

# L'accueil d'urgence

La protection de l'enfance en France et au Québec

Véronique Louazel, Ulla Peters, Université du Luxembourg



LE GOUVERNEMENT  
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG  
Ministère de la Famille et de l'Intégration

**Herausgeber**

Ministère de la Famille et de l'Intégration  
L - 2919 Luxembourg

**Verfasserinnen**

Véronique Louazel, Ulla Peters

**Redaktion**

Université du Luxembourg, Faculté de Lettres,  
des Sciences Humaines, des Arts et des Sciences  
de l'Education (FLSHASE), Unité de Recherche INSIDE  
© Ministère de la Famille et de l'Intégration,  
Luxembourg 2011

**Bezug**

[www.enfancejeunesse.lu](http://www.enfancejeunesse.lu)

**Zitation**

Louazel, Véronique, Peters, Ulla (2011).  
La protection de l'enfance en France et au Québec :  
L'accueil d'urgence. Luxembourg: Ministère de  
l'Éducation nationale de l'Enfance et de la Jeunesse.

# Sommaire

<b>1</b>	<b>Cadre général.....</b>	<b>4</b>
1.1	Contexte de la situation luxembourgeoise .....	4
1.2	Définitions retenues.....	14
1.3	Quelques chiffres .....	15
1.4	Comparatif des cadres législatifs des deux pays .....	16
<b>2</b>	<b>La protection de l'enfance en France .....</b>	<b>18</b>
2.1	Enjeux de la nouvelle loi.....	18
2.2	Le dispositif de la protection de l'enfance .....	21
2.3	L'organisation de l'accueil d'urgence .....	23
2.4	Etablissements concernés et modes de prise en charge .....	26
2.5	Conclusion .....	28
<b>3</b>	<b>La protection de l'enfance au Québec.....</b>	<b>29</b>
3.1	Cadre législatif .....	29
3.2	Le dispositif de la protection de l'enfance.....	29
3.3	L'organisation de l'accueil d'urgence .....	33
3.4	Etablissements concernés et mode de prise en charge .....	34
3.5	Conclusion .....	37
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>28</b>
	<b>Annexes .....</b>	<b>30</b>

# 1 Cadre général

Dans le cadre de la loi du 16 décembre 2008 relative à l'aide à l'enfance et à la famille, le Ministère de la Famille et de l'Intégration du Luxembourg élabore, grâce à une collaboration intersectorielle, de nouveaux dispositifs nationaux pour la prévention et la prise en charge de situations d'enfants en détresse. Dans cette perspective, la question plus particulière de l'accueil d'urgence d'enfants et d'adolescents en situation de crise psychosociale aiguë a été considérée. Les modèles français et québécois ont alors été mis à l'étude pour enrichir la réflexion nationale.

Avant de présenter successivement ces deux modèles, il est intéressant de rappeler les conclusions du rapport national luxembourgeois relatif à la prise en charge de la santé mentale des enfants et des adolescents qui montrent le contexte dans lequel s'inscrivent les nouveaux dispositifs luxembourgeois en construction.

## 1.1 Contexte de la situation luxembourgeoise

A l'initiative du Ministère de la Santé luxembourgeois est paru en 2010 un rapport relatif à la santé mentale des enfants et des adolescents<sup>1</sup>. L'état des lieux réalisé a mis en évidence un certain nombre de problématiques du système de prise en charge médicale, thérapeutique, psychologique, sociale et pédagogique. Les thématiques mises à jour par les parents concernés et les professionnels du secteur trouvent un écho dans le domaine de la protection de l'enfance. Il peut être utile de faire un détour par quelques éléments contextuels.

### **Une politique cloisonnée ...**

Les politiques sociales, familiales et éducatives aussi bien que les programmes liés à l'habitat ou à l'emploi définissent les conditions de vie et donc de bien-être des enfants, des jeunes et des familles. Au regard des politiques engagées au Luxembourg, il est essentiel que les responsables politiques soient conscients des effets que leur action peut avoir sur la santé des enfants, des jeunes et des familles et en particulier sur leur santé mentale. Au moment des prises de décision, l'impact des politiques sur la santé n'est à ce jour pas considéré au Luxembourg, pour une prise en compte de la santé dans toutes les politiques, « Health in all policies »<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> CRP-Santé. Pour une stratégie nationale en faveur de la santé mentale des enfants et des jeunes au Luxembourg.

<sup>2</sup> Health in all policies. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/other\\_policies/health\\_other\\_policies\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/other_policies/health_other_policies_en.htm)

Concernant plus spécifiquement la prise en charge de la santé mentale infantile et juvénile, elle s'est construite au fil des années selon des secteurs d'intervention bien distincts couvrant principalement les champs de la prise en charge médicale, thérapeutique, psychologique, sociale ou éducative et dans une moindre mesure les champs de la promotion, de la prévention et de la réadaptation. Sans ligne de conduite commune, les différents secteurs se sont développés selon des modèles de fonctionnement individuels relativement cloisonnés. Aucune vision nationale n'a guidé la planification d'une architecture cohérente de l'offre de services pour répondre aux besoins de santé mentale des enfants, des jeunes et des familles et assurer une couverture satisfaisante des besoins. Les services sont créés, indépendamment les uns des autres, sans concertation nationale, sans base épidémiologique, ni critères et procédures clairs de création de structure. L'ensemble des services de prévention, de prise en charge ou de réintégration, souvent conventionnés, dépendent de différents ministères : Ministère de la Santé, Ministère de la Famille et de l'Intégration, Ministère de l'Education nationale ou Ministère de la Justice. Avec plus d'une soixantaine de services différents, les services médicaux, sociaux et éducatifs ont une histoire ancienne sur le territoire alors que depuis une dizaine d'années seulement ont émergé les secteurs de la pédopsychiatrie et de la prévention et promotion de la santé mentale. Pour ces différents secteurs d'intervention, le partage d'une position nationale, associant les jeunes et les familles, pour un modèle conceptuel qui soit à la fois médical, psychologique, social, thérapeutique et pédagogique est une condition à l'amélioration de la promotion et de la prise en charge de la santé mentale des enfants et des jeunes au Luxembourg. Les familles et les professionnels de première ligne, confrontés aux problématiques psychiques des enfants et des jeunes, témoignent de cette absence de cohérence au quotidien par une prise en charge qui reste elle-même compartimentée et par la réalité d'un système opaque, dans lequel il est difficile de s'orienter. Il existe un manque évident d'informations sur les différents services, structures et associations du secteur. La conséquence dramatique de cette organisation est l'errance et l'isolement des familles, la prise en charge souvent tardive des troubles psychiques et l'absence de prise en charge globale, cohérente, complémentaire et continue des problématiques complexes présentées par les enfants et les adolescents.

### **Des besoins nationaux méconnus ...**

La situation nationale en matière de santé mentale reste mal connue. Il n'existe pas de système de surveillance épidémiologique qui permette de suivre les besoins relatifs à la santé mentale au niveau national et estimer la morbidité, évaluer l'impact des facteurs de risque et les facteurs protecteurs tant au niveau des adultes que des enfants et des jeunes,

évaluer les moyens investis et les actions réalisées. En dehors de l'étude HBSC qui a lieu tous les 5 ans et à laquelle le Luxembourg participe depuis 1999/2000, et qui comprend certains indicateurs utiles, force est de constater que le Luxembourg ne possède pas officiellement de système de surveillance pour la santé mentale des enfants et des jeunes, construit autour d'indicateurs validés permettant de mesurer de manière régulière dans le temps, l'état de santé mentale des jeunes, ni d'indicateurs de qualité permettant d'évaluer la bonne santé du système d'organisation de la prise en charge de la santé mentale des jeunes.

Les données disponibles sont :

- les rapports d'activités des services qui décrivent quantitativement leur activité en termes de prises en charge : nombre d'enfants pris en charge, type de problématiques, type de prises en charge. Mais compte tenu de fréquentes prises en charge concomitantes, il n'est pas possible de comptabiliser le nombre réel d'enfants concernés par un problème de santé mentale au niveau national.
- les données d'hospitalisation de la Caisse Nationale de Santé pour les enfants et les adolescents hospitalisés avec un diagnostic « Troubles mentaux et troubles du comportement ». Mais ces données ne concernent que les enfants hospitalisés, soit la partie haute de l'iceberg.
- les recherches thématiques commanditées pour l'étude de problématiques spécifiques comme l'échec scolaire.

A partir de ces éléments, quelques chiffres peuvent être retenus, complétés par ceux disponibles en annexe II (références et sources se trouvent également en annexe) :

- 17,4% de demandeurs d'emploi ont moins de 26 ans en décembre 2009,
- 9,4% de décrocheurs scolaires pour l'année scolaire 2006/07,
- 817 enfants et adolescents placés au Luxembourg au 1<sup>er</sup> novembre 2007 dont 272 en familles d'accueil,
- 170 enfants et adolescents placés à l'étranger à la même date, soit environ 1000 enfants et adolescents placés chaque année, soit presque 1% des moins de 18 ans,
- 2 pédopsychiatres en activité sur le territoire national en 2002, 10 en 2010,
- 8 lits en pédopsychiatrie depuis 2008, 27 en psychiatrie juvénile.

Les taux de suicide observés pour le Luxembourg sont parmi les plus hauts d'Europe avec 14,6 pour 100 000 habitants en population générale et 7,7 pour les 15-24 ans en 2004.

Les hospitalisations de mineurs d'âge pour « Troubles mentaux » ont concerné 199 enfants en 2007, avec une moyenne d'âge à 14 ans et une durée moyenne de séjour de 35 jours.

Seul chiffre de morbidité, 1668 enfants (0-19 ans) ont reçu un traitement pour hyperactivité en 2006.

Concernant les prises en charge, les rapports d'activité des différents services ont permis de rendre compte du nombre d'enfants et/ou adolescents suivis au cours d'une année pour les troubles suivants :

2006	Hyperactivité au SCAP	120
2006	Dépendance à Solidarité jeunes	352
2007	Maltraitance physique, psychique, abus sexuel ou négligence à Alupse Dialogue	232
2007	Problèmes psychiques : angoisse, stress post traumatique, etc. par Psy jeunes	170
2007	Problèmes psychiques par le service de pédopsychiatrie du CHL en ambulatoire	575
2007/08	Autisme à l'Institut pour enfants autistes et psychotiques de Leudelange	40
2007/08	Besoins spécifiques dans une structure de l'éducation différenciée	671
2007/08	Besoins éducatifs spéciaux par le Service Rééducatif Ambulatoire SREA	421

A partir des estimations internationales, il peut être extrapolé qu'environ 22 300 enfants, adolescents et jeunes adultes (0-24 ans) seraient concernés par un trouble psychique au Grand-duché<sup>3</sup> avec :

- 5% des enfants en âge scolaire présentant un trouble anxieux, soit environ 4500 enfants et adolescents (0-19 ans)
- 4% des adolescents un trouble de l'humeur dont la dépression, environ 1200 adolescents âgés de 15 à 19 ans
- 3% des enfants et adolescents un trouble de l'attention, soit environ 3500 (1% avec hyperactivité, soit 1200) (0-19 ans)
- 0,3% un trouble envahissant du développement (dont l'autisme)<sup>4-5</sup>, soit environ 350 enfants et adolescents âgés de 0 à 19 ans.

<sup>3</sup> Estimation d'un taux de prévalence à 15%, selon Fombonne E. Epidémiologie des troubles psychiatriques en pédopsychiatrie EMCPsychiatrie, 2005.

<sup>4</sup> Lamboy B. La santé mentale : état des lieux et problématiques. Revue de Santé Publique 2005. Vol. 17, n° 4, p. 583-596.

<sup>5</sup> INSERM. Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. 2003.

INSERM. Santé des enfants et des adolescents. Propositions pour la préserver. 2003.

<http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>

Concernant l'offre de services, un manque de données est également observé pour dresser une cartographie précise des services existants sur le territoire, qui serait utile tant aux autorités publiques qu'aux professionnels et aux familles. Le réseau de services n'est pas répertorié et apparaît comme relativement opaque.

Ces deux éléments clés : les besoins des enfants, des jeunes et des familles et les offres nationales de services restent à explorer afin de proposer une politique nationale en adéquation avec les besoins qui soit à la fois promotrice de santé mentale et forte d'une prise en charge concertée.

### **Une promotion de la santé mentale déficitaire ...**

La promotion de la santé en général et la promotion de la santé mentale en particulier sont déficitaires dans les politiques de mises en œuvre. Qu'il s'agisse des politiques spécifiques à l'enfance, à la jeunesse ou à la famille, il est peu question de développement de compétences ou d'environnements favorables. Un angle d'approche selon la promotion de la santé mentale demande à revisiter l'ensemble des politiques avec un point de vue différent c'est-à-dire en investissant pour un développement ou un maintien du capital des générations en devenir. Il s'agit donc d'investir aussi bien la politique familiale que celle de la santé, de la formation des professionnels de première ligne, du cadre de vie éducatif, de l'aménagement du territoire, en vue de se doter de moyens individuels et collectifs pour une bonne santé mentale.

