

## Chapitre 9 - Pérennisation de la méthode d'évaluation au CNFPT de Picardie

- José Casol\* -

En 1993, à Amiens, Francis Alföldi a introduit et inauguré sa méthode d'évaluation des situations d'enfants en danger. Pendant plusieurs années, il a développé et diffusé sa culture évaluative en tant que formateur vacataire, auprès des travailleurs médico-sociaux du Conseil Général de la Somme. Sept ans plus tard, à la demande de la collectivité territoriale, le Centre National de la Fonction Publique Territoriale de la région Picardie lançait dans le cadre d'une procédure d'appel d'offres, une demande de formation à la « méthode Alföldi ».

Jusqu'alors, le cabinet C. FORM formait les travailleurs médico-sociaux de la région aux questions liées au secret professionnel, à l'éthique et à la déontologie. Le défi à relever était de taille : il s'agissait de concevoir un projet pédagogique articulant l'ensemble des problématiques de l'enfance en danger avec un module sur la méthode Alföldi. Notre démarche a consisté dans un premier temps à répertorier l'ensemble des champs de compétences mis en œuvre dans le cadre de l'évaluation des situations d'enfance maltraitée. Ces derniers étaient à notre sens de trois ordres :

- les connaissances juridiques,
- les connaissances liées au développement psychoaffectif des enfants et des adolescents,
- les connaissances méthodologiques (techniques d'entretien, méthodes d'évaluation).

Dans un dernier temps, nous avons convié les professionnels à mettre à l'épreuve leurs acquis de formation au regard d'études de cas pratiques.

\*  
\* \*

Il a semblé tout d'abord pertinent et utile de définir les connaissances juridiques nécessaires à la mise en œuvre des évaluations. Notre formation comporte ainsi une intervention liminaire sur l'organisation judiciaire de la France, la répartition des différents acteurs ainsi que leurs rôles respectifs. Sont ensuite exposées les principales procédures auxquelles se trouvent confrontés les professionnels, au pénal et au civil. Notre programme insiste tout particulièrement sur le rôle du Juge pour Enfants au regard de l'ordonnance de 1945, de l'ordonnance de 1958, et de la récente réforme de la protection de l'enfance. Nous avons même décidé de faire participer en co-animation, un Juge pour Enfants au cours d'une journée. Sa présence permet d'énoncer les besoins du magistrat dans le cadre d'une saisine en

---

\* José Casol est consultant au cabinet C.FORM (77410 – GRESSY)

vue d'une assistance éducative. Dans un second temps, le juge intervient pour répondre aux questions pratiques des travailleurs médico-sociaux.

Les questions relatives au secret professionnel, à l'éthique et à la déontologie des travailleurs médico-sociaux, sont également abordées, et tout particulièrement les difficultés rencontrées au regard du *secret partagé*. En effet, la notion de secret professionnel peut être étudiée sous son aspect légal au regard de l'article 226-13 du Code Pénal qui pose que « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende. ».

Cependant la pratique quotidienne des travailleurs médico-sociaux rend extrêmement délicat le respect du texte. De fait, si le législateur a toléré le secret partagé dans un contexte précis, il demeure que cette notion est mal mise en œuvre par les professionnels. La plupart d'entre eux persiste à croire qu'on peut en toute occasion partager une information à caractère secret avec un pair, par le simple fait que ce dernier soit, par sa profession ou par sa mission, tenu au secret professionnel.

La notion d'intérêt de l'utilisateur comme justification du partage d'une information à caractère secret, entre peu dans les échanges des travailleurs médico-sociaux. Tout se passe comme si l'échange d'informations était dicté par la préoccupation d'être au même niveau dans la connaissance des faits, et non par l'intérêt de la famille. Dès lors, les travailleurs médico-sociaux sont constamment sous la menace d'un dépôt de plainte (pénale) émanant d'un usager qui viendrait à se rendre compte que les informations livrées au travailleur social, sont partagées sans aucun discernement. Il a donc fallu bien expliciter la prévalence de la notion de secret professionnel durant ce cycle de formation.

