

Faculté de santé publique

**La déjudiciarisation de l'Aide à la jeunesse en
opposition à sa médicalisation :**

*la médicalisation et la déjudiciarisation de l'Aide à la
jeunesse sont-elles au service des besoins de l'enfant ?*

Mémoire réalisé par

Fleurent Laura

Promoteur(s)

Robert Pierre-Olivier

Année académique 2018-2019

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

**La déjudiciarisation de l'Aide à la jeunesse en
opposition à sa médicalisation :**

la médicalisation et la déjudiciarisation de l'Aide à la jeunesse
sont-elles au service des besoins de l'enfant ?

Je tiens à remercier et exprimer ma reconnaissance à l'ensemble des personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Je pense tout d'abord à mon promoteur, Monsieur Robert qui m'a soutenue et permis de progresser dans mon travail, son temps et son aide étant non négligeable.

Je désire remercier l'ensemble des personnes rencontrées dans le cadre de ma recherche qui ont accepté de répondre à mes questions. Ce mémoire n'aurait pas pu être réalisé sans leurs collaborations et leurs confiances.

Je remercie également Monsieur Lepièce et Monsieur Hausman d'avoir accepté d'être mes lecteurs.

Enfin, mes proches, ma famille et mes amis qui ont toujours été présents tout au long de mes études m'ont encouragée et soutenue ce qui m'a permis de réussir pour moi mais aussi pour eux. Par ce travail qui est le nôtre, je vous remercie.

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été décrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université Catholique de Louvain.

NOM et PRENOM : Fleurent Laura

Titre du mémoire : *La déjudiciarisation de l'Aide à la jeunesse en opposition à sa médicalisation : la médicalisation et la déjudiciarisation de l'Aide à la jeunesse sont-elles au service des besoins de l'enfant ?*

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise en sciences de la Santé Publique, juillet 2019.

Promoteur : Robert Pierre-Olivier

RESUME

Contenu : Mon mémoire se penche sur l'utilisation des services de pédopsychiatrie comme solution de placement pour des enfants victimes de maltraitance en Fédération Wallonie-Bruxelles. Il comporte deux parties. Tout d'abord, identifier les mécanismes explicatifs qui mènent à ces placements. Ensuite, comprendre le ressenti de ces enfants afin de savoir si les services de pédopsychiatrie sont à même de répondre à leurs besoins.

Méthodes : La maltraitance est un sujet sensible et complexe, se rapportant au vécu émotionnel de la personne. C'est pourquoi, le choix d'une recherche qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés semble justifié. L'observation d'enfants se trouvant dans une situation de maltraitance pose une question éthique en raison de l'âge de l'enfant et des répercussions émotionnelles que l'entretien peut avoir sur lui. Il aurait été compliqué, d'un point de vue éthique, de s'immiscer dans leurs expériences. Cependant, voulant mettre l'accent sur l'expérience du jeune, l'étude se penche sur l'expérience de personnes majeures passées par des services de santé mentale dans l'enfance et ayant vécu une situation de maltraitance. Pour finir, l'étude a été complétée par des entretiens avec des professionnels afin de confronter les différentes révélations faites par les jeunes sortis du système. Sur base de la retranscription intégrale des entretiens, une analyse thématique suivie d'une analyse catégorielle a été réalisée par l'émergence d'extraits de texte.

Résultats : Le manque de coordination et la fragmentation de la prise en charge entre la sphère sociale, médicale et juridique font de cette pratique une mal façon où les besoins de l'enfant et son Empowerment ne semblent pas pris en considération. Au travers du regard des bénéficiaires, la vie en institution peut être l'origine d'une certaine forme de maltraitance institutionnelle. Même si le suivi psychologique est une nécessité à la suite de faits de maltraitance, celui ne justifie pas pour autant un placement en institution de soins. Enfin, la vie institutionnelle, la durée de la séparation avec la société et l'étiquette que l'enfant doit porter influencent sa capacité de réinsertion. Le déficit en la matière a été mis en évidence dans la totalité des entretiens réalisés. D'autant que la sortie de l'institution marque l'arrêt de tous les accompagnements, quels qu'ils soient.

Conclusion : La vie institutionnelle et la maltraitance ont toutes deux des conséquences sur la vie de l'enfant, conséquences qui se prolongent à l'âge adulte et qui sont liées au déficit de prise en charge ou au moins à la qualité de celle-ci.

Mots-clés : Médicalisation, déjudiciarisation, maltraitance, placement, pédopsychiatrie, maltraitance institutionnelle, mécanismes, Fédération Wallonie-Bruxelles, santé mentale

Table des matières

Introduction générale.....	1
Revue de littérature	3
1 Avant-propos.....	3
2 Définition des concepts.....	3
2.1 La maltraitance	3
2.2 Le placement.....	4
3 Le placement au sein de la Fédération Wallonie Bruxelles.....	5
3.1 Présentation de l'Aide à la jeunesse	5
3.2 Législation	7
3.3 Déjudiciarisation de l'Aide à la jeunesse	11
3.4 Placement en institutions de soins	12
3.4.1 Médicalisation de la maltraitance.....	12
3.4.2 Constat relatif aux placements en institutions de soins en FWB	13
3.4.3 Pédopsychiatre et maltraitance.....	14
3.4.4 Reforme de santé mentale	16
3.4.5 Règlementation en vigueur du financement des prises en charge.....	18
4 Vécu de l'enfant.....	18
4.1 Les besoins de l'enfant	18
4.2 Types d'attachement.....	21
4.3 Institution totalitaire selon Goffman.....	22
4.4 Maltraitance institutionnelle	23
4.5 Préjugés et stéréotypes.....	26
4.6 Stigma selon Goffman	27
4.7 Les incasables	28
5 Réinsertion de l'enfant.....	29
6 Conclusion	33
Question de recherche et hypothèses	35
Méthodologie	37
1 Avant-propos.....	37
2 Choix de la méthode	37
3 Approche quantitative	38
3.1 Démarche.....	38
4 Approche qualitative.....	39
4.1 Entretiens exploratoires	40
4.2 Entretiens principaux.....	40
4.2.1 Démarche	40

4.2.2	Démarche éthique.....	41
4.2.3	Echantillonnage.....	41
4.2.4	Guide d'entretien.....	44
4.3	Méthode d'Analyse.....	45
4.3.1	Méthode de traitement des données	45
4.3.2	Méthode de validation des données	46
	Résultats	47
1	Présentation de l'échantillon.....	47
2	Catégories émergentes	47
3	Présentation des résultats	49
3.1	Mécanisme de placement.....	49
3.1.1	Placement en pédopsychiatrie	49
3.1.2	Obstacles à sa mise en place	51
3.1.3	Conséquences du placement inadéquat	55
3.1.4	Solutions alternatives	56
3.2	Réaction à l'annonce de l'hospitalisation.....	56
3.3	Prise en charge.....	58
3.3.1	Relation soignant-enfant	58
3.3.2	Activités proposées	61
3.3.3	Le suivi longitudinal du SAJ/SPJ.....	63
3.4	Cadre de vie et acceptation du cadre de vie.....	64
3.5	Rapports sociaux.....	65
3.5.1	Dans l'institution	65
3.5.2	Avec le monde extérieur	67
3.6	Vie actuelle	68
3.6.1	À la sortie de l'institution.....	68
3.6.2	Répercussion de la prise en charge	70
	Discussion	71
1	Avant-propos.....	71
2	Analyse des résultats.....	71
2.1	Quels sont les mécanismes qui expliquent ces hospitalisations en pédopsychiatrie? 71	
2.2	Quel est le vécu des enfants maltraités hospitalisés en pédopsychiatrie ? Les services de pédopsychiatrie répondent-ils aux besoins de l'enfant maltraité ?	75
3	Proposition d'amélioration.....	79
4	Limites	81
4.1	Limites d'accès aux données	81
4.2	Limites personnelles	83

5 Perspectives futures de recherche	83
Conclusion.....	85
Bibliographie.....	87
Annexe n° 1 : Contestations relatives à l’octroi, au refus ou aux modalités d’application d’une mesure d’aide individuelle	97
Annexe n°2 : Procédures suite à un constat de nécessité urgente	98
Annexe n°3 : Service Organization Pyramid for an Optimal Mix of Services for Mental Health	100
Annexe n° 4 : Justifications des réponses négatives	101
Annexe n°5 : Formulaire de consentement, affiche d’information.....	102
Annexe n°6 : Elaboration du guide d’entretien pour les bénéficiaires.....	104
Annexe n°7: Elaboration du guide d’entretien pour les professionnels en institution de soins	108
Annexe n°8 : Elaboration du guide d’entretien pour les professionnels de l’Aide à la jeunesse	111
Annexe n°9 : Calendrier.....	114
Annexe n°10 : Liste des personnes interrogées, présentation et contexte d’entretien	115
Annexe n°11 : Schéma analytique des mécanismes de placement	119
Annexe n°12: Schéma analytique du vécu de l’enfant maltraité et placé en institution pédopsychiatrique.....	120

Liste des figures

Figure 1 : Les motifs d'intervention auprès des jeunes en difficulté ou en danger en 2016

Figure 2 : Dossiers introduits dans 15 services de santé mentale de Bruxelles

Figure 3 : Distribution de l'âge patientèle dans 16 services de santé mentale de Bruxelles

Figure 4 : Contestations relatives à l'octroi, au refus ou aux modalités d'application d'une mesure d'aide individuelle

Figure 5 : La procédure générale pour les urgences survenant pendant les heures d'ouverture des SAJ

Figure 6 : La procédure exceptionnelle quand le conseiller n'a pas pu être atteint : soirée, nuits, w-e, jours fériés, ...

Figure 7 : Service Organization Pyramid for an Optimal Mix of Services for Mental Health

Liste des tableaux

Tableau 1 : Données sociodémographiques des échantillons

Tableau 2 : Catégorisation des données qualitatives en unités d'analyse

Tableau 3 : Justifications des réponses négatives

Tableau 4 : Elaboration du guide d'entretien pour les bénéficiaires

Tableau 5 : Elaboration du guide d'entretien pour les professionnels en institution des soins

Tableau 6 : Elaboration du guide d'entretien pour les professionnels de l'Aide à la jeunesse

Tableau 7 : Calendrier

Tableau 8 : Liste des personnes interrogées, présentation et contexte d'entretien

Liste des schémas

Schéma 1 : Démarches réalisées

Schéma 2 : Les mécanismes de placement (résultats)

Schéma 3 : Le vécu des enfants maltraités et placés en institution pédopsychiatrique (résultats)

Schéma 4 : Les mécanismes de placement (discussion)

Schéma 5 : Le vécu des enfants maltraités et placés en institution pédopsychiatrique (discussion)

Introduction générale

L'idée de réaliser mon mémoire sur l'accompagnement des enfants victimes de maltraitements m'est venue de mon expérience personnelle. Infirmière pédiatrique de formation, j'ai en effet été confrontée, aussi bien lors de ma formation qu'aujourd'hui dans mon travail, à des situations de maltraitements. Cette expérience m'a permis de me rendre compte de la difficulté qu'éprouve le professionnel lorsqu'il doit faire face au manque d'informations et au manque de moyens nécessaires pour prendre en charge les enfants. Il n'est donc pas aisé d'agir à la fois dans l'intérêt de l'enfant, des parents et des professionnels. J'ai pu constater aussi qu'il existe des rapports étroits entre l'Aide à la jeunesse et la santé mentale. Dans mon unité pédiatrique, de nombreux enfants hospitalisés pour des faits de maltraitance sont pris en charge par l'équipe de pédopsychiatrie et la majorité de ces hospitalisations aboutissent à des hébergements dans des centres de santé mentale. L'Aide à la jeunesse n'essaierait-elle pas de déjudiciariser ces procédures en passant par la médicalisation ?

Après avoir lu plusieurs articles, je me suis interrogée sur différents aspects qui se dégagent de la problématique évoquée. Comment se fait-il qu'en Belgique, l'ensemble de nos structures d'accueil soit à ce point saturé, qu'il faille trouver des moyens alternatifs comme l'utilisation de structures annexes telles que des maisons mères-enfants, des hôpitaux ou encore des centres de santé mentale ? Cela relève-t-il d'un problème de financement et de législation, d'un manque de familles d'accueil, d'un manque de coordination entre les différentes structures ou de la complexité des procédures judiciaires ? Quel est donc l'impact de cette situation sur l'enfant et sur le professionnel ? Les structures dont nous disposons à l'heure actuelle constituent-elles un environnement suffisamment sécuritaire pour qu'elle puisse garantir un meilleur développement à l'enfant ? Ces moyens alternatifs répondent-ils aux besoins de l'enfant ?

Trouver des réponses à mon questionnement sur la problématique que j'ai retenue me permettra d'améliorer ma pratique. Je pense en effet qu'en tant que soignant, surtout en pédiatrie, il est important de pouvoir accompagner, et cela passe par la connaissance du parcours de l'enfant, chose actuellement impossible à cause d'un manque de collaboration entre les différents intervenants. Il est important de donner la possibilité à l'enfant de se construire un réseau d'accompagnement pour pouvoir répondre à ses nombreux besoins.

Si mettre un terme aux faits de maltraitance est important, il ne constitue qu'un début.

A la suite de mes premières recherches et de mon questionnement, une question de recherche s'est imposée :

La médicalisation et la déjudiciarisation sont-elles au service des besoins de l'enfant ?

