**FICHE DE RECUEIL D’INFORMATIONS PRÉOCCUPANTES**



JANVIER 2016

L’information préoccupante est une information transmise à la cellule de recueil et de traitement des informations préoccupantes pour alerter le président du conseil départemental sur la situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'un accompagnement, **pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être.[[1]](#footnote-1)**

A réception de toute information, la CRIP procède à une analyse de la situation du mineur afin de qualifier l’information de préoccupante ou pas, d’évaluer son degré de gravité et d’urgence et de décider la mise en œuvre d’une évaluation sociale si la situation du mineur le nécessite, **l’objectif étant de déterminer les actions de protection et d’aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier.**

**Sauf intérêt contraire de l’enfant, et selon des modalités adaptées, il est important d’informer le père, la mère, ou toute autre personne exerçant l’autorité parentale de la transmission de cette fiche de recueil d’information.**

**Cette fiche de recueil est à envoyer :**

* Soit par courrier à la Cellule de Recueil des informations Préoccupantes

Direction de l’Aide Sociale à l’Enfance de la Mayenne - 2 bis boulevard Murat - 53030 LAVAL CEDEX 9

* Soit par e-mail : [crip@lamayenne.fr](mailto:crip@lamayenne.fr)

**Pour plus d’informations, n’hésitez pas à contacter la Cellule de recueil des informations préoccupantes :**

* du lundi au vendredi, entre 9h – 12h30 et 13h30 - 18h, au 02.43.59.57.84
* Soit par e-mail : [crip@lamayenne.fr](mailto:crip@lamayenne.fr)

**Date de transmission de la FRIP :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Date de réception de la FRIP par la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :** | **Prénom :** |
| **Fonction :** | **Téléphone :** |
| **Service :** | **Adresse :** |

# 1-LE RÉDACTEUR DE L’INFORMATION

# 2-LA PERSONNE AYANT INFORME DES FAITS

# *Si différente du rédacteur*

*◢ L’identité des personnes privées, même celles n’ayant pas demandé l’anonymat et désirant être informées des suites données à leur démarche, doit rester confidentielle.*

*◢ L’anonymat ne pourra pas être préservé lorsque les personnes concernées par ces informations engagent une procédure pour dénonciation calomnieuse et/ou qu’une réquisition est prononcée par le procureur de la République.*

**La personne a-t-elle souhaité garder l’anonymat : OUI**  **Si NON** **:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom :** | | **Prénom :** | |
| **Adresse :** | | **Téléphone :** | |
| **Lien avec le(s) mineur(s) : OUI**  **NON** | | **Lequel ? :** | |
| **La personne accepte-t’elle d’être recontactée :** | **OUI**  **NON** | |

**3-LE (S) MINEUR(S) CONCERNÉ(S) PAR LES INFORMATIONS PRÉOCCUPANTES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | Sexe (M/F) | Date et lieu de naissance  (ou âge) | Établissement scolaire |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**4-LES PARENTS\***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nom | Prénom | Adresse et numéro de téléphone | Détenteur de l’autorité parentale |
| Parent 1 |  |  | Adresse :  Commune :  Téléphone : | OUI  NON |
| Parent 2 |  |  | Adresse :  Commune :  Téléphone : | OUI  NON |

Où vit l’enfant ? : Au domicile de ses deux parents

Au domicile du parent 1

Au domicile du parent 2

Garde alternée

Autre

Précisez :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom et Prénom : | |  | |
| Lien avec l’enfant : | | |  |
| Adresse : |  | | |

La fréquence du droit de visite et d’hébergement du parent n’ayant pas la résidence habituelle, si connues :

\* si les parents sont différents pour l’un ou chacun des enfants, préciser les informations ci-dessus pour chacun d’entre eux.