En matière de protection de l'enfance, la mission contraint les professionnels à partager des informations et ce, dans l'intérêt de l'enfant. Dès lors, nous nous sommes efforcés de faire entendre aux stagiaires que la violation du secret professionnel auquel ils sont si attentifs, n'a de fait pas lieu lors du partage d'informations à l'occasion d'une commission d'évaluation du danger menaçant un enfant, ni d'ailleurs dans le procès-verbal rédigé lors d'une commission rogatoire par un officier de police judiciaire qui entendrait un travailleur médico-social. A l'inverse, il y aura violation du secret professionnel lorsque sont échangées des informations à caractère confidentiel dans les couloirs des services sociaux ou devant la machine à café. Il semble pourtant que bien souvent, la question n'effleure même pas les professionnels préoccupés de « vider leur sac ». Toutefois, il importe de demander pourquoi le secret professionnel tient une aussi grande place dans l'inconscient collectif des travailleurs médico-sociaux. On sait pourtant qu'à ce jour, aucun travailleur social n'a été condamné pour violation du secret professionnel !

La réponse est, à notre sens, d'ordre psychanalytique. Le fait de détenir un secret révélé par un usager place le travailleur médico-social dans une double excitation inconsciente. Le secret dont il est détenteur et non propriétaire, le positionne différemment parmi les intervenants gravitant autour de la famille. L'utilisateur l'a choisi lui et non les autres pour être récepteur du secret. Il porte ainsi la responsabilité de

sa détention ; il lui appartiendra de savoir s'il doit en partager ou non le dévoilement et assumer la culpabilité résultante. De même, le secret excite l'inconscient professionnel par le choix qu'il sous-tend : ne faut-il pas être un excellent intervenant pour que l'usager vous choisisse plutôt qu'un autre collègue au sein de l'équipe pluridisciplinaire ? La révélation provoque chez le professionnel un sentiment de toute-puissance narcissique. Elle rappelle un peu la confiance accordée au camarade à qui l'on confiait un secret dans la cour de récréation. Le succès du secret professionnel chez les travailleurs médico-sociaux réside dans cette équation paradoxale entre culpabilité et toute-puissance.

La déontologie est l'ensemble des règles régissant l'exercice d'une profession. Malgré la clarté de la définition, cette notion reste peu opérationnelle chez les travailleurs médico-sociaux. Une kyrielle de codes de déontologie parsème le monde des sciences humaines. Force est de constater que ces règles ne font que reprendre les grandes lignes de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et du Citoyen ainsi que le Code Pénal. Les questions relatives à l'éthique me paraissent nettement plus intéressantes. Pour mémoire, l'éthique est le lieu d'interrogation de la justesse du droit. Les questions éthiques posées aux travailleurs médico-sociaux dans le cadre de la protection de l'enfance, ont trait au fait de dire ou ne pas dire. Faut-il ou non dévoiler des informations dont le contenu peut être préjudiciable à l'intérêt des parents, mais qui semblent nécessaires à la préservation de l'intérêt de l'enfant ? Faut-il rendre compte de la médiocrité d'une prise en charge thérapeutique ou sociale, pour permettre au magistrat de réorienter l'assistance éducative ? Qui choisir, l'enfant ou le professionnel ? Théoriquement, la réponse est invariable : l'intérêt de l'enfant prévaut toujours. Lors des études de cas mises en œuvre au cours de la formation, nous constatons que le problème posé aux travailleurs médico-sociaux revient *in fine* à une question d'éthique. Cette réflexion responsabilise le travailleur social au regard des choix qu'il est amené à faire, non parce que ces choix sont légaux, mais parce qu'ils semblent justes. Un questionnement éthique reste et demeure donc par essence anti-juridique.

Ainsi, l'aide que nous tentons d'apporter sur le plan éthique entre en cohérence avec les aspects conceptuels de la méthode. L'important est d'agir, de penser, de se projeter dans une perspective de centration sur l'enfant. L'enfant est bien au centre de l'évaluation. La prise en compte de ses besoins fondamentaux détermine les axes de travail de l'intervenant médico-social. Si d'aventure son questionnement éthique l'amenait à faire d'autres choix que ceux visant l'intérêt de l'enfant, la commission disciplinaire trouverait vraiment sa raison d'être ! Favoriser le questionnement éthique, implique de développer la coresponsabilité du diagnostic mis en œuvre lors de l'évaluation. Lorsqu'un groupe réunissant des compétences pluridisciplinaires à partir d'une méthode établie, fait le choix d'indiquer une orientation précise, le travailleur médico-social en charge du dossier voit sa responsabilité partagée par son équipe. Ainsi avons-nous demandé et obtenu dans le département de la Somme, que les préconisations faites en commission d'évaluation soient validées par le cadre présent à la commission. De cette façon, l'institution demeure garante des orientations de la prise en charge. Cette disposition met fin à l'hypocrisie consistant à ce que les travailleurs médico-sociaux reçoivent leurs directives de plusieurs interlocuteurs, dont aucun finalement ne prend la responsabilité.