### **Un travail à développer en amont des situations de crise ...**

La prévention est également un thème qui reste absent des entretiens, cette offre est peu développée et largement minoritaire dans un contexte de dépistage tardif et de gestion de l'urgence. La thématique apparaît en filigrane uniquement en termes de besoins pour :

- une meilleure formation des professionnels de l'enfance et l'adolescence (dans les domaines de la promotion de la santé mentale, du développement de l'enfant, des questions psychopathologiques, des apprentissages spécifiques, etc.),
- un plus grand soutien des professionnels de première ligne confrontés à des problématiques complexes ou à l'accueil d'enfants très perturbés (par une disponibilité souple de ressources et de moyens, et le financement des offres de supervisions et d'analyses de pratique des équipes de terrain),



- un soutien aux compétences parentales par des offres de formation et de services de proximité.

En amont des situations de crise et d'urgence, un travail de prévention et de proximité reste à développer à partir d'un repérage précoce des troubles et difficultés.

### **Un repérage des troubles souvent tardif ...**

Les professionnels des divers milieux rencontrés, expriment une plainte quant à la détection souvent tardive et non structurée des troubles chez les enfants (troubles scolaires, psychiques, psychiatriques, socio familiaux...), entraînant une prise en charge retardée pour certains troubles, pouvant entraîner une aggravation de la situation. Certains cas de non diagnostic ou de diagnostic tardif peuvent même aller jusqu'à des prises en charge inadéquates. Se pose aussi la question des enfants détectés mais souffrant d'un délai d'attente extrêmement long avant d'accéder à une prise en charge. La place donnée aux pédopsychiatres et à leur expertise en termes de diagnostic et de coordination du projet thérapeutique individuel reste nettement déficitaire dans la phase précoce de la prise en charge. Le manque d'évaluation pédopsychiatrique précoce et continue est un point faible essentiel du processus de repérage des enfants les plus à risque de troubles psychiques. La nécessité d'une détection précoce des troubles est un élément récurrent dans le discours des professionnels par un repérage systématique de certains types de troubles à certains moments de la vie et une sensibilisation et formation des professionnels de première ligne : enseignants, éducateurs, médecins généralistes, médecins pédiatres, pour un meilleur repérage et une prise en charge efficiente des troubles de l'enfant : troubles du développement, des apprentissages, du comportement, de l'attention. Mais dans une perspective de repérage des troubles psychiques, la question de l'adéquation entre la détection et les possibilités de prise en charge est posée. Une prise en charge non seulement précoce mais surtout adaptée et spécifique permettrait selon les professionnels d'éviter un grand nombre d'exclusions du système scolaire et de traitements médicamenteux pour des enfants considérés comme « inadaptés ».

### **Des ressources de prise en charge ...**

Les structures disposent de professionnels qualifiés, expérimentés qui se forment à de nouveaux savoirs et savoir-faire. Ce contexte est un facteur favorable à la mise en place de bonnes pratiques dans le cadre de chaque institution. Il apparaît comme nécessaire de diffuser ces expériences pour la constitution d'un savoir collectif interinstitutionnel.

L'état des lieux a mis en évidence un système disposant de ressources couvrant principalement le secteur social et psycho éducatif mais présentant de fortes carences en termes de diagnostic, de prise en charge et de suivi coordonné laissant nombre d'enfants, d'adolescents et de familles sans solution de prise en charge ou avec des prises en charge non appropriées à leurs besoins.

### **Un fonctionnement cloisonné par secteur ...**

L'offre s'organise souvent en fonction d'une problématique en particulier alors que la pathologie psychiatrique d'un enfant est une réalité complexe qui demande une prise en charge globale, c'est-à-dire familiale, scolaire, sociale, pédopsychiatrique, psychologique, thérapeutique et judiciaire. Les prises en charge souffrent d'un défaut de coordination pour organiser une prise en charge qui soit globale et individualisée. Force est de constater que les prises en charge sont souvent parallèles et que les filières ne communiquent pas toujours entre elles. Certains enfants passent d'un service à un autre, d'une école à une autre sans projet individuel de prise en charge concertée. De plus, l'accompagnement de certaines périodes charnières comme l'entrée à l'école primaire, le passage en secondaire, la puberté ou l'entrée sur le marché du travail n'est pas toujours assuré, posant le problème de l'isolement des parents et le manque de continuité dans le suivi des prises en charge. Ces dernières se juxtaposent l'une à côté de l'autre ou l'une après l'autre sans engrenage, sans possibilité d'intégration des observations, interventions et expériences antérieures : le travail recommence souvent à zéro. Les collaborations existantes sont parfois arbitraires, présentes ou absentes selon les affinités professionnelles, voire personnelles. Les prises en charge partielles et découpées accentuent les problèmes de coordination entre services. La discontinuité et la non coordination des services sont deux points récurrents, autant dans les témoignages des parents que des professionnels, problèmes accentués par la question du secret professionnel qui reste en suspens quand il s'agit de travailler autour d'un projet coordonné. De ces situations résulte un gaspillage de ressources en termes de temps, de personnel et d'argent au détriment des enfants et des jeunes.

## **Des placements en question ...**

Les situations apparaissent effectivement souvent aggravées, accentuées par une détection ou une prise en charge tardive et entraînent une judiciarisation fréquente de la situation familiale. L'expérience des professionnels témoigne d'un trop grand nombre de signalements : 887 enquêtes au SCAS pour 1377 enfants pour l'année scolaire 2006/2007, un trop grand nombre de placements à l'hôpital ou dans les foyers : 817 enfants placés en familles d'accueil ou dans les institutions au Luxembourg au 1<sup>er</sup> novembre 2007<sup>6</sup>, à cause de situations d'urgence non anticipées et d'un manque de travail global avec les familles en amont de la situation de crise.

A cette situation s'ajoutent 170 enfants et adolescents placés à l'étranger : placements en institution spécialisée ou en hôpital, volontaires ou ordonnés par le juge de la jeunesse, pris en charge par la CNS ou le Ministère de la famille. Plusieurs problèmes sont évoqués outre le manque de structures adéquates au Luxembourg :

- l'autorité parentale est retirée aux parents et confiée aux professionnels dans tous les cas de placements judiciaires, alors même que l'objectif reste celui d'engager les parents dans une responsabilisation,
- les enfants souffrant de troubles psychiques ou de troubles du comportement sont difficilement tolérés dans les institutions, qui ne sont pas outillés pour accueillir ce type d'enfants,
- dans les cas de placements à l'étranger, il s'avère qu'une réintégration dans le système scolaire luxembourgeois, dans la famille ou dans un foyer est difficile après des séjours qui peuvent durer de plusieurs mois à quelques années, à quoi s'ajoutent souvent des retours peu coordonnés voire précipités.

Le constat d'un système de prise en charge cloisonné, tardif et judiciarisé nécessite d'interroger ses possibilités de changement. La formation des professionnels est dans cette perspective un point crucial à ne pas négliger.

## **Des formations professionnelles à adapter ...**

Les professionnels qui accompagnent les enfants au quotidien ne disposent ni d'outil ni de formation suffisante pour un repérage des signes d'appel, des facteurs de risque ou de troubles psychiques. Leurs observations restent souvent isolées et rendent difficiles

---

<sup>6</sup> Ombuds-Comité fir d'Rechter vum Kand. Rapport 2007 au Gouvernement et à la chambre des députés. Luxembourg : ORK ; 2007.

l'orientation de la famille vers un service d'évaluation puis de prise en charge. Les professionnels connaissent mal les ressources du réseau de prise en charge et les possibilités d'orientation parce qu'il est très difficile de s'y repérer. Ni la formation initiale ni la formation continue ne facilitent la connaissance interdisciplinaire et l'identification des structures existantes pour faciliter la prise en charge précoce et adéquate d'un enfant en souffrance.

Outre le repérage et l'orientation, les professionnels sont confrontés au quotidien à des enfants perturbés d'un point de vue psychique qui demandent à adapter continuellement les pratiques de prise en charge. Les professionnels ont besoin d'être soutenus dans cette démarche par la définition de projets clairs et cohérents, un encadrement en termes de formation, de supervision et d'analyse des pratiques ainsi que par l'échange de savoirs et leur diffusion autour de référentiels de bonnes pratiques professionnelles recommandés dans le domaine de la prise en charge de la santé mentale.

### **Une volonté de changement évidente ...**

Plusieurs lois récentes offrent désormais un cadre législatif propice à la mise en chantier d'une véritable politique transversale, avec des apports importants dans les domaines de l'enfance et de la jeunesse. Deux lois mettent l'accent sur la promotion du bien-être et du développement de l'enfant et du jeune et sur la prévention de la détresse et des risques pour leur santé. La loi du 4 juillet 2008 : « *Loi sur la Jeunesse* », donne une place centrale à la participation, à des principes de consultation et d'implication active des jeunes. Elle promeut la création d'environnements favorables et le développement des compétences des jeunes. Elle crée un instrument d'observation et d'études sur la situation des jeunes et prévoit la réalisation de rapports réguliers. La loi du 16 décembre 2008 : « *Loi sur l'aide à l'enfance et à la famille* » se centre sur les familles à risque ou en détresse sociale ou financière. Elle définit la mission de l'Office Nationale de l'Enfance (ONE) comme élément de qualité de la prise en charge de proximité et d'intermédiaire avec d'autres compétences sollicitées. Elle crée un nouveau niveau de coordination qui anticipe la judiciarisation en instaurant des mesures administratives. La concertation, la continuité et la cohérence sont soulignées comme étant des éléments fondamentaux pour garantir une approche globale et pluridisciplinaire. La loi met l'accent sur le renforcement de la sensibilisation et l'accompagnement actif des familles, ainsi que sur le renforcement de leurs compétences parentales. Dans le domaine de l'Education Nationale, la loi de 1912, réglant l'organisation scolaire, a été abrogée le 6 février 2009 par l'adoption de trois lois différentes : « *Loi relative à l'obligation scolaire* », « *Loi portant organisation de l'enseignement fondamental* » et « *Loi*

*concernant le personnel de l'enseignement fondamental ».* Les buts poursuivis sont de répondre aux missions que la société confie à l'école, surtout pendant les premières années de la scolarité, d'instruire et de socialiser tous les enfants et les conduire vers les compétences requises pour l'étape suivante de leur parcours scolaire. Les défis de cette réforme sont de répondre à l'hétérogénéité croissante de la population scolaire en veillant à la sauvegarde de la cohésion sociale, l'exigence plurilingue de l'école luxembourgeoise, la réduction de l'échec scolaire et la nécessité d'apprendre à adapter continuellement les connaissances acquises. L'école joue un rôle primordial en tant que lieu de vie à favoriser, en tant qu'environnement favorable à la santé globale de l'élève mais aussi en tant que lieu de détection, de soutien et de communication.

Ces différentes lois sont propices à la mise en chantier d'une politique en faveur du bien-être de l'enfance et de la jeunesse et trouvent un écho dans les initiatives du Ministère de la Santé. Le Plan National de Santé, qui se base sur les principes de la « Santé Pour Tous » de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), recherche, en étroite collaboration avec les partenaires du terrain, la formulation d'une politique de santé globale et cohérente qui accorde la même importance aux domaines thérapeutiques qu'aux domaines de prévention et de promotion de la santé. Les principes fondamentaux qui guident les initiatives sont l'approche interdisciplinaire et participative, la création d'environnements et de circonstances favorables à la santé et aux choix sains et l'accessibilité égale pour tous.

Ces lois constituent une opportunité pour réunir les savoirs et les forces au service d'objectifs partagés dans l'intérêt de la jeunesse. Toutefois, les rouages sont à mettre en œuvre pour que dans le cadre de ces grandes réformes, l'ensemble des autorités publiques et les professionnels travaillent de concert pour une mise en œuvre efficace de l'ensemble des mesures concourant à la santé mentale des jeunes.

**En conclusion, la situation nationale montre un système cloisonné par secteur et carencé pour un certain nombre d'éléments fondamentaux qui doivent présider toutes les prises en charge. La promotion et la prévention sont déficitaires. Le pays investit dans une offre de services qui ne repose pas sur une évaluation des besoins en santé mentale des enfants, des jeunes et des familles. L'état des lieux a mis en évidence un paysage opaque : il est difficile pour un professionnel de s'orienter, ce qui est encore plus vrai pour un parent qui devrait se voir proposer une prise en charge globale, continue et cohérente. A partir de ces éléments, le travail des participants aux différents ateliers a été de proposer des possibilités d'amélioration du système existant.**

## 1.2 Définitions retenues

A partir de la définition positive proposée par l'OMS, la santé mentale est « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté »<sup>7</sup>. Le dispositif de protection de l'enfance s'inscrit dans la perspective d'offrir à chaque enfant des conditions favorables à son développement et à son épanouissement. Il doit permettre de protéger chaque enfant en situation de détresse. Pour le Luxembourg, la loi du 16 décembre 2008 : « *Loi sur l'aide à l'enfance et à la famille* » entend par personnes « en détresse », des enfants ou jeunes adultes des deux sexes qui soit sont menacés dans leur développement physique, mental, psychique ou social, soit courent un danger physique ou moral, soit risquent l'exclusion sociale ou professionnelle.

D'après OMS<sup>8</sup>, les mauvais traitements infligés aux enfants constituent un problème majeur de santé publique partout dans le monde. « *La maltraitance à enfant désigne les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. Parfois, on considère aussi comme une forme de maltraitance le fait d'exposer l'enfant au spectacle de violences entre partenaires intimes.* »

Selon l'Article 19 de la Convention Internationale des droits de l'enfant, la maltraitance renvoie à « *toute forme de violences, d'atteinte ou de brutalités physiques et mentales, d'abandon ou de négligences, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle* »<sup>9</sup>.

