enfance » ;Appel d'offre thématique 2010-ONED ,Etude conjointe CREAI-RA,ORS –RA et IREPS Rhône Alpes , Département de Haute –Savoie, 2012

Frechon I ;Marquet L ;Séverac N ; « Les enfants exposés à des « violences et conflits conjugaux » » ;Politiques sociales et familiales, CNAF n°105, septembre 2011

²⁹ Dumaret A-C, Guerry E ; Crost M « Placements dans l'enfance et devenir à l'âge adulte :insertion générale et qualité de vie liée à la santé » ; in Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence , Elsevier Masson , 2011

³⁰ Frechon I « Les politiques sociales à l'égard des enfants en danger » ;INED-CNRS-2009

³¹ Rousseau D et al « Parcours des enfants admis avant l'âge de quatre ans à la pouponnière sociale du Foyer de l'Enfance du Maine et Loire entre 1999-2001 » ; Appel d'offre thématique 2010-ONED, 2011-2016

De ce fait, ces données de temporalité devraient être appropriées par les professionnels dans le cadre des évaluations et des plans d'action mis en œuvre, et ce dans l'intérêt de l'enfant et de la préservation de son développement.

En tout état de cause, on notera que très souvent le parcours de santé de ces jeunes antérieurement à leur placement est marqué de discontinuité, de pertes d'information, de manque de communication, de coordination et de passage de relais entre les institutions, préjudiciables à la construction d'un parcours de soin et d'une prise en charge dans la continuité.

2.2.2 Les besoins de santé en cours de prise en charge en protection de l'enfance

Les établissements et services sociaux s'interrogent sur l'évolution d'un public accueilli qui mobiliserait de plus en plus le champ de la santé, et surtout de la santé mentale, conduisant à des prises en charge complexes interinstitutionnelles.

Le constat de la forte médicalisation des mineurs pris en charge est confirmé au regard de diverses études. Ainsi, l'étude de Bronsard et al, citée par Dumaret et al³² confirme que 48,6% des jeunes en foyers ont au moins un problème de santé mentale, et 25% au moins deux. Au regard de leurs pairs, les problèmes de santé mentale (troubles des conduites, dépression majeure, tentative de suicide, troubles anxieux) seraient 2 à 5 fois plus élevés.

L'étude sur le devenir à l'âge adulte de Dumaret et al³³ retrouve chez les jeunes 11% de troubles internalisés (anxiété /dépression, plaintes somatiques et retrait social), 20% de troubles externalisés (conduites délinquantes et agressives), 15% de conduites addictives.

Enfin, l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) dans sa recommandation de 2015³⁴ sur la prise en compte de la santé des mineurs et jeunes majeurs, dans les établissements et services de protection de l'enfance, retient « les troubles psychoaffectifs et troubles du comportement : troubles de la concentration et hyperactivité, somatisations, stress post-traumatique, troubles globaux du développement ainsi que les troubles de l'attachement ».

Les besoins en santé mentale sont confirmés dans l'étude de Haute -Savoie³⁵ avec 32% de mineurs bénéficiant de soins psychiatriques, 1,6% de mineurs sous anti-dépresseurs soient 8 fois plus que la population générale de référence et 7,2% sous neuroleptiques, soit 24 fois

³² Dumaret A-C, Guerry E ; Crost M « Placements dans l'enfance et devenir à l'âge adulte :insertion générale et qualité de vie liée à la santé » ; in Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence , Elsevier Masson , 2011

³³ Dumaret A-C, Guerry E ; Crost M « Placements dans l'enfance et devenir à l'âge adulte :insertion générale et qualité de vie liée à la santé » ; in Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence , Elsevier Masson , 2011

³⁴ Recommandation ANESM « Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements et services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives » ;octobre 2015

³⁵ Corbet E ;Robin P ;Bourgeaux I ;Guye O ;Fontaine-Gavino K ;Jacob I ;Fiasson D « La santé des enfants accueillis en protection de l'enfance » ;Appel d'offre thématique 2010-ONED ,Etude conjointe CREAI-RA,ORS –RA et IREPS Rhône Alpes , Département de Haute –Savoie, 2012

plus que la population générale de référence. Enfin, 25 % des mineurs disposent d'un dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) et 10% des mineurs sont accueillis en établissement médico-social.

Le rapport du Défenseur des droits de 2015³⁶, consacré aux droits de l'enfant, souligne cette double vulnérabilité que représentent les enfants en protection de l'enfance porteur de handicap, au taux de prévalence 7 fois plus nombreux que dans la population générale (2 à 4%), et dont la majorité des prises en charge se fait dans des structures non spécifiques, signifiant par là le manque de fluidité, de coopération, de coordination et de transversalité des politiques publiques et des pratiques sectorielles des acteurs des deux champs fonctionnant en silos, au lieu du nécessaire travail de partenariat, de logique territoriale et de réseau des acteurs et des ressources de proximité. Cependant les nouvelles dispositions telles que prévues dans le décret du référentiel d'évaluation de l'Information Préoccupante (I.P. décret du 28 octobre 2016), comme dans le décret relatif au référentiel du Projet Pour l'Enfant (PPE, décret du 28 septembre 2016), devraient être des leviers pour faciliter l'identification et la prise en charge globale des besoins de l'enfant, tant besoins de soins, que besoins d'éducation, de protection et d'accompagnement.

De même, la fiche action 38³⁷ adoptée en 2016, dans le cadre du 3^{ème} Plan Autisme 2013-2017 relative à « La prise en compte des spécificités des troubles du spectre de l'autisme (TSA), dans le processus de décisions en protection de l'enfance », souligne et plaide pour l'importance d'une meilleure articulation et complémentarité des champs, d'une meilleure connaissance réciproque des acteurs et d'une centration sur l'enfant, son intérêt et ses besoins pour des réponses adaptées impliquant le Plan personnalisé de compensation, de soins, d'éducation et de protection.

2.3 La scolarité et la transition à l'âge adulte

Le parcours de scolarisation des enfants en protection de l'enfance se trouve impacté par le parcours d'adversité dans l'enfance. Ainsi, la déscolarisation, l'échec scolaire, l'absentéisme scolaire, les ruptures scolaires, précèdent fréquemment leur entrée en protection de l'enfance³⁸. Pour certains auteurs³⁹, on peut retrouver jusqu'à 15% d'enfants déscolarisés en établissement, taux de déscolarisation qui va en s'atténuant au fur et à mesure de la durée de prise en charge pour remonter à partir de 15 ans. Ils sont alors trois fois plus nombreux déscolarisés, soit 6,1%, que leur génération de référence (2,1%), et à 16 ans ils sont 15,8%

³⁶ Rapport 2015 du Défenseur des Droits, consacré aux droits de l'enfant « Handicap et Protection de l'Enfance, Des droits pour des enfants invisibles »

³⁷ Fiche nouvelle Action 38 « Prise en compte des spécificités des troubles du spectre de l'autisme dans le processus de décisions en protection de l'enfance » ; annexe Plan Autisme 2013-2017, juin 2016

³⁸ DRESS « Echec et retard scolaire des enfants hébergés par l'aide sociale à l'enfance » ; n°845, juillet 2013

³⁹ Corbet E ; Robin P ; Bourgeaux I ; Guye O ; Fontaine-Gavino K ; Jacob I ; Fiasson D « La santé des enfants accueillis en protection de l'enfance » ; Appel d'offre thématique 2010-ONED, Etude conjointe CREAI-RA, ORS -RA et IREPS Rhône Alpes, Département de Haute -Savoie, 2012

déscolarisés contre 5,8% de leur génération de référence⁴⁰. A l'âge d'entrée en collège, ils sont 2/3 à présenter au moins un an de retard scolaire rapporté à leur génération de référence.

A partir de 15 ans, ils prennent le plus souvent une orientation d'enseignement professionnel court, compte-tenu de la perspective de la fin de prise en charge en protection de l'enfance. Ainsi, seulement 13% des jeunes de 17 ans préparent un bac général, pour 51% en population générale de même âge⁴¹. Ils sont 40% à préparer un certificat d'aptitude professionnelle (CAP) pour 11% dans la population générale⁴². Enfin, il semble que si très majoritairement (3 sur 4) les jeunes de 17 ans placés considèrent le fait d'être accueilli à l'ASE comme une « chance »⁴³, le passage à la majorité, l'accès à l'autonomie, à l'emploi et au logement restent des enjeux et des défis majeurs pour ces jeunes.

2.4 La qualité de vie et le devenir à l'âge adulte

L'appréhension de l'insertion générale à l'âge adulte prend en compte l'insertion professionnelle, la vie familiale personnelle, les relations sociales, la situation psychosociale générale. L'étude Dumaret et al⁴⁴ relative au devenir adulte, à un âge moyen de 36,5 ans, d'une cohorte d'adultes issus de village d'enfants note en matière de conjugalité une importance du célibat (4 sur 10), et une part de séparation et divorce supérieure à la population générale. Les trois quart ont une parentalité effective (un ou plusieurs enfants). Les trois quart exercent une activité professionnelle, conformément à la population générale de référence. Toutefois, les catégories d'employées chez les femmes (60%) et d'ouvriers (64%) chez les hommes sont sur-représentées. Une part non négligeable est bénéficiaire du revenu minimum d'insertion (RMI) (14%). L'étude permet de différencier 3 groupes de sujets, de poids équivalent, un tiers présente une insertion générale à l'âge adulte qualifiée de « très satisfaisante », un tiers une insertion qualifiée de « bonne ou satisfaisante » et un tiers une insertion précaire voire « défailante ».

Ces éléments sont confirmés dans une méta-analyse de 2008 sur plus de trente études françaises et étrangères⁴⁵, qui souligne l'importance des facteurs de protection sur une insertion sociale qui se consolide avec l'avancée en âge. Ainsi, le niveau scolaire, l'activité professionnelle, la situation résidentielle, la santé, les relations avec la famille et l'entourage sont autant de facteurs facilitateurs, tuteurs de résilience à une insertion sociale et citoyenne la plus proche de la population générale de référence.

⁴⁰ DRESS « Echec et retard scolaire des enfants hébergés par l'aide sociale à l'enfance » ; n°845, juillet 2013

⁴¹ Frechon I ;Marquet L « Comment les jeunes placés à l'âge de 17 ans préparent-ils leur avenir ? » Documents de travail 227 , Paris, INED juillet 2016

⁴² Ibid.

⁴³ Ibid.

⁴⁴ Dumaret A-C, Guerry E ; Crost M « Placements dans l'enfance et devenir à l'âge adulte :insertion générale et qualité de vie liée à la santé » ; in Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence , Elsevier Masson , 2011

⁴⁵ Frechon I ; Dumaret A-C ; « Bilan critique de cinquante ans d'études sur le devenir adulte des enfants placés » ; GRASS-INED-CERMES, in Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, Elsevier Masson ,2008

Plus récemment la recherche à la pouponnière de Saint-Exupéry⁴⁶, souligne que seuls 10% des enfants entretiennent encore des liens avec au moins un parent en sortie du dispositif de protection de l'enfance, après une longue durée de parcours (soit 80% encore pris en charge à 17 ans), et que si une tentative de retour a touché près de 55% des mineurs, cela s'est soldé par le retour en protection de l'enfance pour les 2/3 d'entre eux. Pour ce qui concerne leur devenir à l'âge adulte, la population étudiée se répartit en trois groupes distincts. Un premier groupe, soit 1 jeune sur 4, présente une « bonne évolution », avec une insertion sociale générale satisfaisante, après un parcours caractérisé par une admission précoce, un placement stable, des relations d'affiliation au milieu d'accueil, et une scolarité satisfaisante. Un deuxième groupe, soit 1 sur 2, « au devenir plus nuancé », mais avec une socialisation acceptable, après un parcours plus vulnérable, plus instable, des signes de mal-être persistant (isolement, anxiété, insécurité, fragilité de l'estime de soi, et de la confiance en soi). Enfin, un troisième groupe, soit 1 sur 4 aux troubles massifs à l'admission, souvent tardive, et persistants à l'âge adulte, au parcours chaotique, en grande vulnérabilité relevant de soins spécifiques en santé mentale, voire d'exclusion, que l'on retrouve dans les populations hébergées en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), voire en milieu carcéral.

L'ensemble de ces constats plaide pour l'importance de voir identifier les situations de vulnérabilité et d'adversité auxquelles les enfants sont exposés dès le plus jeune âge, afin de compenser le risque de perte de chance le plus précocement par des mesures de prévention, de promotion, de soutien à la parentalité et de protection afin de soutenir les ressources individuelles et sociales pour une qualité de vie, une insertion sociale et une vie relationnelle favorable à l'épanouissement de chacun.

Ainsi, la politique publique de protection de l'enfance par ses appuis sur le respect des droits de l'enfant et de son bien-être, tels que définis à l'article 24-1 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne qui précise que les « *Les enfants ont droit à la protection et aux soins nécessaires à leur bien-être* », se doit de contribuer à la promotion de la santé, établie par la charte d'Ottawa du 21 novembre 1986, et ratifiée par la France par une approche globale de la santé telle que définie par l'OMS, soit « *un état de complet bien-être physique, mental et social* ».

⁴⁶ Rousseau D et al « Parcours des enfants admis avant l'âge de quatre ans à la pouponnière sociale du Foyer de l'Enfance du Maine et Loire entre 1999-2001 » ; Appel d'offre thématique 2010-ONED, 2011-2016

Recommandation et propositions

Recommandation 1 : améliorer les connaissances en protection de l'enfance

N° de la proposition	Intitulé de la proposition
1	Améliorer les connaissances sur les déterminants de santé des enfants en protection de l'enfance
2	Développer les études randomisées sur la population des enfants en protection de l'enfance
3	Développer la démarche d'évaluation par l'approche « evidence based » (par les données probantes) des programmes d'intervention et des modes de prise en charge en protection de l'enfance
4	Mettre en place une chaire dédiée à la protection de l'enfance rattachée à un établissement d'enseignement supérieur
5	Accompagner les départements dans la remontée des données à l'ONPE
6	Développer une approche européenne comparative et intégrative

Chapitre 2 – L'intérêt, les droits de l'enfant et ses besoins fondamentaux

Selon l'article L112-4 du code de l'action sociale et des familles « *L'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits doivent guider toutes décisions le concernant* ».

Les trois concepts d'intérêt de l'enfant, ses besoins fondamentaux, et ses droits sont interdépendants. Pour autant, chacun a sa propre raison d'être. Pour savoir comment déterminer l'intérêt de l'enfant, il apparaît nécessaire de le rapporter à ses droits, qui comprennent à la fois des droits fondamentaux et des droits ayant pour objectif de contribuer à son épanouissement. Le législateur a jugé que ces droits étaient tellement essentiels pour contribuer au développement de l'enfant qu'ils valaient d'être intitulés « *besoins fondamentaux de l'enfant* ». Chacun des trois concepts a donc sa propre raison d'être, mais ils doivent être articulés. Le fait que l'intérêt, les droits et les besoins de l'enfant ne soient pas satisfaits constitue effectivement un élément constitutif du danger.

1. La primauté de l'intérêt supérieur de l'enfant et ses besoins fondamentaux

1.1. Les sources et la définition

Selon l'article 3-1 de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) « *Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale* ».

Le principe est repris par le deuxième alinéa de l'article 24 de la Charte des droits fondamentaux qui érige l'intérêt supérieur de l'enfant en considération primordiale qui doit l'emporter sur toute autre, dans tous les actes relatifs aux enfants. La généralité de la formule permet d'étendre l'application de ce texte à une multitude de matières et de décisions, dès lors qu'il s'agit d'un « acte relatif aux enfants ». L'intérêt supérieur de l'enfant doit guider l'auteur de tout acte concernant un enfant, et ce critère peut, voire doit, justifier l'intervention de l'autorité publique notamment en cas de défaillance parentale. L'intérêt supérieur de l'enfant est devenu, sous l'effet de la CIDE l'enfant, un standard largement reconnu. Dès lors qu'en 2005 la Cour de cassation a enfin admis l'applicabilité directe de l'article 3-1 de la CIDE devant le juge interne⁴⁷, la primauté de l'intérêt supérieur de l'enfant est devenue un principe matriciel en droit des mineurs mais aussi en droit de la famille.

⁴⁷ Civ. 1^{re}, 18 mai 2005, n°02-20613, D. 2005. 1909, note V. Egéa ; *Dr. fam.* 2005, comm. 156, note A. Gouttenoire ; *JCP* 2005, note F. Granet-Lambrecht et Y. Strickler.

L'intérêt de l'enfant est une notion utilisée depuis longtemps dans les textes français, particulièrement en matière d'adoption ou d'attribution de l'autorité parentale⁴⁸ et son importance a été renforcée après l'entrée en vigueur de la CIDE. Ainsi par exemple, depuis la loi n° 2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance, l'intérêt de l'enfant est devenu, formellement, le critère qui doit guider la décision du juge des enfants dans le cadre de l'assistance éducative. La notion d'intérêt de l'enfant ou d'intérêt supérieur de l'enfant est présente dans tous les textes internes ou internationaux relatifs à l'enfant. La Cour européenne des droits de l'homme utilise également la notion d'intérêt de l'enfant et celle d'intérêt supérieur de l'enfant⁴⁹.

L'intérêt de l'enfant, a donné lieu à de nombreux essais de définition⁵⁰. « Elle serait un indice et un effet de la place désormais reconnue à l'enfant dans la famille et la société, et le caractère virtuel de la notion d'intérêt manifesterait la volonté de prendre en considération la diversité des situations concrètes, dans une optique pragmatique, libérale et pluraliste »⁵¹. Le caractère imprécis de ce critère de décision comporterait l'inconvénient d'une grande subjectivité qui « permet de lui faire endosser n'importe quelle marchandise »⁵². Le pédopsychiatre Bernard Golse indique que « *la notion d'intérêt de l'enfant varie d'un magistrat à l'autre. Or l'intérêt de l'enfant se doit d'être défini en fonction des besoins qui lui sont propres, et qui varient avec l'âge* ».

La référence de la CIDE à l'intérêt supérieur de l'enfant, traduit de l'expression anglaise *the best interest*, ajouterait aux hésitations déjà constatées face à la notion d'intérêt de l'enfant. La qualification de l'intérêt de l'enfant peut s'interpréter comme une incitation à choisir parmi plusieurs intérêts de l'enfant, celui qui favorise le mieux son épanouissement. Il peut s'agir de son intérêt éducatif, affectif, immédiat ou futur⁵³. Le terme « supérieur » confère en effet à l'intérêt de l'enfant un plus grand subjectivisme, un relativisme plus marqué. L'objectif est alors de rechercher, au regard des besoins fondamentaux du mineur, quel intérêt doit être privilégié. L'évaluation des meilleurs intérêts de l'enfant consiste à évaluer et à équilibrer tous les éléments nécessaires à la prise d'une décision spécifique pour un enfant ou groupe d'enfants spécifique.

⁴⁸ Art. 353 et 371-1 C. civ.

⁴⁹ La Cour européenne utilise, depuis 1996 dans les arrêts concernant des enfants, la notion d'intérêt supérieur de l'enfant : *Johansen c/Norvège*, 7 août 1996, *JCP* 1997. I. 4000, obs. F. Sudre.

⁵⁰ J. Costa-Lascoux, « Histoire de la notion d'intérêt de l'enfant dans le droit des mineurs », in « *Intérêt de l'enfant* » et « *droits de l'enfant* », *De quel droit ? De l'intérêt... aux droits de l'enfant*, Cahiers du CRIV, n° 4, 1988, p. 161 et s. ; I. Théry, « L'enfant face à la séparation parentale », Cahiers du CRIV, préc. ; « La référence à l'intérêt de l'enfant : usage judiciaire et ambiguïtés », in Ministère de la justice, *Du divorce et des enfants*, Institut National d'Études Démographiques, PUF, 1985, p. 33 ; « La notion d'intérêt de l'enfant en droit : vecteur de coopération ou d'interférence ? », *Droit et Société*, n° 22, 1992 ; M. Donnier, « L'intérêt de l'enfant », *D.* 1959. Chron. 179 ; A. Freud, J. Goldstein et A.J. Solnit, *Avant d'invoquer l'intérêt de l'enfant*, ESF, 1983 ; C. Rollet, « De l'intérêt aux droits de l'enfant », in *Droits et enfance. Paradoxes et avenir d'une Convention*, revue Le groupe familial, janv.-mars 1993., p. 4.

⁵¹ I. Théry, « La référence à l'intérêt de l'enfant : usage judiciaire et ambiguïtés », art. préc.

⁵² P. Robert, *Traité de droit des mineurs*, Cujas, 1969, p. 150 et s.

⁵³ J. Carbonnier, *Droit civil*, T. 2 « La famille », coll. « Thémis », PUF, 16^e éd., 1993, n° 185.

Les éléments pouvant être pris en compte sont nombreux : le point de vue de l'enfant, son identité, son bien-être, sa vulnérabilité, les risques, sa résilience, l'environnement familial ou encore ses besoins en matière de santé, d'éducation et de développement.

On peut sans doute considérer que les deux notions d'intérêt de l'enfant et d'intérêt supérieur de l'enfant peuvent désormais être assimilées dans le cadre du droit français. En effet, alors que les textes internes ne se réfèrent pas tous à l'intérêt supérieur de l'enfant on peut estimer, au regard de l'effet direct de l'article 3§ 1 de la CIDE⁵⁴, que le critère de l'intérêt de l'enfant qu'ils visent doit être interprété à la lumière du traité international.

Par définition, l'intérêt de l'enfant constitue un standard, c'est-à-dire un instrument de mesure⁵⁵, ce qui implique qu'il ne peut, par hypothèse, être déterminé. Il s'agit d'une notion cadre dont la personne chargée de prendre une décision relative à l'enfant, juge, travailleur social ou autre professionnel est chargé de définir le contenu. Notion indéterminée, l'intérêt supérieur de l'enfant n'en est pas moins déterminable et c'est justement cette détermination qui est au cœur de la mise en œuvre du principe de primauté de l'intérêt supérieur de l'enfant contenu dans l'article 3-1 de la CIDE.

La notion d'intérêt supérieur de l'enfant est en réalité l'objet de deux approches qui se conjuguent. L'intérêt de l'enfant constitue en premier lieu une norme générale et abstraite, une référence applicable à l'ensemble des enfants. Il est ainsi de l'intérêt de l'enfant de ne pas subir de maltraitances. Cette définition abstraite de l'intérêt de l'enfant évolue en fonction des conceptions éducatives et morales. En second lieu, l'intérêt de l'enfant correspond à une appréciation concrète d'une situation précise. On constate que l'intérêt de l'enfant « permet une oscillation entre le droit et le fait, entre le concret et l'abstrait »⁵⁶. Lors de la mise en œuvre de l'intérêt supérieur de l'enfant, le professionnel doit combiner les deux approches de la notion d'intérêt supérieur de l'enfant.

1.2. L'intérêt de l'enfant et ses besoins fondamentaux

On peut sans aucun doute affirmer que l'intérêt de l'enfant est de voir ses besoins fondamentaux satisfaits. Rechercher l'intérêt consiste justement à déterminer les besoins fondamentaux de l'enfant et à prendre les mesures nécessaires pour y répondre.

L'intérêt de l'enfant est le prisme à travers lequel doit être appréciée la situation de l'enfant et de ses familles.

⁵⁴ Admis par la Cour de cassation depuis 2005 ; v. ss 62 s.

⁵⁵ Rials, « Les standards, notions critiques du droit », in Les notions à contenu variable en droit, Etudes Perleman, Bruxelles 1984., p. 42.

⁵⁶ H. Hamadi, « Le statut européen de l'enfant », in Le droit et les droits de l'enfant, revue Champs libres (no 6), L'Harmattan, 2007, p. 161.

La primauté de l'intérêt de l'enfant implique que ses besoins fondamentaux soient recherchés et satisfaits en priorité, avant ceux et même au détriment, le cas échéant, des besoins d'une autre personne, et notamment de ses parents.

La notion d'intérêt supérieur de l'enfant ou de meilleur intérêt de l'enfant peut permettre d'arbitrer entre plusieurs besoins fondamentaux de l'enfant dans l'hypothèse où ces derniers ne pourraient pas être tous satisfaits. Il peut par exemple arriver que la situation de l'enfant conduise à choisir entre le besoin de l'enfant de vivre dans des conditions de développement sécurisées, à l'abri d'un climat de violence familiale, et le besoin de l'enfant de maintenir des liens avec sa famille. L'intérêt supérieur de l'enfant constitue le critère permettant de déterminer quel est le besoin qui, dans la situation concrète à laquelle l'enfant est confrontée, doit être satisfait en premier lieu.

La loi fait parfois primer certains besoins de l'enfant tout en prévoyant que cette primauté peut être écartée si l'intérêt de l'enfant l'exige.

Ainsi en matière d'assistance éducative, le principe est le maintien de l'enfant dans son environnement familial mais la loi prévoit le placement de l'enfant si l'intérêt de l'enfant l'exige, c'est à dire si la satisfaction des besoins fondamentaux de l'enfant nécessite que l'enfant soit retiré de son environnement familial.

2. Les besoins fondamentaux et les droits de l'enfant

L'intérêt de la notion de droits de l'enfant est qu'elle met l'accent sur ses besoins les plus essentiels. Les besoins de l'enfant supposent une réponse appropriée.

Les droits de l'enfant sont en outre universels, et favorisent son épanouissement, son expression ou encore sa confiance en soi. Ces éléments permettent aux enfants de devenir des adultes autonomes et bien insérés dans la société.

Les droits de l'enfant sont les règles juridiques dont l'enfant est le sujet ou l'objet. Ils consistent soit en une prérogative juridique dont l'enfant est titulaire et en vertu de laquelle il peut exiger une prestation positive ou une abstention, soit en une obligation de l'Etat de prendre une mesure objective pour satisfaire un résultat. Les droits de l'enfant énoncés notamment dans la CIDE, ont pour certains d'entre eux pour objet la satisfaction de besoins fondamentaux de l'enfant. Ils permettent ainsi d'imposer aux Etats la satisfaction des besoins fondamentaux de l'enfant et de sanctionner soit le fait qu'ils ne répondent pas à cette obligation soit les mesures qui iraient à l'encontre de celle-ci.

Un certain nombre de dispositions de la CIDE contiennent des droits de l'enfant, et/ou des obligations des Etats qui visent à assurer, de manière générale, aux enfants les conditions nécessaires à leur développement. Ainsi, l'article 2 alinéa 2 de la CIDE impose aux Etats d'assurer dans toute la mesure du possible la survie et le développement de l'enfant.

De même, l'article 27 de la CIDE en affirmant que « *Les Etats parties reconnaissent le droit de tout enfant à un niveau de vie suffisant pour permettre son développement physique, mental, spirituel, moral et social* » est une consécration d'un droit de l'enfant de voir satisfait ses besoins fondamentaux. Ce droit vient en effet affirmer de manière positive et normative l'obligation pour les Etats de fournir à l'enfant la satisfaction de ses besoins vitaux. Il précise que « *C'est aux parents ou autres personnes ayant la charge de l'enfant qu'incombe au premier chef la responsabilité d'assurer, dans les limites de leurs possibilités et de leurs moyens financiers, les conditions de vie nécessaires au développement de l'enfant* ».

L'article 27 précise également que « *Les États parties adoptent les mesures appropriées, compte tenu des conditions nationales et dans la mesure de leurs moyens, pour aider les parents et autres personnes ayant la charge de l'enfant à mettre en œuvre ce droit et offrent, en cas de besoin, une assistance matérielle et des programmes d'appui, notamment en ce qui concerne l'alimentation, le vêtement et le logement* ». La dernière partie du texte établit une liste de ce qui constitue les besoins vitaux pour permettre son développement physique, mental, spirituel, moral et social.

Ce texte pourrait permettre à un enfant de contester en justice une décision individuelle ou même, une disposition générale qui irait, de manière positive ou négative à l'encontre de son droit à un niveau de vie suffisant, comme par exemple le refus d'attribuer une prestation sociale à un enfant, notamment au regard d'un critère de nationalité ou de conditions d'entrée sur le territoire ou encore d'un refus d'une collectivité de laisser un enfant accéder à la restauration collective au motif que ses parents n'ont pas les moyens de payer les frais y afférents.

Le Comité international des droits de l'enfant a tenu à souligné à plusieurs reprises qu'un niveau de vie adéquat est essentiel pour le développement physique, psychologique, spirituel, moral et social de l'enfant et que la pauvreté des enfants influe aussi sur le taux de mortalité infantile, l'accès à la santé et à l'éducation des enfants ainsi que sur leur qualité de vie⁵⁷. Il a ainsi recommandé à la France en 2004 de ne pas subordonner le versement des allocations familiales aux modalités de l'entrée de l'enfant sur le territoire français.

D'autres dispositions de la Convention traduisent la nécessité de satisfaire un besoin fondamental précis de l'enfant. Il en va notamment ainsi des articles 7 et 8 consacrant le droit de l'enfant à l'identité, ce qui constitue sans aucun doute un besoin fondamental de l'enfant nécessaire à son développement psychique. L'article 9 pose le principe selon lequel un enfant ne doit pas être séparé de ses parents tout en prévoyant les conditions et les modalités d'une telle séparation lorsque l'intérêt supérieur de l'enfant exige qu'elle ait lieu.

⁵⁷ CRC/C15/Add.188, § 45.

L'article 19 consacre en termes juridiques le besoin de sécurité de l'enfant en le protégeant contre toute forme de violence. Il est complété par l'article 34 selon lequel « *Les États parties s'engagent à protéger l'enfant contre toutes les formes d'exploitation sexuelle et de violence sexuelle* ».

En reconnaissant le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation, l'article 24 a également pour objet la satisfaction d'un besoin fondamental de l'enfant. Ce texte permet par exemple d'interdire aux pouvoirs publics de priver certains enfants de l'accès aux soins (CE 7 juin 2006, *Association Aides et autres* : annulation par le Conseil d'Etat pour ce qui concerne les mineurs du décret qui privait les enfants étrangers en situation irrégulière de l'accès à l'aide médicale d'Etat).

