

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2020

2020 TOU3 1607

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Garance VAMOUR

le 07 OCTOBRE 2020

Aide à la décision de placement précoce avant l'âge de 2 ans :
quels sont les outils existants ?
Une revue de littérature internationale.

Directeur de thèse : Dr Michel VIGNES
Co-directrice de thèse : Dr Ludivine FRANCHITTO

JURY

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD	Président
Monsieur le Professeur Christophe ARBUS	Assesseur
Monsieur le Professeur Emmanuel MAS	Assesseur
Monsieur le Docteur Michel VIGNES	Assesseur
Madame le Docteur Ludivine FRANCHITTO	Suppléant



TABLEAU du PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
des Facultés de Médecine de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2019

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LARENG Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur JOFFRE Francis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur ARBUS Louis	Professeur LARENG Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur LAURENT Guy
Professeur BOCCALON Henri	Professeur LAZORTHES Yves
Professeur BONEU Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur CARATERO Claude	Professeur MANELFE Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTE Jean	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur DABERNAT Henri	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE

P.U. - P.H.

Doyen : Didier CARRIE

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

2^{ème} classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M BRASSAT David	Neurologie
M BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entéro
M. GALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'urgence
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEM Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAÛL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicoles	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie Cellulaire et Cytologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Neurologie

Mme PAVY-LE TRACON Anne

Professeur Associé en Bactériologie - Virologie ; Hygiène Hospitalière

Mme MALAUAUD Sandra

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme BELLIERE-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodiá	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie ; Transfusion
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie; Hygiène Hospit.
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUBERT Nicolas	Pneumologie ; Addictologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'Adultes ; Addictologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Mâtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr CHICOULAA Bruno
Dr FREYENS Anne
Dr PUECH Marielle

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Leïla
Dr. BOUSSIER Nathalie

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

Doyen : Elie SERRANO

P.U. - P.H.

2^{ème} classe

M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prév
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAÛRY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREELUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme FARUCH-BILFELD Marie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugènia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

M. STILLMUNKES André

Dédicaces aux membres du Jury,

Monsieur le Professeur Jean-Philippe Raynaud,

Depuis mon arrivée à Toulouse pour mon internat de pédopsychiatrie, vous représentez cette profession si chère à mes yeux et tout ce que ce métier engage en termes d'investissement personnel, de qualités humaines, de respect de l'autre et du souci de bien faire pour aider toujours du mieux possible les enfants et leurs familles en souffrance.

Je vous fais part, Monsieur le Professeur, de toute ma considération et vous adresse mes sincères remerciements pour votre soutien et votre enseignement si précieux. J'espère vous rendre fier, et être digne de la formation reçue.

Monsieur le Professeur Christophe Arbus,

Je me souviens de votre accueil à l'Hôtel Dieu en octobre 2016 pour notre « pré-rentrée », vous nous disiez que l'internat allait passer très vite, et voilà qu'il touche déjà à sa fin pour ma part... Votre qualité d'enseignement et votre implication dans la formation des internes, en théorie et en pratique clinique, resteront un élément important de mon internat toulousain.

Je vous adresse, Monsieur le Professeur, mon plus profond respect et ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Emmanuel Mas,

Mon attrait pour la pédopsychiatrie, présent depuis de nombreuses années, a toujours été partagé avec celui de la pédiatrie, ces deux spécialités étant souvent liées. Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie du Jury de cette thèse, merci pour votre présence lors de la présentation de ce travail. Veuillez recevoir, Monsieur le Professeur, l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Michel Vignes,

Mon stage dans votre service de pédopsychiatrie de liaison a amplement confirmé et intensifié mes souhaits professionnels. Votre savoir, votre expérience et votre implication professionnelle au quotidien resteront des sources précieuses d'inspiration pour moi. Vous m'avez appris à « tirer les fils qui dépassent des pelotes » lors des entretiens, à résoudre des situations cliniques délicates et à jongler entre l'urgence à gérer et le temps psychique à respecter. Merci pour votre confiance et votre soutien. Merci pour votre accompagnement pendant mon internat et lors de la réalisation de ce travail. Je vous adresse ma plus profonde reconnaissance et ma plus grande considération.

Madame le Docteur Ludivine Franchitto,

A défaut d'avoir pu passer un semestre à vos côtés en périnatalité, j'ai eu la chance de bénéficier de votre enseignement et de votre soutien tout au long de la réalisation de ce travail. J'espère que j'aurai l'occasion de recroiser votre route dans le futur, afin de continuer à améliorer ma pratique par votre savoir et vos qualités professionnelles. Je vous adresse mon plus profond respect et ma plus grande reconnaissance.

Dédicaces supplémentaires,

Monsieur le Docteur Grégoire Benvegno,

Merci pour ton soutien lors de ma période de stage à l'Hôpital des Enfants de Toulouse, merci pour ta disponibilité, ton accompagnement et ton aide tout au long de ce travail de thèse. Merci pour ta rigueur, ton professionnalisme, mais aussi tes qualités humaines et tes encouragements précieux. Je t'adresse ma gratitude et mon profond respect.

Madame le Docteur Laurence Carpentier,

Un immense merci pour votre professionnalisme, votre enseignement riche et précieux, votre savoir et votre expérience en pédopsychiatrie. Vos qualités humaines ont fait de mon stage à l'Hôpital de Jour des Bourdettes une confirmation de mes ambitions professionnelles. J'ai eu la chance de croiser votre route avant votre départ. Je garderai en mémoire toutes vos compétences comme un exemple à suivre, fil rouge de ma future pratique professionnelle au quotidien. Merci pour la confiance que vous m'avez accordée, j'espère m'en montrer digne. Merci pour votre soutien, votre écoute, et votre accompagnement en toutes circonstances. Je vous adresse ma sincère reconnaissance et mon plus profond respect.

Je tiens à remercier aussi tous les autres professionnels qui m'ont aidée à élaborer ce travail, notamment les juges des enfants du Tribunal de Toulouse et les médecins avec qui j'ai pu avoir des liens téléphoniques.

Les dédicaces personnelles

Merci à ceux qui ont fait partie de mon parcours d'externe à Lille et à l'équipe du centre psychothérapique de Saint Saulve que j'ai rencontré lors de mon FFI.

Premier semestre : Merci aux Dr Monticelli et Dr Sagodi entre autres, aux assistantes sociales et secrétaires, et à toute l'équipe du pavillon Pussin de l'Hôpital de Auch.

Merci à mes colocataires pour ce début d'internat : Gabrielle, David, Maxime, Louis et Guillaume, ambiance garantie rue Michelet !

Deuxième semestre : Merci aux Dr Campan et Dr Moliner, et à toute l'équipe de la Maison Beau Soleil et de l'Unité Ado de Lannemezan. Merci de m'avoir fait découvrir la région des Hautes Pyrénées, le parc de la Demi-Lune et la pédopsychiatrie, merci d'avoir fait de mon été dans la région 6 mois très enrichissant professionnellement et humainement.

Merci à mes colocataires, Gabrielle, Camille S., Charline, Camille G. et Jonathan, pour votre bonne humeur et votre participation sans faille à nos soirées culinaires et musicales !

Troisième semestre : EMPEA, merci aux Dr Vignes, Dr Collange et Dr Benvegno, merci à Mireille, Caroline, Mélanie et Rémi, pour votre enseignement, votre écoute, votre partage, et votre bienveillance. Ces 6 mois à l'Hôpital des Enfants ont été éprouvants, certes, mais riches d'apprentissages professionnel et humain. Votre accompagnement a été indispensable et je vous en remercie.

Quatrième semestre : UF3, merci aux Dr Rouch et Dr Salles, et mes co-internes Ellynn, Ibtissam et Antoine pour ces 6 mois partagés au NHP (Nouvel Hôpital Psychiatrique).

Cinquième semestre : Merci Les Bourdettes, Hôpital de jour pour petits, merci aux Dr Carpentier et Dr Gilmer-Lachaud, Myriam, Claire, les groupes Arc-en-ciel, Framboise, Océan, et toute l'équipe ! Je suis ravie de retrouver prochainement la Guidance

Infantile. Merci aussi à l'équipe du CMP de Villefranche-de-Lauragais.

Sixième semestre : PAJA / EMIC, merci aux Dr Hüküm, Dr Garnier, Dr Reffay, Dr Visa, et à toute l'équipe des 2 services !

Septième semestre : Route Nouvelle, merci au Dr Bounhoure et toute l'équipe du CPC et du Samsah de m'avoir fait découvrir les soins de Réhabilitation Psychosociale, au-delà du symptôme psychiatrique.

Huitième semestre : merci aux Dr Suc, Dr Timsit, et toute l'équipe d'Enfant-Do, pour votre savoir transmis lors de ce dernier semestre, et votre présence lors de ces derniers mois intenses !

A tous mes co-internes de psychiatrie de la promotion 2016.

A Gabrielle (Mercedes et Jeannine !) et Mathilde (Mat'Chea'nay), votre rencontre est une des plus belles réussites de mon internat ! Merci pour ce que vous êtes, ce que vous faites, et ce que nous sommes en train de devenir. Je vous souhaite toujours plus de we et de soirées accompagnées de nos chères moitiés et de Ben K, afin de rester bien plus que des collègues. Pour notre amour de cette spécialité, pour nos congrès et cours partagés, pour nos doutes, nos peurs et nos soulagements, pour votre soutien, votre confiance, votre humour et votre réassurance, merci !

A ma Nono, ma coloc lilloise de la Maison du bonheur, ta présence inconditionnelle, ton sourire, nos boutades, nos journées de révisions, nos soirées, nos vacances et nos projets. Je ne te remercierai jamais assez, à très vite !

A ma Clem, mon amie depuis 14 ans ! Nos parcours se suivent, nos formations se diversifient et notre amitié précieuse se renforce ! Merci pour tout, merci d'être toujours là, je vous souhaite de partager encore de beaux moments ensemble... à très vite !

A Ninon, ma lilloise toulousaine préférée, à mes côtés depuis 27 ans maintenant, et pourvu que ça dure encore longtemps ! et Luc, merci à vous de m'avoir fait aussi bien

découvrir la Ville Rose !

A Clarisse, solide soutien depuis la P1, tu me rassures, tu m'encourages et tu me donnes envie de me dépasser, toujours présente même à distance, merci...

A Marion, que de moments partagés, des craintes, des joies, de l'espoir, de la fierté, et du bonheur ! Pour ne citer que ça... Merci Gigi, en espérant te voir plus souvent.

A Ségolène et Barbara, nos sous colles et nos fous rires. Vos connaissances et votre persévérance, vos câlins et votre soutien, merci !

A mes lillois et lilloises, amis des bancs de la fac de médecine et bien plus !

Aux amis d'enfance, du collège et du lycée, à tous les moments partagés ensemble, et tous ceux encore à venir !

Aux « meufs trop stylées » qui se reconnaîtront (Clémence, Constance, Marie et Marine), votre humour et votre amour sont un soutien sans faille !

A mes parents, je n'ai pas de mots pour décrire la chance que j'ai de vous avoir, infaillibles, aimant, soutenant et présents, c'est inestimable. Merci, merci, merci...

A mes frères Hugo, Josselin et sa compagne Emma, vous êtes toujours là quand il le faut et je vous en remercie.

A ma sœur Félicie, tu es le plus beau cadeau que mes parents m'ait fait. J'espère te rendre fière et être là pour toi du mieux possible.

Et à toute ma famille et ma belle-famille, vous m'avez permis de devenir ce que je suis aujourd'hui.

A Romain, mon amour,

Merci de m'avoir suivie, merci pour ton soutien, tes encouragements, ta bienveillance, et tout ce que tu m'apportes au quotidien. Sans toi je n'y serai pas arrivée. Je nous souhaite le meilleur pour notre avenir commun...

Et à ceux déjà partis, parfois trop tôt, trop vite.

Liste des abréviations :

AAI : Adult Attachment Interview

AAPI-2 : Adult Adolescent Parenting Inventory - 2

ACE : Adverse Childhood Experiences Questionnaire

ADBB : Alarme Détresse Bébé

ADS – Scale : Attachment During Stress – Scale (Massie Campbell)

AMBIANCE : Atypical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification

ASE : Aide sociale à l'Enfance

ASQ-3 : Ages and Stages Questionnaire, Third Edition

BDI-II : Beck Depression Inventory - II

BCAP : Brief Child Abuse Potential Inventory

BeST : Best Services Trial

BSID-III : Bayley Scales of Infant Development – III

CABE : Cahier d'Analyse des Besoins du Développement de l'Enfant

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CAPEDP : Compétences Parentales et Attachement dans la Petite Enfance :
Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et Promotion de la résilience

CAPI : Child Abuse Potential Inventory

CDEF : Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille

CIB : Coding Interactive Behaviour

CIDE : Convention Internationale des Droits de l'Enfant

CJ : Centre Jeunesse

CODE : Coordination des ONG pour les Droits des Enfants

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

CSSS : Centres de santé et de services sociaux

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

FSS : Family Support Scale

GED : Grille d'Evaluation du Développement

GIFT : Glasgow Infant and Family Team

GRS : Global Rating Scale for mother-infant interaction

HOME Inventory : Home Observation for Measurement of the Environment Inventory

ICBE : Inventaire Concernant le Bien-être de l'Enfant

IP : Information Préoccupante

IPP : Information Potentiellement Préoccupante

ISP : Indice de Stress Parental

KIPS : Keys to Interactive Parenting Scale

NIM : New-Orleans Intervention Model

ODPE : Observatoires Départementaux de la Protection de l'Enfance

ONPE : Observatoire National de la Protection de l'Enfance

PAD : Placement à Domicile

PIR-GAS : Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRM : Predictive Risk Model

PSI-SF : Parenting Stress Index – Short Form

SPMi : Service de Protection des Mineurs (Suisse)

SSP : Système de Soutien à la Pratique

SW-SAU : Social work « Services as usual »

TPB : Theory of Planned Behavior

Table des matières

I.	Introduction	15
	Epidémiologie	15
	Coût.....	15
	Le contexte.....	15
	Facteurs de risques.....	16
	La négligence	18
	Le placement	20
	Effets des placements en pouponnière	22
	L'objet de notre revue	24
II.	Méthode	26
III.	Résultats :	27
	Outils pour une prévention en population générale.....	28
	Outils pour une prévention ciblée chez les familles « vulnérables » ou « à risques »	30
	Outils pour l'évaluation des interactions mère-bébé.....	33
	Outil pour l'évaluation en protection de l'enfance	35
	Et après... ? Outils pour l'évaluation après une décision de placement.....	38
IV.	Discussion :	40
	Discussion des résultats	40
	1. Limites et forces	40
	2. Résultat principal, peu de réponses à notre sujet dans la littérature	41
	3. Discussion des résultats trouvés	43
	Pourquoi il n'y a pas ou peu d'outils	51
	1. Un sujet complexe	51
	2. Une question éthique.....	58
	Qu'existe-t-il alors ?.....	60
	1. Les outils qu'on retiendra.....	60
	2. Des dispositifs connus, des éléments de réponse sur le terrain	65
	L'avis des professionnels concernés	74
	1. Pédiopsychiatres et psychiatres de périnatalité	74
	2. Pédiatres	75
	3. Juges des enfants.....	76
	4. Travailleurs sociaux	77
	Autres données : Outils qui évaluent les prises de décision et les facteurs qui l'influencent	78
V.	Conclusion.....	79
	Déclaration de lien d'intérêts.....	82
	Références.....	82
VI.	Annexes.....	89

I. Introduction

Epidémiologie

En France, selon le rapport ministériel « Penser petit » de mars 2019 (1) et les données de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), le nombre d'enfants de moins de 3 ans confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) était de 7906 au 31 décembre 2015, soit 5,5% du nombre total d'enfants confiés à l'ASE (143 301 enfants). Ce taux varie de 2 à 9 % selon les départements. Pour la part de la population dans la classe d'âge, cela représentait entre 3 et 4 enfants pour 1000 enfants de moins de 3 ans. Parmi ces 7906 enfants, 1838 avaient moins d'un an, 2552 avaient un an, et 2964 avaient entre 2 et 3 ans. Le nombre de placements à la naissance n'est pas clairement connu.

Selon le cahier de l'ODAS (Observatoire Nationale de l'Action Sociale) en 2005, les maltraitances par carences ou négligences sont en « constante croissance ».

Coût

En termes de coût, en France, la protection de l'enfance représente 7,8 milliards d'euros de dépenses au niveau national, dont 6 sont consacrées aux dispositifs de placement.

Le contexte

Lorsqu'on évoque la question délicate du signalement en vue du placement d'un enfant hors de sa famille, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'un tout petit, la notion d'évaluation objective apparaît primordiale. En effet, cette décision destinée en premier lieu à protéger l'enfant, va bouleverser sa trajectoire de vie et celle de sa famille. Cette décision peut aussi profondément modifier son développement.

Un placement hors du domicile familial est envisagé lorsqu'on suspecte ou

qu'on observe qu'un enfant est en danger dans sa famille (enfant maltraité ou à risque de maltraitances dont négligence). Cela peut correspondre à différentes formes de maltraitances : violences physiques, subies directement (syndrome du bébé secoué) ou indirectement (exemple des violences conjugales dont les enfants peuvent être témoins, ou fœtus exposés pendant la grossesse), les violences sexuelles, les violences psychologiques ou encore la négligence.

Les nouveau-nés, nourrissons, et mêmes les fœtus in utéro, sont particulièrement vulnérables aux maltraitances et négligences de la part de leur environnement.

<i>Child abuse</i>	<i>Child neglect</i>
« Mauvais traitements par commission », traduit en français par « violences »	« Mauvais traitements par omission » traduit en français par « négligences lourdes »
1. Maltraitance physique 2. Maltraitance psychologique (ou « émotionnelle ») dont le fait d'être exposé à la violence conjugale⁹⁷ 3. Maltraitance sexuelle	4. Négligence

Source : OMS 2002, *World Report on Violence & Health*

Facteurs de risques

La précarité socio-économique et l'isolement font partie des facteurs de risque de maltraitance lorsqu'ils sont associés à d'autres, mais ce sont aussi des facteurs qui entravent l'accès aux soins et notamment aux soins psychiques. Dès les années 1970, on s'intéresse au repérage et au traitement. Selma Fraiberg dans son ouvrage

largement diffusé, « Fantômes dans la chambre d'enfants »(2), décrit un programme thérapeutique parents-bébés adressé entre autres à des « familles à difficultés multiples ». On confirme qu'il existe un lien entre la précarité, la pauvreté de l'environnement et des expériences précoces de mauvaise qualité. Ces liens (qui ne sont pas nécessairement des liens de causalité) sont bien connus(3).

Ce thème englobe un champ épistémologique vaste qui balaye les troubles des interactions précoces, les signes cliniques de maltraitance et négligence en fonction de l'âge, les conséquences, ainsi que les effets à moyen et long terme des placements selon le moment de la mise en place de la mesure et la nature des liens entretenus. Ces éléments bien connus et déjà renseignés par la littérature ne seront pas développés ici. Nous ne les évoquerons que succinctement.

La négligence

Comme le décrivent N. Garret-Gloanec et Al. (4) la négligence est une forme de maltraitance complexe à définir. Elle peut être comprise comme un défaut de soin, un « manque de protection de la part du parent ou son substitut », avec une « dimension chronique ou répétée ». Les auteurs précisent que « la négligence serait l'incapacité, de la part du parent, de répondre aux besoins de l'enfant, de telle manière que son développement serait entravé et sa sécurité serait malmenée. »

Gaudin J. (5) [*Child neglect: a guide for intervention. Washington : U.S. Department of Health and Human services, 1993*] décrit la négligence comme : « *une situation dans laquelle le responsable de l'enfant, de façon délibérée ou en raison d'une inattention inhabituelle, lui fait éprouver des souffrances réelles évitables et/ou ne lui donne pas un ou plusieurs des ingrédients généralement considérés comme essentiels au développement des capacités physiques, intellectuelles et émotives d'une personne. La négligence envers les enfants est le terme le plus souvent utilisé pour décrire l'incapacité des parents ou du responsable de l'enfant d'assurer à celui-ci des soins de santé ; de le surveiller ; de lui assurer une alimentation saine ; veiller à son hygiène personnelle; de lui manifester de l'affection ; de l'éduquer ou de lui assurer un logement sécurisé. Cette définition comprend également l'abandon ou l'expulsion d'un enfant, ainsi que différentes formes d'inattention aux besoins de celui-ci.* »

En France, dans la loi sur la protection de l'enfance (2007 puis 2016) (6) il est précisé : « *Les négligences sont le fait, pour la personne responsable de l'enfant (parents, grands-parents, etc.), de le priver des éléments indispensables à son bon développement et à son bien-être. Il peut s'agir par exemple de privations de nourriture, de sommeil, de soins, d'attention... La négligence est ainsi une forme de*

maltraitance par omission, à savoir l'absence de mobilisation de l'adulte dont dépendent le présent et l'avenir de l'enfant. Invisible et souvent oubliée, la négligence a néanmoins pour enjeu la survie, la sécurisation, l'éveil, l'estime de soi et l'éducation de l'enfant (1).

La négligence peut ne pas être intentionnelle, mais elle met en danger l'enfant : c'est à ce titre qu'elle entre dans le champ de la maltraitance et doit être signalée.

Ce que dit la loi : *Le fait, pour un parent ou pour le titulaire de l'autorité parentale de priver un enfant d'aliments ou de soins au point de compromettre sa santé est puni de 7 ans d'emprisonnement et 100 000 euros d'amende. »*

Au Québec, cette notion est évoquée dans la loi sur la protection de la jeunesse (7), chapitre IV, section I, article 38 où sont définis les termes « abandon, négligence, mauvais traitements psychologiques, abus sexuels, abus physiques, troubles du comportement sérieux » .

Ces éléments sont aussi abordés dans l'ouvrage « Le retrait du milieu familial des enfants et des jeunes. Normes relatives à la pratique à l'intention des établissements et des intervenants du secteur de la santé et des services sociaux. » (8) (2005) et le « Protocole régional d'intervention en matière de retrait du milieu familial des enfants et des jeunes dans le cadre de la loi sur les services de santé et les services sociaux. » (9).