Pour la France, les enfants en danger comprennent l'ensemble des enfants en risque et des enfants maltraités.

---

7 Commission des communautés européennes. Livre vert, Améliorer la santé mentale de la population. Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne.

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf)

8 OMS. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/fr/index.html>

9 Convention des droits de l'enfant de 1989.

<http://www.textes.justice.gouv.fr/index.php?rubrique=10086&ssrubrique=10087&article=11037>

*« L'enfant maltraité est celui qui est victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique ».*

*« L'enfant en risque est celui qui connaît des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation, ou son entretien, mais qui n'est pour autant pas maltraité ».*<sup>10</sup>

Pour le Québec, la protection de l'enfance s'applique aux mineurs dont la sécurité ou le développement est ou peut être compromis.

### 1.3 Quelques chiffres

En France chaque année, plus de 270 000 enfants bénéficient d'une mesure d'Aide Sociale à l'Enfance : placement, assistance éducative en milieu ouvert (mesure judiciaire) ou assistance éducative à domicile (mesure administrative). Le nombre d'enfants placés en 2009 est estimé à 144 000 enfants<sup>11</sup>. Alors que le chiffre d'enfants maltraités est relativement stable, c'est le nombre d'enfants en risque de danger qui augmente chaque année, incitant à repositionner les priorités sur le soutien aux familles les plus fragiles.

Au Québec<sup>12</sup>, 70 000 signalements ont été enregistrés en 2010, avec une augmentation de 1000 cas par an. Sur les 30 000 signalements qui ont été retenus (pour 25 000 enfants différents), presque 10 000 ont conduit au placement de l'enfant hors du foyer familial, la plupart en famille d'accueil. Un signalement retenu signifie que la sécurité ou le développement de l'enfant est jugé compromis ; dans 40% des cas, il s'agit de cause de négligence<sup>13</sup>. Plus d'un enfant sur deux ayant fait l'objet d'un signalement vit dans son milieu familial ou auprès d'une personne significative.

---

<sup>10</sup> Service national d'écoute téléphonique pour l'enfance en danger.  
<http://www.allo119.gouv.fr/protection/cquoi-questce.html>

<sup>11</sup> « Dépenses départementales d'action sociales, Vers l'impasse ? », La lettre de l'ODAS, Paris, Juin 2010

<sup>12</sup> Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse 2010. [http://www.acjq.qc.ca/public/a14178bc-45b5-4a12-b27e-38017be2da39/mes\\_documents/bilans/acj1001\\_bilan\\_directeurs-9.pdf](http://www.acjq.qc.ca/public/a14178bc-45b5-4a12-b27e-38017be2da39/mes_documents/bilans/acj1001_bilan_directeurs-9.pdf)

<sup>13</sup> Ministère de la santé et des services sociaux Québec.  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/biblio/CPLT/publications/0699negdb.pdf>

## 1.4 Comparatif des cadres législatifs des deux pays

Avant d'entrer dans le détail des lois de protection, récemment promulguées dans les deux pays (2006 pour le Québec, 2007 pour la France), il est intéressant de s'arrêter sur deux points qui différencient l'organisation de l'urgence en fonction de l'angle d'approche de la loi luxembourgeoise. Il faut tout d'abord savoir que pour le Luxembourg, l'accueil urgent concerne les situations de crise psychosociale aiguë, c'est à dire qu'une situation est qualifiée d'urgente quand un événement dommageable ou sa révélation, implique la protection et/ou l'éloignement du mineur. L'urgence de la situation fait référence au degré élevé de la mise en danger du mineur. L'urgence découle de la nécessité à soustraire l'enfant à son environnement familial pour assurer sa protection.

Au Québec, que la situation soit urgente ou non, le point d'entrée dans le système de prise en charge est le même. L'application de la loi de protection de la jeunesse du Québec dépend d'un signalement, hormis la mesure « intervention en situation de crise » qui est gérée par des services de première ligne et qui n'entre pas dans le cadre de la loi. En effet, au Québec, c'est le signalement qui déclenche une mesure de protection (par téléphone ou par écrit auprès du Directeur de Protection de la Jeunesse ou DPJ). Le DPJ peut ensuite prendre des mesures de protection immédiate sans évaluation de la situation (mise à part une évaluation sommaire des circonstances) et ce pour une durée maximale de 48h. Le tribunal n'intervient qu'à partir du moment où les parents (ou le jeune de 14 ans et plus) refusent la mesure de placement.

En France, le signalement n'est pas conditionnel à la mesure de protection. Il peut y avoir une mesure de protection mise en place par l'Aide sociale à l'enfance en accord avec les parents. Le signalement est un terme réservé à la saisine des autorités judiciaires en cas de difficultés récurrentes, de refus de la mesure par les parents ou de nécessité d'une protection immédiate. La protection immédiate ou l'urgence passe toujours par l'intervention du procureur de la République qui demande alors un placement dans les plus brefs délais. Un mineur peut être accueilli 24h/24 dans un établissement dont la fonction principale est l'accueil d'urgence ou dans un des établissements qui disposent de places d'accueil d'urgence. Cet accueil peut être réalisé avec ou sans l'accord des parents, avec une saisine du juge des enfants dans un délai de 8 jours si une prolongation du placement est nécessaire.

Une exception est faite pour les mineurs ayant abandonnés le domicile familial (ou en fugue). Tout service de l'Aide Sociale à l'Enfance peut accueillir, à titre préventif, un mineur pour une durée de 72h sous réserve de prévenir les parents du mineur et le procureur. Ce



délai permet un travail d'accompagnement et d'élaboration du jeune et de la famille sans prise de décision hâtive. Passé ce délai, une procédure d'admission à l'Aide Sociale à l'Enfance ou une saisine du tribunal est engagée.

Pour le Québec comme pour la France, il est extrêmement rare de voir des parents déchus de leur autorité parentale, le placement n'entraînant pas le retrait de l'autorité parentale.

## 2 La protection de l'enfance en France

Le système français de protection de l'enfance a été récemment modifié. Il était nécessaire d'organiser un système plus fiable, évitant une détection trop tardive de situations de danger, un système améliorant la prise en charge des enfants et basé sur une approche préventive des situations de risque et de danger.

La loi du 6 mars 2007 s'ouvre à la prévention des abus commis contre les enfants (en danger ou en risque de l'être) et donne aux départements la mission de recueillir et évaluer les situations préoccupantes, elle stipule que « *le président du conseil général est chargé du recueil, du traitement et de l'évaluation, à tout moment et quelle qu'en soit l'origine, des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être* ». La même loi protège également les enfants des dérives sectaires. Cette loi confirme par ailleurs l'importance de la mission de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED) dont les travaux visent à dénombrer les pratiques de prévention, de dépistage et de prise en charge et à diffuser de la documentation scientifique<sup>14</sup>.

### 2.1 Enjeux de la nouvelle loi

La réforme peut être résumée selon 7 enjeux majeurs<sup>15</sup> :

#### ➤ Un effort de clarification majeure des missions et du vocabulaire

Une nouvelle articulation des réponses de la protection de l'enfance donne la priorité à la protection sociale en première intention, la protection judiciaire ne devant être mobilisée que lorsque les actions menées par les services sociaux n'ont pas permis de remédier à la situation de danger, en cas d'impossibilité de collaboration avec la famille ou de refus de sa part, ou en cas d'impossibilité d'évaluer la situation.

#### ➤ Une volonté de développer la prévention

La réforme a entre autres pour objectif de renforcer le volet prévention de la politique de protection de l'enfance, en développant le rôle médico-social de la Protection Maternelle et Infantile, le bilan psychosocial au 4<sup>ème</sup> mois de grossesse, les visites post natales à domicile, les bilans médicaux et psychologiques à différents moments de la scolarité.

#### ➤ L'organisation du signalement et des interventions

---

<sup>14</sup> La veille ministérielle, Ministère de l'Éducation, du loisir et du sport du Québec, <http://www.mels.gouv.qc.ca/ministere/veille/index.asp?page=fiche&id=365>

<sup>15</sup> Observatoire National de l'Enfance en Danger, ONED, [www.oned.gouv.fr/docs/production-interne/publi/7apports-loi07\\_texte.pdf](http://www.oned.gouv.fr/docs/production-interne/publi/7apports-loi07_texte.pdf)

Dans chaque département a été créée une cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes. L'objectif est de clarifier l'entrée dans le dispositif et d'éviter l'engorgement des Parquets (qui étaient saisi dès qu'une inquiétude existait sans qu'une évaluation première n'ait été menée). Il s'agit de centraliser le recueil des informations préoccupantes et d'organiser un circuit unique, facilement repérable, en ne laissant plus à chaque professionnel ou citoyen la responsabilité du choix de l'autorité à saisir. L'article L 226-3 indique que « *Après évaluation, les informations individuelles font si nécessaires l'objet d'un signalement à l'autorité judiciaire* ». La loi réserve le terme de signalement à la saisine du procureur de la République. Le signalement peut donc être défini comme un acte professionnel écrit, présentant après évaluation, la situation d'un enfant en danger qui nécessite une protection judiciaire.

Concernant cette évaluation des situations individuelles et familiales, la réforme prend en compte son caractère pluridisciplinaire et pluri-institutionnel en organisant le partage d'informations à caractère secret dans le but de mieux protéger les professionnels (art. L 226-2-2) : ce « *secret partagé* » n'est possible qu'« *entre personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance ou qui lui apportent leur concours* ». Le partage d'informations est limité strictement à ce qui est nécessaire à la mission : évaluer une situation individuelle, déterminer et mettre en œuvre des mesures. Les titulaires de l'autorité parentale doivent être informés au préalable des éléments échangés (sauf si cela est contraire à l'intérêt de l'enfant).

Pour les situations où le mineur est en danger, les informations sont obligatoirement transmises entre le Président du Conseil général et le parquet. Il en est de même si :

- l'action déjà mise en œuvre au titre de la protection administrative n'a pas permis de remédier à la situation
- l'action ne peut se mettre en place en raison du refus de la famille ou de son impossibilité (par exemple psychique) de collaborer
- le mineur est présumé en danger et il est impossible d'évaluer la situation.
- en cas d'infraction pénale que seul le procureur de la République peut apprécier ou de danger grave nécessitant une protection immédiate.

➤ **L'impulsion du partenariat : quelles attentes, quelles formes ?**

La collaboration entre acteurs est formalisée par la loi par le concours que chacun doit apporter au recueil, au traitement et à l'évaluation des éléments préoccupants. Les protocoles mis en place ont pour but d'officialiser les modalités de transmission de toutes les informations préoccupantes vers la cellule de recueil des informations.

➤ **L'enfant au cœur du dispositif**

La loi fait entrer le développement physique, affectif, intellectuel et social de l'enfant comme devant être protégé lorsqu'il est compromis, au même titre que ses conditions d'éducation. D'autre part la loi apporte une considération particulière à la continuité des liens qui s'établissent pour un enfant et à l'importance de cette continuité pour sa construction ; elle vise à assurer une stabilité relationnelle de l'enfant dans des situations très spécifiques.

➤ **Une prise en charge adaptée et diversifiée**

Dans le souci d'adapter les réponses apportées aux enfants et aux familles, le dispositif de protection de l'enfance a vu se développer depuis quelques années de nouvelles pratiques d'accueil et d'interventions, qui apportent des solutions variées et souples. L'intérêt d'une diversification des réponses a été souligné par tous les observateurs avant la réforme. La réforme introduit des possibilités nouvelles d'action par la création de nouvelles prestations :

- mesure d'accompagnement en économie sociale et familiale
- mesure d'aide à la gestion du budget familial
- possibilité d'accueil en urgence de mineurs pendant trois jours sans l'accord des parents mais sous réserve de les informer ou d'en informer le procureur de la République,
- accueil de jour
- accueil périodique ou modulable, dans le cadre d'une mesure administrative d'accueil provisoire
- l'Assistance Educative en Milieu Ouvert (AEMO) avec hébergement, dans des conditions très encadrées juridiquement.

➤ **Renforcement des obligations de formation des personnels concernés**

Ce point comprend une formation de base pour une série de professionnels qui peuvent être concernés par l'enfance en danger et la protection de l'enfance, qu'ils y consacrent ou non l'essentiel de leur travail et quel que soit leur degré de proximité avec ces questions. Il s'agit donc des médecins et personnels médicaux et paramédicaux, des travailleurs sociaux, des magistrats, des enseignants, des personnels d'animation (sportive, culturelle, de loisirs), des personnels de police.

Début 2011, pour les interlocuteurs de l'ONED, il est trop tôt pour dire si les objectifs de prévention et de déjudiciarisation sont aujourd'hui atteints ou en cours d'être atteints.