Le droit à l'éducation de l'enfant consacré par les articles 28 et 29 de la CIDE a également pour objet de répondre à un besoin fondamental de l'enfant. Particulièrement complet, ce texte impose aux États de reconnaître le droit de l'enfant à l'éducation, et en particulier, en vue d'assurer l'exercice de ce droit progressivement et sur la base de l'égalité des chances, de rendre l'enseignement primaire obligatoire et gratuit pour tous, d'encourager l'organisation de différentes formes d'enseignement secondaire, tant général que professionnel, d'assurer à tous l'accès à l'enseignement supérieur en fonction des capacités de chacun. Le texte précise que le droit à l'éducation impose de rendre accessibles à tout enfant l'information et l'orientation scolaire et professionnelle. Les États doivent prendre les mesures pour encourager la régularité de la fréquentation scolaire et la réduction du taux d'abandon scolaire. La traduction du besoin fondamental de l'enfant en matière d'éducation par une prérogative juridique permet à l'enfant de pouvoir exiger de l'Etat la satisfaction de ce besoin par une mesure positive ou à l'inverse de contester la décision qui ne le satisferait pas. Ainsi, le droit à l'éducation de l'enfant handicapé, consacré par l'article L112-1 du code de l'éducation, a permis la condamnation de l'État français par le Conseil d'État au bénéfice des parents d'un enfant qui, faute de places disponibles, n'avait pas été accueilli dans un établissement spécialisé⁵⁸.

On peut également considérer que c'est bien un besoin fondamental de l'enfant qui est l'objet de l'article 31 de la CIDE selon lequel « *Les États parties reconnaissent à l'enfant le droit au repos et aux loisirs, de se livrer au jeu et à des activités récréatives propres à son âge, et de participer librement à la vie culturelle et artistique* ».

De même, on peut considérer que c'est un autre besoin fondamental de l'enfant qui fait l'objet de l'article 32 de la CIDE selon lequel « *Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant d'être protégé contre l'exploitation économique et de n'être astreint à aucun travail comportant des risques ou susceptible de compromettre son éducation ou de nuire à son*

⁵⁸ CE, 8 avr. 2009, D. 2009. 1508, note P. Raimbault.

développement physique, mental, spirituel, moral ou social ». Plus généralement, l'article 36 protège l'enfant contre toutes formes d'exploitation préjudiciables à tout aspect de son bien-être.

Certaines dispositions de la CIDE concernent les besoins spécifiques de certains enfants. Il en va ainsi notamment des enfants handicapés, l'article 23 alinéa 3 reconnaît leurs « besoins particuliers » et affirme que les Etats doivent permettre aux enfants mentalement ou physiquement handicapés de mener une vie pleine et décente, dans des conditions qui garantissent leur dignité, favorisent leur autonomie et facilitent leur participation active à la vie de la collectivité.

De même, pour ce qui est des enfants séparés de leur famille, la convention reconnaît le droit de maintenir des liens avec leur parent ou, si les circonstances l'exigent, le droit à une famille de substitution (art. 20).

L'exercice des droits de l'enfant constitue une question délicate dans la mesure où le mineur est juridiquement incapable d'agir lui-même. Il faut toutefois préciser que dans le cadre de l'assistance éducative, le mineur discernant se voit reconnaître le droit d'exercer lui-même ses droits dans la procédure et qu'il peut être assisté d'un avocat. Plusieurs propositions antérieures à la loi du 14 mars 2016 visant à rendre l'assistance d'un avocat systématique pour l'enfant dans le cadre de l'assistance éducative, au moins lorsqu'un placement est envisagé n'ont pas abouti. Il faut en revanche préciser qu'un administrateur ad hoc peut être désigné pour représenter les intérêts d'un enfant non discernant dans la procédure d'assistance éducative, la loi de 2016 ayant précisé que celui-ci doit être, le cas échéant, indépendant du service auquel l'enfant a été confié.

Loin d'être redondantes, les notions de droits, d'intérêt et de besoins fondamentaux constituent des outils interdépendants permettant de garantir à l'enfant les conditions de vie nécessaires à son développement. La satisfaction des besoins fondamentaux de l'enfant constitue l'objectif que doit servir la mise en œuvre de ses droits, et du principe de primauté de son intérêt supérieur.

La détermination des besoins fondamentaux de l'enfant est donc indispensable à la réalisation de ses droits et de son intérêt. Les acteurs qui concourent à la mise en œuvre des droits de l'enfant et notamment les magistrats de l'enfance et de la famille doivent ainsi avoir une conscience particulièrement marquée des besoins fondamentaux de l'enfant, et pourraient utilement bénéficier de référentiels et de formations pour acquérir les connaissances nécessaires à leur prise en compte.

Recommandation et propositions

Recommandation 2 : conforter la mise en œuvre plus systématique des droits de l'enfant et du principe de primauté de son intérêt dans les procédures judiciaires

N° de la proposition	Intitulé de la proposition
7	Reconnaître les droits de l'enfant relatifs à ses besoins fondamentaux consacrés par la Convention Européenne des droits de l'Homme (CEDH) comme pourvus d'effet direct et donc susceptibles d'être invoqués par l'enfant devant le juge interne
8	Soutenir une approche commune et objective des besoins fondamentaux de l'enfant pour les magistrats par le renforcement de la formation interdisciplinaire au travers de la formation initiale et de la formation continue, dispensées par l'Ecole nationale de la Magistrature(ENM) et l'Ecole Nationale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (ENPJJ)
9	Inciter les acteurs intervenant dans le cadre des relations familiales à se référer de façon plus systématique aux référentiels relatifs aux besoins fondamentaux de l'enfant
10	Promouvoir la diffusion d'outils d'information sur la CIDE à destination des acteurs concourant à la protection de l'enfance

Chapitre 3 - Les besoins fondamentaux universels de l'enfant au service de son développement et de son bien-être

Définir ce que seraient les « besoins fondamentaux » de l'enfant et en modéliser l'architecture revient inévitablement à énoncer une anthropologie de l'enfant.

Élaborer une telle modélisation suppose une capacité de synthèse et d'arbitrage, qui a donné lieu à plusieurs types de modèles : le plus connu d'entre eux est la pyramide des besoins d'A. Maslow⁵⁹, qui ne renvoie pas spécifiquement à l'enfant et qui a fait l'objet de nombreuses critiques. Plus près de notre objet, on peut énumérer plusieurs typologies des besoins, élaborées majoritairement par des psychologues, psychosociologues ou pédiatres, celle de M. Kellmer-Pringle⁶⁰, T. Brazelton & S. Greenspan⁶¹, ou encore le paradigme des 12 besoins de J.-P. Pourtois et H. Desmet⁶², pour ne citer que quelques-unes des plus souvent évoquées. Pour autant, ces différentes typologies co-existent sans qu'aucune n'ait fait l'objet de consensus dans la littérature internationale.

Souligner cette absence de consensus n'est pas seulement une question d'ordre technique ou scientifique, mais normative : toute modélisation des besoins fondamentaux de l'enfant - si théoriquement étayée soit-elle - comporte un risque de normalisation de l'hétérogénéité culturelle propre à toute société. Toutefois, modéliser les besoins fondamentaux de l'enfant suppose de porter et d'assumer un certain type de référence.

La rédaction de l'article premier de la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant⁶³ donne un repère significatif, en ayant introduit les « besoins fondamentaux », immédiatement avant le « développement » de l'enfant, terme apparu dans la loi du 5 mars 2007, comme pour mieux préciser que la satisfaction des premiers a vocation à rendre possible le second.

Le recours à la notion de développement n'est pas spécifique au secteur de la protection de l'enfance. On peut même dire qu'elle est devenue quasiment incontournable dès lors qu'il est question d'enfants, qui se caractérisent précisément par leur condition d'« êtres en devenir ». La stratégie nationale pour l'enfance (SNE), élaborée par la France en réponse à une demande du Comité des Droits de l'Enfant, vise ainsi le « développement complet » de l'enfant et de l'adolescent, entendu comme le fait de « devenir un individu relié et capable d'agir en déployant ses capacités et talents »⁶⁴. Dans le champ de l'accueil de la petite

⁵⁹ A. Maslow, 1954, *Motivation & Personality*, New-York, Harper

⁶⁰ M. Kellmer-Pringle, 1980, *Les besoins de l'enfant* (2^e ed.), Paris, La Documentation française

⁶¹ T. Brazelton & S. Greenspan (2000), *Ce dont chaque enfant a besoin*, Paris, Marabout

⁶² J.-P. Pourtois et H. Desmet, 2004, *L'éducation implicite*, Paris, PUF

⁶³ Article L112-3 du code de l'action sociale et des familles

⁶⁴ F. de Singly, V. Wissnia-Weil, 2015, *Pour un développement complet de l'enfant et de l'adolescent*, France Stratégie

enfance, le rapport de S. Giampino⁶⁵ fait du développement entre zéro et trois ans le fil conducteur déroulant « *cinq dimensions primordiales : se sécuriser, prendre soin de soi, se repérer dans ses relations, se déployer et apprendre, se socialiser* » que les professionnels accueillant les jeunes enfants au quotidien ont pour compétence de cultiver.

Si le développement est partout la colonne vertébrale autour de laquelle se pense l'acquisition de capacités associées à la réalisation de l'individu – adulte ou enfant – chaque contexte amène à positionner et dimensionner cette notion différemment, eu égard aux enjeux et priorités du domaine considéré. Le « développement complet » du jeune de la SNE est peu dimensionné parce qu'il s'agissait d'affirmer des principes pour réarticuler et améliorer les politiques publiques. En l'occurrence, les orientations proposées visaient à offrir précocement à tous les jeunes des opportunités de pouvoir s'expérimenter en tant qu'individus singuliers, forgeant leurs capacités et mettant en valeur des talents uniques, tout en étant préparés à s'engager collectivement pour œuvrer au bien commun.

Dans le domaine de l'accueil des jeunes enfants, le développement est dimensionné plus précisément, car il s'agit de définir les compétences professionnelles les plus adéquates à l'accueil de tout-petits. Il s'agit en effet que des bébés profitent au mieux d'une socialisation précoce marquée par des contraintes fortes (liées à des collectifs importants d'enfants, une séparation précoce de bébés âgés de 10 semaines du milieu familial pendant une longue durée journalière), associées à des opportunités spécifiques (richesse de contacts, de stimulations, de compétences, d'espace, de matériels).

La politique publique de protection de l'enfance a pour enjeu le développement de l'enfant. Sa priorité est d'intervenir dans les familles lorsque le développement de l'enfant y est « compromis » ou risque de l'être c'est-à-dire lorsque divers contextes contribuent à l'absence de satisfaction de certains besoins désignés comme « fondamentaux », donnant à craindre pour la survie physique ou psychique des enfants.

Les acteurs de la démarche ont retenu comme principe qu'une société fixe comme exigence de base pour l'ensemble de ses membres - et au premier chef pour les plus vulnérables d'entre eux - le fait qu'ils puissent poursuivre leur développement sans perdre la possibilité de devenir un jour des adultes autonomes.

Maurice Berger, auditionné dans le cadre de la démarche de consensus, a résumé cet enjeu sous la forme d'un triple A :

« J'ai fait le rêve d'une société qui garantirait à chaque enfant de pouvoir le protéger de manière à ce qu'il puisse *apprendre* pour pouvoir un jour travailler et s'assumer, à ce qu'il

⁶⁵ S. Giampino, 2016, Développement du jeune enfant, Modes d'accueil, Formation des professionnels, Rapport remis à L. Rossignol

puisse *s'affirmer* positivement sans attaquer les autres, et à ce qu'il puisse *appartenir* à des groupes, accepté et reconnu pour qui il est ».

La connaissance du devenir des enfants ayant relevé de la protection de l'enfance montre, à travers les travaux existants cités en introduction, qu'aujourd'hui ce rêve ne s'est pas réalisé pour tous, loin s'en faut. Se doter d'un cadre de références permettant d'appréhender plus finement et de manière plus consensuelle les « besoins fondamentaux » de l'enfant ne renvoie pas à une ambition du « risque zéro », mais à la volonté de mieux assurer une sorte de minimum vital d'humanisation à ceux qui seront les adultes de demain, mais qui, en attendant, sont aujourd'hui les plus dépendants, les enfants.

Pour autant, viser une protection plus efficiente des enfants n'empêche pas de déployer des stratégies de prévention. S'il est un résultat consensuel, confirmé au gré des revues de littérature, c'est que les stratégies de réparation sont plus coûteuses et moins efficaces que les stratégies préventives. Définir une classification des « besoins fondamentaux » des enfants qui puisse avoir valeur de référence, et de référence partagée quels que soient les secteurs d'activité concernés (éducatif, social, médico-social, soins, justice, etc.), constitue un outil prometteur pour travailler à la fois à une plus grande efficacité du dispositif de protection de l'enfant et à un meilleur ajustement des politiques publiques visant à garantir un socle de nature à ce que les enfants grandissent « suffisamment bien ».

1. Une nouvelle anthropologie de l'enfant et du parent

Les 50 dernières années ont été celles de la découverte du fait que « le bébé est une personne », c'est-à-dire du fait que le bébé est, dès sa naissance et même *in utero*, détenteur de tout un ensemble de compétences, amenant à le reconsidérer d'emblée comme un acteur de son propre développement. Reconsidérer l'enfant, c'était nécessairement reconsidérer le parent et ces années ont aussi été celles de l'expansion des travaux portant sur le *parenting* ou le *care giving*, comme disent les anglo-saxons, de fait les plus gros producteurs des recherches et revues de littérature en la matière. En français, c'est le néologisme de « parentalité », apparu dans les années 1960 qui rend compte de cette mutation au cours de laquelle être parent a cessé d'être strictement une affaire de statut dans l'ordre des générations, ou même de droits et de devoirs pour devenir une question de « compétences » et de « travail psychique »⁶⁶.

L'image du nourrisson, incapable de pourvoir à la satisfaction du moindre de ses besoins et entièrement redevable de sa survie à la capacité des adultes de le nourrir, le vêtir, le laver, le soigner, est à la fois éloquente et trompeuse, en donnant à penser que l'essentiel serait là.

⁶⁶ M. Boisson, A. Verjus, 2004, La parentalité, une action de citoyenneté, Une synthèse des travaux récents sur le lien familial et la fonction parentale (1993-2004), Dossier d'études CNAF 62

Pourtant, c'est déjà en se penchant au-dessus du berceau des enfants « institutionnalisés » et de leur sort peu enviable, que les précurseurs de la période d'après-guerre ont montré que la satisfaction des « besoins vitaux », si indispensable qu'elle soit, est insuffisante. On se souviendra du concept d'« hospitalisme », développé par R. Spitz⁶⁷ pour désigner le syndrome développé par les nourrissons dont la prise en charge satisfait les besoins physiologiques, mais sans l'engagement relationnel d'un adulte identifié et stable auprès de l'enfant. Spitz constate que ces bébés évoluent vers un état de détresse réversible s'il ne s'éternise pas (la « dépression anaclitique » du nourrisson), puis de marasme, physique et psychique qui se conclut par la mort pour plus d'un tiers des 123 bébés observés.

Les améliorations de la prise en charge en orphelinat et en pouponnière rendues possibles par la diffusion de ces travaux ouvriront sur de nouveaux questionnements recherchant à distinguer dans l'état de l'enfant ce qui relève des effets de l'institutionnalisation faisant suite à la séparation d'avec les parents, des effets de la quasi absence de soins parentaux avant le placement⁶⁸ :

« Beaucoup d'enfants arrivent à la Fondation pour des motifs qui impliquent une vie antérieure déjà anormale, emprisonnement ou internement d'un des deux parents, déchéance des parents, mère seule, insalubrité du logement ou même absence de domicile fixe, abandon de l'un des parents. On conçoit les déficiences et les anomalies du développement physique et psychique de ces enfants ballottés d'hôpital en institution, n'ayant eu de leur famille que des soins matériels médiocres, peu d'affection et en tous cas jamais de sécurité et de stabilité »⁶⁹.

D. Rousseau & P. Duverger⁷⁰ concluent en quelque sorte cette série d'observations par un retournement du concept initial, puisqu'il est question d'« hospitalisme à domicile ». Ils montrent en effet que les conséquences délétères dues à l'absence d'investissement des enfants en institution peuvent se retrouver à l'identique au domicile, soulignant que ce qui est en jeu pour l'enfant ne se trouve pas prioritairement dans les conditions de vie matérielle, mais dans la forme de relations que les adultes engagent avec lui. Ils montrent aussi que les négligences peuvent perdurer en dépit du suivi des travailleurs sociaux, qui paradoxalement ne peuvent les constater, leur présence ayant pour effet d'« animer » temporairement enfant et adultes et de rendre peu perceptible la réalité de leur quotidien.

⁶⁷ R. Spitz, 1947, De la naissance à la parole, Paris, Puf, (trad. 1968)

⁶⁸ E. Pickler, 1975, « Manifestations actuelles du syndrome d'hospitalisme dans les pouponnières », in Coq héron, n°53

⁶⁹ Aubry, 1965, La Carence des soins maternels, deuxième édition, Paris, Denoël

⁷⁰ D. Rousseau, P. Duverger, « L'hospitalisme à domicile », *Enfances & Psy*, 1/2011 (n° 50), p. 127-137.

2. La définition d'un « méta besoin » : le besoin de SÉCURITÉ

2.1 Le « méta besoin » : un concept développé par l'école canadienne

C. Lacharité, L. Ethier & P. Nolin, désignent le méta besoin plus concrètement comme « le besoin de disposer d'au moins un adulte investi du souci de l'enfant et de ses besoins », position confortée par l'ensemble des acteurs au cours de la démarche.

« Toutefois, un besoin particulier dans ce domaine semble faire consensus, autant dans la communauté scientifique internationale que dans la plupart des sociétés occidentales et occidentalisées. 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** (Brazelton, Greenspan, 2000 ; Crittenden, 1999 ; Hrdy, 2000 ; Rohner, 1987, cité dans Lacharité, Ethier & Nolin). En fait, il s'agit d'un « méta-besoin » 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. (...) En d'autres termes, **les enfants ont besoin que les adultes de leur entourage immédiat aient une « théorie implicite » de leurs besoins⁷¹** ».

Les auteurs définissent ce besoin comme « méta », c'est-à-dire de « surplombant » tous les autres besoins, en ce sens qu'il en constitue un pré-requis, une base. L'existence d'une « théorie implicite des besoins de l'enfant » implique en effet que l'adulte ait une représentation du fait que *l'enfant a des besoins* et des besoins différents, mais aussi que c'est à lui, *l'adulte*, qu'il incombe d'y répondre.

Les travaux de la démarche ont abouti à un consensus, celui de définir ce méta besoin comme étant le besoin de SÉCURITÉ.

2.2 Le besoin de SÉCURITÉ comme méta besoin

Le méta besoin de SÉCURITÉ a trois dimensions : le besoin *princeps* affectif et relationnel qui fera l'objet d'un développement ultérieur dans ce chapitre, les besoins physiologiques et de santé et le besoin de protection.

2.2.1 Les besoins physiologiques et de santé

L'enjeu est le maintien du corps en vie et en santé, de manière à ce que des problématiques de santé ou de handicap ne constituent pas une entrave au développement des capacités et habiletés de l'enfant. La santé de l'enfant relève de la responsabilité des parents d'une part,

⁷¹ C. Lacharité, L. Ethier & P. Nolin, 2006, op. cit.

des soignants d'autre part, lesquels ont les compétences pour informer et accompagner les familles dans un « savoir prendre soin de soi » (accès à l'information sensible : nutrition, sexualité, dépendances diverses – écrans, produits, etc).

La satisfaction des besoins physiologiques, sous bassement 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.

2.2.2 Le besoin de protection

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 préjudice susceptibles d'être causés par les dangers de son environnement extérieur et/ou de son environnement domestique.

2.2.3 Le besoin de sécurité affective et relationnelle

On en vient maintenant à la sécurité affective et relationnelle que nous introduisons par l'état des connaissances relatives principalement à la théorie de l'attachement et aux neurosciences.

Les apports de la théorie de l'attachement au service du développement de l'enfant

Prendre acte des travaux depuis l'après-guerre, saisir cette anthropologie contemporaine de l'enfant et du parent, et surtout pouvoir saisir ce qui est en jeu dans les situations de protection de l'enfance, suppose de donner une place, dans la définition des besoins fondamentaux, à ce « besoin de SÉCURITÉ ».

On comprend mieux ce qui est jeu en se référant à l'expression anglaise de *care giver*, qui renvoie à un « prendre soin » de l'enfant, excédant les « bons soins » physiques ou mêmes psychologiques et désigne la préoccupation de l'adulte dont l'attention est tendue vers l'enfant dont il a le souci : *to care about* ou *for* en anglais signifie qu'on est concerné, touché par quelque chose qui nous importe. Désigner l'adulte comme *care giver*, c'est signifier que « tout compte » : les pratiques de soins au sens large (sens du faire), l'engagement de l'économie corporelle et affective de l'adulte (sens affectif), le sentiment de responsabilité éprouvé par l'adulte par rapport à son rôle dans le bien-être et l'éducation de l'enfant (sens éthique moral)⁷².

Pourquoi insister sur le fait que le *care giving* relève d'un engagement de toute l'économie personnelle de l'adulte, économie du geste, économie affective et morale ? Parce qu'il s'agit de reconnaître qu'il s'agit d'un travail particulièrement exigeant qui ne peut s'accomplir que sous certaines conditions, sur lesquelles on reviendra. Et parce que souligner cela, c'est affirmer quelque chose de la nature du bébé et de son besoin qui requiert de s'émanciper d'un certain adultomorphisme au sens où, s'agissant du bébé, la distinction entre physiologique et psychologique n'est pas opérante. L'adulte entretient un rapport excentrique avec son corps : il a un corps auquel il ne se réduit pas, s'identifiant spontanément comme conscience saisissant sa propre individualité comme corps et esprit. A l'inverse, le bébé entretient un rapport concentrique avec son corps : il est son corps, au sens où c'est à travers le corps sensible qu'il développe progressivement sa conscience de lui-même. Qui plus est, ce saisissement progressif de soi ne se fait pas directement (le corps « générant » en quelque sorte la conscience), mais par l'intermédiaire d'un autre, particulièrement proche, qui se prête à lui, en mettant toutes ses ressources, physiques et psychiques, à la disposition du bébé. Le bébé peut penser et se penser uniquement parce qu'il l'apprend en s'appuyant sur un autre qui pense et qui le pense.

C'est ce que D. Winnicott⁷³ a théorisé à travers le concept de « préoccupation maternelle primaire⁷⁴ », pour désigner le maternage à la fois comme un travail exigeant et comme une prise de risque, consistant à se mettre dans une position un peu folle d'hypersensibilité empathique à l'égard du bébé, de manière à deviner/ressentir ses besoins et y répondre de la manière la plus ajustée. C'est cette présence concernée qui permet à l'adulte d'adopter un *holding* (portage) et un *handling* (maniement, toucher) qui « soutient » le bébé, physiquement – au sens où il ne se sent ni tomber, ni « écrasé » par la gravité – et psychiquement – au sens où, étant « porté », le bébé peut évoluer « à hauteur d'hommes »

⁷² Compte tenu de la richesse de significations de l'expression anglaise de *care giver* (du fait qu'il ne renvoie pas au genre et ne désigne pas la mère comme prioritairement responsable de l'enfant, qu'il ne renvoie pas non plus au registre biologique du lien, en soulignant que c'est l'engagement de l'adulte qui crée un lien d'affiliation de qualité) on privilégiera ce terme dans le cadre du présent document

⁷³ D. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, 1989, Paris, Payot

⁷⁴ Les citations où des auteurs inscrits dans un contexte socio-historique remontant à plusieurs décennies font allusion à la mère comme *care-giver* naturel de l'enfant ont été conservées par respect pour le propos originel. Cela ne reflète aucune position normative des travaux de la démarche sur le genre

et développer ses compétences. C'est donc à partir de la proximité, ou même de la continuité entre le corps sensoriel de l'enfant et la présence sensitive du *care giver* que se construit un « cadre » où le nourrisson vit ses premières sensations et expériences, auxquelles, à travers sa relation avec l'adulte, il apprend à donner un sens lui permettant de s'organiser. Si l'on parle de « dialogue tonique » entre le bébé et son pourvoyeur de soin, c'est bien parce que le corps à corps est un langage, matrice des significations et des mots futurs.

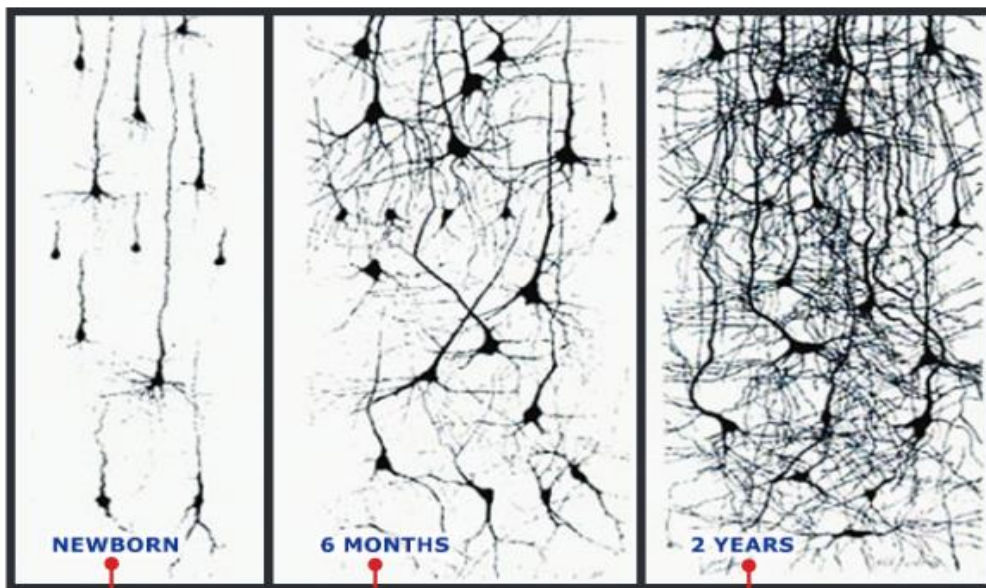
La théorie de l'attachement⁷⁵ fait partie des travaux qui ont contribué à transformer profondément le regard sur le nouveau-né, en montrant que très précocement, le bébé mobilise un certain nombre de comportements réflexes pour chercher à rapprocher les personnes dont sa survie dépend. Cela a pu donner lieu à une compréhension de cette théorie très axée sur le lien affectif, alors qu'elle l'est tout autant sur le développement. Bowlby et ses successeurs ont montré que c'est en expérimentant le fait qu'en cas d'appel, il pouvait compter sur la présence réconfortante de l'adulte que le bébé pouvait acquérir un sentiment interne, l'autorisant à s'éloigner pour déployer ses comportements d'exploration. Sous l'angle de la théorie de l'attachement aussi, le développement humain est toujours d'abord un développement d'ordre relationnel.

La confirmation par les neurosciences de la théorie de l'attachement

On aurait pu penser que l'ensemble des travaux pionniers retracés brièvement ci-dessus, pour intéressants qu'ils aient été, soient datés, à l'heure où les neurosciences sont en mesure de montrer le fonctionnement du cerveau en temps réel. Il n'en est rien. Outre le fait que ces travaux précurseurs ont eu une postérité donnant lieu à un enrichissement considérable sans réelle remise en question des fondamentaux, les neurosciences viennent en confirmer la pertinence en les éclairant sous un jour nouveau.

⁷⁵ J. Bowlby, 2002, *Attachement et perte*, volume 1., Paris, PUF

700 700 NEW NEURAL CONNECTIONS PER SECOND



1

The early years matter because, in the first few years of life, 700 new neural connections are formed every second. Neural connections are formed through the interaction of genes and a baby's environment and experiences, especially "serve and return" interaction with adults, or what developmental researchers call contingent reciprocity. These are the connections that build brain architecture – the foundation upon which all later learning, behavior, and health depend.

Image source: Conel, J.L. The postnatal development of the human cerebral cortex. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1959

Source : Center on the Developing Child (2009). *Five Numbers to Remember About Early Childhood Development* (Brief). Retrieved from www.developingchild.harvard.edu

[Traduction française : « Les premières années de l'enfant comptent particulièrement, parce que ce sont les années de la plasticité cérébrale maximale, 700 nouvelles connexions neuronales se forment à chaque seconde dans le cerveau du tout petit. Ces connexions se forment à travers l'interaction des gènes du bébé et de son environnement, spécialement à travers ce qu'on appelle les interactions « serve & return » ou « réactivité contingente ». Ce sont ces connexions qui construisent l'architecture cérébrale – fondations dont dépendront les apprentissages, le comportement et la santé de l'enfant. »]

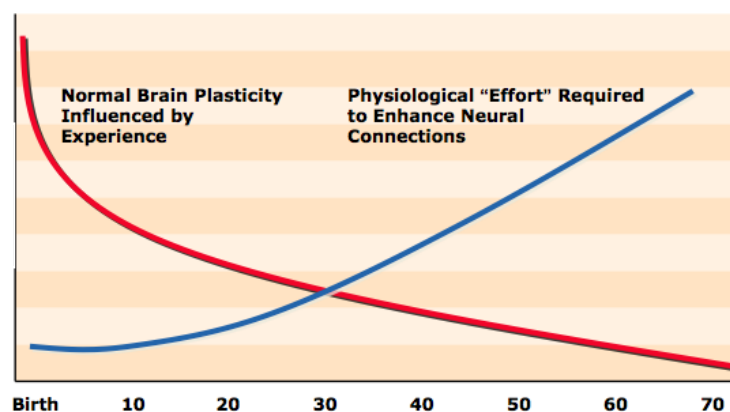
C'est à l'appui des découvertes récentes sur le cerveau et sur la manière dont l'architecture cérébrale se construit dans les premières années de la vie de l'enfant que les communautés de chercheurs ont développé des messages de prévention sur l'importance des interactions « serve & return » ou « réactivité contingente ». Ce qui est désigné par-là, c'est le fait que l'adulte s'engage dans des interactions avec l'enfant, sans se limiter aux injonctions relatives à la vie quotidienne, mais en considérant l'enfant comme un partenaire qui a quelque chose à exprimer, en lui posant des questions ouvertes et en écoutant ce qu'il a à dire. En résumé, il s'agit de cultiver l'enfant comme un être de dialogue.

Les connaissances actuelles soulignent l'importance de l'épigenèse, l'expression du génome étant fortement impactée par l'environnement et les expériences vécues. La conception actuelle de l'approche développementale du cerveau laisse entendre que celui-ci n'est pas linéaire et qu'il offre des moments de fenêtre privilégiés pour acquérir différents types de connaissances et d'aptitudes. L'absence d'expériences essentielles proposées à l'enfant peut avoir pour conséquence des troubles d'acquisition et des perturbations fonctionnelles.