Dans l'article d'une équipe belge (10) la définition utilisée est celle de Zuravin et DePanfilis, « *la négligence est une défaillance (intentionnelle ou par omission) de la première figure d'attachement à apporter à l'enfant les soins de base nécessaires* (11).»

Ils ajoutent : « *Carter et Myers, citant le National Clearing house on Child Abuse and Neglect Information (2004), identifient quatre types de négligence : physique (nourriture, abri, vêtements), médicale (omission de soins, refus de traitement, y compris en santé mentale), déficit d'éducation et de supervision de ses activités et enfin négligence émotionnelle (12)»*

« Les conséquences de la négligence sont multiples, émotionnelles et affectives (angoisse, anxiété, troubles de l'attachement), sociales (retrait social, agressivité), neurophysiologiques (stress chronique augmentant la production de cortisol), physiques (retard staturo-pondéral) et cognitives avec un « déclin dramatique du quotient de développement ».

Le placement

Les possibilités de placements hors du domicile sont variées selon les pays mais globalement les lieux d'accueil envisageables sont les suivants : en institution (par exemple en centre maternel, pouponnière, foyer), en famille d'accueil ou chez un parent proche.

Les modalités d'accueil sont également variées, ce peut être un accueil partiel ou à temps plein, provisoire ou pérenne.

En France le placement peut être pris sur décision administrative (si les parents sont d'accord avec la mesure) ou judiciairisé (avec intervention du juge des enfants pour prononcer la mesure si les parents la refusent).

Depuis quelques années des modalités de protection de l'enfance nouvelles se sont développées, en particulier le PAD (Placement à Domicile), qui dans sa forme complète suppose une intervention rapide, intensive, dans le milieu naturel de l'enfant avec possibilité de retraits (« repli ») temporaires. Ce type de placement concernent

souvent des enfants plus âgés et n'entre pas dans le cadre de notre étude.

Au Québec, une importance est accordée à la notion de « projet de vie » avec comme possibilités de lieux : famille biologique, famille d'accueil, famille d'accueil de type « banque mixte » (*famille ayant comme projet d'adopter un enfant. Dans 80 % des cas, les enfants accueillis par ces familles peuvent ensuite être adoptés légalement par elles*), ou famille adoptive (13).

Ce type de décision, qui implique de nombreux acteurs comme souvent dans le champ médico-social, fait appel à la notion de « balance bénéfices-risques ». Il s'agit de faire le « meilleur choix possible » pour l'enfant. Cela implique de savoir le danger qu'il vit, ou potentiel danger qu'il peut vivre et de l'en écarter. Mais cette question de placement fait bien évidemment appel aux solutions alternatives proposées.

Nous savons que l'âge du placement a un impact non négligeable. Une intervention précoce (avant 6 mois) évite une exposition prolongée aux facteurs de stress et semble plus favorable pour la santé de l'enfant à long terme (14).

En effet avant 2 ans l'enjeu est essentiel, tant sur le plan cognitif, que psychoaffectif individuel et familial. Il est déterminant pour la qualité de l'attachement de l'enfant. On connaît mieux les conséquences neurobiologiques du stress précoce et particulièrement de la maltraitance sur le développement cérébral, la mémoire, les émotions, pour un enfant et même pour sa descendance par le biais de l'épigénèse (15) (16).

Dans notre pratique professionnelle, nous pouvons être confrontés à des situations où nous avons connaissance d'un danger potentiel ; lors de la grossesse d'une mère

atteinte de troubles psychiatriques par exemple, lors de l'observation d'interactions mère-bébé inadéquates à la naissance, dans les premiers jours au domicile ou en centre mère-bébé, ou encore lors du constat d'une consommation de toxiques importante. Cependant, dans ces différentes situations, il convient de se demander, qui observe, qui communique, qui transmet ces informations, qui protège l'enfant... Bien entendu plusieurs intervenants issus de milieux différents sont en mesure de le faire (équipes de PMI ou de psychiatrie en maternité par exemple), mais comment s'articulent les différents intervenants, comment agissent les équipes entre elles afin que la sécurité et le bon développement de l'enfant puissent être assurés et soutenus le plus rapidement possible, et de la manière la plus adéquate.

Effets des placements en pouponnière

De nombreuses études ont été menées pour évaluer les effets des placements des bébés, il en ressort notamment la nécessité de stabilité dans les soins apportés aux nourrissons et de pérennité des figures d'attachement représentées par les soignants (puéricultrices en pouponnière). Les figures d'attachement d'un bébé sont les premières personnes qui s'occupent de lui et vers qui il va se tourner lorsqu'il est en détresse pour chercher du réconfort.

Une étude basée sur la santé mentale des enfants placés, par A-L Sutter-Dallay et al. (14) , a permis d'identifier des facteurs de risques de troubles mentaux et de pathologies psychiatriques observées chez les enfants placés. Cette revue de la littérature a aussi permis de mettre en exergue les facteurs de protection qui permettraient d'éviter le développement de troubles psychiques dans un contexte de placement. Ces facteurs, à confirmer par d'autres études plus approfondies, sont : l'âge précoce du placement (avant 6 mois) évitant probablement ainsi une exposition

prolongée aux facteurs de stress, la stabilité et le lieu du placement.

Ces éléments se basent notamment sur les résultats d'une étude effectuée en Roumanie, *The Bucharest Early Intervention Project* (17) (18), qui a permis de montrer que des enfants de moins de 30 mois placés en famille d'accueil plutôt qu'en institution développaient moins de troubles internalisés, plus d'attachement sécure à un an et un meilleur quotient de développement et quotient intellectuel.

Deux études françaises se sont penchées sur les effets des placements en pouponnière (15), (19). La première équipe (Mascaro et al.) relate une amélioration des capacités relationnelles, interactionnelles et du développement, dans le cadre d'une étude limitée à 4 mois avec des soins suffisamment maternants, cohérents et contenant. La deuxième équipe (Tanguy et al.) évalue le devenir à plus long terme. Ils concluent à une amélioration de la santé physique et psychique suite au placement en pouponnière (rattrapage des courbes staturo-pondérales notamment), mais une persistance de troubles psychiques graves à l'âge adulte avec nécessité de soutien sanitaire et social important pour un cinquième d'entre eux.

En octobre 2019, le discours de M. Adrien TAQUET, Secrétaire d'Etat en charge de la Protection de l'enfance présentait la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance. Il introduisait ainsi la notion des « 1000 jours » en évoquant la commission d'experts qui permettraient d'évaluer les améliorations à mettre en place. Il a indiqué la nécessité d'« agir le plus précocement possible ».

La période des « 1000 jours », décrite aussi par Boris Cyrulnik, correspond à la période entre la conception et les 2 ans de l'enfant. Elle est reconnue comme un moment essentiel du développement de l'enfant. C'est en lien avec cette période cruciale, de plus en plus étudiée, que nous nous posons spécifiquement la question des outils éclairant les décisions de placement avant l'âge de 2 ans.

L'objet de notre revue

Lorsque nous observons les différents processus de placement, il s'avère que ces décisions comportent une certaine part de subjectivité des évaluateurs. En effet, de nombreux intervenants participent à ces observations et à ces choix cruciaux : travailleurs sociaux, sages-femmes, assistant(e)s socia(les)/ux, médecins pédiatres, pédopsychiatres, psychiatres, équipes de périnatalité, psychologues, ou encore procureurs et juges des enfants. Ces différents protagonistes ont des formations diverses, des parcours professionnels variés et des bagages théoriques complémentaires mais parfois divergents.

Leurs décisions, qui impacteront la trajectoire de vie de l'enfant, gagneraient à se prendre de manière commune ou au moins concertée. Cependant, la lecture, l'interprétation des observations et l'articulation des intervenants ne sont pas toujours aussi concordantes et fluides que souhaitées.

Dans ces circonstances, il convient de s'interroger sur la possible existence d'outils ou de protocoles qui permettraient de guider les intervenants et de les aider pour une prise de décision concertée en vue d'un placement précoce, c'est à dire du placement d'un enfant avant l'âge de 2 ans.

Nous avons effectué une revue de littérature pour identifier ces outils. Nos recherches nous ont amenés à nous tourner vers plusieurs pays tels que la France, l'Allemagne, la Belgique, les pays nordiques ou encore des pays anglophones tels que les Etats-Unis, le Canada et l'Angleterre.

Nous allons tenter de passer en revue les résultats retrouvés et proposer des pistes aux lecteurs afin que ces derniers puissent accéder à des sources d'informations utiles à leur pratique. Pour des raisons de clarté de présentation, nous avons choisi de

classer les outils selon que ceux-ci s'adressent à la population générale, aux familles vulnérables, au champ de la protection de l'enfance ou aux spécialistes concernés par les interactions précoces.

Nous développerons dans un premier temps la méthode et les résultats de cette revue de la littérature puis nous discuterons des autres ressources disponibles pour soutenir, justifier, orienter et étayer cette prise de décision (processus de coordination, procédures, formations, etc...)

Afin d'étayer notre propos, nous illustrerons notre revue par 2 cas cliniques de parcours de placement de bébés avant l'âge de 2 ans.

Ils illustrent comment la frontière entre d'une part la protection de l'enfant, le respect de ses droits et besoins fondamentaux, et d'autre part le respect du droit des parents et de leurs responsabilités est complexe à définir et l'équilibre difficile à trouver (20).

II. Méthode

Recherche méthodologique

Nous avons effectué une revue de la littérature, entre novembre 2018 et janvier 2020 sur les bases de données PubMed (Medline), Science Direct, EM Premium (EMC) et Google Scholar.

Les mots clés utilisés étaient: Infant [MeSH] OR toddler OR baby AND assessment tool AND placement OR placement decision OR decision-making [MeSH] OR child welfare [MeSH] OR child protection [MeSH] OR Foster home care [MeSH].

À ces résultats nous avons ajouté d'autres articles provenant des bibliographies, des données de la littérature dite « grise », telle que des articles d'encyclopédies, des thèses ainsi que des ouvrages sur le sujet.

Critères d'inclusion

Les sujets devaient être des jeunes enfants de 0 à 2 ans, la question du placement être abordée ou sous-jacente, et l'étude devait porter sur des outils standardisés (échelles d'évaluation, questionnaires et autres grilles) contribuant à l'évaluation de la relation parents enfants et/ou à la décision d'un signalement en vue d'un placement, d'un maintien à domicile ou d'une autre modalité d'intervention.

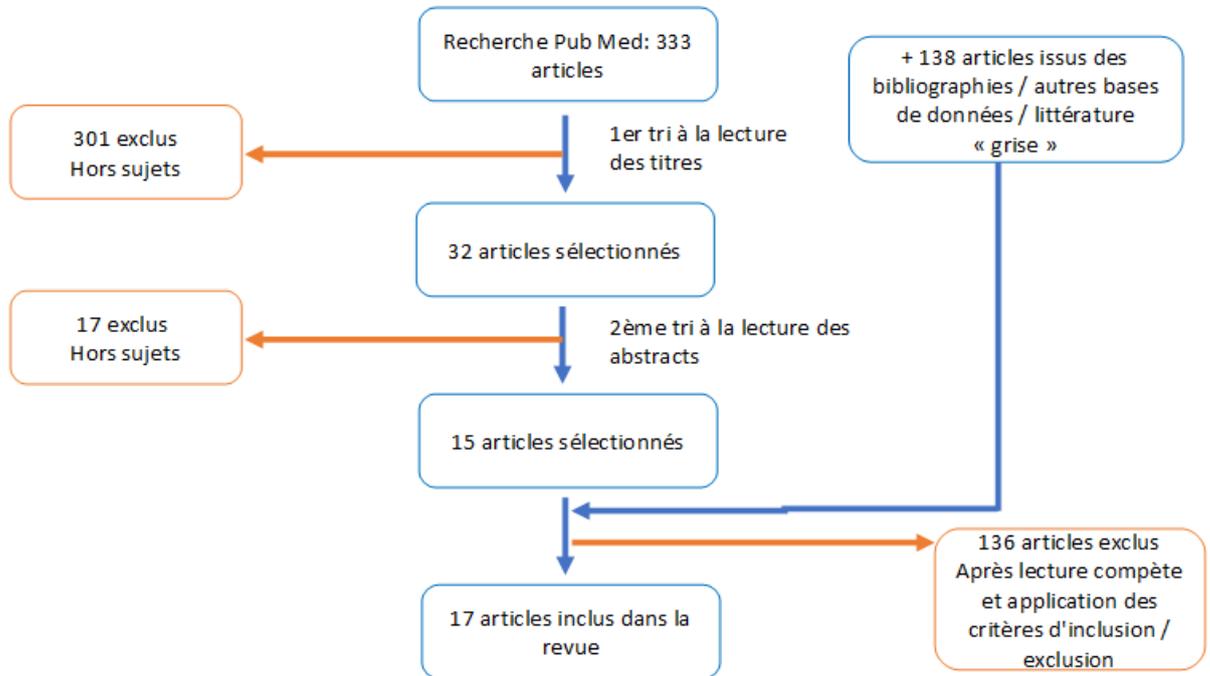
Critères d'exclusion

Nous avons exclu les articles traitant des enfants de 3 ans et plus ; les thématiques en dehors de la protection de l'enfance ou des interactions avec ses parents ; l'absence de référence à des outils d'évaluation standardisés.

Nous avons par ailleurs sélectionné au cours de nos recherches des articles qui évoquent d'autres ressources disponibles pour aider à la prise de décision de placement (processus de coordination, protocoles, formations...). Ces données sont évoquées dans la discussion et présenté dans un tableau en annexe 4.

III. Résultats :

Figure 1 : Diagramme de flux de la recherche bibliographique



Sur la base de données Pubmed, 333 articles ont été trouvés. Un premier tri a été effectué à la lecture du titre des articles (301 articles éliminés), puis un deuxième tri a été fait après lecture des résumés (32 articles, 17 éliminés). Enfin les derniers articles conservés après triage ont été lus in extenso (15 articles).

Au total, après l'ajout des autres données, une centaine d'articles et autres sources ont été lues entièrement et 17 articles ont été conservés (voir figure1).

Les résultats sont présentés sous forme de tableaux, avec les outils évoqués dans chaque article retenu. Ces tableaux sont intégrés dans chaque partie et également regroupés à la fin de ce manuscrit.

Outils pour une prévention en population générale

ARTICLE – AUTEUR ANNEE - PAYS	OBJECTIF DE L'ETUDE	POPULATION CIBLE	NOMBRE de PARTICIPANTS	TYPE D'OUTIL	CONCERNANT L'OUTIL - INTERET DE L'ETUDE
Prévention population générale					
(21) Tumen et al. 2015 Nouvelle-Zélande	Faisabilité technique et validité prédictive du PRM	Nouveau-nés	2 cohortes de 60,000 nouveau nés	PRM Predictive risk model	Outil potentiellement utile. Etudes à poursuivre pour validation et utilisation de cet outil.
(22) Ellonen et al. 2019 Finlande	Caractéristiques psychométriques du BCAP	Parents : en fin de grossesse, aux 5 mois de l'enfant et autres visites médicales	453 participants dans l'échantillon final mais taux de réponses à l'échelle très bas (61)	Child Abuse Potential Inventory (CAP) Brief Child Abuse Potential Inventory (BCAP)	BCAP potentiellement valide, fiable et utile (sensibilisation aux questions de maltraitance et inquiétudes parentales). Etudes à poursuivre. A valider pour utilisation en population générale et au niveau international.
(23) Ezpeleta et al. 2016 Espagne / Chype / Grèce	Outil de détection des nouveau-nés et nourrissons à risque de maltraitance ou négligence	Professionnels de santé en lien avec des enfants de 0 à 3 ans et leur famille	219 familles	The INTOVIAN screening instrument for identifying risk of emotional and physical abuse and neglect in infants and toddlers	Étude pilote. Outil fiable et faisable. Consensus trouvé entre les pays.

Tableau 1 : Outils pour une prévention en population générale

Plusieurs articles étudient l'utilisation d'outils, validés ou en cours de validation, dans un but de prévention précoce. Dans ces études il n'est pas précisément question de la décision de placement mais les outils décrits ont pour but une prévention primaire dès le plus jeune âge afin d'éviter une éventuelle maltraitance ou négligence. Ils permettraient d'aider les professionnels à identifier et évaluer les enfants à risque pour proposer une intervention ajustée.

Nous pouvons citer l'utilisation du PRM « *Predictive risk model* » en Nouvelle Zélande (21) employé en complément potentiel du jugement professionnel. Le PRMs permettrait de détecter une partie des enfants à risque.

Une autre forme de détection précoce peut-être médiée par un auto-questionnaire adressé aux (futurs) parents. Pour exemple, le BCAP (22) est une version simplifiée

et plus courte du CAP (*Child Abuse Potential Inventory*), créée en 1986 par Joel Milner. Les items (25 concernant le risque de maltraitance et 9 évaluant la validité du « répondant ») sont répartis en 7 domaines : détresse, conflit familial, rigidité, bonheur, sentiments ou persécution, solitude, insécurité financière. Les questions proposées sont brèves et simples, de types: « *I am a happy person* », « *Sometimes I feel all alone in the world* », « *Children should never disobey* », « *My family has many problems* » ou encore « *I sometimes worry that I will not have enough to eat* ». Les items qui étudient la validité des réponses sont présentés ainsi: « *I sometimes act without thinking* », « *I know what is the right and wrong way to act* », « *It's okay to let a child stay in dirty diapers for a while* » ou encore « *I sometimes say bad words* ». Ce questionnaire a pour but de sensibiliser les parents à la maltraitance et de les amener à s'interroger sur leurs difficultés.

Dans le même objectif de prévention précoce, « *The INTOVIAN* » (23) est un outil de **détection des situations à risques** de maltraitance physique, psychologique ou de négligence chez les nouveau-nés et nourrissons. Cet outil est disponible en ligne : <http://www.intovian.eu/news/results-intovian-project>.

Les auteurs, espagnols, grecs et chypriotes, ont tenté de créer un outil à destination des professionnels suivant des familles avec des enfants de 0 à 3 ans. Il comprend 9 questions avec réponse oui/non, à remplir par les professionnels de santé, dans les centres de soins primaires principalement.

Outils pour une prévention ciblée chez les familles « vulnérables » ou « à risques »

ARTICLE – AUTEUR ANNEE - PAYS	OBJECTIF DE L'ETUDE	POPULATION CIBLE	NOMBRE de PARTICIPANTS	TYPE D'OUTIL	CONCERNANT L'OUTIL - INTERET DE L'ETUDE
Prévention familles vulnérables					
(13) Berger et al. 2007 France / Canada	État des lieux des connaissances	Enfants 0-5 ans	Non concerné	Grille de dépistage des situations à risque (de dérive), guide d'évaluation des capacités parentales, Q-Sort, Q-Sett, ICBE, AAI	Outils connus, validés, employés en recherche et en clinique. DU «Évaluation et prise en charge des situations de défaillances parentales précoces»
(24) Brownell et al. 2011 Canada	Étude du «BabyFirst Screen» (programme Manitoba BabyFirst) : couverture du dépistage, validité prédictive de placement (et donc de maltraitance) et facteurs prédicteurs de placement	Nouveau-nés	37345 nourrissons suivis	«BabyFirst Screen»	Sensibilité 77,6%, spécificité 83,3% et validité prédictive modérée pour détecter les enfants à risque d'entrer dans le système de protection de l'enfance dans leur première année

Tableau 2 : Outils pour une prévention ciblée chez les familles « vulnérables » ou « à risques »

Lorsque la situation familiale est déjà inquiétante, il existe des outils d'évaluation plus précis. Maurice Berger et Emmanuelle Bonneville décrivent plusieurs échelles utilisées au Québec (13). Ils évoquent notamment la grille de dépistage des situations à risque (de dérive), le guide d'évaluation des capacités parentales (aussi appelé Guide de Steinhauer), le Q-Sort et le Q-Sett.

La grille de dépistage des situations à risque de dérive est destinée aux enfants entre 0 et 5 ans. Elle permet d'identifier simplement et rapidement les facteurs de risques qui doivent conduire à poursuivre l'évaluation. Elle comporte des éléments d'anamnèse et de comportements parentaux qui font craindre une mise en danger de la sécurité et du développement de l'enfant. Pour la suite de l'évaluation, les intervenants s'appuient sur

le Guide d'évaluation des capacités parentales. Ce guide, basé sur le Guide d'évaluation de la compétence parentale du Groupe de recherche du *Toronto*

Parenting Capacity Assessment Project traduit en français en 1995 (Paul D. Steinhauer et al., 1995), est un support à l'observation clinique. Il peut être complété par différents intervenants en protection de l'enfance et permet d'accéder à des décisions de meilleure qualité, dans des délais plus courts, visant plus de stabilité pour l'enfant. Neuf domaines concernant l'environnement (contexte socio-familial), les parents (contrôle des impulsions, reconnaissance de la responsabilité, facteurs personnels affectant les capacités parentales, réseau social et histoire des services cliniques), l'enfant (santé et développement) et la relation parents-enfant (attachement et compétences parentales) sont explorés.

Il inclut les éléments d'autres grilles, notamment l'ICBE (Inventaire Concernant le Bien-être de l'Enfant), le Q-Sort et le Q-Sett.

L'ICBE, traduction du CWBS (*Child Well Being Scale* (25)) comporte 43 chapitres, appelés échelles, explorant l'environnement de l'enfance et notamment les aspects positifs et négatifs de la situation familiale et les possibilités des parents de répondre ou non aux besoins de leur enfant. C'est un outil validé, connu et utilisé dans plusieurs CSSS et CJ au Québec. Un score de gravité est coté pour chacune des échelles et le score total obtenu permet de suggérer les mesures à mettre en place.

Le Q-Sort évalue les comportements maternels pour les enfants de 0 à 12 mois, les indices d'un déficit de la sensibilité maternelle pouvant ainsi donner une idée sur la nature de l'attachement parent-enfant.