## 2.2 Le dispositif de la protection de l'enfance

La loi demande à ce que chaque Conseil Général (qui est l'autorité du département) organise l'Aide Sociale à l'Enfance de son département<sup>16</sup>. Le dispositif de la protection de l'enfance en danger s'articule, depuis la loi de 2007, autour de **cellules départementales de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes**. Ce système de veille permet d'améliorer la fiabilité du dispositif afin que soient repérées et traitées toutes les situations d'enfants potentiellement en danger. On entend par information préoccupante tout élément d'information, y compris médical, susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger ou de risque de danger et puisse avoir besoin d'aide. L'information peut émerger d'une institution (comme l'école), de professionnels du secteur médico-social ou de toute personne préoccupée par la situation d'un enfant. L'information est transmise au moyen d'un appel téléphonique, d'un rapport ou d'une visite au bureau. Une fiche de recueil d'informations est disponible pour procéder à une évaluation sommaire de la situation (Exemple de fiche de recueil utilisée dans le département de Loire Atlantique, Annexe III p.35).

Les cellules départementales de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes ont pour mission de :

- Effectuer une évaluation de premier niveau : signalement sans délai au procureur ou évaluation plus approfondie (cette évaluation pouvant elle-même aboutir à un signalement au procureur)
- Garantir le respect du délai d'évaluation : maximum 3 mois et le retour de l'information à l'émetteur
- Garantir la technicité et le contenu de ces évaluations. L'évaluation est une analyse pluriprofessionnelle et pluriinstitutionnelle
- Faciliter les articulations avec le Parquet, et avec l'ensemble des services partenaires en étant leur interlocuteur unique. C'est la cellule qui saisit l'autorité judiciaire. La cellule veille à l'unification des modalités d'évaluation et d'orientation
- De garantir l'information des parents, des magistrats et des services sur l'existence d'une information comme sur les suites décidées
- D'organiser des actions de sensibilisation aux situations des mineurs en danger.

---

<sup>16</sup> Art.221-2 du Code d'Action Sociale et des Familles, CASF

Chaque cellule doit être :

- Un lieu facilement identifiable
- Un lieu ressource pour les professionnels
- Une plateforme de transmission des données statistiques à l'observatoire départemental de la protection de l'enfance

La cellule, rattachée au Conseil général de chaque département, assure **l'évaluation** de la situation afin d'apprécier :

- La réalité, la nature et le degré du risque ou du danger encouru par l'enfant,
- Son état au regard des besoins essentiels à son développement (physique, affectif, intellectuel, social), à la préservation de sa santé, sa sécurité, sa moralité, son autonomie,
- Le niveau de prise de conscience des parents concernant les difficultés rencontrées par leur enfant,
- Les ressources propres de la famille au regard des difficultés
- La capacité d'adhésion de la famille à un projet d'aide.

Une équipe de travailleurs sociaux travaille à ces évaluations en lien avec les professionnels impliqués auprès de la famille. Selon la gravité de la situation et le niveau de coopération de la famille différentes solutions pourront être mises en œuvre :

- La situation de l'enfant est préoccupante sans pour autant qu'il encourt un danger grave et sa famille accepte d'être aidée : un accompagnement régulier de l'enfant et de sa famille par un travailleur social du Conseil général sera mis en place avec l'acceptation de la famille, c'est une aide éducative à domicile (AED)
- La situation de l'enfant est très préoccupante et/ou les parents refusent d'être accompagnés : la situation est portée à la connaissance du Juge des enfants qui ordonne, en fonction de la situation de danger vécue par l'enfant, soit une Aide éducative en milieu ouvert (AEMO) soit un placement de l'enfant hors de sa famille.

L'enjeu de la mise en place des cellules départementales est bien d'identifier tous les « enfants en danger ». Par conséquent un certain nombre d'enfants « en difficulté » entre dans ce dispositif sans qu'une intervention de la justice ou de l'Aide Sociale à l'Enfance ne soit nécessaire. Une des limites d'ores et déjà repérée de ce système qui se veut exhaustif et préventif est de stigmatiser des familles « en difficulté », de considérer les enfants comme potentiellement « en danger » et d'engorger les services chargés de traiter et d'évaluer les informations préoccupantes.

## 2.3 L'organisation de l'accueil d'urgence

Les cellules départementales de veille représentent le dispositif principal pour le déclenchement d'une mesure de protection de l'enfance. Elles assurent une permanence les jours ouvrables sur les horaires de bureau et peuvent organiser l'accueil d'un enfant dans l'heure qui suit. En dehors de ces temps de permanence, le numéro de téléphone national, le 119 (Allo Enfance en Danger) est toujours accessible avec la mission de :

- Accueillir les appels d'enfants en danger ou en risque de l'être et de toute personne confrontée à ce type de situations pour aider à leur dépistage et faciliter la protection des mineurs en danger
- De transmettre les informations préoccupantes concernant ces enfants aux services des Conseils Généraux compétents en la matière, aux fins d'évaluation de la situation de l'enfant et de détermination de l'aide appropriée le cas échéant / Signaler directement au Parquet lorsque l'information recueillie le justifie.

Le 119 comprend un service de pré accueil qui oriente l'appel, un plateau d'écoute et une équipe permanente de coordinateurs. Les professionnels du plateau d'écoute (travailleurs sociaux, psychologues, juristes...) ont pour mission première d'être à l'écoute des usagers, de recueillir des informations, d'évaluer les appels et de proposer des orientations adéquates. Toutefois, une grande partie de leur activité consiste en une aide immédiate par un soutien psychologique ponctuel et une orientation vers des structures locales. Les coordinateurs ont en charge la mise en relation entre le 119 et les services sociaux départementaux. Ils suivent l'ensemble des procédures de transmission d'informations, valident les contenus et assurent le suivi.

L'article L226-2-1 du CASF fait obligation aux « *personnes mettant en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L112-3, ainsi qu'à celles qui lui apportent leur concours* » de transmettre sans délai toute information préoccupante au Conseil général. Il est prévu par la loi que l'émetteur de l'information doit être prévenu des décisions prises suite à sa déclaration. Si le mineur est estimé en danger, le Président du Conseil général (ou son représentant en matière de protection de l'enfance) informe sans délai le procureur (Article L-226-4 du CASF). Le Conseil général qui a reçu l'information procède alors à un signalement à l'autorité judiciaire afin de mettre en œuvre des mesures de protection. Le terme de signalement est en effet réservé à la saisine du procureur de la République, dans les cas où :

- Plusieurs mesures ont été prises et que les difficultés constatées persistent
- La famille refuse l'intervention du service de l'Aide Sociale à l'Enfance

- Il y a impossibilité à évaluer la situation
- Ou à titre exceptionnel : en cas de danger grave nécessitant une protection judiciaire immédiate, tout professionnel de la protection de l'enfance avise, sans délai et directement, le procureur de la République, de la situation du mineur en danger et adresse une copie au président du conseil général. Ce dernier s'engage à ce qu'un recueil d'information et évaluation soient réalisés rapidement et transmis au Parquet.

En cas de violences, notamment sexuelles, le procureur estime la nécessité d'une protection immédiate de l'enfant afin d'éviter qu'il fasse l'objet de pressions de la part de son entourage.

Lorsque le parquet est saisi (c'est-à-dire qu'il y a signalement), il procède à l'examen de la situation et peut classer sans suite le signalement, déclencher une procédure pénale ou saisir le juge des enfants qui fixera une audience afin que les parents puissent être entendus. Le juge peut également prononcer un « pas lieu à mesure d'assistante éducative », ordonner des mesures d'investigations complémentaires ou prononcer des mesures d'aide éducative dans le milieu familial ou de placement hors du domicile familial : il s'agit alors d'une ordonnance de placement. Le juge peut ordonner un placement (suite à une mesure d'assistance éducative à domicile par exemple) sans qu'il y ait eu signalement.

**Mais sortent de ces dispositifs les situations les plus graves, impliquant la sauvegarde d'un enfant, qui sont adressées directement au Parquet (sans passer par la Cellule départementale même si l'information est adressée en copie à la cellule pour un recueil d'informations exhaustif des situations préoccupantes). En effet, en cas d'urgence grave nécessitant une protection judiciaire immédiate, il convient d'aviser sans délai le procureur de la République ou la gendarmerie ; une situation d'urgence, quelle qu'elle soit, passe par l'intervention du procureur. La prise en charge s'organise ensuite et dans les plus brefs délais dans les services de l'Aide Sociale à l'Enfance du département.**

La mission d'accueil d'urgence est une mission qui revient au département, par l'obligation pour le conseil général de disposer de places d'accueil immédiat. La règle en vigueur est qu'il doit y avoir des places pour l'accueil d'urgence dans chaque département. Il existe trois dispositifs prévus par la loi de 2007 pour accueillir un enfant dans les plus brefs délais :

- Le procureur est saisi et informe le Centre départemental de l'enfance qu'il doit accueillir un enfant dans les plus brefs délais. Il s'agit d'une ordonnance provisoire de



placement, ou OPP, le juge est ensuite avisé (dans les 8 jours maximum) et se saisit de la mesure. Cette situation représente le cas le plus courant.

- Un enfant peut être accueilli en urgence dans un foyer d'accueil d'urgence quand les parents ne sont pas en mesure de donner leur accord (comme en cas d'abandon ou d'accident des parents). Cette disposition est valable 5 jours avant toute autre procédure. Ce sont les foyers d'accueil eux-mêmes qui ont l'habilitation à procéder à l'admission de l'enfant (sans accord des parents) et en informent le parquet. L'article 222-5 stipule que « *en cas d'urgence et lorsque que le représentant légal du mineur est dans l'impossibilité de donner son accord, l'enfant est recueilli provisoirement par le service qui en avise immédiatement le procureur de la République* », le service cité étant le service départemental de l'Aide Sociale à l'Enfance.
- Un foyer peut également garder un mineur sous son toit sans l'autorisation des parents pendant 3 jours (en cas de fugue par exemple). Si les parents sont en désaccord avec cet accueil, le procureur est alors saisi mais ces 3 jours laissent le temps de la réflexion sans prise de décision hâtive. L'article 222-5 du CASF précise que « *En cas de danger immédiat ou de suspicion de danger immédiat concernant un mineur ayant abandonné le domicile familial, le service peut, dans le cadre des actions de prévention, pendant une durée maximale de soixante-douze heures, accueillir le mineur, sous réserve d'en informer sans délai les parents, toute autre personne exerçant l'autorité parentale ou le tuteur, ainsi que le procureur de la République. Si au terme de ce délai le retour de l'enfant dans sa famille n'a pas pu être organisé, une procédure d'admission à l'aide sociale à l'enfance ou, à défaut d'accord des parents ou du représentant légal, une saisine de l'autorité judiciaire est engagée.* »

A la suite de ces échéances, si le placement doit se prolonger mais que les parents refusent cette alternative, la décision est alors du ressort du juge.

La situation du mineur placé hors de sa famille est révisée régulièrement par le juge des enfants. La famille de l'enfant continue d'être accompagnée pendant le placement. Un retour dans la famille peut être décidé si la situation familiale présente les garanties nécessaires au bon développement éducatif de l'enfant.

Un prolongement du placement peut être envisagé entre 18 et 21 ans selon le projet propre du jeune.

## 2.4 Etablissements concernés et modes de prise en charge

L'accueil peut se faire dans une structure publique ou privée.

- Soit la structure a comme mission unique l'accueil d'urgence, comme pour les foyers de l'enfance, il en existe en général un par département.
- Soit l'établissement a pour mission l'accueil d'enfants dans le cadre de la protection de l'enfance et une habilitation particulière pour l'accueil d'urgence avec quelques places réservées à cette mission.

Ces structures peuvent être un foyer (pour enfants ou adolescents), une pouponnière (pour les 0-3 ans) ou un accueil familial (plus communément appelés familles d'accueil ou assistants familiaux). Concernant les familles d'accueil, la loi prévoit une disposition particulière pour leur rémunération, en effet, la famille d'accueil doit être disponible pour un accueil immédiat et en contrepartie, elle reçoit une indemnité de disponibilité supérieure à la rémunération habituelle (article L.422-4 du CASF).

L'accueil d'urgence n'a pas de durée limitée dans le temps. Il est courant que les situations d'urgence se prolongent 3 ou 4 mois, sans que puissent être trouvées de solutions de placement. Pour exemple, la Loire Atlantique dispose de 128 places d'accueil d'urgence, 454 mineurs ont été accueillis en 2010 sur l'ensemble de ces places et environ 80 mesures de placement ne peuvent être exécutées faute de place.

La nouvelle loi a suscité un redéploiement des services, s'attachant à développer des offres plus souples : ni tout placement, ni tout domicile. Il s'agit essentiellement de formules comme l'accueil de jour, l'accueil de 72h et l'accueil séquentiel (l'accueil séquentiel étant une alternance entre domicile familial et lieu de placement en fonction des ressources parentales et des moments les plus délicats à gérer en famille).

Un des projets développés dans deux départements français (l'Hérault et la Loire Atlantique) est la mise en place d'une équipe mobile d'urgence, dépendante du Centre départemental de l'enfance. Suite à l'intervention de la police sur une situation, l'équipe se rend sur les lieux et évalue la situation pour éviter qu'une mesure de placement ne soit prise alors que d'autres ressources peuvent être mobilisées dans l'entourage de l'enfant. Ce dispositif permet souvent de ne pas déclencher la machine judiciaire, lourde de conséquences pour les familles et les enfants. Toutes les décisions prises et les interventions sont réalisées en lien permanent avec le parquet et le conseil général.