Evoquer les besoins fondamentaux de l'enfant amène inmanquablement à repartir du bébé, parce que de tous les individus, il est le plus dépendant et donc le plus vulnérable, celui dont il importe le plus de discerner les besoins et la qualité de réponse qui y est apportée. Le fait que les statistiques montrent que ce sont aussi les très jeunes enfants qui sont les plus maltraités⁷⁶ donne à penser que c'est aussi sur cette tranche d'âge que la marge de progrès la plus importante est à réaliser :

- ◆ parce que les premiers mois du bébé (de zéro à 36 mois) correspondent à la période où sa plasticité cérébrale est maximale. Les expériences que l'enfant fera dans cette période seront décisives pour la suite, au sens où elles définiront pour beaucoup le potentiel de l'enfant à se développer cognitivement, émotionnellement et socialement, de manière à ce qu'il puisse prendre sa place en société. L'exposition précoce au stress chronique pèse sur les capacités cérébrales de régulation de la rage, de l'anxiété, de l'impulsivité et de l'agression. S'il ne s'agit pas de dire que les distorsions et déficits subis au cours de cette période sont définitifs, il faut en revanche souligner qu'y remédier exige une mobilisation considérable et des arrangements complexes, qui s'avèrent d'une accessibilité et limitée, *a fortiori* dans la période actuelle où les ressources sont contraintes.

Pat Levitt, National Scientific Council on the Developing Child (2009)



- ◆ parce que les premiers mois du bébé sont le moment du tissage du lien, et donc le moment où les aptitudes des *care givers* sont les plus cruciales pour le présent et pour l'avenir, outre les difficultés d'accordage enfant/parents les plus prononcées qui peuvent avoir des répercussions immédiates sur le développement, une bonne

⁷⁶ World Health Organization (WHO) and International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN), 2006, *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*, Geneva

partie des difficultés constatées ultérieurement trouvent leur origine dans un tissage problématique du lien parent-enfant.

- ◆ parce que l'ensemble des personnalités auditionnées (dont les pédopsychiatres, mais pas uniquement), ont insisté sur le fait que cette période critique était la plus méconnue de l'ensemble des professionnels, peu outillés au regard de l'enjeu de la précocité.

Pour l'ensemble de ces raisons, la stratégie la plus économe en souffrance, la plus rationnelle et la plus prometteuse se situe sur des actions de prévention renforcée dans cette période délicate. Le rapport met en conséquence l'accent sur les enjeux cruciaux de la toute petite enfance, en détaillant les connaissances et les recommandations sur cette tranche d'âge, laissant au soin de chacun de les décliner en rapport avec les enjeux propres à chaque âge.

Faire du « méta besoin » le socle d'un *corpus* de référence partagé entre l'ensemble des acteurs intervenant auprès d'enfants suppose de ne pas s'en tenir à l'argumentaire théorique et de descendre à un niveau de précision permettant de saisir concrètement ce qui est en jeu. Qu'est-ce qui définit des interactions suffisamment humanisantes, c'est-à-dire un *care giver* « suffisamment bon » ? On se livrera ensuite à un exercice d'observation de ses compétences pour un jeune nourrisson pour permettre une compréhension technique de la manière dont le développement se construit. Et aussi comprendre comment, lorsque le bébé ne rencontre pas les conditions suffisantes, son développement peut s'en trouver compromis.

Les enjeux concrets de la rencontre

Au vu de l'enjeu, le déploiement plus ou moins possible des comportements d'exploration, la théorie de l'attachement a détaillé de manière concrète les caractéristiques du *care giver* (ou figure d'attachement du bébé) à travers le concept de « sensibilité parentale ». Le *care giver* « 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 *care giver* sensible, assure également une qualité de présence à travers trois exigences : la première, d'ordre « quantitatif », est la *disponibilité* qui suppose que le *care giver* est concerné et attentif aux signes de bébé en continu. La deuxième est la *stabilité* qui suppose que l'ensemble des *care givers* 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.

En résumé, participe au sentiment de sécurité de base du bébé, le fait de disposer d'un petit nombre de *care givers* fortement engagés auprès de lui, disponibles et sensibles, c'est-à-dire attentifs, sachant entendre ses besoins et sachant y répondre de manière adaptée, et qu'il retrouve selon une routine quotidienne.

L'actualisation de ses compétences par le bébé, le socle de son développement

S'identifier à la condition du bébé reste certainement le meilleur moyen de réaliser l'importance de la notion de « sécurité de base », qui peut avoir à passer à l'arrière-plan chez l'adulte. Pour autant, cela ne permet pas tout à fait de prendre la mesure de la réalité du bébé, qui s'affronte à la tâche de devoir « commodatiser les flux sensoriels »⁷⁷, c'est-à-dire apprendre à s'y retrouver dans l'ensemble des *stimuli* qui l'environnent, en les associant et en leur donnant du sens.

S'approcher des conditions concrètes dans lesquelles le nouveau-né peut activement développer ses compétences permet de mieux comprendre non seulement comment le développement se construit, mais aussi que la proximité physique entre le bébé et ses *care-givers* n'a pas seulement une valeur affective, mais correspond aussi à une « nécessité technique ». H. Montagner fait partie des spécialistes de la psychologie développementale qui, dans le sillage de précurseurs tels que Brazelton, s'est intéressé de près au sujet. Il recense cinq compétences principales – 1. l'attention visuelle soutenue, 2. l'élan à l'interaction, 3. les comportements affiliatifs, 4. l'organisation structurée et ciblée du geste, 5. l'imitation – qu'il qualifie de « socle »⁷⁸. C'est en effet en actualisant cet équipement de compétences de base, que le bébé va pouvoir s'engager dans une dynamique de développement exponentielle, l'amenant à la coordination de ses sens, de ses gestes et de sa capacité à donner du sens, et donc au langage, à la régulation émotionnelle et la socialisation.

Une proximité – continuité qui permet de se comprendre...

Ce que Montagner désigne par « **élan à l'interaction** » est l'ensemble des comportements du bébé – écarquille/fixation des yeux, réorientation de la tête, suctions et bruits de

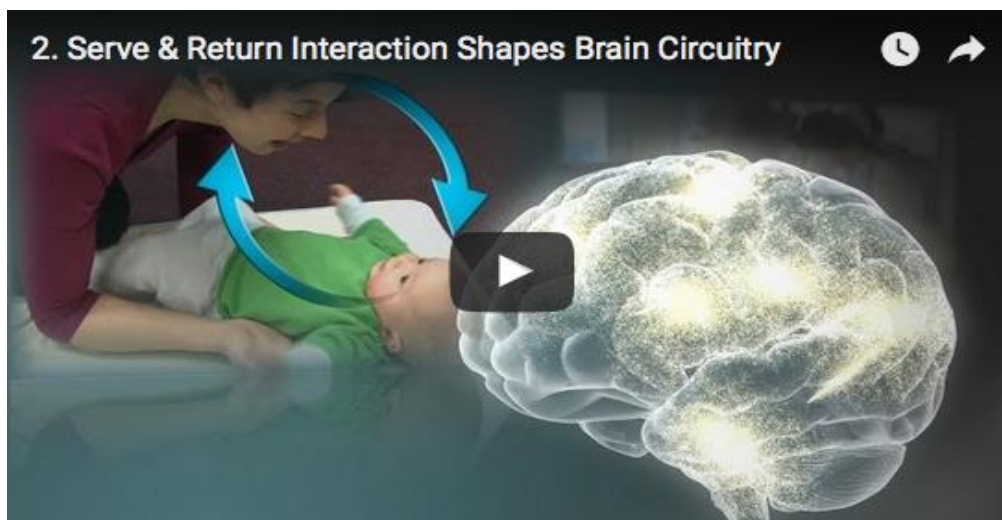
⁷⁷ R. Mascaro-Anssens, 1999, « Modalité d'accueil et de soins des troubles relationnels précoces », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 47 (9), 385-397

⁷⁸ H. Montagner, La prise d'empreinte et l'attachement. Les compétences-socle, in H. Montagner & Y. Stevens, 2003, *L'attachement, des liens pour grandir plus libre*, Paris, L'Harmattan, 37-87

bouche, cris, extension des bras et de la main, agitation des bras, protrusion de la langue⁷⁹, pédalage⁸⁰, etc. – ayant une forte probabilité d’entraîner une réduction de la distance interpersonnelle avec les parents ou un proche significatif et d’induire une réponse en forme de proximité corporelle, assortie de contacts apaisés et apaisants. Ce rapprochement permet aussi que se crée une « bulle de communication intime » où la variété des états psycho-physiologiques du bébé (faim/satiété, veille/sommeil, vigilance/non vigilance, confort/inconfort, bien-être/douleur, etc.) sont plus perceptibles et susceptibles de mobiliser chez le parent des représentations et interprétations favorisant un « accordage ».

D. Stern⁸¹ désigne par « accordage » (*attunement*) l’ajustement des comportements du bébé et de ses proches significatifs, mais aussi les accordages émotionnels, affectifs, et « rythmiques ». Par exemple, le bébé émet un son, l’adulte propose une signification, puis laisse un espace d’écoute pour entendre ce qu’en dit le bébé, etc. L’idée est celle d’une danse, où le ressenti à proximité permet que chacun prenne sa place par rapport à l’autre, au service d’un mouvement partagé.

Les spécialistes de l’observation des bébés parlent d’ « interactions harmonieuses » pour rendre compte de cette fluidité que l’accordage rend possible. Dans l’accordage se joue la reconnaissance du fait que le bébé, sa taille fût-elle réduite, a sa place, qu’il est un partenaire interagissant doté de ses propres moyens d’expression, l’accueil qu’il rencontre l’invitant à s’y engager toujours davantage. Or c’est dans cet engagement que le bébé va pouvoir développer ses compétences.



Source : <http://developingchild.harvard.edu/science/key-concepts/serve-and-return/>

⁷⁹ Mot qui désigne prosaïquement le fait de tirer la langue.

⁸⁰ Montagnier n’y inclut pas les pleurs, susceptibles de traduire des états internes très différents et dont la signification est perçue de manière très variable selon les interlocuteurs et les contextes.

⁸¹ D. Stern, 1982, Some interactive functions of rhythm changes between mother and infant, in M. DAVIS (ed) Interaction rhythms. Periodicity in communication behavior, 101-117, New-York, Human Sciences Press

Les anglo-saxons parlent de « serve & return interaction », au sens où l'enfant « sert » un signal et où l'adulte lui « retourne » qu'il a compris et exprime à son tour une intention, cette expérience étant ce qui permet à l'enfant de connecter ses neurones et de construire des circuits synaptiques synonymes de développement de compétences de plus en plus complexes⁸².

Du regard à la signification, de la signification au message, du message au langage...

S'agissant de « **l'attention visuelle soutenue** », Montagnier rappelle que le bébé est nanti, dès les premiers jours suivant la naissance, de capacités à rechercher spontanément le regard de la mère - d'autant qu'il perçoit la voix de celle-ci « en continuité » de ce qu'il percevait *in utero*, autrement dit, le bébé est attiré par ce qu'il reconnaît – et plus largement d'une capacité à préférer la configuration « deux yeux, un nez, une bouche ». Lorsque ces capacités visuelles du bébé rencontrent l'attention de la mère (ou d'autres membres de l'entourage proche du bébé), celle-ci va accrocher, puis piloter le regard du bébé, entraînant des contacts d'œil à œil de plus en plus durables et fréquents, constituant ainsi des « foyers » qui concentrent l'attention du bébé.

Dans ce cadre relationnel familier et rassurant, le bébé peut commencer à donner du sens au regard, aux expressions faciales des membres de son entourage, combinées avec d'autres informations : bruits de bouche, vocalisation, productions langagières, caresses, baisers, etc. Ce faisant, il développe plusieurs fonctions essentielles : la « communication multicanaux » au sens où le bébé apprend à associer les différentes productions de ses interlocuteurs (visuelles, auditives, tactiles, proprioceptives, olfactives) et à en dégager le « message ». Ce sont donc les bases d'un « **proto-langage** » qui se mettent en place, à travers la capacité du bébé à s'engager et à se retrouver dans un fil d'interactions, capacité qui l'incite à activer un ensemble de processus cognitifs et à en structurer d'autres.

Le bébé apprend ainsi à identifier les différentes personnes de son entourage, chacune représentant une combinaison particulière entre des traits, une voix et des particularités physico-chimiques (texture de peau, sécrétions olfactives). Il apprend également à différencier les émotions exprimées par le regard et le visage de ses interlocuteurs, en lien avec une autre compétence socle, la capacité à « **reproduire et imiter** », à travers laquelle le bébé partage le sens des actes ou vocalisations de son partenaire, mais aussi les états émotionnels ou affectifs qui les sous-tendent, ce qui lui permet d'enrichir son répertoire et d'induire à son tour la reproduction de ses propres manifestations par ses proches.

⁸² <http://developingchild.harvard.edu/resources/three-core-concepts-in-early-development/>

Un univers partagé à partir duquel découvrir le monde...

Le « foyer d'attention soutenue » entre le bébé et ses proches joue donc non seulement sur le développement d'une « *grammaire relationnelle* » chez le bébé, mais aussi sur sa capacité de découverte des « objets » de son environnement. En effet, lorsqu'à partir de l'accroche visuelle soutenue, le bébé ou la mère tourne le regard vers une autre « cible », le partenaire va orienter son propre regard vers ce « tiers », dans une situation d'attention visuelle conjointe, associée à une réorientation de la parole, des vocalisations et des gestes (tendre le bras, la main, pointer du doigt, etc). A partir de cette découverte partagée, le bébé apprend non seulement à discriminer les fonctions d'un nombre croissant de volumes, couleurs, brillances, cinétiques (mouvements), mais aussi la coordination occulo-visuo-motrice, affinée et remodelée au cours des saisies et manipulations des objets présentés par la personne qui partage l'attention visuelle conjointe. Le bébé prend ainsi place dans des interactions complexes où s'enchaînent des séquences d'observation alternée de l'objet, de la main, de la dynamique gestuelle et du visage du partenaire. Ce faisant, c'est la compétence liée à « **l'organisation structurée et ciblée du geste** » qu'il développe, *socle de la saisie et de la préhension*.

La satisfaction du méta besoin est cruciale et se traduit, outre cette qualité de relation entre l'enfant et son *care giver*, par la prise en compte des autres besoins fondamentaux universels de l'enfant.

3. Les autres besoins fondamentaux et universels de l'enfant

Pour chaque enfant, en sus du méta besoin de SÉCURITÉ, les acteurs de la démarche ont défini comme besoins fondamentaux à caractère universel, le besoin d'expériences et d'exploration du monde, le besoin d'un cadre de règles et de limites, le besoin d'identité et le besoin d'estime et de valorisation de soi.

Cette classification est proche de celles retrouvées dans la littérature internationale qui peuvent se différencier par la sémantique retenue mais qui le plus souvent désignent les mêmes enjeux. Chacun de ces besoins est « fondamental » au sens où l'absence de satisfaction de l'un d'entre eux, *a fortiori* de plusieurs, met l'enfant en risque d'en subir un préjudice développemental.

On rappelle que l'esprit dans lequel a été conçue cette classification est que l'ensemble des intervenants puisse avoir à l'esprit les besoins essentiels par rapport auxquels l'enfant doit pouvoir compter sur des réponses suffisamment adaptées des adultes, puisqu'il en va de la possibilité qu'il acquiert les habiletés indispensables à une autonomie et une insertion sociale satisfaisante.

Ce qui permet de juger du niveau des acquisitions de l'enfant ne renvoie pas à de quelconques « normes de comportement », mais à des échelles de développement, existant sur différents formats⁸³, organisées par dimensions d'acquisitions – physique affectif intellectuel et social⁸⁴– qui visent à donner des repères essentiels pour tous les âges. S'il y a un sens à se préoccuper en détails des besoins de l'enfant, c'est en rapport avec son développement, à partir duquel le fonctionnement de l'éco-système de l'enfant est évalué.

Ces besoins appellent donc un certain type de réponse des adultes, dont au premier chef, les parents. Ainsi, il nous est apparu essentiel d'en préciser les enjeux quant à la qualité de la réponse appropriée requise au service du développement de l'enfant.

L'appui sur la classification des besoins et les niveaux de développement de l'enfant sont de nature à servir de support de dialogue avec les parents. Ainsi, l'esprit de la démarche est de voir ensemble, en s'appuyant sur les forces de l'enfant et de ses parents, comment chacun, par une meilleure compréhension des objectifs, des valeurs, des contraintes et des difficultés des autres, peut ajuster son action, y compris en mobilisant de nouvelles ressources (dont l'échange et la confiance entre « partenaires » font partie au premier chef). Sans dessaisir les parents de leurs prérogatives, l'idée est bien celle de « communautés éducatives », mobilisées autour d'enfants et de jeunes exprimant des difficultés plus ou moins graves et persistantes. C'est l'analyse et le plan d'action retenus lors de ce moment de travail (incluant l'enfant, ses parents et les partenaires concernés) qui permettront de décider si l'enfant a des besoins, si ce ou ces besoins nécessitent une orientation vers des prestations, services ou prises en charge particuliers, dans quels délais et si une analyse plus approfondie est nécessaire, sans pour autant retarder la mise en place des actions jugées nécessaires.

3.1 Le besoin d'expériences et d'exploration du monde

L'enjeu est le développement des compétences motrices, réflexives, expressives et ludiques de l'enfant. Il ne s'agit pas ici de promouvoir la sur-stimulation 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, quel que soit 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.

⁸³ Cf. Ste-Justine en annexe.

⁸⁴ Article L112-3 du code de l'action sociale et des familles

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 dès 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 socio-culturelle, associations sportives et culturelles, etc.). Quels que soient les moyens socio-économiques 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.

3.2 Le besoin d'un cadre de règles et de limites

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'auto-réguler – 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 essai/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 d'être accompagné par l'adulte dans un cheminement** lui permettant d'aller de son émotion vers un comportement socialement acceptable. Réévaluation.
- ◆ 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**.

3.3 Le besoin d'identité

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-même⁸⁵. Le concept de soi comprend tout ce qui a trait à la connaissance de soi, l'évaluation de soi⁸⁶ de même que la description que l'individu pense que les autres font de lui »⁸⁷.

« 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 est⁸⁸ »⁸⁹.

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 personnalité⁹⁰.

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.

Ce besoin d'identité a été identifié comme une des sept dimensions dont l'enfant a besoin pour grandir dans le programme italien « Programme d'intervention pour prévenir l'institutionnalisation (PIPPI) ».

⁸⁵ Shavelson, Hubner, et Stanton 1976

⁸⁶ Héroux et Farrell 1985

⁸⁷ Royer-Mireault, 2011, La contribution de l'enfant à l'évaluation de ses besoins développementaux, Exigence partielle du Doctorat en psychologie, Essai de 3^e cycle présenté à l'Université du Québec à Trois-Rivières

⁸⁸ Buss, 1980

⁸⁹ Royer-Mireault, 2011, Op. cit.

⁹⁰ CIDE, article 8

3.4 Le besoin d'estime de soi et de valorisation de soi

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»⁹¹.

« Une des dimensions du care-giving 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 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 »⁹².

Recommandation et propositions

Recommandation 3 : le méta besoin de SÉCURITÉ : une nouvelle approche des besoins fondamentaux de l'enfant

N° de la proposition	Intitulé de la proposition
11	Veiller à la diffusion et l'appropriation de ce paradigme dans les différentes disciplines concernées par les politiques enfance et famille
12	Disposer d'un réseau périnatalité pluridisciplinaire de proximité consolidé, structuré et formalisé, intégrant les champs somatiques, comme psychiatriques et sociaux, et articulant les secteurs ville-établissements de santé et les acteurs publics et libéraux du territoire pour une approche populationnelle optimale, et une mutualisation des ressources, conformément au nouveau cahier des charges (2015)
13	Consolider le rôle du réseau périnatal en matière de coordination des acteurs et d'animateur de formations communes transversales et d'outils partagés et intégrer dans ces actions de formation les thématiques relatives aux besoins fondamentaux de l'enfant, au développement de l'enfant, à la théorie de l'attachement, et aux situations à haut risque (comme la dépression du péri-partum du côté parental , ou les situations de

⁹¹ T. Brazelton & S. Greenspan (2000), Ce dont chaque enfant a besoin, Paris, Marabout

⁹² G. Schofield et M. Beek, Guide de l'attachement n familles d'accueil et adoptives : la théorie en pratique. Paris : Elsevier Masson, 2011. 536 p.

vulnérabilité comme la prématurité du côté du bébé), susceptibles de compromettre la qualité de « l'accordage » parent-enfant et le développement de l'enfant

14

Systématiser les staffs médico-psycho-sociaux en maternité associant la pluridisciplinarité intra hospitalière (équipe obstétricale, pédiatrie, pédopsychiatrie, psychiatrie adulte) et les acteurs du réseau (médecins de ville, PMI, sages-femmes libérales, services sociaux), pour appréhender et accompagner les situations de vulnérabilité en santé, péri et postnatal précoce, dans le cadre d'une instance de coordination pour un projet individuel et un parcours de soins et établir un rapport annuel d'activité quantitatif et qualitatif permettant de connaître les suites données aux prises en charge

15

Consolider avec l'appui du Comité national d'animation de PMI les compétences des services de PMI et de leurs professionnels (médecins, sage-femmes, psychologues, puéricultrices, éducatrices de jeunes enfants...) :

- ◆ par la formation et l'appropriation d'outils diagnostic à la souffrance du jeune enfant et à la dysparentalité, comme service universel ressource-expert sur les territoires (Echelles de développement, Brunet-Lézine, Echelle de Brazelton, Grille d'évaluation développementale(GED), Echelle d'évaluation de retrait relationnel ADBB de A.Guedeney, Guide d'évaluation des capacités parentales (guide de Steinhauer 0-5ans) etc...),
- ◆ par le développement de programmes diversifiés, d'interventions spécifiques et intensives, en durée et en intensité, d'accompagnement et de soutien à la parentalité (visites à domicile, groupes de pairs, etc..), en intégrant une démarche d'évaluation de processus et d'impact de ces programmes

Chapitre 4 – L’appréhension des facteurs de risque de compromission du développement de l’enfant

1. L’enjeu du « développement compromis » : protéger en priorité de la maltraitance

S’il est une attente légitime à l’égard d’un dispositif qui a vocation à protéger les enfants, c’est qu’il garantisse une certaine efficacité en matière de réponse à la maltraitance. L’expression exacte en vigueur dans la loi française de 1989 à 2007 était celle de « mauvais traitement ». En 2007, le terme est remplacé par celui de « danger », supposé englober les « mauvais traitements » et les situations de « risque ». En 2016, le terme est réintroduit, suite au constat que sa disparition faisait perdre la lisibilité de ces situations. Une modification de l’article L. 226-4 du CASF prévoit dorénavant une troisième condition à la saisine de la justice en vue de protéger un enfant dès lors : « 3° Que ce danger est grave et immédiat, notamment dans les situations de maltraitance ».

Définir la maltraitance a toujours constitué une gageure, compte tenu d’un double enjeu : celui de la survie de l’enfant d’une part, la préservation des libertés individuelles d’autre part. Les situations de la maltraitance sont par excellence celles qui justifient un droit de regard de l’Etat, voire son intervention, y compris sous contrainte, dans la vie des familles. La mobilisation de la puissance publique ne saurait se justifier que dans les cas de nécessité qu’il importe de préciser et ce conformément à la CIDE.

Au tournant des années 2000, dans le contexte de la ratification de la CIDE, l’organisation mondiale de la santé (OMS, 2002)⁹³ et l’organisation des nations unies (ONU, 2006)⁹⁴ ont lancé de vastes concertations⁹⁵ pour parvenir à stabiliser une définition partagée :

Ainsi, « L’abus ou la maltraitance à enfant consiste dans toutes les formes de mauvais traitement physique, émotionnel ou sexuel, la négligence ou le traitement négligent, ou les formes d’exploitation, dont commerciales, résultant en un mal effectif ou potentiel à la santé de l’enfant, à sa survie, à son développement ou sa dignité dans le contexte d’une relation de responsabilité, confiance ou pouvoir ».

⁹³ OMS 2002, World Report on Violence & Health, World Health Organization (WHO) and International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN), 2006, *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*, Geneva; ONPE, 2016, Revue de littérature sur la maltraitance

⁹⁴ Etude mondiale sur la violence à l’encontre des enfants, menée par Paulo Sergio Pinheiro, expert indépendant mandaté par Kofi Annan en 2003, dont les recommandations sont examinées par l’Assemblée Générale des Nations Unies en 2006.

⁹⁵ Il s’agit de consultations mondiales réunissant des représentants de la puissance publique, ONG, experts scientifiques, media et enfants, dans le but dresser un état des lieux et de définir les différentes formes de violences dans leur contexte, d’en documenter les effets, mais aussi de dégager des recommandations organisées en plan d’actions déclinées du global au local

Cette définition reprend des éléments formulés et confirmés dans la littérature scientifique internationale à des fins de diffusion mondiale.

Il s'agit premièrement de la classification de la maltraitance telle que les nord-américains l'ont construite à compter des années 1970. Cette classification qui fait aujourd'hui référence dans de nombreux pays, ainsi que dans les instances européennes et *supra*-nationales est connue sous l'acronyme de CAN pour *Child Abuse & Neglect* et définit quatre catégories de mauvais traitement :

<i>Child abuse</i>	<i>Child neglect</i>
« Mauvais traitements par commission », traduit en français par « violences »	« Mauvais traitements par omission » traduit en français par « négligences lourdes »
<p>1. Maltraitance physique</p> <p>2. Maltraitance psychologique (ou « émotionnelle ») dont le fait d'être exposé à la violence conjugale⁹⁶</p> <p>3. Maltraitance sexuelle</p>	<p>4. Négligence</p>

Source : OMS 2002, *World Report on Violence & Health*

Ce que la classification répertorie, s'agissant des trois premières catégories, ce sont les dimensions constitutives de l'intégrité de toute personne (intégrité physique, sexuelle, psychologique/émotionnelle) ainsi que les actes commis de manière « transgressive » dans la mesure où ils portent atteinte à une ou plusieurs de ces dimensions.

La négligence, qui apparaît comme quatrième catégorie, constitue l'autre versant du Child Abuse and Neglect, celui de la maltraitance par omission, à savoir l'absence de mobilisation de l'adulte dont dépendent le présent et l'avenir de l'enfant. Invisible et souvent oubliée, la négligence a néanmoins pour enjeu la survie, la sécurisation, l'éveil, l'estime de soi et l'éducation de l'enfant.

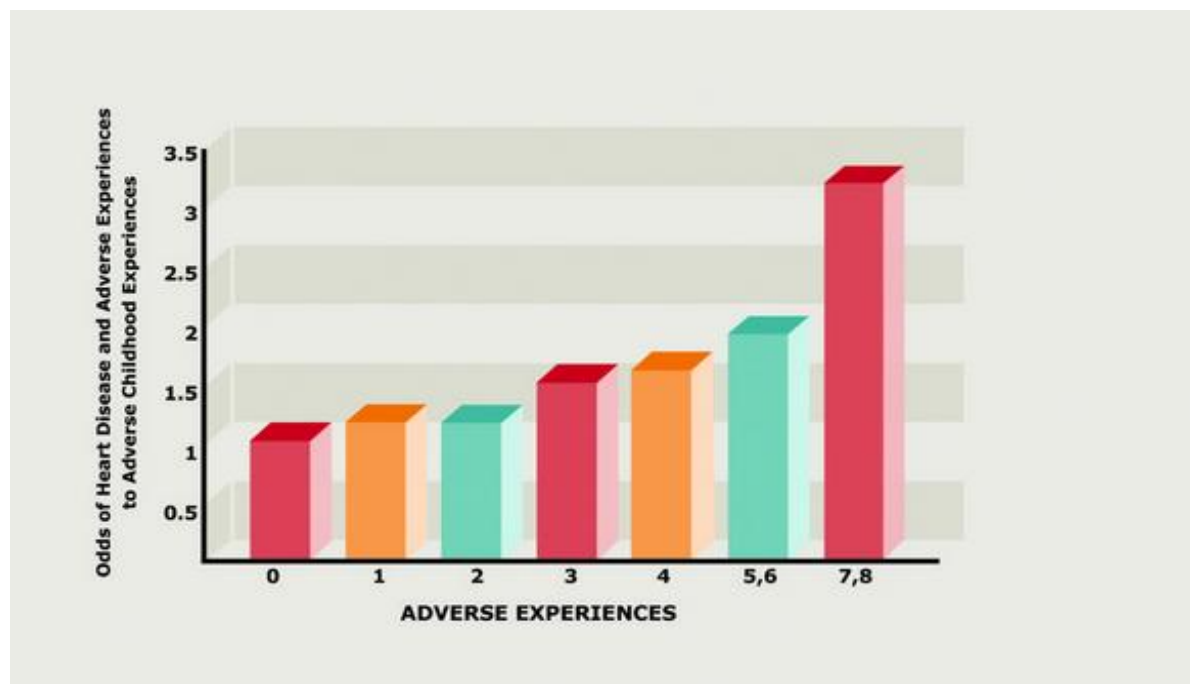
⁹⁶ La reconnaissance des effets sur l'enfant de l'exposition à la violence d'êtres qui lui sont très proches (effets qui peuvent être identiques à ceux causés par des maltraitements ciblant l'enfant) consacre la prise en considération de la spécificité de construction propre au sujet enfantin : il s'agit en effet de reconnaître l'impact d'une violence qui ne le touche pas et ne lui est pas adressée, mais qui porte des atteintes graves aux adultes dont il dépend, physiquement, affectivement et psychologiquement.

La définition de la maltraitance selon l'OMS ne retient pas le critère de l'intentionnalité de l'auteur.

Il y a deux raisons à cela. La première tient à la nature particulière de la relation entre l'adulte et l'enfant : si le premier peut légitimement exercer une autorité (« responsabilité » et « pouvoir » dit le texte) sur le second, c'est *dans l'intérêt de l'enfant qui dépend totalement de lui*. C'est la raison pour laquelle les non-actes sont englobés dans la maltraitance, quand bien même il s'agit de n'avoir pas fait, ce qui semble très difficile à raccorder à une quelconque notion d'intentionnalité.

La seconde raison tient à l'enjeu du dommage causé par les actes ou les non-actes de l'auteur c'est-à-dire aux conséquences pour la vie de l'enfant. Si la définition précise que le mal peut être « effectif » ou « potentiel », c'est moins par zèle préventif, que lié au grand nombre de situations où les enfants évoluent dans des situations de cumul de risques donnant de sérieuses raisons de craindre pour leur « santé », leur « survie », leur « développement », leur « dignité ». La notion de « risque » est ici à prendre au pied de la lettre : « une probabilité que le danger se réalise ». Or, on peut penser que la préservation de l'enfant, parfois de sa vie, le plus souvent de son intégrité, puisse légitimement être ce qui ne saurait tolérer aucune prise de risque.