Le Q-Sett évalue les comportements d'attachement pour les enfants de 1 à 4 ans et observe les indices d'insécurité chez l'enfant et les indices d'un trouble d'attachement. Par ailleurs **l'AAI** (*Adult Attachment Interview* – George, Kaplan, Main 1985) est un entretien semi-structuré qui tente de percevoir la vision que le parent a de son propre type d'attachement et des liens qu'il avait avec ses parents dans son enfance. Ce

dispositif permet d'avoir beaucoup d'informations concernant le fonctionnement du parent mais nécessite une formation spécifique, un enregistrement audio et une retranscription fine, coûteuse et chronophage.

Toujours au Canada, au sein du programme *Manitoba BabyFirst* (fondé en 1999), un outil de dépistage néonatal permet de caractériser les facteurs de risques de maltraitance chez les familles identifiées comme vulnérables, afin de savoir si un placement doit être envisagé (26). L'étude a été fondée suite au constat du possible manque de précision des outils qui prédisent la maltraitance.

Cet outil (« **BabyFirst Screen** ») tente d'identifier les familles vulnérables et les nouveau-nés susceptibles d'entrer dans le système de protection de l'enfance (« *enter care* ») dans leur première année, afin de leur apporter le soutien nécessaire et d'éviter ainsi cette maltraitance. Ce test est utile mais ne permet pas de repérer toutes les familles à risque (validité prédictive modérée). L'analyse des données de cette étude a permis de montrer qu'environ un cinquième des familles avec nouveau-nés n'était pas « dépistées » par cet outil (dépistage non parvenu jusqu'à eux) et que ces familles étaient souvent les plus à risques et les plus nécessiteuses de soutien et de soin.

Outils pour l'évaluation des interactions mère-bébé

ARTICLE – AUTEUR ANNEE - PAYS	OBJECTIF DE L'ETUDE	POPULATION CIBLE	NOMBRE de PARTICIPANTS	TYPE D'OUTIL	CONCERNANT L'OUTIL - INTERET DE L'ETUDE
Interactions mère-bébé					
(27) Mouhot. 2001 France	Outil d'évaluation des interactions mère-bébé (grille d'analyse)	Dyades mère-bébé	48 situations à risque	(pas de nom précisé) 83 questions réparties en 14 sections	Bonne vision d'ensemble des relations mère-enfant. Plus de précision dans les pronostics et plus de conviction dans les demandes.
(28) Comfort et al. 2006 Etats-Unis / Royaume-Uni	Revue de littérature Tests psychométriques Retours des utilisateurs évaluateurs de l'outil KIPS	Dyades parents-enfants	101 vidéos d'interactions	KIPS	Outil validé. Formation brève, entraînement possible en ligne, moins long et moins coûteux que d'autres. Faciliter la coordination des équipes Aide aux équipes : observation des comportements parentaux, guider les décisions. Aide aux parents : identifier leurs forces et fragilités, soutenir à la parentalité. Evaluer l'efficacité des programmes d'intervention.
(29) Pajulo et al. 2011 Finlande	Programme de traitement + évaluation des symptômes psychiatriques postnataux, des relations mère-bébé et leur association avec un éventuel besoin de placement	Dyades mère-bébé	34 dyades mère-bébé	Outils d'évaluation évoqués : Care Index et Bayley .	Prise en compte du vécu de la mère en période pré-, péri-, et post-natale. Données subjectives et objectives. Prise en charge complète et innovante.
(30) Pajulo et al. 2012 Finlande / Etats-Unis	Programme de traitement + étude de la fonction maternelle pré et post-natale, et son association avec différents facteurs concernant la mère, l'enfant, leur relation, et un éventuel placement	Dyades mère-bébé	34 dyades mère-bébé	Outils d'évaluation évoqués : Care Index et Bayley , + notion de FRM Fonction réfléchie maternelle (entretien pendant grossesse).	Prise en compte du vécu de la mère en période pré-, péri-, et post-natale. Données subjectives et objectives. Prise en charge complète et innovante. Notion de FRM à prendre en compte.
(3) Hammond et al. 2015 Royaume-Uni	Améliorer l'évaluation des risques infantiles dans le contexte de maladie mentale maternelle, en identifiant les facteurs prédictifs de mauvais « résultats » parentaux	Dyades mère-bébé	Entre 61 et 1255 mères selon les études. Etudes présentées robustes.	Pas d'outil précisément cité, hormis Bayley III	Revue de la littérature, 8 études présentées, des schémas intéressants

Tableau 3 : Outils pour l'évaluation des interactions mère-bébé

La prise de décision d'un placement précoce repose notamment sur l'analyse des interactions entre le bébé et sa figure d'attachement. Si certains facteurs de risque sont clairement repérés (notamment une pathologie psychiatrique maternelle), il est fait état d'un manque d'outils standardisés pour leur évaluation (3).

Plusieurs grilles d'évaluation des interactions sont décrites, notamment en langue française, avec une grille d'observation inspirée de Serge Lebovici à l'usage des pédiatres, développée au sein d'une unité mère-bébé (27) , ou encore via l'outils validé KIPS (*The keys to interactive parenting scale*) (28) , qui permet d'identifier les forces et fragilités des comportements parentaux, afin de mieux soutenir la parentalité.

Concernant la question spécifique des mères toxicomanes, des programmes de soins s'appuyant sur des outils d'évaluation standardisés sont décrits. En Finlande, le « *Residential parenting program* » accompagnant des cas sévères de dyades mère-bébé avec surconsommation de toxiques s'appuie sur le *Infant and Toddlers CARE-Index* (ICI & TCI) et le *Bayley Scales of Infant Development* (BSID-III) pour l'évaluation des interactions (29) avec un travail d'accompagnement possible, notamment autour du soutien des capacités de mentalisation maternelle (30). Dans l'article de Pajulo et al. 38% des enfants suivis ont eu besoin de l'aide des services de protection de l'enfance dans les 2 ans suivant leur naissance (pour un placement ou autre), en raison d'une reprise des consommations de toxiques de la mère et/ou des capacités parentales défailtantes.

Outil pour l'évaluation en protection de l'enfance

ARTICLE – AUTEUR ANNEE - PAYS	OBJECTIF DE L'ETUDE	POPULATION CIBLE	NOMBRE de PARTICIPANTS	TYPE D'OUTIL	CONCERNANT L'OUTIL - INTERET DE L'ETUDE
En protection de l'enfance					
(31) Rousseau 2010 France	Données sur le système de protection de l'enfance en France	Enfants tout âge	Non concerné	Non concerné	Données épidémiologiques protection de l'enfance en France
(32) Chinitz et al. 2017 Etats-Unis	Présentation d'un modèle d'intervention et de collaboration autour de la protection infantile	Dyades parents-enfant	142 dyades, dont 59 ont effectué les 26 sessions de psychothérapie parents-enfant	KIPS, PIR-GAS ; PSI-SF; ACE; AAPI; FSS; ASQ-3	3,5% de récurrence de maltraitance, 86% de réunification pour ceux ayant achevé le programme. Amélioration des compétences parentales. Meilleure information des équipes de protection de l'enfance.
(33) Vial et al. 2020 Pays-Bas	Comparaison des instruments d'évaluation de la sécurité des enfants, utilisés par les professionnels de la protection de l'enfance (danger immédiat ? mesures immédiates nécessaires ?)	Tout âge, non spécifique des nourrissons	Revue de la littérature robuste, 11 outils retenus, 7 présentés	1=ACTION for Child Protection In-home safety assessment and management (Pennsylvania 2019); 2=ARIJ Safety Assessment (Van der Put et al., 2016); 3=CAPMIS safety assessment (Ohio 2014); 4=CERAP safety determination form (Illinois 2013); 5=Colorado Family Safety Assessment (Colorado 2017); 6=Section1. Current safety of the LIRIK (Ten Bergeetal. ,2014); 7=SDM Safety Assessment (Texas 2018).	Comparaison pour validation et utilisation en pratique

Tableau 4 : Outils pour l'évaluation en protection de l'enfance

Des programmes tels que « *The Infant Parent Court Project* » (créé en 2009 dans le Bronx à New-York) (34) encouragent la collaboration entre les différents systèmes intervenants en protection de l'enfance (social, médical, judiciaire). Les résultats du programme montrent une amélioration des interactions parents-enfant, une augmentation de la sécurité et du bien-être de l'enfant et une augmentation du taux de réunifications familiales (moins de retour en famille d'accueil). Ce programme complet autour du placement des enfants avant l'âge de 3 ans utilise entre autres la psychothérapie parent-enfant. Les outils utilisés pour en mesurer l'efficacité sont les suivants :

La **KIPS** (*Keys to Interactive Parenting Scale*) est une observation structurée d'une situation de jeu libre filmée (28) (35). Elle a montré une bonne validité comparée aux

échelles *NCAST (Nursing Child Assessment Satellite Teaching and Feeding Scale)* et *HOME Inventory (Home Observation Measurement of the Environment)* qui sont d'autres outils d'observation des interactions parents-enfant et de l'environnement au domicile.

La **PIR-GAS** (*Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale*) est une échelle d'évaluation de la relation parents-enfant, et notamment de la qualité d'adaptation dans les interactions. Le score se situe entre 90 (bien adapté) à 10 (gravement atteint). Elle fait partie de la classification 0-3 ans (DC 0-3), axe 2 (36). Elle ne nécessite pas de formation particulière et est validée en version française. Elle est remplie après avoir pris connaissance de l'anamnèse de la dyade et après plusieurs observations cliniques.

La **PSI-SF** (*Parenting Stress Index – Short Form*) est un auto-questionnaire de 36 questions, abordant le stress parental, le comportement de l'enfant et la relation parent-enfant, dans différentes situations de la vie.

L'**ACE** (*Adverse Childhood Experiences Questionnaire*) permet d'explorer si les parents ont connu des mauvais traitements ou des dysfonctionnements familiaux dans leur propre enfance.

L'**AAPI-2** (*Adult Adolescent Parenting Inventory*) évalue les représentations parentales et notamment l'empathie des parents envers les besoins de leurs enfants.

La **FSS** (*Family Support Scale*) permet d'évaluer ce que les parents perçoivent de la disponibilité et de l'utilité de l'aide proposée et/ou apportée par les services sociaux.

L'**ASQ-3** (*Ages&Stages Questionnaire, Third Edition*) est une échelle qui permet de détecter un éventuel retard de développement chez les enfants de 0 à 5 ans. C'est une évaluation globale, de 30 items répartis en 5 sous parties : communication, motricité générale, motricité fine, résolution des problèmes et développement social et

personnel. Les inquiétudes des parents sont aussi rapportées. Le score permet de répartir les situations entre « à risque » et « non à risque ». Il est rempli d'une part par les parents et d'autre part par les professionnels, simplement et rapidement.

La BDI-II (*Beck Depression Inventory – II*) recherche des éventuels symptômes dépressifs chez les parents.

Ces outils ont été utilisés au début de l'étude, tous les 6 mois et à la fin de la prise en charge, afin d'évaluer plus objectivement l'évolution.

Et après... ? Outils pour l'évaluation après une décision de placement

ARTICLE – AUTEUR ANNEE - PAYS	OBJECTIF DE L'ETUDE	POPULATION CIBLE	NOMBRE de PARTICIPANTS	TYPE D'OUTIL	CONCERNANT L'OUTIL - INTERET DE L'ETUDE
Et après ?					
(37) Vischer et al. 2019 Pays-Bas	Evaluer l'impact de la décision prévue pour l'enfant (placement ou non) sur le comportement parental	Parents avec enfants de moins de 3 ans.	100 familles	AMBIANCE Atypical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification	Considération de l'impact du processus de décision sur la permanence des réunifications
(38) Turner-Halliday et al. 2017 Angleterre	Evaluer le « NIM », son impact sur le futur des enfants maltraités et étudier la vision des travailleurs concernés sur cet outil.	Professionnels concernés par la protection d'enfants de 0-5 ans.	63 participants de la protection de l'enfance (entretiens et groupes de discussion)	New Orleans Intervention Model (NIM). Essai BeST (résultats 2021)	Considération de l'interaction des différents services impliqués

Tableau 5 : Outils pour l'évaluation après une décision de placement

Dans les suites d'un placement qui s'impose si l'enfant est en danger, la question de la réunification peut se poser par la suite. La moitié des enfants qui retournent dans leur famille biologique sont susceptibles de subir à nouveau de la maltraitance dans les 2 ans qui suivent la réunion (38). Les interactions parents-enfants sont d'autant plus importantes à évaluer qu'un retour auprès des parents biologiques est envisagé. Pour évaluer ces interactions, l'équipe de Vischer et al. Utilise l'**AMBIANCE** (*Atypical Maternal Behaviour Instrument for Assessment and Classification 1999*). Cette observation filmée permet d'identifier les attitudes parentales potentiellement en lien avec un attachement désorganisé chez l'enfant. Pour cela les éléments évalués chez le(s) parent(s) dans l'échelle sont les suivants :

- erreur de communication émotionnelle
- confusion de rôles ou dans la pose de limites
- comportements craintifs ou désorientés
- comportements intrusifs ou négatifs, agressifs
- retrait.

Les orientations de placement envisagées par les équipes pourraient avoir un impact sur le comportement parental. Dans une des premières études de ce type, l'équipe de Vischer et al. (39) a montré qu'une recommandation de non-réunification influerait de manière négative sur le comportement du parent.

A Glasgow, en Ecosse, l'essai BeST ? (*Best Services Trial ?*) utilise le **GIFT** (*Glasgow Infant and Family Team*, basé sur le **NIM** - *New Orleans Intervention Model*) (38). Comparé aux procédures classiques des services sociaux (SW-SAU : *Social work « Services as usual »*), NIM a la particularité d'évaluer la relation parent-enfant et notamment le type d'attachement avec des mesures standardisées puis propose un soutien à l'aide de psychothérapies parents-enfant ou de la guidance parentale avec support vidéo.

Ce procédé pourrait paraître trop long dans les cas où un placement à long terme est envisagé d'emblée. Cependant, dans d'autres cas, la phase de traitement permettrait d'améliorer les décisions prises, réduire les échecs de réunification et éviter la répétition de situations de maltraitance pour de futures grossesses.

Les résultats sont prévus pour 2021.

IV. Discussion :

Discussion des résultats

1. Limites et forces

Cette revue non systématique évoque de manière non exhaustive un certain nombre d'outils utilisés à l'échelle internationale en protection de l'enfance pour aider à l'évaluation des différents paramètres pris en compte lors du processus de décision de placement d'un bébé de moins de 2 ans. Au fil de notre travail, nous avons dû réévaluer nos mots clés en anglais et en français et adapter nos critères d'inclusion et d'exclusion. En effet, notre sujet étant complexe à délimiter, nous ne parvenions pas à trouver dans les bases de données des éléments correspondant exactement au thème de notre revue. Plusieurs équations de recherche ont été employées mais nous n'avons pas utilisé d'algorithme validé. Nous pouvons noter un déséquilibre entre les différentes sources évoquées. Nous avons référencé 134 sources de la littérature grise ou autres mais uniquement 17 articles scientifiques permettant d'étayer notre propos. Nous avons tenté d'être le plus rigoureux possible dans nos recherches.

Cette revue reste intéressante malgré ces limites car elle n'a encore jamais été réalisée à notre connaissance. Ce travail permet de rester proche des préoccupations cliniques et des questionnements quotidiens qui se posent lors des situations de placement potentiel.

Les termes utilisés sont ceux qui nous semblaient les plus adéquats mais le panel est large et des équations de recherche différentes nous auraient peut-être permis d'obtenir d'autres résultats. Les moteurs de recherche et bases de données étudiées n'ont pas été exhaustifs. Nous n'avons pas pu avoir accès à certains articles (environ 15 non trouvés en entier). De plus nous avons été confrontés aux disparités de

juridiction, législation et fonctionnement selon les pays.

Les articles qui répondent exactement à notre question sont rares. Des études portant sur le thème de la protection de la petite enfance utilisent des échelles connues et déjà validées. D'autres développent des outils nouveaux à utilisation plus locale. Afin d'avoir une évaluation complète, plusieurs échelles sont souvent utilisées dans les études.

2. Résultat principal, peu de réponses à notre sujet dans la littérature

A l'issue de nos recherches, nous constatons que très peu d'outils répondent précisément à notre question. On peut se demander si c'est un manque à déplorer et à combler, ou si au contraire cet outil recherché n'existe pas car ce n'est pas une solution adaptée à la singularité d'un bébé, à la personnalisation nécessaire à chaque famille concernée par une décision de signalement assorti d'une demande de placement de bébé.

Ceci est d'autant plus complexe que le nombre d'intervenants est varié et que chaque situation est unique. Par ailleurs, la rareté relative des situations se confronte au besoin d'expériences des évaluateurs.

Le temps de la clinique et du développement, d'autant plus rapide que l'enfant est jeune, va à l'encontre du temps nécessaire à la concertation pluridisciplinaire et à la réflexion ajouté à celui des lenteurs administratives (sociales ou judiciaires). Les décisions se prennent encore trop souvent sur des « passages à l'acte », en urgence. A contrario, certains dispositifs ou processus paraissent idéaux mais sont encore trop rares, ou trop longs et trop coûteux. Le manque de moyens humains et le manque de temps ne nous permettent pas toujours de répondre de façon adéquate aux besoins du nourrisson.

La théorie de l'attachement, tout comme les besoins fondamentaux du tout-petit, les facteurs de risques de maltraitance ou les signes précoces de négligence, sont des données bien établies à transmettre. Un partage des connaissances entre les différents protagonistes de la protection de l'enfant, acteurs des prises en charge et des décisions semblent primordial.

En termes d'évaluations, lorsqu'on explore les différences ressources documentaires, on ne dénombre pas moins d'une centaine d'échelles permettant d'évaluer différentes dimensions concernant le nourrisson : son développement (psychomoteur, affectif, intellectuel etc.), son environnement, les interactions avec ses parents (ou substituts), son bien-être etc. Certaines de ces échelles sont utilisées et citées dans les études des articles présentés dans cette revue (voir tableau en Annexe 2).

Cependant, malgré cette abondance apparente, de nombreux auteurs s'accordent sur le manque d'outils d'évaluations clairs, fiables, faciles à utiliser et basés sur les connaissances scientifiques, pour évaluer le danger ou risque de danger, de maltraitance ou négligences envers les jeunes enfants.

Au-delà de l'évaluation, ils semblent s'accorder aussi sur le manque d'outils permettant de prendre des décisions de placement ou les récuser.

Nous avons tenté d'extraire de nos résultats certaines données pouvant permettre de donner des pistes au lecteur, autour de notre sujet d'étude, en reprenant les parties utilisées pour la présentation des articles retenus.

3. Discussion des résultats trouvés

a. Facteurs favorisant la maltraitance et éléments prédictifs d'un placement; repérer les enfants en danger

Les données de la littérature confirment l'impression clinique, c'est-à-dire qu'un certain nombre d'éléments sociaux et individuels sont associés à une vulnérabilité particulière.

- Risques de maltraitance :

Les éléments faisant évoquer une situation de vulnérabilité familiale sont bien connus. Les familles dites « à problèmes multiples » sont confrontées à des « défis » augmentant les probabilités de maltraitance (26).

Pendant la grossesse les facteurs qui interpellent sont les antécédents de placement dans la fratrie, les antécédent de décès dans la fratrie, l'alliance-défaillante, le déni des difficultés, l'errance dans les soins, les pathologies psychiatriques chez les parents (notamment trouble grave de la personnalité chez la mère ou addictions importantes), l'isolement social, la rupture ou instabilité familiale, un trouble de l'attachement sévère chez les parents, un déni ou une grossesse non suivie, une maltraitance anténatale, ou encore un défaut d'autonomie de type majeur sous protection, sous tutelle ou curatelle (groupe santé mentale bébé 31).

Nous pouvons ajouter la notion de transmission « intergénérationnelle » et « transgénérationnelle », avec des répétitions de traumatismes vécus par les parents eux-mêmes dans leur enfance, voire l'impact de traumatismes bien plus anciens chez les aïeux (Anne Ancelin-Schützenberger).(40)

- Facteurs prédictifs de placement :

Les caractéristiques identifiées comme facteurs prédictifs significatifs de placement sont les suivantes (26) : grossesse compliquée par la consommation de drogue ou d'alcool ; famille monoparentale; difficultés financières ; grossesse non suivie avant le 6ème mois ; faible niveau d'éducation de la mère ; antécédents de suivi par le service de protection de l'enfance pour la même famille ; antécédents de négligence ou maltraitance dans l'enfance des parents. Ils rejoignent en partie les critères prédictifs retrouvés dans l'étude néozélandaise (21) pour estimer qu'un jeune enfant a besoin d'aide.

Comme le décrit Nathalie Ribagnac dans sa thèse sur le protocole d'Information Potentiellement Préoccupante Prénatale (41), le CLIPP de Montréal a effectué une revue de littérature sur la maltraitance envers les enfants et a identifié les facteurs de risques qui peuvent être d'ordre sociétal (pauvreté économique comme décrit plus haut et immigration), communautaire (niveau de criminalité par exemple), familial (conditions de vie stressantes, violence conjugale etc), et concerner l'enfant (prématurité, faible poids de naissance, maladie ou handicap etc). Il s'agit souvent d'une combinaison de plusieurs facteurs.

Des outils tels que le BCAP (22) ou le programme *INTOVIAN* (23), permettraient une identification plus rapide des enfants particulièrement vulnérables.

Les éléments importants à avoir en tête lors de l'évaluation d'un jeune enfant et sa famille peuvent être appelés les « puces à l'oreille », notamment pour identifier les situations à risque de négligence (42).

Lorsqu'un placement a déjà eu lieu pour un enfant, des craintes sont souvent

présentes au sein des équipes de soin concernant une future grossesse. La répétition n'est pas la règle mais les craintes sont souvent fondées.

Le lien entre l'identification de ces facteurs et la décision de placement, avec évaluation de l'impact à long terme d'un placement ou au contraire d'un maintien à domicile, serait tout à fait intéressant à étudié. Cet aspect est évoqué par Rousseau et son équipe (43).

La sensibilisation des familles et des professionnels concernant la maltraitance, sans tabou et sans jugement, permettrait la mise en place plus efficace de dispositifs de soutien (17)(44).