Une des véritables alternatives au placement mise en place dans un certain nombre de départements est le dispositif d'interventions soutenues à domicile : la mesure d'assistance

éducative intensive en milieu familial. Ces mesures concernent des enfants en danger vivant dans des familles à fragilités multiples, telles que des carences éducatives, des négligences de soins, des dysfonctionnements familiaux ou des relations très conflictuelles. Elles sont contre indiquées en cas d'abus sexuels intrafamiliaux, de maltraitance repérée ou de refus des parents de l'intervention à domicile. Il s'agit d'une mesure judiciaire faisant intervenir, de une à plusieurs fois par semaine, une équipe pluri professionnelle à domicile. Le travailleur social, référent de la famille, et non de l'enfant, assure le suivi de 6 familles par un temps plein (30 familles dans le cadre des assistantes éducatives à domicile classiques). L'équipe intervient en fonction des besoins de la famille, 7 jours/7, principalement en soirée et week-end, à partir du moment où la cohabitation enfant-parent est possible au quotidien. Cette mesure suppose une évaluation approfondie des compétences parentales, des ressources de l'enfant et des points d'appui possibles dans l'entourage. Cette mesure comprend la possibilité d'un accueil de l'enfant en dehors du milieu familial en cas de crise ou de besoin : accueil pendant des vacances scolaires, accueil périodique ou accueil exceptionnel.

Les places consacrées à l'urgence sont réparties sur l'ensemble d'un département. La gestion des places disponibles au jour le jour est un véritable casse-tête pour les professionnels en quête urgente d'un lieu pour un enfant. Un des moyens mis en place est le logiciel UGO, mis en place dans l'Essonne et mis à disposition des autres départements. Il s'agit d'une plateforme de gestion des places disponibles en lieux d'accueil pour l'urgence comme pour le long terme (mais certains départements ne l'utilisent que pour les places disponibles pour l'urgence). Peuvent être insérés des critères de recherche en fonction de la problématique et des besoins de chaque enfant. Ce logiciel peut être téléchargé librement et utilisé sans licence particulière<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> Conseil général de l'Essonne. UGO, Urgence Guide Orientation, [http://www.essonne.fr/sante\\_social/enfance/ugo\\_urgence\\_guide\\_orientation/dossier/ugo\\_un\\_logiciel\\_libre\\_pour\\_laide\\_sociale\\_a\\_l'enfance-1/](http://www.essonne.fr/sante_social/enfance/ugo_urgence_guide_orientation/dossier/ugo_un_logiciel_libre_pour_laide_sociale_a_l'enfance-1/)

## 2.5 Conclusion

Depuis la mise en application de la nouvelle loi, de nettes avancées ont été observées en termes de collaboration, principalement dans les domaines de la prévention et du repérage<sup>18</sup>. En effet, des services de première ligne comme les services de Protection Maternelle et Infantile ont été réorganisés, se rattachant aux services départementaux de l'Aide Sociale à l'Enfance, passant ainsi d'un rôle très centré sur la santé (avec la lutte contre la mortalité infantile) à des missions différentes dont le soutien à la parentalité. L'application de la Loi a entraîné une nouvelle articulation Etat - Départements - Villes sur des questions concernant ces 3 acteurs (accueil de la petite enfance, soutien à l'ouverture de modes de garde innovants, soutien à la parentalité, maisons pour adolescents, etc.). La loi a permis de formaliser des nouveaux modes de coopération avec des conventions signées entre services pour améliorer le repérage, la communication, la coordination et la prise en charge. Un des exemples est la signature de conventions entre l'Education nationale, la médecine scolaire et les services sociaux scolaires pour le repérage dans le milieu scolaire d'enfants en souffrance. Les départements ont territorialisé leurs actions afin de développer les interventions de proximité pour plus de visibilité et d'adaptabilité des services et une meilleure coordination des acteurs. Ces nouvelles articulations soutiennent une meilleure continuité des interventions en prévention et en protection.

Au niveau de l'enfant et de sa famille, c'est le « Projet de l'enfant » qui s'est vu être généralisé dans les départements. L'objectif des projets individualisés est de faciliter un parcours de prise en charge cohérent et continu et adapté aux besoins et aux ressources de l'enfant et de son environnement.

Mais tenter d'éradiquer l'urgence pose la question du travail en amont de la situation de placement, par un travail dans les lieux de vie des enfants, avec et dans les familles. Les dispositifs innovants qui se mettent en place en sont encore à un stade embryonnaire ou peu reconnus et peu répandus. Ils demandent de la souplesse, des moyens et une gestion collective de la prise de risque par des mesures de prise en charge pluri professionnelle, coordonnée et continue.

---

<sup>18</sup> « Décentralisation et protection de l'enfance, Où en est-on ? », Les cahiers de l'ODAS, Paris, Juin 2010.

## 3 La protection de l'enfance au Québec

### 3.1 Cadre législatif

Une nouvelle loi sur la protection de la jeunesse<sup>19</sup> est entrée en vigueur au Québec le 9 juillet 2007. Sa révision visait à accroître la capacité du système de protection à répondre aux besoins des enfants en assurant une stabilité de leurs conditions de vie<sup>20</sup>. La loi concerne les mineurs de moins de 18 ans dont la sécurité ou le développement est ou peut être compromis. Elle a pour objectif de mettre fin à cette situation et d'en prévenir la répétition par des mesures de contrôle, de surveillance et d'aide. Le maintien de la responsabilité parentale et la stabilité des milieux de vie des enfants sont deux points prioritaires qui influencent fortement les prises de décisions des mesures à prendre.

Le signalement est l'élément déclencheur pour l'application de la loi et l'examen d'une situation mettant en jeu la protection d'un enfant. Les mesures peuvent être déterminées par une entente sur des mesures volontaires (en accord avec les parents) ou ordonnée par le tribunal. Dans ces deux cas, c'est le Directeur de la Protection de la Jeunesse (DPJ) qui se voit attribuer l'exécution de l'ordonnance ou de l'entente.

### 3.2 Le dispositif de la protection de l'enfance

Le directeur de la protection de la jeunesse est responsable de l'application de la loi. Il y a un directeur de la protection de la jeunesse dans chacune des 17 régions administratives du Québec. Il travaille au sein d'un centre jeunesse, avec une équipe pluri professionnelle chargée de recevoir les signalements, de décider si le signalement doit être retenu pour évaluation, de procéder à l'évaluation de la situation, de déterminer et appliquer les mesures pour corriger la situation et réviser la situation de l'enfant<sup>21</sup>.

---

<sup>19</sup> Texte de la Loi sur la protection de la jeunesse.

[http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/P\\_34\\_1/P34\\_1.html](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/P_34_1/P34_1.html)

<sup>20</sup> In Evaluation des impacts de la nouvelle loi sur la protection de la jeunesse au Québec

[http://www.jefar.ulaval.ca/centreJefar/PDF/Rapport\\_LPJ.pdf](http://www.jefar.ulaval.ca/centreJefar/PDF/Rapport_LPJ.pdf)

<sup>21</sup> Faire un signalement au DPJ c'est déjà protéger un enfant

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-838-01F.pdf>

Le DPJ intervient quand le développement ou la sécurité de l'enfant est compromis pour cause de :

- Abandon,
- négligence,
- mauvais traitements psychologiques,
- abus sexuels,
- abus physiques,
- troubles de comportements sérieux,

ou que son développement ou sa sécurité peut être compromis en cas de :

- fugue,
- de non fréquentation scolaire,
- de délaissement d'un enfant par ces parents à la suite d'un placement.

Le signalement, comme point d'entrée dans le dispositif de protection, entraîne l'examen d'une situation de danger ou de risque. L'obligation de signaler s'applique à tous, même aux personnes liées par le secret professionnel (sauf les avocats) pour toutes les situations d'abus sexuels et d'abus physiques. Le signalement se fait par téléphone ou par courrier 7j/7, 24h/24 au DPJ, ou plus précisément auprès du service d'urgence sociale de la région dont dépend la personne qui fait le signalement. C'est généralement l'intervenant social qui alerte et signale la situation au DPJ.

Quand le DPJ (ou un membre de son équipe) reçoit le signalement, il procède à son analyse sommaire, décide s'il doit être retenu pour évaluation et détermine le degré d'urgence de l'intervention. Suite à cette analyse, deux décisions sont possibles :

- le signalement n'est pas retenu
- le signalement est retenu pour évaluation.

Dans le deuxième cas de figure, une évaluation devra permettre de mesurer si les conditions de vie de l'enfant et si sa situation compromettent ou non son développement et sa sécurité.

Lors d'une évaluation, le DPJ tient compte des éléments suivants :

- la nature, la gravité, la durée et la fréquence des faits signalés,
- l'âge et les caractéristiques personnelles de l'enfant,
- les capacités et la volonté de la famille à vouloir corriger la situation,
- les ressources du milieu pouvant apporter une aide.

Lorsque la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis, le DPJ prend la situation en charge et doit déterminer les mesures à mettre en place pour assurer la protection et aider les parents à corriger la situation.

A cette étape, deux situations sont possibles :

- l'entente sur des mesures volontaires,
- le recours au tribunal.

Le DPJ est chargé de l'exécution des mesures, que ce soit une entente sur des mesures volontaires convenues entre le DPJ, les deux parents et l'enfant (s'il a 14 ans et plus) ou une ordonnance du tribunal.

L'entente sur des mesures volontaires est applicable lorsque les parents et l'enfant (de 14 ans et plus):

- reconnaissent que la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis,
- donnent leur accord sur les mesures proposées par le DPJ pour corriger la situation.

Cette entente comprend :

- un engagement écrit entre les parents, l'intervenant du DPJ et l'enfant (s'il âgé de 14 ans et plus),
- une description de la situation,
- un engagement à travailler ensemble,
- les mesures nécessaires pour corriger la situation.

L'entente sur les mesures volontaires peut durer jusqu'à 12 mois avant d'être révisée. Si l'entente est respectée, l'intervention du tribunal n'est pas nécessaire.

Cette mesure va dans le sens donné par la loi, pour une responsabilisation des parents et une stabilité de lieu de vie pour l'enfant. Dans le système québécois, les parents conservent leur autorité parentale quelque soit la situation, il est très rare qu'un parent soit déchu de son autorité parentale.

La situation est présentée au tribunal lorsque :

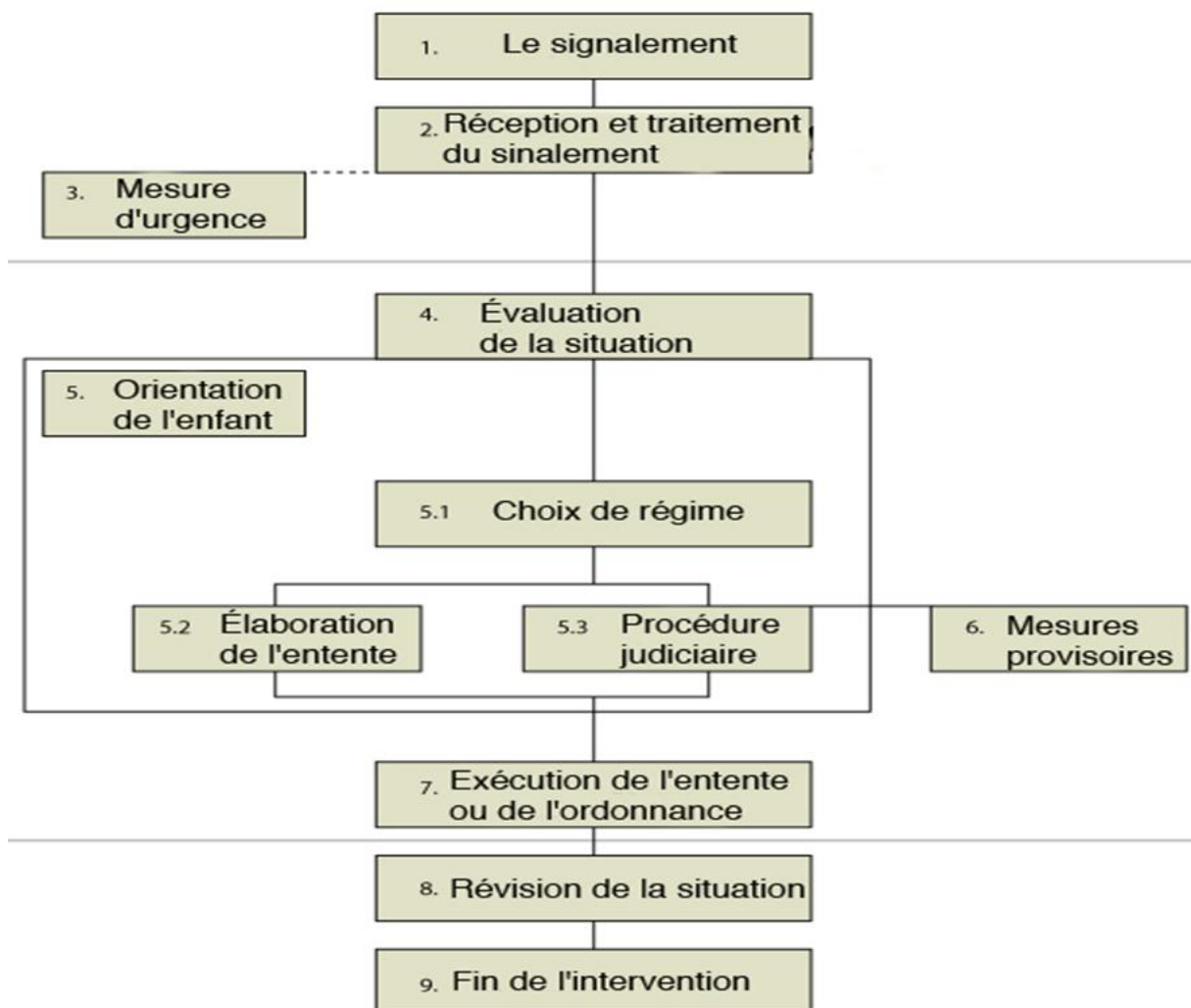
- selon le DPJ une entente sur les mesures volontaires n'est pas appropriée,
- les parents ou l'enfant (de 14 ans et plus) ne sont pas d'accord avec la décision du DPJ sur la description de la situation ou sur les mesures proposées.