Si l'OMS est mobilisée, c'est que 20 ans de recherche internationale montraient déjà dans les années 2000, et sans démenti jusqu'à aujourd'hui, que les effets de la maltraitance sont associées à une sur-mortalité et une sur-morbidité, de l'enfance à l'âge adulte.



Source : Dong et al. (2004)

Les expériences précoces modèlent le fonctionnement cérébral et organique, avec des effets à long terme, non seulement sur le développement cognitif et émotionnel, mais sur la santé physique également. Un nombre croissant de travaux relie maintenant les expériences marquantes d'adversité vécues au cours de l'enfance à une augmentation des risques de problèmes de santé à l'âge adulte, incluant le diabète, l'hypertension, l'infarctus, l'obésité, de même que certaines formes de cancer. Le graphique ci-dessus montre que les adultes qui ont expérimenté entre 7 et 8 expériences adverses au cours de leur enfance ont une probabilité trois fois plus élevée de souffrir d'une maladie cardiovasculaire à l'âge adulte. Or, l'expérience la plus marquante est sans conteste la maltraitance, à laquelle sont plus exposés les plus jeunes : entre la naissance et trois ans, 16 enfants pour 1000 en sont victimes⁹⁷.

La difficulté inhérente à la définition de la maltraitance ne tient pas tant, comme on l'entend souvent, au fait qu'elle serait « trop englobante » s'agissant de la définition littéraire de l'OMS ou « trop réductrice » s'agissant de la classification de CAN, qu'au fait que sa compréhension requiert d'avoir un minimum de connaissances sur la réalité du phénomène. Il en va de même s'agissant du lien entre lutte contre la maltraitance et préoccupation relative aux besoins fondamentaux de l'enfant, qui ne relève peut-être pas de l'évidence.

Négligence et besoins fondamentaux

La préoccupation pour la satisfaction des besoins fondamentaux de l'enfant est étroitement liée à la forme la plus préjudiciable de maltraitance qu'est la négligence (effets délétères sur la santé, productrice de déficience et de handicap), qui est aussi la plus fréquente quantitativement. Pour autant, le fait qu'elle se manifeste comme une *absence de comportement* ou de *pratique des parents* la rend difficile à percevoir comme maltraitance, c'est-à-dire productrice d'effets nocifs sur le développement de l'enfant. En pratique, elle reste invisible ou minimisée : désignée en France comme « carence de soins » ou « carence éducative », elle peut être pointée, sans être suivie de mesures permettant de contrecarrer ses effets tangibles, qui ne lui sont pas rattachés causalement⁹⁸. L'identification de la négligence nécessite donc l'élaboration d'une modélisation des besoins de l'enfant, afin d'une part, de repérer ceux qui ne sont pas ou sont insuffisamment satisfaits. D'autre part, de pouvoir y remédier, en prodiguant les réponses urgentes dont le développement de l'enfant dépend, et en mobilisant les parents dans un travail commun autour de la perception de ce dont l'enfant a besoin.

⁹⁷ <http://developingchild.harvard.edu/resources/five-numbers-to-remember-about-early-childhood-development/>

⁹⁸ N. Garret-Gloanec, A.-S. Pernel, « Conséquences des négligences parentales sur les bébés », *L'information psychiatrique*, 3/2012, Volume 88, 195-207

Violences et besoins fondamentaux

Les situations de violence sont également liées à la question des besoins fondamentaux, de deux manières.

D'une part, parce que les situations de violence sont très souvent associées à des négligences. Les recherches montrent que la plupart du temps, les situations de maltraitance qui sont identifiées sont celles qui sont chronicisées et présentent un cumul de formes de maltraitance - ce qui permet d'ailleurs de comprendre que l'état des enfants protégés soit aussi dégradé.

D'autre part, comprendre la nature du préjudice subi par l'enfant maltraité nécessite de disposer de modèles théoriques rendant compte de ce dont l'enfant a besoin en situation « ordinaire », ce qui renvoie à une modélisation de ses besoins fondamentaux. C'est à partir d'une connaissance des besoins fondamentaux de l'enfant que peut s'opérer une analyse de la distorsion de la « réponse » des parents (qui peut aussi être une absence de réponse, ou une pratique qui est une réponse aux besoins des parents et non de l'enfant) et une élaboration des « besoins spécifiques » de l'enfant. Par « besoin spécifique », il faut entendre aussi bien un besoin de compensation des besoins fondamentaux laissés sans réponse, qu'un besoin de réparation renvoyant notamment à des exigences de soins et de prise en charge permettant de diminuer, idéalement résorber les effets du préjudice subi (désensibilisation à la douleur, psychotraumatisme, phénomène d'emprise, attachement désorganisé, troubles du comportement, auto-agression, pathologies mentales diverses, etc.).

Appréhender les facteurs de risque de compromission du développement de l'enfant sous-tend :

- ◆ de disposer d'une théorie implicite sur les besoins de l'enfant,
- ◆ d'avoir la connaissance des contextes de négligence, violence et maltraitance,
- ◆ de disposer d'une grille de lecture pour appréhender les besoins de l'enfant et l'impact sur son développement quand ses besoins sont compromis.

2. Les problématiques associées à un fort risque d'altération de la sensibilité parentale

Observer en détail l'actualisation de ses compétences par le bébé, montre à la fois combien chacune est cruciale, et comment elles interagissent dans une dynamique d'ensemble, engageant le bébé dans le développement fulgurant des premières années. Le prérequis essentiel est l'existence d'un cadre relationnel de « qualité suffisante » qui correspond, dans la plupart des cas, à l'ordinaire des relations familiales.

Il existe cependant des situations où ce cadre relationnel ne se construit pas, ou pas suffisamment, parce que les adultes sont aux prises avec des difficultés de vie, ou de nature

à leur poser des problèmes dans l'exercice de leur parentalité. Il s'agit des quatre problématiques surreprésentées dans les situations de mineurs protégés parce qu'associées à une altération significative de la sensibilité parentale^{99 100} :

- ◆ les troubles en santé mentale,
- ◆ les addictions et toxicomanies,
- ◆ les violences conjugales,
- ◆ la déficience intellectuelle.

S'il ne s'agit en aucun cas de stigmatiser ces populations qui affrontent déjà une adversité considérable, souvent depuis l'enfance, il est en revanche indispensable d'avoir à l'esprit la réalité des répercussions que ce type de problématique peut avoir sur la capacité de parentage des adultes. Être affecté d'un trouble de santé mentale ou d'une déficience intellectuelle, avoir un partenaire violent ou être dépendant de toxiques, c'est, en règle générale, éprouver un niveau de souffrance élevé (sentiment de dévalorisation ou d'indignité, d'impuissance, voire de désespoir) et être confronté à des problèmes de fonctionnement (difficultés d'organisation, à gérer ses émotions, à agir de manière efficace et fiable)¹⁰¹. Ceux-ci sont susceptibles de générer d'autres problèmes (d'insertion dans le travail et d'isolement social, notamment), exerçant un effet péjorant par privation de ressources et de soutien et venant renforcer la souffrance, avec un risque de dégradation de la situation.

Or, la parentalité consiste, cela a été dit, en un travail extrêmement exigeant - en empathie, en qualité de présence et en efforts pour prioriser les besoins de l'enfant sur les siens – d'ailleurs souvent vécu comme éprouvant, même lorsque les adultes n'affrontent pas de difficultés particulières. Il n'est donc pas surprenant d'observer que les difficultés significatives de vie majorent le « coût d'entrée » dans la parentalité, jusqu'à parfois le rendre inassumable.

L'attraction mutuelle des difficultés lourdes ou « co-morbidité »

La capacité de gestion évoquée plus haut s'avère toutefois moins accessible en situation de cumul de problématiques. Or, c'est bien le cas de figure le plus fréquemment représenté dans les situations de mineurs protégés, où les difficultés familiales sont très souvent multiples et enchevêtrées. On sait qu'il existe une attraction statistique entre ces 4 variables, au sens où l'apparition de chaque difficulté élève la probabilité d'être affecté par les autres¹⁰². Plus le sentiment d'adversité éprouvé par l'adulte est important, plus il

⁹⁹ H. Cleaver, I. Unell, J. Aldgate, 2011, *Children's Needs – Parenting Capacity. Child abuse : Parental mental illness, learning disability, substance, misuse and domestic violence*, London, TSO

¹⁰⁰ E. Corbet, N. Séverac, R. Le Duff, 2016, *Appréciation des situations de maltraitance(s) intrafamiliale(s)*, Rapport de recherche remis à l'ONED-ONPE

¹⁰¹ H. Cleaver, I. Unell, J. Aldgate, 2011, *Op. cit.*

¹⁰² C. Chamberland, S. Léveillé, N. Trocmé, 2007, *Enfants à protéger, parents à aider. Des univers à rapprocher*, Presses de l'Université du Québec

éprouve des difficultés à « faire face » (c'est-à-dire d'auto-régulation), plus il pourra rechercher à compenser en recourant à différentes formes de dépendance, relationnelle et/ou à des produits, avec la conséquence d'enkyster ses difficultés et de générer d'autres problèmes.

Les perturbations dans l'éco-système familial dès la naissance

L'existence d'une, *a fortiori* plusieurs de ces problématiques chez l'adulte a une forte probabilité d'introduire une majoration des difficultés dans l'éco-système familial dès la naissance de l'enfant. Ou du moins, c'est à ce moment-là qu'elles deviennent perceptibles, car elles ont commencé à affecter l'enfant avant, pendant la vie pré-natale.

La consommation de toxiques (alcool, drogues ou médicaments) et la violence conjugale sont en effet des situations qui peuvent retentir sur le bébé *in utero*, en raison de l'absorption des toxiques par le *fœtus*, de l'exposition à la violence dans le ventre de la mère (risque de rupture des membranes, d'hémorragie, de dommage physique ou cérébral, de mort *in utero* ou à la naissance) ainsi qu'à un niveau de stress maternel élevé.

Outre l'augmentation des risques de naissance prématurée et de bébés de petit poids - facteurs qui ont une influence négative sur l'état de santé au cours de la vie - les bébés nés avec un syndrome de sevrage sont des bébés en souffrance : déshydratés, présentant des difficultés d'alimentation, de sommeil, irritables et difficiles à réconforter. Ce sont aussi des bébés susceptibles d'avoir subi des dommages cérébraux, diminuant leurs compétences à la naissance et qui auraient en conséquence besoin de soins particulièrement attentifs.

Or l'énergie de leurs parents est souvent déjà absorbée par leurs propres besoins et les difficultés qu'ils affrontent, diminuant d'autant ce qu'ils peuvent mettre à la disposition de leur tout petit, sans compter que leur perception de l'enfant peut être affectée par leur état. On peut répertorier en trois rubriques la manière dont les difficultés induites par les problèmes des adultes en matière de santé mentale ou déficience mentale, de consommation de toxiques et de violence conjugale altèrent leurs capacités de parentage.

La difficulté de priorisation des besoins

Les quatre problématiques citées ici jouent négativement sur la sensibilité et la disponibilité parentale. S'agissant de la consommation de produits, celle-ci est associée à deux types d'effets tangibles sur le parent ; d'une part ceux associés à la prise de produit – effet de *shoot* et sentiment d'euphorie, état de conscience modifiée et somnolence. D'autre part, ceux liés au sentiment de manque : outre la fixation de l'attention autour d'une nouvelle occasion de consommer le produit, résurgence de problèmes d'anxiété et symptômes physiques, fréquemment associés à des problèmes de sommeil et d'alimentation, l'ensemble retentissant sur l'état de santé. Pour ce qui est de la violence conjugale, il s'agit

d'un facteur de stress chronique qui peut amener, dans le but d'éviter la violence, à prioriser les besoins du conjoint sur ceux de l'enfant, et qui est par ailleurs fortement associé à des problèmes de santé physiques et à un risque majoré de dépression. Dans le cas de parents souffrant de déficience, c'est la complexité des nouvelles tâches liées au parentage qui peut s'avérer excessive par rapport à leurs habiletés : accueillir un bébé requiert en effet de savoir lire et compter, de décrypter les signes et d'offrir la réponse appropriée, de tenir des rythmes, et enfin de remanier ses repères au fur et à mesure que l'enfant évolue ; bref de gérer une multiplicité d'informations pour agir de manière adaptée.

Les parents peuvent donc être insuffisamment disponibles physiquement parce qu'ils gèrent des contraintes liées à leurs propres besoins, ou à ceux de leur conjoint. Ils peuvent aussi être insuffisamment disponibles psychologiquement, en raison des effets des produits absorbés et de leurs sentiments dépressifs, de dévalorisation de soi et d'impuissance, de torpeur, de désintérêt ou de tristesse, associés à un désinvestissement généralisé. Dans ce type de contexte, où l'énergie peut manquer pour effectuer les gestes de la vie quotidienne, elle peut manquer *a fortiori* pour déchiffrer les manifestations complexes du bébé, se concentrer avec lui sur un cube ou même penser à s'adresser à lui ; voire aussi pour répondre à ses « besoins physiologiques ».

Les difficultés de régulation des émotions

La lourdeur des situations et des sentiments qu'affrontent les parents aux prises avec les problématiques que l'on a décrites se traduit fréquemment par des difficultés importantes de régulation émotionnelle. Celles-ci ont tendance à interférer directement avec la manière dont l'adulte perçoit son enfant et s'engage dans la relation avec lui. On sait par exemple que les états psychotiques (liés au *post partum* ou pas) peuvent donner lieu à des visions délirantes de l'enfant comme « possédé » ou persécuteur. On sait peut-être moins que les états dépressifs (majorés par une exposition durable à la violence conjugale) peuvent être associés, non seulement à une moindre disponibilité émotionnelle, mais aussi une irritabilité et des sentiments de colère envers l'enfant. Les personnalités *border line* peuvent avoir des difficultés à faire preuve d'empathie, ce qui retentit inévitablement sur leur sensibilité parentale. Enfin, les problèmes de santé mentale d'une part, la consommation de toxiques d'autre part, sont associés à une instabilité de l'humeur (*a fortiori* dans les cas où les adultes cumulent ces problématiques) s'exprimant par de brusques changements de registres, une forte colère étant par exemple susceptible de succéder à un moment ludique de manière totalement imprévisible.

Dans l'ensemble, plus les parents sont aux prises avec des états émotionnels intenses, plus le risque est fort que l'enfant soit perçu à travers le filtre du mal-être parental, voire parfois considéré comme une partie des causes de ce mal-être, ce qui peut alors être associé à un rejet de l'enfant, s'exprimant par de la colère, de la dureté, de la critique. Outre que les enfants sont chroniquement confrontés à des parents peu accessibles et peu chaleureux, ce

qui ne leur permet en rien d'acquérir une base de sécurité, ils peuvent également affronter l'hostilité des adultes pour lesquels ils apparaissent comme une charge contraignante supplémentaire, voire excessive par rapport à leurs propres difficultés. Or, même si ces attitudes ne sont pas constantes chez les parents, qui par moments peuvent s'efforcer de prioriser les besoins de leur(s) enfant(s), **l'instabilité et l'imprévisibilité des conduites parentales est associée à une hypervigilance chez l'enfant qui ne sait jamais vraiment ce qui peut arriver.**

Procéder à un repérage de qualité, c'est avoir pour objectif d'analyser la qualité « suffisamment bonne » des réponses aux besoins de l'enfant. On sait bien qu'à consommation de produits équivalente ou pathologie mentale de même type, les situations peuvent être très différentes. Au-delà des situations singulières, l'évaluation doit mettre à jour la conscience qu'a la personne des difficultés qu'elle rencontre, de même que les ressources qu'elle peut trouver dans son entourage familial et amical et son environnement (aide des professionnels et services). La question est alors de voir comment ses actes montrent qu'il lui reste (ou pas) un espace psychique pour une « théorie implicite des besoins » de son enfant. Et c'est bien le but du repérage de définir et proposer des mesures de soutien précoce pour préserver, accompagner, voire pallier les difficultés, avant qu'elles ne causent un préjudice trop lourd à l'enfant, ce qui ne ferait que reconduire les difficultés sans apporter aucune plus-value au(x) parent(s).

3. Les effets sur le développement de l'enfant de l'exposition aux violences et/ou aux négligences

Attachement insecure et stratégies défensives chez l'enfant : un risque pour le développement

La théorie de l'attachement est certainement celle qui fournit le modèle le plus intelligible et le plus marquant des effets de la peur sur l'enfant, en montrant à la fois comment l'insécurité « empreinte » ses relations à l'adulte, et le retentissement que cela comporte pour le développement de l'enfant, comme évoqué au chapitre 3.

Dans le cas où l'adulte répond au besoin de sécurité de l'enfant par sa sensibilité et sa qualité de présence, l'enfant a le sentiment qu'il est compris et peut compter sur l'adulte – auquel cas, il a un **attachement « sûr »** (2/3 des cas en population générale). Quant à l'adulte, il est confirmé dans ses capacités par un enfant qu'il vit comme « facile », qui s'apaise et explore, ce qui renforce son narcissisme parental et l'incite à maintenir un engagement source de plaisir.

Lorsque l'enfant n'a pas pu obtenir du réconfort du *care giver* alors qu'il en avait besoin, il a un type d'**attachement « insécure »**, qui s'exprime par deux types de stratégies¹⁰³. Dans le premier cas, on parle d'attachement « **anxieux-évitant** » (20% en population générale) : l'enfant ayant expérimenté qu'il ne peut compter sur son *care giver*, renonce en quelque sorte à activer son système d'attachement, ce qui se traduit par une forme de désinvestissement relationnel, associé à un évitement de la proximité et des affects. Apparemment indifférent, l'enfant est en réalité dans une ignorance active, associée à des émotions de l'ordre de la colère. Dans le second cas, l'enfant montre une détresse importante lorsqu'il est séparé de la figure d'attachement, associée à une recherche de contact à son retour, tout en manifestant du rejet et en demeurant inconsolable ; raison pour laquelle ce type de stratégies est décrit comme « **résistant/ambivalent** » (15% d'enfants seraient concernés). Les sentiments qui semblent dominer l'enfant sont à la fois de colère et de détresse.

Un troisième type d'attachement insécure a été mis en évidence ultérieurement¹⁰⁴, qualifié de « **désorganisé, désorienté** » et qui se retrouve principalement parmi les enfants maltraités et/ou ayant été exposés à des violences, notamment conjugales. Chez ces enfants, les émotions d'angoisse et de détresse semblent dominantes. Des comportements apparemment opposés sont exprimés simultanément (s'approcher avec la tête détournée par exemple), les mouvements semblent incomplets, les affects mal dirigés. Alors que ce type d'attachement se retrouve peu en population générale (10%¹⁰⁵), il est massivement représenté parmi les populations de mineurs protégés (46% d'attachements « sécurés », 42% d'attachements « désorganisés-désorientés », 8% d'attachements « résistants », 4% d'attachements « évitants »¹⁰⁶).

Les effets de l'insécurité vus sous l'angle des neuro-sciences

Les neurosciences permettent d'éclairer ce que les théoriciens de l'attachement ont observé, en montrant à quel point l'absence de relation avec un adulte sensible et fiable met l'enfant dans un état de mal-être physique et émotionnel qu'il vit comme menaçant. Cette menace est associée à une réponse neurologique de gestion du stress, via la sécrétion de cortisol et d'adrénaline entraînant une augmentation des flux sanguin et respiratoire, afin de préparer l'individu à la fuite, l'attaque ou l'inhibition. Or l'activation excessive de la gestion au stress comporte un effet toxique pour l'organisme.

¹⁰³ Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. 1978, Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates

¹⁰⁴ Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J., 1985, Security in infancy, childhood, and adulthood : a move to the level of representation. In I. Bretherton, & E. Waters (eds.): Growing Points of Attachment Theory and Research.

¹⁰⁵ N. Guedeney, L'attachement, un lien vital, Bruxelles, Fabert

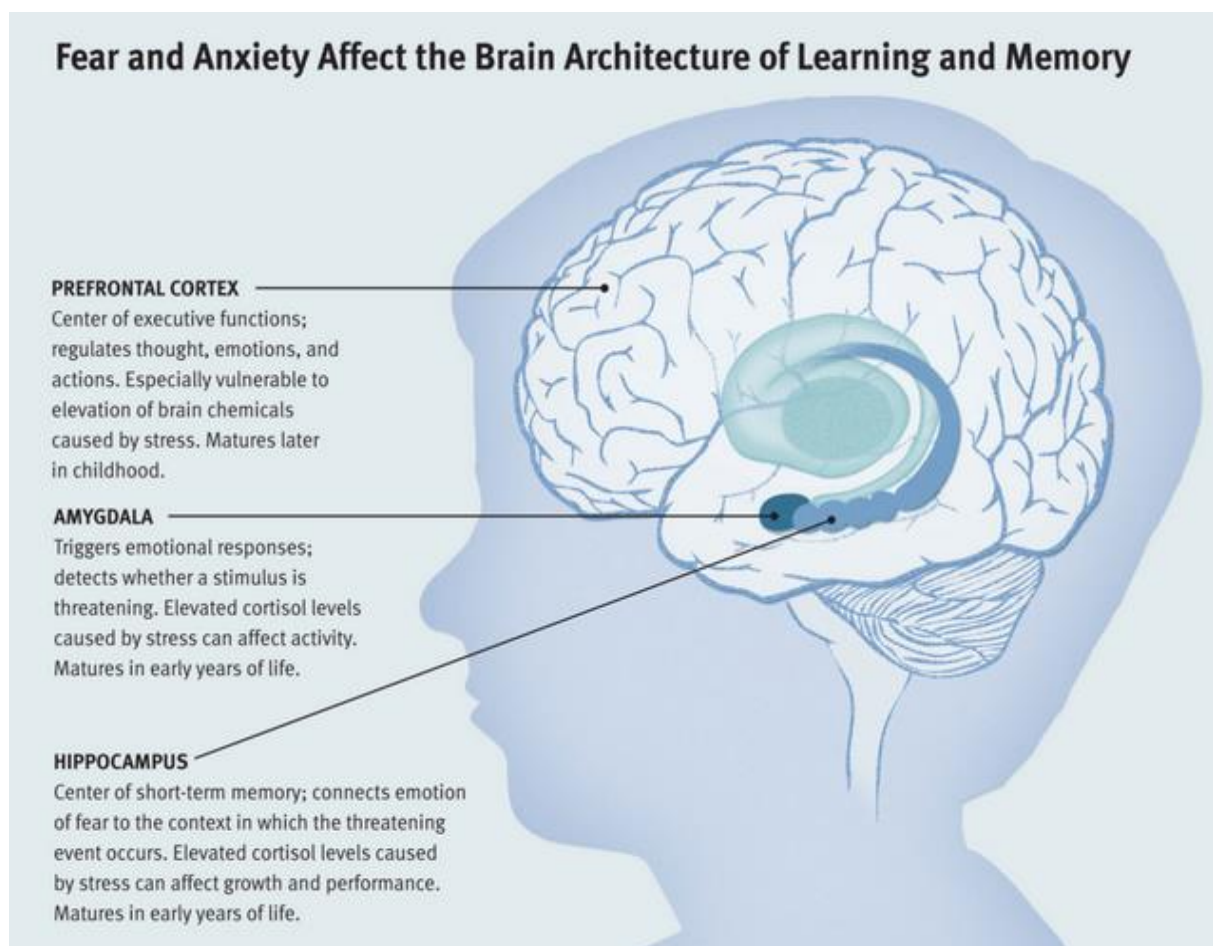
http://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/publication/TA_Lattachement_un_lien_vital_WEB.pdf

¹⁰⁶ N. Savard, 2010, La théorie de l'attachement, une théorie conceptuelle au service de la protection de l'enfance, Dossier thématique de l'ONED

http://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/dossierthematique_theoriedelattachement_5.pdf

Quand l'absence de réponse de l'adulte est persistante, le stress mobilise chroniquement l'organisme qui s'épuise, avec des effets péjorant sur la santé :

- ◆ perturbation du développement cérébral, notamment dans le traitement de l'information, augmentant le risque de désordres de l'attention, des émotions, de la cognition et du comportement,
- ◆ altération du développement du système biologique de gestion du stress, générant un risque accru de problèmes anxieux, dépressifs et cardiovasculaires, ainsi que d'autres problématiques de santé à l'âge adulte,
- ◆ risque significatif de difficultés émotionnelles et interpersonnelles, incluant des niveaux élevés de négativité, une faible maîtrise des impulsions et des désordres de la personnalité reliés à de faibles capacités de motivation, de confiance et d'affirmation de soi,
- ◆ faiblesse des capacités d'apprentissage et du rendement scolaire, incluant des déficits des fonctions d'exécution et de régulation de l'attention, un QI peu élevé, des difficultés de lecture et un faible niveau d'étude.



Source : <http://developingchild.harvard.edu/science/deep-dives/neglect/>

Il en résulte des pertes d'opportunité en termes de développement, et ce d'autant plus que l'enfant ne peut compter sur aucune interaction adaptée pour lui offrir de compensation d'où l'insistance sur la nécessité d'interventions précoces et intenses : il n'est pas suffisant de retirer l'enfant d'un milieu négligent pour améliorer ses compétences développementales, mais des interventions thérapeutiques intensives sont nécessaires pour amoindrir l'impact négatif et favoriser la capacité de l'enfant à reprendre son développement¹⁰⁷.

4. Les professionnels : des tiers au service d'une meilleure adéquation des réponses aux besoins fondamentaux de l'enfant

L'approche par les besoins fondamentaux de l'enfant a vocation à s'appliquer universellement et suppose une attention soutenue à l'enfant dans son éco-système. Il s'agit en effet de développer, en proximité avec l'enfant et ses parents, une vision des besoins de l'enfant, en lien avec une évaluation de son développement, dans ses différentes dimensions. Les compétences dialogiques des professionnels, leurs compétences d'observation des capacités parentales en situation, de même que des Interactions entre parents et enfants apparaissent résolument indispensables. On en abordera ici brièvement les enjeux, en continuant à nous centrer sur le bébé, dont les impératifs développementaux sont les plus exacerbés, sachant que ces enjeux valent à tout âge et dans toute configuration familiale.

Une connaissance des compétences du bébé mais aussi des conditions requises pour qu'il puisse les développer amènent la nécessité d'une attention sociale soutenue, au cours de la grossesse, de la naissance, des premiers mois, puis des premières années à l'égard du bébé et de son entourage. Cette période, dite « précoce » qui s'étend jusqu'aux trente-six mois de l'enfant, s'avère cruciale puisque c'est celle où les compétences-socle doivent pouvoir s'exercer pour s'étendre, se complexifier et se structurer, afin que le bébé acquiert les capacités de s'engager dans les expériences nécessaires à la poursuite de son développement. L'attention sociale soutenue vise à repérer, dès qu'elle se manifeste, toute difficulté susceptible d'affecter les compétences du bébé, ou la sensibilité parentale de son entourage proche.

Reconnaître l'enfant comme premier acteur de son propre développement rend attentif à toute difficulté organique, à toute pathologie ou handicap susceptible de limiter, voire d'empêcher la mise en valeur de ses compétences ; c'est d'ailleurs l'objet du suivi médical *ante* et *post* natal. S'agissant par exemple de l'attention visuelle soutenue, le bébé peut s'en montrer incapable et se limiter à un « balayage » sans s'arrêter sur une cible, ou s'y arrêter sans l'explorer, ou refuser de laisser piloter son regard, voire éviter le regard de ses proches. Seule la connaissance fine des compétences du bébé rend possible l'identification de ce type

¹⁰⁷ <http://developingchild.harvard.edu/science/deep-dives/neglect/>

de difficulté, susceptible de s'avérer lourd de répercussions. L'enfant ne peut pas, en l'état, installer, développer et rendre fonctionnels les processus fondamentaux exposés ci-dessus. D'où l'enjeu d'une attention soutenue à sa santé, toute pathologie étant susceptible d'influencer négativement l'accordage entre l'enfant et ses parents : un enfant qui s'engage peu dans l'interaction pour des raisons organiques, risque – en l'absence d'un soutien – d'être un enfant peu stimulé par ses parents, ce qui aura tendance à majorer les effets de ses difficultés initiales.

Cependant, l'incapacité de l'enfant peut aussi être liée à une rencontre plus ou moins problématique avec ses proches, rendant « l'accroche » difficile. Sa faible capacité d'attention soutenue exprime alors un problème d'accordage. De même, lorsque le bébé ne manifeste pas d'« élan à l'interaction » ou que l'adulte n'y est pas sensible – bébé (perçu comme) « passif », détournant le regard, « enfermé » dans des conduites auto-centrées ou d'évitement – l'absence de rapprochement limite chez le bébé la possibilité de donner signification aux mimiques, émotions et « messages » de l'adulte et réciproquement, ne permet pas à l'adulte de sentir/comprendre les besoins du bébé, condition pourtant nécessaire à l'élaboration d'une « réponse » adaptée, c'est-à-dire apaisante.

4.1 Des difficultés parentales ordinaires aux problématiques lourdes

La difficulté d'accordage renvoie à un « différentiel d'attentes » où entrent en jeu *les capacités du bébé, ce que les parents en perçoivent*, de même que *les capacités personnelles des parents à soutenir leur attention au bébé*.

On sait que le fait que le bébé renvoie aux parents une image négative constitue un facteur de risque de maltraitance, majoré dans les cas où les parents sont rendus vulnérables par une situation personnelle qui diminue leurs ressources pour faire face et leur estime de soi, qu'il s'agisse d'un *baby blues*, d'un conflit et/ou d'une rupture, d'un deuil, toutes ces circonstances difficiles étant majorées en situation d'isolement.

Enfin, cela a été évoqué plus haut, les parents qui rencontrent des problématiques chroniques, éventuellement cumulées, induisant des difficultés d'exercice de parentalité (santé mentale, déficience intellectuelle, consommation de toxiques, violence conjugale) sont également à risque de mettre au monde un bébé souffrant de complications néonatales et/ou d'un déficit de compétences en cas de syndrome de sevrage, ainsi que d'avoir une perception de leur enfant marquée par des distorsions importantes.