Par ailleurs une meilleure identification et donc un accompagnement efficient des familles vulnérables nécessite un partage raisonné des informations entre les « territoires » (déménagements des familles, suivi des dossiers ASE, etc...) (26).

b. Outils d'évaluation des interactions mère-bébé

Les travaux de Mouhot et son équipe (27) se sont basés sur les écrits de Berger (45) et Perderon (46) concernant les indicateurs de séparation. Ces derniers évoquent les critères qui indiqueraient la nécessité absolue d'une séparation. Ils citent « *la carence de stimulation de l'enfant, le fait qu'une mère soit inaffektive avec son bébé, une baisse du quotient de développement, l'apparition de troubles autistiques ou psychotiques, la présence d'un processus de contamination, le délire maternel ou dépression mélancolique, une relation parent-enfant érotisée impliquant les organes génitaux, un parent d'une extrême violence, même sans coups et enfin l'errance maternelle* ».

Les interactions parents-enfants peuvent être défailtantes dès les premières relations chez les mères consommatrices de substances illicites. Dans ce contexte, les interventions prénatales et une prise en charge complète (santé mentale et troubles addictifs maternels, besoins de l'enfant, soutien de la relation mère-enfant) (29) sont essentiels. Si un placement est envisagé, le travail fait en amont, le plus précocement et intensément possible, avec un soutien à la relation mère-enfant, permettrait une meilleure collaboration maternelle dans le futur et favoriserait un meilleur développement pour l'enfant.

Dans la lignée de l'article précédent, les auteurs (30) abordent la notion de « FRM » (*Reflective functioning ou fonctionnement réfléchi maternel*). Cette notion est définie comme la capacité de mentalisation des parents (représentation et contenu affectif concernant eux-mêmes, leurs enfants et la relation qu'ils ont avec eux). Cette étude vise à comprendre si l'amélioration du processus de mentalisation chez la mère permettrait de meilleurs résultats de la thérapie mère-enfant. Cette fonction est

évaluée lors d'entretiens pendant la grossesse et après la naissance. Les enfants dont la mère a un FRM plus bas seraient plus susceptibles de nécessiter un placement.

Les unités mères-bébés (dispositifs de soins et d'évaluation des interactions précoces) sont encore trop peu nombreuses. Ces lieux permettent d'identifier les facteurs de risque en particulier dans le cas de pathologie psychiatrique chez la mère et d'accompagner au mieux les dyades. Hammond et al. (3) font part de la nécessité d'avoir plus d'outils d'évaluation standardisés pour les mères atteintes de maladie mentale afin d'améliorer les décisions et la protection des nourrissons.

Le travail conjoint entre psychiatres d'adultes et psychiatres d'enfants se développe mais reste insuffisant.

c. En protection de l'enfance

Daniel Rousseau (31) décrit la confusion qui peut parfois exister dans le secteur social entre les notions de facteurs de risques et de causalité. L'auteur précise que cette confusion peut être à l'origine d'une résistance à l'élaboration d'outils standardisés. Il décrit par ailleurs le fossé qui existe entre les connaissances théoriques et les applications pratiques par le système de protection de l'enfance en France.

La prise en compte de l'intérêt de l'enfant dès son plus jeune âge est bien implantée dans le programme « *The Infant Parent Court Project* » (étude New-York 2009-2015) (34). Les liens cliniques réguliers entre services judiciaires et services de protection de l'enfance permettent de faire part des progrès et d'orienter les décisions concernant les placements. Le but du programme est de prévenir, autant que possible, les troubles de l'attachement et les retards de développement chez ces enfants. Ce programme utilise la Psychothérapie parent-enfant.

Au cours du programme, des formations ont été dispensées aux services judiciaires et aux services sociaux de protection de l'enfance afin d'améliorer les connaissances sur le développement du nourrisson, les besoins du jeune enfant, la théorie de l'attachement, l'impact du stress et des traumatismes dans la petite enfance.

Cette étude conclue sur un bilan mitigé, qui montre l'efficacité de ce programme sur certains points mais encourage l'amélioration des dispositifs afin de permettre de mieux répondre aux besoins des nourrissons, éviter les ruptures multiples, réduire les délais des procédures judiciaires, mieux soutenir les liens avec les parents (quand cela est possible et adapté), faciliter l'accès aux soins pour les familles.

d. Et après... ? Outils pour l'évaluation après une décision de placement

Une étude américaine (47), réalisée dans 14 états des Etats-Unis entre 2000 et 2008, a estimé qu'environ un enfant sur 3 est de nouveau confié aux services de protection de l'enfance dans les suites d'une réunification avec sa famille. En France (43), une étude faite dans un foyer de protection de l'enfance a montré que près de la moitié des enfants placés en pouponnières avaient connu par la suite plus de 5 placements différents. Le taux d'échec de restitution est estimé dans cette étude à 66%.

On peut supposer qu'un meilleur accompagnement des familles biologiques et des familles d'accueil tout au long du parcours de placement pourraient permettre de réduire ces taux d'échecs.

Avec les systèmes de « banques mixtes », existant au Canada, au Royaume-Uni et aux Etats-Unis (38), les familles d'accueil sont potentiellement familles adoptantes, ce qui permet d'éviter une autre rupture et favorise le lien d'attachement en cas de placement à long terme. Ce système n'est pas en place en Écosse.

Les outils présentés ci-dessus sont des supports pour guider les évaluations et harmoniser les observations.

L'inconvénient commun à la plupart de ces outils est la nécessité d'être formés et entraînés aux différentes passations, ainsi que l'aspect chronophage et/ou coûteux de certaines évaluations. Cependant cet écueil est sans doute le prix à payer pour progresser vers des évaluations et des orientations de meilleure qualité.

Certains outils ou processus paraissent tout à fait intéressants et complets mais peu applicables en pratique clinique.

Nous pouvons constater à l'issue de nos recherches que le processus de placement pour les enfants de moins de 2 ans est rarement décrit de façon détaillée et analytique.

Il en va de même pour les motivations finales du placement. Ceci est vrai quels que soient le lieu et la durée du placement (les modalités diffèrent selon les pays, les administrations, les services de protection de l'enfance et les juridictions).

Les études tentent souvent de comprendre rétrospectivement quels sont les facteurs qui ont amené à cette décision. Elles s'intéressent aux variables concernant l'enfant et sa famille, mais aussi aux variables concernant les travailleurs sociaux eux-mêmes et leur organisation.

D'autres études tentent d'évaluer des algorithmes, savoir la fiabilité de la valeur prédictive des outils. Mais la prédiction pour une situation donnée reste extrêmement délicate et incertaine.

Quels que soient les moyens utilisés, un consensus semble se dégager pour :

- s'appuyer sur les connaissances scientifiques établies et actualisées
- mettre l'accent sur la formation des acteurs et les échanges entre professionnels
- promouvoir une coordination des professionnels entre eux.

Tout au long du processus, les parents de l'enfant doivent être associés aux prises en charge, quelle que soit la distance réelle entre eux prescrite par le juge. Ceci est d'autant plus vrai si on envisage des visites médiatisées, des modalités d'hébergement périodiques ou plus encore si un retour au domicile parental est envisagé. Il convient de les informer régulièrement au sujet de leur enfant, de les recevoir même seuls et travailler avec eux sur leur parentalité à distance.

Notre sujet étant complexe à définir et difficile à circonscrire, nos recherches nous ont mené à nous pencher vers d'autres éléments plus périphériques, dont nous allons essayer de rendre compte dans les parties suivantes.

Pourquoi il n'y a pas ou peu d'outils

Nous verrons dans cette partie que la protection des tout-petits est un sujet complexe, avec un engouement important de la part des politiques mais aussi du grand public, cette clinique étant particulièrement spécifique et conduisant à des questionnements éthiques non négligeables.

1. Un sujet complexe

a. Un intérêt grandissant

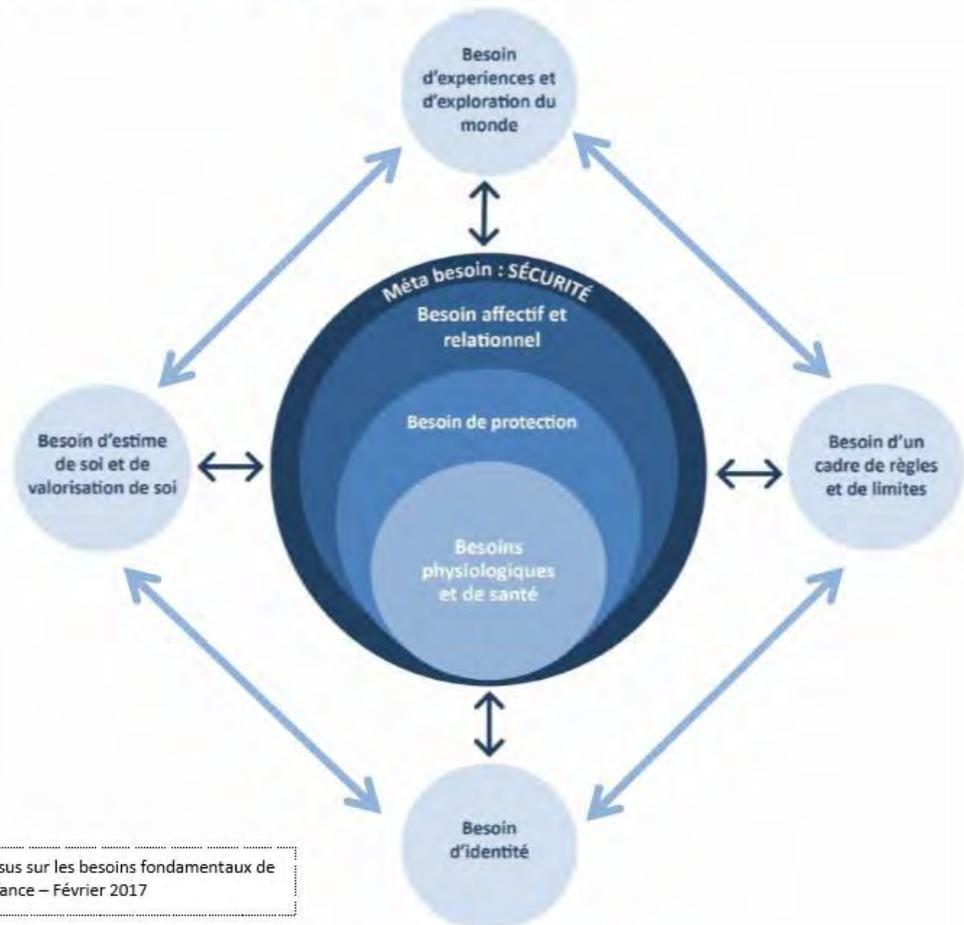
En France, les instances politiques se mobilisent face à cette prise de conscience nationale sur l'importance du développement précoce et de la protection des bébés. En janvier 2019 pour la première fois, Adrien Taquet a été nommé Secrétaire d'Etat en charge de la mise en place de la stratégie pour la protection de l'enfant auprès du ministre des Solidarités et de la Santé.

De plus, les données épidémiologiques commencent à être mieux collectées et diffusées, comme le montre le rapport « Penser petit », publié en mars 2019. Pour rappel, le nombre d'enfants de moins de 3 ans confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) était de 7906 au 31 décembre 2015. Parmi ces 7906 enfants, 1838 avaient moins d'un an.

Les besoins fondamentaux du jeune enfant sont désormais bien connus et ont fait l'objet d'un consensus en février 2017 (Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance, M.-P. Martin-Blachais et L. Rossignol (48). La SECURITE est reconnue comme un méta-besoin pour l'enfant, puis sont abordés les besoins physiologiques et de santé, le besoin de protection, le besoin affectif et relationnel et ensuite le besoin d'identité, le besoin d'estime de soi et de

valorisation de soi, le besoin d'un cadre de règles et de limites et enfin le besoin d'expériences et d'exploration du monde. *Les besoins fondamentaux de l'enfant sont des besoins physiques et moteurs, de sécurité, de découvertes, de limites, de reconnaissance, d'appartenance et de réalisation (Bowlby/Brazelton).*

La carte des besoins fondamentaux universels de l'enfant



Les circonstances qui peuvent compromettre la satisfaction de ces besoins sont aussi bien identifiées (précarité, pauvreté, difficultés psychologiques chez les parents, maltraitance, négligences, etc). Afin de remédier à l'impossibilité de répondre à ces besoins fondamentaux, un soutien doit être apporté aux parents dès que possible, dès que l'enfant naît, pendant la grossesse ou même parfois avant la conception. Lorsqu'un enfant naît et que sa vie est en danger, un placement doit être envisagé.

Cependant le rapport bénéfices-risques du placement n'est pas toujours facile à établir et les effets d'une telle décision impacteront le développement de l'enfant à court, moyen et long terme. Myriam David, entre autres, a étudié dès les années 1960 les conséquences bien souvent néfastes du placement d'enfants en pouponnière, dont les soins étaient alors peu adaptés à ces bébés ayant connu la séparation et des carences dès leur plus jeune âge (49) (50). D'autres études plus récentes ont montré que l'évolution de ces bébés accueillis en pouponnière pouvait être positive si les soins apportés étaient suffisamment maternants et contenant (15). Pour les plus jeunes enfants et d'autant plus pour les nouveau-nés, avoir au moins une figure stable d'attachement est indispensable pour développer une sécurité affective et se développer harmonieusement. Or, il y a en France trop peu de familles d'accueil et un placement est rarement pérenne au cours de la vie de l'enfant. Il persiste une inadéquation entre les connaissances scientifiques en petite enfance et la réalité du terrain. En effet, il est à présent reconnu, et ce depuis plusieurs décennies, qu'un nourrisson a besoin d'une certaine **stabilité**, d'une **permanence**, d'une **continuité**, et d'une **attention** particulière, au-delà des besoins physiques. Pourtant l'idéologie selon laquelle il ne doit pas y avoir de liens affectifs entre un enfant et sa famille d'accueil a encore la vie dure et a contribué à ne pas prioriser l'encadrement des familles d'accueil jusqu'à présent.

Une étude menée par Séverine Euillet et Hélène Join-Lambert Milova en 2013, citée dans le rapport « Penser petit », montre que près d'un tiers d'un effectif d'enfants placés à l'âge de 3-4 ans avait changé de lieu d'accueil 5 ans après (1). Le risque d'attachement insécuré et désorganisé est bien supérieur à la population générale chez les bébés élevés en collectivité ou vivant des ruptures itératives dans leurs figures d'attachement : 73% d'attachement désorganisé quand l'enfant a été élevé en

institution, versus 15% pour les enfants à faible risque, et 51% pour les enfants victimes de maltraitance dans la méta-analyse de Van Ljzendoorn et al.(51). Rappelons donc que le placement ne protège pas d'un trouble psychopathologique futur. D'après le dernier rapport de la Fondation Abbé Pierre (2019) sur l'état du mal logement en France (52), un quart des personnes sans domicile fixe ont été des enfants confiés aux services de protection de l'enfance dans leur jeunesse.

b. Vision du grand public

Dans la population générale, le placement a souvent mauvaise réputation et déclenche régulièrement des polémiques. Le grand public est particulièrement sensibilisé par ce sujet douloureux. Plusieurs reportages récents (« Enfants placés : les sacrifiés de la République » dans le magazine *Pièces à conviction* en janvier 2019 sur France 3, « Les enfants volés d'Angleterre » en novembre 2016 sur France 5) ont exposé les difficultés des institutions à répondre aux besoins des enfants placés et les reproches qui pouvaient leur être faits concernant les conditions d'accueil. Bien que notre projet d'étude ne soit pas ici de faire preuve d'un réel manque de moyen, il semble qu'en France les départements, face aux réalités financières, n'ont pas la possibilité de créer des pouponnières thérapeutiques pour les jeunes enfants placés à l'instar de l'Institut Loczy en Hongrie avec le « maternage insolite ».

Actuellement en France comme dans d'autres pays occidentaux, « l'intérêt supérieur de l'enfant » tend à prendre le pas sur « le droit des parents », ce qui correspond à l'évolution de la place de l'enfant dans notre société. Mais comme face à tout changement idéologique, on peut constater une résistance et une inertie dans le fonctionnement des institutions et des dérives possibles. Les informations « grand public » reçues par les médias dans ces contextes ne sont malheureusement pas

souvent celles qui pourraient être le plus utiles, notamment pour les parents et encore moins pour les familles en situation de vulnérabilité.

On place davantage et plus jeunes les bébés, mais les familles accueillantes sont souvent insuffisamment suivies et formées (1). Nous présenterons plus bas le développement actuel de plusieurs initiatives dans une perspective d'amélioration des pratiques.

c. Une clinique spécifique

La clinique du tout petit est très fine. Le travail d'évaluation d'une situation est extrêmement complexe. Les éléments à prendre en compte dans l'évaluation d'une situation potentiellement à risque sont très nombreux : l'environnement social et culturel (tenir compte des événements de vie et des liens d'appartenance culturelle, migration, déplacements, éloignement familial, rites et coutumes etc...), le développement de l'enfant, les facteurs somatiques de vulnérabilité, les éventuels troubles du comportement ou des conduites instinctuelles, un retrait ou un évitement, le type d'attachement et les relations parents-enfant, les compétences et relations parentales, les éventuels troubles du comportement et/ou pathologies parentales, les facteurs de risque de négligences et maltraitance, et surtout les besoins de l'enfant (53). Cette évaluation ne dépend pas d'une seule personne.

Les éléments spécifiques de la clinique du nourrisson sont notamment la communication non verbale et le langage corporel ou encore les capacités d'auto-régulation émotionnelle (54).

L'expérience clinique des pédopsychiatres, psychiatres de périnatalité et même psychiatres d'adulte permet de constater que les trajectoires d'enfants sont

extrêmement variables. Cette variabilité reflète la singularité de chaque situation mais elle peut aussi refléter la part aléatoire de certaines prises de décisions. On pourrait croire qu'un nouveau-né pour lequel une situation de danger est constatée puisse être placé très rapidement en famille d'accueil dès la naissance afin de lui permettre les meilleures conditions de développement possible. Or l'expérience quotidienne montre que les choses sont rarement aussi simples. Les placements peuvent intervenir tardivement et les aléas des institutions font que les tout-petits peuvent subir des placements, déplacements, tentatives de réunifications, re-placements qui vont à l'encontre de leur besoin de stabilité.

Le travail avec les parents est essentiel (24) mais parfois insuffisant pour envisager un maintien au domicile de bonne qualité. Une « obstination déraisonnable » peut mettre en péril les enfants. Le maintien du lien est important mais nécessite un accompagnement réfléchi et prolongé et doit être régulièrement ré-interrogé selon les symptômes de l'enfant.

Quelle que soit la solution envisagée pour leur enfant, il est important que les parents puissent la comprendre et être soutenus pour l'accepter dans la mesure de leurs moyens. Pour cela, les motivations doivent leur être expliquées autant que possible, avec les bases théoriques que nous connaissons. Pour ce faire, il faut que les professionnels y soient eux même sensibilisés et formés.

d. La question des visites médiatisées

En 2010, Dominique Lardièrre, pédiatre en PMI (55); décrit à ce sujet l'importance de « *conjuguer les besoins de protection des enfants et le droit des parents à entretenir des relations avec leurs enfants* ». Ces rencontres, dans la mesure où elles sont bien accompagnées, peuvent permettre de réajuster les interactions dans une relation qui

a souffert, de part et d'autre. Il rappelle que *«la séparation, si elle est parfois nécessaire, n'est pas suffisante. Elle suscite chez l'enfant, comme chez les parents, une angoisse »*. Les rencontres parents/enfant font partie des soins mais impliquent de prendre en compte la « personnalité naissante » du bébé, son âge, son rythme et des conditions matérielles adaptées.

Maurice Berger précise qu'*« un enfant a besoin de voir ses parents à intervalles réguliers [...] pour vérifier qu'ils ne sont pas morts, qu'ils ne l'ont pas oublié et que lui-même ne les a pas oubliés »*. Il ajoute (45) *« Séparer un enfant de ses parents, imposer si besoin des visites médiatisées, est une forme de respect profond à l'égard des parents. Les respecter, cela signifie, entre autres, respecter la filiation, et leur expliquer clairement que notre but, c'est d'obtenir que leur enfant s'en sorte mieux qu'eux-mêmes dans la vie, que la séparation fait partie des moyens que nous nous donnons pour atteindre cet objectif et que nous nous engageons à mettre en œuvre les autres moyens qui nous paraissent nécessaires. »*.

2. Une question éthique

Bien entendu de nombreuses questions éthiques se posent (56).

Elles concernent en particulier la validité de nos prédictions concernant l'avenir d'un enfant en développement. Si tout le monde s'accorde pour garantir la sécurité immédiate d'un enfant, y compris en le soustrayant à une maltraitance familiale, est-on certains de lui assurer les meilleures conditions de développement en situation de placement ?

Du côté des professionnels, on constate l'énergie et le temps nécessaire pour modifier les façons de penser, diffuser les connaissances actuelles et améliorer les prises en charge.

Du côté des parents, des résistances tout aussi fortes sont à l'œuvre, qui les empêchent d'entendre qu'ils ne sont pas en mesure de prendre soin de leur enfant. Dans le travail quotidien, il n'est pas si aisé d'amener les parents à distinguer la notion d'amour parental de celle de bons soins ou encore de sécurité suffisante.

Ainsi les décisions, si lourdes soient-elles, nécessitent d'être préparées, anticipées, accompagnées, expliquées, dans la mesure du possible. Il est essentiel que les parents puissent comprendre toutes les étapes du signalement au placement éventuel, en passant par l'enquête. Ceci pour éviter les répétitions au fil des grossesses et pour permettre que le placement soit en effet thérapeutique pour la relation et protecteur pour l'enfant.

Il n'est pas simple pour les familles, qui vivent souvent la séparation due au placement comme un « arrachage » très brutal, parfois comme une répétition dans leur histoire, de faire confiance aux services qui prennent en charge leurs enfants.

Bien que la protection de l'enfance reste une priorité, on ne peut nier la douleur et la souffrance provoquées par les décisions de placement pour ces parents.