Pour permettre une lecture agréable de ce travail et comprendre mon cheminement dans ma recherche, j'ai procédé de la façon suivante :

Premièrement, j'aborde les différents concepts en lien avec ma question de recherche. Au travers du concept de médicalisation et de déjudiciarisation, j'expose la question du placement en institution de soins ainsi que le vécu qui en découle.

Deuxièmement, une brève présentation des hypothèses de recherche qui se dégagent de ma revue littéraire, vous est présentée.

Troisièmement, je détaille le choix de ma méthodologie. Dans cette partie, je vous présente également les différentes démarches entreprises qui justifient mon choix méthodologique, la méthode de collecte et d'analyse des données.

Quatrièmement, je présente les différents résultats qui me permettent d'aboutir à ma discussion. Une confrontation entre la théorie et la pratique est réalisée.

Enfin, je clôture ce mémoire par la réponse à ma problématique de manière synthétique dans la conclusion.

Revue de littérature

1 Avant-propos

Pour permettre une lecture aisée de mon parcours bibliographique et comprendre mon cheminement vers ma question de recherche, je vais procéder de la façon suivante :

je m'attacherai d'abord à définir les concepts de maltraitance et de placement, concepts qui sous-tendent ma problématique ;

après cela, c'est de la contextualisation de la problématique au sein de la Fédération Wallonie Bruxelles, qu'il sera question, avec une présentation des différentes législations en vigueur ;

cela fait, c'est le placement en institution de soins qui sera abordé, avec une attention plus particulière à ceux réalisés en pédopsychiatrie ;

pour terminer, je me pencherai sur la prise en charge des enfants par ces services tout en faisant des liens avec leurs besoins.

2 Définition des concepts

2.1 La maltraitance

Sans être du tout un phénomène marginal, loin de là, la maltraitance concernant les enfants est encore considérée aujourd'hui comme un sujet tabou, même si, dès lors qu'il touche à l'enfance, la société se sent davantage concernée. Néanmoins, on ne peut nier que la signification de ce phénomène est influencée par le contexte culturel, économique et social (de Becker, 2018).

Si, quand on parle de « maltraitance », on se borne à lui opposer la « bientraitance », on risque de s'enfermer dans une catégorisation « bon-mauvais » qui ne fait pas avancer les choses, d'autant que le stéréotype de la famille idéale pronée par la société n'est ici pas très loin.

La maltraitance admet en réalité de nombreuses significations et comprend un registre sémantique très diversifié ; de plus, sa prévention et son traitement impliquent un travail de collaboration interdisciplinaire et de réseau, si bien que chacun peut l'interpréter de façon différente (de Becker, 2018).

Nonobstant, mon choix s'est porté sur la définition proposée par la coordination de l'aide aux victimes de maltraitances :

*« Est maltraitant **tout comportement et/ou attitude** qui ne tient pas compte de la **satisfaction des besoins d'un enfant** et constitue par le fait même une entrave importante à son épanouissement. Une attitude ou un comportement maltraitant peut-être **intentionnel ou le résultat de la négligence, ou des défaillances sociales**. »* (2002, p.9).

Tout à la fois, cette problématique introduit un concept clé de ma problématique, soit la satisfaction des besoins de l'enfant, et elle ne limite pas la maltraitance à l'habitation familiale. Elle peut s'appliquer à n'importe quel milieu de vie, y compris donc une institution de soins de santé.

2.2 Le placement

○ Définition

*« Le placement est une mesure **de prise en charge** d'un enfant **hors de son milieu familial, révisable** et qui ne peut être prise qu'en dernier ressort, **dans l'intérêt de l'enfant**. La mesure de placement peut prendre place dans **différents secteurs**. »* (Swaluë, 2012, p.13).

À partir de cette définition, je vais expliciter les conditions essentielles d'une mesure de placement.

Tout d'abord, le placement n'est pas une solution envisagée en première intention, elle doit être envisagée à la suite de mesures préventives ou alternatives et doit être prise dans l'intérêt de l'enfant. Ceci signifie que la nécessité du placement doit être réévaluée au cours du temps (Swaluë, 2012).

Ensuite, 'dans l'intérêt de l'enfant' signifie que le placement a pour fonction de fournir une protection à l'enfant et de garantir une continuité de son éducation par la mise en place d'une mesure de remplacement. Il faut néanmoins répondre à ces besoins tout en garantissant une certaine égalité entre les enfants pris en charge (Swaluë, 2012). Les différents besoins de l'enfant seront présentés dans la partie 3 de ma revue de littérature. On n'oubliera pas que l'enfant placé est de nature plus vulnérable de par son histoire, et qu'il nécessite donc une attention particulière de la part des professionnels qui l'entourent.

Enfin, cette mesure couvre également un large éventail de mesures allant de l'adoption au placement en institution (Swaluë, 2012).

3 Le placement au sein de la Fédération Wallonie Bruxelles

Afin de mieux aborder ma problématique, je vais d'abord présenter l'Aide à la jeunesse et contextualiser la problématique par des données numériques. Après cela, je présenterai la législation établie en la matière pour qu'on puisse comprendre les différents mécanismes de placement. Finalement, je ciblerai les placements dans les institutions de soins et plus particulièrement en pédopsychiatrie.

3.1 Présentation de l'Aide à la jeunesse

L'Aide à la jeunesse est une administration à laquelle reviennent les compétences en matière d'aide et de protection de la jeunesse au sein de la Fédération Wallonie Bruxelles (Aide à la jeunesse, n.d).

L'Aide à la jeunesse vise à développer ses compétences en tenant compte des réalités sociales et des besoins de la population. Une de ses premières compétences est de travailler préventivement afin d'orienter et d'accompagner les familles au sein de la première ligne (Aide à la jeunesse, n.d).

La première ligne comprend des services tels que le CPAS, le CPMS, le PMS et l'ONE. Il est important de le préciser : l'Aide à la jeunesse est une aide supplétive à cette première ligne et qu'une collaboration est primordiale ici pour garantir une prise en charge globale (Aide à la jeunesse, n.d).

D'autre part, l'Aide à la jeunesse offre une aide plus personnalisée aux jeunes qui rencontrent des difficultés au sein de leur milieu familial. Pour ce faire, il existe deux services, le SAJ ou Service de l'Aide à la jeunesse, et le SPJ ou Service de Protection Judiciaire (Aide à la jeunesse, n.d). Le rôle de chacun d'entre eux sera détaillé dans le point suivant.

L'Aide à la jeunesse en quelques chiffres :

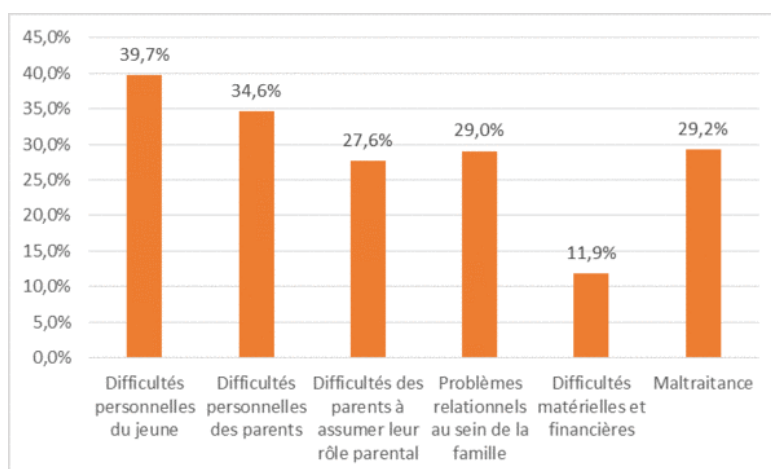


Figure 1 : Les motifs d'intervention auprès des jeunes en difficulté ou en danger en 2016
(Aide à la jeunesse, 2017)

Cette figure illustre les différentes problématiques prises en charge par l'Aide à la jeunesse. En 2016, elle a collecté des données pour 27.417 jeunes sur les 41.593 jeunes en situation de difficulté et de danger, ce qui représente 65.9 % des prises en charge.

Plus particulièrement, une prise en charge sur trois concerne des situations de maltraitance ou de suspicion de maltraitance (7.985 jeunes, 29.2 %). Ce pourcentage englobe aussi bien les situations de négligence (66.6 %, 5.321 jeunes), de maltraitance physique (27 %, 2.158 jeunes), de maltraitance psychologique (16.4 %, 1308 jeunes) et de maltraitance sexuelle (10.2 %, 817 jeunes) (Aide à la jeunesse, 2017).

Pour finir, la littérature pointe un manque de données numériques concernant le placement d'enfants, ce qui est paradoxal dans le sens où, pour améliorer les politiques publiques, ces chiffres semblent essentiels. L'Observatoire de l'Enfance, de la Jeunesse et de l'Aide à la jeunesse (OEJAJ) recense, avec une marge d'erreur de 500 enfants, que 10.439 jeunes sont placés en FWB. Ces placements concernent les secteurs de la jeunesse, du handicap, de la santé mentale, de la justice et des demandes d'asile. De plus, le placement au sein de services agréés ou d'une famille d'accueil recouvre plus de la moitié des prises en charge de l'Aide à la jeunesse (Swaluë, 2012). Le placement d'un enfant n'est pas une problématique marginale, car elle concerne plus de 1 % des enfants de la FWB (OEJAJ, 2010).

3.2 Législation

Antérieurement, deux décrets englobaient la prise en charge de l'enfant maltraité ainsi que son placement : le *décret relatif à l'aide aux victimes de maltraitance* (2004) et le *décret relatif à l'Aide à la jeunesse* (1991). Un nouveau texte décretal a été adopté cette année en vue d'apporter une évolution dans le domaine de l'Aide à la jeunesse et de la protection de la jeunesse.

- Décret du 18 janvier 2018 portant le code de prévention, de l'Aide à la jeunesse et de la protection de la jeunesse

Avant toute chose, il me semble important de préciser, au vu de ma problématique, que l'enfant a été reconnu comme étant un sujet de droit dans la convention relative aux droits de l'enfant. Il est dans ce cas doté de liberté, ce qui lui donne le droit de participer à la prise de décision. Pour ce faire, le décret désigne le jeune comme un acteur principal. Sa légitimité « officielle » est par conséquent mise en avant à partir de l'âge de douze ans et non plus à partir de quatorze ans, au vu de l'avancée des générations dans la société (Fédération Wallonie Bruxelles, 2018).

Nous allons maintenant aborder les différents mécanismes dont dispose l'Aide à la jeunesse pour faire face à une situation de maltraitance.

Tout d'abord, il faut distinguer les deux types d'aide proposés aux enfants en danger ou en difficulté, l'aide consentie et l'aide contrainte. Les deux mécanismes représentent une quasi-équivalence en termes de nombre de prises en charge, soit 56 % pour l'aide consentie et 44 % pour l'aide contrainte (Fédération Wallonie Bruxelles, 2016)

L'aide consentie/volontaire est proposée par le conseiller qui travaille au sein du service d'Aide à la jeunesse. Son rôle est d'étudier les différentes demandes d'aide et d'en proposer une. Il travaille également en collaboration avec le tribunal de la jeunesse quand l'aide consentie n'aboutit pas à un accord ou qu'elle n'est pas mise en place par les intéressés. Il peut également demander la participation d'une équipe de SOS-Enfant pour l'aider dans sa tâche (Fédération Wallonie Bruxelles, 2018 & Fédération Wallonie Bruxelles, 2005).

L'équipe de SOS-Enfant est un service agréé de la Fédération Wallonie-Bruxelles et financé par l'Office de la naissance et de l'enfance. Sa mission est de participer à la prévention et au traitement des situations de maltraitance par une prise en charge qui se base sur une information des conséquences, un examen pluridisciplinaire (psycho-médico-sociaux) des situations et un travail de collaboration avec l'ONE, le directeur et le conseiller (SOS-enfant, n.d.).

L'aide contrainte est quant à elle assurée par le directeur qui travaille au sein de Service de Protection Judiciaire. Le tribunal de la jeunesse peut imposer un accompagnement éducatif ou un hébergement temporaire hors du milieu de vie. La décision du tribunal de la jeunesse est appliquée par le directeur (Fédération Wallonie Bruxelles, 2018 & Fédération Wallonie Bruxelles, 2005).

De telles mesures sont prises :

*« Lorsque l'intégrité physique ou psychique d'un enfant (...) est **actuellement et gravement compromise** et lorsqu'une des personnes investies de l'autorité parentale ou ayant la garde de l'enfant en droit ou en fait **refuse l'aide** du conseiller ou **néglige de la mettre en œuvre**. »* (Fédération Wallonie Bruxelles, 2005, p.20)

Un schéma a été annexé pour illustrer les procédures d'application de l'aide contrainte et consentie.

À ces notions d'aide contrainte et d'aide consentie, viennent s'ajouter les situations de nécessité urgente. Elles entrent en jeu lorsque l'intégrité physique et psychique de l'enfant est mise en danger au moment de la constatation. Dans ce cas, le tribunal de la jeunesse prend une décision sur la garde provisoire de l'enfant qui ne doit pas excéder trente jours, mais qui peut être prolongée de quarante-cinq jours (anciennement quatorze). Cette durée est une des modifications édictées dans le présent décret du 18 janvier 2018, afin de permettre au directeur de trouver un accord et d'augmenter les chances de 'déjudiciariser' la procédure (Fédération Wallonie Bruxelles, 2018).