Le deuxième volet de la formation aborde les connaissances liées au développement psychoaffectif des enfants. Un module est consacré aux aspects généraux de la psychanalyse ainsi qu'aux stades du développement psychoaffectif. Cet apport théorique, qui pour certains n'est qu'une révision, revêt une importance particulière en protection de l'enfance. En effet, la psychanalyse nous permet de mieux apprécier les dommages potentiels, en fonction du stade de développement auquel surgit la maltraitance. Un module non moins important aborde la période de l'adolescence et sa complexité. Les travailleurs médico-sociaux sont souvent en difficulté au regard de l'ambivalence dont font preuve certains adolescents. Nous abordons aussi les conduites à risques et la problématique du deuil. Le deuil chez l'adolescent est double : il perd à la fois l'objet d'amour que sont ses parents et il perd l'image intégrée de l'enfant qu'il ne sera jamais plus. Ces tensions internes expliquent les phases de régression auxquelles sont confrontés tous les parents d'adolescents, parfois avec désarroi. Ce module évoque aussi de manière succincte les apports piagétiens concernant les stades de développement, notamment les phénomènes d'accommodation et d'assimilation.

La troisième partie de la formation porte sur la double mission qui caractérise la posture du travailleur médico-social : mission d'aide aux familles, mission d'évaluation et de traitement des informations signalantes. Les aspects méthodologiques sont traités sur deux axes :

- les techniques d'entretien : écoute, relation d'aide, attitudes inductives,
- la méthode d'évaluation médico-psycho-sociale de Francis Alfordi.

Au cours de nos recherches bibliographiques dans le domaine de la méthodologie de l'évaluation, nous nous sommes porté acquéreurs des ouvrages de Francis Alfordi. *L'évaluation en protection de l'enfance*<sup>1</sup> développait une méthode qui nous a semblé correspondre à ce que nous cherchions. Bien que complexe au premier abord, cette méthode possédait l'avantage de s'inscrire dans le droit champ de ce que nous avons toujours enseigné et prétendu, à savoir l'importance de l'objectivation et de la pluridisciplinarité, le caractère essentiel de la distinction entre référent et référé, l'aspect primordial de l'implication. L'approche conceptuelle faisait en outre la part belle à la nécessité de la centration sur l'enfant, privilégiant les effets d'une maltraitance aux causes de son surgissement.

A l'époque, un contact avec l'auteur a été tenté via l'éditeur mais sans succès ! Il a alors fallu que nous fassions un gros travail de recherche et d'analyse sur la méthode, afin de transmettre ce savoir théorique sans trahir l'esprit de l'auteur. Nous avons adapté notre mode pédagogique en employant une série d'exemples permettant d'illustrer la méthode tout en lui restant scrupuleusement fidèle. Cette option délibérée a eu pour conséquence de nous contraindre à faire ressortir la substantifique moelle de cette démarche.

Durant les deux dernières journées de la formation, des études de cas permettent aux participants de mettre en œuvre et d'utiliser les différents apports théoriques. Au fur et à mesure de l'organisation des stages, il est apparu que l'application de la méthode permettait, outre la détermination du niveau de danger dans lequel était

---

<sup>1</sup> F. Alfordi, 1999, *L'évaluation en protection de l'enfance*, Paris, Dunod

l'enfant, de faire en sorte que les travailleurs médico-sociaux venant d'horizons et de formations différents, arrivent à travailler ensemble.

Une des difficultés principales dans l'évaluation des situations en protection de l'enfance, tient au fait que lors des réunions de synthèse classiques, le référent (l'ensemble des critères d'évaluation selon le modèle théorique) n'est pas commun. Il en résulte que très souvent, on évalue davantage la compétence du travailleur médico-social, et non la situation dans laquelle se trouvent l'enfant et sa famille. Les conséquences de cette décentration ont pour effet de culpabiliser le professionnel, d'interdire au groupe l'efficience qu'il doit légitimement apporter à l'intervenant, et d'entraver la dynamique de changement nécessaire à l'enfant. La méthode, grâce à la nécessité de centration sur enfant et aux contraintes que représente l'utilisation des outils (*critéroscope* et *génogramme d'évaluation*), vient aider chaque participant à centrer l'évaluation sur l'enfant et sa famille. Les travailleurs médico-sociaux en charge du dossier s'en trouvent mieux assistés et soutenus dans leurs perspectives de travail.

