

LE CRITERE A TROIS NIVEAUX : UN CONCEPT PRATIQUE POUR LES PROFESSIONNELS DE L'EVALUATION EN PROTECTION DE L'ENFANCE

Francis ALFÖLDI
Travailleur social
Formateur

INTRODUCTION

Comment évalue-t-on dans les services de la protection de l'enfance ? Comment les professionnels du secteur s'y prennent-ils pour apprécier le danger qui menace l'enfant ? Sous quel angle traiter le problème de l'évaluation de la maltraitance quand on est travailleuse familiale, assistante sociale, éducateur, conseillère en économie familiale et sociale, psychologue, infirmière, puéricultrice ou médecin ? Dispose-t-on de moyens techniques adéquats pour évaluer les situations d'enfants maltraités ?

Abordant le problème avec une approche méthodologique, cet article présente un outil pratique et simple d'utilisation : le *critère à trois niveaux*. Après un rappel de la problématique de l'évaluation en protection de l'enfance, deux notions nécessaires à la construction de l'instrument sont exposées : l'objectivation et l'articulation entre qualité et quantité. Le *critère à trois niveaux* est ensuite décrit avant d'être mis en application sur un exemple simplifié.

LE PROBLEME DE L'EVALUATION EN PROTECTION DE L' ENFANCE : UNE CONFRONTATION DES PROFESSIONNELS A L'APPRECIATION DU DANGER

L'expérience du contact direct avec les professionnels de terrain met en évidence le besoin d'améliorer les pratiques d'évaluation existantes. Les praticiens médico-psycho-sociaux sont demandeurs non seulement d'outils d'évaluation sûrs et efficaces, mais aussi d'une méthode *ad hoc* pour les utiliser commodément. Ce constat est invariablement confirmé par les professionnels lors des tours de table, dans les formations à *l'évaluation en protection de l'enfance*.

Dans la pratique clinique de l'enfance en danger, les intervenants sont confrontés en permanence à la nécessité d'évaluer des situations familiales chaotiques, soumises à des changements brutaux et à des perturbations dévastatrices. Dans un contexte aussi complexe, il est souvent difficile de garder la tête froide. Malmené, le discernement professionnel a tendance à s'égarer à l'instant où il faut évaluer ; c'est-à-dire au moment de se prononcer

sur la gravité du danger menaçant l'enfant et sur les moyens d'en briser le processus. L'erreur diagnostique est alors une menace permanente. Les conséquences ultimes de l'erreur diagnostique se répercutent jusqu'à la décision finale du magistrat. Cet écueil est décrit en détail par le juge des enfants Michel Huyette :

“ Le risque est en permanence de voir apparaître dans les dossiers des analyses hâtives, des avis trop rapidement avancés sur des parents et des mineurs, qui conduisent forcément à des réactions légitimes de méfiance ou de rejet de leur part, et à des décisions inappropriées et peu efficaces car motivées par des arguments non convaincants pour les intéressés. Il faut donc à chaque étape chercher comment réduire ce risque de subjectivité et d'erreur. ” (Huyette, 1999, p.6).

Il est primordial de réaffirmer dans un texte à destination des praticiens du médico-psycho-social, que l'erreur diagnostique est inévitable à quiconque se prononce sur des faits de maltraitance. Il y a bien longtemps et dans un tout autre domaine, Albert Einstein a opposé cette conception relativiste aux prétentions des scientifiques de son époque, à la certitude en géométrie :

“ Dans la mesure où les énoncés de géométrie parlent de la réalité, ils ne sont pas certains et dans la mesure où ils ne sont pas certains, ils parlent de la réalité ”.

Il peut ne pas être dénué de pertinence de renouveler le propos sur le terrain de l'évaluation en protection de l'enfance :

dans la mesure où les jugements d'évaluation parlent de la réalité de la maltraitance, ils ne sont pas certains et dans la mesure où ils ne sont pas certains, ils parlent de la réalité.

Dès lors il est envisageable d'admettre que les pratiques actuelles échouent à dire le vrai, à l'heure où le professionnel se prononce sur la réalité et sur l'intensité des mauvais traitements subis par l'enfant en faveur duquel il est missionné. Le doute est une précaution indispensable lorsqu'il s'agit d'appréhender le réel. Il en va ainsi de la réalité des faits de maltraitance. Pour être crédible, l'avis du professionnel sur la matérialité d'un fait de maltraitance devrait être escorté de la formule relativisante mise en valeur par Georges Devereux : “ et c'est ce que je perçois ” (Devereux, 1980, p.53). L'inévitable et très précieuse implication personnelle du professionnel doit être prise en compte dans l'évaluation.

Or comment voir un peu plus clair dans les méandres obscurs de la pathologie de la maltraitance intra-familiale ? Bien que les situations soient complexes, bien que le jugement professionnel reste soumis à l'erreur diagnostique, il faut néanmoins se prononcer. Face à la situation de l'enfant en danger, une décision est à prendre. L'évaluation est le temps préalable à la décision du décideur, le juge des enfants, ou le responsable administratif départemental. Elle en est aussi l'étape préparatoire indispensable. On ne peut en aucun cas s'y soustraire : l'évaluation doit advenir. Il appartient à l'éthique professionnelle de réduire la marge de l'erreur diagnostique. Dans la relation clinique, l'évaluation a lieu en permanence. Le problème de méthode qui est posé consiste à déterminer la manière la mieux appropriée pour évaluer en se trompant le moins possible. Bien entendu les professionnels de l'enfance n'ont

pas attendu l'écriture des livres ni les prescriptions des chercheurs pour évaluer les situations, néanmoins ils sont nombreux à réclamer le renfort de la méthodologie. En l'insuffisance d'outils ajustés aux difficultés spécifiques de leur tâche, il leur est difficile d'étayer leur conviction, de donner de la force à leur jugement professionnel et de le rendre communicable. Ils admettent en conséquence la nécessité de rigueur en matière d'évaluation. **Les professionnels de terrain ne rechignent pas tant que cela, à affronter les contraintes de l'apprentissage de la méthodologie d'évaluation pourvu qu'elles soient adaptées à leur pratique.** Dans l'évaluation des situations de maltraitance, la méthodologie n'est pas autre chose qu'un réducteur d'erreur, un garde-fou en quelque sorte, si l'on veut bien considérer que l'erreur décisionnelle est une forme de folie sociétale caractéristique des égarements de l'intervention médico-psycho-socio-judiciaire.