La deuxième modification de ce décret est que le directeur se charge de trouver un accord à la suite de la décision du tribunal de la jeunesse, excepté si celui-ci n'est pas à l'origine de sa saisie, parce qu'il n'a pas pu être joint. Le parquet peut également saisir le tribunal de la jeunesse dans le cas de situation urgente et d'indisponibilité du SPJ. Dans cette situation, le dossier lui sera transmis afin qu'il puisse exercer son rôle. La délimitation de la fonction du conseiller et du directeur est à nouveau dans l'optique de séparer l'aide consentie et l'aide contrainte et donc les procédures de déjudiciarisation et de judiciarisation (Fédération Wallonie Bruxelles, 2018). Ces procédures sont établies dans le but de faire face aux disponibilités du SAJ.

Il a par ailleurs été mentionné : « *Que des moyens soient consacrés afin de permettre à ces services publics d'organiser une permanence et d'ainsi **pouvoir intervenir également en dehors de leurs heures d'ouverture**.* » (Fédération Wallonie Bruxelles, 2018, p. 45) Cependant, cette notion de permanence n'est pas liée à une obligation, le décret jugeant qu'elle peut être difficilement applicable pour certaines divisions de plus petite taille, ce qui justifierait le fait de recourir aux hôpitaux en situation d'urgence (Fédération Wallonie Bruxelles, 2018).

Deux schémas ont été annexés afin illustrer les procédures suite à un constat de nécessité urgente lors des heures d'ouverture du SAJ et quand le conseiller n'a pas pu être joint.

Ensuite, le décret précise que le placement doit être choisi comme une solution de dernier recours et que les ressources familiales doivent toujours être sollicitées. Une hiérarchisation des mesures a été établie. Le conseiller, le directeur et le tribunal de la jeunesse doivent envisager les possibilités d'hébergement dans un ordre de priorité ; un membre de la famille, un accueillant familial et pour finir un établissement (Madrane, 2018).

Il pointe également le fait qu'il y a un écart important entre l'offre et la demande. Une décision qui porte sur un hébergement hors du milieu familial peut aboutir à une attente de plus de six mois, ce qui signifie qu'elle est tributaire des moyens mis à disposition de l'Aide à la jeunesse. Or, les décisions prises pour donner suite à la nécessité urgente demandent une prise en charge rapide. Le législateur propose donc un cumul de mesures, par exemple, un hébergement au sein d'un internat de la communauté française, un suivi éducatif par le service d'aide et d'intervention éducative, et un suivi médical et psychologique au sein d'une institution de soins (Fédération Wallonie Bruxelles, 2018).

Une autre nouveauté est que l'Aide à la jeunesse séparée en arrondissements est désormais scindée en divisions (excepté Bruxelles et le Brabant-Wallon). Le territoire des divisions correspond aux anciens territoires des arrondissements afin qu'il puisse garder les mêmes sièges que les tribunaux de jeunesse (Fédération Wallonie Bruxelles, 2018).

Enfin, la dernière 'nouveauté' que j'ai relevée, c'est la rédaction d'un projet pour l'enfant. Même si ce projet n'est pas une grande nouveauté, la littérature grise relate qu'il a fait l'unanimité au sein des partis politiques du parlement de la FWB (Vallet, 2018). Il vise à inscrire les mesures décidées, qu'elles soient contraintes ou volontaires, dans des objectifs à plus long terme. S'il sert de cadre de référence pour les intervenants et permet une meilleure continuité, il est aussi un fil conducteur dans la prise en charge de l'enfant. Le projet évoqué doit être adapté aux besoins, à l'âge et à la situation qui évoluent. Il s'inscrit dans un souhait de construire un avenir à l'enfant en tenant compte des réalités. Si la prise en charge de celui-ci prend fin, cela ne signifie pas la clôture du projet pour autant ; il pourra toujours être réutilisé s'il entame une nouvelle prise en charge. Le contenu exact que devra contenir ce projet sera par ailleurs concrétisé très prochainement dans un arrêté ministériel (Fédération Wallonie Bruxelles, 2018 & Madrane, 2018).

Ce décret met en avant la prévention des situations qui mettent le jeune en difficulté et en danger. Destinée au jeune et à sa famille au sens large, cette approche se veut éducative et sociale. Elle aboutit à une démarche qui limite la violence, que celle-ci soit familiale, relationnelle ou institutionnelle. Le décret pointe également la nécessité d'une approche individuelle et collective qui allie le milieu de vie familial et les institutions que l'enfant côtoie. Ceci signifie la mise en place d'un travail en réseau (Fédération Wallonie Bruxelles, 2018).

Cette approche préventive est d'application par le conseil de prévention qui reprend les fonctions du conseil de d'arrondissement de l'Aide à la jeunesse dans le domaine du diagnostic social et de l'élaboration de plans d'action de sa division ou de son arrondissement. Le conseil se composera du directeur et du conseiller de l'Aide à la jeunesse ainsi que d'autres membres issus du SAJ et SPJ. De plus, la plateforme de concertation en santé mentale aura également un avis consultatif au sein du conseil, au vu de l'étroitesse des rapports entre l'Aide à la jeunesse et la pédopsychiatrie. Le conseil pourra également compter sur son chargé de prévention (nouvelle fonction) pour l'aider dans sa tâche (Fédération Wallonie Bruxelles, 2018).

La volonté d'impliquer la santé mentale dès la prévention est le premier signe de la médicalisation des prises en charge.

3.3 Déjudiciarisation de l'Aide à la jeunesse

Ce principe correspond au souhait du législateur depuis la mise en application du décret de l'Aide à la jeunesse de 1991 et qui est d'ailleurs repris dans le Code de la prévention, de l'Aide à la jeunesse et de la protection de la jeunesse.

Tous deux précisent que dans « *la mesure où les problèmes rencontrés sont de nature sociale, il est logique que ce soient les instances sociales qui interviennent pour les résoudre, et non le pouvoir judiciaire* » (Madrane, 2015, n.d.).

La déjudiciarisation implique une distinction entre le pouvoir judiciaire et le travail social qui ont chacun des compétences distinctes. L'intervention de la sphère juridique doit demeurer une mesure subsidiaire et exceptionnelle.

Ce principe repose en quelque sorte sur la théorie du moindre mal. Les cas de maltraitance ont de nombreuses répercussions sur l'enfant, mais aussi sur sa sphère familiale. Le fait de ne pas porter l'affaire devant le tribunal de la jeunesse permet de limiter l'exposition sociale et économique de la situation. Cette exposition pourrait en effet creuser encore davantage la fracture familiale. La nécessité du maintien du lien parent-enfant est prônée par les spécialistes de l'enfance, même quand celui-ci repose sur une relation toxique. L'enfant lui-même serait demandeur après l'apaisement de la situation (Beague, de Becker & Chatelle, 2015).

Ce type d'allégation peut également avoir de graves retombées sur l'adulte responsable. Depuis l'exposition de l'affaire Dutroux, les faits de maltraitance engendrent une plus grande stigmatisation des auteurs. De plus, la révélation de la maltraitance repose très souvent sur les dires de l'enfant ; étant le seul à porter la responsabilité de cette révélation, il pourrait développer un sentiment de culpabilité à la suite de l'établissement de la sanction par le tribunal (Beague, de Becker & Chatelle, 2015).

Au-delà des considérations pour l'intérêt de l'enfant et de sa famille, le système doit pouvoir proposer des moyens concrets pour faciliter son application. Ceci signifie des places disponibles dans des lieux d'accueil à court, à moyen et à long terme, ainsi que des structures d'accompagnement. Cependant, la réalité est telle que des jeunes se retrouvent dans des centres de soins qui ne sont pas toujours adaptés à leurs réels besoins (Beague, de Becker & Chatelle, 2015).

3.4 Placement en institutions de soins

3.4.1 Médicalisation de la maltraitance

La prise en charge de la maltraitance en Belgique repose sur un travail pluridisciplinaire, puisque à la fois médical, social et psychologique, et cela sans qu'il y ait obligation de faire intervenir la sphère juridique (Beague, de Becker & Chatelle, 2015). Les interventions psychosociales peuvent être considérées comme la première étape vers une médicalisation (Bohlin & Mijumbi, 2015 ; Coppens, 2015).

Lors du colloque organisé pour mettre en exergue les différentes nouveautés du décret, le ministre de l'Aide à la jeunesse a tenu à le rappeler : « *L'Aide à la jeunesse ne doit pas être le dernier réceptacle de toute la misère de notre société.* » (Madrane, 2018, n.d.).

En effet, l'AJ fait face à de nombreux jeunes présentant des difficultés multiples. Les structures ne sont pas à même de prendre en charge des enfants présentant des problèmes psychologiques.

À l'inverse, les centres de soins tels que les hôpitaux ne doivent pas être considérés comme des lieux de placement de longue durée. Même si l'hospitalisation d'un enfant victime de maltraitance ou suspecté comme tel peut être la solution pour établir un bilan médico-psycho-social. Il est important de préciser que mettre un terme aux faits de maltraitance ne constitue qu'un début, ce n'est pas parce que les actes de maltraitance cessent à la suite d'un écartement de l'habitation familiale que l'enfant ne doit plus être pris en charge. Ils peuvent présenter des troubles à la suite des événements. Les détresses multifactorielles que les jeunes présentent exigent la poursuite de la collaboration entre les services médicaux et l'Aide à la jeunesse, mais aussi entre les différents niveaux de pouvoir.

Afin de prendre en considération la réalité des placements au sein d'unité de soins, le nouveau décret précise :

*« Le tribunal de la jeunesse ne peut confier le jeune à un établissement approprié en vue de son traitement que sur la base **d'un rapport pédopsychiatrique** circonstancié établissant, à la suite **d'un examen datant de quinze jours au plus**, la nécessité thérapeutique de la mesure.* (Fédération Wallonie Bruxelles, 2018, p.74).

L'établissement de ce rapport peut amener à se poser la question de la place de l'Empowerment de l'enfant dans sa prise en charge. En effet, d'un côté le décret veut octroyer plus d'importance à la volonté de l'enfant dans les décisions qui sont prises le concernant, et de l'autre, la mise en place de procédures très circonstanciées la limite.

3.4.2 Constat relatif aux placements en institutions de soins en FWB

L'Aide à la jeunesse peut faire appel à d'autres structures que celles dites plus conventionnelles. Il s'agit des placements au sein de services pédiatriques et pédopsychiatriques. En ce qui concerne les placements en pédiatrie, les motifs sociaux sont les plus courants. Le parquet peut décider d'urgence d'un éloignement de l'enfant de son milieu familial ; dans ce cas, un manque de place au sein des services peut aboutir à un placement en milieu hospitalier. Ce placement a la possibilité d'être prolongé à 14 jours puis 60 par le juge en l'absence de solution parentale (Swaluë, 2012).

Ensuite, les enfants victimes de maltraitances ont été identifiés dans trois types de services psychiatriques : K, service de neuropsychiatrie infantile destiné à des enfants de moins de 15 ans, présentant des troubles psychiques ; T, service de neuropsychiatrie pour adulte (à partir de 15 ans) atteint de maladies dites chroniques devant réaliser un travail de réhabilitation et réadaptation sociale ; A, service neuropsychiatrie pour adulte destiné à la mise en observation et au traitement actif ou d'urgence (SPF, 2015).

Dans le cadre de mon mémoire, mon promoteur et moi-même avons décidé de cibler l'accueil des enfants au sein de structures pédopsychiatriques.

Le placement au sein d'une institution pédopsychiatrique apparaît comme étant la solution à un manque de place au sein des services agréés de l'Aide à la jeunesse, mais qu'en est-il de la situation dans ces institutions ? L'étude réalisée (2015) par Service Public Fédéral (SPF), santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, mentionne que l'augmentation des problèmes psychosociaux comme la multiplication des demandes de soins et leurs développements, la saturation des services causée par des durées de séjours trop longues et le manque d'alternative à l'hospitalisation, font que la situation au sein des services de santé mentale n'est pas meilleure. Sans compter que des études révèlent que 16 à 27 % des enfants présenteraient un trouble psychologique (Fédération Wallonie Bruxelles, 2015).

3.4.3 Pédopsychiatre et maltraitance

Tout d'abord, la santé mentale ne doit pas se voir unilatéralement ; elle englobe en effet à la fois le bien-être psychologique et le trouble mental. Selon l'OMS, la santé mentale est perçue comme une ressource importante pour le bien-être des individus, des familles et des sociétés (WHO, 2013). Ceci pourrait expliquer que des enfants victimes de maltraitances peuvent être pris en charge par des structures pédopsychiatriques. Le développement psycho-affectif et la psychopathologie sont deux dimensions qui sont en rapport direct avec l'origine et les conséquences de la maltraitance (de Becker, 2007). Néanmoins, il convient de préciser que l'absence de bien-être mental ou un mauvais état mental se manifeste chez chaque individu ; il n'évolue cependant pas toujours en un trouble mental nécessitant une prise en charge clinique (OECD, 2018).

Dans ce point, je vais tenter de mieux faire comprendre en quoi consiste la prise en charge pédopsychiatrique et sa nécessité.

- Impact de la maltraitance sur le psychisme de l'enfant

Quand la maltraitance s'inscrit au sein des relations filiales, relations qui sont fondatrices, des conséquences sur le développement de l'identité de l'enfant peuvent être constatées (Chatelle, de Becker, Kinoo, Mousset & Wintgens, 2016). De nombreuses études ont démontré que l'enfant ne peut établir les fondements de son identité s'il n'évolue pas dans un milieu aimant qui lui procure une certaine stabilité.