2

# 5-AUTRE (S) PERSONNE (S) PRÉSENTE (S) AU DOMICILE

**NATURE DES LIENS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | Sexe (M/F) | Date de naissance  ou âge | Lien avec le(s) mineur(s) concerné(s) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

3

**6-NATURE ET CONTENU DES INFORMATIONS**

Date du recueil : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Mode du recueil :  téléphonique  entretien  courrier

au cours de l’accompagnement de la famille

autres (préciser) :

Préciser les dates, les faits, s’ils ont été constatés ou rapportés, leur récurrence, les personnes auteurs des faits, les lieux où ils se sont produits, les circonstances, la connaissance du contexte familial, tout élément qui peut aider à la compréhension de la situation, en préservant l’anonymat de la personne qui l’aurait demandé.

4

**7-INFORMATIONS SUR LA TRANSMISSION DES INFORMATIONS PREOCCUPANTES**

**L’enfant est-il informé de la transmission de cette fiche de recueil d’informations : OUI**  **NON**

**Quelle a été sa réaction ?**

|  |
| --- |
|  |

*◢ Le père, la mère ou toute personne exerçant l’autorité parentale ou le tuteur sont informés préalablement de la transmission d’une information préoccupante sauf si cela expose le mineur à un danger ou si cela pourrait compromettre des investigations futures d’ordre pénal (article L 226-2-1 du CASF)*

**Les parents sont-ils informés de la transmission de cette fiche de recueil d’informations : OUI**  **NON**

**A quelle date ?** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Si non, en quoi l’intérêt du mineur s’y oppose-t-il ? :**

|  |
| --- |
|  |

**Quelle a été leur réaction ?**

|  |
| --- |
|  |

5

# 8-ACCOMPAGNEMENTS AUPRES DU(ES) MINEUR(S) ET DE SA(LEUR) FAMILLE

La famille est-elle connue :

* du service social de proximité OUI  NON

|  |
| --- |
| Nom et Prénom : |
| Fonction : |
| Adresse : |
| Téléphone : |

* de la Protection maternelle et infantile OUI  NON

|  |
| --- |
| Nom et Prénom : |
| Fonction : |
| Adresse : |
| Téléphone : |

* de l’Aide sociale à l’enfance OUI  NON

|  |
| --- |
| Nom et Prénom : |
| Fonction : |
| Adresse : |
| Téléphone : |

* Autres OUI  NON

Précisez :

|  |
| --- |
| Nom et Prénom : |
| Fonction : |
| Nom de l’organisme : |
| Adresse : |
| Téléphone : |

Quels mineur(s) bénéficie(nt) de mesures éducatives ? :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom et prénom du mineur | Type de mesure | Référent de la mesure |
|  |  | Nom et prénom :  Coordonnées : |
|  |  | Nom et prénom :  Coordonnées : |
|  |  | Nom et prénom :  Coordonnées : |
|  |  | Nom et prénom :  Coordonnées : |
|  |  | Nom et prénom :  Coordonnées : |

6

**9-ÉLÉMENTS COMPLÉMENTAIRES REPÉRÉS PAR LA PERSONNE QUI INFORME**

**Les observations complémentaires, leur identification et leur répétition (facteurs aggravants)** précisent le contexte social et familial dans lequel vivent les mineurs, ainsi que les signes de mal-être ou problèmes de comportement. Ils permettront à la Cellule de recueil d’informations préoccupantes **de proposer** **l’intervention la plus pertinente possible**.