Résolument pragmatiques, les professionnels attendent qu'une méthode d'évaluation leur apporte des réponses pratiques à des questions cruciales. Ces questions d'évaluation reviennent au fil des réunions de synthèse : Comment diagnostiquer entre le risque et la maltraitance ? Comment décider s'il faut ou non indiquer le placement d'un enfant ? Comment prendre plus de distance dans une situation trop impliquante ? Comment rédiger le rapport dans une situation compliquée ? Comment évaluer quand le danger revêt des formes multiples ? Comment évaluer les effets actuels d'une maltraitance ancienne ? Comment recentrer sur l'enfant une évaluation captée par les fonctionnements parentaux ? Comment parer les maltraitances institutionnelles ? Comment dégager l'évaluation de la sidération d'une histoire familiale traumatique ?

Un tel programme est décidément loin d'être léger ! Pour ne pas céder à la panique et à la sidération, ni au découragement et à l'usure, il convient de se doter d'une méthode et d'outils adaptés à la tâche précise qui consiste à prononcer un *jugement d'évaluation*¹ sur la gravité du danger menaçant l'enfant et sur les moyens d'en briser le processus. Les professionnels demandent une méthode pratique avec des outils simples à utiliser ; ils en veulent aussi le mode d'emploi lisible.

Il n'est pas possible de présenter dans un article tous les éléments constitutifs d'une méthode d'évaluation. Une investigation plus poussée du modèle proposé renverra le lecteur à mon ouvrage " L'évaluation en protection de l'enfance " paru chez Dunod en 1999, dans lequel la méthode d'évaluation et les concepts qui en soutendent la construction sont développés en détail. Il paraît plus pertinent de réserver le présent texte à l'exposé d'un principe fondamental en matière d'évaluation clinique. Il s'agit d'un concept pratique, c'est-à-dire un concept rendu immédiatement accessible à la pensée clinique du professionnel de terrain. Le concept pratique dont il va être ici question est le *critère à trois niveaux*.

¹ Le *jugement d'évaluation* incombe aux intervenants médico-psycho-sociaux ; à ne pas confondre avec le *jugement de décision* du magistrat

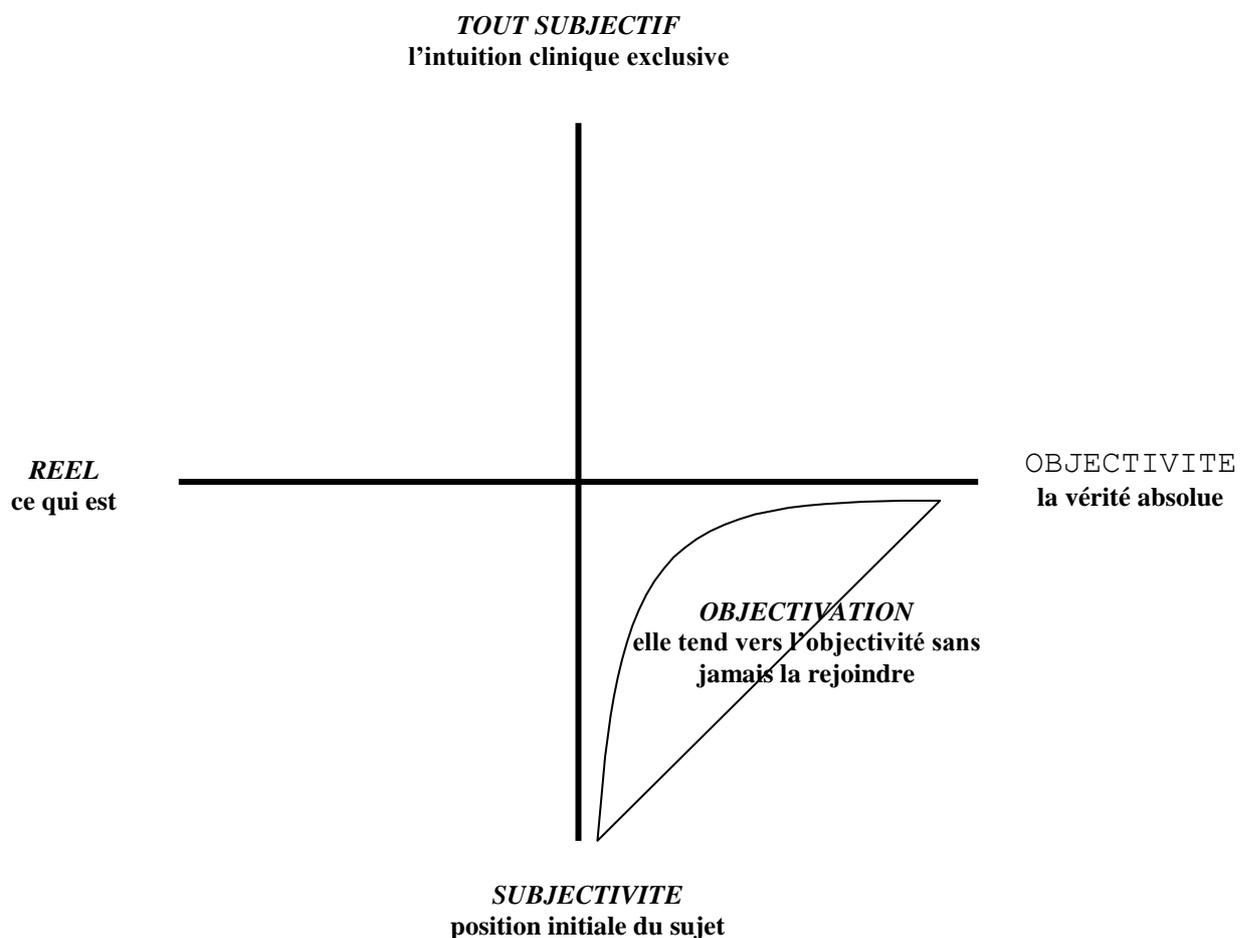
Avant de définir plus avant le *critère à trois niveaux*, il faut rappeler ce qu'est l'objectivation et poser l'articulation subtile entre les approches qualitative et quantitative.

LA NECESSITE DE L'OBJECTIVATION

Les préoccupations professionnelles mentionnées ci-dessus nécessitent de libérer le discernement professionnel de la subjectivité qui tend à prédominer. Les pratiques en protection de l'enfance sont pourtant le théâtre du télescopage entre "des éléments subjectifs, souvent personnels, et des éléments objectifs de la situation" (Gabel, 1997, p.436). Pour préserver le processus d'évaluation de la dérive du tout subjectif, où seule règne l'intuition clinique, on aura recours à la démarche d'objectivation.

J'ai rappelé dans *L'évaluation en protection de l'enfance*, que la prétention à l'objectivité et le primat de la subjectivité sont deux ultra-solutions peu opérationnelles. L'objectivité est reconnue illusoire y compris par les sciences dures ; la subjectivité par manque de rigueur, majore les risques d'erreur diagnostique. Dans ce contexte antagoniste, l'objectivation apporte une solution tierce. Parmi les différentes définitions du concept, celle de A.M. Favard dans son livre *L'évaluation clinique en action sociale* apporte un éclairage appréciable. Elle définit l'objectivation comme un ensemble de méthodes "propres à faire de la subjectivité un objet de connaissance" (Favard, 1991, p.49). Ainsi, la démarche méthodologique consiste à "opérationnaliser" les processus psychiques bruts issus de la subjectivité. Elle vise à rendre "communicables" les composantes subjectives (ib.). Il importe dès lors de distinguer *objectivation* et *objectivité*. Il est bien connu que l'objectivité est censée rendre compte de façon impartiale et exacte de la réalité de l'objet observé. L'objectivité prétend en quelque sorte restituer le réel tel qu'il est. L'échec imparable de la prétention à l'objectivité survient parce que **le réel n'est jamais connu tel qu'il est, mais tel qu'il est perçu par l'observateur**, selon le principe repris par Devereux et déjà cité dans ce texte : " et c'est ce que je perçois ". Il s'agit dès lors de dénouer l'intrication entre subjectivité et objectivité. L'objectivation apporte un moyen méthodologique intéressant. J'ai proposé d'en décrire ainsi le processus : " l'objectivation fait tendre la subjectivité vers l'objectivité sans jamais rejoindre cette dernière " (Alföldi, 1999, p.113). La définition est assortie d'un schéma explicatif (figure 1).

Figure n°1 : représentation graphique du concept d'objectivation



L'objectivation renforce la pertinence de l'évaluation parce qu'elle contribue à en relativiser les résultats. **L'objectivation rend l'évaluation plus crédible parce qu'elle lui fait éviter l'impasse de la prétention à la vérité absolue.** La méthode d'objectivation favorise la position tierce qui permet d'appréhender les résultats de l'évaluation comme des perspectives, moins comme des conclusions.

COMMENT ARTICULER COMPREHENSION QUALITATIVE ET COMPREHENSION QUANTITATIVE

Evaluer, c'est aussi mesurer. La notion de mesure est indissociable de l'évaluation, Dès les temps précurseur où l'évaluation concernait surtout les procédures de notations aux examens (la docimologie), la quantification a été partie intégrante de l'évaluation (Bonniol et Vial, 1997, p.48). Cependant lorsqu'il s'agit de quantifier un phénomène aussi complexe, aussi empreint de subjectivité que la maltraitance infantile, l'esprit clinicien français se cabre. On sait que culturellement, outre-atlantique les professionnels sont familiarisés avec les instruments quantificateurs. Dans notre culture socio-professionnelle, ce genre d'outil est couramment rejeté. Et les arguments ne manquent pas : en sciences humaines les choix portent sur *de l'humain* ; ils ont trait aux affects, et aux interactions émotionnelles qui en découlent. Alors quoi de plus subjectif que la perception des interactions émotionnelles ? Comment prétendre mesurer l'intensité d'un affect ? Les pourcentages, indices, et autres gradients sont-ils les termes appropriés pour traduire l'appréciation du danger qui menace un enfant ? L'attachement ou la haine d'un parent sont-ils censément chiffrables ? A fortiori la compréhension du comportement d'un enfant, sur laquelle achoppent si souvent les efforts professionnels, paraît-elle peu compatible avec une quelconque approche métrique.