L'utilisation des outils, et plus particulièrement celle du *critéroscope*, permet en outre un sérieux gain de temps, quand la rédaction du rapport de signalement s'avère nécessaire. Les travailleurs médico-sociaux apprécient plusieurs procédés caractéristiques : factueliser les indicateurs de risque et de danger, pointer les ressources du système, former un écrit conforme aux préconisations de la commission d'évaluation. Autre aspect essentiel, le partage de la responsabilité du diagnostic. La présence d'un cadre garant de l'institution, doit permettre aux travailleurs médico-sociaux d'obtenir un procès-verbal indiquant les préconisations de la commission. Au final, chacun partage le sentiment que la réunion a été utile pour l'enfant, utile pour sa famille, utile pour le travailleur médico-social en charge du dossier.

L'utilisateur doit se situer par rapport aux deux principaux outils : le *génogramme d'évaluation* avec le *guide de lecture*, le *critéroscope* précédé d'un *catalogue des indicateurs de danger*. L'application stricte et exhaustive de la méthode nécessiterait selon nous l'utilisation des deux techniques pour chaque situation. Cependant la réalité du terrain, la charge de travail des équipes, le temps nécessaire à l'instruction du cas et à l'utilisation des instruments, ne le permettent pas. C'est la raison pour laquelle nous avons préconisé que chaque professionnel puisse choisir lui-même l'instrument avec lequel il se sent le plus à l'aise. Lors des différents stages, il est apparu que certaines équipes préféreraient le premier outil, d'autres le second. Dans une perspective résolument pragmatique, nous dirons que les deux instruments ne répondent pas aux mêmes attentes.

Le *génogramme* et son indispensable *guide de lecture* s'avèrent très intéressants en début d'intervention, pour faire émerger les pistes de travail, notamment s'il s'agit de définir les relations entre les différents protagonistes de la famille. Cet outil nous semble plus efficace dans le contexte de la prise en charge éducative. Le *critéroscope* quant à lui s'avère plus pertinent lorsqu'on entend répondre de façon plus factuelle et plus précise, à la question du danger ou du risque menaçant l'enfant. Il est tout aussi efficace lorsqu'un danger ou un conflit est repéré, l'instrument facilitant la mise en forme d'un signalement destiné à l'autorité judiciaire. Les deux outils sont en fait complémentaires. Nous maintenons cependant

qu'il faut laisser le choix aux professionnels d'utiliser l'un ou l'autre, selon les spécificités de l'intervention en protection de l'enfance.

\*  
\* \*

En ce qui concerne la satisfaction des stagiaires, la formation a suscité des réactions très positives, comme nous avons pu le constater à l'issue des bilans depuis le début de cette action en 2000. Nos participants ont tout particulièrement apprécié la possibilité de réaliser un traitement exhaustif sur une situation bien concrète. Ils ont également salué le fait que l'ensemble des champs significatifs puisse être étudié par un seul et même intervenant, cette condition étant perçue comme un facteur de cohérence méthodologique tout au long de la formation. Les stagiaires ont salué la possibilité de consacrer deux à trois journées pour examiner des dossiers posant des problèmes, ainsi que le fait de considérer la formation comme une commission d'évaluation. Le travail engagé sur les concepts indispensables mis à l'épreuve de la réalité des dossiers, a permis aux participants d'intégrer les outils d'évaluation dans la perspective de les utiliser en équipe.