Les changements sociaux engendrent de nouvelles compositions familiales. En effet, les conflits conjugaux sont à l'origine de séparations parentales de plus en plus fréquentes, et ce dans toutes les classes sociales. Celles-ci engendrent des recompositions familiales et des familles monoparentales, avec tout ce que cela peut avoir de difficile pour le parent qui se retrouve en situation d'insécurité financière et matérielle. Les répercussions de cet état de choses sur l'enfant sont réelles (Conseil Bruxellois de coordination sociopolitique, 2017).

Les enfants placés sont confrontés à de nombreux problèmes d'ordre psychologique et de développement. Les troubles d'attachement font partie des problèmes les plus importants et les plus fréquemment rencontrés. Ils sont la conséquence d'un manque de figure parentale, qu'elle soit simplement déficitaire ou carrément inexistante. L'enfant doit pouvoir accepter la perte d'une personne aimante et être à même de l'accepter ; si ce n'est pas le cas, il ne sera pas en mesure de remplacer la figure parentale dont il a besoin.

Le processus d'attachement survient dès les premiers mois de la vie, et cela même si certains auteurs s'accordent à dire que l'enfant n'est pas capable d'intégrer, avant l'âge de six mois, la personne qui lui procure de l'attachement. Il commence néanmoins à développer une capacité de discernement par rapport au monde qui l'entoure. De six mois à trois ans, l'enfant veut s'assurer une certaine proximité par rapport à la figure d'attachement, et cela par différents comportements (Liébert, 2015).

Le lien d'attachement que l'enfant crée pendant les premières années de sa vie dépend plus de son intensité que de sa durée. Il lui est essentiel dans le développement de ses capacités de socialisation avec autrui. L'absence de création du lien sélectif peut entraîner des comportements sociaux inadéquats.

De plus, le jeune enfant étant de nature égocentrique, il en déduira qu'il ne mérite pas d'être aimé et qu'il est responsable du rejet des autres. L'apparition de troubles psychologiques peut être une entrave à l'élaboration d'un projet de vie pour l'enfant (Berger & Bonneville, 2007) ; c'est sans compter qu'on sait que beaucoup des troubles psychologiques à l'âge adulte ont pour étiopathogénie des relations inadéquates durant l'enfance (Becher & al, 2012 et de Becker & Maertens, 2015).

Il a été démontré que les enfants victimes de maltraitances sont susceptibles de reproduire ces comportements à l'âge adulte, d'où la nécessité d'une prise en charge thérapeutique. Il existe une synergie dans le développement des facteurs de risque biologiques, familiaux, psychologiques, sociétaux et culturels (de Becker, 2016).

Malgré cette dernière constatation, une « réparation » et un changement dans le type d'attachement ont été démontrés dans 30 % des cas (Chatelle & al, 2016).

3.4.4 Reforme de santé mentale

Une nouvelle philosophie de la santé mentale est en train d'être implémentée en Belgique. Elle s'oriente davantage vers la communauté. Pour ce faire, elle se base sur quatre principes/fonctions (Natalis & Pieters, 2016).

Premièrement, une **désinstitutionalisation** qui vise à limiter les séjours résidentiels au profit des structures ambulatoires (Natalis & Pieters, 2016). La Belgique ayant une offre de soins résidentiels en santé mentale assez importante en comparaison avec ses voisins européens, elle peut réduire sa capacité. Son ratio de lits psychiatriques pour 100.000 habitants est de 152, chiffre qui la place en seconde position. Cette fonction permettrait de réduire la durée des séjours par la mise en place de structures alternatives quand l'hospitalisation n'est plus nécessaire (après la phase aigüe) ou de l'éviter afin de maintenir le patient au sein de sa communauté. La prise en charge dans le milieu de vie permet de surcroît aux professionnels de prendre en considération les facteurs liés à l'environnement du patient. En parallèle, une détection rapide et un programme de prévention et de promotion de la santé doivent être réalisés (Service soins de santé psychosociaux, 2017).

Deuxièmement, elle se base sur le principe **d'inclusion** qui permet d'agrandir le réseau de collaboration (Natalis & Pieters, 2016). La prise en charge de la maltraitance nécessite une pratique de réseau qui se base sur le contexte vu au sens large ; celui-ci ne le limite pas seulement au niveau individuel et familial. L'enfant ne peut subsister par lui-même, d'où la nécessité d'un réseau de liens intra et extra-familiaux. Il doit être considéré dans un ensemble et non pas uniquement dans ses aspects intrapsychiques. Ce réseau fait intervenir différentes organisations humaines connectées à la structure familiale qui joue un rôle dans le maintien de la sphère familiale (Chapelle, de Becker & Verheyen, 2016).

Les autres acteurs qui font partie intégrante de cette organisation sont les institutions scolaires, les services d'Aide à la jeunesse et la police. Cette liste n'est pas exhaustive au vu de la multitude de liens qui gravitent autour de la famille, qu'ils soient professionnels ou non. Néanmoins, elle correspond aux premiers acteurs susceptibles d'être confrontés aux situations de maltraitance et aux troubles mentaux. La formation de ces acteurs clés faciliterait la détection des problèmes psychologiques (Becher & al, 2012 et Chapelle, de Becker & Verheyen, 2016).

Troisièmement, la **décatégorisation** qui est permise par la mise en place d'un système de réseau (Natalis & Pieters, 2016). Si chaque professionnel travaillait de façon individuelle dans la pratique qui lui est propre, une méconnaissance de la situation dans son ensemble pourrait en résulter. La pluralité d'intervenants fait jouer l'influence du fonctionnement inter-structurel dû à la nécessité d'une coordination qui résulte d'enjeux multiples. Le travail en réseau veut dépasser cela, en se basant sur la concertation ; celle-ci se caractérise en effet par un échange dans l'établissement d'un projet commun, ce qui limite les prises en charge discontinues (Chapelle, de Becker & Verheyen, 2016).

Pour finir, l'**intensification** des soins pendant une courte durée d'hospitalisation, en lien direct avec le premier principe, car il permet son aboutissement. Elle tend au même objectif, qui est une réinsertion sociale précoce (Natalis & Pieters, 2016).

L'ensemble de ces principes vise une politique de santé qui se veut davantage ambulatoire par la mise en place de soins primaires.

o Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents, 2015
Ce guide introduit un modèle appelé le 'WHO model of optimal mental health care' (annexe n°3) qui me semble paradoxal en raison du parcours de santé des enfants victimes de maltraitances envoyés en pédopsychiatrie. Il dit que la prise en charge doit être réalisée par étapes. Tout d'abord, l'offre de soins doit se situer au plus proche du milieu de vie et être la moins envahissante possible en tenant compte de la gravité du diagnostic. Ensuite, si la première étape est jugée insuffisante, elle propose différents niveaux d'intensité de soins, cela tout en précisant le self-care qui vise à rendre autonome l'enfant et sa famille dans la prise en charge.

Cependant, dans un contexte de maltraitance, qu'en est-il de l'organisation graduelle des soins et de la responsabilisation de l'enfant ? (Fédération Wallonie Bruxelles, 2015).

3.4.5 Règlements en vigueur du financement des prises en charge

Auparavant, l'Aide à la jeunesse intervenait dans les frais liés à l'hospitalisation (254 enfants/jours en 2010) de jeunes placés en pédopsychiatrie et dans un service de pédiatrie général à l'hôpital. Cependant, une nouvelle circulaire relative aux subventions et interventions pour frais individuels liés à la prise en charge d'enfants et de jeunes qui a pour objet la nouvelle réglementation en vigueur des frais individuels de la prise en charge de l'enfant met fin à cela. A partir du 1 février 2019, la part contributive (montant mis à charge de la personne concernée) dans le cadre de prise en charge dans un hôpital et dans un centre conventionné de l'INAMI est d'application sur toute sa durée sans concurrence de la Communauté française (Fédération Wallonie Bruxelles & Aide à la jeunesse, 2019). L'arrêt de financement est paradoxal dans le sens où l'intérêt d'un suivi psycho-médico-social a été mis en évidence. Le montant à charge des parents va donc orienter la prise en charge car certains parents ne sauront pas payer en l'absence d'assurance complémentaire.

4 Vécu de l'enfant

Après cette présentation des mécanismes de placement, nous allons nous pencher à présent sur le vécu des enfants au sein des institutions pédopsychiatriques. Pour comprendre l'impact de ces prises en charge sur l'enfant, il est nécessaire de détailler d'abord les besoins de cet enfant et le type d'attachement qu'ils demandent.

4.1 Les besoins de l'enfant

Comme indiqué dans les différentes parties qui précèdent, répondre aux besoins de l'enfant est une priorité. Il convient de prendre en compte les caractéristiques des processus de transition (physique, psychologique, comportementale, sociale et développement neurologique). Il existe différentes phases de transition de 0 à 24 ans ; la phase critique du développement se situerait entre 16 à 25 ans, lors du passage à l'âge adulte (de Becker & al, 2018).

Il est donc nécessaire pour les institutions d'adapter leurs prises en charge en fonction du stade de développement de l'enfant, avec donc une différenciation dans l'offre de soins (Becher & al, 2012).

Tous les êtres humains développent des besoins liés à leur condition. Ces besoins peuvent être d'origine primaire (physiologiques), secondaire (sociaux) ou tertiaire (personnels). Les besoins primaires étant d'une importance vitale, ils sont donc les premiers à devoir être satisfaits (CODE, 2010).

Connu de tout le monde pour sa pyramide des besoins, Abraham Maslow présente cinq niveaux de besoins vitaux. Leur satisfaction est à concevoir de façon 'Bottom-up'.

- * Besoins physiologiques (dormir, manger, boire, respirer)
- * Besoins de sécurité et de protection (environnement sûr)
- * Besoin d'appartenance et d'amour (intégration sociale)
- * Besoin d'estime (reconnaissance)
- * Besoin de réalisation personnelle et d'accomplissement de soi

Les professionnels de la santé s'inspirent encore aujourd'hui de cette pyramide. Il est démontré que les personnes essaient de satisfaire des besoins de rang supérieur pour commencer (CODE, 2010). Il convient toutefois de préciser que la société influe quelque peu sur le développement de l'enfant et donc sur ses besoins.

Je vais maintenant analyser la façon dont les institutions répondent à ces besoins.

- * Besoins primaires

Comme énoncé supra, les besoins primaires intègrent la nutrition, l'activité physique et le sommeil. La santé physique de l'enfant est à prendre en charge en parallèle avec la santé mentale (Tubiana, 2006). Dans le contexte de la maltraitance, les enfants peuvent présenter deux manifestations différentes : un repli sur soi ou un débordement d'énergie (Brian, 2008). Elles justifient la mise en place d'activités physiques pour sortir l'enfant de son isolement ou pour contenir le débordement évoqué.

- * Besoin de sécurité

La violence à laquelle fait face l'enfant placé peut venir d'une source institutionnelle ou interpersonnelle (CODE, 2013). Le rôle du professionnel est de comprendre ce qui découle de la problématique propre à l'enfant et ce qui est réactionnel par rapport à un événement angoissant (Brian, 2008). Il convient de sortir l'enfant du contexte de maltraitance, ce que permet le placement en pédopsychiatrie.

De plus, ce service garantit la présence de professionnels encadrants. Néanmoins, certains services regroupent des enfants présentant des pathologies distinctes, ce qui peut générer de la violence entre eux. La difficulté est de parvenir à proposer un espace neutre, ne présentant aucune violence, question de réussir à assurer à l'enfant 'une place d'enfant', comme il se doit (CODE, 2016).

* Besoin de limites

Pour garantir le développement de sa maturité, l'enfant a besoin de vivre dans un cadre généralement imposé par les adultes qui l'entourent. Ces limites englobent les désirs du jeune, ce qui permet de veiller à son intégrité physique et psychologique (CODE, 2002). Le règlement ou le cadre auquel il adhère lors de l'admission est en lien direct avec ce besoin.

* Besoin d'être reconnu et de se réaliser

Pour son épanouissement personnel, le jeune demande d'être reconnu par les personnes qui l'entourent. Cela engendre chez lui de la confiance en l'autre et en lui-même. Une des approches développées en santé mentale est le 'Wrap-around', ce qui se traduit par la mise en place de soins personnalisés et de proximité pour permettre une acceptation de la prise en charge par le patient (Becher & al, 2012). Cependant, si la distance professionnelle imposée au personnel de l'institution est respectée, elle ne peut prétendre à cette reconnaissance totale de l'enfant.

La taille de l'institution joue également un rôle : plus elle sera grande, plus le nombre d'enfants sera conséquent, plus une reconnaissance de l'individu de façon à part entière sera difficile. En conséquent, une reconnaissance complète de chaque individu sera difficile, d'autant qu'elle implique l'absence de toute stigmatisation et de tout jugement. Quant au besoin de se réaliser, il est inséparable de la capacité à trouver sa place au sein de la société et de s'y trouver un but à atteindre (CODE, 2002). Un des objectifs de la pédopsychiatrie est précisément de permettre une réinsertion sociale, ce qui suppose aussi la mise en place d'un projet de vie. Ce point sera davantage développé dans la dernière partie de cette revue de littérature.

Il est important de rappeler que répondre aux besoins est en lien direct avec le respect de droits ; le placement ne justifie aucunement leurs non-respect. Le dernier rapport du CODE le souligne : « *Il n'existe **pas de prise en compte** systématique des droits de l'enfant **dans les dépenses des services publics**.* » (2018, p. 3). L'écart entre la pratique et la législation est à nouveau mis en avant.

De plus, les services de santé doivent pouvoir répondre à trois principes éthiques : l'autonomie (personne autonome et protection dans le cas de personne à mobilité réduite), la bienfaisance (faire le bien, réduire les atteintes liées à l'hospitalisation) et pour finir, la justice et l'équité (mettre à disposition les mêmes ressources pour chaque patient) (Benaroyo, Berg-Kelly, Macfarlane, & Michaud, 2010).