Cependant, il convient de modérer la réaction bien compréhensible de l'anti-quantification. La notion d'objectivation est en cela bien utile. En effet, il ne s'agit pas de faire dériver l'évaluation vers un chiffrage abstrait au point de perdre le contact avec la réalité dont il doit être rendu compte. Il importe de préserver les pratiques d'évaluation françaises des indices de maltraitance qui établiraient par exemple qu'à un taux précis de 63,7 un enfant serait maltraité, alors qu'au taux non moins précis de 63,6 il ne le serait pas, surtout si le placement de l'enfant est l'enjeu de ce savant calcul. Il s'agit avant tout de rester fins cliniciens, selon le propre d'une culture latine, influencée par les raffinements de la psychanalyse. Rester fins cliniciens, cela signifie aussi préserver le jugement professionnel des erreurs d'appréciation suscitées par la violence contaminante des situations d'enfants maltraités. **L'introduction de procédés de quantification simples contribue à limiter les défauts d'exactitude entraînés par la subjectivité exclusive qui règne dans les pratiques d'évaluation courantes.** Les procédés de quantification doivent être suffisamment ouverts pour concilier l'appréciation qualitative avec l'appréciation quantitative. L'appréciation qualitative concerne l'identification du danger encouru par l'enfant : un *abus sexuel*, un *sévice corporel*, une *cruauté mentale*, une *négligence grave*, selon la terminologie de l'Observatoire de l'action sociale décentralisée (ODAS). L'appréciation quantitative concerne l'intensité du danger encouru par l'enfant : l'enfant est *hors de danger*, *en risque* de danger, ou **maltraité**. **L'appréciation quantitative va permettre aux évaluateurs de délimiter avec plus de rigueur, le niveau d'intensité du mauvais traitement décrit par l'appréciation qualitative.**

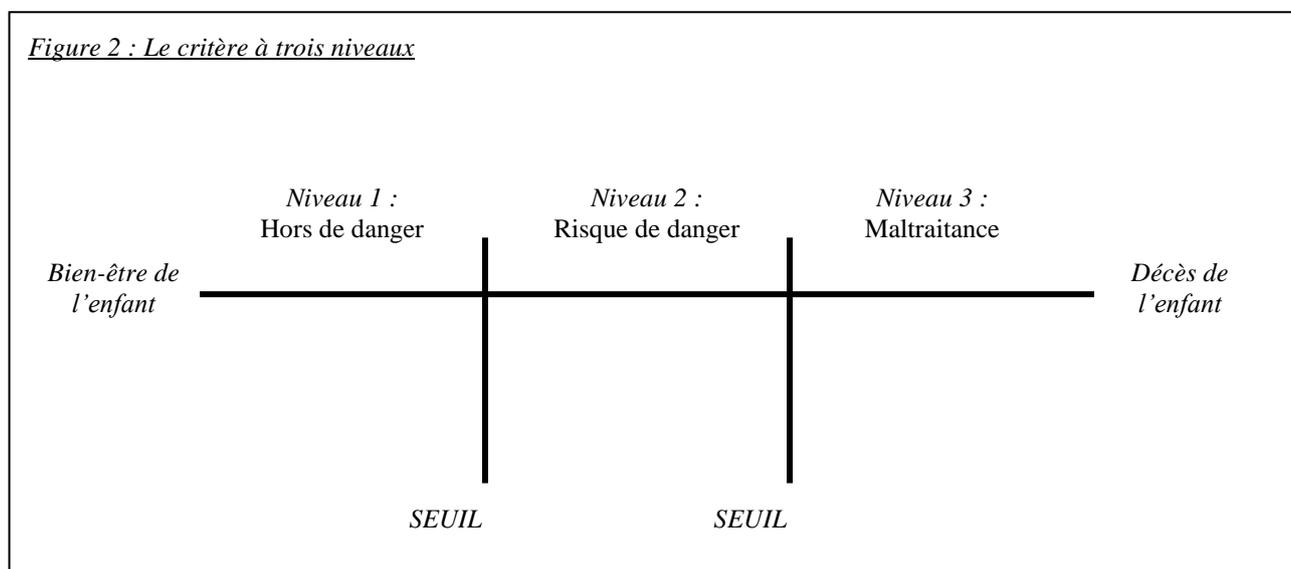
En conjuguant les appréciations qualitative et quantitative, le *critère à trois niveaux* contribue à réduire les marges d'erreur du jugement d'évaluation prononcé sur *la gravité du danger menaçant l'enfant et sur les moyens d'en briser le processus*. Le *critère à trois niveaux* est une matrice du processus de pensée clinique au travers duquel sont traitées toutes les informations disponibles sur la situation de l'enfant.

LE CRITERE A TROIS NIVEAUX

Il convient en premier lieu de rappeler l'importance de la notion centrale de *critère* dans le champ de l'évaluation. Le critère est un étalon dont les graduations permettent de porter une appréciation sur la valeur d'un aspect particulier du phénomène évalué. L'échelle de valeur instaurée par le critère, situe la réalité observée à la fois sur le plan de sa qualité et sur le plan de sa quantité. Plusieurs critères sont requis à l'évaluation complète d'une réalité sociale toujours complexe. Dans une pratique instituée, le jugement d'évaluation est produit en fonction des critères sélectionnés comme étant pertinents aux normes sociales (Alföldi, 1999, p.75)

Une fois posée la définition du critère, un schéma simple aidera à montrer comment s'articulent la qualité et la quantité dans la trame du concept pratique de *critère à trois niveaux* (figure 2).

Figure 2 : Le critère à trois niveaux



Pour ce qui est de l'aspect quantificateur, chaque *indicateur de danger* (on entend par là toute *information significative* du danger menaçant l'enfant), est inscrit à l'intérieur d'un continuum qui va du bien-être de l'enfant jusqu'au cas extrême de son décès. Le continuum marque la trajectoire de l'intensité du danger. Cette trajectoire parcourt trois niveaux séparés par deux seuils. Ces trois niveaux sont 1. l'enfant hors de danger ; 2. l'enfant en risque de danger ; 3. l'enfant maltraité.