L'intérêt pour la formation ne s'est jamais démenti, cependant les travailleurs médico-sociaux se sont vite rendus compte que pour appliquer la méthode, il importait que l'ensemble des intervenants du territoire soient formés. Lors des bilans, le responsable pédagogique du CNFPT a pris l'initiative d'inviter les cadres de l'institution. Lors de ces temps de réflexion, les travailleurs sociaux ont continué d'exprimer leur satisfaction sur les contenus pédagogiques tout en approuvant la reconduction du dispositif. Suite à ces constats, une rencontre a été organisée entre les dirigeants de l'enfance au niveau du département, le cadre pédagogique du CNFPT et le formateur, afin d'examiner la possibilité de former l'ensemble des travailleurs médico-sociaux sur plusieurs années. Trois à quatre stages par an furent mis en oeuvre avec la volonté institutionnelle de doter l'ensemble des équipes, d'outils permettant de mieux évaluer les situations d'enfants en risque ou en danger. Il est notable que la constitution des groupes favorisait la mixité entre les différents champs professionnels : assistantes sociales, éducatrices, médecins, puéricultrices, infirmières, sages femmes, conseillères en économie sociale et familiale. Ainsi, avons-nous formé pendant deux ans, entre 2000 et 2001, une centaine de travailleurs médico-sociaux. A chaque bilan, conformément à l'habitude prise, les cadres du service enfance, du service social et de la PMI étaient présents. Très vite, une nouvelle difficulté est apparue : les cadres, censés animer et garantir la tenue et la mise en oeuvre des commissions d'évaluation, n'étaient pas formés à la méthode ni à son management particulier. Dès lors, ils étaient souvent mis en difficulté dans la conduite quotidienne de leurs équipes. En conséquence, dès l'année suivante, nous avons mis en place un module à destination des cadres, centré sur les techniques de management d'une équipe médico-sociale lors des commissions enfance pratiquées avec la méthode Alföldi. Jusqu'à ce jour, chaque année, notre organisme a formé à la fois les travailleurs médico-sociaux et leurs cadres. La volonté, peu courante au demeurant, de faire adhérer l'ensemble des personnels à une méthodologie déterminée, a permis de développer à l'échelon du territoire :

- les méthodes d'évaluation,
- les connaissances juridiques,
- la mise en pratique des concepts évoqués durant la formation.

La démarche engagée depuis 2000 s'apparente davantage à un projet institutionnel qu'à de simples séquences de formation. Les juges destinataires des signalements ont été interrogés pour connaître leur degré de satisfaction à l'égard des rapports de signalements transmis par les travailleurs médico-sociaux. Dans ce domaine encore, nous avons constaté une grande satisfaction des magistrats, leurs réponses indiquant clairement qu'il leur était dorénavant plus aisé d'instruire et d'ordonner les mesures d'assistance éducative.

La révision du schéma départemental de protection de l'enfance de la Somme, s'est déroulée en 2006, concomitamment à cette entreprise de formation. Le nouveau plan a nettement privilégié la notion de territorialité. Dès lors, C.FORM a été sollicité, via le CNFPT de Picardie, pour réfléchir à l'organisation d'une structure nommée *commission enfance* au sein de chaque territoire du département. Bien que les personnels soient formés à cette question, la mise en œuvre concrète de la commission se heurtait à des difficultés organisationnelles. Depuis l'année 2007, notre cabinet travaille avec les responsables départementaux pour adapter l'organisation et le management au sein de chaque territoire. L'objectif est de rendre opérationnelle la création d'une commission enfance pluridisciplinaire, instance dont les travaux soient effectivement centrés sur l'enfant. Au travers de cette expérience, les travailleurs médico-sociaux se sont trouvés confrontés à trois difficultés majeures.

La première difficulté est d'ordre méthodologique. Certes, toute méthode est perfectible, et sans doute potentiellement lacunaire. Cependant force nous a été de constater qu'à défaut d'une méthode structurant la pensée du groupe, les travailleurs médico-sociaux se trouvaient confrontés à une subjectivité massive. Les questions impliquantes déclenchées par la réflexion sur l'instrument, ont stimulé l'activation du travail pluridisciplinaire. L'apport méthodologique a permis de réduire cette part subjective.

La seconde difficulté est d'ordre juridique. Nous avons constaté que dans ce domaine les connaissances des travailleurs médico-sociaux demeuraient lacunaires. Or, la protection de l'enfance reste avant tout une affaire de droit. La maîtrise des concepts juridiques de base est donc indispensable à une évaluation pertinente. Trop souvent, les travailleurs sociaux continuent de confondre les rôles des différents magistrats concourant à la protection de l'enfance : substitut des mineurs, Juge pour Enfants, Juge aux Affaires Familiales. Les lacunes dans ce domaine pourtant basique, participent à la mise en péril d'une évaluation structurée. Les travailleurs médico-sociaux doivent apprendre à communiquer avec les professionnels du droit. Il s'agit sans doute de deux mondes dont les schémas de pensée différent, deux mondes qui généralement s'ignorent. En prendre conscience conduit à mieux comprendre la nécessaire articulation entre la justice et le médico-social. Ce faisant, les travailleurs sociaux parviennent à rendre au débat contradictoire ses lettres de noblesse, devant leurs interlocuteurs judiciaires. Ils y parviennent par un effort délibéré de factualisation des informations présentes dans le signalement, par une différenciation systématique entre temporalité des faits et temps de l'analyse, en évitant soigneusement l'interprétation excessive des données subjectives. La qualité de certains rapports est devenue telle, que les magistrats ne ressentent plus la nécessité d'inviter les travailleurs médico-sociaux, auteurs de signalements, à la première audience et ce, dans le respect du contradictoire.