Le sentiment d'insécurité éprouvé par l'enfant comme par l'adulte, crée des conditions – notamment de distance émotionnelle et sensitive - empêchant l'« accordage » et donnant lieu à des interactions dysharmonieuses, où le parent agit selon ses propres représentations et affects (ou s'abstient d'agir, ce qui s'avère tout aussi problématique), sans lien immédiat avec les besoins du bébé qui se retrouve alors « forcé » (par un parent « fixé » qui agit pour

se rassurer) ou « lâché » (par un parent « absent » qui effectue un parentage mécanique ou s'abstient). Pour le bébé, cela signifie qu'il est livré à un ensemble de sensations pénibles qu'il n'a pas la capacité de réguler et qui sont susceptibles de le déborder :

« A défaut de *holding* suffisant, le nourrisson physiquement et psychiquement immature n'est pas en mesure d'absorber et commodatiser les flux sensoriels parfois incohérents venant de son environnement immédiat... C'est dans ces conditions qu'avant même d'avoir expérimenté le partage sensoriel, émotionnel et psychique avec son partenaire de soins, il peut avoir recours à des mécanismes très primitifs de pare-excitation interne pour s'extraire d'un trop plein d'excitation qui lui est désagréable. Il utilise des moyens extrêmes et divers, allant de l'hypervigilance à l'endormissement ou toute sorte de stratégies de mise à distance ou de fuite (évitement du regard, corporel, auditif...). Tout ceci confirme le rôle de l'adulte qui prend soin du bébé et l'importance de la qualité des expériences rythmiques au sein de cette dyade, qui sont essentiels en début de vie pour que le bébé accède à la commodatisation sensorielle, à l'extériorité de l'objet et au processus d'intersubjectivité primaire »¹⁰⁸.

L'enjeu est alors de pouvoir faire la différence entre les situations de difficultés ordinaires et les problématiques lourdes, ce qui nécessite du temps d'observation et des compétences professionnelles en particulier s'agissant des bébés « éteints » dont les manifestations peu expressives peuvent compromettre les capacités d'identification.

De même, se pose pour les professionnels la nécessité de fonder une vraie légitimité devant ses parents perçus comme eux-mêmes en détresse, fragiles et vulnérables et « insensibles » aux besoins de l'enfant réel en interaction.

4.2 Voir et dire : expertise et posture

A cet égard, il est notable de constater que les professionnels en charge du repérage des « dysparentalités », s'inscrivent le plus souvent dans une intervention de soutien des deux partenaires de la « dyade », le bébé et son parent, dans leur accordage. L'observation du bébé et de ses interactions avec ses proches constitue pour ce faire un outil très praticable qui s'avère riche en informations et présente l'intérêt de pouvoir être partagé avec les parents, permettant assez naturellement de se mettre à « travailler » avec eux autour de l'enfant. Brazelton, qui a contribué à une observation très fine des compétences des bébés¹⁰⁹ souligne ainsi combien il est fécond de s'atteler avec les parents à les rendre lisibles, ce qui permet tout à la fois de les rassurer, de mobiliser ou remobiliser leurs émotions et de favoriser des modes relationnels et des représentations plus sécurisées entre le bébé et ses proches significatifs.

¹⁰⁸ R. Mascaro, C. Dupuis-Gauthier, R. Jardri, P. Delion, 2017, Evaluation des effets du placement précoce du bébé en pouponnière, *Devenir*, vol. 24/2, 69-115

¹⁰⁹ L'échelle de Brazelton d'évaluation des comportements néo-nataux.

Les compétences et la posture mises en œuvre dans l'univers du bébé supposent une posture que les non spécialistes peuvent considérer comme difficilement accessible. Il s'agit en effet de prendre en compte des éléments qui tendent habituellement à être « périphérisés » dans le cours dominant de l'action professionnelle, à savoir les ressentis corporels et émotionnels. Le déchiffrement de ce qui est en jeu dans les interactions entre un tout petit qui ne s'exprime pas par des mots et ses parents qui peuvent eux aussi avoir du mal à mettre des mots sur ce qu'ils vivent, requiert que le professionnel mette à contribution sa propre économie de ressenti pour faire émerger des significations. La sémiologie des interactions entre le bébé et son parent fait appel à une approche plus globale des personnes – incluant le professionnel – où la dimension verbale a une portée limitée, comme le souligne ce pédopsychiatre¹¹⁰ :

« Il fallait tenter de traiter cette défaillance maternelle pour aider les enfants eux-mêmes. Mais comment le faire? Nous sentions bien que « parler » ne suffisait pas, que ces femmes attendaient autre chose (...) Nous avions le sentiment qu'il fallait assister, dans le réel de son vécu quotidien, le couple mère-bébé, lui donner un contenant pour que la parole puisse prendre effet ».

L'intérêt de la clinique autour du bébé est de rappeler que les enjeux ne sont pas d'abord « éducatifs », mais ont trait à des capacités désignées dans ce document par l'expression de *care-giving*, qui lorsqu'elles sont sérieusement mises à mal, renvoient à des défaillances fondamentales. Comment dès lors, accéder à celles-ci, *a fortiori* y remédier par du discours, fût-il « éducatif » ? Winnicott formule comme suit la manière de venir en aide aux mères¹¹¹ défaillantes :

« Il suffit de s'occuper d'elles d'une manière qui reconnaît la nature essentielle de leur tâche ».

Si le « méta-besoin » et les capacités de *care giving* sont le premier enjeu de la relation parents-enfants, il y a intérêt à développer une approche outillante pour aborder les difficultés des parents et soutenir un accordage plus adéquat à répondre aux besoins fondamentaux de leur enfant. A la lecture de la clinique mise en œuvre par les professionnels spécialisés dans le soutien aux adultes qui éprouvent des difficultés de parentage, on retrouve quelques principes d'intervention transversaux.

Dans les propos de Winnicott comme de ceux qu'il a inspirés, on voit qu'il est question de faire, plutôt que de dire, et de faire avec la mère un travail qui s'apparente au travail de la mère, c'est-à-dire en quelque sorte de la porter à la manière dont on souhaiterait qu'elle porte l'enfant. Les parents défaillants dans leur *care giving* sont en règle générale des

¹¹⁰ C. Boukobza, « La clinique du holding Illustration de D.W. Winnicott », *Le Coq-héron*, 2/2003 (no 173), 64-71.

¹¹¹ On rappelle qu'à l'époque où écrit D.E. Winnicott, ce sont les mères qui sont principalement en charge des enfants.

parents dont les besoins fondamentaux n'ont pas été satisfaits, ce qui se manifeste souvent par un type de situation bien connue des travailleurs sociaux exerçant en protection de l'enfance, qui ne parviennent pas à parler de l'enfant, tant les parents ne parlent que d'eux-mêmes. Fonagy rappelle que les défauts de réponse de la mère à l'égard des besoins de son enfant proviennent de ses *propres défenses* contre la reconnaissance et la compréhension d'affects négatifs en elle-même¹¹².

4.3 La force du « faire avec »

Comprendre que l'indisponibilité parentale fondamentale puisse être liée à une lutte du parent contre sa souffrance et contre ce que la dépendance de son bébé lui rappelle de ses propres besoins négligés permet de comprendre que la parole, *a fortiori* éducative, n'ait pas grande prise sur des aménagements défensifs anciens. On connaît aussi les cas où le discours s'avère trompeur, face à un parent qui raconte un bébé formidable et montre des attitudes et des actes en total décalage à l'égard du bébé réel¹¹³, d'où l'importance essentielle de l'observation des interactions – seule en mesure de renseigner sur la réalité – et trop souvent absentes des évaluations qui restent très axées sur un niveau discursif¹¹⁴.

L'intervention autour des besoins de l'enfant étant fortement contrainte par la temporalité de son développement – ce qui est particulièrement vrai dans les premières années, mais vaut aussi pour toute la période de l'enfance - elle doit impérativement concilier plusieurs exigences, à savoir prioritairement, mettre à disposition de l'enfant un espace dotés en adultes qui s'engagent avec lui dans une relation chaleureuse et stimulante. Et parallèlement offrir au parent un espace où il peut être accueilli tel qu'il est, entendu, revalorisé et être aidé à cheminer vers une resensibilisation à l'égard de ses propres besoins (ce qui suppose une diminution de ses propres défenses), qui se traduira par une plus grande capacité d'empathie et d'engagement à l'égard de son enfant. Ce sont donc les besoins de chacun des membres de la famille qui sont accueillis et objets d'attention, pour être pris en compte ensemble.

Pour parvenir à satisfaire à ces deux impératifs, les spécialistes de ce type de dispositif pratiquent un accueil où il s'agit de partager des temps de vie, permettant de reformer un éco-système marqué par la proximité et la confiance avec la famille. C'est l'occasion d'en observer le fonctionnement en détail, mais aussi de proposer des éléments nouveaux ; si parole il y a, elle prend place dans ce « faire avec », plutôt que d'être l'activité principale.

En guise de parole, les professionnels insistent surtout sur l'écoute de personnes qui n'ont guère l'occasion de pouvoir exprimer des représentations et des ressentis très négatifs, les

¹¹² P. Fonagy, et al., 1996, " Fantômes dans la chambre d'enfant : étude de la répercussion des représentations mentales des parents sur la sécurité de l'attachement ", *Psychiatrie de l'enfant*, vol. XXXIX, no 1, 63-83.

¹¹³ M. Gabel, M. Lamour, 2011, *Enfants en danger, professionnels en souffrance*, Paris, Dunod

¹¹⁴ E. Corbet, N. Séverac, R. Le Duff, 2016, *Appréciation des situations de maltraitance(s) intrafamiliale(s)*, Rapport de recherche remis à l'ONED-ONPE

concernant elles-mêmes et/ou l'enfant. Tous relèvent d'ailleurs le caractère parfois éprouvant de cette écoute lorsque des parents tiennent des propos – ou même se montrent - agressifs à l'égard de leur enfant. Pourtant, c'est en acceptant l'expression de ces affects qu'il devient possible de dérouler les ressentis, de ramener des images et des souvenirs, qui peuvent devenir dicibles/ représentables et donc supportables.

4.4 Soutenir, accompagner et soigner

Il revient certainement à S. Freiberg¹¹⁵ d'avoir montré comment un intervenant pouvait être une figure qui déroule avec le parent le fil affectif de son histoire douloureuse, et en même temps, un intermédiaire qui le guide vers une autre « accroche » avec son bébé. Concrètement, le travail s'appuie sur trois mouvements parallèles. Il s'agit de soutenir le parent dans l'exploration de ce qu'il repousse habituellement, c'est-à-dire la souffrance ancienne d'éprouver des besoins qui ont été ignorés, parfois même n'ont pas pu être exprimés, jusqu'à être reniés. L'intervenant dans le même temps rend lisible pour le parent les besoins que manifeste le bébé, l'attente qu'il a l'égard du parent pour pouvoir trouver du réconfort – autrement dit, l'intervenant soutient activement les conditions d'identification du parent à l'enfant, en travaillant sa capacité à éprouver et reconnaître le besoin. Enfin l'intervenant souligne la capacité de réponse du parent en survalorisant ses dispositions naissantes à l'empathie, à la recherche de réponses apaisantes pour le bébé, sa persévérance, sa bonne volonté et enfin ses succès lorsque le bébé manifeste du bien-être. On pourrait résumer l'ensemble en disant que l'intervenant fait émerger le modèle relationnel du parent pour y apporter des modifications, en permettant à ce parent d'expérimenter qu'il peut désormais satisfaire son propre besoin fondamental de sécurité, en s'engageant dans la relation avec son bébé.

Dans ce processus, la parole n'est pas « éducative », au sens où elle ne relève pas d'une transmission pédagogique axée sur un contenu, mais fonctionne plutôt comme un opérateur d'ensemble, qui accompagne et guide des mouvements de réagencement des ressentis, des significations et des manières de faire. C'est ce même processus de réagencement qui est à l'œuvre de manière plus « déployée » dans les dispositifs qui offrent des espaces aux enfants et à leurs parents. Les enfants accueillis ayant déjà été exposés des mois durant à des négligences, il s'y ajoute des interactions soutenues entre les intervenants et l'enfant qui, outre que de stimuler et transformer les mécanismes de défense de l'enfant, tendent à exercer une influence par modelage sur le parent. Celui-ci est en effet invité à vivre, en étant accompagné et donc rassuré, ce que produit l'attention soutenue à l'enfant, à réaliser ses capacités, ses progrès, ce qui constitue à la fois une revalorisation et des possibilités d'identification à un enfant qui peut exprimer ses besoins et à un *care giver* qui sait y répondre.

¹¹⁵ S. Freiberg, *Fantômes dans la chambre d'enfants*, Paris, PUF.

Si ce type de processus peut générer des effets positifs, il fonctionne aussi sur le mode de l'épreuve pour les intervenants. Comprendre ce qui est en jeu - et qui relève majoritairement d'une détresse psychique – chez ceux qui ne parlent pas, l'enfant et ses parents, nécessite non seulement une observation très attentive, mais aussi des mouvements d'identification avec le bébé et avec les adultes, ce qui signifie inévitablement d'entrer en résonance avec leur souffrance. Donner à ces éprouvés une valeur sémiologique nécessite impérativement de les décrypter avec les ressources d'un collectif, habitué à travailler avec la subjectivité de chacun.

C'est d'ailleurs dans ce travail d'accueil, d'observation, d'accompagnement, de signification partagée, que peuvent se définir les modalités d'intervention les plus adaptées, y compris les modalités de distanciation lorsque les défaillances parentales ont trop de répercussions sur le fonctionnement mental de l'enfant¹¹⁶. L'investissement auprès de l'enfant et de ses parents au service d'un meilleur accordage ne fait pour autant jamais oublier que l'enfant doit en tirer un bénéfice développemental tangible dans une temporalité telle qu'il ne perde pas ses chances.

Recommandation et propositions

Recommandation 4 : des actions renforcées dans les contextes de vulnérabilité

N° de la proposition	Intitulé de la proposition
16	Favoriser les campagnes d'information et de sensibilisation à destination du grand public ou des professionnels sur le repérage précoce des troubles du développement chez l'enfant de 0 à 3 ans
17	Développer avec le support des sociétés savantes et de l'HAS un programme en pratique de routine, de dépistage de la dépression maternelle du péri-partum à fort taux de prévalence, autour de 15% à 20%, dont 1/3 persistera en post-partum, et la dépression du post-partum estimée à 10 à 15 %, et ce conformément aux recommandations de l'OMS de 2008, qui peut impacter la disponibilité maternelle aux réponses appropriées aux besoins de son enfant et compromettre son développement, en impliquant les acteurs de première ligne (médecins généralistes, médecins de PMI, sages-femmes, puéricultrices..), en s'appuyant sur la consultation gratuite du post- partum, et sur l'utilisation d'outils validés de première intention (auto ou hétéro-questionnaires, échelle d'Edimbourg ou EPDS, etc...)
18	Elaborer des programmes d'accompagnement et de soutien à la parentalité soutenus spécifiques en durée et en intensité, en intégrant une approche d'évaluation de processus et d'impact de ces programmes
19	Mieux connaître les données d'activités hospitalières relatives aux mineurs en danger (hospitalisations, consultations) en établissant, avec l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH) et les sociétés savantes, une

¹¹⁶ R. Mascaro-Anssans, 1999, *op. cit.*

	nomenclature intégrée au PMSI pour enregistrer les données statistiques des consultations, et hospitalisations, pour violences, maltraitances, négligences sur mineurs et enfants témoins de violences conjugales ...
20	Garantir une bonne pratique d'accueil, d'évaluation et de prise en charge des mineurs en danger en milieu hospitalier
21	<p>Stabiliser des « Pôles de référence hospitaliers pédiatriques spécialisés » intégrant la coordination avec la pluridisciplinarité des acteurs.</p> <p>L'expérience de nombreux dispositifs d'accueil hospitalier (unité d'accueil médico-judiciaire pédiatrique/UAMJP, unité d'accueil des enfants en danger, UAED, etc), plaide aujourd'hui sur la nécessité de voir reconnus, consolidés et voir le financement MIGAC pérennisé des « Pôles de référence hospitaliers pédiatriques spécialisés en protection de l'enfance », sur le modèle des « Child advocacy center ».</p> <p>Ces dispositifs, qui sont des unités fonctionnelles, garantissent une expertise clinique sur les situations de maltraitance, et un savoir-faire sur le repérage, le diagnostic, l'annonce et le projet de soins. Ils intègrent la pluralité des regards et des approches, par la pluridisciplinarité des compétences et des savoirs que constitue l'équipe. Ils peuvent également coordonner le parcours judiciaires des mineurs victimes, de l'audition filmée, aux réquisitions judiciaires et ce dans le souci d'éviter toute survictimisation du fait des procédures.</p> <p>Ces dispositifs peuvent également constituer un recours pour les autres acteurs aux fins d'appui à l'évaluation, au diagnostic, voire aux mesures de protection ou de mise à l'abri. Ils contribuent à la coordination et à l'amélioration du parcours de soins des enfants et adolescents victimes de violences, considérant que le soin ne saurait être dissocié de la prise en charge physique et des mesures de protection. Ils répondent aux recommandations de la feuille de route gouvernementale et plus particulièrement à l'Action 79, recommandant pour les enfants victimes « le développement d'évaluations pluridisciplinaires, ainsi que la nécessité de pôle de référence hospitaliers », par l'actualisation des circulaires des 27 mai 1997 et 13 juillet 2000 sur les pôles de référence hospitaliers.</p>

Chapitre 5 – L'identification des besoins spécifiques et des besoins particuliers en protection de l'enfance

L'intérêt de l'enfant, tel que défini par la Déclaration des droits de l'enfant du 20 novembre 1959, a bien pour corollaire la satisfaction de ses besoins fondamentaux pour assurer son épanouissement et son bien-être physique, mental et social, et lui permettre, en tant que sujet, l'accès à une pleine autonomie et une insertion sociale et citoyenne.

A cet effet, le Comité des droits de l'enfant¹¹⁷, rappelle que le bien-être de l'enfant, est la satisfaction de ses besoins matériels, physiques, éducatifs et affectifs, ainsi que de ses besoins d'affection et de sécurité.

De même, il précise, que les besoins affectifs constituent un besoin fondamental de l'enfant, et que celui-ci doit pouvoir instaurer, des liens avec une figure d'attachement, pourvoyeur de soins, dès le plus jeune âge, préservés dans la durée afin de lui garantir une stabilité affective et relationnelle.

Par ailleurs, le Comité des droits de l'enfant, reconnaît le besoin de sécurité et d'intégrité de l'enfant, comme un besoin fondamental. Ce besoin de sécurité a pour objet de protéger l'enfant contre toutes formes de violences conformément à l'article 19 de la convention internationale des droits de l'enfant.

Enfin, celui-ci reconnaît le besoin de santé, tel que défini à l'article 24 de la convention internationale de droits de l'enfant comme un besoin fondamental, et répondant aux besoins de santé, de nutrition, d'hygiène, de salubrité de l'environnement et de prévention des accidents.

Au regard de ces éléments, les mineurs pris en charge en protection de l'enfance ont pour beaucoup d'entre eux été confrontés à diverses situations adverses dans leur parcours de vie, ainsi qu'à des conditions de grande vulnérabilité préjudiciables à la satisfaction de leurs besoins fondamentaux, qui par là même, ont engendré une compromission de leur développement ayant pu affecter tant la sphère somatique que psychique, affective, relationnelle, et/ou cognitive, et sociale.

L'évaluation de l'impact traumatogène sur leur développement physique, psychologique, affectif, cognitif et social, sera variable et singulier pour chaque enfant et relèvera de la nature, de l'intensité, de la durée des stress et violences subies, au regard de l'âge de l'enfant, des caractéristiques de l'enfant, de son histoire personnelle, de la qualité des

¹¹⁷ Observation générale n°14 -2013 sur le droit de l'enfant à ce que son intérêt soit une considération primordiale (art 3-1)

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 risques ou de facteurs de protection, susceptibles d'être mobilisés.

1. La compromission du méta besoin de sécurité

C'est majoritairement le méta besoin de sécurité qui sera mis à mal, dans ces situations, pouvant entraver leur capacité d'une sécurité interne suffisante pour favoriser individuation, intersubjectivité, perception d'une altérité bienveillante, régulation émotionnelle, ouverture sur le monde et capacité d'apprentissage, estime et confiance en soi.

Il apparaît que leurs besoins fondamentaux n'ayant pas été satisfaits qualitativement, et en temporalité avec leurs besoins développementaux, ces besoins fondamentaux acquièrent une acuité et des caractéristiques spécifiques à prendre en considération, qui nous conduisent à les considérer comme des besoins spécifiques, car amplifiés et justifiant des réponses de compensation adaptées au regard des troubles développementaux associés.

En effet, la défaillance à la réponse à leurs besoins fondamentaux induit :

- ◆ une discordance de cohérence de temporalité dans leur processus de développement,
- ◆ des réponses adaptatives compensatrices, défensives souvent fixées, parasitant les processus de traitement et de remobilisation du développement et nécessitant des approches intensives de prise en charge à retour très progressif,
- ◆ une différence d'homogénéité et un décalage des niveaux développementaux de certains champs par rapport à d'autres nécessitant des réponses de prise en charge à la carte, adaptée à chaque situation et impactant les processus de construction de l'enfant,
- ◆ des troubles spécifiques à rattacher à la séparation et au placement.

2. Un corpus de sémiologie clinique

Par ailleurs, ces enfants pourront présenter une sémiologie clinique symptomatique des violences, négligences ou troubles relationnels, vécus dans leur environnement, comme :

- ◆ des troubles du comportement (réactions défensives, évitement relationnel, attachement désorganisé, manifestations d'auto et/ou d'hétéro-agressivité),
- ◆ des troubles de stress post-traumatique (syndrome intrusif ou de reviviscence du traumatisme, syndrome d'évitement, troubles anxieux, troubles dépressifs...),
- ◆ des troubles somatiques,
- ◆ des addictions,
- ◆ des troubles des acquisitions, etc...

A ce titre, le référentiel d'évaluation du décret du 28 octobre 2016 relatif à l'évaluation pluridisciplinaire de la situation du mineur à partir d'une information préoccupante par des professionnels formés, ainsi que le décret du 17 novembre 2016 relatif au contenu et à l'élaboration du rapport de situation devraient favoriser une évaluation pertinente des besoins de l'enfant, de ses niveaux de développement et des réponses adaptées dans toutes les dimensions à mettre en œuvre dans le cadre du projet pour l'enfant, et en particulier permettra de déterminer la nature des mesures de protection à mettre en œuvre soit en milieu ouvert, soit dans le cadre de la nécessité d'une séparation et d'un placement, au regard de l'évaluation des capacités parentales mobilisables et des ressources dans l'environnement.

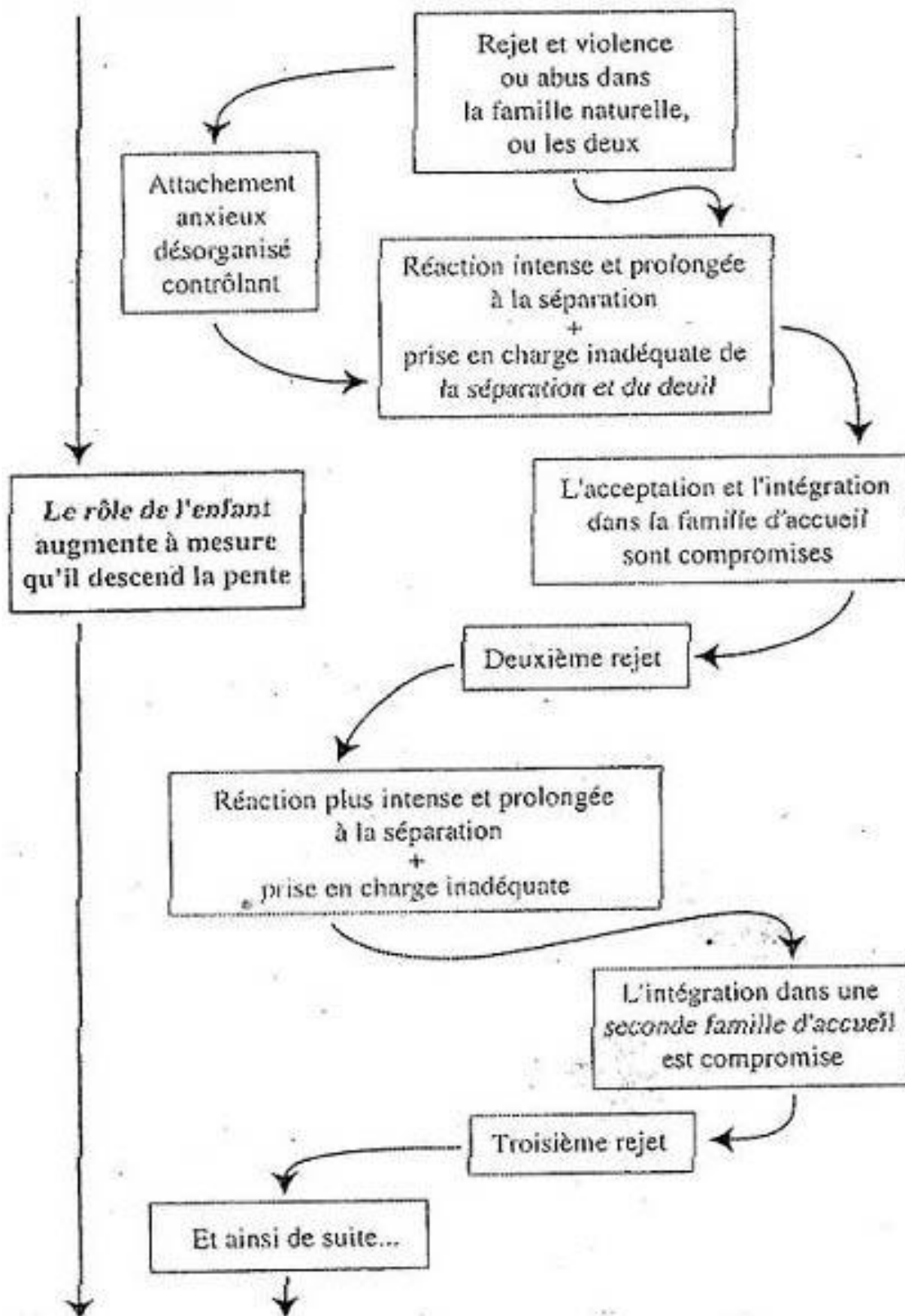
Il appartiendra aux professionnels de porter une vigilance particulière pour compenser et soigner les effets négatifs du passé et/ou les effets iatrogènes du présent voire du placement.

3. Des troubles spécifiques de la séparation et du placement

En effet, les études et recherches montrent que la séparation ne suffit pas toujours en elle-même à résoudre les difficultés psychiques engendrées par la détérioration des liens parents/enfant. Bien au contraire, les travaux de M. David¹¹⁸ soulignent combien ces enfants peuvent « par leurs comportements entraver les apprentissages, l'activité et les relations sociales », ce qu'elle nomme « le syndrome de mal placement », véritable syndrome de perte. Confrontés à un nouveau cadre familial, et face à la rupture des liens, ils peuvent tenter d'y rejouer les scènes passées et les traumatismes vécus, fixés sur leur patterns relationnels de leur première figure d'attachement et développer une symptomatologie particulière : angoisse d'abandon, culpabilité, perte de l'estime de soi, soumission à l'environnement, conduites provocantes, déni de la séparation, etc..., qui renvoient à des troubles de l'attachement primaire et à une distorsion du processus d'individuation.

¹¹⁸ M. David, 1989, Le placement familial : de la pratique à la théorie, Paris, ESF

La pente glissante : effets cumulatifs d'une séparation non résolue



Source : P. D. Steinhauer, 1996, *Le moindre mal*, Montréal, Presse Universitaire

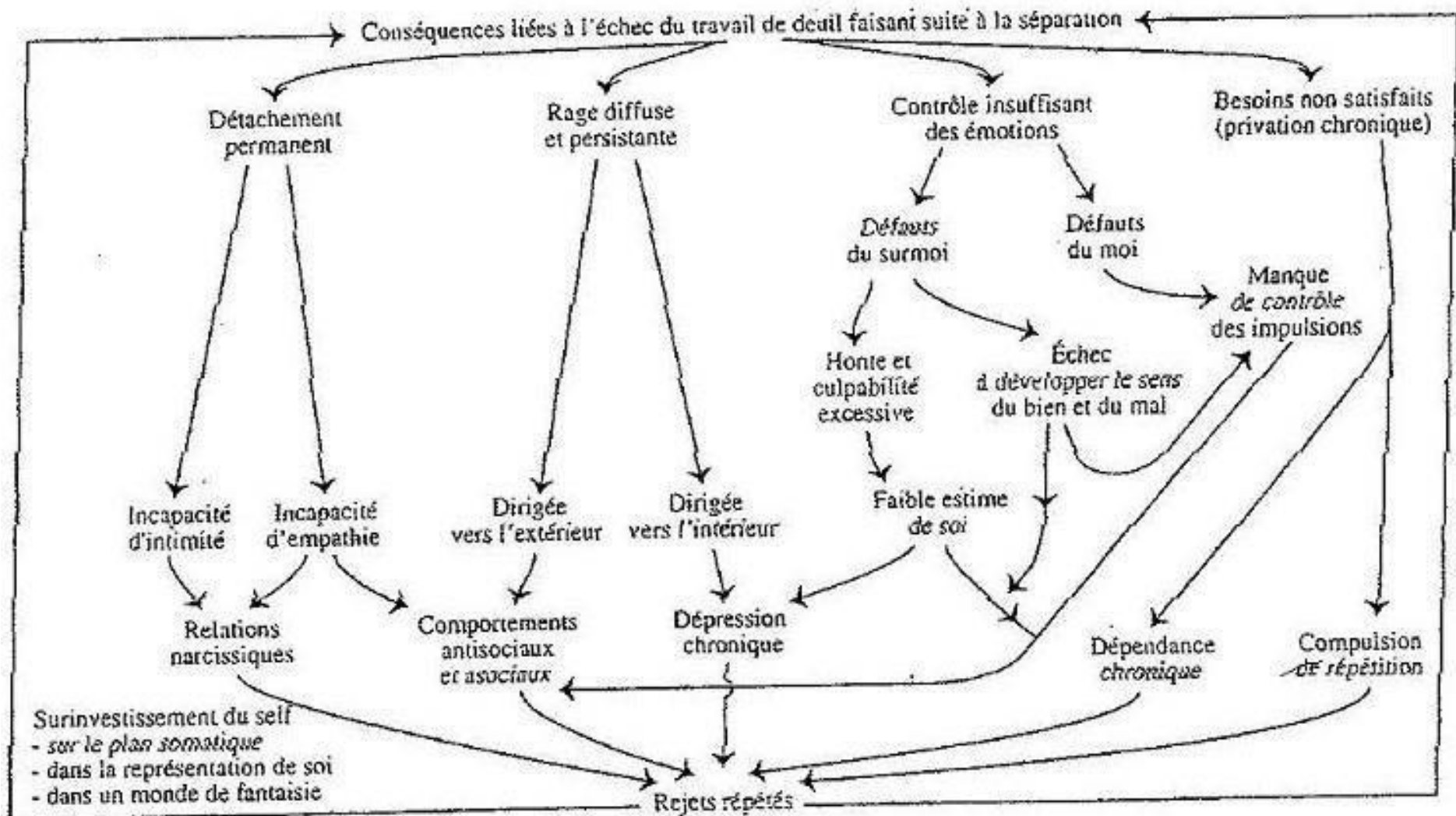
La séparation et le placement induisent une rupture violente d'avec la figure d'attachement, une instabilité, une désaffiliation et une déterritorialisation, ce qui signifie une discontinuité, et une fragmentation des liens d'attachement (changement d'école, perte du réseau de sociabilité, rupture d'avec les pairs).

