



Observatoire national de
la protection de l'enfance

Le retour sur événement dramatique en protection de l'enfance

Sens et repères méthodologiques

Octobre 2019

*Livret coordonné par
Claire Guerlin, chargée de mission,
et Émilie Cole, chargée d'études*

 La
documentation
Française 



GIP Enfance en Danger



**Le retour sur événement dramatique
en protection de l'enfance**
Sens et repères méthodologiques

Dossier coordonné à l'ONPE par :

Émilie COLE, chargée d'études, et Claire GUERLIN, chargée de mission.

Autres membres de l'équipe de projet à l'ONPE :

Agnès GINDT-DUCROS, directrice de l'ONPE, Elsa KERAVEL, chargée de mission, Anne OUI, chargée de mission, et Anne-Sylvie SOUDOPLATOFF, directrice générale du GIP Enfance en danger (jusqu'à août 2018).

Membres du groupe de travail hors ONPE :

- Dominique AGUSTI, inspectrice ASE du département des Pyrénées-Orientales.
- Chantal DELCROIX, chargée de mission ODPE de Gironde.
- Michel EYMENIER, ancien directeur enfance-famille du département du Vaucluse.
- Julie FERGANE-TAUZY, vice-procureure au parquet de Montbéliard.
- Ludovic JAMET, chargé de mission responsable qualité de l'Institut départemental de l'enfance, de la famille et du handicap pour l'insertion (Idefhi) de Seine-Maritime.
- Jean-Pierre LEBLANC, psychologue clinicien retraité d'un service d'AEMO judiciaire à Angers, psychanalyste en exercice.
- Jean-Michel RENAUD, directeur enfance, parentalité, culture et sports du département de la Côte-d'Or.
- Nathalie VABRES, pédiatre coordonnateur au CHU de Nantes, unité d'accueil des enfants en danger.
- Evelyne WANNEPAIN, médecin de PMI, conseil départemental de Seine-Saint-Denis.

Personnes auditionnées :

- Martine BROUSSE, directrice de la Voix de l'enfant.
- Michèle CRÉOFF, ancienne directrice enfance-famille du département du Val-de-Marne, vice-présidente du Conseil national de la protection de l'enfance.
- Alain GREVOT, responsable en 2013 de la mission sur l'histoire de Marina confiée par le Défenseur des droits et son adjointe la Défenseure des enfants.
- Karine LE BOURGEOIS, pédiatre de PMI, Gironde.
- Isabelle LEMOINE, directrice enfance-famille du département des Pyrénées-Orientales, responsable de l'ODPE.
- Danièle MOUZAN, directrice inter-régionale de la protection judiciaire de la jeunesse retraitée.
- Anne RAYNAUD, pédopsychiatre à l'Institut de la parentalité, Gironde.
- Reinhard WOLFF, chercheur allemand, vice-président du conseil scientifique de l'ONPE.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	9
Éléments de contexte	9
Pourquoi travailler sur les événements dramatiques ?	9
Pourquoi un livret sur le retour sur événement dramatique ?	10
MÉTHODE D'ÉLABORATION DU LIVRET	11
1. LE RETOUR SUR ÉVÉNEMENT DRAMATIQUE : SENS, OBJECTIFS ET ÉTHIQUE DE LA DÉMARCHE	13
DES ÉVÉNEMENTS DRAMATIQUES EN PROTECTION DE L'ENFANCE : DE QUOI PARLE-T-ON ?	13
SENS ET OBJECTIFS DE LA DÉMARCHE	14
PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DE LA DÉMARCHE	15
UNE DÉMARCHE QUI NE PEUT SE PASSER D'ÉTHIQUE	17
Les éléments de complexité à prendre en compte	17
La co-construction et l'écoute sans jugement	19
QUELQUES ÉCUEILS À ÉVITER	20
2. LE RETOUR SUR ÉVÉNEMENT DRAMATIQUE : REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES	23
QUELS ÉVÉNEMENTS PEUVENT ÊTRE ANALYSÉS ?	23
QUAND ORGANISER LE RETOUR SUR ÉVÉNEMENT DRAMATIQUE ?	25
QUI IMPULSE ET ORGANISE LA DÉMARCHE, QUI L'ANIME ?	27
Impulser et organiser	27
Animer	32
QUELLES PEUVENT ÊTRE LES DIFFÉRENTES ÉTAPES DE LA DÉMARCHE DE RETOUR SUR ÉVÉNEMENT DRAMATIQUE ?	36
De l'impulsion de la démarche à l'évaluation du plan d'action	36
Exemples de démarches	40
CONCLUSION	46
ANNEXE 1. Bibliographie	47
ANNEXE 2. Retour sur événement dramatique et autres espaces ou instances de travail	50
ANNEXE 3. La boîte à outils de la commission Évaluation et recommandations du département de la Côte-d'Or	52

AVANT-PROPOS

Éléments de contexte

Les drames qui concernent des enfants maltraités et/ou négligés suscitent toujours une grande émotion, dans la société et pour tous les acteurs impliqués dans ces situations. De tels événements nous confrontent à ce qu'il y a de plus inconcevable. Des parents, des proches ou plus largement des adultes supposés prendre soin de l'enfant sont capables de le maltraiter au point d'attenter à sa vie. Les organisations et les professionnels concourant à la mission de protection peuvent s'avérer impuissants à protéger et, parfois, exposer les enfants à des violences et négligences, voire y contribuer. Enfin, l'impact de ces maltraitements sur l'enfant peut être tel que celui-ci devient à son tour acteur de mises en danger de soi et d'autrui extrêmes, voire mortelles.

En pareils cas, il appartient à ces organisations d'identifier les éléments ayant pu faire obstacle au repérage des maltraitements et à la mise en œuvre d'une intervention adaptée.

Dans le secteur sanitaire, l'analyse des événements graves est déjà intégrée dans les pratiques et reconnue comme participant au développement professionnel continu. S'inscrivant dans une démarche plus globale de gestion des risques et d'amélioration de la qualité, les revues de mortalité et de morbidité (RMM) s'adosent à des chartes et procédures et peuvent s'appuyer sur un guide méthodologique publié par la Haute Autorité de santé¹.

En protection de l'enfance, les événements ayant porté gravement atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique d'enfants peuvent donner lieu à des enquêtes ou inspections administratives et publiques², à des procédures judiciaires, mais également à la mise en place d'initiatives d'analyse dites de **retour sur événement dramatique** auxquelles participent notamment les professionnels qui ont été directement concernés par ces événements. De telles analyses sont à ce stade mises en place localement, sans être toutefois systématisées au sein des départements et des services. Elles peuvent être conduites par une ou plusieurs institutions impliquées dans le repérage ou l'accompagnement de ces situations d'enfants devenues dramatiques.

Pourquoi travailler sur les événements dramatiques ?

Le secteur de la protection de l'enfance est un espace à haut risque de survenance d'événements graves. Les institutions et les professionnels doivent s'attendre à être confrontés à des situations qui les sidèrent, les mettent à mal et les renvoient à des sentiments complexes (d'échec, d'impuissance, de culpabilité, de colère, etc.). Les ressentis que ces situations suscitent peuvent d'ailleurs

² À titre d'exemple, la mission confiée par le Défenseur des droits à M. Alain Grevot après « l'affaire Marina » avait pour ambition de reconstituer, étape par étape, la chaîne des dysfonctionnements ayant mené au décès de cette enfant de 8 ans, en août 2009, au Mans. Ce rapport présente des préconisations relatives à l'évolution des pratiques, des méthodes de travail ou des attitudes professionnelles dans le but de contribuer à une meilleure fiabilité du dispositif de protection de l'enfance. Voir : DÉFENSEUR DES DROITS. *Compte-rendu de la mission confiée par le Défenseur des droits et son adjointe, la Défenseure des enfants, à M. Alain Grevot, délégué thématique, sur l'histoire de Marina*. Paris : Défenseur des droits, 2014.

¹ HAS. *Revue de mortalité et de morbidité (RMM) : guide méthodologique*. Saint-Denis : HAS, 2009. 60 p.

entraver leur capacité à poursuivre l'exercice de leurs missions de protection et d'accompagnement des familles.

Dans ces contextes, le « retour » sur un événement dramatique représente une opportunité, pour les acteurs concernés, de comprendre ensemble ce qu'il s'est passé. Il permet d'identifier les mécanismes et les contextes qui ont pu contrevenir à une protection efficace, mais aussi les éléments et interventions ayant contribué à éviter la dégradation de la situation à certains moments du parcours de prise en charge.

Cette démarche aide ainsi les professionnels à tirer enseignement du drame. La valorisation de l'expérience et des connaissances acquises contribue par ailleurs, pour les institutions de protection de l'enfance, au diagnostic de ce qui peut être amélioré pour mieux protéger et accompagner les enfants.

Pourquoi un livret sur le retour sur événement dramatique ?

L'entrée dans une démarche de questionnement à l'issue d'un drame n'est pas chose aisée. Elle peut susciter des appréhensions et nécessite, pour pouvoir être menée de façon sereine et productive, d'être portée et conduite selon certaines modalités d'organisation et de déroulement.

Le secteur de la protection de l'enfance ne disposant pas de repères méthodologiques pour expliciter le sens de cette démarche et aider à sa mise en œuvre, la mesure 5 du plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants (2017-2019)³ a confié à l'Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE) la mission de proposer de tels repères.

Les éléments du présent livret s'adressent aux institutions et aux professionnels œuvrant ou concourant à la protection des enfants. Ils constituent un support de sensibilisation et d'aide à l'organisation de retour(s) sur événement(s) dramatique(s) permettant à ces institutions de penser et préparer leurs démarches – pour qu'elles soient en mesure de les mettre en œuvre le moment venu, notamment lorsque surviennent des décès d'enfants.

³ MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES. *Plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants (2017-2019)*. Paris : 2017.

MÉTHODE D'ÉLABORATION DU LIVRET

Ce livret a été élaboré par l'ONPE avec l'appui d'un groupe de travail composé de professionnels participant ou ayant participé à la mission de protection de l'enfance : directeurs enfance-famille, responsable d'observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE), inspectrice de l'aide sociale à l'enfance, responsable qualité dans un établissement public départemental d'accueil et d'accompagnement de mineurs protégés et/ou handicapés, médecins (en unité d'accueil médico-judiciaire pédiatrique et service de protection maternelle et infantile), magistrat et psychologue clinicien⁴.

Ont également enrichi la réflexion :

- des auditions d'experts et de chercheurs nationaux et internationaux ;
- des partages d'expériences de plusieurs directions enfance-famille ou de services concourant à une mission de protection. Ce sont ces expériences qui sont décrites dans la deuxième partie du présent livret, consacrée aux repères méthodologiques, à titre d'exemples de pratiques ;
- une revue non exhaustive de méthodes étrangères utilisées en protection de l'enfance et de méthodes françaises utilisées dans d'autres secteurs.

Afin de les retranscrire le plus précisément possible, certains extraits des propos des membres du groupe de travail et des personnes auditionnées figurent en italique tout au long du présent document.

Ces éléments faisant état d'une diversité des modes d'organisation et de fonctionnement des retours sur événement dramatique, le groupe de travail s'est accordé autour d'une proposition à partir de laquelle les professionnels destinataires pourront engager une réflexion leur permettant de s'approprier la démarche.

Le présent livret présente donc :

- d'une part un corpus d'éléments stables faisant consensus pour définir l'exercice, son sens, ses objectifs et son éthique ;
- d'autre part, des éléments relatifs aux modalités concrètes de mise en œuvre. Il ne s'agit aucunement d'une méthode « clé en main ». Les repères méthodologiques du présent livret constituent une approche sensibilisant à la démarche de retour sur événement dramatique en protection de l'enfance. Ils n'ont pas vocation à être utilisés dans l'urgence de l'événement dramatique mais davantage dans des temps de travail institutionnel, car ils nécessiteront de la part des acteurs une opérationnalisation sous forme d'outils, de protocoles, en fonction de leurs organisations et objectifs.

⁴ Voir en page de garde la composition du groupe de travail.

1.

LE RETOUR SUR ÉVÉNEMENT DRAMATIQUE

SENS, OBJECTIFS ET ÉTHIQUE DE LA DÉMARCHE

S'engager dans une démarche de relecture d'un événement dramatique nécessite préalablement de mieux en identifier le périmètre, le sens et les objectifs, de manière à mieux en percevoir l'éthique et à envisager les écueils potentiels.

DES ÉVÉNEMENTS DRAMATIQUES EN PROTECTION DE L'ENFANCE : DE QUOI PARLE-T-ON ?

La notion de drame est centrale dans la survenance des événements dramatiques. Le drame renvoie au caractère paroxystique de l'événement, qui apparaît avec d'autant plus de contraste qu'il survient dans un contexte où peuvent exister des phénomènes d'habituation et de sous-estimation de danger.

La notion d'événement renvoie quant à elle à une dimension de surgissement marquant une rupture. Ainsi, l'événement dramatique s'impose par son intensité et sa soudaineté et ne peut en aucun cas être considéré comme un « *évènement seulement indésirable* ».

Ainsi, la démarche de « retour » s'intéresse donc à des événements **caractérisés par une intensité et/ou une soudaineté dans leur survenance ou leur découverte**.

À titre d'exemple, on peut citer :

- des faits marquants de maltraitance sur l'enfant : violences physiques, sexuelles, négligences notamment ;
- la découverte soudaine de ces faits ou des conséquences de négligences graves, en particulier lorsqu'elle est tardive et que l'enfant et la famille étaient déjà repérés ou accompagnés par des services œuvrant à leur protection ;
- des décès d'enfants (du fait de maltraitements et négligences sur l'enfant, ou du suicide de celui-ci).

SENS ET OBJECTIFS DE LA DÉMARCHE

Lorsqu'un événement dramatique est survenu, pourquoi prendre le temps d'y revenir ?

Il s'agit de comprendre ce qui a pu conduire à cet événement souvent difficile à se représenter et à penser, au moyen d'une démarche réflexive impliquant différents acteurs, dont les professionnels directement affectés par la situation⁵. Cette démarche implique les institutions⁶ : elle leur permet de tirer des enseignements de l'expérience dramatique, dans la perspective de rendre plus efficace la protection de chaque enfant. Il ne s'agit pas d'intervenir sur la situation elle-même, même si le retour sur événement dramatique peut avoir des effets sur celle-ci.