Pour ce faire, les services de pédopsychiatrie proposent un large éventail de professionnels compétents dans des domaines différents, qui constitue une réelle plus-value pour ce type d'institution. Il est important de proposer des soins intégrés : « *Un **ensemble cohérent de méthodes** affectant le financement, le côté administratif, organisationnel, la fourniture du service et les niveaux cliniques dans le but de susciter une connectivité, un alignement et une collaboration entre différents secteurs et à l'intérieur de ceux-ci.* » (Kodner & Spreeuwenberg as cited in Coppens & al., 2015, p.13). L'intérêt de garantir la continuité par la mise en place de soins intégrés permet d'offrir une prise en charge de meilleure qualité (Coppens & al., 2015)

4.2 Types d'attachement

La réponse à nos besoins dépend avant toute chose de l'attachement envers les personnes qui nous entourent. L'attachement, faisant partie des comportements primitifs, est présent dès la naissance, il permet de créer un lien entre l'enfant et ses parents. De ce fait, une continuité naturelle est observée entre l'attachement développé pendant l'enfance et le fonctionnement ultérieur (Ben Bechir, El Moubarkim, Halayem, Labbane, Zaghdoudi, 2009).

Bartholomew et Horowitz distinguent quatre types d'attachement selon les représentations que l'on a de soi et des autres (positives ou négatives) : (Ben Bechir & al., 2009)

- * Sécure : représentations de soi et des autres positives ;
- * Détaché : représentations de soi positives et représentations des autres négatives ;
- * Préoccupé : représentations de soi négatives et représentations des autres positives ;
- * Désorganisé : représentations de soi et des autres négatives.

L'étude démontre que les types d'attachement préoccupé et désorganisé sont constatés chez des personnes présentant une fragilité mentale comme de la dépression. Ces deux types d'attachement insécure sont en lien avec une faible disponibilité sociale, associée à une diminution de l'estime de soi créant ainsi des difficultés dans les relations interpersonnelles (Ben Bechir & al., 2009).

4.3 Institution totalitaire selon Goffman

Le terme institution totalitaire énoncé par Goffman désigne « *un lieu de résidence et de travail, où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, **coupés du monde extérieur** pour une période relativement longue, mènent ensemble **une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées.*** » (Goffman as cited in Rostaing, 2015, p.75).

Les différents termes mis en avant peuvent permettre un rapprochement entre un placement en institution de soins et un enfermement.

Les caractéristiques mises en avant dans l'analyse de Goffman sont (Maes, 2010) :

- * Le regroupement des activités au sein d'un même lieu qui sont généralement séparées en dehors de la vie en institution, à savoir : dormir, jouer et travailler (besoin de se réaliser)

Les centres de pédopsychiatrie imposent aux enfants une coupure avec le monde extérieur (Maes, 2010). Elle est marquée par des séparations physiques qui délimitent un lieu clos. En dehors de l'enseignement scolaire, l'ensemble des activités se déroule au sein du centre de soins, imposant ainsi une certaine forme de cloisonnement. L'institution se doit de répondre à l'ensemble des besoins des enfants, et cela même si, vue de l'extérieur, une activité, quelle qu'elle soit, semble insignifiante (Maes, 2010).

- * Le respect d'un programme établi de façon stricte et imposé par des personnes internes pour répondre au but propre de l'institution

L'ensemble des temps de vie de l'enfant est organisé dans un but purement thérapeutique. Même si la pratique varie au sein des différents centres de soins, il est parfois demandé à l'enfant d'adhérer à un cadre imposant un rythme de vie à respecter. « *Le caractère essentiel de l'institution est qu'elle applique à l'homme un traitement collectif conforme à un système d'organisation **bureaucratique** qui prend en charge tous ses besoins* » (Goffman as cited in Rostaing, 2015, p.75).

Les personnes internes évoquées ci-dessus se distinguent des « reclus », lesquels correspondent aux enfants placés. La relation entre les uns et les autres se base sur des stéréotypes tels que « soignant » et « victime » qui sert de prémisses à la stigmatisation. Les professionnels sont à distinguer des enfants, car ils restent socialement intégrés dans la société, leur travail se limitant en effet à des horaires précis (Maes, 2010 et Rostaing, 2015).

- * Le rassemblement d'un grand nombre de personnes participant aux mêmes activités

Les enfants placés sont considérés sans qu'il soit fait ici aucune distinction, puisqu'ils participent tous aux mêmes activités. La promiscuité s'explique par l'architecture des unités de soins, mais aussi par la durée des placements et par le nombre d'enfants présents. Sans compter que le but d'un placement en pédopsychiatrie demande un travail thérapeutique qui impose de la surveillance de la part des professionnels. Ce rassemblement rend possible une vie sociale propre à l'institution, qui se crée entre les reclus mais en dehors des réalités du monde extérieur (Rostaing, 2015).

4.4 Maltraitance institutionnelle

« Certaines dispositions légales, **certaines fonctionnements institutionnels** ainsi que certaines pratiques censées apporter de l'aide et de la protection (...) à l'enfant **peuvent devenir maltraitantes**, notamment lorsqu'elles **ne respectent pas le rythme, les besoins et les droits de l'enfant et de sa famille**. Le **parcours institutionnel** de l'enfant maltraité peut devenir maltraitant : l'instabilité des placements, les retours non préparés en famille, les ruptures, les rejets et abandons successifs, les conflits avec les éducateurs ou les familles d'accueil, les difficultés comportementales, l'agressivité, l'injustice. » (Office de la naissance et de l'enfance, 2010, p. 5)

L'intérêt supérieur de l'enfant doit guider la pratique de l'Aide à la jeunesse et de la pédopsychiatrie pour éviter une prise en charge inappropriée qui peut conduire à de la maltraitance institutionnelle. L'évolution de la société demande aux professionnels une constante remise en question pour éviter de tomber dans une pratique stéréotypée (Beague, Chetelle & de Becker, 2015).

La prise en charge de l'enfant doit s'abstenir de « *toute considération de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou autre de l'enfant ou de ses parents ou représentants légaux, de leur origine nationale, ethnique ou sociale, de leur situation de fortune, de leur incapacité, de leur naissance ou de toute autre situation* » (art2 as cited in Coordination des ONG pour les droits de l'enfant, 2016, n.d.).

Les services de pédopsychiatrie ne sont pas dénués de sens pour la société et l'enfant, sa signification est liée à la maladie mentale. Si les structures d'accueil « conventionnelles » remettent davantage les compétences parentales en question, la pédopsychiatrie implique la santé de l'enfant ; il n'y a là en soi rien de réducteur, mais les a priori jouent incontestablement un rôle dans la question de l'acceptation de la prise en charge par l'enfant. Il est d'ailleurs prouvé que beaucoup d'adolescents hésitent à faire appel au service de santé mentale par peur de la stigmatisation et ressentent la chose comme une punition (de Becker, de Timary, Lepièce, Lorant & Zdanowicz, 2018). Qu'en est-il dans ce cas de leur droit de participer à la décision qui se base sur leur capacité de discernement, compte tenu bien sûr de l'âge et de la maturité ? Néanmoins, la capacité de discernement du jeune est une interprétation subjective de la part des soignants qui peut varier en fonction de la relation thérapeutique (Coppens & al., 2015).

Leur participation serait inexistante en cas de placement en institution de soins, et la catégorisation par les soignants n'est alors pas loin, avec les « oubliés », et les « incasables » qu'on déplace d'institution en institution (Becher & al, 2012 et CODE, 2016). Il en sera davantage question plus loin.

De plus, tout placement au sein d'une unité pédopsychiatrique peut être contraint par le SPJ, ce qui signifie qu'ici, l'Empowerment de l'enfant n'est pas respecté. Dans ce cas, on parlera de privation de liberté, ce qui peut être considéré comme de la maltraitance.

Privation de liberté : « *Toute forme de détention, d'emprisonnement ou le placement d'une personne dans un établissement public ou privé dont elle n'est pas autorisée à sortir à son gré, ordonnées par une autorité judiciaire, administrative ou autre.* » (Art 4 as cited in Défense des enfants international, 2016, p.13).

La privation de liberté entraîne une certaine forme de dépendance, le jeune n'étant pas dans l'exercice absolu de ses droits. Une différence de pouvoir existe alors entre l'institution chargée de la prise en charge de l'enfant et l'enfant lui-même, ce qui peut s'expliquer par un manque de transparence et qui installe le jeune dans une certaine situation de plus grande vulnérabilité (Défense des enfants international, 2016).

Ensuite, la convention relative aux droits de l'enfant (1989) précise que la famille est à considérer comme une unité fondamentale au sein de la société. Elle permet à l'enfant de se développer dans la communauté. Lors d'un placement, l'enfant négocie en quelque sorte de nouvelles modalités familiales à la suite de sa séparation avec ses parents et ses frères et ses sœurs. En effet, si certaines structures de l'Aide à la jeunesse peuvent garantir de maintenir la fratrie unie, les structures de pédopsychiatrie imposent une dislocation de celle-ci. Le CODE (2016) souligne que les efforts pour un maintien de la structure familiale ne sont pas suffisants en amont et en aval du placement. L'importance d'un réseau autour de l'enfant est de fait primordial si on veut que cet enfant puisse passer d'une institution familiale à une institution sociale sans risque d'abandonnisme (de Becker & al, 2018).

Les services de santé mentale font également face à un accroissement des demandes de prise en charge, ce qui a comme conséquence l'allongement des listes d'attente. Cela peut s'expliquer par diverses raisons : un manque de services au niveau ambulatoire et résidentiel, un groupe cible de plus en plus large qui se caractérise par des troubles mentaux plus détaillés, des situations complexes en lien avec l'évolution de la société, des listes d'attente qui dopent la demande, ... (Becher, 2012). Ce manque de moyens pour faire face aux situations de maltraitance peut également conduire à de la maltraitance institutionnelle.

Comme expliqué supra, l'Aide à jeunesse se montre en faveur d'un système de déjudiciarisation. Sans doute ce système évite-t-il les conséquences d'une exposition sociale et économique que favorise une procédure judiciaire, mais il reste que, pour atteindre son objectif, il doit se doter de moyens concrets, dont des hébergements appropriés. La réalité est cependant toute autre ; en effet, elle oblige les professionnels à « bricoler » des modèles de prises en charge qui peuvent aboutir à une forme de victimisation secondaire de l'enfant. Le système de non-judiciarisation est qualifié par certains professionnels de « théorie du moindre mal », formule qui n'est pas dénuée de connotation négative (Beague, Chetelle & de Becker, 2015).

Enfin, un placement pousse l'enfant dans un processus d'adultification du fait de son émancipation du milieu familial. Son développement est marqué par une hypermaturité. Même si beaucoup de spécialistes de la santé mentale et de l'Aide à la jeunesse précisent que l'enfant ne doit pas être considéré comme un adulte miniature, la vie en institution et donc en collectivité demande à l'enfant de se prendre davantage en charge, même s'il est fréquent qu'une transition se prépare vers un service adulte (de Becker & Maertens, 2015). Passé l'âge de 16 ans, le processus de mise en autonomie entre également en compte. Entre 400 et 500 jeunes pris en charge par l'Aide à la jeunesse sont mis en régime d'autonomie. Même si des aides pédagogiques et sociales sont proposées, le jeune se heurte à de nombreuses difficultés d'intégration, la première étant d'ordre financier. Les allocations ne lui permettent pas de subvenir à l'entièreté de ses besoins, ce qui l'amène au décrochage scolaire et le pousse à entrer dans la vie active. (Legrand, 2014).

4.5 Préjugés et stéréotypes

Le parcours de l'enfant victime de maltraitance n'est pas atypique, il peut être confronté aux préjugés et aux stéréotypes des gens qu'ils l'entourent.

Le stéréotype est défini par Lippman comme suit : « *Des catégories descriptives simplifiées par lesquelles nous cherchons à situer autrui ou des groupes d'individus.* » (Delouée & Légal, p.9, 2015). Les stéréotypes sont véhiculés par la société dans le sens où ils ne sont pas établis par un seul individu (Delouée & Légal, 2015).

Ces enfants ne se développent pas au sein d'un environnement qui leur est propice. Ils ont par ailleurs un regard différent sur le monde qui les entoure et manifestent de la sorte leurs différences. Ils doivent faire face aux stéréotypes véhiculés par la société, celle-ci se laissant guider par les représentations qu'elle se fait de la réalité. (Haesevoets, 2015 ; Delouvée & Légal, 2015).

Le préjugé est quant à lui souvent négatif ; il se définit d'ailleurs comme suit : « *Une prédisposition à réagir défavorablement à l'encontre d'une personne sur base de son appartenance à une catégorie ou à une classe.* » (Delouvée & Légal, p.10, 2015). Il traduit généralement une perception affective des choses.

Il a été démontré que, selon qu'on provient de telle ou telle culture ou qu'on appartient à tel ou tel groupe social, la maladie mentale est porteuse de significations différentes. La psychopathologie est liée à la fois à une souffrance psychique individuelle et au contexte sociétal dans lequel elle se développe. (Haesevoets, 2015 ; Delouvée & Légal, 2015). Ces dernières peuvent guider la prise en charge des professionnels. Cependant, il ne faut pas en tirer des généralisations, car tous les enfants maltraités ne nécessitent pas de prise en charge en pédopsychiatrie, par exemple. Les situations de maltraitance sont très variées et complexes.