|  |  |
| --- | --- |
| **FACTEURS** | **OBSERVATIONS**  **Préciser les dates des observations et leur répétition** |
| **🢩 Etat général de l’enfant** | |
| * ***Attitude qui questionne****,*   *Tristesse, crainte, quête affective importante, recherche du contact physique, ….*   * ***Problèmes du comportement****,*   *Agressivité, agitation, apathie, ….*   * ***Comportement sexualisé*** *ou règles d’intimité non intégrées* * ***Troubles de la communication****,*   *Evitement du regard, repli sur soi, balancement, inexpressivité, …*   * ***Aspect physique négligé****,*   *Problèmes d’hygiène, tenue non adaptée, …*   * ***Problèmes de santé physique et/ou psychologique****,* ***Conduites à risque***   *Enurésie, encoprésie, troubles du sommeil,*  *Problèmes du développement, retard de croissance, troubles alimentaires, …*  *Addictions, automutilation, tentative de suicide, ……*   * ***Symptômes physiques****, traces de coups, hématomes, fractures ,…* * ***Accidents domestiques*** * ***Difficultés scolaires****, changement de comportement scolaire, baisse de l’investissement scolaire, absentéisme scolaire, …* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **🢩 Capacités parentales** | |
| * *Difficultés à prendre en compte les besoins matériels de l’enfant* * *Défaut de surveillance* * *Défaut de stimulation ou d’encadrement* * *Cadre éducatif, contexte insécurisant, attitude parentale brutale, rejet de l’enfant, dénigrement, isolement, …* * *Défaut de soins* * *Carences affectives* * *Violences sexuelles* * *Radicalisation, idéologie sectaire, ….* |  |

7

|  |  |
| --- | --- |
| **FACTEURS** | **OBSERVATIONS**  **Préciser les dates des observations et leur répétition** |
| **🢩 La période prénatale** | |
| * *Observations sociales, médico-sociales et médicales* * *Déclaration de grossesse tardive ou grossesse non déclarée* * *Mise en œuvre des préconisations et régularité du suivi de grossesse* * *Projection et préparation de l’arrivée du bébé* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **🢩 Contexte socio-économique** | |
| * *Conditions d’habitat, hygiène, dangerosité, inadaptées, ….* * *Isolement social, familial, géographique de la famille, …* * *Modes et rythmes de vie inadaptés* * *Contexte conjugal, absence d’un des parents, conflits, ….* * *Violences au sein du couple* * *Santé des parents, addictions, fragilités psychologiques, déficiences mentales, ….* |  |

**10-LE RETOUR D’INFORMATIONS**

Conformément à l’article L. 226-5[[2]](#footnote-2) du CASF, la Cellule de recueil d’informations préoccupantes avisera les professionnels qui ont transmis ces informations des suites données. Un accusé de traitement leur sera envoyé.

Signature du professionnel rédacteur : *(Nom, Prénom, fonction)*

**DOCUMENT À DESTINATION DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX**

**ÉLÉMENTS REPÉRÉS DANS LE CADRE D’UN ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL**

Ces éléments sont utiles à la compréhension du contexte social et familial dans lequel vivent les mineurs et permettront à la Cellule de recueil d’informations préoccupantes **de proposer** **l’intervention la plus pertinente possible**.

**Date :**

**Rédacteur du document :** *(Nom, Prénom et fonction)*

|  |
| --- |
| **Eléments recueillis auprès de :** *(Nom, Prénom et fonction)*  Concernant l’enfant : |

|  |
| --- |
| Concernant sa famille : |

Accompagnement social et/ou médico-social mis en œuvre :

* + Objectifs de l’accompagnement
  + Capacités et mobilisation des parents à se saisir de l’accompagnement proposé

**Signature du rédacteur :**

***Écrit validé par :***

***La(e) responsable du soutien technique en action sociale de proximité***

***La responsable territoriale de protection maternelle et infantile***

***La cheffe de service CRIP***

***La cheffe de service adjointe CRIP***

9

1. Article R226-2-2 du CASF 1 [↑](#footnote-ref-1)
2. Modifié par [LOI n°2013-403 du 17 mai 2013 - art. 1 (V)](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=96DA9B0E455C3CE2C2EB2E5C71A995E7.tplgfr24s_1?cidTexte=JORFTEXT000027414225&idArticle=LEGIARTI000027416696&dateTexte=20190227&categorieLien=id#LEGIARTI000027416696)

   Le président du conseil départemental informe les personnes qui lui ont communiqué des informations dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur activité professionnelle ou d'un mandat électif des suites qui leur ont été données.

   Sur leur demande, il fait savoir aux autres personnes l'ayant informé si une suite a été donnée.

   En cas de saisine de l'autorité judiciaire, il en informe par écrit les parents de l'enfant ou son représentant légal.

   8 [↑](#footnote-ref-2)