Plus précisément, les principaux objectifs sont :

- **D'aider les acteurs impliqués à dépasser le drame sans le nier.** La démarche invite notamment les professionnels à partager leur connaissance de l'événement et à se questionner sur la situation, leurs éprouvés, leurs pratiques et celles des organisations auxquelles ils appartiennent ou avec lesquelles ils ont collaboré – ainsi que sur les interactions entre ces éléments. En contribuant à l'analyse, les professionnels redeviennent acteurs et retrouvent un pouvoir d'agir. L'exercice de partage et d'analyse peut notamment s'avérer une occasion de discerner dans l'après-coup les intuitions que certains d'entre eux ont pu ne pas oser nommer en cours de suivi, mais qui auraient pu constituer des indices révélateurs de dangers. En pareil cas, il incite à mieux prendre en compte cette dimension de capacité des acteurs de terrain à repérer le danger.
- **De comprendre l'expérience dramatique dans sa globalité,** c'est-à-dire à la fois ce qui a pu conduire à l'événement mais aussi son impact sur les personnes et les organisations.
- **De contribuer au diagnostic** de ce qui peut être amélioré, aussi bien du côté des pratiques d'accompagnement, de l'organisation de chaque institution, que des modalités de coopération entre elles.
- De permettre que soient proposées des préconisations et des actions visant **une amélioration des pratiques, des organisations et des coopérations.**
- Ces actions ont pour objectif **d'améliorer la prévention des risques de mise en danger grave et la protection de l'enfant.**

⁵ En ceci, elle s'inspire des expériences de management inclusifs et participatifs, qui invitent les professionnels à s'intéresser aux événements indésirables, aux drames et aux échecs de prise en charge, mais qui peuvent aussi porter sur des interventions considérées comme des « succès » ou des « réussites » notables. Sur ces thèmes voir par exemple : SCHÖN D. A. *The Reflective Practitioner : How Professionals Think In Action*. London : Temple Smith, 1983. 384 p. ; WOLFF R., et al. *Aus Fehlern lernen - Qualitätsmanagement im Kinderschutz. Konzepte, Bedingungen, Ergebnisse : Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)*. Opladen, Berlin, Toronto : Verlag Barbara Budrich, 2013 ; ou encore ROSENFELD J. M., DEFROMONT J.-M. (dialogue avec). *From Exclusion to Reciprocity : « Learning from Success »*. Lanham, Londres : Hamilton Books, 2016.

⁶ Dans le présent livret, le terme « institution » est utilisé pour désigner tout organisme public ou privé concourant à la protection des enfants.

Les témoignages recueillis dans le cadre des travaux d'élaboration du présent livret (auditions et retours d'expérience des territoires) indiquent que les participants au retour sur événement peuvent contribuer au diagnostic et aller jusqu'à formaliser des préconisations. Cet investissement des professionnels de terrain dans un travail de réflexion sur l'amélioration du système institutionnel ou interinstitutionnel (diagnostic et préconisations) s'avère souvent pertinent. Il peut être réparateur et aider à dépasser le drame. Par ailleurs, la participation de ces professionnels à la compréhension de l'événement et au diagnostic de ce qui peut être amélioré favorise leur sensibilisation et leur adhésion aux préconisations ou aux plans d'action qui peuvent s'adosser au retour sur événement dramatique. C'est justement parce qu'ils auront apprécié ensemble ces éléments que les participants à l'analyse seront ensuite des relais efficaces pour faire évoluer les pratiques dans leurs institutions d'origine et leurs réseaux.

Quelle que soit l'option retenue, il ne revient pas aux participants du retour sur événement dramatique de valider et porter institutionnellement les préconisations. La décision d'un plan d'action, sa mise en œuvre et son suivi relèvent de la responsabilité de directions ayant autorité sur la ou les organisations concernées. C'est pourquoi il est important que la démarche de retour sur événement dramatique soit dès le départ impulsée et soutenue institutionnellement, par une ou des directions qui acceptent de s'engager dans une démarche plus globale d'amélioration des pratiques.

Enfin, un autre effet des démarches de retour sur événement dramatique est qu'elles peuvent avoir des retentissements importants sur l'organisation des services, ainsi que sur les relations interinstitutionnelles (aide sociale à l'enfance, services associatifs habilités, services hospitaliers, services de la petite enfance, scolaires, de Justice, de police et de gendarmerie, etc.). Elles interpellent sur les fonctionnements de chacun et représentent une occasion de rencontre et de dialogue, même si le sujet est sensible, entre des professionnels de structures qui percevaient jusque-là parfois mal le cadre d'intervention de l'autre, ses contraintes, ses ressources ainsi que les possibilités de coopération. Lorsqu'elles sont interinstitutionnelles, les démarches de retour sur événement dramatique favorisent donc l'interconnaissance des secteurs et professions impliquées autour des enfants en danger.

PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DE LA DÉMARCHE

Pour organiser une telle démarche, il a paru important au groupe de travail de définir le retour sur événement dramatique dans le champ de la protection de l'enfance comme **une analyse collective, rétrospective et systémique⁷ d'un événement ayant provoqué une atteinte grave à l'intégrité physique ou psychique d'un ou de plusieurs enfant(s) repéré(s) ou accompagné(s)⁸.**

⁷ Ces trois caractéristiques ont été repérées à la fois dans la revue des méthodes et sur les territoires.

⁸ Le schéma présenté page 35 permet d'illustrer d'un point de vue systémique les éléments soumis à l'analyse dans la démarche de retour sur événement dramatique.

L'analyse est **collective** car, pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle, elle peut permettre d'associer les représentants des institutions qui ont été parties prenantes du repérage ou de la prise en charge de l'enfant et de sa famille avant que ne survienne l'événement dramatique. Elle peut aussi être organisée au sein de chaque institution ayant suivi ou accompagné la situation. Dans chacune de ces configurations, il est important que les professionnels qui ont été des acteurs directs de la prise en charge soient associés à la démarche. Leur prise de parole, à condition qu'elle soit accueillie par une écoute sans jugement sur les personnes, constitue une ressource pour l'analyse, de même que les écrits professionnels mobilisés dans ce cadre. Cette approche participative est aussi dite « dialogique », c'est-à-dire qu'elle met en dialogue des éléments de connaissance de chacun sur la situation – chacun pouvant aussi évoquer des choses qui jusque-là n'ont pas pu ou su être exprimées. Elle permet ainsi que soient découverts des éléments et facteurs explicatifs inédits.

L'analyse est **rétrospective** en ce qu'elle conduit à reprendre et décrire chronologiquement les faits qui ont précédé l'événement dramatique.

Elle est enfin **systémique**, car elle appréhende la situation en prenant en compte tous les éléments en interaction qui ont pu avoir une influence sur l'événement ainsi que sur la prise en charge ou à la non prise en charge du ou des enfant(s). Une telle analyse se distingue d'une logique de recherche de responsabilité individuelle. Elle vise à identifier l'ensemble des ressources et des vulnérabilités des organisations ou « systèmes » impliqués autour de l'enfant (familles, dispositifs d'accompagnement, institutions, etc.).

Plus précisément, elle permet :

- de repérer les difficultés et les éventuels dysfonctionnements rencontrés lors de la prise en charge, puis d'en rechercher les facteurs contributifs et les causes⁹ ;
- de repérer pour les capitaliser les points qui ont fonctionné correctement, et en particulier les actions et les éléments ayant permis d'éviter une dégradation de la situation, voire de rétablir la situation ;
- de reconnaître des éléments qui auraient pu constituer des « indices » révélateurs de danger, s'ils avaient été suffisamment pris en compte et considérés.

La compréhension de possibles fonctionnements et dysfonctionnements ne peut exister que si « l'événement » est mis en perspective avec « l'expérience » dramatique. Celle-ci comporte la succession d'événements antérieurs, l'événement en lui-même, et l'onde de choc de celui-ci sur toutes les personnes et les institutions. En effet, si ce qui précède l'événement renseigne sur ce qui peut fonctionner et dysfonctionner dans la prise en charge et les coopérations, c'est aussi le cas de ce qui le suit, dans la mesure où, dans les réactions des équipes et de l'organisation, peuvent aussi bien se révéler des ressources que des fragilités qu'il est intéressant de prendre en compte pour l'analyse.

⁹ Les analyses systémiques recherchent, au-delà des causes immédiates, le faisceau de causes profondes (aussi appelées causes « racines », systémiques ou latentes). Sur les causes racines, un avertissement : Pr. AMALBERTI R. Les analyses des causes racines ou RCA (Root-Cause Analysis) sont mal faites. *La prévention médicale*. 9 mai 2018. Sur les erreurs systémiques et latentes, voir en particulier les travaux fondateurs de James Reason, qui a élaboré sur cette base des modèles dynamiques de survenue d'un accident. Sur les approches systémiques, la recherche des causes et leurs possibilités d'application dans le champ sanitaire, voir : HAS. *Revue de mortalité et de morbidité (RMM) : guide méthodologique*. Saint-Denis : HAS, 2009, p. 41-45.

Les éléments de méthode de ce livret fournissent des repères sur les modalités possibles d'organisation de l'analyse¹⁰. Si la diversité des situations analysables et celle des ressources et contraintes des équipes ne permettent pas de proposer un protocole unique¹¹, il est important de considérer, quelles que soient les orientations choisies, que le retour sur événement dramatique ne se confond pas avec d'autres espaces de discussion ou de travail¹². Il n'est pas, par exemple :

- une inspection administrative ou une mission d'enquête – qui ne sont pas des démarches participatives ;
- un débriefing immédiat des équipes, une analyse des pratiques, une supervision, un espace de régulation, un espace d'échange thématique ni encore une instance d'évaluation ou de recherche de solutions pour les situations complexes – qui ne visent pas les mêmes objectifs.

De tous ces espaces, le débriefing immédiat des équipes est sans doute ce qui est le plus complémentaire de la démarche. Même si d'autres peuvent cohabiter avec le retour sur événement dramatique, les expériences repérées de retour sur événement montrent qu'un espace de débriefing après le drame, où les professionnels impliqués peuvent « déposer » leurs émotions, est un préalable indispensable permettant ensuite que le travail de compréhension collective ne soit pas (ou soit considérablement moins) empêché par les affects et les postures défensives.

UNE DÉMARCHE QUI NE PEUT SE PASSER D'ÉTHIQUE

Les éléments de complexité liés à la démarche de retour sur événement dramatique nécessitent de prendre en compte un certain nombre de principes éthiques tout au long de sa mise en œuvre.

Par ailleurs, être attentif au repérage de ces phénomènes peut nécessiter de la part des organisateurs d'identifier des lieux ressources locaux pouvant les accompagner dans la prise en compte de ces questions complexes. Cela pourrait permettre aux organisateurs de penser et proposer aux professionnels concernés un soutien adapté au-delà du cadre du retour sur événement (par exemple en les orientant vers un professionnel de l'écoute ou vers d'autres instances telles que la supervision ou l'analyse des pratiques).

Les éléments de complexité à prendre en compte

Organiser un retour sur événement dramatique exige de prendre en compte deux niveaux de complexité : celui se rapportant aux situations dramatiques et celui de la démarche d'analyse elle-même.

10 Voir en particulier la deuxième partie du présent ouvrage, sur les repères méthodologiques.

11 Par exemple, la phase d'investigation et de première élaboration peut comporter une analyse des dossiers et documents professionnels, la réalisation d'entretiens individuels avec les ou des personnes impliquées dans la situation, l'organisation de réunions ou d'ateliers dialogiques (c'est-à-dire de mise en dialogue des éléments de connaissance de chacun sur la situation), etc.

12 Pour une présentation croisée des différentes instances de travail proches du retour sur événement dramatique, voir l'annexe 2.

Éléments de complexité relatifs aux événements dramatiques

Le champ de la protection de l'enfance est un espace complexe, en évolution et au sein duquel sont supposés coopérer différents acteurs et différentes organisations : famille, entourage, professionnels impliqués auprès des enfants, partenaires, etc. Caractériser la maltraitance est par ailleurs, en soi, une démarche complexe¹³.

Les maltraitements relèvent en tous les cas toujours et pour tous d'un impensable qui n'est pas sans susciter des réactions de défense, telles que la sous-estimation du danger, l'habitude, le déni ou la sidération. En outre, en milieu familial ou dans les institutions, elles se produisent généralement à l'abri du regard de témoins potentiels. En effet, le milieu familial n'offre souvent aux professionnels concourant à la mission de protection, aux proches ou à l'entourage, qu'un accès restreint. Dans les institutions, il peut être difficile pour les acteurs de les repérer et de les dénoncer. Pour ces raisons, les maltraitements sont parfois mal repérés et ne sont alors compris que rétrospectivement.

Admettre que certaines choses ont pu s'avérer insaisissables avant l'événement dramatique, et que celui-ci ne peut donc pas toujours être anticipé, est peut-être le premier principe éthique que doivent avoir à l'esprit les organisateurs et les animateurs d'une démarche de retour sur événement dramatique. Conscients de cela, ils pourront se représenter la nécessité d'une attitude d'ouverture, d'humilité et de vigilance face aux découvertes qu'une analyse collective et objectivée est susceptible de mettre au jour dans l'après-coup.

Éléments de complexité relatifs à la démarche d'analyse collective de l'événement dramatique

Le conflit entre les professionnels, catégories de professionnels ou services peut exister lorsqu'on organise un retour sur événement dramatique. Il peut avoir précédé l'événement et avoir été (ré)activé par sa survenance. Ces phénomènes, lorsqu'ils existent, appellent à une attention particulière dans la préparation et l'organisation de la démarche.

Enfin, l'organisateur et l'animateur d'une démarche de retour sur événement dramatique doivent considérer que celle-ci peut réactiver des émotions profondes chez les acteurs qui acceptent de s'impliquer dans le récit rétrospectif et l'analyse collective.

13 « [...] la maltraitance ne semble pas pouvoir être enfermée dans une définition univoque et figée, tant les réalités qu'elle recouvre demandent à être sans cesse interrogées et reprises à la lumière des apports de chacun. Considérer la maltraitance comme un processus relationnel à l'œuvre entre parent(s) et enfant(s) (relation elle-même inscrite et fonction d'une famille, elle-même au sein d'un contexte sociétal donné) aide à la considérer dans toute sa complexité et ainsi de s'intéresser à l'ensemble des facteurs concourant à sa survenue et des différents niveaux d'analyse nécessaires. Seules des approches concertées (médicale, sociale, sociologique, épidémiologique, juridique, etc.) favorisent des démarches à la fois descriptives, compréhensives et évaluatives nécessaires à la bonne prise en charge des enfants et des familles. La notion de maltraitance est donc à l'intersection/interface de différents champs disciplinaires dont aucun ne peut prétendre détenir l'exclusivité pour l'appréhender. [...] Les situations de maltraitance intrafamiliale exigent des démarches réflexives. Faire régulièrement le point semble le seul moyen de comprendre le phénomène dans sa complexité et pas seulement selon les réactions et émotions qu'il engendre chez les différents acteurs des champs concernés, mais aussi dans l'univers social et médiatique. Pour conclure, la maltraitance intrafamiliale est un phénomène complexe nécessitant un approfondissement pluridisciplinaire, des recherches à la fois ciblées et générales, des formations adaptées initiales et continues, des services travaillant en réseaux acceptant de considérer les familles concernées comme étant partie prenante et partie constituante de celui-ci ». ONPE. La maltraitance intrafamiliale envers les enfants. Paris : ONPE (Revue de littérature), 2016, p. 39-41. 288 p.