Par ailleurs si nous avons les connaissances sur les facteurs de risques et les besoins pour le développement harmonieux d'un jeune enfant, il manque encore les outils permettant de les mettre en œuvre dans les familles les plus en difficultés. Un des risques serait d'arriver à des dérives qui peuvent paraître insensées comme dénoncées dans l'article « **La protection de l'enfance au Royaume-Uni est un trafic légalisé qui débouche sur un crime honteux : l'adoption forcée** » par la journaliste Florence Bellone en 2013 (57), où il est question du système de protection de l'enfance au Royaume-Uni et de son conflit d'intérêt avec le système d'adoption. Au nom de la science, on peut vite dériver si on oublie les différences individuelles qui font la singularité de l'être humain.

Paradoxalement, ces questions éthiques ne doivent pas être des facteurs de paralysie de la décision, mais au contraire elles encouragent à rechercher un éclairage objectif et à évaluer scientifiquement l'impact des décisions.

Ces questions éthiques n'étant pas complètement tranchées par la science, nous pouvons penser que l'utilisation d'outils facilement applicables permettraient d'aider à la prise des décisions de placement.

Cette revue permet, nous l'espérons, de donner des pistes de recherche au lecteur, en lui présentant différents outils et processus employés dans des pays occidentaux de niveau de vie à peu près comparable à celui de la France. Ces éléments sont décrits dans la partie suivante.

Qu'existe-t-il alors ?

Il existe des outils et des dispositifs, qui varient en fonction des pays et des cultures.

1. Les outils qu'on retiendra

Les échelles d'évaluation du jeune enfant (liste non exhaustive) sont présentées en **Annexe 2**. Pour plus de précisions, le lecteur pourra se référer à l'ouvrage de Catherine Tourrette et Antoine Guedeney, « *L'évaluation en clinique du jeune enfant* » (53).

Un des outils apparaissant comme le plus complet pour l'évaluation des capacités parentales est le **Guide de Steinhauer** (58) (décrit plus haut dans la partie Résultats). Ce guide est relativement long à compléter (49 pages), demande « une courte formation et quelques sessions d'expérimentation », des connaissances de base sur la théorie de l'attachement mais n'exige pas une expertise dans chaque domaine. Il permet d'apporter de précieuses informations et une trame d'évaluation commune favorisant l'objectivité. Il a servi de base à l'élaboration de plusieurs autres outils et est fréquemment cité dans les études autour des négligences et de la protection de l'enfance.

Le **CIB** (*Coding Interactive Behavior*), le **Care-Index** (décrits plus bas) et **AMBIANCE** sont d'autres échelles intéressantes, validées et permettant d'évaluer les interactions parents-bébé, mais n'ont pas encore à notre connaissance de version française et nécessitent des séquences filmées et des formations spécifiques pouvant être un frein à leur diffusion et leur réalisation en pratique. C'est aussi le cas de l'**AAI** (*Adult Attachment Interview*), qui évalue les relations d'un individu avec ses parents au cours de l'enfance, très informatif mais long et coûteux car nécessitant un enregistrement audio retranscrit (53).

De nombreux autres outils et échelles sont utilisées, permettant d'approfondir l'évaluation du jeune enfant notamment lors de situations préoccupantes. C'est le cas du **Brunet Lézine** pour évaluer le développement, l'**ADS-Scale** (*Attachment During Stress-Scale - Massie Campbell*) qui évalue l'attachement parent-enfant pendant les situations de stress (échelle à laquelle les travailleurs sociaux de PMI ont été formés), l'échelle de retrait relationnel **ADBB** (Alarme Détresse Bébé) (1) (48) ou encore le **HOME** (*Observation for Measurement of the Environment – Infant-Toddler*) utilisé dans l'étude CAPEDP (59) qui évalue l'environnement. Ces quatre outils sont parmi les plus connus et utilisés en France.

Bien que ces outils soient pour la plupart validés (60) il serait intéressant de savoir dans quelle mesure ils sont employés lors des évaluations sociales par exemples, et s'ils sont connus des responsables ASE, des juges des enfants, et demandés lors des expertises judiciaires de la fonction parentale par exemple. À notre connaissance et pour avoir échangé avec des professionnels responsables ASE et magistrats, le partage avec les « décisionnaires », de données cliniques judicieusement évaluées est essentiel mais encore trop peu présent. D'un point de vue éthique, ces regards croisés pluri-professionnels se confrontent aussi au respect du secret professionnel.

En effet, en France la loi et l'usage veulent que les éléments transmis au Parquet et au juge des enfants dans un signalement soient limités au nécessaire et ne comportent pas une observation exhaustive de l'enfant et de son environnement.

Au-delà des outils standardisés comme les échelles d'évaluation, l'évaluation clinique reste essentielle, mais elle doit pouvoir s'appuyer sur des référentiels théoriques qui sont nécessaires pour penser ces situations difficiles. Parmi eux, la théorie de l'attachement s'impose de plus en plus au niveau international dans l'accompagnement des jeunes enfants les plus vulnérables et de leur famille. En

France, la psychanalyse est souvent la base théorique utilisée pour penser mais ces deux approches ne sont pas contradictoires et ne s'excluent pas l'une l'autre, elles sont au contraire complémentaires quand on peut les intégrer (61). L'approche attachementaliste a cet avantage de mieux se prêter à la création d'outils et à la recherche et d'être utilisée dans les études anglo-saxonnes de grande diffusion.

Lors de nos recherches dans la littérature, nous n'avons trouvé que très peu d'articles évoquant spécifiquement le lien entre l'utilisation de ces échelles et les décisions de placement de jeunes enfants.

Exemples d'échelles validées utilisées dans l'évaluation clinique des nourrissons

- ***l'ADBB*** : (*Médecine et enfance échelle ADBB juin 2004 / L'évaluation en clinique du jeune enfant – Tourette et Guedeney 2012 / www.adbb.net*)

L'Alarme Détresse Bébé est une échelle permettant d'évaluer le degré de retrait relationnel des nourrissons. Ce retrait peut être observé dans différentes circonstances, notamment en cas de dépression du nourrisson, de retard de croissance, ou encore d'attachement désorganisé. L'utilité initiale de cette échelle peut être l'évaluation des pathologies parentales (surtout dépression postnatale), l'évaluation dans les unités mère-bébé, dans les CAMSP (Centre d'action médico-sociale précoce), les PMI (services de Protection maternelle et infantile) et dans « le suivi des pathologies liées à la prématurité et aux troubles d'origine génétique ». Le retrait n'est pas spécifique des situations de maltraitance. Néanmoins, lorsque la situation nous alerte par la présence d'autres éléments d'inquiétude faisant suspecter une négligence ou de potentielles violences, on peut penser que cette observation pourrait être un indice supplémentaire permettant d'étayer les rapports cliniques. La dépression du nourrisson peut ainsi faire évoquer des vécus de carences et

« discontinuité relationnelle » (*cours DU dépression du bébé*). L'ADBB est destinée aux enfants de 2 à 24 mois. Elle se compose de 8 parties : expression du visage, contact visuel, activité corporelle, gestes d'autostimulation, vocalisation, vivacité de la réaction à la stimulation, relation, et attractivité. Chaque item est coté de 0 (pas de comportement anormal de retrait) à 4 (comportement massivement anormal). Son élaboration s'est faite à Paris à la fin des années 1990. Elle a été comparée à la *GRS Global Rating Scale for mother-infant interaction* (Murray et al. 1996) et la *CIB Coding Interactive Behaviour* (Feldman-Yale). L'échelle a montré une certaine validité (62). C'est un outil de dépistage précoce et de suivi du retrait relationnel. Une formation et un entraînement sont nécessaires à la bonne réalisation de sa passation. La M-ADBB (*modified-ADBB*) est une version australienne simplifiée à 5 items : expression faciale, contact visuel, vocalisation, activité générale corporelle et capacités relationnelles.

- **Le CIB** : (*Petite Enfance et Psychopathologie A. Guedeney 2014 – L'évaluation en clinique du jeune enfant C. Tourette et A. Guedeney 2012*)

Le CIB (*Coding Interactive Behavior – Ruth Feldman 1998*) est une échelle d'évaluation des interactions précoces chez les enfants de 0 à 3 ans. Il comporte 42 items organisés en 6 parties : présence maternelle aidante, pose de limites par la mère, intrusivité maternelle, affects conjoints positifs mère-enfant, retrait de l'enfant, et états dyadiques conjoints négatifs. Il est coté à partir d'une situation de jeu libre et d'une situation d'alimentation, filmées pendant une dizaine de minutes. Il requiert une formation spécifique.

- **Le CARE-INDEX** : (*Petite Enfance et Psychopathologie A. Guedeney 2014 – L'évaluation en clinique du jeune enfant C. Tourette et A. Guedeney 2012*)

Le CARE-INDEX, développé par P. Crittenden en 1988, est une échelle utilisée pour évaluer les interactions mère-enfant, de la naissance à 2 ans, sur une vidéo de 3 à 5 minutes lors d'une séquence de jeu. Il évalue la sensibilité de l'adulte dans les interactions avec le bébé. Les sept axes évalués sont : les expressions faciales ; les expressions vocales ; la position et le contact corporel ; l'expression de l'affect ; l'alternance à l'intérieur des séquences de jeu ; l'activité de contrôle ; le choix de l'activité en fonction de l'âge. La réaction parentale est classée en 3 catégories : sensibilité, contrôle et absence de réponse (*sensitive/controlling/unresponsive*) et le comportement du bébé peut être de 4 types : coopération, soumission, difficulté et passivité. Ces associations donnent 3 types de « dynamiques relationnelles ». Il nécessite également une formation spécifique. www.patcrittenden.com

Les 3 échelles précédemment citées pourraient être utilisées afin d'évaluer les relations parents-enfant dans le cadre d'une évaluation complète. En effet, les liens d'attachement défailants peuvent être observés dans des contextes tout à fait variés, tels qu'une dépression du post-partum, une pathologie néonatale entraînant un retard de développement ou encore des carences de soins. Lorsque des inquiétudes existent déjà pour un enfant concernant son environnement et les soins apportés par ses parents, lorsque sa sécurité est mise en jeu, l'une de ces évaluations pourraient permettre d'étayer les observations et légitimer une décision de placement quand celui-ci est nécessaire. De plus cela pourrait permettre de faciliter l'élaboration de l'aide à mettre en place pour les parents. Enfin ils pourraient orienter les axes de travail à envisager dans le soutien du lien, notamment lorsque s'organisent les visites médiatisées après un placement. Certains auteurs s'accordent à dire que celles-ci sont à maintenir et encadrer dans de bonnes conditions, comme le décrivent entre autres

Berger et Lardière (55).

Des éléments de réponse sur le terrain

Malgré les lacunes sur ce sujet précis dans la littérature explorée, nous avons néanmoins trouvé des ressources intéressantes. Nous nous sommes concentrés sur des articles qui semblaient pertinents au niveau clinique. En effet, au-delà de toutes les considérations statistiques, il nous semble que les critères de terrain, les éléments d'observation et les facteurs de risques identifiés, sont le plus utiles aux acteurs des décisions. La dimension de la subjectivité des observateurs ne peut être ignorée mais peut ajouter à la richesse clinique de l'évaluation si elle est maîtrisée et régulée en équipe (intérêt des RCP, des supervisions etc...).

2. Des dispositifs connus, des éléments de réponse sur le terrain

a. Au Québec

Au Québec, la théorie de l'attachement inspire les programmes de protection de l'enfance depuis la fin des années 1980, début des années 1990 et nous avons vu plus haut les différentes contributions des équipes dans ce domaine.

Dans la dernière révision de la loi pour la protection de l'enfance (2017), les axes principaux sont les suivants : L'intérêt de l'enfant et le respect de ses droits (art. 3 LPJ), La primauté de la responsabilité parentale (art. 2.2 LPJ), La participation active de l'enfant et de ses parents (art. 2.3 LPJ), Le **maintien de l'enfant dans son milieu familial** (art. 4 LPJ), La **continuité des soins et la stabilité des liens** et des conditions de vie (art. 4 LPJ), La participation de la communauté (art. 2.3 LPJ), L'importance d'agir avec diligence (art. 2.4 LPJ), Le respect des personnes et de leurs

droits (art. 2.4 LPJ), La prise en considération des caractéristiques des communautés culturelles et des communautés autochtones (art.2.4 LPJ). (*Présentation Mme Sophie Turcotte au Colloque de l'Institut de la Parentalité « Innover et agir en prévention pour construire le lien d'attachement », Bordeaux 2019*).

De nombreux documents sont disponibles sur les sites de protection de la jeunesse au Québec comme, en plus des supports déjà cités précédemment, « *L'attachement au cours du développement du nourrisson, outil d'aide à la tâche* » (pour les visites à domicile, guide d'observation de la qualité des soins, soutien à la parentalité et repères de développement simples), « *Démarche à réaliser par l'intervenant dans l'évaluation d'une personne significative* » (pour aider à choisir une personne connue de l'enfant pour l'accueillir quand ce dernier ne peut être maintenu dans son milieu familial) ou encore le « *Programme JESSIE* » (spécifique des parents consommateurs de toxiques).

D'autres protocoles sont disponibles concernant les placements comme celui du « *Retrait du milieu familial* ».

Les outils les plus fréquemment utilisés par les CJ (Centre Jeunesse) et CSSS (Centres de santé et de services sociaux) sont les suivants (validité et notoriété) :

- Outils axés sur la négligence : Indices **abus et négligence 0-5 ans** (Diorio – Fortin 1999) ;
- Outils multifactoriels : Grille de **dépistage du risque de discontinuité et d'instabilité**, Guide d'évaluation des capacités parentales (Guide de **Steinhauer 0-5 ans**), **ICBE** (Inventaire Concernant le Bien-être de l'Enfant) ;
- Outils dérivés du cadre d'analyse commun des besoins de l'enfant : cahier d'analyse des besoins du développement de l'enfant (**CABE**) (core assessment

record), **SSP** (Système de soutien à la pratique) (+grille commune d'analyse des besoins de l'enfant (*commun assessment framework form*)), grille d'analyse préliminaire des besoins de l'enfant (*initial assessment record*) ;

- Évaluation des conduites parentales : **ISP** (Indice de Stress Parental), **CAPI** (inventaire du potentiel d'abus) ;
- Évaluation du développement et des compétences de l'enfant (0-5 ans) : **GED** (Grille d'Évaluation du Développement), **ASQ** (Questionnaire sur les étapes du développement).

L'intervention de la DPJ (Direction de la Protection de la Jeunesse) au Québec consiste en plusieurs étapes (*Présentation de Mme Sophie Turcotte au Colloque de l'Institut de la Parentalité « Innover et agir en prévention pour construire le lien d'attachement », Bordeaux, octobre 2019*) :

- Réception et traitement du signalement
- S'il est retenu, mise en place de mesures de protection immédiate si nécessaire (entente provisoire ou recours au tribunal)
- Evaluation de la situation
- Si la sécurité ou le développement sont compromis : orientation et choix des mesures de protection (entente sur les mesures volontaires ou recours au tribunal)
- Mise en place de mesures de protection
- Révision de la situation +/- fin de l'intervention et liaison avec les ressources d'aide.

b. En France

En France, on note des disparités territoriales, du fait de la décentralisation du système de protection de l'enfance. Le service est géré par le Département.

Les magistrats ne sont sensibilisés à la théorie de l'attachement que depuis peu de temps. En effet, des formations ont maintenant lieu afin de leur permettre d'être plus attentifs aux besoins de l'enfant et aux éléments de la théorie de l'attachement notamment.

Concernant les évaluations anténatales, elles visent à prévenir et à intervenir très précocement et de manière moins traumatique chez les mères les plus en difficultés et les nouveau-nés les plus à risques de danger et nécessitant un placement précoce. Des dispositifs sont connus mais pas toujours suffisamment utilisés comme l'Entretien prénatal précoce du 4^{ème} mois.

En maternité les équipes de soins psychiatriques spécialisées en périnatalité permettent d'avoir un regard clinique à la fois sur la mère, son bébé, et la relation qui se tisse entre eux. Le père est aussi extrêmement important dans cette relation.

D'autres dispositifs pilotes se mettent en place comme dans le département de la Vienne avec le protocole d'Information Préoccupante en période Prénatale, élaboré à partir de la méthode Alföldi (63), qui permet une anticipation, une intervention précoce et la préparation d'un éventuel placement dans le cas où une mère attendant un enfant se trouve en situation d'empêchement de ses capacités maternelles, mettant en lumière toute l'importance du soutien à la parentalité (41). Ce dispositif est pluridisciplinaire et très complet mais questionne en termes de secret médical partagé entre les intervenants notamment. Les limites ne sont pas toujours simples à définir, comme l'évoque Jean-Michel Longneaux, Docteur en philosophie, lors d'une

conférence sur le secret professionnel dans les situations de maltraitance (Commission de Coordination d'Aide aux Enfants Victimes de Maltraitance du Brabant Wallon 22 mars 2018, Yapaka.be).

Pour les dyades mère-bébé à risque, des unités spécifiques de soins existent. Ces « unités mère-bébé », déjà évoquées plus haut, visent à accompagner la construction des liens d'attachement et la meilleure qualité de soins maternels possibles pour le nourrisson. Les places y sont encore trop peu nombreuses et disparates sur le territoire national mais se développent. Les modalités d'admission dans ces unités peuvent mettre en difficultés les équipes dans leur fonction soignante lorsque les hospitalisations se font à la demande des services judiciaires ou administratifs. Il peut alors y avoir une mise en position d' « expertise » qui peut mettre en péril la relation thérapeutique (64) (65) .

En Haute Garonne, des groupes de travail pluridisciplinaires (à l'initiative du collectif Santé Mentale bébé 31) entre équipes de pédopsychiatrie en périnatalité et du jeune enfant, de PMI, d'ASE, et des juges des enfants sont en place depuis quelques mois afin d'échanger sur les pratiques autour des jeunes enfants. Ces temps de réflexion partagée permettent d'aborder des thématiques autour de la prise en charge coordonnée des bébés dits « à risques multiples » avec pour objectif l'amélioration des pratiques sur le territoire.

A Toulouse un médecin est maintenant nommé au sein de la CRIP (Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes) afin de conseiller les médecins et les aider dans leurs décisions d'informations préoccupantes ou dans leurs écrits. Son rôle est de permettre une meilleure prise en compte de la santé de l'enfant, en coordonnant les soins nécessaires des enfants bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance.

En région Rhône-Alpes, un travail a été effectué entre 2006 et 2019 pour la construction d'un référentiel d'évaluation participative des situations en protection de l'enfance (ESOPPE). Ce travail a été mené au sein du CREAL (Centre Régional d'Etudes d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité) par P. Robin, P. Grégoire et E. Corbet entre autres (66). Un partenariat international est établi avec l'initiative AIDES à l'université de Montréal au Québec (Action Intersectorielle pour le Développement des Enfants et leur Sécurité) et IFIV (Institut de Formation et de Recherche-action sur les conséquences de la Violence infantiles et la promotion de la résilience) à Barcelone en Espagne. Ce référentiel est implanté dans une vingtaine de départements (48).

Le référentiel du CREAL comporte néanmoins certaines limites (48) « *Celui-ci déploie une méthodologie d'appui au process d'observation, d'évaluation et d'analyse des professionnels (...), ainsi qu'une démarche participative des acteurs (enfant et parents). Toutefois, celui-ci ne dispose pas actuellement d'outil d'application intégrant par tranche d'âge le croisement d'échelle développementale et les dimensions de besoin, de capacités parentales et de contexte environnemental.* »

Guy Patriarca, ancien directeur enfance-famille du Conseil Général de l'Ardèche rappelait dans le livre de Dominique Attias, Le placement des enfants (67), les conditions minimales pour prendre la décision du placement : « *une évaluation clinique des situations pointue, référencée à une théorie et à une pratique validée, et capable d'associer les parents à l'analyse de leurs difficultés (...), un processus décisionnel clair et réfléchi qui permette d'éviter les décisions hâtives ou arbitraires (...), un dispositif de prise en charge qui offre vraiment un panel d'alternatives permettant la mise en place de mesures de protection personnalisées.*».

c. Au Royaume-Uni et aux Etats-Unis

Sur le même principe de l'évaluation anténatale, le « *Pre-proceedings process* » vise à anticiper et préparer les mesures d'aide apportées aux parents en Angleterre et au Pays de Galles (68).

Certains avocats et juges pour enfants se prononcent aussi sur la question des jeunes enfants en procédure de placement (54). Le projet « *Babies can't wait* » (69) (70) permet une formation du personnel du tribunal de la famille aux besoins spécifiques des jeunes enfants à l'aide d'un guide notamment («*Ensuring the Healthy Development of Infants in Foster Care: A Guide for Judges, Advocates and Child Welfare Professionals* »). Ce projet encourage une meilleure collaboration entre les systèmes et l'utilisation de la théorie de l'attachement dans la prise des décisions de placement. Cela est aussi évoqué par Julie Cohen et Victoria Youcha, membres du *Zero to three Policy Center*, qui décrivent bien la nécessité de mieux répondre aux besoins des enfants (71). Par ailleurs, Douglas F, Goldsmith et al (72) précisent que l'utilisation d'un outil standardisé n'est sans doute pas envisageable dans ces situations particulières, le développement de l'enfant et le caractère unique de chaque histoire priment pour une évaluation au cas par cas.

Une amélioration de la formation des intervenants est cependant possible (73). Tout comme en **Allemagne** avec une sensibilisation à la théorie de l'attachement dans les tribunaux (74) et le développement de programmes d'entraînement pour les équipes (75).

d. En Suisse

Les études et les thérapies précoces visant la relation parents bébés et la parentalité sont utilisées depuis longtemps (travaux de B. Cramer) et des supports existent comme le « Guide d'appréciation des faits » (Dépistage et évaluation de l'enfant en danger dans sa survie ou dans son développement, SPMi), l'utilisation du Guide d'évaluation des capacités parentales, adaptation du guide de Steinhauer (Canada), ou encore la fiche de signalement au SPMi d'un mineur en danger dans son développement. De plus, les unités de soins conjoints mère-bébé se développent.

e. En Belgique

Le rapport de la CODE (Coordination des ONG pour les droits de l'Enfant) sur les Droits de l'enfant et relations enfants placés - familles (*Partie 1 (2012) : Etat de la situation des enfants de 0 à 12 ans placés dans le cadre de l'Aide à la jeunesse en Fédération Wallonie-Bruxelles et analyse de la législation*) stipule que le placement ne doit être décidé qu'en dernier recours et que le maintien en milieu familial doit être conservé autant que possible.