Ainsi, pour Steinhauer¹¹⁹, la séparation est un stress supplémentaire et ses effets traumatiques peuvent être impactés par les conflits familiaux ayant précédé le placement. De ce fait, les troubles de l'enfant liés à ce qu'il a vécu dans sa famille et à la séparation risquent de provoquer le rejet du milieu d'accueil, celui-ci rendant les capacités d'adaptation de l'enfant encore plus difficiles. « Plus la relation parent-enfant est empreinte d'anxiété, c'est-à-dire plus le lien est insécurisant, plus la résistance de l'enfant à la séparation sera intense »¹²⁰.

Dans certaines situations d'attachement désorganisé, l'effet traumatique de séparation produisant une réaction intense et prolongée à la séparation initiale de sa figure d'attachement, celui-ci peut conduire certains enfants à entrer dans le cercle vicieux de la succession de placement-rejet-placement-rejet, rendant à chaque étape la réaction du jeune plus intense et prolongée à la séparation initiale, l'acceptation et l'intégration dans un nouveau lieu de suppléance de plus en plus difficile et donc de plus en plus rejetant.

¹¹⁹ P. D. Steinhauer, 1996, *Le moindre mal*, Montréal, Presse Universitaire

¹²⁰ P. D. Steinhauer, 1996, *Ibid.*



Source : P. D. Steinhauer, 1996, *Le moindre mal*, Montréal, Presse Universitaire

Enfin, dans le lieu de placement, l'enfant sera confronté au changement de modèle éducatif et culturel, il devra faire preuve d'adaptation et devra entrer dans un processus de « renoncement »¹²¹ au lien d'attachement précédent, pour nouer un nouveau lien avec une nouvelle figure d'attachement.

Il devra également s'affilier à de nouveaux réseaux familiaux et sociaux.

4. Les besoins d'un cadre de suppléance compensateur structurant

En fonction de l'âge de l'enfant et de ses capacités de discernement, le placement doit pouvoir être nommé et les motifs explicités le moment venu, pour donner sens au placement. Par ailleurs, tout au long de sa prise en charge, l'enfant devra pouvoir faire lien avec ses origines, sa filiation, et les événements passés pour se construire une identité narrative possible dans le présent et dans le futur. De nombreux outils sont développés à cet effet dans les institutions pour garantir la traçabilité de son parcours (album de vie, album photos, cahier de souvenirs,...), lui permettant ainsi de se situer dans le temps et dans l'espace et de s'inscrire dans sa trajectoire de vie personnelle, en articulant être et devenir.

Les modalités de suppléance, en conformité avec le projet pour l'enfant et le rapport de situation devront permettre :

- ◆ un accompagnement à la rupture, à la séparation et à l'établissement de nouvelles relations affectives avec une nouvelle figure d'attachement,
- ◆ l'accès à une nouvelle figure d'attachement de proximité, empathique, accessible, disponible, stable, prévisible et engagée dans une relation éducative et affective, dans la durée, lui permettant de développer des liens d'attachement secure,
- ◆ la continuité de l'adulte stable dans la durée, aux fins de garantir la sécurité affective de l'enfant et de ses liens avec la figure d'attachement, la continuité des décisions judiciaires, dès lors qu'il y va de son intérêt, celle des professionnels référents et de son lieu de suppléance,
- ◆ une explicitation le moment venu des motifs du placement pour donner sens au placement et permettre le renoncement au lien d'attachement primaire pour rendre possible l'instauration de nouveaux liens avec une nouvelle figure d'attachement,
- ◆ une articulation et une compréhension qui fasse lien entre ses origines, sa filiation, sa généalogie d'appartenance et les événements passés pour se construire une identité narrative possible dans le présent et dans le futur,
- ◆ la centration sur la temporalité du développement de l'enfant et de ses besoins pour assurer des réponses appropriées tant sur le plan physique, psychologique et affectif, qu'éducatif, cognitif et social, centration qui doit primer sur la temporalité des institutions et des procédures (autorité administrative, justice, établissements et services, etc...),

¹²¹ Terminologie retenue par Catherine Sellenet

- ◆ un cadre de prise en charge multidimensionnel adapté à l'ensemble de ses besoins, dont le méta-besoin de sécurité, qui permette la reprise du développement physique, psychologique, affectif, cognitif et social, par une approche compréhensive et un soin bienveillant de la souffrance et des processus traumatiques à l'œuvre et qui soutienne l'estime et la valorisation de soi,
- ◆ une cohérence du parcours en protection de l'enfance qui permette une stabilité du placement, de ses affiliations électives, de ses réseaux de sociabilité et envisage un projet d'avenir possible à anticiper (à court, moyen et long terme),
- ◆ le suivi du statut juridique du mineur et la saisine de la commission pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle en cas de délaissement parental tel que prévu à l'article L223-1 du CASF...,
- ◆ la détermination des modalités de relations avec la constellation familiale (parents, fratrie, famille élargie) du fait des traumatismes subis ou de l'exposition à des troubles relationnels, à des pathologies du lien délétères souvent transgénérationnelles et à des effets du placement pouvant induire idéalisation et culpabilisation.

A cet effet, des protocoles spécifiques, comme les visites médiatisées, peuvent s'avérer nécessaires, pour contenir et porter le lien psychique des interactions parents-enfant. Celles-ci, théorisées et légitimées par des process validés¹²² s'inscrivent dans diverses modalités : avec rencontre dans le réel ou symbolique sans rencontre effective.

« Unité de lieu, de temps, de personne et de règles, garantissent la permanence du cadre, et sont une indication pour l'intérêt de l'enfant et son soin et non un droit pour les familles. Ces visites médiatisées s'inscrivant dans le temps ont pour but que l'enfant rencontre la réalité parentale sans que celle-ci n'ait des effets néfastes sur son développement. L'enfant prend conscience de la réalité parentale et donc des raisons réelles de son placement, ce qui est un élément essentiel dans la construction de son identité, dans la compréhension de son histoire de vie singulière, et représente un élément de narrativité essentiel »¹²³.

Ces visites s'inscrivent dans le soin au développement de l'enfant. Toutefois, l'effectivité de ces rencontres, la durée et leur rythmicité ne peuvent être envisagées que dès lors que leur impact sur la phase d'anticipation, le temps effectif de la rencontre et le temps réactionnel postérieur à celle-ci ne compromettent pas la capacité développementale de l'enfant dans son lieu de suppléance. Seul l'intérêt de l'enfant doit donc primer sur toute autre considération dans l'organisation et les modalités de ces relations entre l'enfant et sa constellation familiale.

¹²² En particulier par le Dr Maurice Berger

¹²³ Cf. audition et contribution du Dr Jean-Louis Nouvel

5. Une double vulnérabilité : le handicap associé en protection de l'enfance

Pour certains enfants relevant de la protection de l'enfance, il conviendra de prendre en considération des « besoins particuliers » relevant d'un éventuel handicap associé, et ce conformément à l'article 23 alinéa 3 de la Convention internationale des droits de l'enfant et à la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, afin d'intégrer la dimension du plan de compensation personnalisé au projet pour l'enfant, tel que prévu au titre du décret du 28 septembre 2016 sur le projet pour l'enfant¹²⁴.

En effet, ces enfants, du fait de leur handicap présentent une double vulnérabilité qui nécessite une attention particulière tant pour garantir que leurs besoins, leurs droits et leur intérêt soient assurés, mais également que l'approche multidimensionnelle intègre les acteurs du secteur médico-social pour une complémentarité, une cohérence et une coopération autour de leur prise en charge présente comme future ; en particulier s'agissant de la période de transition à l'âge adulte.

Recommandation et propositions

Recommandation 5 : garantir à l'enfant lors de sa prise en charge la réponse à ses besoins fondamentaux et à ses besoins spécifiques

N° de la proposition	Intitulé de la proposition
22	Anticiper, préparer et accompagner toute mesure de séparation et de suppléance envisagée, autant que faire se peut, pour éviter la confrontation à la violence d'une rupture brutale de son lieu de vie et de son environnement
23	Garantir la prise en considération des exigences du cadre de suppléance par la systématisation du projet pour l'enfant et des rapports de situation
24	Promouvoir la psychotraumatologie des troubles relationnels comme modèle dialogique de compréhension des processus compromettant le développement de l'enfant et de l'adolescent et originant les troubles somatiques, psychiques et psychiatriques retrouvés près d'une fois sur deux chez les enfants et les jeunes relevant de la protection de l'enfance (troubles du comportement, hyperactivité, troubles de l'attention, syndrome post-traumatique, troubles anxieux et dépressifs, troubles de l'attachement, trouble de la personnalité, addiction), et ce afin de disposer de ressources professionnelles, dans les services de pédiatrie, pédopsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et de l'aide sociale à l'Enfance (réfèrent médical, psychologue, infirmier (e),...) :

¹²⁴ CASF, Art.D.223-15-II alinéa 2

- ◆ pour un dépistage précoce avec des outils pertinents
- ◆ pour des modalités thérapeutiques adaptées
- ◆ dans une approche pluridisciplinaire et transversale, intégrée au projet pour l'enfant

En effet, la clinique de la psychotraumatologie des troubles relationnels se doit d'être connue et reconnue comme un champ à part entière de la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, et de voir diffuser et valoriser les soins appropriés à mettre en œuvre pour adapter ces prises en charge

25 Garantir un parcours de soin et de prise en charge cohérent et gradué de la périnatalité à l'adolescence, articulant psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, psychiatrie adulte, services sociaux, éducatifs, médico-sociaux, aide sociale à l'enfance, justice, permettant le diagnostic et l'intervention précoce, par des soins ambulatoires, un travail en réseau, des structures de coopération mixtes transversales sanitaire/social voire médico-sociale/Education nationale, permettant la complémentarité des compétences professionnelles, des dispositifs d'hospitalisation de crise 72h, des équipes mobiles de soutien aux institutions sociales et médico-sociales, pour assurer les partenariats interinstitutionnels, le travail en réseau, et soutenir les nécessaires protocoles de coopération

26 Disposer de services et d'équipes pluridisciplinaires formés à la prise en charge de la clinique des maltraitances (physiques, psychologiques, sexuelles, de la négligence et des violences conjugales), d'équipes ressources pour répondre aux besoins de prise en charge, d'accompagnements spécifiques conciliant diverses approches (systémie, psychotraumatologie, cognitivo-comportementale, thérapie familiale, psychanalyse, aide contrainte, EMDR, etc...) mais aussi comme ressources-experts pour animer les nécessaires formations communes partagées transversales sur les territoires et articuler le champ de la recherche et le champ des pratiques

27 Permettre dans le cadre du panier de soins des mineurs victimes une meilleure accessibilité au recours aux professionnels libéraux, ayant une formation spécifique en psycho-trauma et mettre en place un dispositif de prise en charge des frais

Chapitre 6 – Un cadre de référence national, d'évaluation et d'analyse centré sur les besoins de l'enfant, son bien-être et ses droits au service de son développement

La politique publique de protection de l'enfance, impactée par l'introduction de la CIDE dans notre droit interne, a vu depuis 2002, ses principes, son objet, ses finalités, sa gouvernance et ses moyens clarifiés et consolidés. Ainsi, si la référence aux besoins de l'enfant se trouve introduite dès la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance¹²⁵, celle-ci se voit confortée, comme au service du développement de l'enfant, tant dans la feuille de route gouvernementale 2015-2017 faisant suite à une large concertation engagée dès 2014 que dans la nouvelle définition retenue du champ de compétence de la protection de l'enfance dans la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant¹²⁶ qui en constitue le volet législatif.

De ce fait, il est apparu la nécessité d'établir une vision partagée des besoins fondamentaux, universels et spécifiques de l'enfant en protection de l'enfance et d'initier une démarche de consensus¹²⁷ permettant de dégager des grands principes pour la définition d'un cadre de référence national.

C'est dans ce contexte que s'inscrit le chapitre de ce rapport, au regard d'une recommandation de caractère opérationnel, par le biais d'un cahier des charges, susceptible de porter la constitution d'un tel cadre de référence national partagé, pluridisciplinaire et transversal à disposition de l'ensemble des professionnels contribuant aux missions de protection de l'enfance et s'appuyant sur des connaissances et une culture commune partagées.

La démarche théorique retenue dans ce rapport s'inscrit dans une perspective écosystémique, qui prend en compte de multiples déterminants sur les plans individuel, familial et contextuel. Elle envisage enfants et parents non pas dans un microcosme clos mais insérés dans une constellation de sous-systèmes incluant la famille élargie et l'environnement, chaque sous-système étant porteur de ressources et de contraintes, de facteurs de risques et de facteurs de protection.

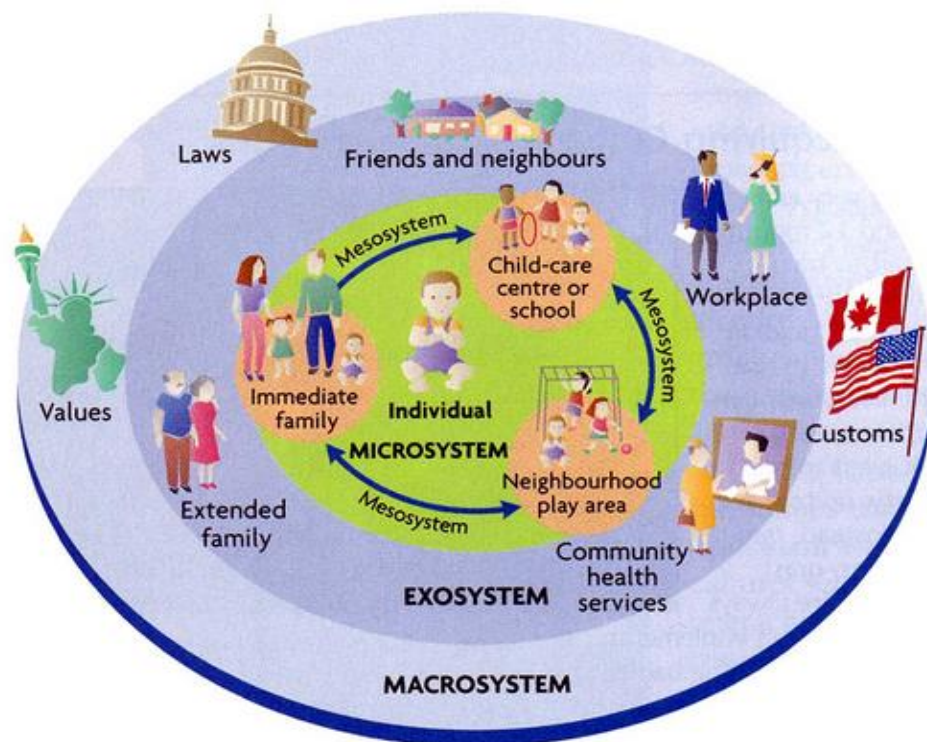
L'enfant est alors reconnu dans ses interactivités avec l'ensemble des systèmes qui gravitent autour de lui, en référence à l'approche modélisée par U. Bronfenbrenner¹²⁸.

¹²⁵ CASF Art.L.112-4

¹²⁶ CASF Art.L.112-3

¹²⁷ Action 9 de la feuille de route gouvernementale

¹²⁸ U. Bronfenbrenner, 1979, *The ecology of human development : experiments by nature and design*. Cambridge, MA : Harvard University Press



Source : U. Bronfenbrenner, 1979

U. Bronfenbrenner¹²⁹ distingue ainsi :

- ◆ le microsystème, au centre, qui est celui des activités et des interactions de l'enfant avec son entourage immédiat : parents, amis, école,
- ◆ le mésosystème qui est celui des interactions entre les différentes composantes du système de l'enfant : interactions entre parents et enseignants, entre famille de l'enfant et proche voisinage,
- ◆ l'exosystème qui inclut la famille élargie, l'univers du travail des parents, le réseau amical et de voisinage et les services immédiatement accessible dans l'environnement,
- ◆ le macrosystème qui est l'arrière-plan culturel, regroupant les lois, mais aussi les croyances et les valeurs du pays dans lequel vit l'enfant.

L'ensemble subit également l'influence du chronosystème qui est celui des événements qui marquent la vie de l'enfant 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 s'inscrit dans une temporalité contrainte par les impératifs liés à son développement.

Il s'agit d'entendre ces différentes strates comme des ressources susceptibles de pouvoir être activées au service de l'enfant et contribuant aux actions cliniques sociales et

¹²⁹ Op. cit.

éducatives et aux expériences alternatives et complémentaires à ce que lui offre sa famille, et donc comme facteurs potentiels de protection et de résilience de son développement et de son bien-être.

L'approche éco-systémique est devenue incontournable dans la littérature scientifique internationale, car c'est aussi souscrire à une approche réaliste, c'est-à-dire pluri-factorielle et multi-niveaux. Cette approche multi-disciplinaire et multi-dimensionnelle des situations de l'enfant et de sa famille contribue, pour les intervenants mandatés au croisement des regards, à une approche commune partagée tenant compte de la complexité à évaluer et à formuler si nécessaire des propositions d'action, dans des situations chargées d'enjeux, de contraintes et d'émotions, s'agissant d'enfants susceptibles de se trouver en danger dans leur famille.

C'est précisément à des fins d'opérationnalité que les britanniques ont développé un modèle d'analyse des besoins de l'enfant de 0 à 18 ans avec ou sans « *besoins particuliers* » qui tient compte à la fois de la complexité et de l'opérationnalité recherchée dès lors qu'il s'agit de soutenir les pratiques des professionnels dans leur mandat d'aide aux familles d'une part, de prise en charge de l'enfant lorsque celui-ci est placé à des fins de protection d'autre part.

Evaluer les besoins et les réponses données à l'enfant, que celui-ci se trouve en famille ou confié à la puissance publique par un seul modèle, revient à affirmer que la puissance publique doit répondre aux mêmes exigences que la famille, lorsque son mandat la met en position d'assumer des fonctions parentales. Les ambitions en termes de développement étant identiques, cela suppose une mobilisation de l'ensemble des professionnels en vue d'assurer une suppléance parentale de qualité, chaleureuse et stable, qui soit à même de remédier au préjudice subi par l'enfant dans sa famille et de préparer le jeune à une autonomie à la fois pratique et relationnelle.

Le Common Framework Assessment ou comment concilier complexité et opérationnalité

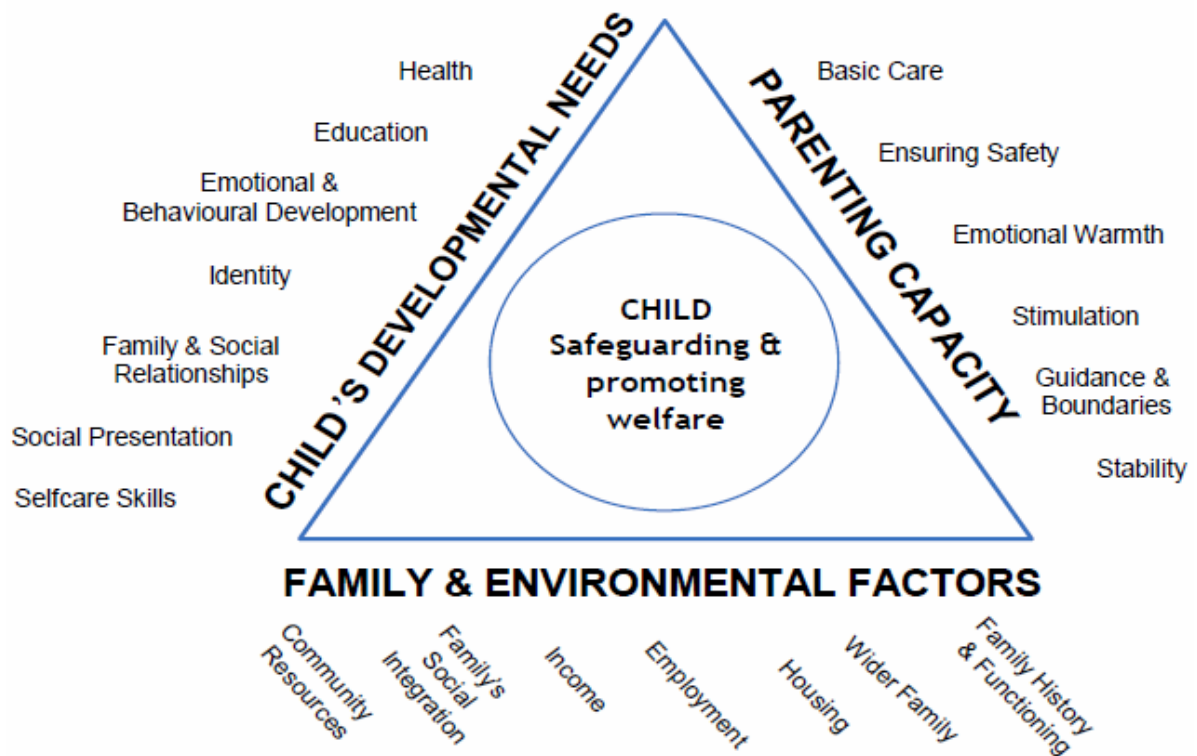
Ainsi, le modèle britannique intitulé *Common Framework Assessment* (ou cadre d'évaluation partagé¹³⁰) se présente comme un modèle de référence de démarche évaluative triangulée mettant en tension trois axes de dimensions :

- ◆ L'axe 1 : les différentes manières dont l'enfant manifeste ses habiletés/difficultés développementales,
- ◆ L'axe 2 : les capacités parentales (forces et difficultés) à répondre aux besoins l'enfant,

¹³⁰ Adapté par les Québécois sous le nom de CABE (Cadre d'Analyse des Besoins de l'Enfant) dans le cadre du programme d'Initiatives AIDES et par les italiens sous le nom du "Monde de l'enfant" dans le cadre du programme PIPPI

- ◆ L'axe 3 : l'ensemble des paramètres, ressources disponibles et contraintes, facteurs de risques et facteurs de protection influençant l'éco-système familial.

L'enjeu, rappelé au centre, est pour tous, l'enfant, sa famille et l'ensemble des acteurs présents dans l'éco-système (l'école et les modes d'accueil, les acteurs du soin et ceux de l'animation socio-culturelle, les travailleurs sociaux et la justice, etc.) de « **promouvoir et de sauvegarder les besoins de l'enfant et son bien-être** »¹³¹.



Source : UK, Department of Health, 2000, « *British Assessment Framework for children in Need and their Families* »

Les trois axes de ce cadre de référence se trouvent répondre aux conditions d'évaluation retenues dès la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance et prévoyant un principe d'évaluation triangulée prenant en compte « *l'état du mineur, la situation de la famille et les aides auxquelles elle peut faire appel dans son environnement* »¹³².

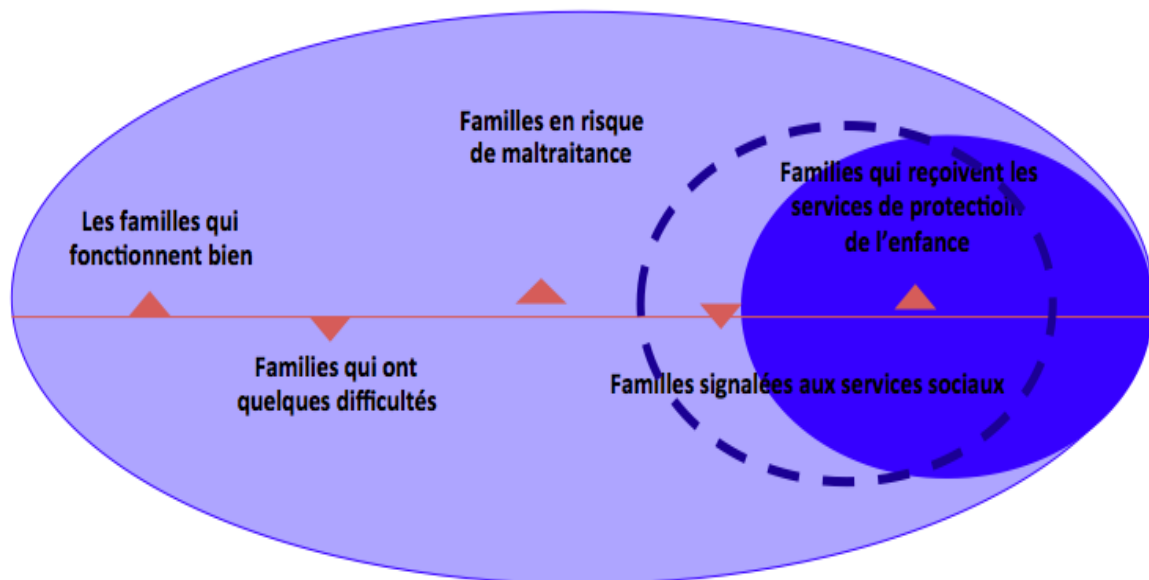
On retiendra donc le principe de cette approche triangulée des besoins fondamentaux de l'enfant et on présentera ici les principes associés à sa mise en œuvre qui s'avèrent de nature à répondre aux exigences énoncées par l'ensemble des personnalités auditionnées ainsi que du comité d'experts.

¹³¹ Department of Health, 2000, Framework for the Assessment for Children in Need and their Families, London, the Stationary Office

¹³² CASF Art. L.223-1

1. Un cadre de référence national partagé à décliner universellement et transversalement

L'intérêt d'un **cadre de référence national partagé** est de pouvoir **mobiliser transversalement différents services et institutions**. S'intéresser de près à la satisfaction des besoins fondamentaux de l'enfant comporte l'intérêt d'adopter une focale ciblée sur l'enjeu crucial de la relation parent-enfant et de pouvoir la porter sur toutes les situations, elle a donc une vocation **universaliste**¹³³. Concrètement, cela signifie que ce cadre de référence partagé peut être mobilisée en milieu scolaire, dans le cadre du soin (CAMSP, CMPP), en polyvalence de secteur social, en PMI, en Maison des Adolescents, par la PJJ, l'ASE, la justice, mais aussi dans les lieux accueillant des femmes victimes de violence et dans les lieux de soin destinés aux adultes souffrant de troubles de santé mentale et/ou d'addiction ,etc¹³⁴.



Source : Chamberland, Poirrier, Bastien, 2003

L'ambition est que la typologie des besoins de l'enfant fédère l'ensemble des acteurs autour d'une préoccupation partagée, l'observation de la satisfaction des besoins fondamentaux de l'enfant, exprimée par un vocabulaire et des modalités d'interrogation communs, au-delà des cultures professionnelles et des appartenances institutionnelles. In fine, l'objectif est de pouvoir ajuster les actions de prévention ou de protection afin d'être en mesure de préserver les chances de l'enfant de pouvoir se développer normalement, de manière à ce qu'il puisse accéder à l'autonomie à l'âge adulte.

¹³³ Schéma : Chamberland, Poirrier, Bastien, 2003

¹³⁴ Les britanniques ont par exemple prévu un rapide questionnaire destiné aux services qui accueillent des patients souffrant de troubles mentaux afin qu'un questionnement puisse être mené en équipe quant à la manière dont ces patients sont susceptibles de s'occuper de leurs enfants

Mobiliser systématiquement le même cadre de référence permet non seulement de ne pas faire d'impasse sur certains aspects, mais aussi d'acquérir une capacité de discrimination entre les situations où les besoins sont suffisamment couverts, par rapport à d'autres où seuls certains le sont, ou encore par rapport à celles où la couverture globale s'avère insuffisante. Selon le motif à l'origine de l'analyse des besoins de l'enfant, le recours au cadre de référence pourra se faire de manière plus ou moins approfondie¹³⁵, mais toujours avec la plus-value consistant à rassembler l'ensemble des acteurs concernés par une situation pour procéder à une analyse qui prenne en compte l'ensemble des dimensions nécessaires.

Sans confusion des rôles et des places, il s'agit que chacun contribue, à partir de son champ de compétences spécifiques, à éclairer le développement de l'enfant, dans ses forces et ses besoins de soutien, à décrypter et à soutenir les capacités parentales en prêtant à la famille une diversité de ressources. En général, c'est une multiplicité de ressources qui s'avère indispensable au changement, a fortiori dans des situations de difficultés cumulées et complexes, pour autant que celles-ci soient mobilisées dans une co-élaboration avec la famille et l'enfant, avec le souci de l'adéquation à leurs besoins et à partir d'un travail articulé entre intervenants.

C'est autant l'analyse des besoins, le plan d'action élaboré, que l'évaluation des actions mises en œuvre qui sont partagées avec l'enfant, sa famille et les différents partenaires qui offrent des services à la famille, ainsi que le cas échéant, les établissements et organismes accueillant l'enfant. Dans le cas où certaines actions n'auraient pas été mises en œuvre, de manière partielle ou insuffisamment intense, il peut également s'agir de réviser le plan d'action pour mieux soutenir l'enfant dans son développement.

2. Se centrer sur les besoins de l'enfant, pour évaluer ensemble comment mieux y répondre... ensemble

Le cadre de référence partagé contraint davantage que toute autre approche à se **centrer sur l'enfant**, par une observation fine de son état de développement¹³⁶, de la satisfaction de ses besoins et des capacités parentales à le faire. Quelles que soient les problématiques adultes et leur pesanteur, l'histoire des parents et les conditions de vie de la famille, l'ensemble de ces paramètres seront à considérer sous l'angle de la manière dont ils éclairent la réponse aux besoins de l'enfant.

Une telle analyse s'avère nécessairement ambitieuse puisque le questionnement ne se limite pas à celui du danger appelant la protection. Il s'agit d'évaluer la satisfaction

¹³⁵ Le cadre d'évaluation commun des britanniques prévoit ainsi plusieurs versions de l'outil : une plus sommaire utilisable par les services de droit commun, une plus fine destinée aux intervenants mandatés en protection de l'enfance et une très détaillée à l'usage des familles d'accueil ou établissements accueillant des enfants protégés

¹³⁶ Cf. les échelles de développement Ste-Justine en annexe

qualitative et quantitative de l'ensemble des besoins fondamentaux de l'enfant et de proposer un plan d'action précis, singulier et adapté à satisfaire les déficits, en s'appuyant sur les ressources que la famille sait mobiliser lorsqu'elle pourvoit à certains besoins. Une analyse aussi précise emmène donc naturellement vers une appréciation de la situation à travers une double dimension en termes de forces/faiblesses, facteurs de protection/facteurs de risque.