4.6 Stigma selon Goffman

La société impose une catégorisation des personnes qui dicte nos rapports sociaux. De ce fait, lors d'une première rencontre avec quelqu'un, ses caractéristiques vont nous permettre de nous faire une idée sur son identité sociale. Elle se révèle n'être que virtuelle, étant basée sur des hypothèses relatives à la personne qui nous fait face. À partir de là, naît la stigmatisation. Goffman distingue trois formes de stigmatisation : les monstruosité du corps, les tares du caractère et les stigmates tribaux qui se définissent par l'hérédité. (Goffman, 1975).

Le stigmatisé a tendance à se voir inférieur aux personnes qu'ils l'entourent.

Se voir inférieur signifie que l'on est incapable d'écarter de sa conscience l'expression d'un sentiment chronique d'insécurité (...). La peur qu'éprouve un individu de ce que les autres pourraient lui manquer d'égards à cause de quelque chose qui apparaît chez lui (...). Un tel processus représente une déficience presque fatale des structures du moi, car celui-ci se voit incapable d'exclure une formulation précise qui dit : « Je suis inférieur. Donc les gens ne m'aiment pas ». (Sullivan as cited in Goffman, p.24, 1975).

L'individu stigmatisé a tendance à rechercher du soutien chez ceux qui sont porteurs du même stigmate, autrement dit, les enfants victimes de maltraitance, mais également auprès d'un groupe de personnes appelées les initiés ; il s'agit de personnes qui, de par leur expérience, comprennent la vie des stigmatisés. En leur présence, ceux-ci se sentent comme des gens ordinaires. Les initiés pourvoient à leurs besoins, comme le font par exemple les soignants d'un établissement hospitalier. Par ailleurs, les initiés sont également représentés par la structure sociale du stigmatisé, ainsi son entourage. (Goffman, 1975).

Dans le cadre de ma problématique, il se peut que l'enfant soit perçu uniquement comme un enfant placé, victime de maltraitance et atteint de troubles mentaux. Goffman précise qu'au fur et à mesure que les relations évoluent, cette catégorisation s'estompe pour laisser la place à la compréhension, l'estime et la sympathie. (Goffman, 1975).

Il est par ailleurs essentiel de se poser la question de savoir comment l'enfant victime de stigmatisation vit sa situation. Il se peut qu'il finisse par intégrer la façon dont on le voit et par se définir lui-même en fonction d'elle. (Goffman, 1975).

4.7 Les incasables

Comme dit plus haut, les incasables sont les jeunes oubliés que l'on déplace d'institution en institution, aucune d'entre elles ne leurs convenant réellement. Ces jeunes ont entre 10 et 18 ans. Ils vivent des situations de rupture répétitive en raison d'un parcours institutionnel discontinu et d'un contexte familial déjà complexe. Ceci engendre chez eux des difficultés d'adaptation et leurs fait même éprouver un sentiment de rejet. Leurs besoins restent sans réponse (AViQ, 2010). Qu'en est-il donc de leur réinsertion sociale ?

En 2010, l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) et l'Aide à la jeunesse signent ensemble un nouveau protocole, 'un jardin pour tous'. Il a pour but de pouvoir mettre en réseau de multiples professionnels de la santé mentale, du handicap et de l'Aide à la jeunesse afin de répondre à ces enfants qui ont de nombreux besoins. Il permet de faire le relais entre les différentes institutions. Au vu des conjonctures sociales actuelles, rien ne garantit cependant qu'une solution soit trouvée.

5 Réinsertion de l'enfant

Au terme de ce parcours bibliographique, il me semblait important de parler de l'après et de réinsertion sociale, d'autant plus que la problématique concerne des enfants.

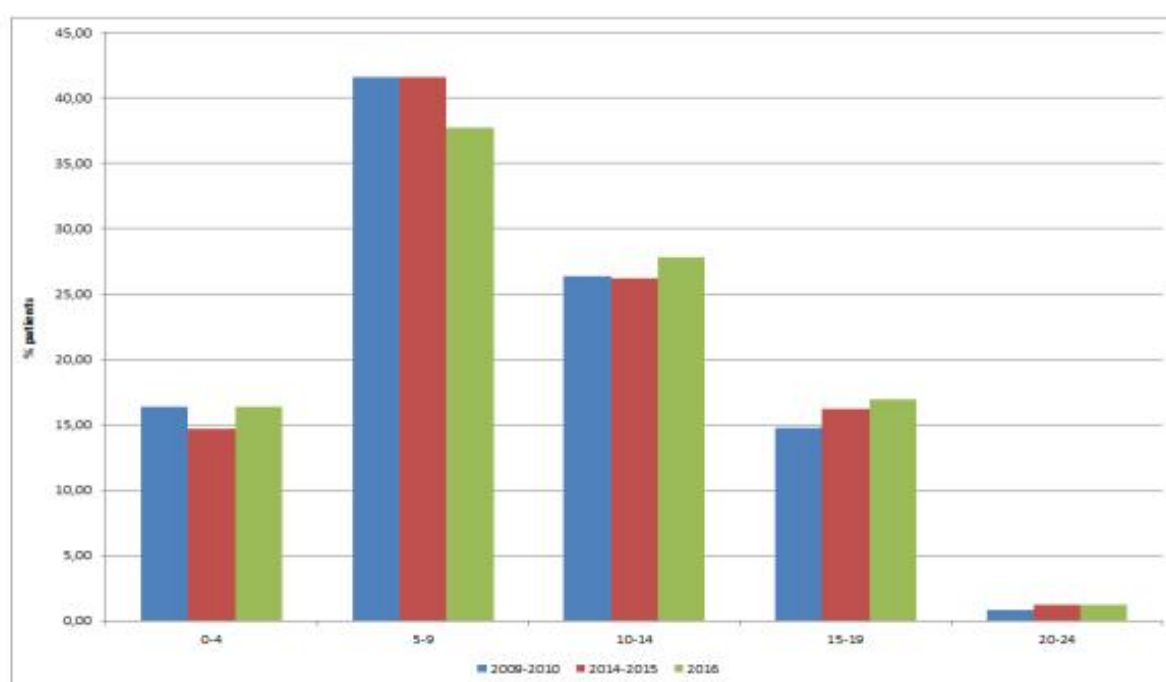
La convention internationale des droits de l'enfant précise que les mesures de placement doivent être envisagées pour une durée limitée et pouvoir encourager une réintégration dans la société (Défense des enfants international, 2016). Or, aussi bien les conséquences à court qu'à long terme d'un trouble mental, les conséquences du placement, une rupture scolaire, une exclusion sociale ou une augmentation de la morbidité, peuvent influencer sur la réinsertion du jeune (Becker & al, 2018).

Le législateur intègre cet objectif dans le nouveau décret relatif à l'Aide à la jeunesse, mais aussi dans la nouvelle réforme de santé mentale, avec l'augmentation de l'âge du suivi, la mise en place du projet de vie qui envisage une prise en charge à plus long terme ou encore la désinstitutionalisation des services de santé mentale. Cependant, au vu des durées de séjour recensées en santé mentale, force est de constater qu'actuellement, les services ambulatoires ne peuvent prendre le relais

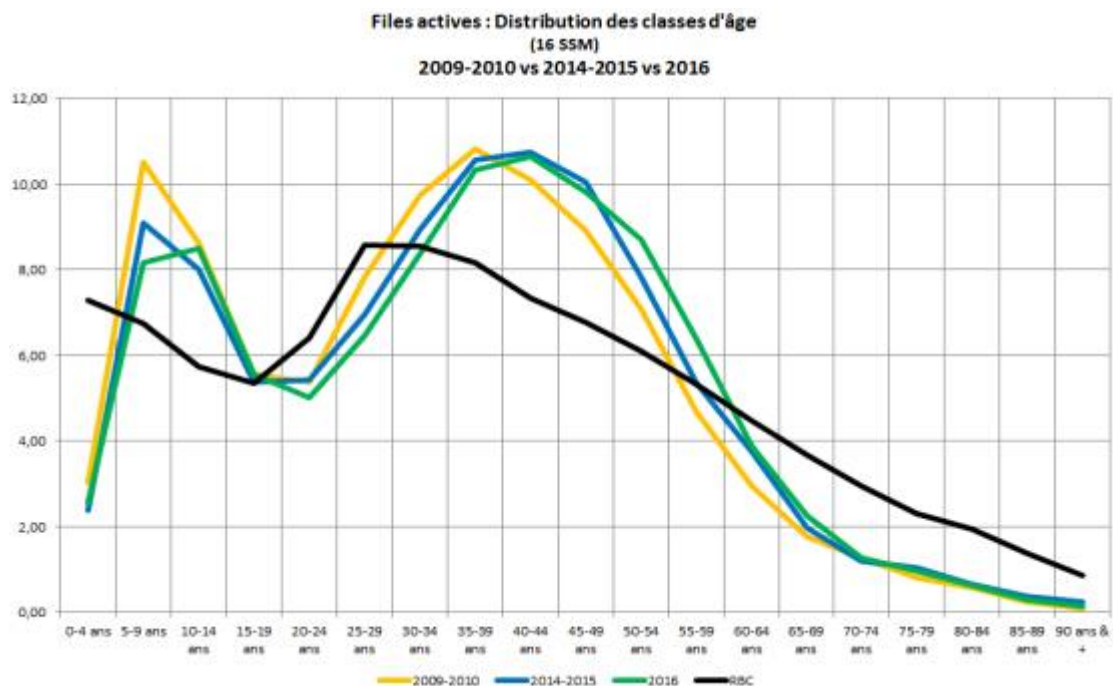
Il est également important de préciser que l'un des challenges de la santé mentale pour enfant, c'est de construire une certaine continuité entre les services adulte et enfant, le jeune étant en phase de transition. D'autant plus, que la littérature nous dit que bon nombre des troubles mentaux au sein de service pour adulte apparaissent à l'âge de 12 ans et 24 ans (Paus & al., 2008). La moitié des patients porteurs d'un diagnostic à l'âge de 26 ans aurait déjà été pris en charge par la santé mentale entre 11 et 15 ans et trois quarts d'entre eux avant l'âge de 18 ans (Cocchi, Dagani, De Girolamo, McGorry & Purcell, 2012 ; Coppens & al., 2015).

C'est ainsi que si aucune collaboration n'existe entre les différents services et professionnels de la santé, la prise en charge de l'adolescent jeune adulte peut être critique par exemple pour un diagnostic de maladie mentale. Pour rappel, le manque de continuité dans les soins peut avoir un réel impact sur les résultats sociaux et de santé, et donc sur la réinsertion sociale (de Becker & al, 2018). De plus, il convient de suivre l'enfant à sa sortie du centre de soin, ce qui pourrait être réalisé par un service de santé mentale adulte si le jeune a atteint la majorité.

Or, on constate (figure 6-7) pour la région Bruxelles Capitale que les jeunes de 15 à 24 ans sont les moins suivis par les services de santé mentale. Sur un nombre total de dossiers introduits dans 15 services de santé mentale de Bruxelles, en 2016, 3 % concernerait des jeunes âgés de 20 à 24 ans. On remarque également une diminution progressive entre la catégorie 10-14 ans et 20-24 ans qui est suivie à nouveau par une augmentation jusqu'à la catégorie 40-44 ans. Les départements cliniques relèvent une rupture de la continuité des soins lors du passage à l'âge adulte.



*Figure 2 : Dossiers introduits dans 15 services de santé mentale de Bruxelles
(CBCS, 2017)*



*Figure 3 : distribution de l'âge patientèle dans 16 services de santé mentale de Bruxelles
(CBCS, 2017)*

Au niveau Européen, la situation parle aussi d'elle-même, 50 % des adolescents diagnostiqués ont fait l'objet d'un traitement pendant les trois derniers mois et 30 % pour les jeunes adultes (Copeland et al., 2015 ; Coppens & al., 2015).

Les facteurs qui interfèrent dans la transition des soins vers un service adulte sont le manque d'implication des professionnels, le manque de temps, la fragmentation des services, l'écart entre la réalité de terrain et les politiques, le manque de protocole qui favorise une continuité des soins, l'absence de priorisation du groupe cible, stigmatisation perçue, le manque de soutien, ... (Paul, Street, Wheeler, & Singh, 2014 ; Singh & al., 2010 ; Coppens & al., 2015). En dehors des facteurs davantage organisationnelles, la prise d'indépendance et le rejet de l'autorité qui marque le passage à l'âge adulte peuvent également expliquer cela.

En raison de l'intérêt qu'il y a à se pencher sur cette transition, deux chaires, l'une francophone et l'autre néerlandophone, ont établi un projet afin de rassembler les soins de santé mentale pour enfant et adulte.

Leurs objectifs sont (le guide social, 2019) :

- * d'accroître les connaissances sur cette phase de transition où les jeunes peuvent présenter une fragilité psychique plus importante ;
- * de proposer une amélioration des prises en charge en favorisant une adéquation avec leur style de vie ;
- * d'offrir une répartition des soins adaptée aux stades de développement ;
- * de garantir la diffusion d'informations destinées aux jeunes pour qu'ils puissent savoir à qui s'adresser.

Pour finir, l'organisme de coopération et de développement économique rapporte que les troubles mentaux apparus pendant l'enfance peuvent avoir un impact tout au long de la vie. Avec le niveau scolaire plus faible qu'ils atteindraient alors, les jeunes concernés par ces troubles seraient plus touchés par le chômage et un moins bon état de santé. Même si un accompagnement médical par les services adultes leur était proposé, il ne serait pas suffisant ; les jeunes ayant passé l'enfance en institution doivent également pouvoir compter sur un accompagnement pédagogique et social (OECD, 2018).