Bednarek et al. (42) rappelle d'être attentif aux facteurs de risques (« Puces à l'oreille »), de sensibiliser et orienter le plus tôt possible (en fournissant des liens utiles pour la France, la Belgique, la Suisse et le Canada) et d'accompagner dans la durée. Concernant la question spécifique des enfants de parents ayant des troubles psychiatriques, Chatelle et de Becker (76) évoque la limite des rôles de chacun et le nécessaire respect du secret professionnel qui peut entraver l'évaluation de certaines situations.

f. Danemark / Finlande / Norvège / Suède

Dans les pays nordiques, Hestbaek et al. (77) mettent en lumière le manque de formation des travailleurs sociaux concernant les besoins fondamentaux des jeunes enfants et l'importance d'améliorer les pratiques, en ayant plus en tête l'impact potentiel des décisions prises sur le développement de ces derniers.

Au final, nous pouvons constater au terme de cette recherche à la fois la richesse des dispositifs existants et des données de la littérature sur le sujet de l'évaluation, des besoins et de la prévention pour les bébés à risques multiples, mais également les grandes disparités de juridiction, législation et fonctionnement selon les pays, et au sein d'un même pays, y compris en termes de possibilités d'accueil et de soins pour ces enfants.

L'avis des professionnels concernés

Il est important de recueillir les avis de ceux qui utilisent ou pourraient utiliser les outils (médecins, travailleurs sociaux, assistants familiaux, décideurs juridiques) (38).

1. Pédopsychiatres et psychiatres de périnatalité

En 1992, Berger évoque la notion d' « idéologie du lien familial » qui peut être portée par certaines équipes (78) et la dénonce comme cause de l'échec de la protection dans certaines situations.

Il précise dans un autre article en 2002 (79) que la séparation protège mais ne traite pas les troubles psychiques engendrés par les traumatismes vécus et aborde la nécessité d'un accompagnement régulier et d'un suivi relationnel (M. David et H. Rottman). Il revient sur la notion de critères indicateurs de placement familial (« jalons d'évaluations dans les situations de défaillance parentale ») et précise qu'ils sont indissociables d'un ensemble d'autres facteurs intervenants dans les décisions de placement.

« Un paradoxe : on n'a jamais autant parlé des besoins du bébé en étant aussi peu à la hauteur d'y répondre ! » Nicole Guedeney, Prendre soin des jeunes enfants dans notre société ? Quel défi. Colloque international Innover et agir en prévention pour construire le lien d'attachement. Institut de la Parentalité Bordeaux 2019.

Par ailleurs, concernant la violence envers les enfants dans les situations de transculturalisme, le clinicien doit faire preuve d'une attention particulière, et si besoin faire appel à une équipe spécialisée dans le domaine. Comme le souligne Marie-Rose Moro dans son ouvrage « *La violence envers les enfants, approche transculturelle* » (80), « (...) toute culture inflige des violences parfois extrêmes aux enfants. Prendre la

mesure de ces différences culturelles permet de mieux comprendre les mécanismes à l'œuvre tant du côté des adultes et de la société qu'au plan du développement des enfants et de leur devenir. »

2. Pédiatres

La pédiatrie chez le tout petit est une clinique de l'observation, de son comportement, ses réactions, les interactions avec ses parents. C'est aussi aider les parents à regarder leur enfant et percevoir ses capacités (NBAS Brazelton) et ses difficultés.

Les pédiatres qui peuvent être confrontés à la suspicion d'une situation de danger sont nombreux : aux urgences, en PMI, en cabinet en ville. A Toulouse depuis 2019 la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes a intégré une pédiatre à leur équipe. Ce médecin référent de la protection de l'enfance est chargé de la coordination des situations et notamment du suivi des soins à mettre en place pour les enfants placés. Un des enjeux de ce dispositif est une meilleure communication entre la CRIP, les personnes effectuant le signalement et le Parquet des mineurs et les Juges de enfants, toujours dans le respect du secret professionnel.

Par ailleurs, il existe depuis près de 20 ans à l'Hôpital des Enfants de Toulouse l'UHED (Unité Hospitalière de l'Enfance en Danger). Ce service est composé d'une équipe multidisciplinaire réunissant (neuro-)pédiatres, psychologues, assistante sociale et éducatrice spécialisée. Les hospitalisations dans ce service permettent de mener des évaluations et prendre en charge des situations d'enfants ayant subi de la maltraitance.

3. Juges des enfants

Mme Odile Barral, Juge des Enfants au TGI de Toulouse rappelle dans un article en 2003 (81) l'importance de l'audience qui permet de respecter la parole et le rôle des parents, d'autant plus dans les situations de placement d'urgence. Elle évoque la possibilité de rechercher l'adhésion des parents avec la compréhension de l'indication de placement, et la nécessité de pouvoir définir rapidement les « modalités de maintien du lien ». Le Juge Barral rappelle par ailleurs que le CDEF a une fonction d'accueil et d'orientation, et n'est pas un lieu d'hébergement sur de longues durées comme ce peut être le cas malheureusement, avec des difficultés à construire un projet pour les jeunes enfants.

Le cadre de l'information préoccupant n'est pas toujours très clair, comme l'explique Claire Neirinck, Professeur au Centre de droit privé à l'Université de Toulouse I Capitole (82), avec parfois le risque de conduire à un placement pour un enfant qui n'en avait pas besoin (cas d'une erreur d'appréciation pour un bébé atteint de la maladie des os de verre).

Aux Etats-Unis une liste a été établie à destination des juges, avocats d'adultes et d'enfants afin que ces derniers puissent avoir en tête certaines questions à (se) poser face à un bébé ou un jeune enfant confié au système de protection de l'enfance (83). Cette liste reprend notamment la nécessité d'avoir une attention particulière concernant sa santé physique (vaccins, contrôle dentaire, recherche d'un éventuel déficit sensoriel...), son développement, sa santé mentale (évaluation et soins si nécessaires) et son éducation. De plus, les autorités judiciaires doivent s'assurer que les personnes qui s'occupent de ces jeunes enfants placés soient en capacité de

repérer les éventuels troubles qui peuvent être causés par leur passé et leur parcours de placement.

Dans le cas des placements précoces, il est exceptionnel en France qu'un avocat soit nommé pour les bébés.

En France la formation des juges des enfants autour du thème de l'attachement se développe, comme le montre Laurence Begon-Bordreuil (magistrate, coordination formation Ecole Nationale de la Magistrature – *Colloque de l'Institut de la Parentalité « Innover et agir en prévention pour construire le lien d'attachement »*, Bordeaux 2019) qui parle de la théorie de l'attachement comme une « boussole », « un cadre de pensée » structurant.

Par ailleurs, il est à noter que les PAD (Placement à Domicile) parfois proposés par défaut ne remplacent pas de “vrais” placements hors du domicile familial pour mise en sécurité.

4. Travailleurs sociaux

Dickens (84) a montré combien les missions des travailleurs sociaux pouvaient être complexes dans les processus de placement.

Une meilleure opinion du public concernant les services de protection de l'enfance, notamment leur rôle principal de préserver et promouvoir le bien-être de l'enfant, rendrait plus sereines l'évaluation et les prises de décision de la part des travailleurs sociaux (85).

Autres données : Outils qui évaluent les prises de décision et les facteurs qui l'influencent

Des modèles permettraient d'expliquer le processus de décision d'un placement dans la pensée et la réflexion des travailleurs sociaux, comme au Portugal (85). Cette étude conclue sur la nécessité de mettre en place plus de formations pour mieux identifier ces divers facteurs (attitudes, croyances et valeurs individuelles) et favoriser la prise de conscience des acteurs du placement.

D'autres études tentent de décrire la complexité des facteurs qui influencent les décisions de placement, qui vont des représentations conscientes et inconscientes jusqu'à l'organisation des services (« *The Decision-Making Ecology* ») (86) (87) (88) (89).

D'un point de vue épistémologique il est curieux de constater qu'il y a plus d'études qui s'intéressent à l'écologie de la décision, c'est-à-dire tous les facteurs qui l'influencent, que (comme nous l'avons répété) d'études qui décrivent des outils validés permettant d'orienter la décision.

Pourtant de nombreux articles regrettent le manque d'outil standardisé, basé sur des preuves scientifiques et des fondements théoriques, pour aider à la prise de décisions, et appellent à leur développement. Ces articles rejoignent notre propre préoccupation et notre questionnement initial.

V. Conclusion

Au terme de nos recherches dans la littérature scientifique internationale, nous avons sélectionné 17 articles et nous avons pu constater qu'il ne semble exister que peu d'outils standardisés permettant un partage des représentations et des pratiques entre les différents intervenants de la protection de l'enfance.

Certains d'entre eux comme le guide d'évaluation des capacités parentales (« Guide de Steinhauer ») permettent une évaluation relativement complète dans plusieurs domaines. D'autres comme la KIPS (*Keys to Interactive Parenting Scale*), la PIR-GAS (*Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale*), le Care-Index, la CIB (*Coding Interactive Behavior*) ou l'échelle AMIBANCE, l'ADBB, le Massie Campbell ADS (*Attachment during stress*), sont des outils plus précis d'observation des interactions parent-enfant, d'évaluation des représentations parentales, du retrait/évitement du jeune enfant ou encore du type d'attachement. Ils sont plus ou moins utilisés selon les pays et les équipes, en recherche et/ou sur le terrain.

Nous pouvons voir dans les articles présentés que l'utilisation de plusieurs outils est souvent nécessaire avec, au préalable, un volet de formation et une sensibilisation aux processus d'observation.

Pour répondre à notre questionnement initial, il n'existe pas actuellement d'outil standardisé fiable et validé au niveau international qui serait incontournable pour décider du placement d'un enfant avant 2 ans.

Devant la complexité et l'hétérogénéité des situations cliniques, nous ne sommes pas persuadés qu'on parviendra à se fier totalement à des échelles, même précises, pour ce genre de décision. En effet, la subjectivité des intervenants et le cas par cas dans le processus décisionnel, paraissent utiles à la prise de décision en respectant l'individualité de chaque bébé et de chaque famille, mais seulement dans la mesure

où cette subjectivité est contenue car travaillée dans un processus de réflexion concertée, et maîtrisée quant aux contre-attitudes possibles des professionnels. Cette concertation permet de prévenir les risques de passages à l'acte des professionnels de la petite enfance, exposant les familles à des vécus traumatiques de « maltraitance institutionnelle » lors de séparations avec leur bébé mal comprises et mal préparées, en miroir de ce qu'elles vivent dans leur intimité.

Concernant les besoins du bébé, les connaissances théoriques se développent et il paraît à présent indispensable de parfaire le lien entre ces connaissances et la pratique clinique, sociale et judiciaire. Pour ce faire, les formations croisées et la sensibilisation des professionnels concernés sont à poursuivre afin d'avoir une meilleure lisibilité des situations et ainsi permettre une égalité des chances en termes de développement et de soins pour tous les enfants selon les régions et selon les pays et ce dès le plus jeune âge (in-utéro, nouveau-nés, nourrissons...).

Nous pourrions recommander de mettre en place des formations mutuelles sur les thématiques connexes à la protection de la petite enfance et des formations aux outils standardisés. Ces temps seraient autant d'occasions de rencontres entre les professionnels pour, d'une part, travailler à des processus utilisant ou non les outils standardisés, et d'autre part, pour garantir une réduction des délais aggravés par les malentendus dans les prises en charge.

Localement à Toulouse, ces questionnements ont amené à la mise en place de groupes de travail pluridisciplinaire sur le thème de la protection de la petite enfance (à l'initiative du collectif Santé Mentale Bébé 31). Ces instances ont permis l'élaboration de réflexions partagées autour des évaluations anténatales, des expertises demandées par les juges ou encore des troubles de l'attachement chez les enfants placés.

Déclaration de lien d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Oui A, Cole É, Genest L. Penser petit Des politiques et des pratiques au service des enfants de moins de 6 ans confiés. 2019 mars.
2. Horwitz Fraiberg Selma. Fantômes dans la chambre d'enfants: évaluation et thérapie des perturbations de la santé mentale du nourrisson. 3e édition. Paris: Presses universitaires de France; 2012. xviii+418. (Le Fil rouge Section 2 Psychanalyse et psychiatrie de l'enfant).
3. Hammond J, Lipsedge M. Assessing Parenting Capacity in Psychiatric Mother and Baby Units: A case report and review of literature. *Psychiatr Danub.* sept 2015;27 Suppl 1:S71-83.
4. Garret-Gloanec N, Pernel A-S. Conséquences des négligences parentales sur les bébés. *L'information psychiatrique.* 15 nov 2012;Volume 88(3):195-207.
5. Gaudin JM. *Child Neglect: A Guide for Intervention.* avr 1993;103.
6. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. 2016-297 mars 14, 2016.
7. Irosoft architecture de gestion de l'information législative-legal information management system. - Loi sur la protection de la jeunesse [Internet]. [cité 10 juin 2020]. Disponible sur: <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/P-34.1>
8. Québec (Province), Ministère de la santé et des services sociaux, Boudreau J, Laforest S. Le retrait du milieu familial des enfants et des jeunes: normes relatives à la pratique à l'intention des établissements et des intervenants du secteur de la santé et des services sociaux. Québec: Santé et services sociaux Québec; 2005.
9. Moreault B. Protocole régional d'intervention en matière de retrait du milieu familial des enfants et des jeunes dans le cadre de la loi sur les services de santé et les services sociaux [Internet]. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie - Québec; 2009 févr. Disponible sur: <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/hyperion/9782893424408.pdf>
10. Lachaussee S, Bednarek S, Absil G, Vanmeerbeek M. Les enfants négligés : ils naissent, ils vivent mais ils s'éteignent. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles.* 2012;N° 1(1):4-9.
11. Zuravin S, Depanfilis D. Factors affecting foster care placement of children receiving child protective services. *Social Work Research.* 1 mars 1997;21:34-42.
12. Carter V, Myers M. Exploring the risks of substantiated physical neglect related to

- poverty and parental characteristics: A national sample. *Children and Youth Services Review*. 31 janv 2007;29:110-21.
13. Berger M, Bonneville E. Théorie de l'attachement et protection de l'enfance au Québec. *Dialogue*. 1 avr 2007;n° 175(1):49-62.
 14. Even M, Sutter-Dallay A-L. La santé mentale des enfants placés. Une revue de la littérature. *L'Encéphale*. 1 sept 2019;45(4):340-4.
 15. Mascaró R, Dupuis-Gauthier C, Jardri R, Delion P. Evaluation des effets du placement précoce du bébé en pouponnière. *Devenir*. 4 juill 2012;Vol. 24(2):69-115.
 16. Perroud N. Maltraitance infantile et mécanismes épigénétiques. *L'information psychiatrique*. 28 nov 2014;Volume 90(9):733-9.
 17. Nelson CA, Zeanah CH, Fox NA, Marshall PJ, Smyke AT, Guthrie D. Cognitive Recovery in Socially Deprived Young Children: The Bucharest Early Intervention Project. *Science*. 21 déc 2007;318(5858):1937-40.
 18. Fox NA, Almas AN, Degnan KA, Nelson CA, Zeanah CH. The effects of severe psychosocial deprivation and foster care intervention on cognitive development at 8 years of age: findings from the Bucharest Early Intervention Project. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2011;52(9):919-28.
 19. Tanguy M, Rousseau D, Roze M, Duverger P, Nguyen S, Fanello S. [Course and progression of children admitted before 4 years of age in a French child welfare center]. *Arch Pediatr*. nov 2015;22(11):1129-39.
 20. Munro ER, Ward H. Balancing parents' and very young children's rights in care proceedings: decision-making in the context of the Human Rights Act 1998. *Child & Family Social Work*. 2008;13(2):227-34.
 21. Wilson ML, Tumen S, Ota R, Simmers AG. Predictive Modeling. *American Journal of Preventive Medicine*. mai 2015;48(5):509-19.
 22. Ellonen N, Rantanen H, Lepistö S, Helminen M, Paavilainen E. The use of the brief child abuse potential inventory in the general population in Finland. *Scand J Prim Health Care*. juin 2019;37(2):249-55.
 23. Ezpeleta L, Pérez-Robles R, Fantí KA, Karveli V, Katsimicha E, Nikolaidis G, et al. Development of a screening tool enabling identification of infants and toddlers at risk of family abuse and neglect: a feasibility study from three South European countries. *Child Care Health Dev*. 2017;43(1):75-80.
 24. Brownell MD, Chartier M, Santos R, Au W, Roos NP, Girard D. Evaluation of a newborn screen for predicting out-of-home placement. *Child Maltreat*. nov 2011;16(4):239-49.
 25. Magura S, Moses B. Child Well-Being Scales. *Child Welfare League of America*. 1 janv 1986;83-196.
 26. Brownell MD, Chartier M, Santos R, Au W, Roos NP, Girard D. Evaluation of a

- newborn screen for predicting out-of-home placement. *Child Maltreat.* nov 2011;16(4):239-49.
27. Mouhot F. Observation des interactions mère-enfant à risque en maison maternelle. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence.* 2001;49(7):469–476.
 28. Comfort M, Gordon PR. The Keys to Interactive Parenting Scale (KIPS): A Practical Observational Assessment of Parenting Behavior. *NHSA Dialog.* mars 2006;9(1):22-48.
 29. Pajulo M, Pyykkönen N, Kalland M, Sinkkonen J, Helenius H, Punamäki R-L. Substance abusing mothers in residential treatment with their babies: postnatal psychiatric symptomatology and its association with mother-child relationship and later need for child protection actions. *Nord J Psychiatry.* févr 2011;65(1):65-73.
 30. Pajulo M, Pyykkönen N, Kalland M, Sinkkonen J, Helenius H, Punamäki R-L, et al. Substance-abusing mothers in residential treatment with their babies: Importance of pre- and postnatal maternal reflective functioning. *Infant Mental Health Journal.* 1 janv 2012;33(1):70-81.
 31. Etat actuel des outils d-evaluation en protection de l-enfance.pdf [Internet]. [cité 30 mai 2020]. Disponible sur: <http://pedopsychiatrie-angers.fr/Publications/Etat%20actuel%20des%20outils%20d-evaluation%20en%20protection%20de%20l-enfance.pdf>
 32. Chinitz S, Guzman H, Amstutz E, Kohchi J, Alkon M. Improving outcomes for babies and toddlers in child welfare: A model for infant mental health intervention and collaboration. *Child Abuse & Neglect.* août 2017;70:190-8.
 33. Vial A, Assink M, Stams GJJM, van der Put C. Safety assessment in child welfare: A comparison of instruments. *Children and Youth Services Review.* 1 janv 2020;108:104555.
 34. Chinitz S, Guzman H, Amstutz E, Kohchi J, Alkon M. Improving outcomes for babies and toddlers in child welfare: A model for infant mental health intervention and collaboration. *Child Abuse & Neglect.* 2017;70:190–198.
 35. Comfort M, Gordon PR, Naples D. KIPS: An Evidence-Based Tool for Assessing Parenting Strengths and Needs in Diverse Families. *Infants & Young Children.* 2011;24(1):56-74.
 36. Guedeney A, Foll JL. Classification diagnostique 0-3 ans (DC 0-3R, 2005) et sa révision (DC 0-5, 2016). [//www.em-premium.com/data/traites/ps/37-69597/](http://www.em-premium.com/data/traites/ps/37-69597/) [Internet]. 6 sept 2018 [cité 9 nov 2019]; Disponible sur: <https://www-em--premium-com-s.docadis.ups-tlse.fr/article/1243266/resultatrecherche/3>
 37. Vischer A-FWK, Knorth EJ, Grietens H, Post WJ. To preserve or not to preserve: That is the question. Decision-making about family preservation among families in multi-problem situations. *Child Youth Serv Rev.* avr 2019;99:441-50.
 38. Turner-Halliday F, Kainth G, Young-Southward G, Cotmore R, Watson N, McMahon L, et al. Clout or doubt? Perspectives on an infant mental health service for young children placed in foster care due to abuse and neglect. *Child Abuse Negl.* oct 2017;72:184-95.