La co-construction et l'écoute sans jugement

Comme indiqué *supra*, il est important de ne pas nier les postures, les conservatismes ou les arrière-pensées qui peuvent exister avant et vis-à-vis du retour sur événement dramatique. Cependant, la démarche exige aussi de faire « *crédit à l'autre* »¹⁴ et de reconnaître l'expérience, l'expertise ainsi que l'intuition de chacun.

La co-construction et l'écoute sans jugement sont des principes éthiques primordiaux. Ils impliquent que tous les participants, pilotes de la démarche compris, se considèrent comme des « *compagnons d'apprentissage* » invités à devenir des « *chercheurs [du] cas* ». Chacun cherche en effet à comprendre et à analyser son action, celle des autres acteurs (professionnels ou non) ainsi que leurs possibles déterminants et conséquences.

La démarche de retour sur événement dramatique doit pour cela garantir la liberté de parole nécessaire au dévoilement des « *zones d'ombres* », des dysfonctionnements éventuels, mais aussi des ressources et bonnes pratiques mobilisées. Il convient donc de prendre en compte et de mettre collectivement en lien les récits des professionnels ainsi que les éléments objectifs et subjectifs à observer. De cette manière, la démarche de retour permet de travailler à partir d'un faisceau d'arguments utiles à l'analyse.

En explicitant aux participants que la démarche de « retour » est horizontale, co-construite, et qu'elle ne vise pas la recherche de responsabilité individuelle, l'organisateur et l'animateur du retour sur événement dramatique participent à créer un cadre de confiance. Ces principes éthiques doivent aussi s'incarner, parce que la situation l'exige, mais également parce qu'il est capital que le retour sur événement dramatique ne reproduise pas ce qui a parfois pu conduire à des drames ou à des échecs de prise en charge : les positions de surplomb ou la confiscation de la parole par certains professionnels, l'autocensure d'autres professionnels (en réaction ou parce qu'ils craignent de livrer des ressentis ou éléments non objectivables donc irrecevables), etc. Ces phénomènes existent dans le travail quotidien des équipes et entre partenaires impliqués autour des situations. Ils entravent le dialogue, la compréhension collective ainsi que l'évaluation pluridisciplinaire des besoins de l'enfant. Ce faisant, ils peuvent mettre l'enfant en danger¹⁵ ou, s'ils ont aussi cours dans le cadre particulier du retour sur événement dramatique, contribuer à empêcher l'accès à toutes les clés de lecture.

14 Les expressions entre guillemets sont reprises des débats du groupe de travail ou des témoignages recueillis (auditions, partages d'expérience des directions enfance-famille ou services ayant conduit un retour sur événement dramatique, etc.).

15 Le sociologue Christian Morel a par exemple pu montrer dans d'autres champs qu'un mode de management autoritaire, qui n'associe pas les professionnels de terrain à la réflexion, produit de l'erreur : MOREL C. *Les décisions absurdes, I : sociologie des erreurs radicales et persistantes*. Paris : Gallimard, 2002. 379 p. ; MOREL C. *Les décisions absurdes, II : comment les éviter ?* Paris : Gallimard, 2012. 277 p.

D'autre part, pour permettre l'implication des participants au retour sur événement dramatique et les rassurer, il peut aussi être positif de préciser que celui-ci est susceptible de contribuer à un diagnostic s'ouvrant sur une démarche d'amélioration des pratiques, des organisations et des coopérations. Cet objectif ne doit alors pas être présenté comme l'unique finalité de la démarche puisque si, à terme, celle-ci est bien portée par une idée d'amélioration, elle n'est pas tournée seulement vers cette dimension opérationnelle. En effet, donner la parole aux professionnels pour les aider à dépasser le drame sans le nier et comprendre l'expérience dramatique sont chronologiquement les premiers objectifs de la démarche, qui permettront ensuite de penser les possibilités d'amélioration du système local de protection des enfants.

QUELQUES ÉCUEILS À ÉVITER

Il est tout d'abord important de **ne pas préjuger du caractère « évitable » (ou non) de l'événement pour en faire un critère de sélection des événements analysables**. Un tel préjugé pourrait être lié à la subjectivité des équipes dans la première appréciation portée sur l'événement. Certains témoignages de services pratiquant le retour sur événement dramatique révèlent que des événements graves impliquant des mineurs (parmi lesquels des décès) n'ont pas fait l'objet d'analyses, au motif que les cadres avaient estimé qu'ils « *n'auraient pas pu être évités* ». Or, la question du dysfonctionnement et celle de la capacité de l'institution à protéger ne peuvent pas être tranchées avant l'analyse. Le retour sur événement dramatique peut aider à répondre à ces interrogations, sans pour autant que l'exercice ne se résume à formuler un jugement ferme d'évitabilité – puisqu'il est concrètement difficile de pouvoir affirmer avec pleine certitude qu'un événement était évitable, les tentatives de catégorisation simplistes se heurtant souvent à la complexité de la réalité dont elles souhaitent rendre compte.

Par ailleurs, **l'exercice ne consiste pas en la recherche de l'erreur, de la faute, d'un responsable ou d'un coupable**. Un événement dramatique découle le plus souvent d'une « cascade d'événements ». La succession d'événements qui a pu conduire à l'erreur humaine, voire à la faute, est analysée. La faute et sa responsabilité peuvent exister, mais leur repérage, leur gestion et leur sanction relèvent du cadre de l'inspection administrative ou de l'enquête judiciaire¹⁶. Dans celui du retour sur événement dramatique, l'anonymat sécurise et protège le cadre d'expression, et garantit le respect du sens de la démarche. L'anonymisation de l'approche a d'ailleurs pour conséquence, comme dans le secteur sanitaire, de ne pas considérer les conclusions du retour sur événement dramatique comme un document administratif au sens de la loi du 17 juillet 1978 – celles-ci n'étant donc pas jointes au dossier médical ou administratif de l'enfant.

¹⁶ Étant rappelé que selon l'article 40 du Code de procédure pénale « *toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs* ».

Il peut arriver que la phase d'investigation du retour sur événement dramatique (débat, analyses des dossiers, entretiens avec les acteurs) fasse apparaître une ou plusieurs erreurs, fautes ou responsabilités individuelles. Même dans ce cas, les conclusions de l'analyse porteront sur les dysfonctionnements systémiques repérés ayant rendu possible l'erreur ou la faute, afin que puisse être envisagée l'amélioration des pratiques institutionnelles.

Du reste, **les organisateurs et les participants au retour sur événement dramatique ne doivent pas préjuger des conclusions de l'analyse**. Là encore des témoignages donnent à voir des configurations où :

- les retours sur événements dramatiques ont été souhaités par des cadres parce qu'ils pensaient que l'événement était révélateur de dysfonctionnements déjà repérés, sur lesquels il leur paraissait important de faire réfléchir les équipes ;
- les professionnels de terrain participant à la démarche s'y sont impliqués avec les mêmes présupposés – sans d'ailleurs que leurs intuitions ou pré-diagnostic ne soient nécessairement les mêmes que ceux des cadres.

En pareil cas, le risque est que l'événement dramatique ne soit plus étudié pour lui-même, dans la perspective de le comprendre. Il deviendrait alors un prétexte de « mise au travail » et la démarche pourrait alors aboutir soit à des conclusions prépensées, soit à un échec car s'y confronteraient des représentations inconciliables.

Enfin, les organisations qui s'engagent dans le retour sur événement doivent **se prémunir d'un idéal de prévention parfaite**, capable de tout repérer et d'éradiquer toute violence – même si l'amélioration des pratiques et *in fine* la prévention font partie des objectifs de la démarche¹⁷. Les éléments de complexité *supra* montrent en effet combien cet idéal est difficile à approcher. *A contrario*, une posture lucide ne doit pas se confondre avec des attitudes de résignation ou d'impuissance venant inhiber toute tentative d'amélioration des pratiques et toutes les démarches susceptibles d'y contribuer.

¹⁷ Sur les mécanismes de rationalisation à l'œuvre après un événement imprévisible et sur la nécessité d'acquiescer un regard ouvert à l'imprévu, voir : TALEB N. N. *Le Cygne noir : la puissance de l'imprévisible*. Paris : Les Belles Lettres, 2012. 608 p.

2.

LE RETOUR SUR
ÉVÉNEMENT DRAMATIQUE

REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES

P our faciliter la mise en place concrète de démarches de retour sur événement dramatique dans les institutions, sont présentés dans cette deuxième partie des repères méthodologiques discutés et retenus dans le cadre du groupe de travail réuni par l'ONPE. Au cours des échanges de ce groupe, quelques points sont restés en débat entre les participants et sont présentés comme tels. Pour illustrer les modalités possibles de conduite de démarches de retour sur événement dramatique, figurent également sous forme d'encadrés plusieurs expériences nationales et étrangères à partir desquelles le groupe de travail a mené sa réflexion.

QUELS ÉVÉNEMENTS PEUVENT ÊTRE ANALYSÉS ?

Les événements analysés peuvent être des décès d'enfant(s), mais aussi d'autres événements graves ayant eu un fort retentissement pour l'enfant.

Le management du risque dans certains secteurs participant ou non à la mission de protection des enfants (secteur sanitaire, administration pénitentiaire, industrie aéronautique, etc.) montre l'intérêt de revenir sur des situations qui n'ont pas toutes conduit à des décès mais qui auraient pu déboucher sur un tel drame¹⁸, afin de pouvoir intervenir en amont sur les dysfonctionnements repérés par l'analyse et d'éviter ainsi que ne surviennent des événements plus critiques.

¹⁸ Ces événements peuvent être appelés « incidents critiques », « événements sentinelles », « événements d'alarme », « presque accidents ». Ils ont en commun d'être considérés comme des signaux d'alerte qui justifient la mise en place d'une analyse approfondie. Les notions d'événements « sentinelles » ou « d'alarme » tendent à englober non seulement des événements à conséquence majeure, mais également des événements dont l'occurrence comporterait un risque significatif d'entraîner des résultats défavorables importants. Voir : AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ (ANAES). *Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé*. Paris : Anaes, 2003, 110 p. ; CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL (CHUM). *Glossaire canadien sur la prestation sécuritaire des soins et services au patient*. Montréal : Chum, 2004.

Pour rappel et comme il a été défini en page 13, un événement dramatique se caractérise par l'intensité et/ou la soudaineté de sa survenance ou de sa découverte. Il peut s'agir :

- De faits marquants de maltraitance sur l'enfant.
- De la découverte soudaine de ces faits ou des conséquences de négligences graves, surtout quand l'enfant et sa famille étaient déjà repérés ou accompagnés par des services œuvrant à leur protection.
- De décès d'enfants du fait de maltraitements ou négligences, ou du suicide de l'enfant.

• • POINT DE DÉBAT • • • • •

**L'OUVERTURE DE LA DÉMARCHE À
DES ÉVÉNEMENTS DRAMATIQUES TOUCHANT
EN PREMIER LIEU DES PROFESSIONNELS**

Si certains membres du groupe de travail estiment qu'il peut être intéressant pour un service ou un réseau de professionnels de se mettre au travail autour de ce type d'événements (par exemple le meurtre d'un travailleur social par un parent accompagné) dans le cadre d'une démarche de « retour », d'autres alertent sur le risque que l'entrée de ce type d'événement dans le périmètre ne vienne détourner « *sur d'autres missions et d'autres objets* ». En effet, les événements graves mettant en jeu la santé et la sécurité des professionnels peuvent aussi être analysés dans le cadre d'autres instances (CHSCT, démarche d'amélioration de la qualité, groupes d'analyse des pratiques, etc.). Dans ces conditions, il ne faudrait pas qu'il y ait **confusion entre un retour sur événement dramatique et ces instances/espaces de travail. L'un ne peut se substituer aux autres et leur pluralité est vitale.**

Dans la continuité de ce point de débat, un point de vigilance soulevé par les membres du groupe de travail amène à considérer **l'articulation** entre ces espaces de travail, dont chacun permet d'interroger le réel d'une place différente*. Bien que distinctes, ces démarches peuvent se croiser dans leur mise en œuvre. La garantie de cette pluralité est nécessaire.

* Voir annexe 2



QUAND ORGANISER LE RETOUR SUR ÉVÉNEMENT DRAMATIQUE ?

Dans les expérimentations mises en œuvre, on observe des différences de pratiques concernant la temporalité, le retour sur expérience pouvant soit démarrer très peu de temps après l'événement, soit démarrer des mois, voire des années après.

Pour les membres du groupe de travail, une reprise de situation à très court terme comporte plusieurs écueils. D'abord les professionnels ont moins de distance émotionnelle et craignent peut-être davantage une mise en accusation. Ils peuvent aussi être tentés de « *se servir du retour sur événement pour agir sur la situation* » si celle-ci est toujours accompagnée par le ou les services. Le retour sur événement dramatique se confondrait alors avec des dispositifs de type « *réflexions/commissions cas complexes* » dont les objectifs sont moins tournés vers le partage et l'amélioration des pratiques que vers une recherche de solutions concrètes pour l'enfant et/ou sa famille.

Parce que la démarche de retour n'a pas vocation à agir directement sur la situation analysée, même si les enseignements tirés peuvent avoir des effets sur celle-ci¹⁹, **le critère qui consiste à exclure de reprendre des situations pour lesquelles des décisions doivent être prises est jugé adapté**. Tout en évitant de reporter excessivement dans le temps la démarche, ce qui d'une part nuirait à sa qualité et d'autre part pourrait être reproché à l'institution, il est donc recommandé de mettre au travail un événement à distance de celui-ci, idéalement lorsque la situation n'est plus prise en charge par le ou les services concernés, ou à défaut lorsque ces services ou institutions ne sont plus engagés dans un processus décisionnel relatif à l'événement.

Par ailleurs, même si les émotions peuvent rester latentes tout au long de la démarche, le « debriefing » préalable où peuvent être déposées les premières émotions, constitue une étape importante, voire incontournable.

Le choix de la temporalité peut dépendre de celui de la **méthode** utilisée, une méthode démarrant par des relectures de dossiers et entretiens individuels demandant par exemple plus de temps qu'une démarche essentiellement centrée sur des réunions.

Le choix de la temporalité est également parfois conditionné par des **procédures judiciaires** (et notamment pénales) en cours.

Deux principaux cas de figure peuvent se présenter :

- Les décès d'enfant(s) ou événements ayant causé un dommage significatif à un ou des enfants faisant l'objet d'une procédure judiciaire : quels objectifs, intérêts et limites, utilisations possibles (etc.) de retours sur événement organisés avant ou après la procédure judiciaire ? Peuvent-ils se compléter ?
- Les événements ayant causé un dommage significatif à un ou des enfant(s) et ne faisant pas l'objet d'une procédure judiciaire : quels objectifs, intérêts et limites, utilisations possibles (etc.) de retours sur événement organisés peu de temps après l'événement ou après un temps plus long ? Peuvent-ils se compléter ?