Elle amène également à faire apparaître avec précision les « *besoins spécifiques* » de l'enfant, c'est-à-dire les besoins générés par les distorsions et les déficits (*abuse & neglect*) auxquels il a été exposé et qui sans « *réponses spécifiques* » (prise en charge adaptée, soin, etc.) auront des répercussions sur son développement, diminuant d'autant ses chances d'évolution vers l'autonomie.

Concevoir un projet pour l'enfant qui prévoit une meilleure prise en compte de ses besoins fondamentaux suppose de manière incontournable une **approche participative et dialogique avec ses *care givers***. S'interroger sur comment mieux accompagner l'enfant dans sa santé, son éducation, ses relations, nécessite une autre posture de proximité plus grande avec ceux qui sont avec l'enfant dans le concret du quotidien. Les parents deviennent alors des partenaires pour réfléchir à ce qu'ils font ou pas, à leurs raisons, leurs difficultés et à la manière dont ils pourraient mieux soutenir leur enfant.

L'approche par les besoins confère aux familles une place différente, corrélativement, il en va de même s'agissant des professionnels. Se pencher avec les parents et l'enfant sur ses besoins amène à orienter la focale sur les ressources disponibles dans l'éco-système de la famille, dont droit commun et services de protection, et sur **la manière dont les professionnels s'impliquent pour d'une part, mettre la famille en situation d'amélioration, d'autre part, s'assurer que les réponses nécessaires aux besoins fondamentaux et spécifiques des enfants sont effectivement mises en place.**

Engager une approche participative avec l'ensemble des personnes concernées par la question des besoins de l'enfant participe d'une nécessité à ce que l'intervention fasse sens pour la famille, toutefois sa concrétisation requiert compétence et savoir-faire. D'où l'intérêt d'élaborer des outils interactifs, conçus pour être complétés par l'enfant, sa famille et ses proches significatifs, et ce à toutes les étapes de la démarche (analyse, planification des actions et révision du plan). L'outil peut ainsi fonctionner comme support au dialogue, l'ensemble des acteurs exprimant leurs points de vue et partageant avec l'intervenant leur compréhension de la situation de l'enfant et de sa famille.

3. Approcher l'enfant pour connaître son point de vue : intérêt, confiance et souplesse

Dans ce travail d'approche de la famille, c'est certainement celle de l'enfant qui reste la plus délicate pour les professionnels. Ainsi, définir les modalités de recueil du point de vue de l'enfant^{137 138}, appréhender les réticences des parents, favoriser l'expression et la communication de l'enfant parfois peu expressif, constituent des enjeux réels pour les professionnels. Il en résulte que même lorsque des outils ont été conçus avec le but d'associer les enfants, l'utilisation et la maîtrise de ceux-ci requiert formation, soutien et accompagnement pour les professionnels.

Si ces difficultés peuvent être prises en compte, il convient toutefois d'arrêter des modalités favorables au recueil du point de vue de l'enfant sur sa situation au regard de la nécessité de conduire une démarche qui a pour préoccupation centrale l'enfant (a fortiori si on redoute qu'il soit en danger), et qui peut donner lieu à des décisions, dont certaines impacteront son parcours de vie et son futur. Ainsi, L. Royer-Mireault¹³⁹ montre comment le fait de partager un moment avec l'enfant¹⁴⁰ pour comprendre son point de vue sur sa situation, permet de recueillir des informations cruciales pour l'évaluation, pour autant que l'intervenant prenne le temps de la mise en confiance et adapte son approche. Bien que les enfants apprécient comme tout un chacun qu'on leur témoigne de l'intérêt, tous ne seront pas à l'aise pour échanger verbalement avec l'adulte (quand bien même celui-ci aura pris soin de s'exprimer dans un langage simple et concret), mais pourront se montrer plus diserts si celui-ci propose une activité, jeu ou dessin.

L'auteure suggère que l'exploration des besoins de l'enfant puisse aussi prendre une forme de jeu, par exemple en demandant à l'enfant quels sont les trois souhaits qu'il ferait si un génie lui proposait de les exaucer. Ou encore quelles sont les trois personnes qu'il emmènerait sur une île déserte. L'idée est à la fois d'obtenir des informations « *de première main* » le concernant, de comprendre comme il se représente sa situation et d'observer comment il raisonne. S'agissant des deux questions ci-dessus, l'intérêt ne réside pas seulement dans la réponse, mais dans l'exploration avec l'enfant des motifs qui l'amènent à opérer ses choix et des sentiments qu'il peut exprimer à cette occasion.

Ce qui est ici en jeu, ce ne sont pas tant les stratégies que les équipes pourront inventer, développer, expérimenter, adapter, qu'un changement de culture ayant trait à la reconnaissance de l'enfant comme acteur. A ce titre, il a un point de vue et une parole sur sa situation qu'il convient de prendre en compte, et ce d'autant plus qu'il est le premier concerné. Insister sur l'utilité d'anticiper collectivement des stratégies d'approche, c'est

¹³⁷ Royer-Mireault, 2011, La contribution de l'enfant à l'évaluation de ses besoins développementaux, Exigence partielle du Doctorat en psychologie, Essai de 3^e cycle présenté à l'Université du Québec à Trois-Rivières

¹³⁸ E. Corbet, N. Séverac, R. Le Duff, 2016, *Op. cit.*

¹³⁹ Royer-Mireault, 2011, *Op. Cit.*, pp. 40_45

¹⁴⁰ L'auteure fixe à 8 ans l'âge auquel l'enfant accède à la « conscience de soi » et au « concept de soi » lui permettant de « se percevoir réalistement ».

rappeler qu'effectivement l'enfant n'est pas un interlocuteur comme les autres et qu'en conséquence le travail des professionnels inclut un savoir s'exprimer et agir en tenant compte de manières de voir et de parler « *autres* », éloignées des habitus professionnels, mais pour autant nantis de leur propre logique. A cet égard, l'effort nécessaire face à un enfant n'est peut-être que l'expression la plus visible de l'effort d'adaptation qu'il conviendrait systématiquement d'engager face à des parents qui se reconnaissent rarement comme « *usagers* »¹⁴¹, ne serait-ce que potentiels.

4. Le cahier des charges du cadre de référence national

La démarche de consensus a retenu, à l'issue de ses travaux :

- ◆ Une conception théorique de référence : l'approche éco-systémique contextualisée. Celle-ci prend en compte de multiples déterminants sur les plans individuel, familial et contextuel. Ainsi, l'enfant est reconnu dans ses interactivités avec l'ensemble des systèmes qui gravitent autour de lui, en référence à l'approche modélisée par U. Bronfenbrenner, soit le microsystème pour ce qui concerne les relations intrafamiliales, le mésosystème s'agissant du premier réseau de sociabilité (crèche, école, aire de jeu de proximité), l'exosystème pour la famille élargie et le réseau de soutien formel des institutions et services et le macrosystème c'est-à-dire la loi commune, les habitus culturels, les valeurs sociétales partagées.
- ◆ Un modèle de référence de démarche évaluative telle que développé dans le cadre d'analyse britannique, le « British Assessment Framework for children in Need and their Families », adapté par le Québec comme cadre d'analyse des besoins de l'enfant (CABE) et par l'Italie sous le nom « Le Monde de l'enfant ».

Ce modèle sera à élaborer dans une démarche de co-construction avec le monde académique et les acteurs pour une appropriation facilitée, tout en garantissant les procédures de validité scientifique du support.

Celui-ci prendra en compte trois dimensions :

- ◆ les besoins de développement chez l'enfant, au regard de son âge, de son développement et de sa singularité,
- ◆ les capacités des figures parentales appréhendées par un guide d'évaluation des capacités parentales, tel que le « *Guide d'évaluation des capacités parentales au Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (CIM-IU); Université de Montréal -2014* », adapté du guide de Steinhauer,
- ◆ et enfin les facteurs familiaux, sociaux et environnementaux susceptibles d'influer sur les réponses à ces besoins.

Des cahiers de référence, intégrant les échelles développementales, les besoins de l'enfant au regard de l'observation, les capacités parentales à y répondre et les éléments contextuels

¹⁴¹ Référence au rapport : « Ne nous appelez plus « usagers ».

de l'environnement, serviront de support par tranche d'âge (un an, deux ans, trois ans, quatre ans, cinq à dix ans, onze à quinze ans, seize à dix-huit ans) et par domaine d'évaluation, pour l'analyse, le projet d'action et l'aide à la décision et ce en cohérence avec l'élaboration du projet pour l'enfant.

Enfin, cette approche évaluative devra s'inscrire dans une démarche dynamique de parcours de vie en rapport avec la temporalité développementale de l'enfant et avec ses caractéristiques comme sujet singulier.

Il appartiendra aux travaux qui seront initiés dans cette seconde phase d'élaborer ce cadre d'observation, d'évaluation, d'analyse et de prise de décision pour un projet d'action, dont il conviendra de suivre régulièrement les besoins d'ajustements au regard de l'impact de l'action sur les besoins de l'enfant et sur l'évolution de sa situation au travers des rapports de situation. De ce fait, les besoins de l'enfant se devront d'être référés aux échelles développementales de son groupe d'âge d'appartenance, comme indicateur de suivi, tout en tenant compte aussi de sa spécificité et de sa temporalité développementale.

A cet effet, l'implication participative des acteurs (enfant et parents), pour une confrontation des points de vue, tout au long du processus, sera un enjeu majeur pour une démarche participative et transformative de coopération active avec l'enfant lui-même et ses parents, leur redonnant ainsi leur « *pouvoir d'agir* ».

On notera à ce jour, que le centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI) Rhône-Alpes a développé dans le cadre de l'appel d'offre ONED-ONPE 2006, un référentiel français, validé scientifiquement et référencé aux théories de l'attachement, du développement et de l'approche écosystémique, implanté dans une vingtaine de départements. Celui-ci déploie une méthodologie d'appui au process d'observation, d'évaluation et d'analyse des professionnels sur les trois axes du cadre d'analyse britannique, ainsi qu'une démarche participative des acteurs (enfant et parents). Toutefois, celui-ci ne dispose pas actuellement d'outil d'application intégrant par tranche d'âge le croisement d'échelle développementale et les dimensions de besoins, de capacités parentales et de contexte environnemental.

Ce cadre de référence fondé sur les besoins fondamentaux de l'enfant et ses droits tels que définis conformément à la Convention internationale des droits de l'enfant, permettra l'harmonisation et l'efficacité d'intervention en protection de l'enfance, par une compréhension partagée et multidimensionnelle de la famille entre les acteurs, quelle que soit leur discipline d'appartenance.

Ce cadre de référence devra également prendre en considération les besoins « *particuliers* » relevant d'un éventuel handicap associé, conformément à l'article 23 alinéa 3 de la

Convention internationale des droits de l'enfant, et à la loi du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, afin d'intégrer la dimension du plan de compensation personnalisé, au plan d'action plus globale et du projet pour l'enfant.

Pour ce faire, les acteurs du secteur médico-social seront également sensibilisés et associés à la démarche évaluative, et contribueront à l'élaboration du plan d'action pour une approche holistique globale de l'enfant et de sa famille. Ils pourront apporter leur expertise diagnostique au regard des besoins de soins et de compensation « *particuliers* » à l'enfant considéré.

Enfin, certains besoins spécifiques du fait même de la mesure de protection mise en œuvre, (rupture, séparation, désaffiliation, discontinuité, fragmentation des expériences et des liens d'attachement, déterritorialisation, « *mal de placement* »,...) seront à prendre en considération pour venir consolider la garantie et la cohérence de réponse aux besoins fondamentaux de l'enfant.

Recommandation et propositions

Recommandation 6 : améliorer le repérage, le dépistage ou la prise en charge des mineurs en danger ou en risque de danger de compromission de leur développement

N° de la proposition	Intitulé de la proposition
28	Disposer d'un cadre de référence national, d'évaluation et d'analyse transversal, pluridisciplinaire, centré sur l'intérêt de l'enfant, sur son bien-être, ses droits au service de ses besoins et de son développement en conformité avec le cahier des charges proposé
29	Déterminer les modalités de diffusion et d'appropriation du cadre de référence par les professionnels du champ de la protection de l'enfance
30	Disposer d'un cadre institutionnel garant et contenant pour les professionnels La confrontation à la dysparentalité, aux violences intrafamiliales, à la négligence et aux violences conjugales vient interpellier l'intime de chacun, mobilise nos représentations et active des processus identificatoires des professionnels, au regard des liens parents-enfants ainsi mis en jeu. De ce fait, elle implique un cadre institutionnel contenant et garant d'une élaboration et d'un travail d'accompagnement possible aux côtés de l'enfant et de ses figures parentales. Aussi les modes d'organisations, les processus de travail, le croisement des regards, les références théoriques et les pratiques professionnelles se voient convoqués dans une nécessaire cohérence et complémentarité de sens et finalité. Par ailleurs, le cadre institutionnel contribue à contenir les processus d'habituation qui peuvent parasiter les capacités d'observation d'analyse, d'évaluation des situations

et donc de prise de décision, du fait de l'acceptabilité de seuil de tolérance obérant l'objectivation d'une réalité préjudiciable à l'intérêt de l'enfant et à son développement alors même que la situation est peu évolutive voire même en cours de dégradation. Les espaces de pensée pour les professionnels, comme les temps d'analyse de pratiques s'avèrent des outils de travail institutionnels essentiels pour soutenir les professionnels dans la prise en charge et l'accompagnement des enfants en protection de l'enfance

31 Elaborer des cahiers de référence intégrant les échelles développementales

Chapitre 7 – La formation : un levier essentiel à l'appropriation du nouveau paradigme

Il appartenait également à la démarche de consensus, conformément à la lettre de mission, de faire des propositions sur la formation des professionnels, dans lequel s'inscrit ce chapitre.

La littérature internationale s'accorde pour reconnaître la nécessité d'une formation aux compétences professionnelles renforcées pour les intervenants du secteur de la protection de l'enfance, au regard de l'importance des enjeux de développement, de bien-être, et de perspective d'avenir pour l'enfant ou le jeune.

Pour Willy Lahaye, lors de sa contribution au débat public, celui-ci précise que cette formation *« exige une articulation entre théorie et pratique car elle doit permettre aux professionnels d'étayer leur avis, en tenant compte de la singularité des contextes, des ressources et des faiblesses des personnes concernées, de leur groupe d'appartenance et de leur environnement »*.

La recommandation européenne sur « les droits de l'enfant et les services sociaux adaptés aux enfants et aux familles »¹⁴²

Cette recommandation rappelle que les services sociaux aux enfants et aux familles (universels, spécialisés et intensifs) se doivent de garantir l'intérêt de l'enfant, sa participation et sa protection. Ils doivent répondre aux critères d'accessibilité, de disponibilité, de pertinence et d'adéquation aux besoins des enfants et des familles. Ils doivent s'inscrire dans des démarches de coopération pluridisciplinaire et interinstitutionnelle, disposer d'un cadre commun d'évaluation et de protocoles transversaux pour mettre en place les mesures d'accompagnement nécessaires.

Elle rappelle également que le personnel travaillant avec et pour les enfants :

- ◆ se doit de disposer d'une formation professionnelle adéquate et d'une formation continue sur les droits de l'enfant,
- ◆ devrait être formé au repérage des situations de violences, maltraitances, négligences mais aussi connaître les modalités de saisine des autorités compétentes, et en fonction de leur mission assurer l'évaluation, rendre compte de la prise en charge et du suivi de celles-ci,
- ◆ devrait être formé aux méthodes participatives de travail avec les enfants et les familles, à la communication avec les enfants de tous âges et stades de développement et ceux qui sont en situation de vulnérabilité,
- ◆ devrait être compétent pour mettre en place les conditions de confiance, de confidentialité et de respect mutuel.

¹⁴² Recommandation CM/Rec(2011)12 sur les droits de l'enfant et les services sociaux adaptés aux enfants et aux familles du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe

La recommandation européenne rappelle que pour ce faire, la formation devrait prendre en compte la coopération pluridisciplinaire et interinstitutionnelle par la mise en commun d'expériences et de bonnes pratiques.

Elle rappelle enfin que la responsabilité professionnelle devrait être assurée par des mandats clairs, des procédures de travail, et des règles éthiques et que les professionnels devraient bénéficier de méthode de « supervision » à des fins de soutien et de renforcement de leurs compétences.

En France, la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance stipulait d'ores et déjà¹⁴³ l'obligation de formation initiale et continue, en partie commune entre les professions (médecins, paramédicaux, travailleurs sociaux, personnels enseignants, d'animation sportive, culturelle et de loisirs, police, gendarmerie) et institutions, dans le domaine de la protection de l'enfance.

Force est de constater aujourd'hui la faible application de ces dispositions et le manque de connaissances partagées en ce domaine, dispositions peu favorables à l'établissement d'une culture commune partagée, d'un langage commun et donc de conditions favorables à un travail partenarial pluridisciplinaire et interinstitutionnel cohérent et complémentaire pour une approche multidisciplinaire, multidimensionnelle et éco-systémique des situations des mineurs et de leur famille.

Ce constat, largement partagé dans le cadre de cette démarche de consensus amène à envisager différentes orientations dans le cadre de la formation des acteurs, tant s'agissant de la formation initiale, de la formation continue, de la formation transversale interinstitutionnelle que de la formation généraliste et de la formation spécialisée professionnalisante.

1. Un socle de connaissances pour une culture commune partagée

Aussi la démarche de consensus a conduit à soutenir un socle de connaissances transversal pour les acteurs amenés à intervenir en protection de l'enfance appréhendant la maîtrise des thématiques suivantes :

- ◆ la Convention internationale des droits de l'enfant,
- ◆ les références théoriques développementales de l'enfant, et de l'adolescent (théorie de l'attachement, approche développementale, neurosciences, théorie éco-systémique, approche cognitivo-comportementale, théorie psychanalytique, éthologie,...) et les besoins fondamentaux de l'enfant,
- ◆ les processus de parentalité, l'évolution des formes familiales, les pratiques éducatives familiales et leurs contextes environnementaux en particulier dans les contextes de vulnérabilité,

¹⁴³ Code de l'éducation Art. L.542-1

- ◆ les troubles de l'attachement et les troubles de la relation (origines, conséquences, prises en charge thérapeutiques),
- ◆ la clinique, les conséquences sur le développement de l'enfant et son devenir et la prise en charge des maltraitances (physiques, psychologiques, sexuelles, négligences et violences conjugales),
- ◆ le dispositif de protection de l'enfance, les modalités de saisine des autorités compétentes et selon les missions assurées l'évaluation et le rendu-compte de la prise en charge et/ou du suivi de la situation,
- ◆ la prise en compte des effets d'implication du professionnel, les mécanismes d'identification à l'enfant ou au parent et les effets de résonance à l'expérience subjective du professionnel.

2. Des compétences à acquérir pour les acteurs

Des compétences, pour les acteurs amenés à intervenir en protection de l'enfance, sont à acquérir :

- ◆ être formé à l'observation, au repérage des signes de souffrance de l'enfant, à l'évaluation et à l'analyse des besoins de l'enfant, des capacités parentales et des conditions de l'environnement familial et social et s'approprier le cadre de référence national,
- ◆ être formé aux enjeux de la formalisation du rendu-compte de l'observation, de l'analyse et de la prospective des situations de mineurs en danger dans un objectif d'aide à la décision,
- ◆ être formé à la démarche participative de l'enfant, à la communication avec les enfants quel que soit leur âge et leur stade de développement et à la capacité de mise en confiance et de respect de ses droits. De même, des compétences doivent être requises, pour recueillir le point de vue de l'enfant et prendre en compte le vécu subjectif de son bien-être,
- ◆ être formé à la démarche participative des parents, à leur mobilisation, si possible, dans les processus d'évaluation comme d'élaboration du projet et de sa mise en œuvre, en mobilisant des leviers d'alliance de ressources internes ou externes,
- ◆ être formé aux règles d'application du secret professionnel et aux conditions du partage d'informations à caractère secret^{144 145}.

3. La formation transversale interinstitutionnelle

Elle doit permettre de soutenir les processus de coopération pluridisciplinaire et interinstitutionnelle, pour favoriser une approche multidisciplinaire et multidimensionnelle des situations et garantir une cohérence et une coordination des interventions.

¹⁴⁴ CASF Art. L.226-2-2

¹⁴⁵ Recommandation de l'ANESM, Le partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance, décembre 2010

Elle contribue à une clarification des places et rôles de chacun. Elle permet le partage d'expériences et de bonnes pratiques et consolide ainsi le corpus de connaissances et de culture partagées.

4. La formation continue au sein des institutions

Elle doit s'inscrire en cohérence des dynamiques institutionnelles. Elle favorise l'appropriation des nouvelles connaissances et de nouveaux outils fondés sur des références validées pour une adaptation des pratiques, dès lors que sont pris en compte les éléments contextuels institutionnels. Elle contribue à la consolidation de références théoriques communes partagées qui donnent sens au projet d'établissement ou de service et conforte la cohérence des pratiques éducatives.

5. La formation continue spécialisée et/ou professionnalisante

Elle est diverse au regard de la grande variabilité des approches et références théoriques. Toutefois certaines formations sont volontairement dédiées à la protection de l'enfance, avec des focus spécialisés (droit, santé, sciences humaines et sociales, etc..) ou d'approche globale.

Les cadres territoriaux de l'aide sociale à l'enfance, qui assurent par délégation la responsabilité des missions de protection de l'enfance dévolues au Président du conseil départemental, sont tenus, conformément au décret du 30 juillet 2008, à l'obligation d'une formation de 240 heures.

Pour ce faire, à ce jour, différents dispositifs sont accessibles dont, outre la formation délivrée par le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT), des DU, des Licences professionnelles ou des Masters dans le domaine de la protection de l'enfance.

Toutefois, même si ces formations relèvent de l'échelon régional, un recensement et une meilleure visibilité de **niveau national** des DU, des Licences professionnelles et des Masters permettrait de valoriser et coordonner cette offre de formation, en particulier compte-tenu de l'importance des besoins de formation recensés s'agissant des professionnels de la chaîne d'encadrement des établissements et services de protection de l'enfance du secteur public, comme du secteur habilité.

Enfin, au **niveau local**, les nouvelles attributions dévolues aux ODPE par la loi du 14 mars 2016 en matière de recensement des formations continues délivrées et de programme pluriannuel des besoins de formation sur les territoires, devraient favoriser une meilleure visibilité des orientations des formations effectives et prospectives.

6. Une sensibilisation-formation des élus départementaux en charge des missions de protection de l'enfance

Au regard des enjeux de cette politique publique, par son intervention dans la sphère privée des familles et par son impact sur les parcours de vie des mineurs pris en charge, des programmes de sensibilisation-formation à destination des élus départementaux en charge des missions de protection de l'enfance, seraient de nature à leur permettre de disposer d'une connaissance des besoins fondamentaux de l'enfant, de ses droits et de son intérêt, au regard des situations singulières, d'une appréhension du réseau des acteurs, d'une acculturation à une approche commune partagée théorique et pratique, et de soutenir des orientations stratégiques territoriales d'une politique enfance-famille en conformité avec les besoins populationnels et en cohérence avec les autres politiques publiques du territoire.

7. Un statut de cadre décisionnel pour les « inspecteurs territoriaux de l'aide sociale à l'enfance »

S'agissant des « Inspecteurs territoriaux de l'ASE » et au regard de l'importance stratégique de cette fonction dans le dispositif de protection de l'enfance, du fait de sa responsabilité dans la prise de décision, de la nécessité de devoir incarner l'autorité administrative comme pendant à l'autorité judiciaire, de devoir bénéficier de ce fait d'une nécessaire légitimité, et crédibilité de représentation de la puissance publique, auprès des familles, comme auprès des acteurs, il semblerait pertinent que cette fonction bénéficie d'un vrai statut spécifique précisant ses contours, son périmètre et clarifiant ses responsabilités. Ceci contribuerait sans doute à un changement de regard et de représentation du champ professionnel et pourrait ainsi soutenir une plus grande reconnaissance et une meilleure lisibilité de la politique publique portée par la protection administrative, et un développement d'une politique de protection de l'enfance négociée avec les familles confirmant la subsidiarité de l'ordre judiciaire.

En conclusion, les questions de la formation initiale comme de la formation continue, se trouvent confronter à la diversité de l'offre de formation par les organismes de formation professionnelles (EFTS, CNFPT, IFSI...) ce qui ne permet pas une réelle visibilité d'une véritable politique de formation. Par ailleurs, l'Unaforis, auditionnée, a fait valoir l'importance des mutations contextuelles actuelles du secteur, compte-tenu de la ré-architecture en cours des diplômes, comme des transformations importantes des organismes de formation en travail social.

Enfin, la nécessité de voir la pratique se nourrir des connaissances, comme le développement des connaissances se nourrir de la pratique pour s'assurer de la qualité et de l'efficacité des réponses apportées aux bénéficiaires plaide pour des coopérations entre organismes de formation professionnelle et universités.

Les changements annoncés ou en cours de discussion dans le cadre de l'application du « *Plan d'action en faveur du travail social et du développement social* » devraient permettre un meilleur positionnement des établissements de formation en travail social par rapport aux évolutions des politiques publiques, notamment pour ce qui concerne la protection de l'enfance.

Recommandation et propositions

Recommandation 7 : garantir une culture commune partagée par la formation

N° de la proposition	Intitulé de la proposition
32	Acquérir et/ou consolider le socle de connaissances préconisé dans le cadre de la démarche de consensus
33	Acquérir et/ou consolider les compétences préconisées dans le cadre de la démarche de consensus
34	Soutenir et développer la formation transversale interinstitutionnelle
35	Favoriser la formation continue au sein des institutions
36	Soutenir la formation continue spécialisée et/ou professionnalisante
37	Sensibiliser-former les élus départementaux en charge des missions de protection de l'enfance
38	Définir un statut de cadre décisionnel pour les inspecteurs territoriaux de l'ASE

Annexes (partielles)

Annexe 1 – Lettre de mission

Annexe 2 – Liste des membres du comité d'experts

Annexe 3 – Liste des personnes auditionnées

Annexe 4 – Liste des questions soumises aux personnes auditionnées

Annexe 5 – Liste des personnes ayant contribué par écrit (en dehors des personnes auditionnées ayant transmis de manière complémentaire un écrit)

Annexe 6 – Programme du débat public

Annexe 7 – Bibliographie de l'ONPE

=> Les annexes font l'objet d'un volume spécifique, notamment les comptes-rendus des auditions des participants à la démarche.

Annexe 1 – Lettre de mission



MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

Paris, le 20 juin 2016

Madame,

J'ai engagé en 2014 une réforme de la protection de l'enfance en concertation avec l'ensemble des acteurs : les professionnels, les élus mais aussi les enfants et les parents concernés.

Les constats qui ont été dressés collectivement suite à cette concertation montrent que, malgré les réformes introduites par la loi du 5 mars 2007, la protection de l'enfance reste une politique publique insuffisamment connue et reconnue et qu'il est nécessaire qu'un projet politique partagé s'inscrive dans la durée pour un exercice plein et entier des droits des enfants, notamment les plus vulnérables.

En outre, l'évolution des pratiques professionnelles, qui représente un enjeu majeur dans la réussite de la politique de la protection de l'enfance, doit être confortée et soutenue.

Partant de ces constats, j'ai dressé une feuille de route pour la période 2015-2017 qui, présentée au Conseil des ministres du 19 août 2015, se décline en une série de mesures autour de trois objectifs :

- une meilleure prise en compte des besoins de l'enfant et de ses droits,
- l'amélioration du repérage et du suivi des situations de danger et de risque de danger,
- le développement de la prévention.

La loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant constitue le volet législatif de cette feuille de route.

L'ensemble de cette stratégie nationale, rappelée lors de l'audition de la France par le Comité des droits de l'enfant en janvier 2016, doit s'appuyer sur une vision partagée des besoins fondamentaux de l'enfant. La démarche de consensus que je souhaite voir engager doit être pluridisciplinaire et transversale afin d'asseoir un corpus scientifique partagé définissant le périmètre, le contenu, voire les outils d'analyse contribuant à l'appréhension des besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance, à l'aune des pratiques institutionnelles et professionnelles, pour une évaluation rigoureuse des situations, en vue d'une prise en charge adaptée du mineur et de sa famille.

Madame Marie-Paule MARTIN BLACHAIS

1/2

La démarche de consensus devra prendre en compte toute la diversité d'approches et de références contextuelles concernant les besoins inhérents à la condition humaine, essentiels et universels, notamment ceux soulignés par de nombreux pédiatres et psychiatres, comme nécessaires à la réalisation du bon développement de tout enfant, et des enfants placés plus spécifiquement.

Vous veillerez également à appréhender la satisfaction des besoins de l'enfant dans une approche d'écologie systémique interactionnelle, prenant en compte l'environnement dans sa globalité, et non seulement dans l'interaction enfants/parents.

Vous approfondirez sur la notion de compromission du développement de l'enfant ainsi que sur l'aptitude des différents intervenants auprès de l'enfant à apporter une réponse : parents et entourage, institutions, Etat et collectivités locales... Vous vous interrogerez sur les signes d'alerte et les modalités de l'intervention en protection de l'enfance les plus appropriées pour satisfaire les besoins fondamentaux de l'enfant.

Enfin, l'ensemble de ces questions permettra de faire des propositions relatives à la formation des professionnels et à leur cadre d'intervention.

Avec l'appui de la DGCS, je vous demande de conduire cette démarche qui sera mise en chantier dans des délais rapprochés, afin qu'une première note d'étape puisse m'être transmise en début d'année 2017.

Vous déterminerez, en lien avec la DGCS, une méthodologie permettant de garantir une prise en compte équilibrée de l'ensemble des approches et tendances, afin que les conclusions de cette démarche soient pleinement reconnues et appropriées par l'ensemble des acteurs.

Vous composerez et présiderez un comité d'experts des différentes disciplines impliqués dans le champ couvert (pédiatrie, pédopsychiatrie, psychologie, sociologie, action sociale, victimologie, justice,...) et des différents secteurs (académique, sociétés savantes et praticiens).

Des auditions permettront l'expression de la pluralité des points de vue, auxquelles pourront être associées des contributions écrites versées au dossier.

A partir des éléments recueillis dans ce cadre, un débat public se tiendra en janvier 2017.

Un rapport, rédigé avec l'appui de la DGCS et piloté par vos soins, présentera, en mi- février 2017, sur la base des travaux du comité d'experts, complétée des apports du débat public, des principes d'intervention en matière de réponse aux besoins fondamentaux de l'enfant, dans le cadre de la protection de l'enfance, ainsi que des propositions sur la formation des professionnels.



La ministre des familles, de l'enfance
et des droits des femmes

Laurence ROSSIGNOL

Annexe 2 – Liste des membres du comité d'experts

Le comité d'experts est composé de 15 personnes :

- ◆ Marie-Paule Martin-Blachais, Directrice de la démarche de consensus,
- ◆ Nadège Séverac, Sociologue Consultante, spécialiste des violences intrafamiliales, en mission d'appui à la directrice de la démarche de consensus,
- ◆ Dr Gisèle Apter, Pédopsychiatre, Chef de Pôle 92107, Unité de Psychiatrie Périnatale d'Urgence Mobile en Maternité, Hôpital Erasme,
- ◆ Edwige Chirouter, Maître de conférences, titulaire de la Chaire UNESCO "philosophie avec les enfants",
- ◆ Eliane Corbet, Directrice déléguée aux relations institutionnelles du CREA Auvergne-Rhône Alpes,
- ◆ Edouard Durand, Magistrat,
- ◆ Pr Priscille Gérardin, Responsable des unités universitaires de Psychiatrie de l'enfant et de l'Adolescent - CHU/CH Rouvray Chef de pôle de Psychiatrie Enfants et Adolescents CH Rouvray
- ◆ Adeline Gouttenoire, Professeure de Droit à l'Université de Bordeaux, Présidente de l'ODPE 33,
- ◆ Marcel Jaeger, Professeur titulaire de la chaire de travail social et d'intervention sociale au Cnam,
- ◆ Helen Jones, Consultante en services de l'enfance et de la famille en Grande-Bretagne,
- ◆ Willy Lahaye, Professeur en Sciences de l'éducation à l'Université de Mons (Belgique),
- ◆ Paola Milani, Professeure de Pédagogie sociale à l'Université de Padoue (Italie),
- ◆ Chantal Rimbault, Présidente de l'ANDEF,
- ◆ Catherine Sellenet, Professeure en Sciences de l'éducation à l'Université de Nantes,
- ◆ Dr Nathalie Vabres, Pédiatre, Unité d'accueil des enfants en danger au CHU de Nantes.

Annexe 3 – Liste des personnes auditionnées

25 octobre 2016		
Nom	Prénom	Fonction/organisme
Lacharité	Carl	Psychologue et professeur au département de psychologie à l'Université Québec 3 rivières
7 novembre 2016		
Nom	Prénom	Fonction/organisme
Dr Nouvel	Jean-Louis	Psychiatre, Président de l'association RIAFET
Nicoletta	Joëlle	Ancienne responsable de la <i>CRIP du conseil départemental des Côtes d'Armor (22)</i>
Glowacki	Annette	Présidente de l'AFIREM
Meyer	Jeanne	Médecin de Santé Publique AFIREM 54
Toussaint	Emmanuelle	Psychologue
Muller	Jean-Marie	Président de la FNADEPAPE
Ferreira	Monique	ADEPAPE 63
Laureau	Chantal	Responsable du secrétariat Famille-Petite enfance du Mouvement ATD Quart Monde
Jouno	Marie Christine	Volontaire permanente du Mouvement ATD Quart Monde, ancienne responsable d'actions avec les parents et leurs enfants dans plusieurs lieux
Vachez	Jean-Marie	Président de l'ONES
Denéchère	Yves	Professeur d'histoire à l'Université d'Angers
Stecker	Pierre	DEF <i>du conseil départemental de Saône-et-Loire</i> , Président de l'ANDASS
Hardy	Guy	Assistant social, formateur en approche systémique et en programmation neurolinguistique
8 novembre 2016		
Nom	Prénom	Fonction/organisme
Dr Garrigues	Cécile	Médecin de PMI pour le SNMPMI

Malherbe	Hermeline	Présidente du GIPED, sénatrice et présidente du conseil départemental des Pyrénées-Orientales
Soudoplatoff	Anne-Sylvie	Directrice GIPED
Séraphin	Gilles	Directeur de l'ONPE
Dr Mascaro	Rosa	Pédopsychiatre, Directrice de l'espace Lebovici à Lille
Valente	Jérôme	Directeur MECS et <i>SERAD</i> du Château de Lorry et de la MECS le grand chêne, cmsea
Nisse	Martine	Directrice du centre de thérapie et de formation des Buttes-Chaumont
Dr Berger	Maurice	Ancien chef de service en psychiatrie de l'enfant au CHU de Saint-Étienne, ex-professeur associé de psychologie à l'Université Lyon 2 et psychanalyste
Gauthier	Louisiane	Psychologue aux Centres jeunesse de Montréal
Dr Rousseau	Daniel	Pédopsychiatre, intervenant à la pouponnière du Foyer de l'enfance du Maine et Loire
Audrouing	Stéphane	Directeur du Foyer de l'Enfance Village Saint Exupéry
Lesueur	Didier	DG de l'ODAS
Feret	Agnès	Chargée d'étude enfance famille à l'ODAS
Dyevre	Vianney	Chef de la brigade de protection des mineurs à Paris
9 novembre 2016		
Nom	Prénom	Fonction/organisme
Saldier	Karen	Docteur en psychologie clinique
Dr Garret-Gloanec	Nicole	Pédopsychiatre, <i>chef</i> du service de pédopsychiatrie 2 et responsable du centre nantais de la parentalité
Dr Lardière	Dominique	Pédiatre de PMI
L'Houssni	Mohamed	DG de l'association Rétis
Fergane-Tauzy	Julie	Parquetière mineur au TGI de Dijon
Petreault	Françoise	Sous-directrice de la vie scolaire, des établissements et des actions socio-

		éducatives à la DGESCO
Gasté	Véronique	Chef du bureau de la santé, de l'action sociale et de la sécurité à la DGESCO
Ambroise	Patrick	Adjoint à la sous-directrice de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques à la DGS
Lefeuvre	Brigitte	Chef du bureau des maladies chroniques, de l'enfant et du vieillissement à la DGS
Avenard	Geneviève	Défenseur des enfants, adjointe du Défenseur des droits
Jacob	Claudine	Directrice du département Protection des droits – affaires judiciaires
Lieberherr	Marie	Cheffe du pôle Défense des enfants
Pideri	Vanessa	Chargée de mission pôle Accès aux droits et discrimination
Armando	Mylène	Présidente de l'UDAF des Hautes-Alpes, administratrice UNAF
Pioli	David	Coordonnateur du pôle "Droit, Psychologie et Sociologie de la Famille" à l'UNAF
Moret	Isabelle	Directrice des activités à SOS village d'enfants
Meunier	Gilles	Responsable du Développement des Activités à SOS village d'enfants
Ajon	Emmanuelle	Vice-présidente chargée de la promotion de la santé et protection de l'enfance au conseil départemental de la Gironde
Allonsius	David	Vice-président chargé des fonctions de juge des enfants au TGI de paris
18 novembre 2016		
Nom	Prénom	Fonction/organisme
Sultan	Catherine	Directrice de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ)
24 novembre 2016		
Nom	Prénom	Fonction/organisme
Golse	Bernard	Pédopsychiatre, professeur des

		universités – praticien hospitalier de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université Paris Descartes, chef du service de pédopsychiatrie de l'hôpital Necker-Enfants malades et psychanalyste
Vinquant	Jean-Philippe	Directeur général de la cohésion sociale
29 novembre 2016		
Nom	Prénom	Fonction/organisme
Rapinat	Jean-Michel	Directeur délégué aux politiques sociales à l'Assemblée des départements de France (ADF)
Cvetojevic	Deborah	Cheffe du bureau plateaux techniques et prises en charge hospitalières aiguës à la Direction générale de l'offre de soins
27 janvier 2017		
Nom	Prénom	Fonction/organisme
Dennery	Vincent	Directeur de la Fondation pour l'enfance

Annexe 4 – Liste des questions soumises aux personnes auditionnées

1. Votre expertise dans la prise en charge répond à quels types de besoins ? Quelles finalités ? Quels savoirs ? Quels repères ?
2. Dans le cadre de votre pratique, utilisez-vous des outils que vous jugez particulièrement adaptés et pour quelles raisons? Y en aurait-il d'autres que vous souhaiteriez mettre en place ?
3. Quelles sont les cinq références clés que nous devrions connaître pour avoir une bonne représentation des principes qui guident votre intervention ?
4. Dans le cadre de votre prise en charge, quelle place occupent les parents et l'environnement de l'enfant (sous l'angle des facteurs de risque et des facteurs de protection) dans votre analyse de sa situation ? Quel type de travail est ou devrait être mené avec eux - par vous et/ou par votre réseau partenarial ?
5. Comment l'expertise que vous avez développée peut-elle être développée de manière à être accessible aux professionnels qui interviennent en protection de l'enfance ? Quels seraient les points de vigilance essentiels à observer ? Au moment de l'évaluation initiale ? En cours de prise en charge ?
6. Ces points essentiels peuvent-ils s'articuler avec d'autres approches disciplinaires pour donner lieu à un « cadre de références partagé » ? Quelles approches considèreriez-vous comme nécessaires et sur quels points précis ?
7. Quelles seraient les conditions de transmission pour l'appropriation de ce cadre de références partagé par les professionnels (formation initiale, continue, « participative » ?) et selon quelles modalités ?

Annexe 5 – Liste des personnes ayant contribué par écrit (en dehors des personnes auditionnées ayant transmis de manière complémentaire un écrit)

Nom	Prénom	Fonction/organisme
Morel-Faury	Josiane	Avocate d'enfants
Zaouche-Gaudry	Chantal	Professeure de psychologie de l'enfant à l'Université Toulouse Jean Jaurès
Babin	Michèle	Présidente de la FNAF
Colson	Sébastien	Président de l'ANPDE
Cosson	Anne-Brigitte	Présidente de l'ANAS
Quiriau	Fabienne	Directrice générale de la CNAPE
Scheinder	Benoît	Président de la FFPP
Laurent	Geneviève	Présidente de l'ANECAMSP

Annexe 6 – Programme du débat public

08h00 Accueil des participants

▶ 09h00 Ouverture par Mme Laurence Rossignol, Ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes

▶ 09h15 Introduction par Mme Marie-Paule Martin-Blachais, Directrice de la démarche de consensus

▶ 09h30 1ère table ronde : Droits, intérêt et besoins de l'enfant : contours et détours ?

Président de séance : Edouard Durand, Magistrat

Discutants : Helen Jones, Consultante en services de l'enfance et de la famille en Grande-Bretagne, Maurice Berger, ancien Chef de service en psychiatrie de l'enfant au CHU de Saint-Étienne, ex-Professeur associé de Psychologie à l'Université Lyon 2 et Psychanalyste, Fabienne Quiriau, Directrice générale de la Convention nationale des associations de protection de l'enfant (CNAPE) et Julie Fergane-Tauzy, Substitut du Procureur au TGI de Dijon

▶ 11h00 2ème table ronde : Besoins fondamentaux : besoins universels et besoins spécifiques en protection de l'enfance ?

Président de séance : Catherine Sellenet, Professeure en Sciences de l'éducation à l'Université de Nantes

Discutants : Paola Milani, Professeure de Pédagogie Sociale à l'Université de Padoue (Italie), Chargée de cours en Education Familiale à l'Université de Fribourg (Suisse), Responsable scientifique du Programme national d'intervention pour la prévention de l'institutionnalisation (P.I.P.P.I.), Eliane Corbet, Directrice déléguée aux relations institutionnelles du Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI) Auvergne-Rhône Alpes et Jean-Louis Nouvel, Psychiatre, Président du Réseau d'intervenants en accueil familial à dimension thérapeutique (RIAFET)

12h30 Pause déjeuner

▶ 14h00 3ème table ronde : Formation et socle de connaissances au service des besoins et du développement de l'enfant en protection de l'enfance : acceptabilité, faisabilité, mise en oeuvre ?

Président de séance : Marcel Jaeger, Professeur titulaire de la chaire de travail social et d'intervention sociale au Conservatoire national des arts et métiers

Discutants : Gisèle Apter, Pédiopsychiatre, Chef de Pôle 92I07, Unité de Psychiatrie Périnatale d'Urgence Mobile en Maternité à l'Hôpital Erasme, Willy Lahaye, Professeur en Sciences de l'éducation à l'Université de Mons (Belgique), Claire Ganne, Maître de conférences en Sciences de l'éducation à l'Université Nanterre Paris Ouest La Défense et Roger Abalain, Administrateur de l'Union nationale des acteurs de formation et de recherche en intervention sociale (UNAFORIS)

▶ 15h30 4ème table ronde : Quels enjeux de coopérations et partenariats pluridisciplinaires au service des besoins de l'enfant en protection de l'enfance ?

Président de séance : Chantal Rimbault, Présidente de l'association nationale des directeurs de l'enfance et de la famille (ANDEF)

Discutants : Nathalie Vabres, Pédiatre coordonnateur, unité d'accueil des enfants en danger au CHU de Nantes, Priscille Gérardin, Responsable des unités universitaires de Psychiatrie de l'enfant et de l'Adolescent au CHU/CH Rouvray, Chef de pôle de Psychiatrie enfants et adolescents au CH du Rouvray, Georges Picherot, Pédiatre, membre du Conseil national de la protection de l'enfance (Société française de pédiatrie) et Régis Celerien, Directeur adjoint enfance au conseil départemental de la Drôme

▶ 17h Clôture par Mme Cécile Tagliana, Cheffe du service des politiques sociales et médico-sociales à la Direction générale de la cohésion sociale et Mme Marie-Paule Martin-Blachais, Directrice de la démarche de consensus

17h30 Fin de la journée

Annexe 7 – Bibliographie de l'ONPE

ANESM. *Axe-La prise en compte de l'intérêt de l'enfant et de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs*. Paris : Anesm, 2015 (Repères pour les établissements et services prenant en charge habituellement des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives), 41 p.

APPEL G., DAVID M. *Lóczy ou le maternage insolite*. Toulouse : Erès, 2008. 262 p.

BAKER Z. G., BRYAN J.L. The road to good psychological health : Basic psychological need satisfaction. *Psychological Health and Needs Research Developments*. 2015, p. 1-10.

BERGER M. *Soigner les enfants violents*. Paris : Dunod, 2012. 320 p.

BOWLBY J. *Attachement et perte*. 5^e éd. Paris : PUF, 2002. 539 p.

BONNEVILLE-BARUCHEL E. Besoins fondamentaux et angoisses chez les tout-petits et les plus grands : l'importance de la stabilité et de la continuité relationnelle. *Le carnet psy*. 2014, 5, 181, p. 31-34.

BRAZELTON T.B., GREENSPAN S.I. *Ce dont chaque enfant a besoin. Sept besoins incontournables pour grandir, apprendre et s'épanouir*. Paris : Marabout, 2003 [en ligne].
<http://www.lenfantdabord.org/lenfant-dabord/les-besoins-de-lenfant>

CAPELIER F. *Comprendre la protection de l'enfance : l'enfant en danger face au droit*. Paris : Dunod, 2015. 449 p.

CÉBULA J.C. Besoin de dire « maman » : quelle référence parentale quand l'enfant est placé ? *Enfances et psy*. 2009, 2, 43, p. 52-59.

CÉBULA J.C., HUERRE P., BERDAH S. *et al.* D'hier à aujourd'hui, de quoi les enfants ont-ils besoin ? *Enfances et psy*. 2009, 2, 43.

CORBET É., ROBIN P., I. BOURGEAUX, *et al.* La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance, rapport de recherche [en ligne]. Paris : Oned/ONPE, octobre 2012
http://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/oned_creaira_rapport.pdf.pdf

CORBET É., ROBIN P., GRÉGOIRE P. *L'évaluation participative des situations familiales*. Paris : Dunod, 2012.

COUVERT M. *Les premiers liens*. Bruxelles : Editions Fabert, 2011. 50 p.

CRESSON G. Indicible mais omniprésent : le genre dans les lieux d'accueil de la petite enfance. *Cahiers du genre*. 2010, 2, 49, p.15-33.

DAVID M. *L'enfant de 0 à 2 ans : vie affective et problèmes familiaux*. Paris : Dunod, 2013 [1^{ère} éd : 1960]. 144 p.

DAVID M. *L'enfant de 2 à 6 ans : vie affective et problèmes familiaux*. Paris : Dunod, 2014 [1^{ère} éd : 1960]. 144 p.

DÉFENSEUR DES DROITS. *Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles* [en ligne]. 2015.

http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae_2015_accessible.pdf

DEJONG N., WOOD C.T., MORREALE M. C. *et al.* Identifying Social Determinants and Legal Needs for Children With Special Health Care Needs. *Clinical Pediatrics*. 2015, 55, 3, p. 272-277.

DE SINGLY F., WISNIA-WEIL V. *Pour un développement complet de l'enfant et de l'adolescent* [en ligne]. Paris : France stratégie, 2015. 164 p.

http://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs_rapport_commission_enfance_29092015_bat.pdf

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'AIDE À LA JEUNESSE. *La participation des jeunes, un enjeu éducatif, Quels outils pédagogiques ? Quelles méthodologies pour recueillir la parole des jeunes ?*, Actes de la journée d'études, Bruxelles, 2011, 96 p.

DURIEUX M. P. *Développement et troubles de l'enfant 0-12 mois*. Bruxelles : Editions Fabert, 2013. 62 p.

DURIEUX M. P. *Développement et troubles de l'enfant 1-4 ans*. Bruxelles : Editions Fabert, 2015. 56 p.

EMERY A.A., TOSTE J.R, HEATH N.L. The balance of intrinsic need satisfaction across contexts as a predictor of depressive symptoms in children and adolescents. *Motivation and Emotion*. 2015, 39, 5, p. 753-765.

EUILLET S., HALIFAX J., MOISSET P., SÉVERAC N. L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin. Rapport final. [en ligne]. 2016.

http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/recherche_acces_sante_et_sens_du_soins_rapport_final_juin2016.pdf

FELTON L., JOWETT S. The mediating role of social environmental factors in the associations between attachment styles and basic needs satisfaction. *Journal of Sport Sciences*. 2013, 31, 6, p. 618-628.

GABEL M. L'enfant « accueilli » : de son parcours à son album de vie. In LAMOUR M. *et al. Enfants en danger, professionnels en souffrance*. Toulouse : Erès, 2011. p. 213-217.

GALPIN A. Towards a theoretical framework for understanding the development of media-related needs. *Journal of Children and Media*. 2016, 10, 3, p. 385-391.

GARG, A., BUTZ, A.M., DWORKIN P.H., *et al.* Screening for basic social needs at a medical home for low-income children. *Clinical Pediatrics*. 2009, 48, 1, p. 32-36.

GIAMPINO S. *Développement du jeune enfant. Modes d'accueil, formation des professionnels*. Paris : Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes, 2016. 261 p.

GOEBEL B.L., BROWN D. R. Age differences in motivation related to Maslow's need hierarchy. *Developmental Psychology*. 1981, 17, 6, p. 809-815.

GOLSE B. La coconstruction de la narrativité au sein des interactions précoces. In VINCZE M. *L'atmosphère thérapeutique à Lóczy*. Toulouse : Erès, 2015 (Enfance et parentalité). p. 13-28.

GOLSE B. L'enfant un étranger à accueillir. *Carnet de santé*, 2010. [En ligne] <http://www.carnetsdesante.fr/Golse-Bernard>

GOODMAN J.F. The Interpretation of Children's Needs at Home and in School. *Ethics and Education*. 2008, 3, 1, p. 27-40.

Grandir à l'adolescence. *Revue de l'enfance et de l'adolescence*. 2016, 93, 248 p.

GRUPE D'APPUI À LA PROTECTION DE L'ENFANCE. *La notion d'intérêt de l'enfant dans la loi réformant la protection de l'enfance*. Paris : CNAPE, 2011. 16 p.

GUEDENEY N. *L'attachement, un lien vital*. Bruxelles : éditions Fabert, 2010. 58 p.

HAMMARBERG T. The UN Convention on the Rights of the Child - and How to Make It Work. *Human Rights Quarterly*. 1990, 12, 1, p. 97-105.

HARPER F. D., HARPER J. A. Counseling Children in Crisis Based on Maslow's Hierarchy of Basic Needs. *International Journal for the Advancement of Counseling*. 2003, 25, 1, p. 11-25.

HENDERSON V. *La nature des soins infirmiers*. Paris : InterEditions, 1994. 235 p.

HOUZEL D., BECUE –AMORIS R., BOUREGBA A., *et al.* *Les enjeux de la parentalité*. Toulouse : Erès, 2004. 200 p.

HUERRE P., LEBLANC A., NARDOT-HENN F. L'enfant de parents en souffrance psychique. *Enfances et psy.* 2007, 4 37, p. 6-8.

INPES. *Parents, enfants : les premiers ajustements*. Fiche action n° 15, 2010 [en ligne]
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3o.pdf>

JANSON, S., LALIERE C., PECNIK N. *et al.* *La parentalité positive dans l'Europe contemporaine*. Conférence des ministres européens chargés des affaires familiales, XXVIIIème session, Lisbonne, 16-17 mai 2006.

JONES H. De la recherche à l'action : la relation entre politique de recherche et pratique en protection de l'enfance en Angleterre. *Articuler recherche et pratiques en protection de l'enfance*. Paris : Oned/ONPE, juillet 2015.
http://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/20150728_articuler-rech-prat_0.pdf

JONSSON, U. Programming implications of a human rights approach. *Human Rights Approach to Development Programming*. New York : UNICEF, 2003, p. 20-27 [En ligne]
http://www.unicef.org/rightsresults/files/HRBDP_Urban_Jonsson_April_2003.pdf

KELLMER PRINGLE M. *Les besoins de l'enfant*. Paris : CTNERHI, 1979. 210 p.

KOBAK R., MANDELBAUM T. *Caring for the Caregiver. An attachment approach to assessment and treatment of child problems*. In Johnson M., Whiffen V. *Attachment processes in couple and family therapy*. New York : The Guilford Press, 2003.

LACHARITÉ C., ÉTHIER L., NOLIN P. Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de psychologie*. 2006, 4, 484, p. 381-394.

LACHARITÉ C., FAFARD G. Négligence envers les enfants et actions collectives auprès des parents : l'expérience parentale des besoins des enfants dans l'animation de groupes de parole. In : *Précarité et éducation familiale*. Toulouse : Erès, 2011. p. 391-398.

LAMOUR M., BARRACO DE PINTO M. Accompagner les professionnels. *Devenir*, 2006,2, 18, p. 169-189.

LAMOUR M., GABEL M. *Enfants en danger, professionnels en souffrance*. Toulouse : Eres, 2011. 283 p.

LANCTÔT N. Une recherche évaluative québécoise en protection de l'enfance et de la jeunesse : nature, enjeux, apports et limites. In ONED, *articuler recherche et pratique en protection de l'enfance*. Paris : la documentation française, 2015 p. 51-60.

LARDIÈRE D. Les besoins fondamentaux du bébé dans le contexte d'une mesure de séparation prise pour protéger l'enfant. *L'information psychiatrique*. 2010, 10, 86, p. 825-829.

LÉON J. et NUNEZ J.L. Causal Ordering of Basic Psychological Needs and Well-Being. *Social Indicators Research*. 2013, 114, 2, p. 243-253.

LE RUN J.L. Pas d'enfant sans paroles ! *Le Journal des psychologues*, 2009, 5, 268, p. 20-23.

LESSARD D., FAFARD G., LAROCQUE R. Une approche novatrice d'analyse des besoins des enfants et de leur famille, 2010, [mimeo]

LIÉBERT P. Le besoin d'appartenance. *In* Quand la relation parentale est rompue. Paris, Dunod, 2015. p. 29-44.

LONGO Y., GUNZ A., CURTIS G. J., *et al.* Measuring Need Satisfaction and Frustration in Educational and Work Contexts: The Need Satisfaction and Frustration Scale (NSFS). *Journal of Happiness Studies*. 2016, 17, 1, p. 295-317.

MAINAUD Thierry. Échec et retard scolaire des enfants hébergés par l'aide sociale à l'enfance. *In Etudes et résultats*. 2013, 845, 6p.

MARINOPOULOS S. *Jouer pour grandir*. Bruxelles : Editions Fabert, 2015. 55 p.

MASLOW H.A. L'accomplissement de soi : de la motivation à la plénitude. Paris : Eyrolles, 2004. 207 p.

MEGDICHE C. Essai sur la notion de besoin. *Sociétés*. 2002, 1, 75, p. 85-90.

MILANI P. Analyse réflexive et co-construction des pratiques entre chercheurs et praticiens pour co-construire l'intervention entre praticiens et familles : question et défis pour la recherche et la formation. *In* : *Articuler recherche et pratiques en protection de l'enfance*. Paris : Oned/ONPE, juillet 2015. http://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/20150728_articuler-rech-prat_0.pdf

ONED/ONPE. Actes de la Journée d'étude ONED-CREAI Rhône-Alpes « *Des référentiels pour évaluer en protection de l'enfance : quelles démarches ? Quelles méthodes ?* » [en ligne]. Paris : Oned/ONPE, 2012. http://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/je120515_referentielsevalpe.pdf

ONED/ONPE (coordonné par SÉRAPHIN G.). *Articuler recherche et pratiques en protection de l'enfance*. Paris : Oned/ONPE, juillet 2015(a).

ONED/ONPE (coordonné par OUI A., JAMET L., RENUY A.). *L'accueil familial : quel travail d'équipe ?* [en ligne]. Paris : Oned/ONPE, 2015(b). 171 p.
http://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/20150710_af_web_0.pdf

ONPE (coordonné par KERAVEL E., JAMET L.). *LE PPE : état des lieux, enjeux organisationnels et pratiques* [en ligne]. Paris : ONPE, 2016. 210 p.
http://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/rapport_ppe_2016.pdf

OUI A., SÉRAPHIN G. L'accueil familial comme laboratoire du care. *Etudes*. 2016, 5, p. 41-50.

PAIN J. Apprendre à vivre en société multiple. *Enfances & Psy*. 2009, 2, 43, p. 66-76.

PERRET A., POULLE F. L'Accueil familial séquentiel jeune. *Pratiques en santé mentale*. 2015, 3, 61, p. 17-20.

POURTOIS JP., DESMET H. *L'éducation post moderne*. Paris : PUF, 2011. 321 p.

PRINCE D. L., HOWARD E.M. Children and their basic needs. *Early Childhood Education Journal*. 2002, 30, 1, p. 27-31.

SAEEDNIA Y. Generating a scale measuring hierarchy of basic needs. *Procedia- Social and Behavioural Sciences*. 2011, 15, p. 3084-3094.

SCHNEIDER C. Petite enfance et handicap : Quelles réponses aux besoins d'accueil ? *Recherches et prévisions*. 2006, 84, p. 53-66.

SCHOFIELD G., BEEK M. *Guide de l'attachement en familles d'accueil et adoptives : la théorie en pratique*. Paris : Elsevier Masson, 2011. 536 p.

SPIESS M., THEVENOT A. La parentalité et l'ambivalence maternelle à l'épreuve des normes In Christine Davoudian, *La grossesse une histoire hors normes*. Paris : Erès, « 1001 BB », 2014, p. 159-174.

SPITZ J. *EVA-GOA : un outil au service de l'autonomie fonctionnelle des jeunes. Le programme EVA-GOA ou comment permettre au jeune d'être acteur de ses apprentissages*. La participation des jeunes un enjeu éducatif. Quels outils pédagogiques ? quelles méthodologies pour recueillir la parole des jeunes ?, Liège (Belgique), 22 novembre 2011.

STREETEN P. Basic needs : Some Unsettled Questions. *World Development*. 1984, 12, 9, p. 973-978.

SWAMINATHAN Mina. *Les trois premières années. Un ouvrage de référence sur les soins et le développement du jeune enfant*. Paris : Unesco-UNICEF, 1990. 173 p.

SZANTO –FEDER A. *Loczy : un nouveau paradigme ?* Paris : PUF, 2012. 284 p.

THEVENOT A., METZ C. Regards contemporains sur l'enfant : des figures contradictoires. *Dialogue*. 2008, 3, 181, p. 95-104.

TURCOTTE G., PILOTE C., CHÂTEAUNEUF D., *et al.* *Inventaire des outils cliniques en négligence : rapport final*. Montréal : Centre jeunesse de Montréal, 2012. 223 p.

VIGO D. E., SIMONELLI G., TUNON L., *et al.* School Characteristics, Child Work, and Other Daily Activities as Sleep Deficit Predictors in Adolescents from Households with Unsatisfied Basic Needs. *Mind, Brain, and Education*. 2014, 8, 4, p. 175-181.

VIGOUROUX A. Le portage de l'enfant : une réponse à ses besoins. *Le Journal des psychologues*. 2011, 2, 285, p. 58-62.

VIOLON M., WENGLAND J. Les relations professionnels/enfants dans les pouponnières et foyers de l'enfance : la notion de référence. *La psychiatrie de l'enfant*. 2014, 2, 57, p. 581-616.

WELNIARZ B., SAIAS T., EXCOFFON E., *et al.* La supervision individuelle des intervenants à domicile dans le programme CAPEDP de prévention en périnatalité : le point de vue des intervenantes supervisées sur les recommandations de bonnes pratiques de leurs superviseurs. *Devenir*. 2016, 2, 28, p. 73-90.

WHITE J., TRONTO J.C., ROUSSIN J. Les pratiques politiques du *care* : les besoins et les droits. *Cahiers philosophiques*. 2014, 1, 136, p. 69-99.

WINNICOTT D.W., « La préoccupation maternelle primaire », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1989 [1^{ère} éd : 1969]

WOODHEAD M. Psychology and the Cultural Construction of Children's Needs. *Constructing and Reconstructing Childhood : Contemporary Issues in the Sociological Study of Childhood*. 1997, p. 63-82.

YANG M.Y., MAGUIRE-JACK K. Predictors of basic needs and supervisory neglect : Evidence from the Illinois Families Study. *Children and youth services review*. 2016, 67, p. 20-26.

ZAOUCHE-GAUDRON C., EUILLET S., PINEL-JACQUEMIN S. *Recensement critique des instruments de recherche validés en langue française en psychologie du développement : bilan sur 10 ans (1995-2005)* [en ligne]. Paris : Oned/ONPE, 2007. http://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/rapport07_zaouche_recens05_3.pdf