La troisième difficulté est d'ordre plus professionnel. L'élaboration du programme de cette formation, a soulevé la question cruciale de la technique d'entretien. Que valent une méthode éprouvée, des connaissances juridiques certaines, au regard d'entretiens ne permettant pas de recueillir des éléments factuels précis ? Paradoxalement, les carences en matière de recueil d'information sont inhérentes aux pressions institutionnelles des travailleurs médico-sociaux. En effet, les professionnels des conseils généraux sont toujours pris dans une double contrainte : la demande légitime d'aide des usagers et le devoir institutionnel de rendre compte sur l'exercice de la mission. La demande d'aide conduit les familles à se confier aux professionnels ; l'accompagnement social ou éducatif nécessite alors une garantie de confidentialité quant aux propos tenus (cf. les textes sur le secret professionnel). Dans le même temps, l'institution exige de ses collaborateurs qu'ils restituent tout élément significatif des situations d'enfants, au regard de la mission de protection. Liés par cette double demande, les travailleurs sociaux ont d'énormes difficultés à faire de l'entretien avec les familles et les enfants, un objet de connaissance. Aussi parfois préfèrent-ils ne pas poser certaines questions, de peur d'entendre une réponse qu'il leur sera difficile de traiter. Le compte-rendu des entretiens dès lors s'appauvrit, les dialogues retranscrits n'apportant aucun élément factuel significatif d'une évaluation pertinente. Pourquoi est-il encore si difficile pour un travailleur médico-social de dire à une famille qu'il pense que cette dernière est maltraitante avec son enfant ? Un tel message ne serait pas sans exercer un impact clinique sur bien des situations. Mais le plus souvent, la réponse produit une sorte d'appréhension et la question n'est pas posée : on tourne autour de la cible sans jamais l'atteindre. Le mot qui dans ce cas définit le mieux l'état de ces travailleurs médico-sociaux est *la peur*. L'intervenant a peur pour l'enfant de ce qui va se passer lorsque la porte du domicile se sera refermée, peur de se tromper, peur de rompre la relation si difficilement établie, peur de se retrouver devant l'indicible face à une situation de maltraitance avérée. Nous continuons résolument d'évoquer ces questions difficiles lors des formations. Les travailleurs médico-sociaux ressortent différents, souvent bouleversés, se déclarent conscients de l'effort à accomplir, désireux d'apporter du matériel clinique au sein de la commission d'évaluation.

\*  
\* \*

Les travailleurs médico-sociaux des départements ont besoin de connaissances théoriques, juridiques et méthodologiques pour faire face aux problématiques complexes posées par la protection de l'enfance, dans une organisation départementale. Au delà du besoin, nous avons pu constater que dans la Somme, ils en étaient également demandeurs. Notre expérience en territoire picard aura bientôt dix ans ; ses résultats encourageants nous incitent à vouloir continuer son développement.

C'est ainsi qu'à partir d'octobre 2007, le Conseil Général de la Somme a souhaité optimiser la formation en demandant au cabinet via le CNFPT et son cadre pédagogique, Mme Cordonnier, cheville ouvrière de ce dispositif, de venir sur chaque territoire aider les cadres référents, à mettre en place une commission unique enfance, destinée à aider les travailleurs sociaux dans l'évaluation des situations de protection de l'enfance. Nos objectifs sont d'améliorer la qualité du diagnostic

médico-social, d'objectiver les dispositifs (TISF, AED, AEMOJ, médiation familiale) mis à disposition des usagers par le département, enfin d'être plus pertinent dans l'aide et le soutien des familles et de leurs enfants. Le développement de la méthode Alföldi en région picarde s'inscrit donc dans un dispositif de soutien à la parentalité, qui a vocation aujourd'hui à être mis en place dans l'ensemble des territoires du département de la Somme.