¹⁹ Par exemple lorsqu'ils apportent un éclairage sur des maltraitances subies par d'autres enfants de la famille, ou lorsque le retour sur événement dramatique conduit à des changements de pratiques qui peuvent avoir des effets pour des membres de la famille qui continuent d'être pris en charge.

Plusieurs personnes ayant partagé leur expérience de retour sur événement dramatique ont expliqué avoir pris en compte cette dimension. Certains ont choisi d’attendre la fin des procédures pour organiser la démarche, ou pour communiquer sur ses conclusions. D’autres, au contraire, l’ont organisée avant, en considérant qu’elle pouvait sécuriser les professionnels (l’institution les ayant rassurés sur le fait qu’ils pouvaient communiquer librement en audition, le retour sur l’expérience dramatique ayant eu un effet à la fois apaisant et de clarification des événements, etc.).

•• POINT DE DÉBAT •••••

**LA DÉMARCHE DE RETOUR SUR
ÉVÉNEMENT DRAMATIQUE PAR RAPPORT AUX
PROCÉDURES/ENQUÊTES DE POLICE ET DE JUSTICE**

Les retours de terrain ont témoigné de l’existence de questionnements concernant la compatibilité du retour sur événement dramatique avec d’éventuelles procédures/enquêtes de police et de justice. Le travail de recherche et de mise en débat effectué pour réaliser le présent livret conclut à une absence d’incompatibilité entre la mise en œuvre d’une démarche de retour sur événement dramatique et le déroulement d’une procédure/enquête judiciaire.

Plus précisément, concernant le moment de mise en place de la démarche de retour sur événement dramatique, il ressort des entretiens réalisés que plusieurs directeurs enfance-famille auditionnés n’ont pas attendu la fin des procédures pénales, pour plusieurs raisons :

- La nécessité de ne pas attendre que les professionnels impliqués dans la situation n’aient plus les événements en mémoire, ou aient quitté l’institution.
- Le besoin qu’ils ont d’échanger sur une situation qui les a « *sidérés* » (l’un des objectifs de la démarche étant de leur permettre de dépasser la sidération et la culpabilité pour la transformer en quelque chose de « *constructif* », tourné vers un objectif d’amélioration des pratiques).
- Le besoin, pour les services et le département concernés, de ne pas attendre avant d’envisager des améliorations de pratiques, voire une réorganisation si elle s’avère nécessaire.

Comme dans d’autres secteurs (médical, aéronautique, etc.), dès lors qu’un événement dramatique est survenu, la question de l’articulation avec le champ pénal peut se poser, ce qui peut induire des réquisitions judiciaires pour transmission d’éléments utiles à la procédure. Ces aspects de procédure ne doivent pas empêcher de réaliser la démarche de retour sur événement dramatique.



Toujours en lien avec la question des procédures judiciaires, la nécessité de « *sécuriser* » le retour sur événement a aussi été évoquée. Si quelqu'un fait état du retour sur événement dramatique dans la procédure, la justice peut demander que lui soient transmis le rapport d'analyse et les conclusions de cette démarche, à l'initiative du parquet ou du juge d'instruction. Selon les membres du groupe de travail, il ne faut donc pas que le retour sur événement dramatique soit une « *mini enquête* » venant pointer une responsabilité individuelle, d'où l'importance d'avoir un « *mode d'emploi* » qui définisse bien de quoi il s'agit. La démarche vient donner du corps à un débat : « *on doit sécuriser et protéger le retour sur expérience pour éviter les craintes des professionnels* ». Il est précisé que, dans le secteur sanitaire, le retour sur événement n'est pas versé au dossier du patient et que sa famille n'est pas informée de sa tenue et de ses conclusions : « *ça n'est pas une analyse du dossier du patient. Les recommandations sont des choses générales pour tout le monde, pas pour le patient en particulier* ».

En pratique, il appartient donc aux institutions/organisations concernées de penser le moment opportun du retour sur événement dramatique, quand les décisions relatives à la situation ont déjà été prises, afin de le dégager de tous les éléments qui peuvent le parasiter, et à partir de l'articulation la plus opportune avec une éventuelle procédure judiciaire.

QUI IMPULSE ET ORGANISE LA DÉMARCHE, QUI L'ANIME ?

Impulser et organiser

Impulser une démarche de retour sur événement dramatique implique une réflexion institutionnelle sur le cadre de la démarche, une définition de son périmètre (inter/intra institutionnel) et une définition de la méthode de travail (étapes, professionnels sollicités pour participer à la démarche, outils/supports mobilisés, etc.).

Ainsi, impulser un retour sur événement dramatique consiste en une double démarche : construire et formaliser les modalités d'organisation du retour sur événement dramatique (par exemple sous la forme d'un protocole), puis activer la démarche lorsqu'un événement dramatique survient.

L'impulsion de la démarche doit être portée par un ou par des acteurs et institutions qui font consensus, sur le territoire et autour de la situation donnée. Chaque situation dramatique concernant un enfant peut impliquer des acteurs et des institutions très divers. Ainsi, l'impulsion peut être réalisée à des niveaux distincts :

- À un niveau *territorial*, pour un retour sur événement dramatique susceptible d'impliquer plusieurs institutions, l'impulsion peut être réalisée par un ou plusieurs cadres à compétence territoriale sur le secteur géographique concerné (de la direction enfance-famille, de l'agence régionale de santé, de l'Éducation nationale, de la Protection judiciaire de la jeunesse, etc.).
- Au niveau d'un *établissement*, d'un *service territorial*, l'impulsion peut se faire, par exemple, par un cadre de la structure.

Dans tous les cas, les personnes qui impulsent la démarche peuvent choisir de s'appuyer sur des ressources tierces pour penser la méthode de travail et animer la démarche – équipes de chercheurs, cadres ou référents qualité d'un autre territoire ou d'un autre service, etc. On peut noter qu'au Royaume-Uni « *les revues doivent être pilotées par des personnes qui n'étaient pas impliquées dans la situation (pour l'analyse de cas) ou dans l'organisation (pour l'analyse/audit de dispositif)* »²⁰.

L'impulsion se penserait donc plutôt en fonction de la situation et des ressources du territoire.

Pour impulser la démarche, il est possible de s'appuyer sur des outils et/ou instances « cadres » :

- guide ou règlement de fonctionnement posant *a minima* les principes du retour sur événement dramatique (objet et domaine d'application, éléments sur la possible organisation de l'analyse, de sa formalisation et de son usage ultérieur), voire élaboration d'une procédure de retour sur événement dramatique ;
- instance(s) dédiée(s) et/ou d'appui (instance dédiée à la mission d'amélioration de la qualité, instance éthique, etc.).

20 GOUVERNEMENT DU ROYAUME-UNI (HM GOVERNMENT). *Working together to safeguard children : a guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children*. London : HM Government, 2015.

•• EXPÉRIENCE •••••

LES CONSEILS LOCAUX DE SAUVEGARDE DES ENFANTS AU ROYAUME-UNI

Au Royaume-Uni les conseils locaux de sauvegarde des enfants (*Local Safeguarding Children Boards*) doivent fixer le cadre local du dispositif d'apprentissage et d'amélioration des pratiques, partagé entre les organisations du territoire travaillant avec les enfants et les familles. Ce cadre doit permettre aux organisations d'être au clair sur leurs responsabilités, d'apprendre de l'expérience et d'améliorer les services en conséquence (avec notamment un objectif de prévention des événements dramatiques).

Des revues régulières de situations sont conduites localement, qui permettent de réfléchir à une amélioration des pratiques et des coopérations. Les conseils locaux de sauvegarde des enfants doivent couvrir l'ensemble des démarches (revues, audits, etc.) qui visent à améliorer la sécurité et à promouvoir le bien-être des enfants. Il peut s'agir :

- de démarches d'analyse de situations dramatiques (*serious case reviews*) pour chaque cas où l'abus ou la négligence est connu ou suspecté et lorsqu'il y a mort ou blessure grave de l'enfant, avec une inquiétude sur la manière dont les organisations ou les professionnels ont travaillé ensemble pour protéger l'enfant ;
- de revues de décès d'enfant (*child death reviews*), ou d'une revue de tous les décès d'enfants ;
- de toute autre démarche de retours sur expériences pouvant contribuer à l'identification de bonnes pratiques ou (au contraire) d'améliorations nécessaires (ces démarches pouvant être conduites au sein d'une structure ou de plusieurs travaillant – ou devant travailler – en coopération) ;
- de revues ou d'audits des pratiques dans une structure (*agency*) ou dans plusieurs structures.

Les *serious case reviews* et *child death reviews* sont requises en vertu de la législation.

Il est attendu des conseils locaux de sauvegarde des enfants qu'ils analysent les critères pour déterminer si un examen légal est nécessaire, et procèdent toujours à ces examens si nécessaire.



•• EXPÉRIENCE •••••

LE DÉPARTEMENT DE LA CÔTE-D'OR

Le directeur enfance-famille du département a pris l'initiative de créer une commission pluridisciplinaire de pilotage de la démarche, chargée de concevoir une méthode de travail et de conduire l'analyse. Celle-ci comprend : le directeur enfance-famille, son adjoint, le responsable de l'agence solidarité famille du secteur, le responsable de la PMI centrale, un cadre de l'ASE et un directeur qualité du conseil départemental (dont le regard tiers et la compétence relative aux outils méthodologiques étaient pressentis comme des atouts pour construire une méthode).

La méthode de travail conçue par la commission a été formalisée. La commission s'intitule désormais « commission ASE d'évaluation et de recommandations » (CER). Elle dispose d'une charte de fonctionnement et les outils utilisés lors d'une première expérience (cartes, chronologies, arbres, plan d'action et fiche action) pourront être remobilisés, le cas échéant, en vue de l'analyse d'un futur événement. Une piste de travail, pour cette configuration, serait d'intégrer à la commission un autre directeur enfance-famille, ou un cadre d'un autre département. La commission prévoit également de présenter la démarche de retour sur événement dramatique au sein des services, dans un objectif de sensibilisation.



Dans l'expérience du département de la Côte-d'Or, il a été convenu avec l'association gestionnaire du service impliqué dans l'accompagnement que celle-ci conduirait la même démarche que le département de façon parallèle, et que les résultats de chaque démarche seraient ensuite partagés et confrontés.

•• EXPÉRIENCE •••••

LE DÉPARTEMENT DES PYRÉNÉES-ORIENTALES

Une réunion de « *reprise de situation* » a été organisée par des cadres de la direction enfance-famille (directeur adjoint et inspectrice de l'ASE) à l'occasion d'un événement dramatique, en s'inspirant du rapport d'Alain Grevot de juin 2014 sur l'histoire de Marina*. À cette réunion, ont été invités le service d'AEMO et les services territoriaux : l'assistante sociale, la sage-femme de PMI, les deux encadrants techniques (comme la situation s'était déroulée pendant l'été il y a eu deux professionnels de terrain), le médecin de PMI, ainsi que la responsable du service associatif des TISF. La reprise de situation n'a pas été élargie au magistrat.

* *Compte-rendu de la mission confiée par le Défenseur des droits et son adjointe, la Défenseure des enfants, à M. Alain Grevot sur L'histoire de Marina (2014).*



Les modalités d'organisation de la démarche devraient questionner et déterminer la place laissée aux autres jeunes et aux familles et leur possible participation à la démarche de retour sur événement dramatique. Cependant, cette préoccupation nécessite un traitement différencié et un effort réflexif qui prendra en compte les situations et les organisations de travail.

• • POINT DE DÉBAT • • • • •

QUELLE PLACE POUR LES FAMILLES ET LES AUTRES JEUNES ?

Dans les expériences menées en France qui ont été rapportées par les départements rencontrés, les autres jeunes (par exemple les enfants pris en charge en institution) et les familles n'ont pas été associés aux démarches de relecture. Dans la période qui suit l'événement dramatique, le groupe de travail souligne la nécessité de ne pas oublier les conséquences de l'événement dramatique pour les autres jeunes proches de celui directement concerné, notamment ceux qui partagent le même lieu de vie. Pour autant la participation des jeunes à la démarche de retour sur événement dramatique n'a pas été abordée par les membres du groupe de travail et elle reste donc une question en suspens. Quant à celle des familles, elle ne peut s'envisager, selon le groupe, dans le même espace de parole et de réflexion que celui des professionnels participant au retour sur événement dramatique.

À l'étranger, on trouve des pratiques d'association des familles selon des modalités spécifiques. En Allemagne, dans l'expérience des « *laboratoires dialogiques et systémiques* » (voir page 33), la phase de recherche comporte des entretiens avec les membres de la famille, mais ils ne sont pas présents dans les ateliers.

Au Royaume-Uni, selon le guide *Working together to safeguard children*, « *les familles (dont les enfants ayant survécu) sont invitées à contribuer aux revues, après avoir été informées de leurs objectifs et des modalités d'implication dans la démarche. Leurs attentes doivent aussi être recueillies (ces différents éléments permettant de s'assurer que l'enfant reste au centre du processus)* »*.

* Traduction ONPE.



Animer

Le ou les organisateurs de la démarche dans son ensemble ne sont pas nécessairement le ou les animateurs de la démarche à toutes les étapes du travail. « Animer » la démarche de retour sur événement dramatique signifie donc mettre en œuvre une ou plusieurs des étapes envisagées²¹. Cela peut impliquer une position d'analyste des dossiers et documents professionnels utiles à la compréhension de l'événement dramatique, d'organisateur et animateur d'entretiens individuels, d'animateur de réunions dialogiques, et de participant à l'analyse des matériaux recueillis.

En fonction du niveau d'impulsion de la démarche, l'animation pourra être réalisée à un niveau interinstitutionnel ou intra-institutionnel.

Concernant le choix des animateurs des réunions de travail, les retours d'expérience (auditions et entretiens avec les directions enfance-famille) montrent que ceux-ci sont généralement extérieurs à la prise en charge de la situation mais appartiennent à l'organisation (cadres, inspecteurs ASE, directeurs enfance-famille, etc.).

L'animation peut se faire seul ou en binôme (comme dans l'expérience allemande décrite page suivante). Si l'animation par un cadre seul a pu, selon certaines expériences, rencontrer des limites, la participation des cadres est jugée intéressante car leur connaissance de l'institution est utile à la démarche et permet que chacun – cadres et équipes – entende « *la difficulté de l'autre* ». L'option d'un binôme associant un animateur « de l'intérieur » et un animateur « extérieur à l'organisation » est jugée pertinente, les deux devant alors être formés à la démarche.

21 Voir *infra* pages 36 à 37 pour la description des différentes étapes possibles de la démarche de retour sur événement dramatique.