L'ordonnance du tribunal détermine alors :

- les mesures nécessaires,
- la durée de ces mesures.

Figure 1 : Schéma du processus de la loi de protection de la jeunesse<sup>22</sup>

## Le processus de la LPJ



<sup>22</sup> Association des centres jeunesse du Québec.

[http://www.familis.org/riopfq/publication/pensions93/demers\\_cossette-dessureault.pps](http://www.familis.org/riopfq/publication/pensions93/demers_cossette-dessureault.pps)



### 3.3 L'organisation de l'accueil d'urgence

Il existe deux dispositifs pour l'intervention d'urgence au Québec :

- L'un lié aux services de première ligne, en amont du signalement, il s'agit de « l'intervention en situation de crise »,
- L'autre lié à la loi sur la protection de la jeunesse lorsque la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis, la « mesure de protection immédiate » ordonnée le tribunal ou par le Directeur de la protection de la jeunesse (DPJ).

Le premier est un service qui dépend des CSSS (Centres de santé et services sociaux), services de première ligne répartis sur l'ensemble du territoire. Dans une situation de crise, un travailleur social intervient dans la famille qui en a fait la demande, évalue la situation et propose un contrat avec la famille pour la mise en place de mesures d'intervention à domicile plus ou moins intensive. L'objectif de ce service est d'offrir une alternative au signalement ou au placement en utilisant la crise comme levier pour repérer la personne la plus en souffrance dans la famille et lui apporter de l'aide, pour enclencher un changement dans la dynamique familiale et outiller petit à petit la famille pour qu'elle puisse faire face à ses difficultés. Ce modèle d'intervention est actif depuis plusieurs années et a fait ses preuves alliant forme préventive d'intervention et gestion de crise. Si le travailleur social intervenant dans la famille pense qu'un signalement est nécessaire, la situation est alors prise prioritairement en compte par le DPJ. En effet l'évaluation approfondie réalisée par le CSSS permet au DPJ de considérer cette situation comme urgente puisque les mesures de travail intensif mis en place ont échouées.

Le deuxième dispositif est lié aux placements en urgence qui impliquent une mesure de « protection immédiate » suite à un signalement. Cette mesure émane de la nouvelle loi de protection de la jeunesse de 2007 et remplace la mesure d'urgence. Dans la loi, l'article 46 précise que le DPJ peut prendre des mesures de protection immédiate avant même de procéder à l'évaluation de la situation. Cette mesure est mise en place pour une durée maximale de 48h d'autorité du DPJ ou pour une période 0 à 5 jours ordonnée par le tribunal, avec des décisions de type :

- retrait de l'enfant de son milieu familial,
- placement de l'enfant à une personne proche de l'enfant (personne significative), à une famille d'accueil ou à un centre de réadaptation,
- restriction des contacts entre l'enfant et sa famille ou avec une autre personne.

Dans la mesure du possible, les parents et l'enfant doivent être consultés sur l'application des mesures de protection immédiate.

Si des mesures de protection doivent être prolongées au-delà de 48h, le DPJ peut proposer de les prolonger pour une période maximale de 30 jours si les parents donnent leur accord : il s'agit de l'entente provisoire. En cas de désaccord (des parents ou de l'enfant âgé de 14 ans et plus), le DPJ doit soumettre la situation au tribunal qui décidera de la nécessité de prolonger ou non les mesures. L'article 47 stipule que « *lorsque le directeur propose de prolonger l'application des mesures de protection immédiate et que les parents ou l'enfant de 14 ans et plus s'y opposent, il doit soumettre le cas au tribunal pour obtenir une ordonnance qui constate la nécessité de la prolongation* ».

Durant la période où des mesures de protection immédiate sont appliquées, le directeur peut autoriser, en cas d'urgence, la prestation des services médicaux et d'autres soins qu'il juge nécessaires sans le consentement des parents ni ordonnance du tribunal. Tout établissement qui exploite un centre hospitalier est alors tenu de recevoir l'enfant que le directeur lui confie.

En cas de situations graves compromettant la sécurité et le développement d'un enfant : abus sexuel, abus physique et enfant dont la santé physique est menacée par une absence de soin, une entente multisectorielle est ensuite exigée par la loi. Dans ces situations l'entente multisectorielle est appliquée, c'est-à-dire que sont exigées une concertation et une collaboration entre le DPJ et tous les acteurs concernés afin d'assurer une réponse adéquate et continue aux besoins d'aide et de protection des enfants.

### **3.4 Etablissements concernés et mode de prise en charge**

Le maintien de l'enfant dans son milieu familial est privilégié mais le DPJ ou le tribunal peut décider qu'il est nécessaire que l'enfant vive temporairement dans un autre milieu. Dans ce cas, le DPJ ou le tribunal examine la possibilité de le placer chez des personnes qui lui sont significatives comme les grands-parents. S'il est impossible ou inapproprié de placer l'enfant chez une personne significative, l'enfant est placé dans un autre lieu : famille d'accueil ou foyer de réadaptation, voire à l'hôpital mais uniquement sur prescription pédopsychiatrique pour des enfants ou jeunes souffrant de troubles de santé mentale sévères. Si l'enfant est placé plus de 30 jours dans une famille d'accueil ou un foyer, une contribution financière est demandée aux parents.

Pour les plus petits, c'est-à-dire jusqu'à 12 ans, le placement ne se fait qu'en famille d'accueil ou en tout petits groupes (dans des foyers de groupes), proches d'une structure familiale.

Un service de ressources propre à chaque région est chargé de la gestion des places disponibles dans les foyers et chez les familles d'accueil. L'accueil se fait en fonction des places et des besoins de l'enfant. Il n'y a pas à proprement dit de places réservées pour l'urgence dans les structures collectives, seules certaines familles d'accueil peuvent avoir ce mandat spécifique d'accueillir des enfants en urgence pour 30 jours maximum. Elles sont rémunérées en fonction de l'ampleur des besoins du jeune. Les besoins sont en effet évalués pour chaque enfant accueilli et cette « catégorisation des besoins » (terme employé) permet de fixer la rémunération de la famille d'accueil (le statut des familles d'accueil étant en voie de réforme, il faut considérer ces informations comme prochainement modifiées).

Pour les enfants ou jeunes nécessitant un lieu d'accueil plus structurant ou plus encadré, c'est la gestion des places au niveau de chaque région qui permet de trouver une place. Le système est suffisamment souple pour mettre un enfant à l'abri dans des délais très brefs. Il n'y a pas de réelle liste d'attente pour le placement d'un enfant au Québec, les seules listes d'attente qui existent proviennent du traitement des dossiers de signalement et de l'application des mesures mais si un placement en urgence est nécessaire, il y a une solution dans les plus brefs délais. Grâce tout d'abord à un « intervenant aux ressources » qui connaît les disponibilités et les offres de services, ensuite grâce à un recrutement intensif des familles d'accueil (il existe une véritable politique de recrutement de familles d'accueil) et enfin grâce à un jeu de vases communicants. En effet, les services offerts sont variés et présentent une grande souplesse. Ils permettent de proposer des services adaptés aux besoins des enfants et de faire passer un enfant d'une forme d'aide plus encadrée à une autre forme d'aide plus souple, libérant ainsi la place pour un enfant récemment pris en charge et nécessitant plus d'encadrement. Il n'y pas uniquement le milieu ouvert et le placement mais des services de prise en charge souple qui interviennent plus ou moins intensivement dans tous les milieux de vie de l'enfant. Les services disposent également d'unité d'engorgement. Ce sont des locaux qui sont initialement prévus pour être ouverts pendant la durée de travaux dans les foyers mais qui peuvent être utilisés pour l'accueil d'un ou deux jeunes de façon ponctuelle.

La principale saturation du système est observée au moment de l'application de la mesure. Pour éviter une période d'instabilité en attendant qu'un service d'aide soit en mesure d'appliquer la décision, l'évaluateur de la situation familiale reste la personne de référence. Il cible ensuite l'intervenant qui sera à même de prendre en charge la famille (dans un délai plus ou moins long) et l'implique petit à petit dans son accompagnement. Ces deux

intervenants se partagent donc la charge du travail à réaliser avec la famille. L'intervenant qui appliquera les mesures est donc impliqué dès le début.

L'accompagnement de l'enfant s'organise autour d'un « plan de service individualisé », le travailleur social référent coordonne alors la prise en charge et réunit les intervenants en fonction des besoins.

A un niveau plus macroscopique, il existe des tables de concertation afin d'orchestrer les services offerts autour d'une pathologie ou d'une problématique particulière. Le but de ces tables de concertation régionales est de créer des conventions entre services et des protocoles de prise en charge en fonction des problématiques, avec comme objectif d'offrir aux enfants des trajectoires le plus continues possibles.

Il existe également une équipe d'intervention « sur spécialisée » chargée de trouver les bonnes ressources à proposer à un enfant ou à une famille qui sort des cadres d'intervention. Cette équipe traite des situations complexes et développe le service nécessaire à ces enfants, par des ressources recrutées en interne et en externe.

### 3.5 Conclusion

Dans les textes législatifs, les recommandations ministérielles ou les rapports d'activité de services québécois, l'intérêt de l'enfant prime dans toutes les décisions. Dans cette perspective, des offres de service ont été développées pour accompagner l'enfant dans ses milieux de vie et garantir son développement dans les conditions de vie les plus favorables possibles. Un des objectifs de la prise en charge est de permettre une permanence du milieu de vie de l'enfant, que ce soit son milieu naturel ou un milieu de substitution, pour une stabilité et une sécurité nécessaires à son bon développement. En effet, les travaux québécois ont montré les effets potentiellement traumatisants de la séparation et du placement ou de l'instabilité du milieu de vie<sup>23</sup>. Dans ce sens, les équipes tentent de planifier et de préparer au mieux les séparations lorsqu'elles sont inévitables et de prévenir tout nouveau déplacement de l'enfant. L'implication des parents dans toutes les étapes de la prise en charge demeure une priorité afin de travailler sur le développement des compétences de la famille et de l'environnement proche de l'enfant et d'œuvrer dans le sens d'une réunification familiale. La prise en charge privilégie des formes d'aide peu restrictives et offrant suffisamment de souplesse pour s'adapter aux besoins en évolution de l'enfant et de sa famille.

---

<sup>23</sup> Évaluation des impacts de la nouvelle loi sur la protection de la jeunesse au Québec.  
[http://www.fss.ulaval.ca/cms\\_recherche/upload/jefar/fichiers/rapport\\_lpj.pdf](http://www.fss.ulaval.ca/cms_recherche/upload/jefar/fichiers/rapport_lpj.pdf)

## Bibliographie

Berger M. (2004). L'échec de la protection de l'enfance, Dunod, Paris.

Clément M.E., Tourigny M. (1999). Négligence envers les enfants et toxicomanie des enfants : Portrait d'une double problématique. Gouvernement du Québec, Comité de lutte à la toxicomanie. Québec.

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/biblio/CPLT/publications/0699negdb.pdf>

Clément M.E., Chamberland C., Trocmé N. (2009). Epidémiologie de la maltraitance et de la violence envers les enfants au Québec, In Santé, Société et Solidarité. Violence et maltraitance envers les enfants, n°1, Québec.

Commission des communautés européennes. Livre vert, Améliorer la santé mentale de la population. Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne.

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf)

Fablet D. (coord.) (2009). Expérimentations et innovations en protection de l'enfance, L'Harmattan, Paris.

Frechon I., Guyavarch E., Halifax J. (2009). Etat des lieux de l'enfance en danger, sources et données disponibles en France In Santé, Société et Solidarité. Violence et maltraitance envers les enfants, n°1, Québec.

Louazel V., Lair M.L., Wagener Y. (2010). Pour une stratégie nationale en faveur de la santé mentale des enfants et des jeunes au Luxembourg- Promotion, prévention, prise en charge, intégration. CRP-Santé. Publication interne au Ministère de la santé, Luxembourg.

Observatoire National de l'Enfance en Danger, ONED (2008). Quatrième rapport annuel au parlement et au gouvernement de l'observatoire national de l'enfance en danger, Paris, ONED.

ODAS. (2010). « Dépenses départementales d'action sociales, Vers l'impasse ? », La lettre de l'ODAS, Paris

ODAS. (2010). « Décentralisation et protection de l'enfance, Où en est-on ? », Les cahiers de l'ODAS, Paris.

Trocmé N. et al (2005). Etude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2003, Ottawa, Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux, Canada.

Turcotte (et al). (2010). Evaluation des impacts de la nouvelle loi sur la protection de la jeunesse au Québec. Centre de recherche Jefar. Québec.

[http://www.fss.ulaval.ca/cms\\_recherche/upload/jefar/fichiers/rapport\\_lpj.pdf](http://www.fss.ulaval.ca/cms_recherche/upload/jefar/fichiers/rapport_lpj.pdf)

### **Autres documents :**

Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux. (2010). La négligence faites lui face. Edité par l'association des centres jeunesse du Québec. Québec.

<http://www.acjq.qc.ca/public/a14178bc-45b5-4a12-b27e->

[38017be2da39/mes\\_documents/bilans/acj1001\\_bilan\\_directeurs-9.pdf](http://www.acjq.qc.ca/public/a14178bc-45b5-4a12-b27e-38017be2da39/mes_documents/bilans/acj1001_bilan_directeurs-9.pdf)

Demers L., Cossette C. (2008). Association des centres jeunesse du Québec.

[http://www.familis.org/riopfq/publication/pensions93/demers\\_cossette-dessureault.pps](http://www.familis.org/riopfq/publication/pensions93/demers_cossette-dessureault.pps)

Ministère de la justice et des libertés. La convention internationale des droits de l'enfant de 1989 (2001).

<http://www.textes.justice.gouv.fr/textes-fondamentaux-10086/droits-de-lhomme-et-libertes-fondamentales-10087/convention-des-droits-de-lenfant-de-1989-11037.html>

Observatoire National de l'Enfance en Danger, ONED. Les 7 enjeux de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Paris. ONED

[http://www.oned.gouv.fr/docs/production-interne/publi/7apports-loi07\\_texte.pdf](http://www.oned.gouv.fr/docs/production-interne/publi/7apports-loi07_texte.pdf)

Organisation mondiale de la Santé (2010). La maltraitance des enfants.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/fr/index.html>

Service des jeunes et des familles (2008). Faire un signalement au DPJ c'est déjà protéger un enfant. Ministère de la santé et des services sociaux. Québec.

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-838-01F.pdf>

## **4 ANNEXES**

<b>I. Le dispositif d'accueil d'urgence en France (Résumé) .....</b>	<b>411</b>
<b>II. Le dispositif d'accueil d'urgence au Québec (Résumé).....</b>	<b>433</b>
<b>III. Fiche de recueil de données « Situation préoccupante » .....</b>	<b>455</b>
<b>IV. Aide mémoire québécois .....</b>	<b>499</b>
<b>V. Recommandations aux professionnels qui reçoivent l'information.....</b>	<b>511</b>



## I. Le dispositif d'accueil d'urgence en France (Résumé)

Le dispositif de protection de l'enfance s'organise autour de **cellules départementales de veille** du Conseil général de chaque département. Dans chaque département il y a une cellule de veille qui recueille les situations d'enfants en danger ou en risque de danger, appelées informations préoccupantes, les traite et les évalue. Il est fait obligation aux personnes qui apportent leur concours à la politique de protection de l'enfance de transmettre sans délai toute information préoccupante à cette cellule. Après évaluation, l'Aide Sociale à l'Enfance est ensuite chargée de la mise en place de la mesure de protection administrative ou judiciaire. Si le mineur est estimé en danger, le Président du Conseil général (ou son représentant) informe sans délai le procureur (Article L-226-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles). Le Conseil général qui a reçu l'information procède alors à un signalement à l'autorité judiciaire afin de mettre en œuvre des mesures de protection. Le terme de signalement est en effet réservé à la saisine du procureur de la République, dans les cas où :

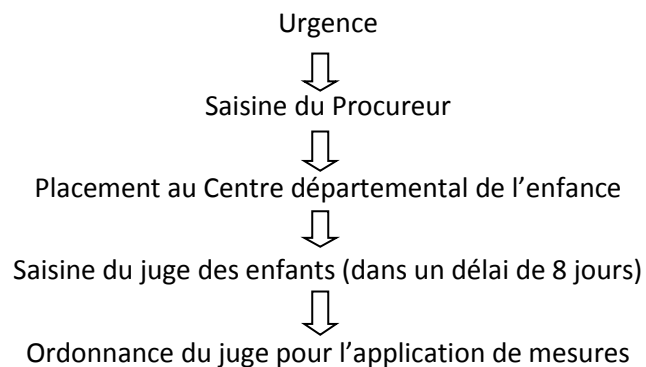
- Plusieurs mesures ont été prises et que les difficultés constatées persistent
- La famille refuse l'intervention du service de l'Aide Sociale à l'Enfance
- Il y a impossibilité à évaluer la situation
- Ou à titre exceptionnel : en cas de danger grave nécessitant une protection judiciaire immédiate, tout professionnel de la protection de l'enfance avise, sans délai et directement, le procureur de la République, de la situation du mineur en danger et adresse une copie au président du conseil général. Ce dernier s'engage à ce qu'un recueil d'information et évaluation soient réalisés rapidement et transmis au Parquet.

En effet, sortent du dispositif des cellules de veille les situations les plus graves, impliquant la sauvegarde d'un enfant, qui sont adressées directement au Parquet (sans passer par la Cellule départementale même si l'information est adressée en copie à la cellule pour un recueil d'informations exhaustif des situations préoccupantes). En effet, **en cas d'urgence grave nécessitant une protection judiciaire immédiate, il convient d'aviser sans délai le procureur de la République** ; une situation d'urgence, quelle qu'elle soit, passe par l'intervention du procureur. La prise en charge s'organise ensuite et dans les plus brefs délais dans les services de l'Aide Sociale à l'Enfance du département.

Lorsque le parquet est saisi (c'est-à-dire qu'il y a signalement), il procède à l'examen de la situation et peut soit classer sans suite le signalement, soit déclencher une procédure pénale ou saisir le juge des enfants qui fixera une audience.

La mission d'accueil d'urgence est une mission qui revient au département, par l'obligation de disposer de places d'accueil immédiat. La règle en vigueur est qu'il doit y avoir des places pour l'accueil d'urgence dans chaque département. Il existe trois dispositifs prévus par la loi de 2007 pour accueillir un enfant dans les plus brefs délais :

- Le procureur est saisi et informe le Centre départemental de l'enfance qu'il doit accueillir un enfant dans les plus brefs délais. Il s'agit d'une ordonnance provisoire de placement, le juge est ensuite avisé (dans les 8 jours maximum) et se saisit de la mesure. Cette situation représente le cas le plus courant :



- Un enfant peut être accueilli en urgence dans un foyer d'accueil d'urgence quand les parents ne sont pas en mesure de donner leur accord (comme en cas d'abandon ou d'accident des parents). Cette disposition est valable 5 jours avant toute autre procédure. Ceux sont les foyers d'accueil eux-mêmes qui ont l'habilitation à procéder à l'admission de l'enfant (sans accord des parents). L'article 222-5 stipule que « en cas d'urgence et lorsque que le représentant légal du mineur est dans l'impossibilité de donner son accord, l'enfant est recueilli provisoirement par le service qui en avise immédiatement le procureur de la République ».
- Un foyer peut également garder un mineur sous son toit sans l'autorisation des parents pendant 3 jours (en cas de fugue par exemple). Si les parents sont en désaccord avec cet accueil, le procureur est alors saisi mais ces 3 jours laissent le temps de la réflexion sans prise de décision hâtive.

L'accueil peut se faire dans une structure publique ou privée : soit la structure a comme mission unique l'accueil d'urgence, il en existe en général une par département, soit l'établissement a pour mission l'accueil d'enfants dans le cadre de la protection de l'enfance et une habilitation particulière pour l'accueil d'urgence avec quelques places réservées à cette mission. Ces structures peuvent être un foyer (pour enfants ou adolescents), une pouponnière (pour les 0-3 ans) ou une famille d'accueil.

## II. Le dispositif d'accueil d'urgence au Québec (Résumé)

Il existe deux dispositifs pour l'intervention d'urgence au Québec :

- L'un lié aux services de première ligne, en amont du signalement, il s'agit de « l'intervention en situation de crise »,
- L'autre lié à la loi sur la protection de la jeunesse lorsque la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis, la « mesure de protection immédiate » ordonnée le tribunal ou par le Directeur de la protection de la jeunesse (DPJ).

Le premier est un service qui dépend des CSSS (Centres de santé et services sociaux), services de première ligne répartis sur l'ensemble du territoire. Dans une situation de crise, un travailleur social intervient dans la famille qui en a fait la demande, évalue la situation et propose un contrat avec la famille pour la mise en place de mesures d'intervention à domicile plus ou moins intensive. L'objectif de ce service est d'offrir une alternative au signalement ou au placement en utilisant la crise comme levier pour repérer la personne la plus en souffrance dans la famille et lui apporter de l'aide, pour enclencher un changement dans la dynamique familiale et outiller petit à petit la famille pour qu'elle puisse faire face à ses difficultés. Ce modèle d'intervention est actif depuis plusieurs années et a fait ses preuves alliant forme préventive d'intervention et gestion de crise. Si le travailleur social intervenant dans la famille pense qu'un signalement est nécessaire, la situation est alors prise prioritairement en compte par le DPJ. En effet l'évaluation approfondie réalisée par le CSSS permet au DPJ de considérer cette situation comme urgente puisque les mesures de travail intensif mis en place ont échouées.

Le deuxième dispositif est lié aux placements en urgence qui impliquent une mesure de « protection immédiate » suite à un signalement. Cette mesure est mise en place pour une durée maximale de 48h d'autorité du DPJ ou pour une période 0 à 5 jours ordonnée par le tribunal, avec des décisions de type :

- retrait de l'enfant de son milieu familial,
- placement de l'enfant chez une personne significative pour l'enfant, dans une famille d'accueil ou un centre de réadaptation,
- restriction des contacts entre l'enfant et sa famille ou avec une autre personne.

Dans la mesure du possible, les parents et l'enfant doivent être consultés sur l'application des mesures de protection immédiate.

Si des mesures de protection doivent être prolongées au-delà de 48h, le DPJ peut proposer de les prolonger pour une période maximale de 30 jours si les parents donnent leur accord : il s'agit de l'entente provisoire. En cas de désaccord (des parents ou de l'enfant âgé de 14

ans et plus), le DPJ doit soumettre la situation au tribunal qui décidera de la nécessité de prolonger ou non les mesures.

Le signalement est l'élément déclencheur pour l'application de la loi et l'examen d'une situation mettant en jeu la protection d'un enfant. L'obligation de signaler s'applique à tous, même aux personnes liées par le secret professionnel (sauf les avocats) pour toutes les situations d'abus sexuels et d'abus physiques. Le signalement se fait par téléphone ou par courrier 7j/7, 24h/24 au service d'urgence sociale de la région dont dépend la personne qui fait le signalement.

Le DPJ (il y a un DPJ par région) est chargé de recevoir les signalements, de décider si le signalement doit être retenu pour évaluation, de procéder à l'évaluation de la situation, de déterminer et appliquer les mesures pour corriger la situation et réviser la situation de l'enfant. Lorsque la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis, le DPJ prend la situation en charge et doit déterminer les mesures à mettre en place pour assurer la protection et aider les parents à corriger la situation. A cette étape, deux situations sont possibles :

- l'entente sur des mesures volontaires,
- le recours au tribunal.

L'entente sur des mesures volontaires est applicable lorsque les parents et l'enfant (de 14 ans et plus) reconnaissent que la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis et donnent leur accord sur les mesures proposées par le DPJ pour corriger la situation. Si l'entente est respectée, l'intervention du tribunal n'est pas nécessaire.

La situation est présentée au tribunal lorsque :

- selon le DPJ une entente sur les mesures volontaires n'est pas appropriée,
- les parents ou l'enfant (de 14 ans et plus) ne sont pas d'accord avec la décision du DPJ sur la description de la situation ou sur les mesures proposées.

Que les mesures soient ordonnées par le tribunal ou déterminées par une entente sur des mesures volontaires convenues entre le DPJ, les deux parents et l'enfant (s'il a 14 ans et plus), dans ces deux cas, c'est le DPJ qui se voit attribuer l'exécution de l'ordonnance ou de l'entente.

En cas de situations graves compromettant la sécurité et le développement d'un enfant : abus sexuel, abus physique et enfant dont la santé physique est menacée par une absence de soin, une entente multisectorielle est ensuite exigée par la loi. Dans ces situations l'entente multisectorielle est appliquée, c'est-à-dire que sont exigées une concertation et une collaboration entre le DPJ et tous les acteurs concernés afin d'assurer une réponse adéquate et continue aux besoins d'aide et de protection des enfants.

### III. Fiche de recueil de données « Situation préoccupante » (édité par le Conseil général de Loire Atlantique)



#### FICHE DE RECUEIL D'UNE INFORMATION PREOCCUPANTE

Direction Générale Adjointe  
de la Solidarité

Veille Enfance en Danger 44

3 quai Ceineray – BP 94109

44041 Nantes Cedex 1

Tél. 02.51.17.21.88

Télécopie : 02.51.17.21.89

Document à adresser à :

VEILLE ENFANCE EN DANGER 44

BP 94109

44041 NANTES CEDEX 1

Télécopie : 02.51.17.21.89

#### 1. Recueil des premières informations

Date de l'information :  heure :

Mode de recueil : ☐ Téléphone ☐ Courrier (joindre photocopie) ☐ Accueil

☐ 119 ☐ Télécopie

#### 2. Identification du ou des mineur(s) concerné(s)

Nom	Prénom	Né(e) le	âge
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adresse :

Code postal :  Commune :

#### 3. Autres enfants de la fratrie

Nom	Prénom	Né(e) le	âge	Adresse (si différente de celle du ou des mineur(s) concerné(s))
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### 4. Identification des parents ou des responsables légaux

	Nom	Prénom	Né(e) le	Adresse (si différente de celle du ou des mineur(s) concerné(s))
Père				
Mère				

■ **Autorité parentale :**

☐ père : \_\_\_\_\_ ☐ mère : \_\_\_\_\_

☐ administration : \_\_\_\_\_

☐ autre : \_\_\_\_\_

■ **Résidence de l'enfant :**

☐ avec ses parents

☐ avec un autre membre de sa famille

☐ garde alternée

☐ chez un tiers digne de confiance

☐ avec sa mère seule

☐ en famille d'accueil

☐ avec son père seul

☐ en établissement

☐ avec sa mère dans une famille recomposée

☐ autre

☐ avec son père dans une famille recomposée

#### 5. Les dires de l'informateur :

En cas de maltraitance, les faits ont-ils été constatés ? ☐ oui ☐ non

Par qui ? : \_\_\_\_\_

Sont-ils fréquents ? ☐ oui ☐ non

## **6. Commentaires du professionnel ayant recueilli l'information préoccupante**

Danger évoqué : oui ☐ non ☐

Facteurs d'alerte concernant l'enfant :

Facteurs d'alerte concernant les parents :

Problématique familiale et commentaires :

## **7. A votre connaissance la famille a-t-elle déjà fait l'objet**

### **■ D'une information préoccupante :**

☐ oui date :  Suite donnée :

☐ non ☐ ne sait pas

### **■ D'un signalement à la justice :**

☐ oui date :  Mesure mise en place :

☐ non ☐ ne sait pas

### **■ D'une mesure au titre de la protection de l'enfance :**

☐ oui date :  ☐ non

Préciser le type de mesure :

Intervenant :

Coordonnées de l'organisme :

## 8. Éléments complémentaires à apporter sur la situation :

## 9. Identification de la personne ayant communiqué l'information

Nom :  Prénom :

Adresse :

Code postal :  Commune :

Demande l'anonymat : oui ☐ non ☐

☐ le père

☐ V.S.I.

☐ la mère

☐ Autres services sociaux (hors CG), associations:

☐ L'enfant lui-même

☐ Éducation nationale, établissements privés

☐ Famille

☐ Établissements relevant de la protection de l'enfance et médico-sociaux

☐ Autre enfant

☐ Hôpital

☐ Ami de la famille, voisin, proche

☐ Police, Gendarmerie

☐ Personne anonyme

☐ Mairie

☐ P.M.I.

☐ Autres :

☐ A.S.E.

## 10. Identification de la personne qui recueille l'information

Nom :  Prénom :

Organisme :  Service :

Fonction :  Téléphone :

Zone réservée au service :

Document reçu à la Cellule le :

Numéro Perceval :



#### IV. Aide mémoire québécois (produit par le Ministère de la Santé et des services sociaux)

### Aide-mémoire pour faire un signalement

Cet aide-mémoire se veut un outil d'accompagnement dans votre démarche pour faire un signalement. Il vous aidera à préciser et à recueillir le maximum de renseignements à transmettre au moment où vous communiquerez avec le DPJ.

Il n'est pas nécessaire de pouvoir répondre à l'ensemble des questions formulées ci-dessous pour faire un signalement; celles-ci vous sont proposées **uniquement à titre indicatif**.

#### QUELLES SONT LES COORDONNÉES DE L'ENFANT?

- Quel est le nom de l'enfant? .....
- Quelle est sa date de naissance ou quel est son âge? .....
- Quelle est son adresse? .....
- Quel est son numéro de téléphone? .....
- Quel est le nom de sa mère? .....
- Quel est le nom de son père? .....
- Avec qui demeure l'enfant? .....
- Quelle école ou quel milieu de garde fréquente l'enfant? .....
- Y a-t-il d'autres enfants concernés par la situation? .....
- Si oui, quels sont leurs nom, prénom et date de naissance ou leur âge? .....

#### QUELS SONT LES FAITS QUI VOUS INQUIÈTENT?

- Les propos ou les confidences de l'enfant .....
- Les gestes ou les attitudes de l'enfant ou de ses parents .....
- Les blessures ou les marques observées sur l'enfant .....

#### QUELLES SONT LES CARACTÉRISTIQUES DE CES FAITS?

- Les faits sont-ils fréquents? .....
- Les faits sont-ils actuels ou passés? .....
- Est-ce que les faits que vous rapportez se produisent depuis longtemps? .....
- Croyez-vous qu'il y ait un danger pour l'enfant? .....
- Avez-vous été témoin de ces faits? .....

#### QUELS SONT LES FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ DE L'ENFANT?

- Quelles conséquences croyez-vous que les faits rapportés ont sur l'enfant? .....
- A-t-il un handicap physique ou intellectuel? .....
- Comment réagit-il face à sa situation? .....
- A-t-il des caractéristiques personnelles (forces et limites) que vous jugez important de transmettre au DPJ? .....

#### QUELLES SONT LA CAPACITÉ ET LA VOLONTÉ DES PARENTS FACE À LA SITUATION?

- Est-ce que les parents reconnaissent la situation problématique? .....
- Les parents ont-ils des caractéristiques personnelles (forces et limites) ou des problèmes que vous jugez important de transmettre au DPJ (ex.: alcoolisme, toxicomanie, jeu compulsif, problèmes de santé mentale)? .....
- Est-ce que les parents ont tenté d'aller chercher de l'aide face à la situation? .....

#### SAVEZ-VOUS SI DES RESSOURCES DU MILIEU VIENNENT DÉJÀ EN AIDE À L'ENFANT OU À SES PARENTS?

- Y a-t-il une personne dans l'entourage de cet enfant qui peut l'aider ou aider ses parents (famille élargie, conjoint, voisin, ami ou autres)? .....
- Y a-t-il des ressources qui interviennent déjà auprès de l'enfant ou de ses parents (CSSS, milieu de garde, école, organismes communautaires ou autres)? .....

#### POUR LES SITUATIONS D'ABUS SEXUELS OU D'ABUS PHYSIQUES UNIQUEMENT

- Est-ce que vous savez qui est l'auteur présumé de l'abus (père, mère, frère, sœur, conjoint, conjointe, membre de la famille élargie, autre adulte, autre mineur)? .....
- Quel est le nom de l'auteur présumé de l'abus et son âge? .....
- Est-ce que l'enfant est toujours en contact avec cette personne? .....
- La police a-t-elle été avisée? .....

*IL PEUT ÊTRE UTILE DE NOTER LE NOM DE L'INTERVENANT DU CENTRE JEUNESSE AVEC LEQUEL VOUS AVEZ COMMUNIQUÉ.*

*Faire un signalement au DPJ,  
c'est déjà protéger un enfant.*

## V. Recommandations aux professionnels qui reçoivent l'information

### Exemple français<sup>24</sup>

- Par apport à la victime dire à l'enfant qu'on le croit, le rassurer
- Expliquer à l'enfant ce qui va se passer
- Dans les cas de présomption de violence physique, prendre contact en urgence avec un médecin pour un éventuel certificat médical (Unité spécialisée de l'hôpital)
- Lorsqu'un professionnel est amené à recueillir les confidences d'un enfant, il veille particulièrement à ne poser que des questions non suggestives et à retranscrire mot pour mot les paroles du mineur ainsi que les questions éventuelles auxquelles elles font suite. Pour les propos de l'enfant, il convient d'utiliser des guillemets. Il note avec précision le contexte et les circonstances dans lesquelles l'enfant a fait ses révélations.
- La retransmission d'une information doit être sans censure, sans jugement, sans commentaire personnel ou vérification.
- Eviter de rester seul face à une situation préoccupante (en référé à l'équipe, à un supérieur ou à un professionnel de l'enfance en danger)

### Exemple québécois<sup>25</sup>

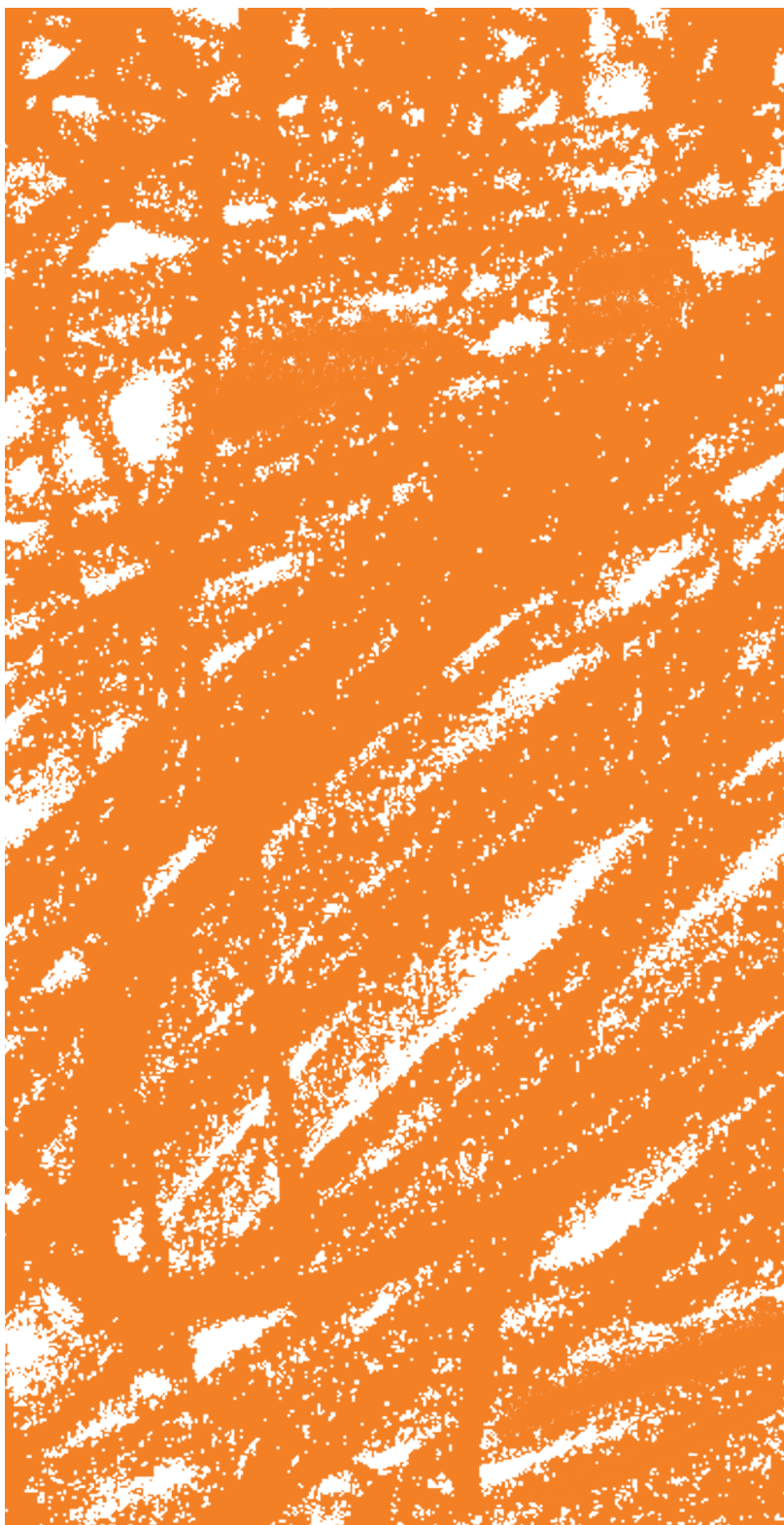
- Demeurer calme devant l'enfant
- Ecouter l'enfant ouvertement et ne pas le juger
- Être rassurant pour lui
- Lui dire qu'il a pris la bonne décision en vous parlant de ses difficultés
- Lui faire comprendre que vous le croyez
- Ne pas lui promettre que vous garderez secret ce qu'il vous a raconté
- Ne pas interroger indûment l'enfant et le laisser parler librement, particulièrement dans les situations d'abus sexuels et d'abus physiques, car des questions suggestives pourraient influencer l'enfant et ainsi nuire à l'intervention du DPJ.
- Noter dès que possible les paroles de l'enfant.

---

<sup>24</sup> Extrait de « Le guide pour les professionnels-De l'information préoccupante au signalement », [http://www.acleea.fr/IMG/pdf\\_le\\_guide\\_du\\_signalement.pdf](http://www.acleea.fr/IMG/pdf_le_guide_du_signalement.pdf)

<sup>25</sup> Extrait de « Faire un signalement au DPJ, c'est déjà protéger un enfant. Quand et comment signaler ? » <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-838-01F.pdf>





INSIDE

INTEGRATIVE RESEARCH UNIT  
ON SOCIAL AND INDIVIDUAL  
DEVELOPMENT



Universität Luxemburg, Campus Walferdange  
Route de Diekirch (B.P. 2)  
L-7120 Walferdange