6 Conclusion

Ainsi qu'il est apparu tout au long de ma recherche, le lien entre le service de l'Aide à la jeunesse et celui de la pédopsychiatrie semble être évident, même si la collaboration entre ces deux services n'est pas circonscrite clairement. Vu qu'elles sont particulièrement fragmentées, les données sont incomplètes et difficiles à comparer. L'absence de quantification de la problématique à ce stade de ma recherche s'explique par un manque d'uniformisation des enregistrements concernant les placements, nombreux étant les enfants invisibles dans les statistiques de l'Aide à la jeunesse.

Les nouveaux dispositifs décrets de la santé mentale et de l'Aide à la jeunesse semblent se diriger dans une même direction. Le manque de moyens reste le principal obstacle à la garantie d'une meilleure prise en charge.

La réalisation des besoins de l'enfant est clairement prise en compte. Cependant, la vie en institution ne permet pas de garantir l'épanouissement de l'ensemble de ces besoins.

Enfin, l'intégration sociale du jeune est entravée par la survenue d'épisodes de maltraitance. De plus, le travail fait au sein des centres de soins ne semble pas prétendre à une certaine forme de réintégration de par le manque de transition vers l'âge adulte.

Question de recherche et hypothèses

« Médicalisation et déjudiciarisation de l'Aide à la jeunesse sont-elles au service des besoins de l'enfant ? ».

À partir de ma question de recherche et de mon parcours bibliographique, je vais établir mes hypothèses de recherche qui m'aideront dans l'établissement de ma méthodologie. Pour ce faire, j'ai décidé de formuler deux sous-questions qui découlent de ma question de recherche et qui touchent aux deux versants que celle-ci aborde.

Quels sont les mécanismes qui expliquent ces hospitalisations en pédopsychiatrie ?

À l'issue de ma recherche dans la littérature, nous avons constaté que l'Aide à la jeunesse et la santé mentale entretiennent des rapports étroits. Ils découlent du désir du législateur d'introduire davantage les services de santé mentale aussi bien dans la prise en charge de l'enfant maltraité que dans la prévention. La question de l'hospitalisation en pédopsychiatrie semble liée davantage à une question de bien-être qu'à l'établissement d'un diagnostic psychopathologique. Cependant, il convient que la pédopsychiatrie reste une unité de soins et qu'elle ne devienne pas un centre d'hébergement.

Ensuite, le manque de place dans les institutions de l'Aide à la jeunesse mène à se poser la question de savoir à qui ces hospitalisations profitent réellement. Je déduis donc que les services de pédopsychiatrie ont une meilleure accessibilité.

De plus, le remplacement de certains lits dit K en lits de crise au sein de certaines unités de pédopsychiatrie faciliterait le transfert des prises en charge de l'Aide à la jeunesse vers ceux-ci.

Enfin, tout le monde s'accorde pour dire qu'un enfant victime de maltraitance a besoin d'une prise en charge multidisciplinaire, laquelle demande la collaboration de nombreux professionnels, ce qui est davantage réalisable au sein des services de pédopsychiatrie.

Quel est le ressenti des enfants maltraités hospitalisés en pédopsychiatrie ? Les services de pédopsychiatrie répondent-ils aux besoins de l'enfant maltraité ?

Certaines pratiques des institutions de soins peuvent devenir maltraitantes, comme la séparation des fratries, la présence d'agressivité institutionnelle, la mise en place d'un rapport d'autorité entre les patients et le personnel soignant, etc... Elles mènent à une confusion possible entre un placement au sein d'un service de pédopsychiatrie et un enfermement, tout en se rapprochant des caractéristiques de l'institution totalitaire. Nous pouvons en déduire que s'il n'est pas justifié, le placement en institution de soins constitue de la maltraitance à l'égard de l'enfant.

De plus, la durée des hospitalisations en pédopsychiatrie ne favoriserait pas la réinsertion sociale puisqu'elle créerait une certaine dépendance institutionnelle.

Méthodologie

1 Avant-propos

Après avoir présenté de manière succincte mon choix de méthodologie, je justifie chaque approche, quantitative et qualitative, en y intégrant les démarches entreprises et les méthodes d'analyse retenues pour chacune d'elles. Pour l'approche qualitative, une précision sur les démarches éthiques, la méthode d'échantillonnage, la méthode de validation des données et l'élaboration des guides d'entretien est apportée.

2 Choix de la méthode

Après la formulation de différentes hypothèses de recherche à la suite de mon parcours bibliographique, le choix d'une méthode quantitative et qualitative, méthode mixte me semblait justifié. Les deux approches peuvent se combiner afin de répondre au mieux et de manière globale aux hypothèses formulées, et elles ne doivent donc pas se voir de façon distincte.

La méthode mixte permet de combiner les avantages des deux méthodes afin d'améliorer la compréhension d'une problématique. « *C'est un atout pour étudier les interventions et programmes complexes, multidisciplinaires notamment dans le domaine de la santé et plus particulièrement en santé publique* » (Guével & Pommier, 2012, p.24). La force de la méthode mixte, c'est qu'elle offre la possibilité de répondre à la fois à une question plus exploratoire et à une question qui vise à affirmer une théorie. Ceci signifie qu'au sein d'une même recherche, on peut mettre en évidence une relation de prédiction entre deux variables et ensuite appréhender comment se déroule cette relation (Guével & Pommier, 2012).

En effet, au cours de mon parcours bibliographique, je me suis rendu compte d'un réel manque de chiffres susceptibles de préciser le nombre d'enfants ayant eu ce parcours. Il me semblait donc important de proposer d'abord une approche objective de la problématique en commençant par une méthode quantitative.

Celle-ci permet d'exposer l'ampleur du phénomène afin de mieux contextualiser et de mettre en évidence le lien entre les services d'aide aux enfants victimes de maltraitances et les services de la santé mentale.

Ensuite, comme énoncé plus haut, l'expérience des jeunes et des professionnels sera mise en évidence par une méthode qualitative afin de décrire au mieux la situation et le vécu subjectif. Elle autorise une nouvelle forme d'interprétation du phénomène. Très peu mise en avant dans la littérature, l'expérience des jeunes constitue une plus-value dans le cas de ma recherche.

Pour résumer, ma méthodologie m'a semblé évidente au vu du contexte belge. Cette méthode permet de répondre aux sous-questions qui englobent ma question de recherche.

Lors de la rédaction de l'ébauche de ma méthodologie, l'accès aux données quantitatives me semblait réalisable au vu des premiers contacts établis. Ayant rencontré des obstacles à l'obtention de ces données, l'approche qualitative a été privilégiée. Cependant, les démarches entreprises dans ce sens n'ont pas été moindres, et c'est pourquoi il me semble important de préciser le travail fourni et les quelques données numériques obtenues.

Concrètement, j'ai cherché à savoir combien d'enfants maltraités étaient envoyés en pédopsychiatrie par l'intermédiaire du service de Protection de la Jeunesse et du Service de l'Aide à la jeunesse, après quoi je me suis penchée sur la question de la prise en charge des enfants par ces services.

3 Approche quantitative

3.1 Démarche

Comme précisé supra, cette méthode m'a semblé importante en raison du manque de chiffres disponibles dans la littérature. En effet, l'approche quantitative permet d'identifier les relations statistiques existant entre différentes variables comme le nombre d'enfants victimes de maltraitance pris en charge par un service de pédopsychiatrie. De plus, elle permet d'examiner, sous forme de statistiques, les relations de cause à effet qu'il y aurait entre les variables (Aujoulat, 2019).

Lors d'un premier contact avec les services de SOS-enfants de l'ONE, j'ai été invitée à m'orienter vers le Service des méthodes, de la recherche et des statistiques de l'Aide à la jeunesse.

Après de nombreuses sollicitations de ma part, je voyais en effet la date de remise du mémoire se rapprocher, le service a été en mesure de me fournir des chiffres synthétiques sur le nombre de prises en charge en pédopsychiatrie dans le cadre des dossiers danger-difficulté (SAJ, SPJ) de l'année 2017 (dernière année disponible). Afin de pouvoir analyser ces données, j'ai demandé s'il était possible d'obtenir ces mêmes chiffres, mais d'années antérieures, ce qui a été refusé par manque de disponibilité.

Néanmoins, voici les données obtenues sur base de l'exploration des données de l'année 2017 (dernière année actuellement disponible) :

Parmi les 39 814 enfants pris en charge dans le cadre d'un dossier danger-difficulté (SAJ, SPJ), 274 ont fait l'objet d'une prise en charge en hôpital psychiatrique décidée/initiée par un conseiller ou un directeur de l'Aide à la jeunesse. Les conseillers et directeurs dirigent les SAJ et les SPJ. Ces chiffres ne tiennent pas compte des jeunes pris en charge en hôpital psychiatrique indépendamment de la décision d'une autorité mandante de l'Aide à la jeunesse.

Tous les jeunes pris en charge par l'Aide à la jeunesse ne le sont pas forcément pour cause de maltraitance. 39 814 enfants ont été pris en charge dans le cadre d'un dossier danger-difficulté en 2017 et nous disposons des motifs de prise en charge pour 26 026 d'entre eux. Parmi ces jeunes (26 026), 7.559 ont été pris en charge pour maltraitance (ce chiffre inclut la négligence que nous avons choisi de considérer comme une forme de maltraitance). Parmi ces jeunes pris en charge pour maltraitance, seuls 122 ont bénéficié d'une prise en charge en hôpital psychiatrique décidée par un conseiller ou un directeur de l'Aide à la jeunesse.

4 Approche qualitative

« Dégager le sens d'un évènement, c'est lier dans un schéma explicatif divers éléments d'une situation, c'est renouveler la compréhension d'un phénomène en la mettant différemment en lumière. » (Kaufmann as cited in Balard, Fournier & Winance, 2016, p.166)

4.1 Entretiens exploratoires

Dans le cadre de ma recherche de sources fiables, j'ai réalisé quatre entretiens exploratoires (gestionnaire de projets au service SOS-Enfants ; coordinatrice au sein du réseau de santé mentale pour enfants et adolescents du Brabant Wallon ; directeur d'une clinique pédopsychiatrique, déléguée de prévention du SAJ). Le contexte et le déroulement de chaque entretien seront présentés de façon individuelle dans l'annexe 3.

Les entretiens évoqués avaient pour but dans un premier temps de m'informer davantage sur les relations qu'entretenaient l'Aide à la jeunesse et les services de pédopsychiatrie. En effet, la littérature sur le sujet étant très limitée, il m'a semblé judicieux de chercher l'information auprès de professionnels. Ensuite, ces entretiens m'ont permis d'orienter la méthodologie afin que son application reste réalisable. On m'a également dirigé vers différents professionnels capables de m'aider dans la réalisation de ma pratique.

Ces entretiens n'ont cependant pas été enregistrés, car il s'agissait surtout de conversations informelles ; néanmoins, des notes prises à leur occasion figurent dans mon carnet de terrain.

4.2 Entretiens principaux

4.2.1 Démarche

La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier une problématique, un phénomène, mais plutôt à recueillir des données verbales permettant une démarche inductive et interprétative. Elle permet également de mettre en avant les émotions et les sentiments de sujets interrogés, de même que leur expérience.

Ma problématique est un sujet sensible et complexe, se rapportant au vécu émotionnel de la personne. C'est pourquoi les entretiens évoqués avaient pour but d'appréhender et de comprendre le vécu propre à chaque personne rencontrée. D'où l'importance de se tourner vers des adultes qui ont effectué ce parcours, et pas uniquement vers des professionnels, moins en mesure d'exprimer le ressenti de l'enfant. Sans compter que ma question de recherche touchait aux besoins de l'enfant et à la maltraitance, des concepts qui relèvent d'aspects où interviennent des éléments subjectifs.

De plus, cette approche me permet de comprendre les mécanismes de placement en institution de soins par lesquels ils sont passés. Celle-ci peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement de ce type de prise en charge.

L'approche qualitative rend possible une co-construction de connaissances permettant d'approfondir ou de réfuter certaines des hypothèses préétablies.

4.2.2 Démarche éthique

L'observation d'enfants se trouvant dans une situation de maltraitance pose une question éthique en raison de l'âge de l'enfant et des répercussions émotionnelles que l'entretien peut avoir sur lui. Il aurait été compliqué, d'un point de vue éthique, de s'immiscer dans leurs expériences. Et puis, l'enquête HBSC (2014) qui évalue le bien-être et la santé des jeunes de la 5^{ème} primaire à la 6^{ème}, 7^{ème} secondaire démontre que les indicateurs de bien-être psychologique se modifient avec l'âge de l'enfant. Il aurait donc été difficile de synthétiser les données.

Cependant, voulant mettre l'accent sur l'expérience du jeune, j'ai trouvé judicieux de choisir des personnes passées par des services de santé mentale dans l'enfance et ayant vécu une situation de maltraitance.

De plus, cela me permettait de recueillir leur vécu tel que ces personnes l'avaient ressenti à la fois durant leur hospitalisation et à leur sortie, en mettant l'accent sur la réinsertion sociale possible à la suite de faits de maltraitance.