Pour ce qui est de l'aspect qualitatif, chaque indicateur de danger pris en compte, est classé dans une catégorisation qui intègre les quatre formes de maltraitance retenues par la définition de l'ODAS (1995, p.53) : les violences physiques (maltraitance physique) ; la cruauté mentale (maltraitance psychologique) ; les abus sexuels (maltraitance sexuelle) ; les négligences lourdes (maltraitance par négligence).

Comme annoncé ci-dessus, la quantification est allégée, puisque qu'elle se limite à choisir entre les niveaux 1, 2 ou 3. Le critère pratique est étalonné par un

différenciateur à trois niveaux. L'appréciation du danger sera prononcée entre trois degrés d'intensité : non dangereux, moyennement dangereux, trop dangereux. Le critère à trois niveaux diffère d'outil qualitatifs plus précis tel que le *différenciateur sémantique* inventé en 1956 par C.E. Osgood, outil couramment utilisé dans les recherches qualitatives en sciences humaines. Le *différenciateur d'Osgood* permet de construire des échelles à sept niveaux d'intensité, par exemple : 1. excellent, 2. bon, 3. passable, 4. moyen, 5. médiocre, 6. mauvais, 7. exécration. Or les professionnels de terrain confrontés aux impératifs de la décision à prendre, peuvent difficilement entrer dans des nuances d'appréciation aussi détaillées. Un différenciateur en sept niveaux permet d'obtenir une appréciation fine ; par contre il n'aide pas à la prise de décision. En protection de l'enfance, la décision est parfois tranchante, comme c'est le cas du retrait d'un enfant de son milieu familial. Les praticiens peuvent intégrer rapidement trois niveaux de décision. Au niveau de la plus haute gravité, celui de la *maltraitance* (niveau 3), la décision consiste dans le retrait de l'enfant, retrait immédiat ou différé selon l'intensité de la maltraitance. Au niveau le plus favorable, celui où l'enfant est *hors de danger* (niveau 1), la décision a trait à la suppression de l'intervention socio-judiciaire et au classement du dossier. Au niveau intermédiaire du *risque de danger* (niveau 2), la décision confirme la poursuite du contrôle et du soutien socio-judiciaire, ou ordonne les investigations complémentaires lorsque l'information est estimée insuffisante. Les professionnels de terrain connaissent bien ces trois niveaux de décision ; ils régissent les pratiques courantes en protection de l'enfance. **Un différenciateur complexe ne fait qu'accroître la confusion diagnostique à l'heure de la prise de décision.** " On ne peut pas s'embarrasser de tant de niveaux, disait une assistante sociale lors d'un stage de formation, un instrument à trois niveaux semble plus accessible ". Les enseignements de la pratique ont conduit à limiter à trois, le nombre des niveaux étalonnant le critère pratique.

Bien entendu les intitulés de chacun des trois niveaux doivent être explicitement définis. Partant des définitions de l'ODAS connues par les professionnels, trois définitions critériées ont été élaborées afin d'opérationnaliser le concept pratique :

L'enfant hors de danger bénéficie : 1. d'une absence de recours à des chatiments corporels autres que des sanctions physiques légères et peu fréquentes ; 2 d'une circulation intra-familiale de désirs sexualisés avec interdit quant au passage à l'acte ; 3. d'attitudes parentales de protection d'approbation et de cohérence éducative ; 4. de la satisfaction de ses besoins matériels, physiques et moraux.

L'enfant en risque est exposé : 1. à des brutalités sans altération physique grave ; 2. à des incitations sexuelles sans passage à l'acte ; 3. à l'insécurisation affective ; 4. à la restriction des conditions d'éducation à l'assurance des besoins vitaux.

L'enfant maltraité est victime : 1. de violences physiques altérant gravement sa santé ; 2. d'une appropriation par violence, séduction ou emprise de son corps comme objet de satisfaction sexuelle ; 3. d'impacts émotionnels dépassant ses capacités d'intégration psychologique ; 4. de manquements parentaux portant atteinte à ses besoins vitaux.

L'élaboration des trois définitions est le résultat de la construction des critères d'évaluation présentée en détail dans *L'évaluation en protection de l'enfance* (Alföldi, 1999, pp.86-90). Elles sont intitulées *définitions critériées* parce que leur association met en critère les différentes formes de maltraitance. Chaque critère

est étalonné de façon à permettre une mesure simple de l'intensité du danger à l'intérieur des niveaux 1, 2, 3 (non dangereux, moyennement dangereux, excessivement dangereux).

ILLUSTRATION PAR UN EXEMPLE SIMPLIFIÉ

Il importe à présent de se porter au devant de la question récurrente des professionnels auxquels on présente un instrument : qu'est-ce qu'on peut en faire ? Autrement dit : **ça sert à quoi ?** Le principe central de l'évaluation clinique peut être expliqué au moyen d'un court exemple, qui mettra rapidement le professionnel aux commandes de l'instrument. Il ne s'agit certainement pas de retracer une évaluation complète. Celle-ci nécessite la prise en compte de tous les éléments connus du contexte. Elle ne peut se faire de façon pertinente à partir de l'information restreinte exposée ci-dessous. L'exemple retracé a uniquement valeur d'illustration ; il ne constitue pas en lui-même une évaluation.

Prenons l'un des cas clinique simple, qui abondent dans la thèse de Dominique Girodet, texte historique insuffisamment connu des professionnels, qui a joué dans les années 70, un rôle déterminant dans l'émergence de la notion de maltraitance en France.