39. Vischer A-FWK, Knorth EJ, Grietens H, Post WJ. To preserve or not to preserve: That is the question. Decision-making about family preservation among families in multi-problem situations. *Children and Youth Services Review*. avr 2019;99:441-50.
40. Becker E de. Transmission, loyautés et maltraitance à enfants. *La psychiatrie de l'enfant*. 25 sept 2008;Vol. 51(1):43-72.
41. Ribagnac N. La prise en charge des grossesses à risque psychosocial dans la Vienne : bilan à 1 an d'un protocole de prévention innovant. [Nancy]: Lorraine; 2014.
42. Bednarek S, Absil G, Vandoorne C, Lachaussée S, Vanmeerbeek M. Enfants négligés: ils naissent, ils vivent, mais surtout ils survivent. *La Presse Medicale*. 2009;38(3):377–383.
43. Rousseau D, Riquin É, Rozé M, Duverger P, Saulnier P. Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance. *Revue française des affaires sociales*. 15 juin 2016;(1):343-74.
44. Article hospitalisme - jpdpe-article.pdf [Internet]. [cité 31 mai 2020]. Disponible sur: <http://pedopsychiatrie-angers.fr/Publications2/Article%20hospitalisme%20-%20jpdpe-article.pdf>
45. Berger M. Les jalons d'évaluation de l'hôpital Bellevue pour les situations de défaillance parentale (première version). *Dialogue*. 2001;no 152(2):33-62.
46. Fontaine A, Centre Rosalie Jetté, Direction des services de réadaptation pour la petite enfance et les mères en difficulté, Centres Jeunesse de Montréal, Direction des services de réadaptation pour la petite enfance et les mères en difficulté. *Le Q-Sort des comportements maternels (Pederson & Moran, 1990): guide d'utilisation*. Montréal: Centre Rosalie Jetté, Direction des services de réadaptation pour la petite enfance et les mères en difficulté; 1994.
47. Wulczyn F, Chen L, Collins L, Ernst M. The Foster Care Baby Boom Revisited: What Do the Numbers Tell Us? *Zero to Three (J)*. janv 2011;31(3):4-10.
48. Martin-Blachais M-P, Rossignol L. Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance. 2017 févr.
49. Fritz M-T. « Le placement de l'enfant » et le combat de Myriam David. *Spirale*. 2003;no 25(1):133-42.
50. Dugravier R. Clinique, recherche et formation : les trois axes du travail de Myriam David dans la prévention des carences institutionnelles. *Devenir*. 2006;Vol. 18(2):125-38.
51. van Ijzendoorn MH, Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ. Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Dev Psychopathol*. 1999;11(2):225-49.
52. 24e rapport sur l'état du mal-logement en France 2019 [Internet]. Fondation Abbé Pierre. [cité 11 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.fondation-abbe-pierre.fr/nos-actions/comprendre-et-interpeller/24e-rapport-sur-letat-du-mal-logement-en-france-2019>

53. Turrette C, Guedeney A. L'évaluation en clinique du jeune enfant. Dunod; 2012. 238 p.
54. Lillas CM, Langer JL, Drinane M. Addressing Infant and Toddler Issues in the Juvenile Court: Challenges for the 21st Century. *Juvenile and Family Court Journal*. 2004;55(2):81-96.
55. Lardière D. Les besoins fondamentaux du bébé dans le contexte d'une mesure de séparation prise pour protéger l'enfant. *L'information psychiatrique*. 2010;Volume 86(10):825-9.
56. Salhi N. Dilemmes en protection de l'enfance : les dimensions éthiques des suivis en AEMO judiciaires. *Vie sociale*. 2008;N° 2(2):65-73.
57. Bellone F. La protection de l'enfance au Royaume-Uni est un trafic légalisé qui débouche sur un crime honteux : l'adoption forcée. *Journal du droit des jeunes*. 3 juill 2013;N° 326(6):26-32.
58. Guide d'évaluation des capacités parentales_25-09-2014. :49.
59. Dugravier R, Guedeney A, Saias T, Greacen T, Tubach F. Compétences parentales et attachement dans la petite enfance : diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et promotion de la résilience (CAPEDEP) : une étude longitudinale de prévention précoce des troubles de la relation mère-enfant. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 1 sept 2009;57(6):482-6.
60. Tryphonopoulos PD, Letourneau N, Ditommaso E. Attachment and caregiver-infant interaction: a review of observational-assessment tools. *Infant Ment Health J*. déc 2014;35(6):642-56.
61. Fonagy Peter. Théorie de l'attachement et psychanalyse. Nouvelle édition. Toulouse: éditions Eres; 2017. vii+271. (La vie de l'enfant).
62. Guedeney A, Fermanian J. A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: The Alarm Distress Baby scale. *Infant Mental Health Journal*. 1 sept 2001;22(5):559-75.
63. 2016_EVALUER_20LES_20SITUATIONS_20PRENATALES_20PREOCCUPANTE S.pdf [Internet]. [cité 17 août 2020]. Disponible sur: http://alfoldievaluation.com/wa_files/2016_EVALUER_20LES_20SITUATIONS_20PRENATALES_20PREOCCUPANTES.pdf
64. Nezelof S, Cazas O, Sutter-Dallay AL, Glangeaud N. Hospitalisation conjointe mère-bébé en psychiatrie. *Annales médico-psychologiques*. 2005;163(6):529-534.
65. Nezelof S, Mathioly L. L'hospitalisation conjointe mère-bébé. *Enfances Psy*. 19 nov 2007;n° 37(4):81-9.
66. Corbet É, Robin P, Grégoire P. L'évaluation participative des situations familiales. Dunod; 2012. 129 p.
67. Attias D, Khaïat L. Le placement des enfants [Internet]. ERES; 2014. 382 p. (1001 et +).

Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-placement-des-enfants--9782749242934.htm#>

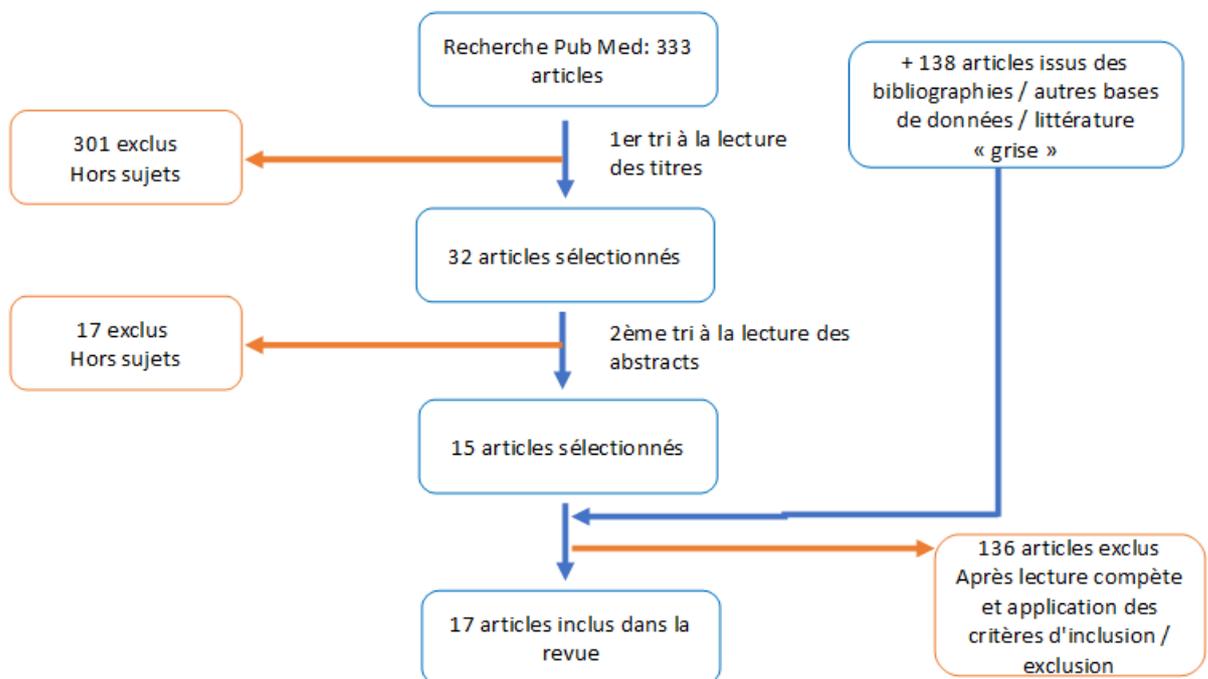
68. Masson J, Dickens J. Protecting Unborn and Newborn Babies. *Child Abuse Review*. 2015;24(2):107-19.
69. Dicker S, Gordon E. Building Bridges for Babies in Foster Care: The Babies Can't Wait Initiative. *Juvenile and Family Court Journal*. 2004;55(2):29-41.
70. Townsend JSS. Babies Can't Wait: A Judicial Response. *Juvenile and Family Court Journal*. 2004;55(2):42-3.
71. Cohen J, Youcha V. Zero to Three: Critical Issues for the Juvenile and Family Court. *Juvenile and Family Court Journal*. 2004;55(2):15-27.
72. Goldsmith DF, Oppenheim D, Wanlass J. Separation and Reunification: Using Attachment Theory and Research to Inform Decisions Affecting the Placements of Children in Foster Care. *Juvenile and Family Court Journal*. 2004;55(2):1-13.
73. Mennen FE, O'Keefe M. Informed decisions in child welfare: The use of attachment theory. *Children and Youth Services Review*. 1 juin 2005;27(6):577-93.
74. [Using attachment measures in the context of providing expert witness through psychiatric assessment in family court proceedings]. - Abstract - Europe PMC [Internet]. [cité 30 mai 2020]. Disponible sur: <https://europepmc.org/article/med/22957398>
75. Bressemer K, Ziegenhain U, Doelitzsch C, Hofer A, Besier T, Fegert JM, et al. A German e-learning-training in the context of early preventive intervention and child protection: preliminary findings of a pre-post evaluation. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2016;10:25.
76. Chatelle N, de Becker E. Troubles psychiatriques et parentalité: entre soins psychiatriques pour l'adulte et protection de l'enfance. *Annales médico-psychologiques*. 2016;174(8):627-633.
77. Hestbæk A-D, Höjer I, Pösö T, Skivenes M. Child welfare removal of infants: Exploring policies and principles for decision-making in Nordic countries. *Children and Youth Services Review*. 1 janv 2020;108:104572.
78. Berger M, Bonneville E. Protection de l'enfance : l'enfant oublié [Internet]. Henry Ingberg – Ministère de la Communauté française. Bruxelles; 2007 [cité 11 juin 2020]. (Temps d'arrêt). Disponible sur: <https://www.yapaka.be/professionnels/livre/protection-de-lenfance-lenfant-oublie>
79. Berger M. L'utilité des critères indicateurs de placement ? *Journal du droit des jeunes*. 2002;N° 213(3):18-23.
80. Moro Marie-Rose. La violence envers les enfants, approche transculturelle. Paris] Bruxelles: Éditions Fabert Yapaka; 2015. 55 p. (Temps d'arrêt-lectures 79).
81. Barral O. Quelques réflexions d'un juge des enfants autour du CDEF... *Empan*. 2003;1(49):98.

82. Neirinck C. Placer l'enfant : pourquoi ? *Journal du droit des jeunes*. 2012;1(311):48.
83. Osofsky JD, Maze CL, Lederman JCS, Grace MP, Dicker S. Questions Every Judge and Lawyer Should Ask About Infants and Toddlers in the Child Welfare System. *Juvenile and Family Court Journal*. 2004;55(2):45-51.
84. Dickens J. Care, control and change in child care proceedings: dilemmas for social workers, managers and lawyers. *Child & Family Social Work*. 2006;11(1):23-32.
85. Rodrigues L, Calheiros M, Pereira C. The decision of out-of-home placement in residential care after parental neglect: Empirically testing a psychosocial model. *Child Abuse Negl*. nov 2015;49:35-49.
86. Child welfare organizations: Do specialization and service integration impact placement decisions? *Child Abuse & Neglect*. 1 févr 2018;76:573-82.
87. López M, Fluke JD, Benbenishty R, Knorth EJ. Commentary on decision-making and judgments in child maltreatment prevention and response: An overview. *Child Abuse & Neglect*. nov 2015;49:1-11.
88. Exploring alternate specifications to explain agency-level effects in placement decisions regarding Aboriginal children: Further analysis of the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect Part C. *Child Abuse & Neglect*. 1 nov 2015;49:97-106.
89. The impact of drugs, infants, single mothers, and relatives on reunification: A Decision-Making Ecology approach. *Child Abuse & Neglect*. 1 nov 2015;49:86-96.
90. Lamour M, Gabel M. Enfants en danger, professionnels en souffrance [Internet]. ERES. 2011 [cité 2 juill 2020]. 296 p. (La vie de l'enfant). Disponible sur: <https://www.cairn.info/enfants-en-danger-professionnels-en-souffrance--9782749213453.htm>

VI. Annexes

Annexe 1 : Figure 1, Diagramme de flux de la recherche bibliographique

Sur la base de données Pubmed, 333 articles ont été trouvés.
Premier tri à la lecture du titre des articles : 301 articles éliminés
Deuxième tri après lecture des abstracts (32 articles) : 17 éliminés
Derniers articles conservés après triage ont été lus en entier (15 articles)
138 autres articles étudiés (102 après tri) d'après biblio des 15 articles et exploration de la littérature grise et autres bases de données scientifiques.
17 autres sources (livres, ouvrages, thèses, documents officiels)
Au total : 100 articles et autres sources lus entièrement.
Nombre d'articles présentés dans cette revue : 17.



Annexe 2 : Les échelles d'évaluation du jeune enfant (non exhaustif) (53) :

Dimension évaluée et Nombre d'échelles identifiées (non exhaustif)	Echelle(s) la(les) plus retrouvée(s)
Environnement (6)	HOME
Développement général (22)	Brazelton (NBAS), Brunet-Lezine (BLR), Bayley (BSID), ASQ-3, GED
Symptômes/troubles du comportement (5)	CBCL
Retrait/évitement (2)	AADB
Qualité de vie du nourrisson (1)	
Tempérament (5)	
Attachement (10)	Q-Sort, SSP
Interactions parents-enfant (16)	Care-Index, CIB, ADS (Massie Campbell), GEDAN
Capacités/compétences/représentations parentales (15)	PIR-GAS, AMBIANCE, AAI, PIPE, Guide de Steinhauer
Comportements/pathologies parentales (5, sûrement bien plus)	BDI-II
Besoins de l'enfant	ICBE (inventaire bien-être de l'enfant)

HOME (Home Observation for Measurement of the Environment) Inventory, Brazelton (NBAS) = évaluation/observation des comportements néo-nataux, BSID (Bayley Scales of Infant Development), ASQ-3 (Age and Stage Questionnaire), GED (Grille d'Evaluation du Développement), CBCL (Child Behavior Checklist), AADB (Alarme Détresse Bébé), Attachment Q-Sort, Q-Sett, SPP (Procédure de Situation Etrange), CARE-INDEX, CIB (Coding Interactive Behaviour), ADS (Massie Campbell Attachment during stress), GEDAN (Guide pour l'Evaluation du Dialogue Adulte Nourrisson), PIR-GAS (Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale), AMBIANCE (Atypical Maternal Behaviour Instrument for Assessment and Classification), AAI (Adult Attachment Interview), PIPE (Parent Infant Pediatric Examination), Grille de dépistage des situations à risque (de dérive), Guide d'évaluation des capacités parentales (Steinhauer), BDI-II (Beck Depression Inventory – II), ICBE (Inventaire Concernant le Bien-être de l'Enfant) PSI-SF (Parenting Stress Index-Short Form), ACE (Adverse Childhood Experiences questionnaire), AAPI-2 (Adult Adolescent Parenting Inventory), FSS (Family Support Scale), CAP (Child Abuse Potential Inventory) et BCAP (Brief CAP).

Ces échelles sont pour la plupart validées (*Ambiance en cours de validation en français notamment*).

Annexe 3 : tableaux résultats articles retenus

Tableau 1 : Outils pour une prévention en population générale

ARTICLE – AUTEUR ANNEE - PAYS	OBJECTIF DE L'ETUDE	POPULATION CIBLE	NOMBRE de PARTICIPANTS	TYPE D'OUTIL	CONCERNANT L'OUTIL - INTERET DE L'ETUDE
Prévention population générale					
(21) Tumen et al. 2015 Nouvelle-Zélande	Faisabilité technique et validité prédictive du PRM	Nouveau-nés	2 cohortes de 60,000 nouveau nés	PRM Predictive risk model	Outil potentiellement utile. Etudes à poursuivre pour validation et utilisation de cet outil.
(22) Ellonen et al. 2019 Finlande	Caractéristiques psychométriques du BCAP	Parents : en fin de grossesse, aux 5 mois de l'enfant et autres visites médicales	453 participants dans l'échantillon final mais taux de réponses à l'échelle très bas (61)	Child Abuse Potential Inventory (CAP) Brief Child Abuse Potential Inventory (BCAP)	BCAP potentiellement valide, fiable et utile (sensibilisation aux questions de maltraitance et inquiétudes parentales). Etudes à poursuivre. A valider pour utilisation en population générale et au niveau international.
(23) Ezpeleta et al. 2016 Espagne / Chype /Grèce	Outil de détection des nouveau-nés et nourrissons à risque de maltraitance ou négligence	Professionnels de santé en lien avec des enfants de 0 à 3 ans et leur famille	219 familles	The INTOVIAN screening instrument for identifying risk of emotional and physical abuse and neglect in infants and toddlers	Étude pilote. Outil fiable et faisable. Consensus trouvé entre les pays.

Tableau 2 : Outils pour une prévention ciblée chez les familles « vulnérables » ou « à risques »

ARTICLE – AUTEUR ANNEE - PAYS	OBJECTIF DE L'ETUDE	POPULATION CIBLE	NOMBRE de PARTICIPANTS	TYPE D'OUTIL	CONCERNANT L'OUTIL - INTERET DE L'ETUDE
Prévention familles vulnérables					
(13) Berger et al. 2007 France / Canada	État des lieux des connaissances	Enfants 0-5 ans	Non concerné	Grille de dépistage des situations à risque (de dérive), guide d'évaluation des capacités parentales, Q-Sort,Q-Sett, ICBE, AAI	Outils connus, validés, employés en recherche et en clinique. DU «Évaluation et prise en charge des situations de défaillances parentales précoces»
(24) Brownell et al. 2011 Canada	Étude du «BabyFirst Screen» (programme Manitoba BabyFirst) : couverture du dépistage, validité prédictive de placement (et donc de maltraitance) et facteurs prédicteurs de placement	Nouveau-nés	37345 nourrissons suivis	«BabyFirst Screen»	Sensibilité 77,6%, spécificité 83,3% et validité prédictive modérée pour détecter les enfants à risque d'entrer dans le système de protection de l'enfance dans leur première année

Tableau 3 : Outils pour l'évaluation des interactions mère-bébé

ARTICLE – AUTEUR ANNEE - PAYS	OBJECTIF DE L'ETUDE	POPULATION CIBLE	NOMBRE de PARTICIPANTS	TYPE D'OUTIL	CONCERNANT L'OUTIL - INTERET DE L'ETUDE
Interactions mère-bébé					
(27) Mouhot. 2001 France	Outil d'évaluation des interactions mère-bébé (grille d'analyse)	Dyades mère-bébé	48 situations à risque	(pas de nom précisé) 83 questions réparties en 14 sections	Bonne vision d'ensemble des relations mère-enfant. Plus de précision dans les pronostics et plus de conviction dans les demandes.
(28) Comfort et al. 2006 Etats-Unis / Royaume-Uni	Revue de littérature Tests psychométriques Retours des utilisateurs évaluateurs de l'outil KIPS	Dyades parents-enfants	101 vidéos d'interactions	KIPS (The Keys to interactive parenting scale)	Outil validé. Formation brève, entraînement possible en ligne, moins long et moins coûteux que d'autres. Faciliter la coordination des équipes Aide aux équipes : observation des comportements parentaux, guider les décisions. Aide aux parents : identifier leurs forces et fragilités, soutien à la parentalité. Evaluer l'efficacité des programmes d'intervention.
(29) Pajulo et al. 2011 Finlande	Programme de traitement + évaluation des symptômes psychiatriques postnataux, des relations mère-bébé et leur association avec un éventuel besoin de placement	Dyades mère-bébé	34 dyades mère-bébé	Outils d'évaluation évoqués : Care Index et Bayley .	Prise en compte du vécu de la mère en période pré-, péri-, et post-natale. Données subjectives et objectives. Prise en charge complète et innovante.
(30) Pajulo et al. 2012 Finlande / Etats-Unis	Programme de traitement + étude de la fonction réflexive maternelle pré et post-natale, et son association avec différents facteurs concernant la mère, l'enfant, leur relation, et un éventuel placement	Dyades mère-bébé	34 dyades mère-bébé	Outils d'évaluation évoqués : Care Index et Bayley . + notion de FRM Fonction réfléchie maternelle (entretien pendant grossesse).	Prise en compte du vécu de la mère en période pré-, péri-, et post-natale. Données subjectives et objectives. Prise en charge complète et innovante. Notion de FRM à prendre en compte.
(3) Hammond et al. 2015 Royaume-Uni	Améliorer l'évaluation des risques infantiles dans le contexte de maladie mentale maternelle, en identifiant les facteurs prédictifs de mauvais « résultats » parentaux	Dyades mère-bébé	Entre 61 et 1255 mères selon les études. Etudes présentées robustes.	Pas d'outil précisément cité, hormis Bayley III	Revue de la littérature, 8 études présentées, des schémas intéressants

(35) Comfort et al. 2011 États-Unis	Evaluation de cet outil observationnel structuré des qualités parentales	Parents et caregiver	397 familles évaluées	KIPS (Keys to Interactive Parenting Scale)	12 items évalués. Outil validé.
(60) Tryphonopoulos et al. 2014 Canada	Comparaison des différents outils d'évaluation de l'attachement	Non concerné	Non concerné	Procédure de Situation Etrange, l'Attachement Q-Sort, le Toddler Attachment Sort, le CARE-Index, AMBIANCE, l'Echelle d'Attachement durant les Stress et la Procédure de Situation Risquée.	Outils d'évaluation fréquemment utilisés en recherche et en clinique.