Quatre caractéristiques ont été identifiées par le groupe de travail pour la ou les personnes qui animent la démarche de retour sur événement dramatique :

- Être bien arrimé à la rigueur logique, à la démarche (c'est-à-dire à ses objectifs et à la méthode choisie), mais en restant attentif au fait qu'il existe des éléments de la réalité qui ne peuvent être approchés qu'indirectement.
- Permettre les échanges dans le groupe, car « *dire et nommer à plusieurs favorise le surgissement d'une parole* ».
- Manier le soutien de la parole du côté d'un dévoilement, avec la possibilité de prendre en compte un « *savoir insu* » des participants qui se construit dans le fait pour eux de dire, d'énoncer les événements, les actions, les inactions...
- Se positionner comme un « *porteur* » avec l'idée de « *l'autorisation de franchir la frontière du côté de l'interdit* » (en prenant en considération que « *ce qui nous est insoutenable subjectivement nous éloigne objectivement de sa reconnaissance* »). « *Cela implique de se situer dans le registre sensible de la perception, de la sensation pour consolider et re-situer ces matériaux dans le continuum de l'expérience dramatique* ».

L'animateur doit être « *un maïeuticien, permettant l'émergence d'une parole* », l'intention générale de la démarche étant de « *restituer et analyser les éléments qui ont précédé l'évènement dans leurs dimensions objective et subjective* ».

Afin d'explicitier ces dimensions et de soutenir tout le travail d'animation de la démarche de retour sur événement dramatique, le groupe de travail a élaboré le schéma page suivante, qui représente :

- l'évènement dramatique qui va générer la démarche et ses éléments de définition (en violet) ;
- ce qui sera regardé/interrogé pour comprendre l'évènement : soit des éléments objectifs (en bleu – une chronologie, des acteurs et des organisations, des actions et des inactions, des événements indépendants des logiques d'action) et subjectifs (en rose – des phénomènes subjectifs, des éprouvés, des représentations) qui peuvent concerner tous les acteurs impliqués dans la situation (enfant, famille, entourage, professionnels) avant ou après le drame ;
- le caractère interactif de ces éléments (avec les « rayons de la roue »).

Pour chacun de ces éléments, dans leur dynamique interactive, il s'agit de repérer :

- les ressources ou facteurs protecteurs ayant permis d'éviter une dégradation de la situation ;
- les facteurs de risque ayant pu faire obstacle au repérage et/ou contribuer à la dégradation de la situation, voire à la survenance de l'évènement dramatique ;
- les indices révélateurs de danger (parfois qualifiés de « *signaux faibles* ») qui auraient pu être repérés (par exemple des éprouvés/ressentis d'inquiétude de plusieurs professionnels qui auraient pu résonner comme des avertissements mais ont été insuffisamment pris en compte).

Figure 1. Les éléments contribuant à l'analyse de l'événement dramatique



L'implication du ou des animateurs dans l'analyse *a posteriori* de ces éléments semble pertinente voire indispensable. L'analyse doit également être co-construite avec le ou les organisateurs de la démarche lorsque ces derniers ont été impliqués dans la mise en œuvre de certaines étapes du travail d'investigation (telle que l'analyse des dossiers, par exemple). Cette participation des organisateurs peut aussi s'avérer pertinente dans la mesure où l'analyse permet d'établir des constats et préconisations susceptibles de nourrir une démarche d'amélioration de la prise en charge et de la prévention. Un retour sur événement dramatique qui ne viendrait interpeler que les professionnels de l'accompagnement pour « *une amélioration des pratiques par le bas* » peut créer de la frustration et empêcher d'atteindre l'objectif d'amélioration. En effet, les professionnels de terrain ne peuvent pas porter seuls l'amélioration, ni apporter seuls des solutions. Ils se heurtent à des organisations, parfois à des coopérations impossibles, etc.

QUELLES PEUVENT ÊTRE LES DIFFÉRENTES ÉTAPES DE LA DÉMARCHE DE RETOUR SUR ÉVÉNEMENT DRAMATIQUE ?

De l'impulsion de la démarche à l'évaluation du plan d'action

La phase d'**impulsion** décrite *supra* (pages 27-28) est la toute première phase de la démarche de retour sur événement dramatique : il s'agit d'une phase de définition du cadre, des objectifs et de l'éthique de la démarche, de construction et d'organisation du travail des acteurs, à laquelle succède la mise en œuvre opérationnelle de la démarche.

Concernant les modalités de **mise en œuvre** de la démarche, on observe de façon générale (d'après les auditions, les débats dans le groupe de travail et les entretiens avec des directions enfance-famille) :

- Que peuvent exister plusieurs phases de travail, mais qu'elles ne sont pas nécessairement suivies dans toutes les démarches.
- Que la dimension dite « dialogique » du retour d'expérience, c'est-à-dire de mise en dialogue des éléments de connaissance de chacun sur la situation est importante et peut prendre différentes formes.

Les différentes démarches de retour sur événement dramatique repérées peuvent intégrer, sans que cela ne soit exhaustif, les « étapes » suivantes :

→ **La sensibilisation/préparation des participants**

Il s'agit d'une étape préliminaire permettant d'explicitier aux acteurs le cadre, les objectifs et l'éthique de la démarche. En faisant notamment référence aux principes éthiques et aux objectifs visés dans ce document (voir pages 14-21), l'objectif est de désamorcer les éventuelles réticences ou tensions liées à l'engagement de la démarche, mais aussi de lui donner du sens.

→ **Une analyse des dossiers et des documents professionnels**

→ **La réalisation d'entretiens individuels avec les personnes impliquées dans la situation**

→ **L'organisation de réunions ou d'ateliers**

Ce sont à la fois des temps d'échange, de recueil d'éléments de connaissance sur l'événement et de première élaboration.

→ **La construction de l'analyse**

Pour rappel, l'analyse vise, à partir des différents matériaux recueillis, à comprendre l'événement dramatique dans sa globalité (sa temporalité, ses déterminants, ses conséquences). Elle contribue ensuite au diagnostic de ce qui peut être amélioré, pour prévenir les risques de mise en danger grave et protéger les enfants (voir page 14).

Cette analyse est produite à partir du contenu des premiers entretiens, des éléments des dossiers et/ou des séances d'élaboration collective. La réalisation de comptes rendus et de documents de synthèse à chaque étape de la démarche (analyse des dossiers, entretiens individuels, réunions) est donc essentielle, puisque ces écrits constituent des supports pour construire l'analyse. Pour soutenir ce travail, les expériences de retour sur événement dramatique peuvent aussi s'appuyer sur des outils tels que des chronologies, cartographies, modèles écosystémiques, grilles de questionnements, arbres des causes, etc. (voir l'annexe 3 page 52 présentant des exemples de tels outils, ainsi que la figure 1 page 35).

Il est important que l'analyse de l'événement dramatique soit elle-même formalisée par une production écrite, dans le respect de l'anonymat des personnes impliquées et/ou citées.

→ **La publicisation et la valorisation de l'analyse**

Il apparaît pertinent que l'analyse soit d'abord restituée aux personnes qui ont participé à la démarche, pour leur permettre de s'exprimer sur son contenu et prendre en considération leurs retours. Ces retours représentent une ressource pour, le cas échéant, affiner l'analyse.

D'après les témoignages recueillis (auditions et retours d'expérience) l'animateur peut aussi, une fois l'analyse partagée, travailler avec les participants à la formulation de propositions et préconisations. Cette implication dans une démarche préventive d'amélioration des pratiques remet les professionnels au travail en leur redonnant un pouvoir d'agir.

→ **La construction d'un plan d'action**

Si l'investissement des professionnels de terrain dans un travail de réflexion sur l'amélioration du système présente plusieurs intérêts, il n'appartient pas aux participants au retour sur événement dramatique de valider et porter institutionnellement des préconisations. Cette prise en compte nécessite un portage institutionnel de la démarche. À tout le moins, les préconisations doivent donc être portées à la connaissance des membres de la hiérarchie directe et de la gouvernance, afin qu'ils puissent s'appuyer sur ces dernières pour construire un plan d'action.

Ce plan doit contenir des actions opérationnelles répondant aux difficultés identifiées dans l'analyse du retour sur événement dramatique. Les cadres responsables du plan d'action peuvent s'appuyer sur des outils d'élaboration et de formalisation : arbre des objectifs, fiches action, etc. (voir, à titre d'exemple, les outils figurant dans l'annexe 3).

→ **La mise en œuvre et l'évaluation du plan d'action**

Les actions doivent être mises en œuvre et suivies par les personnes désignées dans le plan, avec une attention portée à l'impact de ces actions sur les organisations et les situations.

En parallèle, la gouvernance de l'institution qui a organisé le retour sur événement dramatique peut choisir de partager, avec des partenaires, les enseignements tirés de la démarche. Les membres du groupe de travail identifient plusieurs pistes pour valoriser ces enseignements :

- Les ODPE pourraient en être destinataires et s'en faire les « porte-voix » – de même qu'ils pourraient, en collectant les analyses de retour sur événement dramatique, avoir un rôle à jouer dans l'observation des difficultés et des données relatives aux événements graves.
- Les préconisations et actions issues des démarches de retour sur événement dramatique pourraient également être prises en compte pour alimenter le travail de conception et de suivi des schémas départementaux.
- De même, les référents qualité des services de protection de l'enfance pourraient constituer un réseau à l'échelle départementale pour « parler ensemble des risques et de leur prévention ».

Afin de synthétiser le processus de retour sur événement dramatique, depuis son impulsion jusqu'à l'évaluation d'un plan d'action, l'ONPE présente deux schémas (figures 2 et 3) qui contribuent à identifier les différentes étapes, avec pour chacune les acteurs et les outils mobilisables.

Figure 2

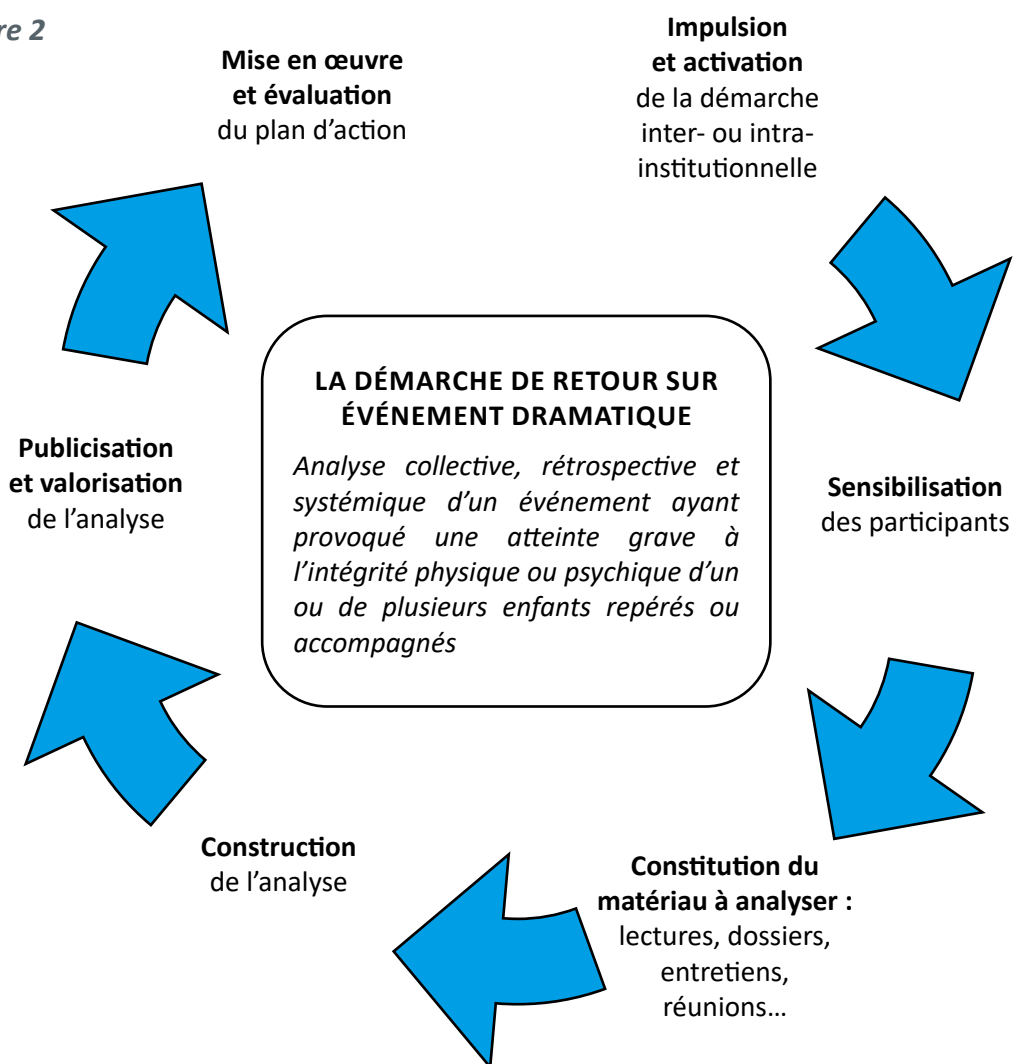
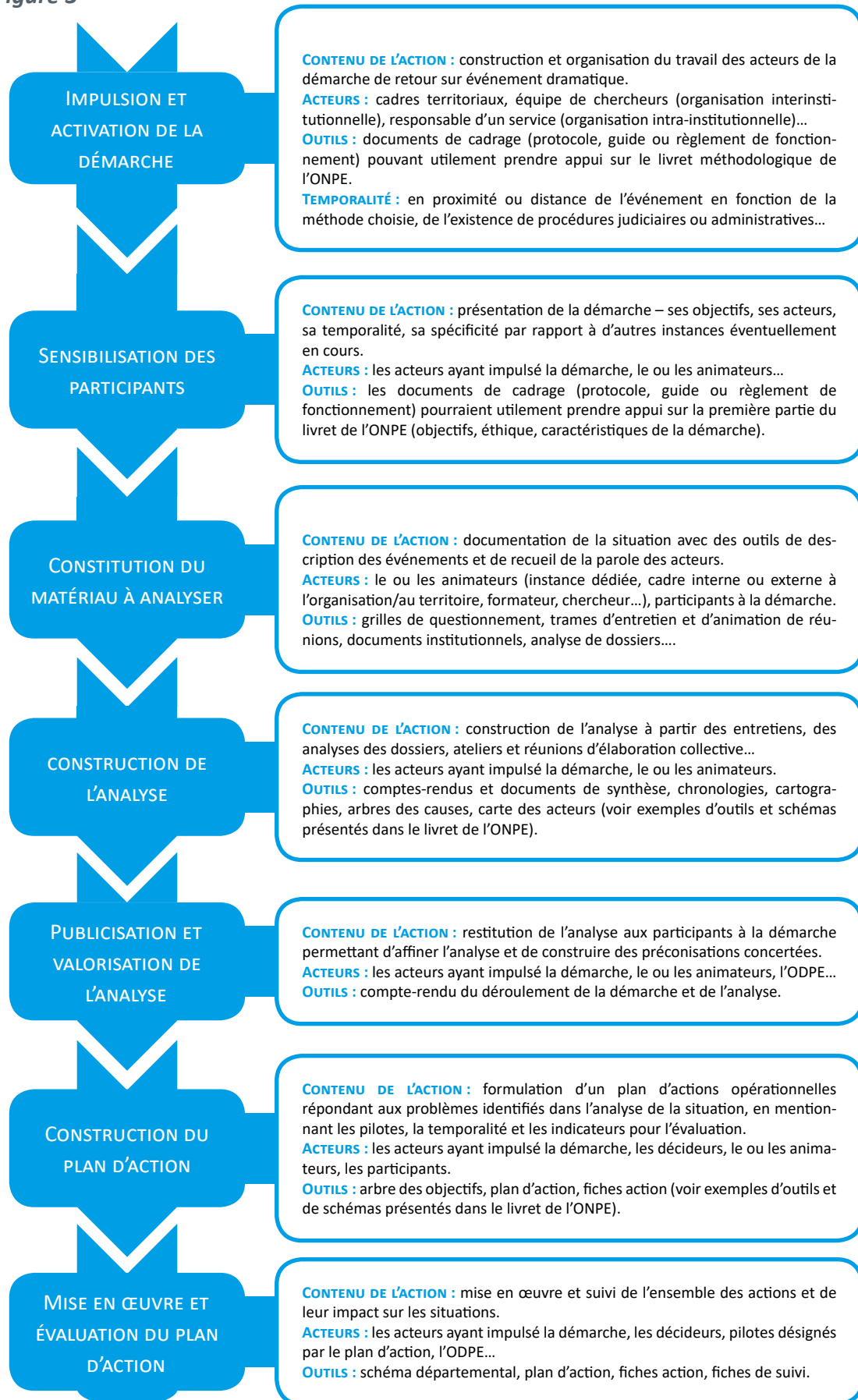


Figure 3



Exemples de démarches

Les exemples d'expériences françaises et étrangères qui sont présentés ci-dessous illustrent la diversité des choix qui peuvent être réalisés dans la succession et le contenu des étapes du retour sur événement dramatique.

Le choix de la méthode de travail doit être proportionné à la complexité de la situation et prendre en compte les ressources et contraintes des acteurs invités à participer à la démarche.

Dans ce choix, « comprendre ensemble » est essentiel mais ne signifie pas « tout faire ensemble ». Certaines démarches repérées ont été conduites sans phase de travail collectif de l'ensemble des acteurs. La décision de réunir ou non les professionnels autour d'un exercice d'analyse rétrospective de l'expérience dramatique doit se prendre au niveau du pilotage de la démarche. Le choix retenu dépend de l'intérêt qu'il y a à mener collectivement cette réflexion (qui permet aux acteurs impliqués dans la situation de s'interroger mutuellement sur les actions conduites et/ou sur celles « oubliées », de croiser les expériences en fonction des places de chacun, etc). Cela dépend également de la possibilité ou non, par exemple en fonction du contexte institutionnel, de mener cette analyse collective de façon constructive.

•• EXPÉRIENCE •••••

LE DÉPARTEMENT DE LA CÔTE-D'OR

Dans ce service, après constitution d'une commission pluridisciplinaire de pilotage de la démarche (voir *supra* page 30), la démarche de retour sur événement dramatique s'est déroulée en plusieurs étapes :

1/ Collecte et analyse des écrits sur la situation (rapports et notes des travailleurs sociaux). Cette analyse a permis :

- de construire et de renseigner des outils : une carte sociale des acteurs (ayant conduit à identifier 37 intervenants autour de la famille depuis que celle-ci était « connue » des services), une chronologie, une carte des alertes ;
- de construire la trame des entretiens individuels pour l'étape suivante, constituée de « *questions évaluatives* » (pour confronter quelques hypothèses de dysfonctionnements aux discours et récits des professionnels impliqués).

2/ Entretiens individuels auprès des acteurs de la prise en charge (incluant les enseignants, médecins, assistants sociaux, professionnels des services départementaux, professionnels et cadres de l'AEMO, etc.), organisés trois mois et demi après l'événement et conduits par des binômes membres de la commission (directeur enfance-famille excepté). Sur les 37 identifiés, 20 intervenants ont été interviewés.

Avant que ne leur soient posées des questions sur l'événement, toutes les personnes interviewées ont été rassurées sur l'intention du retour sur événement – soit une recherche de causes organisationnelles, et non de responsabilités individuelles. La magistrate responsable de la procédure judiciaire a été informée de la démarche, mais pas interviewée au même titre que les autres intervenants – ce qui, à la réflexion, pourrait, selon l'organisateur du retour sur événement dramatique, être réinterrogé pour l'organisation d'un prochain retour sur événement. Concernant ces entretiens, il est précisé que les professionnels étaient « *encore beaucoup dans l'émotion* ».

3/ Renseignement d'un **arbre des causes**, à partir du matériau recueilli. L'outil permet de rechercher et de rendre compte de cinq niveaux de causes pour un constat donné. Pour exemple, un constat était que « *le niveau de déficience des parents n'a pas été suffisamment perçu* » (les professionnels s'étant plutôt focalisés sur le défaut d'hygiène).

4/ Rédaction d'un **rapport d'analyse**. Le rapport n'a été finalisé qu'après restitution et échange avec les différents acteurs de l'accompagnement, qui avaient été sollicités pour le retour sur événement dramatique. Une restitution a également été faite à la magistrate, qui y a convié deux collègues magistrats. Le rapport a été diffusé aux cadres de l'ASE et de l'association gestionnaire du service d'AEMO.

Les constats ont donné lieu à cinq **recommandations** formalisées et à un **plan d'action**. Ce faisant, la commission est : « *passée de l'arbre des causes à l'arbre des objectifs* », chacun de ces objectifs étant ensuite décliné en actions opérationnelles. Des pilotes ont été désignés pour les actions. La commission prévoit de les réunir au bout d'un an pour évaluer la mise en œuvre des actions. Concernant ce retour sur événement dramatique, plusieurs points sont relevés :

- D'une part le bon accueil global de la démarche (« *les professionnels ont vu qu'on prenait au sérieux l'événement* ») et la réussite de la « *mise en tension* », c'est-à-dire de l'objectif de parvenir à analyser l'événement et à produire des recommandations dans une temporalité resserrée. Les enseignements tirés ont d'ailleurs permis aux services de s'améliorer rapidement pour la prise en charge d'autres situations.
- D'autre part l'observation que la démarche est « *énergivore et chronophage* ». Les représentations négatives qu'ont les acteurs les uns des autres sont apparues difficiles à bousculer.

•• EXPÉRIENCE •••••

LES CONSEILS LOCAUX DE SAUVEGARDE DES ENFANTS AU ROYAUME-UNI

« La méthode doit être proportionnée à la gravité et à la complexité des faits analysés [...] Les serious case reviews et les autres examens des situations doivent être effectués de manière à :

- reconnaître les circonstances complexes dans lesquelles les professionnels travaillent ensemble pour protéger les enfants ;
- chercher à comprendre précisément qui a fait quoi et les raisons sous-jacentes qui ont amené les individus et les organisations à agir comme ils l'ont fait ;
- chercher à comprendre la pratique du point de vue des personnes et des organisations impliquées à l'époque, plutôt que de manière rétrospective ;
- être transparents sur la façon dont les données sont collectées et analysées ;
- mobiliser les recherches et éléments de preuve pertinents pour éclairer les résultats.

Les conseils locaux de sauvegarde des enfants peuvent utiliser tout modèle d'apprentissage conforme aux principes énoncés dans cette orientation, y compris la méthodologie systémique recommandée par le professeur Munro*.

(Extrait du guide *Working together to safeguard children* du gouvernement du Royaume-Uni. Traduction ONPE.)

* Pr MUNRO E. *The Munro Review of Child Protection : Final Report. A child-centred system.* Londres : Department for Education, 2011.

Au-delà de la diversité des modalités d'organisation du retour sur événement dramatique, plusieurs invariants ressortent du contenu des analyses menées, appuyés en ce sens par les conclusions du rapport des trois inspections générales (Igas, IGJ, Igaenr) sur les décès d'enfants survenus dans la sphère familiale²². L'analyse approfondie des circonstances et enchaînements ayant conduit à ces décès fait notamment apparaître les questions de la transmission des informations entre les différents intervenants auprès de l'enfant, des relations avec les familles, et de l'existence de « signaux faibles » antérieurs à la survenue de l'événement dramatique.

22 Inspection générale des affaires sociales (Igas), Inspection générale de la Justice (IGJ), Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (Igaenr). *Mission sur les morts violentes d'enfants au sein des familles : évaluation du fonctionnement des services sociaux, médicaux, éducatifs et judiciaires concourant à la protection de l'enfance.* Paris : 2018. 106 p

• • POINT DE DÉBAT • • • • •

LA NOTION DE « SIGNAUX FAIBLES »

Bien que le groupe de travail ait à plusieurs reprises utilisé l'expression de « *signaux faibles* » au cours de ses débats, celle-ci ne décrit probablement pas de manière adéquate ce qu'on souhaite nommer.

Par « *signaux faibles* » ont été désignés des événements ou des ressentis qui auraient pu résonner comme des avertissements mais qui ont été insuffisamment pris en compte. Les signaux ne sont donc pas forcément faibles, mais ils ont seulement été faiblement repérés, perçus ou pris en compte : « *ce qui est faible, c'est la perception de ces signaux* ».

« *Il y a parmi eux des indicateurs de danger en eux-mêmes puissants, et d'autres phénomènes/indices qui, seuls, ne permettent pas de repérer mais qui, lorsqu'ils constituent un faisceau, doivent être mis en lien et pris en compte* ». Par exemple un éprouvé/ressenti ponctuel de gêne par un professionnel n'est pas nécessairement un indicateur de danger, mais il peut le devenir et doit être collectivement analysé s'il est partagé par plusieurs professionnels et/ou s'il se reproduit. De même un « *petit constat* » n'est pas en soi un indicateur de danger (par exemple lorsque une institutrice repère qu'un enfant consomme un goûter dont la date de péremption est dépassée) mais observés de façon répétée et mis en lien avec d'autres éléments (un manque d'assiduité scolaire, l'oubli du carnet de santé à un rendez-vous, le dépôt régulier d'encombrants devant la maison pouvant représenter un danger pour les enfants), ces constats peuvent constituer un « *faisceau d'indices* » indiquant une dégradation de la situation et renseignant sur un risque de danger.

Plutôt que de « *signaux faibles* », il semble plus adapté au groupe de travail de parler « *d'indices révélateurs de dangers* », qui constituent des appels à la vigilance des professionnels – certains indices forts pouvant se suffire à eux-mêmes, d'autres « *prenant de la puissance quand ils sont mis ensemble* ».



CONCLUSION

Travailler collectivement à la rédaction d'éléments points de repère sur le retour sur événement dramatique en protection de l'enfance a mis en évidence combien est délicate l'approche de ce type de démarche, tout aussi nécessaire pour la protection des enfants que complexe pour les professionnels qui ont à la mener et à y participer.

Le travail réalisé a permis de dégager des éléments de consensus pour définir le sens, l'éthique et les objectifs de la démarche. Concernant les modalités de mise en œuvre du retour sur événement dramatique, quelques points ont fait l'objet de débats et restent à approfondir, comme la participation des enfants, de leurs familles ou des autres jeunes, ou les modalités d'intégration du retour sur événement dramatique à la politique de service afin de l'activer et le conduire le moment venu. D'autres points sont volon-

tairement laissés à l'appréciation des acteurs désireux d'impulser et de conduire une démarche de « retour », la diversité des événements analysés et des contextes/organisations dans lesquelles ils surviennent ne rendant pas souhaitable la proposition d'un protocole « clé en main ». Sur la base des alternatives proposées, les organisateurs de retours sur événement dramatique pourront effectuer les choix qui leur paraissent les plus adaptés.

Les membres du groupe de travail souhaitent que les expériences menées sur les territoires puissent être connues de l'ONPE afin de faire progresser la qualité de la démarche. L'ONPE engagera donc en ce sens un travail de suivi et d'accompagnement qui permettra le déploiement de la démarche, son appropriation par les acteurs et son adaptation aux retours du terrain.

ANNEXE 1. BIBLIOGRAPHIE

- Pr. AMALBERTI René. Les analyses de causes racines ou RCA (Root-Cause Analysis) sont mal faites. *La prévention médicale* [en ligne]. 9 mai 2018. Disponible en ligne : <https://www.prevention-medicale.org/Actualites-et-revues-de-presse/Toutes-les-actualites/Analyses-causes-racines>.
- *Plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants, 2017-2019*. Paris : 2017. 70 p.
- AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ (ANAES). *Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé*. Paris : Anaes, 2003. 110 p.
- BIESEL Kay, WOLFF Reinhart. *Aus Kinderschutzfehlern lernen. Eine dialogisch-systemische Rekonstruktion des Falles Lea-Sophie*. Bielefeld : Transcript Verlag, 2014.
- CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL (CHUM). *Glossaire canadien sur la prestation sécuritaire des soins et services au patient*. Montréal : Chum, 2004.
- COUSIN Olivier, RUI Sandrine. La méthode de l'intervention sociologique : évolution et spécificités. *Revue française de science politique*. 2011/3, Vol. 61, p. 513-532. Disponible en ligne : <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-science-politique-2011-3-page-513.htm>.
- DÉFENSEUR DES DROITS. *Compte-rendu de la mission confiée par le Défenseur des droits et son adjointe, la Défenseure des enfants, à M. Alain Grevot, délégué thématique, sur l'histoire de Marina – 30 juin 2014*. Paris : Défenseur des droits, 2014. 92 p.
- DÉFENSEUR DES DROITS. *Situation de KJ, née le 7 juillet 1997 : rapport d'analyse des interventions socio-éducatives, judiciaires et policières entre 1998 et 2005*. Paris : Défenseur des droits, 2019. 37 p.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). *Revue de mortalité et de morbidité (RMM) : guide méthodologique*. Saint-Denis : HAS, 2009. 60 p.
- GARDNER Tricia. Lest death do us part : A joint review of a domestic violence and child fatality case. *In* : 21st Ipscan International congress on child abuse and neglect (Calgary, Canada, 28-31 août 2016).
- GARDNER Tricia. New interventions in child maltreatment fatalities : Establishing a near death review protocol. Poster 182. *In* : 21st Ipscan International congress on child abuse and neglect (Calgary, Canada, 28-31 août 2016).
- GARDNER Tricia. Considerations when establishing child fatality review. Poster 183. *In* : 21st Ipscan International congress on child abuse and neglect (Calgary, Canada, 28-31 août 2016).
- GOUVERNEMENT DU ROYAUME-UNI (HM GOVERNMENT). *Working together to safeguard children : a guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children*. London : HM Government, 2015 (1^{re} éd.). 109 p.

- INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES (IGAS), INSPECTION GÉNÉRALE DE LA JUSTICE (IGJ), INSPECTION GÉNÉRALE DE L'ADMINISTRATION DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE (IGAENR). *Mission sur les morts violentes d'enfants au sein des familles : évaluation du fonctionnement des services sociaux, médicaux, éducatifs et judiciaires concourant à la protection de l'enfance*. Paris : 2018. 106 p.
- LEBLANC Jean-Pierre. Le réel, la jouissance, le hors-discours... ou quelques réflexions sur le dispositif dit de l'« analyse de pratique ». *La lettre de l'enfance et l'adolescence*. 2011/2, n° 85-86, p. 157-168. Disponible en ligne : <https://www.cairn.info/revue-psychanalyse-2010-2-page-97.htm>.
- LEBLANC Jean-Pierre, SOCHARD L. Interventions au colloque du CNFPT « Repérage et prise en charge de la maltraitance à enfant : où en sommes nous ? » (Inset d'Angers, 3-4 octobre 2013).
- MARTIN Lorna June, MATHEWS Shanaaz, VAN NIEKERK Joan. Understanding how children die in South-Africa : learning from the child death review pilot. Poster 12. In : 21st Ipscan International congress on child abuse and neglect (Calgary, Canada, 28-31 août 2016).
- MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES. *Plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants (2017-2019)*. Paris : 2017. Disponible en ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/violences_plan17-19_dp.pdf.
- MOREAU Alain, *et al.* Méthode de recherche : s'approprier la méthode du focus group. *La revue du praticien – médecine générale*. 15 mars 2004, t. 18, n° 645. Disponible en ligne : https://nice.cngc.fr/IMG/pdf/focus_group.pdf.
- MOREL Christian. *Les décisions absurdes, I : sociologie des erreurs radicales et persistantes*. Paris: Gallimard, 2002. 379 p.
- MOREL Christian. *Les décisions absurdes, II : comment les éviter ?* Paris : Gallimard, 2012. 277 p.
- MOREL Christian, OURY Jean-Marc. Des décisions absurdes aux processus de la haute fiabilité. *Le journal de l'École de Paris du management*. 2012/2, n° 94, p. 37-44. Disponible en ligne : <https://www.cairn.info/revue-le-journal-de-l-ecole-de-paris-du-management-2012-2-page-37.htm>.
- Pr MUNRO Eileen. *The Munro Review of Child Protection : Final Report. A child-centred system*. Londres : Department for Education, 2011.
- ONPE. *La maltraitance intrafamiliale envers les enfants*. Paris : ONPE (Revue de littérature), 2016. Disponible en ligne : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/revue_web_liens_actifs.pdf.
- PISSALOUX Jean-Luc. Les inspections générales au sein de l'administration française : structures, fonctions et évolution. *Revue française d'administration publique*. 2015/3, n° 155, 2015, p. 601-622. Disponible en ligne : <https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2015-3-page-601.htm#no35>.
- ROSENFELD Jona Michael, DEFROMONT Jean-Michel (dialogue avec). *From Exclusion to Reciprocity : « Learning from Success »*. Lanham, Londres : Hamilton Books, 2016.

- ROUZEL Joseph. *La supervision d'équipes en travail social*. Paris : Dunod (Santé Social), 2015. 304 p.
- SCHÖN Donald Alan. *The Reflective Practitioner : How Professionals Think In Action*. Londres : Temple Smith, 1983.
- SIDEBOTHAM Peter, *et al.* Pathways to harm : Child, parent and family characteristics in English serious case reviews, 2011-14. *In* : 21st Ipscan International congress on child abuse and neglect (Calgary, Canada, 28-31 août 2016).
- SIDEBOTHAM Peter, *et al.* Child maltreatment fatalities : A study of English serious case reviews, 2011-14. Poster 35. *In* : 21st Ipscan International congress on child abuse and neglect (Calgary, Canada, 28-31 août 2016).
- TALEB Nassim Nicholas. *Le Cygne noir : la puissance de l'imprévisible*. Paris : Les Belles Lettres, 2012. 608 p.
- VIDAL Jean-Pierre. Supervisions en groupe et/ou analyse de pratique(s) professionnelle(s) ? L'enjeu décisif de la groupalité. *Dialogue*. 2019/2, n° 224, p. 77-94.
- WOLFF Reinhart, *et al.* *Aus Fehlern lernen – Qualitätsmanagement im Kinderschutz. Konzepte, Bedingungen, Ergebnisse : Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)*. Opladen, Berlin, Toronto : Verlag Barbara Budrich, 2013.

ANNEXE 2. RETOUR SUR ÉVÉNEMENT DRAMATIQUE ET AUTRES ESPACES OU INSTANCES DE TRAVAIL

	Pourquoi ?	Pour quelles situations ?	Qui participe ?	Quand ?
Retour sur événement dramatique	Il s'agit d'une analyse conduite par plusieurs institutions parties prenantes de situations ou événements dits « dramatiques » lorsqu'elles souhaitent comprendre si leurs interventions auraient pu prévenir ces situations ou les prendre en charge de manière plus optimale, dans une visée d'amélioration des pratiques.	La spécificité du retour sur événement dramatique est d'être déclenché suite à un événement dramatique, touchant directement un enfant (décès d'enfant, violences intrafamiliales...).	Animateur : interne et/ou externe à l'institution. Participants : à l'échelle d'une ou de plusieurs équipes pluri-institutionnelles.	Ponctuelle après la survenance d'un événement donné.
Analyse des pratiques professionnelles	Cette instance facilite le repérage et la compréhension des difficultés rencontrées par les professionnels au quotidien. Les réunions partent de situations concrètes évoquées par les participants, en présentant les difficultés et les ressources mobilisées à différents niveaux, pour construire des hypothèses de compréhension et d'action (intra-individuel : représentations ; individuel : pratiques ; interindividuel : dynamique d'équipes ; organisationnel : missions, moyens, modalités d'organisation du travail...) Cette instance repositionne chaque acteur dans sa pratique mieux référée et articulée au contexte de l'institution, avec ses possibilités et ses limites.	L'analyse des pratiques professionnelles porte sur des situations concrètes touchant aux prises en charge et aux pratiques professionnelles.	Animateur : externe (psychiatre ou psychologue). Participants : à l'échelle d'une l'équipe pluridisciplinaire.	Temporalité régulière.
Supervision d'équipe	Cette instance permet d'interroger les professionnels dans ce qu'ils mettent en jeu dans leurs pratiques quotidiennes. Elle permet de se dégager des enjeux imaginaires, de s'interroger sur les valeurs des professionnels, sur leurs objectifs, mais aussi sur leurs perceptions, leurs émotions, leurs processus de pensée et leurs modalités de communication... Elle renforce chez les supervisés la conscience d'eux-mêmes, de leur engagement, de leurs actes et de leurs conséquences, de leurs responsabilités, ainsi que de leurs capacités à instaurer des liens constructifs et de qualité. Elle permet aussi de mesurer et de renforcer la capacité à poser les justes limites dans les relations.	La supervision d'équipe porte sur des situations touchant, d'un point de vue plus large que l'analyse des pratiques, aux pratiques professionnelles, au cadre d'intervention...	Superviseur : externe (psychiatre ou psychologue). Participants : une équipe pluridisciplinaire.	Temporalité régulière.
Débriefing	Cette instance est centrée sur le fonctionnement des équipes, leurs relations et leur organisation. Elle vise à développer ou restaurer la coordination des interventions et la coopération entre professionnels. Le débriefing psychologique vise à inciter les personnes affectées par un événement potentiellement traumatisant à verbaliser leur expérience afin de prévenir ou de diminuer l'apparition de troubles psychologiques et pour promouvoir leur rétablissement psychologique.	Le débriefing est utilisé en cas de situations de crise.	Animateur : externe (psychiatre ou psychologue). Participants : à l'échelle d'une équipe pluridisciplinaire.	En réponse à une situation de crise institutionnelle, sous forme de « débriefing ». Ponctuelle et à l'échelle d'un temps assez court (dans les 24 à 72 heures).

(suite)	Pourquoi ?	Pour quelles situations ?	Qui participe ?	Quand ?
<p>Inspection administrative</p>	<p>Au titre de ses activités de contrôle, l'administration diligente des inspections pour veiller au respect de la réglementation et des bonnes pratiques dans un domaine d'activité.</p> <p>Dans leur ensemble, les services d'inspection ont vocation à examiner une situation et rendre compte dans les domaines administratif, économique, comptable et financier. Il s'agit d'assurer le caractère prévisible, régulier et continu de l'action administrative.</p> <p>Un rapport d'inspection est ensuite établi à partir des observations menées : il fournit des éléments complets et structurés pour permettre à l'autorité administrative de prendre des décisions adaptées et motivées, notamment l'engagement d'une procédure disciplinaire contre un ou des agents.</p> <p>L'action administrative ayant des retombées sociales qui débordent le simple cadre du contrôle d'exécution, la plupart des inspections exercent à ce titre « une mission générale de contrôle, d'audit, d'étude, de conseil et d'évaluation à l'égard des services centraux et déconcentrés de l'État ». Il s'agit alors de mesurer les effets réels des politiques suivies.</p> <p>Exemple de l'Igas : L'article L. 221-9 du CASF dispose que « le contrôle du service de l'aide sociale à l'enfance est assuré par l'inspection générale des affaires sociales ». Inspection générale interministérielle du secteur social, l'Igas réalise ainsi des missions de contrôle, d'audit et d'évaluation, conseille les pouvoirs publics et apporte son concours à la conception et à la conduite de réformes. Elle traite de sujets touchant à la vie de tous les citoyens : emploi, travail et formation professionnelle, santé, insertion sociale, systèmes de protection sociale.</p>	<p>L'inspection est diligentée lorsque des faits ou circonstances portés à la connaissance de l'administration doivent être éclaircis.</p> <p>Elle ne suppose pas l'existence d'une infraction pénale.</p> <p>Exemple de l'Igas : Elle intervient à la demande des ministres, mais aussi sur la base de son programme d'activité.</p>	<p>Organisation de l'inspection : les inspecteurs n'exercent aucune action immédiate sur la direction ou l'exécution du service.</p> <p>Pour mener l'inspection, des contrôles, des visites, des analyses de documents, des entretiens peuvent être réalisés.</p> <p>Au cours de l'inspection, les inspecteurs ont un large accès à l'information pour l'exercice de leurs missions : ils ont libre accès à toutes les administrations de l'État et des collectivités publiques et à tous les services et établissements chargés de la mise en œuvre des politiques considérées.</p> <p>Exemple de l'Igas : L'Igas n'est ni une juridiction ni une autorité administrative indépendante : elle est un service administrativement placé sous l'autorité des ministres.</p>	<p>Durée moyenne : 4 à 5 mois.</p>

ANNEXE 3. LA BOÎTE À OUTILS DE LA COMMISSION ÉVALUATION ET RECOMMANDATIONS DU DÉPARTEMENT DE LA CÔTE-D'OR



RETOURS SUR EXPÉRIENCES DRAMATIQUES DANS LE DOMAINE DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

La boîte à outils de la Commission Évaluation et Recommandations du Département de la Côte-d'Or

1°) La Commission Évaluation et Recommandations

Une Commission Évaluation et Recommandations (CER) a été instituée par le Département de la Côte-d'Or dans le cadre d'une amélioration continue de l'exercice de sa mission de protection de l'enfance. A ce titre, elle est placée sous l'autorité du Directeur Parentalité, Enfance, Culture, Sports au sein du Pôle Solidarités.

La CER a pour objectif généraux :

- d'améliorer le dispositif général de protection de l'enfance en :
 - évaluant des situations sous protection de l'ASE dont le suivi comporte des aspects dramatiques,
 - produisant des recommandations afin de limiter les risques de survenance de situations analogues ou proches,
- établir un bilan annuel d'avancement des recommandations émises ;
- nourrir l'évaluation du Schéma Enfance, Famille du Département, les différents outils déployés dans ce cadre, ainsi que les projets d'établissements et projets de service des acteurs concernés (ASE, Maison de l'Enfance, foyers, partenaires, ...) , voire leur politique interne de qualité.

2°) Fonctionnement de la CER

La CER créée en 2017 est régie par une Charte de fonctionnement qui inscrit son existence dans la durée.

Parmi ses missions, les retours sur expériences dramatiques conduisent à mobiliser de nombreux acteurs dans un calendrier serré, et le plus tôt possible après la fin de l'événement qui conduit à saisir la CER.

La méthode générale met à contribution différents outils méthodologiques en matière :

- de description de situation et de son contexte : recueil de tous les éléments documentaires et factuels existants (« enregistrements ») concernant la situation, frise chronologique faisant apparaître les liens entre les événements, carte sociale des acteurs ;
- recueil de la parole des acteurs : trames d'entretien ;
- de compréhension de ce qui a rendu l'événement possible : arbres des causes ;
- d'aide à la formulation de préconisations : questions évaluatives, arbre des objectifs, étonnements.

3°) Focus sur la boîte à outils

Il est présenté succinctement ci-dessous les outils utilisés par la CER. Les modèles de documents figurent en annexe. Il faut préciser que les formes présentées restent susceptibles d'évolution.

a- la formalisation d'une problématique

Il s'agit de définir précisément la question qui sera au centre des investigations de la CER.

La problématique exprime la situation vécue qui met en défaut la mission de protection qui incombe au Département et interroge les conditions de sa survenance (« comment est-il possible que / comment se fait-il que ... »).

La problématique se doit d'être exprimée très clairement. Pour aider à sa rédaction, il est possible d'utiliser les critères QQQCP (Qui, Quoi, Ou, Qui, Comment, Pourquoi).

b- les outils pour contextualiser l'événement dramatique

**** la carte sociale des acteurs (annexe 1)***

La carte sociale des acteurs permet de mettre donner une vue globale de la totalité des intervenants dans la situation, de leur proximité avec l'événement et leur éventuel rôle d'alerte dans le passé.

NB : la forme présentée en annexe est l'une des nombreuses formes possibles pour ce genre de représentations

**** la frise chronologique***

Elle est utile pour reconstituer les éléments antérieurs à l'événement étudié et qui sont en rapport avec les faits. Exemples : reconstitution des interactions d'un jeune avec les éducateurs au cours des trois jours précédant ; histoire du parcours de prise en charge ASE

c- la trame d'entretiens (annexe 2)

L'utilisation d'une trame d'entretien pré-établie permet de structurer l'entretien. Elle aide à dépasser l'expression de sentiments, d'émotions, de justifications de la part des professionnels.

L'expérience montre qu'ils sont déstabilisés par la démarche, peut-être pour deux raisons principales :

- éventuellement, la dureté des faits et leur raisonnement particulière dans l'histoire et les représentations personnelles de chacun,
- sentiment de mise en cause ou de culpabilité.

d-arbre des causes (annexe 3)

La construction d'un arbre des causes selon la méthode des « 5 Pourquoi » (ou « 5P ») facilite une étude en profondeur des causes expliquant l'événement.