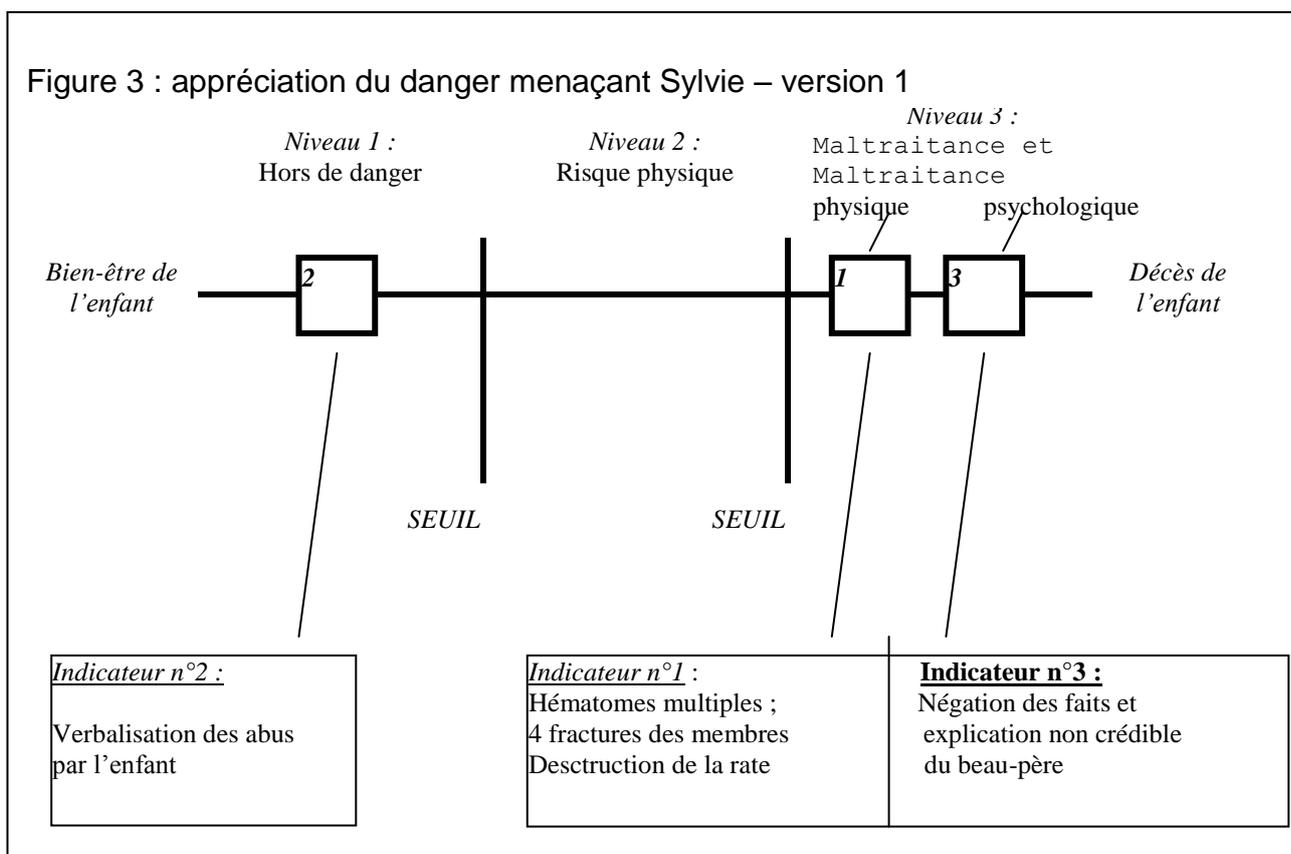
“ Sylvie B..., 4 ans 1/2, présente des ecchymoses multiples, 4 fractures des membres et un hématome sous-mésocolique [région abdominale où sont localisés une partie des intestins et la rate]² qui entraîne une splénectomie [ablation de la rate]. A l'hôpital, l'enfant déclare être battue par son beau-père. Malgré les interrogatoires, ce dernier nie toute brutalité et prétend que les lésions des Sylvie sont secondaires à une chute sur le parquet. ” (Girodet, 1973, p.111)

Plusieurs indicateurs sont à distinguer dans ce fragment de cas :

1. l'atteinte physique du corps de l'enfant : atteinte grave, multiple et irréversible en ce qui concerne la perte de la rate
2. la verbalisation des brutalités par l'enfant traduisant une capacité à demander de l'aide
3. l'atteinte psychologique résultant de la négation par le beau-père des brutalités alléguées, au moyen d'une explication des faits non crédible.

La figure 3 montre la localisation des trois indicateurs à l'intérieur des différents niveaux d'intensité du danger.

² Les explications entre crochets ne figurent pas dans le texte de D. Girodet.



Le premier indicateur décrivant les sévices corporels subis par Sylvie, est classé dans le niveau de la maltraitance (le niveau 3), car les éléments d'agression physique et de dégradation physiologique dont il rend compte entrent bien dans le premier terme de la *définition critériée* de l'enfant maltraité : *violence physique altérant gravement la santé de l'enfant*. Le troisième indicateur concernant la négation du beau-père assortie d'une justification non plausible, est également catégorisé dans le niveau de la maltraitance (niveau 3), car il correspond au troisième terme de la définition critériée de l'enfant maltraité : *impacts émotionnels dépassant les capacités d'intégration psychique de l'enfant*. Il y correspond même à un double titre. En effet, l'enfant subissant une violence adulte nécessairement assortie de cruauté mentale, se trouve ici nié et non respecté dans sa parole. Il est