Tableau 4 : Outils pour l'évaluation en protection de l'enfance

ARTICLE – AUTEUR ANNEE - PAYS	OBJECTIF DE L'ETUDE	POPULATION CIBLE	NOMBRE de PARTICIPANTS	TYPE D'OUTIL	CONCERNANT L'OUTIL - INTERET DE L'ETUDE
En protection de l'enfance					
(31) Rousseau 2010 France	Données sur le système de protection de l'enfance en France	Enfants tout âge	Non concerné	Non concerné	Données épidémiologiques protection de l'enfance en France
(32) Chinitz et al. 2017 Etats-Unis	Présentation d'un modèle d'intervention et de collaboration autour de la protection infantile	Dyades parents-enfant	142 dyades, dont 59 ont effectué les 26 sessions de psychothérapie parents-enfant	KIPS, PIR-GAS ; PSI-SF; ACE; AAPI; FSS; ASQ-3	3,5% de récurrence de maltraitance, 86% de réunification pour ceux ayant achevé le programme. Amélioration des compétences parentales. Meilleure information des équipes de protection de l'enfance.
(33) Vial et al. 2020 Pays-Bas	Comparaison des instruments d'évaluation de la sécurité des enfants, utilisés par les professionnels de la protection de l'enfance (danger immédiat ? mesures immédiates nécessaires ?)	Tout âge, non spécifique des nourrissons	Revue de la littérature robuste, 11 outils retenus, 7 présentés	1=ACTION for Child Protection In-home safety assessment and management (Pennsylvania 2019); 2=ARIJ Safety Assessment (Van der Put et al., 2016); 3=CAPMIS safety assessment (Ohio 2014); 4=CERAP safety determination form (Illinois 2013); 5=Colorado Family Safety Assessment (Colorado 2017); 6=Section1. Current safety of the LIRIK (Ten Bergeetal., 2014); 7=SDM Safety Assessment (Texas 2018).	Comparaison pour validation et utilisation en pratique

Tableau 5 : Outils pour l'évaluation après une décision de placement

ARTICLE – AUTEUR ANNEE - PAYS	OBJECTIF DE L'ETUDE	POPULATION CIBLE	NOMBRE de PARTICIPANTS	TYPE D'OUTIL	CONCERNANT L'OUTIL - INTERET DE L'ETUDE
Et après ?					
(37) Vischer et al. 2019 Pays-Bas	Evaluer l'impact de la décision prévue pour l'enfant (placement ou non) sur le comportement parental	Parents avec enfants de moins de 3 ans.	100 familles	AMBIANCE (Atypical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification)	Considération de l'impact du processus de décision sur la permanence des réunifications
(38) Turner-Halliday et al. 2017 Angleterre	Evaluer le « NIM », son impact sur le futur des enfants maltraités et étudier la vision des travailleurs concernés sur cet outil.	Professionnels concernés par la protection d'enfants de 0-5 ans.	63 participants de la protection de l'enfance (entretiens et groupes de discussion)	New Orleans Intervention Model (NIM). Essai BeST (résultats 2021)	Considération de l'interaction des différents services impliqués

Annexe 4 : Tableau des articles évoquant des processus, protocoles, formations :

ARTICLE – AUTEUR – ANNEE - PAYS	OBJECTIF DE L'ETUDE	POPULATION	NOMBRE de PARTICIPANTS	TYPE D'INTERVENTION	CONCERNANT L'INTERVENTION - INTERET DE L'ETUDE
Nezelof et al. 2005 France (64)	Etat des lieux des unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé en France et Belgique	Dyades mère bébé	176 dossiers étudiés en 1999 et 2000 dans 8 unités françaises et 3 unités belges, et 278 dossiers dans 11 unités françaises entre 2002 et 2003.	UMB (Unité mère bébé), prévention, évaluation et soin	Développer la relation ou préparer un placement. Importance du lien avec les autres services.
Nezelof et al. 2007 France (65)	Article descriptif sur les soins en UMB	Dyades mère-bébé	Non concerné	UMB (Unité mère bébé)	Indications de ce type d'hospitalisation, modalités d'interventions et limites de ces unités. Travail autour du lien mère-bébé et travail en réseau.
Bednarek et al 2009 Belgique (42)	Donner au clinicien des éléments d'identification de la négligence infantile, préciser ses conséquences, donner les caractéristiques d'une intervention utile.	Parents et enfants, âge non précisé.	Non concerné ("professionnels en contact avec des familles à risque de négligences")	Description des interventions possibles + outil « puces à l'oreille ». Pas de placement clairement évoqué.	Définitions Négligence, types d'attachement, liens vers sites soutiens à la parentalité et autres (France, Belgique, Suisse, Canada, Europe)
Lachaussée et al. 2012 Belgique (10)	Idem.	Parents et enfants, âge non précisé.	Non concerné ("professionnels en contact avec des familles à risque de négligences")	Idem.	Suite de l'article ci-dessus.
Rodrigues et al. 2015 Portugal (85)	Présentation et étude d'un modèle pour comprendre la décision de placement.	Vignette clinique : enfant de 1 an, cas de négligences parentales.	195 travailleurs interrogés (domaines : social, éducatif, psychologique majoritairement)	The « psychosocial model of residential care placement » (basé sur le TPB « Theory of Planned Behavior »). "The Questionnaire of residential care Placement Decision-Making".	Description des facteurs influençant les décisions des travailleurs sociaux. Indication d'une formation plus approfondie pour une prise de conscience de ces facteurs.
López et al. 2015 Israël, Pays-Bas, USA (87)	Inventaire des méthodes choisies pour l'étude des processus de décision, particulièrement dans le champ de la protection de l'enfance.	Âge non précisé.	Revue de littérature	Modèles théoriques présentés : DME (Decision-making Ecology), JUDPIC, TPB (Theory of Planned Behavior)	Description des facteurs influençant les décisions des travailleurs sociaux et leurs interactions.

Wittenstrom et al. 2015 USA, Chili (89)	Etude des facteurs influençant une potentielle réunification.	Enfants placés pour la première fois	21763 enfants de moins de 13 ans confiés aux services de protection de l'enfance au Texas	DME (Decision-Making Ecology) approach	Identification de 4 facteurs (consommation de drogues, nourrisson seul, parent célibataire, placement de la fratrie) interagissant avec des facteurs d'appartenance ethnique concernant l'issue de décision de placements
Dicker et al. 2004 / 2009 USA (69)	Description du projet.	Tout professionnels intervenant dans le parcours de protection des bébés.	Non concerné	The "Babies Can't Wait Initiative" + "Healthy Development Checklist for Foster Children" + livret "Ensuring the Healthy Development of Foster Children: A Guide for Judges, Advocates and Child Welfare Professionals".	Sensibilisation au développement des bébés confiés au système de protection de l'enfance. Meilleure collaboration entre les systèmes (médical, médico-social, social, judiciaire).
Townsend 2004 / 2009 USA (70)	Avis d'un juge pour enfant concernant les placements de bébé.	Juges pour enfant et avocats intervenant dans le parcours de protection des bébés.	Non concerné	Idem.	Réponse à l'article précédent concernant le projet "Babies Can't Wait".
Osofsky et al. 2004 / 2009 USA (83)	Sensibilisation aux besoins fondamentaux des enfants, et notamment des jeunes enfants placés.	Juges pour enfant et avocats intervenant dans le parcours de protection des bébés.	Non concerné	Questions systématiques à aborder.	Avis de la justice concernant la prise en compte des besoins fondamentaux et de la théorie de l'attachement pour un bébé.
Masson et al. 2015 Angleterre et Pays de Galles (68)	Etude du "Pre-proceedings process"	Parents avec futur bébé à naître, situations à risque de maltraitance	52 cas de rencontres avec les parents avant la naissance pour discuter de l'aide à mettre en place	"Pre-proceedings process"	Mieux anticiper les situations avant la naissance, permettre un meilleur lien des parents avec les systèmes de protection de l'enfance et leur participation dans les décisions concernant leur enfant.
Munroe et al. 2008 Angleterre (20)	Etude de l'influence potentielle du HRA (Human Rights Act) de 1998 sur les décisions prises par les professionnels de la protection de l'enfance	Professionnels de la protection de l'enfance	42 bébés placés	Non concerné	Avis variés. Balance constante dans la prise en compte des droits et besoins des parents et des jeunes enfants en protection de l'enfance.
Dickens 2008 Angleterre (84)	Vision d'avocats, « managers » et travailleurs sociaux	Professionnels de la protection de l'enfance	54 interviews semi-structurées de travailleurs sociaux et avocats.	Non concerné	Favoriser le travail en réseau, les liens entre les professionnels.

Formation					
Lillas et al. 2004 / 2009 USA (54)	Avis d'un avocat, d'un juge pour enfant et d'un pédopsychiatre	Professionnels de la protection de l'enfance, en particulier des bébés. Cas clinique d'un bébé placé à 10 mois.	Non concerné	Non concerné	Recommandations : intégrer des spécialistes de la santé psychique des bébés dans les audiences, importance des "soins émotionnels" au-delà de la protection physique, encourager la formation des professionnels.
Goldsmith et al. 2004 / 2009 USA (72)	Décrire l'utilisation de la théorie de l'attachement dans les décisions de placement.	Cas clinique d'un bébé placé à la naissance	Non concerné	Théorie de l'attachement.	Données sur la théorie de l'attachement, à prendre en compte dans les décisions. Développement possible d'une relation sécurisée avec le donneur de soin. "Chaque cas est unique. Pas d'outil standardisé possible."
Cohen et al. 2004 / 2009 USA (71)	Aider au développement de soins adaptés pour les bébés placés	Membres des tribunaux pour les mineurs et la famille.	Non concerné	Exemple du programme « Early Head Start »	6 axes décrits avec recommandations pour le soutien du bon développement des tout-petits confiés aux systèmes de la protection de l'enfance.
Mennen et al. 2005 USA (73)	Sensibilisation à la théorie de l'attachement.	A destination des professionnels intervenant en protection de l'enfance.	Non concerné	Théorie de l'attachement.	Informations sur la théorie de l'attachement, aider à la prise des décisions pour les enfants maltraités.
Besier et al. 2012 Allemagne (74)	Etude de la théorie de l'attachement dans les expertises demandées lors de conflits familiaux.	Cas clinique d'un enfant de 10 mois.	Non concerné	Strange Situation Test, CARE-Index, Adult Attachment Interview, Adult Attachment Projective	Utilisation de la théorie de l'attachement et étude des relations parents enfant par le tribunal de la famille

<p>Hestbaek et al.2020 Danemark, Finlande, Norvège, Suède (77)</p>	<p>Etude des données en protection de l'enfance pour ces 4 pays.</p>	<p>Bébés de moins d'un an.</p>	<p>Non concerné, enquête descriptive.</p>	<p>Non concerné</p>	<p>Données épidémiologiques de ces pays et notions de fonctionnement de leurs systèmes de protection des jeunes enfants (législation et recommandations). Professionnels peu formés aux besoins des nourrissons. Développement de l'intervention précoce.</p>
<p>Bressem 2016 Allemagne (75)</p>	<p>Description des outils de formation développés actuellement</p>	<p>Professionnels de la protection de l'enfance.</p>	<p>1294 participants au "pre-training"</p>	<p>Formation en ligne "Early Preventive Intervention and Child Protection"</p>	<p>Premiers constats : bonnes connaissances théoriques en prévention/intervention précoce, et sur les signaux de communication infantile, mais défaut d'évaluation de la sensibilité maternelle. Question du placement non évoqué précisément.</p>

Annexe 5 : Cas cliniques (les dates et prénoms ont été changés)

Ilona

En septembre 2017 : Une maman découvre qu'elle est enceinte de 5 mois. Un suivi est alors mis en place par la puéricultrice, l'assistante sociale de secteur et la sage-femme de PMI (Protection Maternelle et Infantile).

En novembre 2017 : En raison des éléments de fragilité et vulnérabilité de cette jeune maman, elle-même concernée dans son enfance par des mesures médicosociales, une proposition d'accueil en centre maternel est faite, refusée par la mère.

En décembre 2017 : Devant des éléments d'inquiétudes rapportés par l'équipe de secteur et de PMI une mesure de placement par anticipation est demandée pour le futur bébé. Celui-ci n'étant pas encore né, la demande est refusée.

En janvier 2018 : La petite Ilona naît, sa mère et son père ont respectivement 20 et 25 ans à sa naissance.

Fin février 2018 : Une information préoccupante est rédigée suite à l'appel de la grand-mère paternelle à la puéricultrice de PMI concernant **un défaut de capacités parentales pour répondre aux besoins d'un nourrisson avec notion de négligences importantes**. Les observations réalisées par la tante maternelle, présente quelques jours au domicile, sont inquiétantes, notamment concernant le **manque d'interactions parents-enfant**, un **défaut d'hygiène** et un **environnement inadapté**. Devant **l'absence de lien de qualité** entre le nouveau-né et ses parents, une proposition d'accueil provisoire est faite début mars par la PMI et refusée par les parents.

A l'issue de l'évaluation « Enfance en Danger », une Ordonnance de Placement en Urgence est demandée.

Début mars (la petite Ilona est alors âgée d'un mois et demi), devant les éléments alarmants rapportés et observés, et le refus des parents d'accepter la proposition d'accueil provisoire, une OPU (Ordonnance de Placement Provisoire d'Urgence) est immédiatement ordonnée par le Procureur de la République (Parquet des Mineurs du TGI, Tribunal de Grande Instance). Une requête est faite en assistance éducative. L'enfant est confiée à l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance). Ilona est placée au CDEF (Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille). Des visites médiatisées hebdomadaires auront lieu pour les parents dans un objectif notamment d'évaluation et de soutien à la parentalité.

Mi-mars 2018 : un rapport et une note complémentaire du référent ASE sont envoyés à la chef de service de la Direction Enfance et Famille de la Protection de l'Enfance en vue de l'audience, afin d'appuyer la demande de placement, avec visites médiatisées.

Fin mars 2018 : L'audience du JE (Juge des Enfants, jugement en Assistance Educative) en présence des parents et du référent ASE aboutit à une décision du maintien du placement pour une durée de 6 mois. A noter que des explications sur les troubles de l'attachement ont pu être données aux parents lors de l'audience et ces derniers ont émis un souhait d'accompagnement. Le JE a fait une demande pour que des visites médiatisées 3 fois par semaine pour la mère et 1 fois par semaine pour le père puissent avoir lieu.

En avril 2018 : Le JE accède à la demande des grands-parents paternels pour un droit de visites médiatisées au CDEF.

En avril 2018 le référent ASE transmet des éléments d'évolution au JE : informations générales, conditions de suivi de la mesure, lieu et type d'accueil CDEF, conditions de prise en charge, droits de visites et d'hébergement (visites médiatisées 2 fois par semaine), projet pour l'enfant (constats, objectifs, actions à mener).

En mai 2018 le « Projet pour l'Enfant » est transmis par l'ASE au JE. Les objectifs évoqués sont l'évaluation des compétences parentales, l'accompagnement des parents dans la gestion du

quotidien, le soutien au domicile et la guidance parentale. Ces éléments pourront être mis en place par le biais des visites médiatisées, des rencontres à la MDS ou à domicile, des entretiens avec la psychologue de l'ASE et de l'aide d'une TISF (Technicien(ne) de l'Intervention Sociale et familiale).

En juin 2018 une note sociale est transmise par le référent ASE au JE en vue de l'audience de mi-mesure avec demande de poursuite du placement et description du travail de soutien à la parentalité, en cours, très progressif. Il est aussi demandé la possibilité de visites libres des parents et grands-parents paternels.

Avant l'audience (mi-juin 2018), des échanges de mails ont lieu entre le JE et la responsable adjointe de la MDS (Maison des Solidarités) du CD (Conseil Départemental) afin d'envisager la possibilité d'un éventuel PAD (Placement à Domicile à la fin de la mesure de placement au CDEF).

Cependant, il semble que dans ce cas ce type de placement serait trop prématuré et qu'une famille d'accueil permettrait d'éviter une trop longue prise en charge en institution avec toutes les conséquences que cela implique pour un nourrisson.

Mi-juin 2018 a lieu l'audience de mi-mesure avec le JE, donnant lieu à la poursuite du placement c'est-à-dire un renouvellement au-delà des premiers 6 mois de la mesure.

Une expertise psychologique est demandée (ordonnance d'examen psychologique) pour les 2 parents afin d'évaluer leurs capacités à prendre soin de leur enfant. Celle-ci, devant être rendue dans les 3 mois, observe la structure de leur personnalité (conflits, défenses, identité, capacités relationnelles, et éventuellement psychopathologie), leur développement psychoaffectif, leurs caractéristiques personnelles, mentales et relationnelles, la présence de conflits, d'éléments et personnalité ou de comportement pouvant présenter un risque pour l'enfant. De plus l'expertise doit évaluer la place de la famille, les valeurs éducatives reçues, les désirs et besoins personnels pouvant avoir un impact sur la motivation à s'occuper de l'enfant et sa capacité à percevoir les besoins spécifiques de celui-ci. Elle a aussi pour mission d'évaluer la perception de la paternité et de la maternité, de ses circonstances, l'adaptation personnelle, les désirs et besoins personnels des parents, leur impact sur la motivation à s'occuper de l'enfant et ses capacités à bien le percevoir (harmonie entre les désirs et les besoins du parents et les besoins spécifiques de l'enfant). La perception des parents quant à la séparation est questionnée, tout comme l'image de la séparation transmise à l'enfant, et l'image de l'autre parent donnée à l'enfant. En outre, l'expertise vise à connaître la communication/collaboration qui existe avec l'environnement médical et éducatif, et les capacités des parents à assurer les besoins de stabilité, sécurité, moralité, autorité et éducation de leur enfant.

A l'issue de ce cas clinique nous pouvons noter que cet enfant n'a pas de placement pérenne à l'âge de 6 mois. Les observations faites sont bien détaillées mais il ne semble pas que des échelles ou outils d'évaluation précis aient été employés. L'expertise psychologique permet elle aussi d'avoir de nombreux éléments mais n'oublions pas que ce sont des faits relatés et les dires des parents qui peuvent ne pas être exactement le reflet de la réalité. De plus, les délais d'obtention d'une expertise psychologique sont souvent très longs du fait du manque de praticiens habilités. Un travail est en cours d'élaboration à Toulouse afin de remédier autant que possible à ce manque.

Adriana

Novembre 2017 : La MDS de secteur est informée par une autre MDS d'une situation : hospitalisation en clinique d'une mère durant sa grossesse pour surveillance et intoxication éthylique aiguë.

La grossesse était non désirée par la maman et marquée par des violences conjugales, un doute sur une notion de viol, une dépression et une consommation d'alcool jusqu'au 5ème mois de grossesse. De plus, la mère présenterait des troubles de personnalité.

On note aussi une période d'errance avant et pendant la grossesse et une période d'incarcération.

Fin décembre 2017 Adriana naît prématurément et présente un syndrome d'alcoolisation fœtale. Elle est hospitalisée en néonatalogie jusque mi-janvier 2018. Le père lui rendra visite une semaine après la naissance.

Une RCP d'accompagnement PMI est réalisée.

Le service de psychiatrie périnatale effectue une IP devant le risque de négligences et la discontinuité des soins.

Les parents sont d'accord pour un suivi PMI mais refusent l'intervention d'un « éducateur » à domicile.

Une proposition d'accueil en centre maternel est faite mais refusée par la mère d'Adriana.

Février 2018 : Le papa interpelle la PMI en raison d'inquiétudes sur l'observance thérapeutique de la maman. Il ne donne cependant pas d'autres nouvelles et n'a pas reconnu sa fille.

Début avril 2018 : diagnostic de dépression du nourrisson avec anorexie (refus d'alimentation).

Mi-avril 2018 OPU (OPP), enfant confiée à l'ASE, à la pouponnière du CDEF.

Observations : troubles de l'attachement sévères, vulnérabilité, troubles chez la mère, incapacité de répondre et s'ajuster aux besoins malgré une bonne volonté.

→ demande de maintien de la mesure de placement, avec visites médiatisées.

Fin avril 2018 : L'enfant a alors 4 mois, le placement ASE est renouvelé jusque fin septembre 2018.

Titre : Aide à la décision de placement précoce avant l'âge de 2 ans : quels sont les outils existants ? Une revue de littérature internationale.

Directeurs de thèse : Dr Michel VIGNES, Dr Ludivine FRANCHITTO

Lieu et date de soutenance : Faculté de médecine de Toulouse – 7 octobre 2020

Objectif. – Le placement précoce est une question délicate, nécessitant une évaluation pluri-partenariale réfléchie et concertée. La mise en œuvre efficiente d'une mesure de protection chez le jeune enfant semble néanmoins se heurter aux difficultés de coordination et d'accordage des professionnels évoluant dans ce champ de l'enfance. Notre revue de littérature porte sur l'identification des outils d'évaluation standardisés susceptibles de soutenir une telle décision, chez l'enfant de moins de 2 ans.

Méthode. – Les bases de données Medline, Science Direct, EM Premium et Google Scholar ont été utilisées pour notre revue de littérature, entre novembre 2018 et janvier 2020. Les mots-clés suivants ont été utilisés: Infant OR toddler OR baby AND assessment tool AND placement OR placement decision OR decision-making OR child welfare OR child protection OR Foster home care. Seuls les articles traitant du placement chez le jeune enfant de moins de 2 ans avec propositions d'outils standardisés ont été inclus.

Résultats. – Dix-sept articles complétaient nos critères d'inclusion. Ces articles recensent 30 outils standardisés différents, dans des champs divers : prévention ; évaluation des interactions ; évaluation de placement.

Conclusion. - Les auteurs s'accordent sur le manque d'outils permettant des évaluations claires et objectives pour accompagner la décision de placement précoce. Peu d'outils répondent à nos critères, et ceux décrits semblent avoir des limites et/ou ne sont pas traduits. Une question se pose : bien qu'utiles, les outils d'observation standardisés sont-ils suffisants pour rendre compte de la complexité de chaque situation concernée par une mesure de placement précoce ?

Early placement decision support before the age of 2: what tools exist? An international literature review.

Objective. - Early placement is a sensitive issue, requiring a thoughtful and concerted multi-partner evaluation. However, the efficient implementation of an early childhood protection measure seems to be hampered by the difficulties of coordination and agreement among professionals working in this field. Our literature review focuses on the identification of standardized assessment tools likely to support such a decision in children under 2 years of age.

Method. - Medline, Science Direct, EM Premium and Google Scholar databases were used for our literature review, between November 2018 and January 2020. The following keywords were used: Infant OR toddler OR baby AND assessment tool AND placement OR placement decision OR decision-making OR child welfare OR child protection OR Foster home care. Were included only articles about children under 2 year old's placement with proposals for standardized tools.

Results. - Seventeen articles completed our inclusion criteria. These articles identified 30 different standardized tools in various fields: prevention; interaction assessment; placement assessment.

Conclusion. - The authors agree on the lack of tools allowing clear and objective assessments to accompany the early placement decision. Few tools meet our criteria, and those described seem to have limitations and/or are not translated. A question arises: although useful, are standardized observation tools sufficient to account for the complexity of each situation involved in an early placement measure?

Mots-Clés :

Bébés en danger, compétences parentales, protection de l'enfance, échelles d'évaluation, prise de décision, signalements, placements, outils validés, objectivité.

Keywords :

Infant / toddler / babies at risk, child abuse / maltreatment / neglect, parenting skills / capacity, child protection / child welfare, rating scales, decision-making, placement / removal, foster care / foster home care, validated assessment tools, objectivity.

Discipline administrative : MEDECINE SPECIALITE PSYCHIATRIE

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse