



L'évaluation du risque en protection de l'enfance¹

Della Knoke et Nico Trocmé

Qu'est-ce que l'évaluation du risque?

Le risque est évalué dans le but de prédire les probabilités qu'un événement négatif se produise. Dans le domaine de la protection de l'enfance, on se sert de l'évaluation du risque pour prédire l'apparition de mauvais traitements et de négligence ainsi que pour mettre en place des mesures préventives.

Pourquoi l'évaluation structurée du risque?

Les travailleurs sociaux ont toujours eu recours à l'évaluation du risque de mauvais traitements de façon officieuse par le truchement de leur expérience et de leur jugement clinique. On prône l'utilisation de l'évaluation structurée du risque pour déterminer avec plus de précision et de cohérence les enfants à risque de subir des mauvais traitements graves. On entend par mauvais traitements graves des gestes pouvant compromettre la santé physique et la sécurité d'un enfant, allant jusqu'à l'agression sexuelle.

L'évaluation structurée du risque rend uniforme la collecte et l'organisation par les travailleurs sociaux de renseignements liés au risque. Cela signifie que les travailleurs recueillent et évaluent tous les mêmes renseignements et les enregistrent de la même façon. Les outils d'évaluation structurée du risque sont conçus pour orienter le jugement clinique, et non pour le remplacer.

Les outils d'évaluation structurée du risque se divisent en deux catégories : les instruments fondés sur le consensus et les instruments actuariels. Les instruments fondés sur le consensus s'appuient sur le jugement clinique d'experts afin de déterminer quelles caractéristiques doivent faire l'objet de l'évaluation. Dans cette catégorie, les deux outils les plus utilisés sont le Washington Risk Assessment Matrix

et le California Family Assessment Factor Analysis. Les instruments actuariels, faisant partie de la deuxième catégorie, énumèrent les caractéristiques devant être évaluées, qui, selon les recherches, ont une relation statistique étroite avec la résurgence de mauvais traitements. L'instrument actuariel le plus employé est le Michigan Structured Decision Making (SDM) System's Family Risk Assessment of Abuse and Neglect.²

De quelle façon l'évaluation structurée du risque diffère-t-elle des autres types d'évaluation?

Les renseignements recueillis à l'aide d'instruments d'évaluation structurée du risque portent spécifiquement sur les probabilités de mauvais traitements; le champ d'évaluation est donc beaucoup plus restreint que pour d'autres outils, comme les évaluations exhaustives de la situation des enfants et des familles. L'évaluation du risque ne fournit pas nécessairement de l'information sur le bien-être général de l'enfant, ni ne fournit des renseignements sur les besoins à long terme des enfants et des familles.

L'évaluation du risque est liée, mais non identique, à l'évaluation de la sécurité. L'évaluation de la sécurité porte uniquement sur le risque d'apparition de mauvais traitements dans un avenir rapproché et sert à influencer la prise de décisions à court terme. Pour les enfants dont la situation est considérée comme à risque, la possibilité de mauvais traitements graves est trop élevée pour ne pas intervenir. Le retrait d'urgence d'un enfant peut donc être requis jusqu'à ce que la situation familiale se stabilise et qu'une évaluation plus complète puisse être effectuée. Comparativement à l'évaluation de la sécurité, l'évaluation du risque considère aussi les probabilités que resurgissent à plus long terme de mauvais traitements graves.

Comment mesure-t-on le risque?

Les outils d'évaluation structurée du risque mesurent les facteurs spécifiquement liés au risque, tels que :

- le type et la gravité des mauvais traitements infligés dans le passé;
- les caractéristiques du milieu familial (p. ex., la violence familiale);
- les caractéristiques de l'aidant ou des aidants (p. ex., la consommation abusive d'alcool ou de drogues);
- les caractéristiques de l'enfant (p. ex., l'âge, les problèmes de comportement).

Au sein d'une même famille, certains enfants peuvent être plus à risque de subir de mauvais traitements, à cause de leur âge, de leur sexe ou d'un handicap. On attribue une cote à chaque facteur de risque, et les travailleurs sociaux considèrent la combinaison des cotes pour évaluer le risque global. Généralement, on classe le risque global selon des niveaux : faible, modéré et élevé.

Étant donné que l'évaluation structurée du risque est une façon systématique de documenter le risque, on se sert de cet outil pour prendre des décisions sur le type de services à offrir ainsi que leur intensité. Dans l'évaluation du risque, la précision est d'une importance capitale pour assurer que les services requis sont bel et bien fournis et que les mesures appropriées sont correctement mises en place.

Quelques préoccupations au sujet de l'évaluation structurée du risque

1. La portée de l'évaluation du risque est très restreinte

La tendance actuelle de l'évaluation structurée du risque influence le fait que les renseignements recueillis ne traitent que des inquiétudes liées à la protection de l'enfance, sans porter suffisamment d'attention à la promotion du bien-être chez l'enfant. Les détracteurs de l'évaluation du risque affirment qu'il n'y a pas assez d'attention portée aux besoins de la majorité des enfants mal traités, qui ne sont pas physiquement à risque, mais qui peuvent tout de même développer toute une gamme de problèmes à long terme de nature sociale, émotionnelle ou comportementale. En guise d'exemple, l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements des cas de violence et de négligence envers les enfants (ÉCI) a permis de démontrer que

dans 96 % des signalements de mauvais traitements, il n'y avait pas de sévices physiques dits « graves » nécessitant un traitement médical.³ Les détracteurs de l'évaluation du risque exigent donc un outil qui reconnaîtrait et préconiserait le traitement d'une plus vaste gamme de besoins chez les enfants.

2. La précision des évaluations structurées du risque n'a pas été déterminée

On a tendance à croire que la précision des outils d'évaluation du risque s'est améliorée, puisqu'ils sont fondés sur des preuves; c'est-à-dire que les renseignements recueillis lors de l'évaluation sont considérés comme liés au risque élevé de réapparition de mauvais traitements graves.

Dans d'autres domaines, la recherche démontre que les professionnels formulent des jugements plus précis sur le niveau de risque lorsqu'ils sont guidés par des outils d'évaluation structurée du risque, plutôt que de se fier uniquement à leur jugement clinique.⁴ Toutefois, la validité et la fiabilité des outils d'évaluation du risque de mauvais traitements qui sont couramment utilisés n'ont pas été suffisamment éprouvées. Même si certaines recherches ont démontré des résultats positifs avec divers instruments,^{2,5,6} on n'a pas encore démontré que la justesse (validité) des jugements de risque posés par des travailleurs en protection de l'enfance est améliorée par l'utilisation de tels outils. De plus, nous ne savons toujours pas si les jugements formulés par les travailleurs qui se servent de ces outils sont cohérents (fiabilité). Il n'est toujours pas clair, par exemple, si deux travailleurs attribuent le même niveau de risque au même enfant; ce qui est d'une importance capitale, puisque le niveau de risque détermine quels services seront offerts.

À l'heure actuelle, aucun outil d'évaluation structurée du risque ne fait l'objet d'un consensus général. D'une compétence à l'autre, les instruments varient de 6 à 40 questions;⁷ ce qui signifie qu'il n'y a pas de consensus sur quels éléments évaluent avec justesse le niveau de risque.

Conclusion

Les travailleurs en protection de l'enfance ont besoin de meilleurs outils et d'une formation clinique plus poussée afin d'améliorer la précision des évaluations de situations où des enfants sont très à risque de subir de la négligence ou de mauvais traitements graves. Même si les outils d'évaluation structurée du risque montrent un certain potentiel dans d'autres domaines, une approche plus complète

et systématique est requise pour l'élaboration et la mise à l'épreuve de tels outils pouvant appuyer les pratiques en protection de l'enfance.

Projets de recherche du Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants (CEPB)

Au site de l'Université de Toronto du CEPB, plusieurs recherches sont actuellement consacrées à l'évaluation du risque. On compte, notamment, une étude de validation de Barber et Trocmé sur l'Ontario Risk Assessment Model (ORAM); une analyse par Knoke, Trocmé, Goodman et Leslie sur la relation entre l'utilisation de l'ORAM et les placements; ainsi qu'une étude subventionnée par le Conseil de recherches en sciences sociales sur l'élaboration d'un modèle fondé sur les preuves pour l'évaluation du risque en protection de l'enfance par Regehr, Trocmé, Barber, Hart et Tourigny.

Les feuillets du CEPB sont produits et distribués par le Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants afin de rendre accessible la recherche canadienne en protection de l'enfance.

Ce feuillet a été rédigé par Ivan Brown et Sue Sullivan, membres du personnel du CEPB.

Référence suggérée : Knoke, D. et N. Trocmé. 2004. *L'évaluation du risque en protection de l'enfance*. Feuillet d'information CEPB #18F. Toronto, ON, Canada : Faculty of Social Work, University of Toronto.

Le Centre d'excellence pour la protection et le bien-être de l'enfance (CEPB) est l'un des Centres d'excellence pour le bien-être des enfants financés par Santé Canada. Le CEPB est également financé par les Instituts de recherche en santé du Canada et de Bell Canada. Les opinions exprimées dans ce document ne représentent pas nécessairement la politique officielle des bailleurs de fonds du CEPB.



Ce feuillet d'information peut être téléchargé à : www.cecw-cepb.ca/fr/infosheets

- 1 Ce feuillet d'information a été révisé par des experts dans le domaine de la protection de l'enfance.
- 2 Baird, C., & Wagner, D. (2000). The relative validity of actuarial- and consensus-based Risk Assessment Systems. *Children and Youth Services Review*, 22 (11/12), 839-871.
- 3 Trocmé, N., MacLaurin, B., Fallon, B., Daciuk, J., Billingsley, D., Tourigny, M., Mayer, M. et al. (2001). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants : Rapport final*. Ottawa, ON: Ministère des travaux publics et services gouvernementaux Canada.
- 4 Dawes, R.M., Faust, D., & Meehl, P.E. (1989, 31 mars). Clinical versus actuarial judgment. *Science*, 243 (4899), 1668-1674.
- 5 Leschied, A.W., Chiodo, D., Whitehead, P.C., Hurley, D. & Marshall, L. (2003). The Empirical Basis of Risk Assessment in Child Welfare: The Accuracy of Risk Assessment and Clinical Judgment. *Child Welfare*, 82(5), 527-540.
- 6 Baird, C., Wagner, D., Healy, T., & Johnson, K. (1999). Risk Assessment in Child Protective Services: Consensus and Actuarial Model Reliability. *Child Welfare*, 78(6), 723-748.
- 7 Rycus, J.S., & Hughes, R.C. (2003). *Issues in Risk Assessment in Child Protective Services: Policy White Paper*. Disponible sur le site Web du North American Resource Centre for Child Welfare <http://www.narccw.com>