de ce fait exposé à un impact psychique excessif et non acceptable au regard de ses besoins émotionnels. Le tableau de maltraitance est ainsi signé par les indicateurs 1 et 3 qui relèvent pour l'un, de la maltraitance physique, pour l'autre, de la maltraitance psychologique. Le second indicateur va associer une touche positive à la gravité du diagnostic indiquée par les deux autres. En effet, les capacités de verbalisation et de demande d'aide de Sylvie sont à considérer comme des signes révélateurs de la présence du soutien actif d'un ou plusieurs adultes significatifs, non pas le beau-père en l'occurrence, mais plus vraisemblablement l'un ou l'autre membre de la parentèle. Ce peut être par exemple la mère dont il n'est pas parlé dans la micro-vignette. En conséquence l'indicateur 2, descripteur du fonctionnement de l'enfant trouve sa place dans la définition de l'enfant *hors de danger* (niveau 1), c'est-à-dire celui qui bénéficie *d'attitudes parentales de protection, d'approbation et de cohérence éducative*.

La lecture du schéma de la figure 2, conduit l'évaluateur à construire une ébauche de jugement d'évaluation :

Sylvie B. est exposée à des maltraitements physique et psychologique de gravité destructrice associées à la présence de ressources comportementales de l'enfant.

La phrase met en évidence la notion de *gravité destructrice* effective. Elle vise ainsi à orienter la décision judiciaire vers une mesure de protection soustrayant immédiatement l'enfant à la destruction dont il est la cible : retrait de l'enfant ou mise à l'écart de l'abuseur. Toutefois la mention des ressources de l'enfant permet d'envisager en sa faveur des pistes de travail intra et/ou extra familiales.

Faisons à présent varier arbitrairement les symptômes.

Sylvie B., 4 ans 1/2, présente deux ecchymoses circulaires d'un diamètre inférieur à deux centimètres. A l'hôpital, l'enfant déclare avoir été battue la veille par son beau-père. Malgré les interrogatoires, ce dernier nie toute brutalité et prétend que les marques de Sylvie sont secondaires à une chute sur le parquet.

L'investigation diagnostique conduit à relever une seconde série d'indicateurs

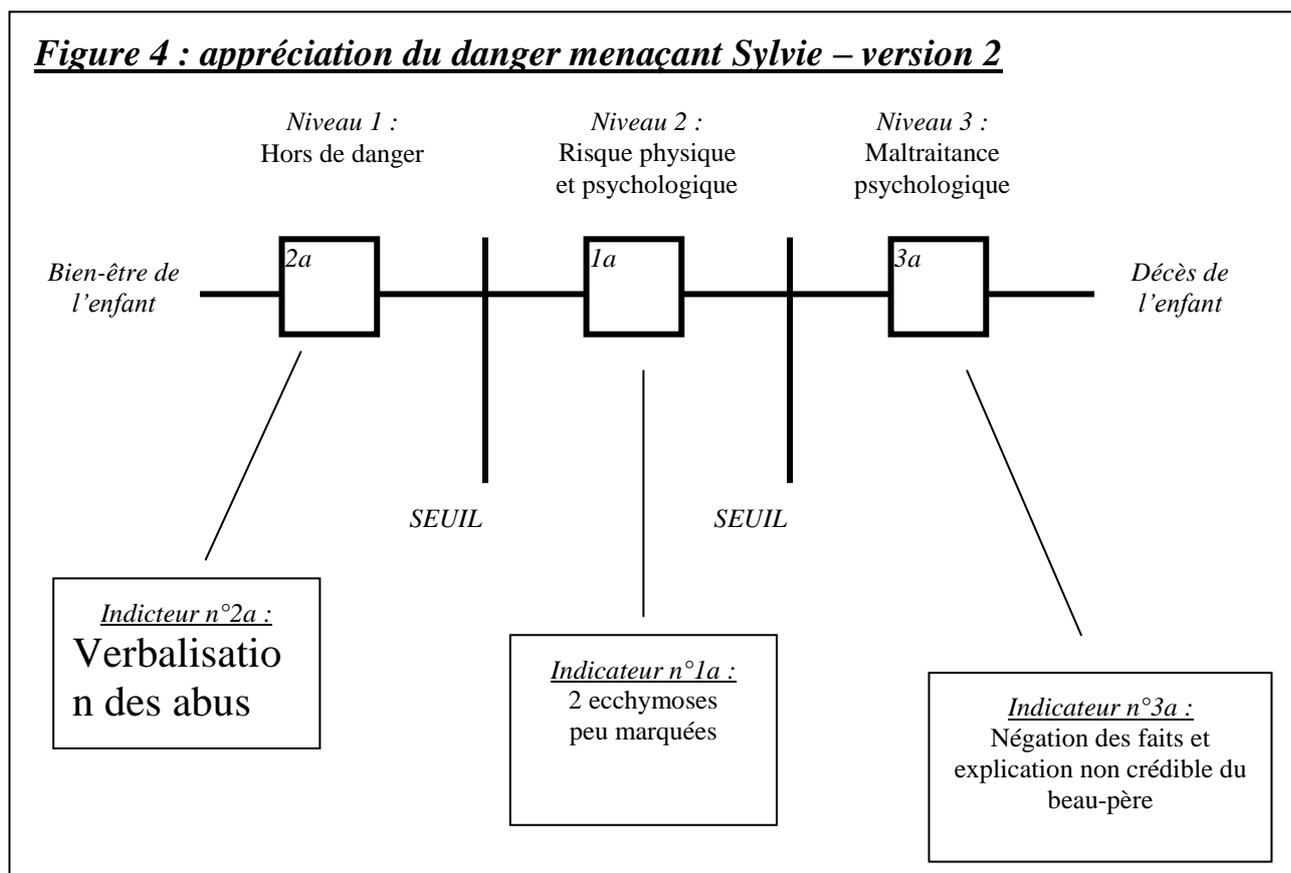
1a. l'atteinte physique du corps de l'enfant consistant en deux ecchymoses peu marquées qui se résorbent spontanément

2a. la verbalisation d'un épisode de brutalité subi par l'enfant traduisant sa capacité à demander de l'aide

3a. l'atteinte psychologique résultant de la négation par le beau-père de l'épisode de brutalité allégué, au moyen d'une explication des faits non crédible.