Les avantages de la méthode :

- l'arbre révèle des causes multiples, évitant ainsi les simplifications ou la focalisation du regard sur une cause supposée prépondérante ;
- la méthode met au jour les causes profondes puisqu'elle veut qu'au cinquième « pourquoi » les causes « racines » du problème apparaisse, évitant ainsi de ne pas aller au fond des choses et de s'attacher à des symptômes plutôt qu'aux causes.

Sa construction doit respecter la logique de l'arbre : on passe d'un nœud à l'autre en établissant une cause directe. Pour le vérifier, on peut faire une relecture de l'arbre en partant des causes pour remonter à leurs conséquences et vérifier le chaînage logique.

Exemple : il y a eu un orage dans la nuit n'est pas la cause directe de l'arrêt d'un réfrigérateur – si on lit l'arbre dans le sens causes > conséquences, on voit que c'est un raccourci que de dire « il y a eu un orage donc le réfrigérateur s'est arrêté » - la chaîne logique des événements est en réalité la suivante : un orage produit une coupure de courant qui arrête le réfrigérateur. Pour la suite des travaux, un arbre bien construit permet de formuler de bonnes préconisations. Dans notre exemple, si l'on retient que l'orage produit l'arrêt du frigo, on est tenté de préconiser d'empêcher les orages (!!!) ; si l'on met en évidence que c'est la coupure d'électricité qui produit l'arrêt du frigo, on peut travailler à des préconisations beaucoup plus pertinentes !

Par ailleurs, une relecture globale de l'arbre en utilisant la méthode des « 5 M » permet de vérifier que l'ensemble des facteurs potentiels à l'origine de l'événement dramatique a bien été étudié. Elle permet éventuellement de pondérer le poids de chacun des cinq facteurs selon cette typologie.

A titre d'illustration, ci-dessous quelques transpositions de la méthode « 5 M » dans le champ de la protection de l'enfance¹ :

Thèmes	Objets de questionnement
<i>Matière</i>	<i>interroge l'événement dans l'ensemble de ses parties prenantes, de ses aspects (exemple : accident survenu de nuit, etc.)</i>
<i>Milieu</i>	<i>interroge par exemple les interactions entre les acteurs, les faits passés, le contexte médical, le fonctionnement du collectif de vie en établissement, etc.</i>
<i>Méthodes</i>	<i>Interroge les process de travail formels et informels (exemple : habitudes de travail)</i>
<i>Matériel</i>	<i>Interroge par exemple les bâtiments et locaux, les équipements en jeu dans l'événement</i>
<i>Main d'œuvre</i>	<i>Les personnes et leur histoire (ancienneté, titulaire / remplaçant, etc.), leur qualification (formation initiale, spécialisations, etc.), le management, les périodes d'absence (congé, maladie, etc.)</i>

e-arbre des objectifs (annexe 4)

¹ Note de l'ONPE : La méthode 5M est une méthode d'analyse qui sert à rechercher et à représenter de manière synthétique les différentes causes possibles d'un problème. Elle fut créée par le professeur Kaoru Ishikawa (1915-1989), théoricien précurseur de la gestion de la qualité, d'où son appellation « Méthode d'Ishikawa ».

L'arbre des objectifs est utilisé en complément de l'arbre des causes. Il facilite la construction de la situation idéale recherchée, à savoir celle dans laquelle l'événement aurait eu beaucoup moins de probabilité de se produire.

Les actions correctives que préconise la Commission sont reliées à des objectifs qui représentent des catégories de solutions aux problèmes identifiés.

La construction de l'arbre des objectifs permet ainsi :

- de distinguer, parmi les préconisations émises à la suite de l'analyse de la situation, celles qui relèvent d'une action concrète de celles qui sont des objectifs et pour lesquelles il reste à définir des actions opérationnelles,
- de vérifier que les actions préconisées sont bien une réponse à la problématique,
- de constituer un support visuel de concertation du plan général d'action avant de rédiger plus précisément les fiches action.

f-plan d'action et fiches action (annexe 5)

Toute démarche d'évaluation (ici en matière de retour sur événement dramatique) est généralement soumise à un certain nombre de risques relativement forts. Risques :

- d'inflexion de la volonté des commanditaires pris dans les urgences du quotidien, à l'écoute du scepticisme pour la suite de certains membres de leurs équipes, face à l'ampleur apparente de la tâche parfois, devant les priorités autres données par leur exécutif, etc.
- que les conclusions ne soient pas traduites en action,
- que le plan d'action ne soit pas approprié,
- que l'impulsion initiale du changement ne soit pas suffisamment forte,
- qu'en l'absence de suivi, la mise en œuvre des actions prévues reste en demi-mesure.

En somme, la construction du plan d'action ne garantit pas à elle seule le changement. Les fiches action viennent ainsi renforcer l'opérationnalité du dispositif. Elles clarifient l'objet de mobilisation, elles font l'objet d'une concertation plus fine que celle du plan général ce qui permet de vérifier la faisabilité réelle, elles responsabilisent des pilotes d'action et leur donnent les outils pour accomplir la mission en précisant les modalités pratiques de conduite des projets.

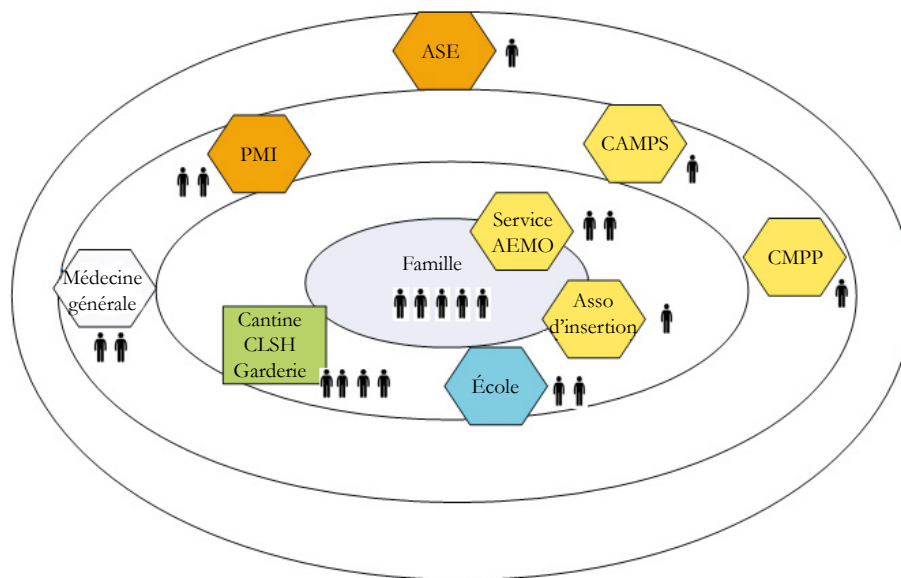
Autres avantages des fiches actions, elles constitueront un support clair pour le suivi de la mise en œuvre et permettront des évaluations *in itinere*.

CARTE DES ACTEURS

Les cercles concentriques schématisent la plus ou moins grande proximité en fonction de la nature des liens, du nombre d'interventions, de la proximité géographique, etc.

La représentation peut s'enrichir de couleurs indiquant des intensités, des catégories d'acteurs, etc.

Exemple de schématisation ayant pour but de montrer le nombre et la variété des intervenants autour de la situation étudiée :



- Secteur associatif
- Département
- Ville
- État
- Autre

[Source : Département de la Côte-d'Or – situation réelle]

Annexe 2

CER situation X
Trame d'entretien

Audition de :

Par :

le :

I- Le lien de la personne interviewée avec la situation examinée

II- Éléments d'information collectés en rapport avec les questions évaluatives

<i>Questions</i>	<i>Éléments de réponse</i>

II- Principales raisons entendues pour lesquelles l'accident a pu avoir lieu

Rappel de la problématique :

Éléments explicatifs entendus au cours de l'entretien :

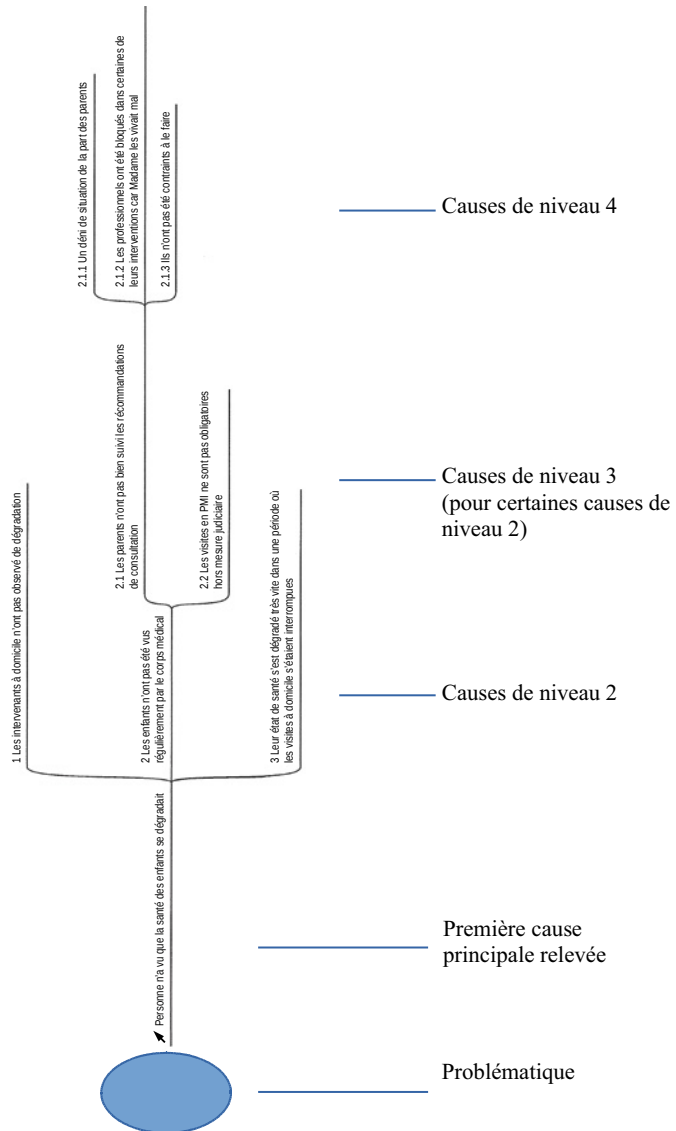
III- Pistes de travail qui pourraient constituer des recommandations à l'issue de l'analyse de la situation

Points évoqués qui pourraient inspirer les recommandations formulées par la CER :

[Source : Département de la Côte-d'Or]

ARBRE DES CAUSES

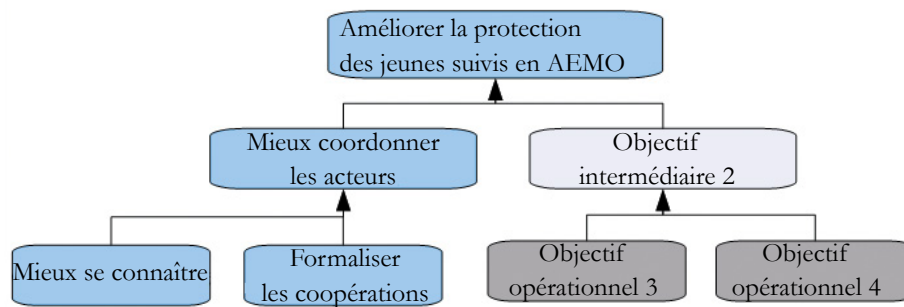
Extrait d'un arbre des causes (ici seulement quatre niveaux de causes sont présentés pour des raisons de lisibilité) [Source : Département de la Côte-d'Or – situation réelle]



ARBRE DES OBJECTIFS

annexe 4

Extrait d'un arbre des objectifs
 [Source : Département de la Côte-d'Or – situation réelle]



Action 1 :

Action 2 :

Action 3 :

Action 4 :

Action 5 :

Action 6 :

Action 7 :

Action 8 :

L'ensemble des actions forme le plan d'actions

FICHE ACTION

FICHE ACTION n°x CER situation XY	<libellé court de l'action>
	Objectif général : <cf arbre des objectifs> Orientation : Objectif spécifique :

Détail de l'action projetée

<que faudra-t-il faire ? (pour aider à la rédaction, on peut repartir du besoin en se posant la question : de quoi aurons-nous besoin pour réussir cette action ? >

Acteurs impliqués	Instances concernées
<désigner le pilote> <spécifier les participants et leur fonction dans le projet, au CD / chez les partenaires>	<spécifier l'ensemble des instances décisionnaire / à consulter au cours du déroulé de projet au CD / chez les partenaires>

Faisabilité / Opportunités	Points de vigilance / Conditions de réussite
<éléments factuels et/ou d'information qui laissent à penser que l'action est réalisable, éventuelle démarche en cours parallèlement ou en complémentarité et inter-agissant avec l'action>	<éléments d'incertitude à lever> <éléments d'évaluation amont restant à vérifier> <facteur pouvant mettre en échec la démarche> <NB: pour chaque point penser au CD et chez les partenaires>

Déclencheur et grandes étapes de conduite de l'action

<indiquer l'élément qui déclenchera la mise en marche du projet>
<décrire sommairement le déroulé opérationnel de l'action en le séquençant et faisant apparaître les moments de validation>

Organisation du suivi-évaluation

<indiquer qui est chargé du suivi (personnes, instances), à quel moment se réunir (périodique / si événement / ...)>
<NB : un fiche de suivi est recommandée pour consigner les comptes-rendus de suivi>

Fin d'opération : élément terminal, horizon temporel

<préciser quel élément permettra de dire que l'action est achevée>
<indiquer un objectif temporel de réalisation>

--

Engagements
<i><nom, qualité, signature des personnes qui s'engagent> <NB : en alternative, un fiche générale d'engagement peut chapeauter l'ensemble du plan d'action ; la fiche d'engagement peut associer les partenaires qui apposent alors une signature></i>

[Source : Département de la Côte-d'Or]

Dans le champ de la protection de l'enfance, la survenance d'un événement dramatique touchant un enfant constitue une expérience complexe pour les acteurs concernés par la situation. Au-delà des sentiments et ressentis qu'elle peut susciter auprès des professionnels, cette expérience confronte le secteur entier de la protection de l'enfance à la nécessité d'apprendre des situations difficiles dans une perspective de prévention et d'amélioration des pratiques. Centrée sur la prise en compte spécifique de l'enfant, la démarche de retour sur événement dramatique poursuit l'objectif de comprendre ensemble ce qu'il s'est passé, pour identifier les éléments qui ont contribué à la survenance du drame. Le présent livret précise le sens et les objectifs de la démarche, avant d'en expliciter le déroulé, au travers d'exemples d'expériences françaises et étrangères.