Une nouvelle sélection des indicateurs significatifs du danger menaçant l'enfant et des moyens d'en briser le processus a lieu. Les indicateurs retenus sont classés dans le *critère à trois niveaux*, en figure 4.

Figure 4 : appréciation du danger menaçant Sylvie – version 2



Cette fois-ci, l'indicateur marquant la violence physique, c'est-à-dire l'indicateur 1a, est dans le niveau du risque (niveau 2), considérant que deux contusions se résorbant spontanément en quelques jours ne constituent sur le plan du dommage corporel au sens strict, qu'une *brutalité sans altération physique grave*. Mais l'indicateur 1a est aussi le révélateur d'une *insécurité affective* dans le foyer familial, ce qui conduit à retenir à minima la présence d'un risque psychologique (également dans le niveau 2). Ici l'appréciation du risque est retenue sous réserve d'informations complémentaires montrant la présence d'un climat de terrorisme affectif au domicile, ce qui serait plus grave sur le plan psychologique et situerait l'indicateur 1a dans le niveau de la maltraitance. Par contre l'indicateur 3a porte davantage le tableau clinique au registre de la maltraitance psychologique (le niveau 3). En effet l'explication non crédible des faits par le beau-père et la négation des

dières de l'enfant sont générateurs *d'impacts émotionnels dépassant ses capacités d'intégration psychologiques* (définition du niveau 3). De même que dans l'exemple précédent, l'indicateur 2a marque les capacités de verbalisation et demande d'aide de l'enfant. Il atténue l'intensité du danger repéré, en ouvrant l'hypothèse d'un soutien adulte significatif proche de l'enfant. L'indicateur 2a, comme l'indicateur 2 dans la vignette précédente, entre dans la définition de l'enfant *hors de danger* (niveau 1).

Ainsi le second exemple apporte une vision différente du précédent. La lecture de la figure 3 révèle un diagnostic allégé :

Sylvie B. est exposée à une maltraitance psychologique et à un risque physique de gravité préoccupante, pondérés par la présence de ressources comportementales de l'enfant.

On remarque ici que le danger n'est plus déclaré destructeur, mais plutôt préoccupant. Il peut ainsi être plus aisément contre-balançé (pondéré) par les ressources de l'enfant.

La construction diagnostique revêt une importance considérable sur la décision à venir et de ce fait, sur le devenir de l'enfant. Dans le premier exemple, parce qu'il établit que la maltraitance est *destructrice*, le jugement d'évaluation oriente la décision vers le retrait immédiat de l'enfant du milieu familial. Dans le second cas la maltraitance est pointée, le risque aussi, mais la gravité s'il elle est déclarée existante n'est estimée que *préoccupante*, c'est-à-dire qu'elle met seulement en cause la sûreté des conditions à venir du développement physique et psychique de l'enfant. Ainsi établi, le *jugement d'évaluation* oriente le décideur vers un maintien de l'enfant dans le foyer familial, assorti d'une mesure d'aide éducative ou médico-sociale.

CONCLUSION

Il importe de rappeler jusqu'en la conclusion, que l'illustration concernant Sylvie ne prétend pas rendre compte de l'évaluation de sa situation. Il faudrait en savoir davantage sur ce qu'il en est de sa mère, de son père, sur les conditions de vie au domicile, sur l'historique de la dynamique familiale, les antécédents traumatiques connus, sur les contenus des dossiers sociaux ou judiciaires concernant la famille. En l'absence d'éléments en suffisance, pas d'évaluation plausible. Ce qui est montré ici, est un procédé technique dont l'emploi doit être rigoureusement intégré dans une méthodologie appropriée par ses utilisateurs. L'appropriation de la méthode nécessite apprentissage et entraînement. Le *critère à trois niveaux* est mis en œuvre dans des méthodes spécifiques comme le *dispositif du génogramme d'évaluation* ou le *dispositif du critéroscope* dont j'ai développé l'application dans *L'évaluation en protection de l'enfance*. La diffusion de ce type de méthode permet aux professionnels d'évaluer avec plus de sérénité, moins d'erreur et de ce fait un peu plus d'exactitude. En élargissant le contrôle de la subjectivité professionnelle, elles

réduisent l'amplitude des erreurs diagnostiques. La rigueur méthodologique accroît le sentiment de compétence bien nécessaire aux professionnels; elle améliore par le même mouvement l'efficacité de leurs interventions, efficacité cruciale pour les enfants en danger. La méthodologie en protection de l'enfance, ça marche à la condition de ne pas perdre de vue que tout ce qu'elle nous enseigne n'a d'intérêt que dans la mesure où c'est compatible avec l'intuition profonde du professionnel qui connaît la situation, rencontre les gens et sait quelque chose de leurs interactions. Tout professionnel de terrain expérimenté a pu vérifier plus d'une fois que l'intuition clinique reste un outil irremplaçable à la perception des processus inter-psychiques subtiles qui échappent à toute tentative d'instrumentalisation. A condition qu'il ne constitue pas une finalité obsessionnelle, l'outil méthodologique vient en renfort de l'intuition clinique, pour réduire la marge d'erreur du jugement d'évaluation.