4.2.3 Echantillonnage

Ma problématique aurait pu être abordée selon deux types d'échantillonnage : par division judiciaire (anciennement appelée arrondissement judiciaire), les services d'Aide à la jeunesse et de protection judiciaire étant répartis de la sorte, ou alors à partir du bassin de soins se rapportant à la structure de santé mentale sélectionnée. Cependant, à la suite des difficultés rencontrées pour trouver des adultes ayant été maltraités durant leur enfance et ayant été pris en charge par un service de pédopsychiatrie, mes recherches ont été élargies à l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Cette population étant difficile à appréhender à cause du secret professionnel qui empêche de recontacter un patient après sa sortie s'il n'a pas donné son accord au préalable, je me suis donc orientée vers un réseau de santé mentale pour enfants et adolescents pour voir si, de ce côté, on ne pouvait pas m'aider dans ma démarche. J'ai eu une entrevue avec la coordinatrice du réseau et le responsable du volet maltraitance au sein du réseau qui m'a conseillé de me diriger vers des structures de santé mentale pour adultes afin qu'on puisse me mettre là en relation avec des patients encore suivis actuellement.

À la suite de cela, j'ai pris contact par mail et par entretien téléphonique avec différentes structures psychiatriques et différents réseaux de santé mentale pour adultes au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Les différentes démarches entreprises sont détaillées à la page suivante : nombre de structures contactées et nombre de réponses. Les justifications apportées aux refus et les demandes des comités d'éthique ont été reportées en annexe n°4 et n°5.

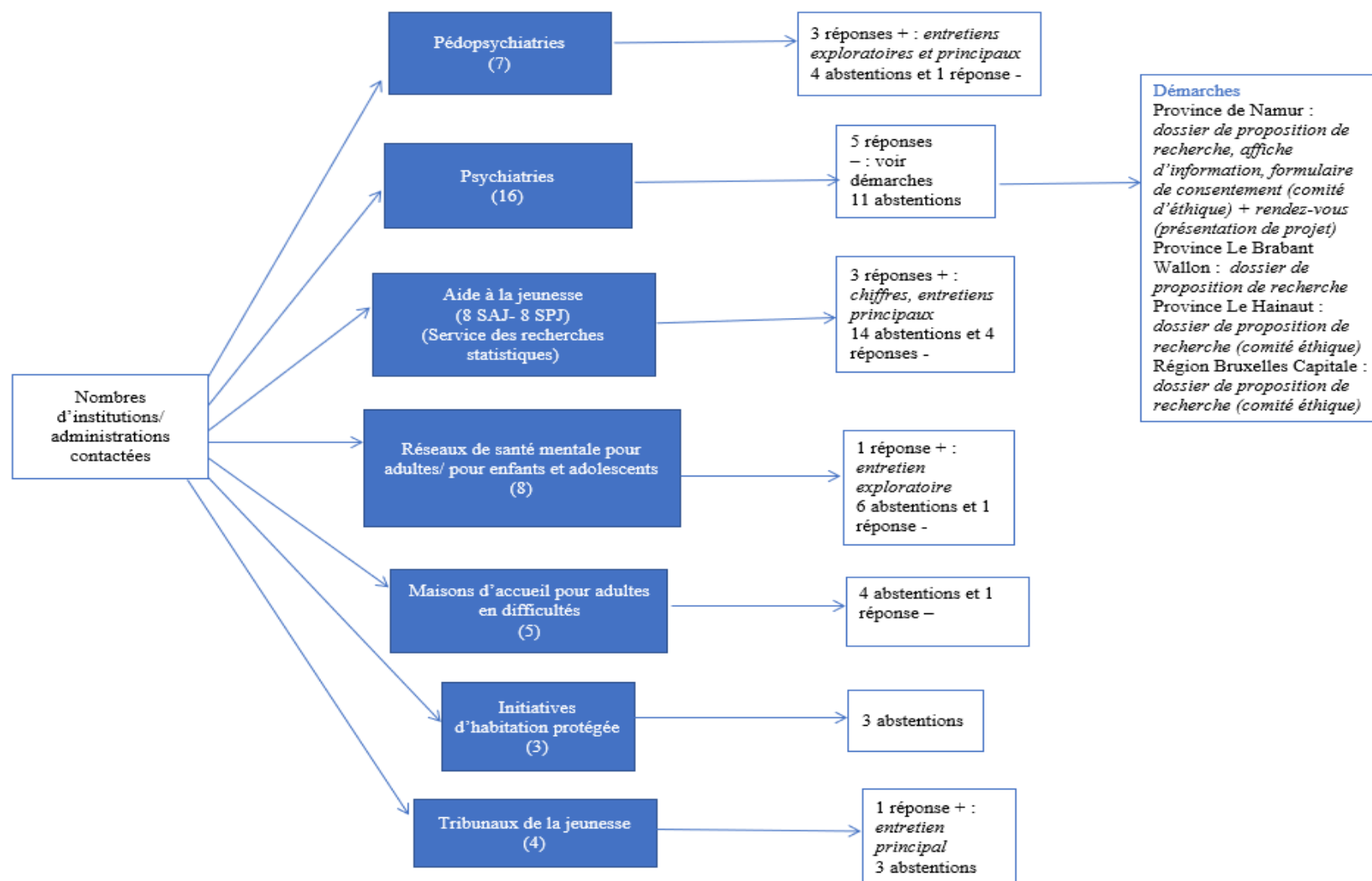
Cependant, dans un souci de temps, j'ai décidé de publier des annonces sur les réseaux sociaux pour toucher directement les bénéficiaires.

Ayant eu peu de retours sur les différentes démarches entreprises, j'ai décidé de compléter ma pratique par des entretiens avec des professionnels afin de confronter les différentes révélations faites par les jeunes sortis du système. A la suite de ça, j'ai à nouveau sollicité la participation de différents centres de pédopsychiatrie, du SAJ et du SPJ ainsi que du tribunal de la jeunesse.

Je tiens à préciser que cette étape fut longue et compliquée. Au terme de ma recherche, j'ai envoyé 96 mails, ce qui ne comprend évidemment pas les appels et les déplacements dans les institutions.

-

Démarches réalisées



4.2.4 Guide d'entretien

Les guides d'entretien ont été réalisés à partir de ma recherche littéraire et des hypothèses qui en découlent. Il s'agit d'entretiens semi-dirigés, qui permettent d'encadrer et de maintenir un fil conducteur à la discussion tout en laissant une certaine liberté à la personne interrogée.

Les guides se composent de sept questions ouvertes générales qui peuvent être complétées par des relances en fonction des réponses fournies. La réalisation détaillée des guides d'entretien est présentée dans les annexes 6, 7 et 8. Au préalable, les guides d'entretien ont été testés auprès d'une personne lambda pour s'assurer de leur compréhension et de l'enchaînement des questions. Par ailleurs, je me suis laissé la possibilité de modifier les guides au cours des entretiens si d'éventuels problèmes de compréhension apparaissaient ou si de nouvelles hypothèses étaient spontanément évoquées par l'interlocuteur précédent. Toutes les modifications sont annexées.

Le contexte et le déroulement de chaque entretien ont également été expliqués de façon séparée en annexe 10.

Ensuite, le sujet étant sensible et difficile à relater par les personnes interrogées, la confidentialité a été reprécisée à chaque introduction d'entretien afin de garantir l'anonymat. Si elles le souhaitaient, les personnes interrogées pouvaient obtenir une copie de la retranscription de leur entretien et prévoir un débriefing de celui-ci.

Enfin, pour les entretiens avec les bénéficiaires dans les centres de santé mentale pour adultes, j'ai travaillé en collaboration avec le personnel de l'unité dans lequel la personne interrogée se trouvait afin qu'il soit au courant du déroulement de l'entretien. De ce fait, il pourrait observer si l'entretien avait des répercussions néfastes et se rendre disponible si besoin. Pour les autres entretiens réalisés à la suite d'un contact via les réseaux sociaux, je restais disponible au cas où la personne interrogée aurait eu besoin d'exprimer son ressenti à la suite de l'entretien.

4.3 Méthode d'Analyse

« Le rôle du chercheur n'est pas de révéler la vérité dissimulée par leurs propos, ni même de dépasser la subjectivité inhérente au discours pour atteindre l'objectivité parfaite, mais de comprendre les logiques propres à ces personnes. » (Balard, Fournier & Winance, 2016, p.169)

4.3.1 Méthode de traitement des données

Tout d'abord, j'ai réalisé une retranscription des entretiens au fur et à mesure, et cela à partir des enregistrements et de mes notes d'observation. Ceci m'a permis de procéder à une pré-analyse afin d'évaluer s'il était nécessaire de modifier le guide à la suite de l'entretien précédent. Ces retranscriptions anonymes sont annexées à mon mémoire.

*« L'analyse consiste à réaliser une lecture seconde de ces informations **pour en saisir le sens au-delà des significations premières.** »* (Aujoulat, 2019, p15).

La première étape de l'analyse consiste à diviser le matériau (l'entretien) en unités d'analyse qui se rapportent la plupart du temps aux thèmes de départ préétablis lors de la réalisation du guide et qui viennent de mon cadre théorique. Je me suis laissé tout du moins la possibilité d'en rajouter lors de la récolte de données. On trouvera dans la partie résultats, un tableau qui reprend les différentes catégories et sous-catégories établies (tableau 2). Cette étape permet aussi d'extraire des parties de texte, des verbatim qui sont porteuses de sens et qui pourront illustrer les unités d'analyse.

L'analyse descriptive permet de mettre en évidence de manière objective ce qui a été dit en lien avec ma problématique. Cette partie a pour but de faire du repérage, ce qui signifie : *« Relever tous les thèmes pertinents, en lien avec les objectifs de la recherche, à l'intérieur du matériau à l'étude. »* (Aujoulat, 2019, p16) et de documenter, c'est-à-dire de *« rendre compte de l'importance de certains thèmes au sein de l'ensemble thématique, donc relever des récurrences, regroupements, etc. »* (Aujoulat, 2019, p16).

Il convient également de faire correspondre les unités d'analyse des entretiens principaux aux entretiens réalisés en amont afin de confronter leurs contenus dans les résultats et de dégager les points de convergence et de divergence.

Ensuite, la conceptualisation des données à partir d'une analyse interprétative débouche sur la construction de conclusions et de nouvelles hypothèses éventuelles. Pour ce faire, je m'appuie également sur les connaissances que j'ai acquises à l'occasion de mon parcours bibliographique, tout comme sur mon expérience personnelle qui fait intervenir une part de subjectivité.

Enfin, pour faciliter la contextualisation des lecteurs, la rédaction de mes résultats sont présentées par thèmes auxquels viennent s'ajouter des verbatim. À nouveau, dans le but de mettre en avant les éléments importants, des parties de phrases dans les verbatim sont mises en gras.

4.3.2 Méthode de validation des données

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, l'approche qualitative est inséparable d'une certaine part de subjectivité de la part de l'auteur de la recherche. Néanmoins, il existe différentes techniques qui permettent de valider une approche qualitative, et ce, à divers moments (Aujoulat, 2018).

Tout d'abord, lors de la récolte de l'information, il faut envisager plusieurs sources dans l'optique de pouvoir les confronter dans l'analyse.

Au cours de celle-ci, il convient d'obtenir une validation des répondants pour accroître la validité de la recherche, tout en restant dans la comparaison entre les répondants mais aussi avec la littérature.

Ensuite, faire appel à sa propre capacité de réfléchir n'est pas à exclure lorsqu'il s'agit de dégager de nouvelles théories et les limites de l'étude. Il est important de prendre en compte que l'objectif de l'analyse qualitative n'est pas de produire des résultats qui soient généralisables pour l'ensemble de la population. Toute personne interrogée n'a pas la prétention d'être une représentation même du vécu de l'ensemble des personnes ayant eu ce parcours (Balard, Fournier, Kivits & Winance, 2016).

Pour finir, les entretiens sont remis à mon promoteur afin de valider leurs retranscriptions.

Résultats

1 Présentation de l'échantillon

Le tableau suivant présente l'échantillon final en précisant différentes caractéristiques. Pour les professionnels, les fonctions reprises sont : une conseillère du SAJ, une déléguée de prévention du SAJ, une déléguée du SPJ, un substitut du procureur du Roi auprès du parquet jeunesse, une gestionnaire de projets au service SOS-Enfants, une coordinatrice au service SOS-Enfants, une coordinatrice au sein du réseau de santé mentale pour enfants et adolescents du Brabant Wallon, un directeur général de clinique pédopsychiatrique, deux pédopsychiatres et une éducatrice en institution pédopsychiatrique.

<i>Statut</i>	Bénéficiaires	Professionnels
<i>Effectifs</i>	3	10
<i>Age moyen</i>	34 ans	48 ans
<i>Sexe</i>	3 filles	9 filles et 1 garçon

Tableau 1 - Données sociodémographiques des échantillons

2 Catégories émergentes

Les différentes catégories et sous-catégories prédéfinies sont reprises dans le tableau ci-dessous. Une définition est apportée à chacune d'elles pour qu'on puisse mieux comprendre leurs significations.

Afin de préparer à la discussion de mon mémoire, je tenais à réaliser deux cartes à problème qui découlent des deux sous-questions (annexe n°11 et n°12). Chacune d'entre elles reprend les résultats issus des différentes catégories. Je tiens à préciser que le deuxième schéma vient compléter celui présenté en premier (partie du schéma mise en évidence).

<i>Catégories</i>	<i>Sous-catégories</i>	<i>Définitions</i>
Mécanisme de placement	○ Judiciarisé/déjudiciarisé ○ Accord préalable ○ Parcours institutionnel ○ Financement ○ Quota institutionnel	Processus décisionnel dans le type de prise en charge choisie
Réaction à l'annonce de l'hospitalisation	○ Rapport à la maladie (signification) ○ Sentiment de menace	Manifestations liées à la médicalisation
Prise en charge	○ A l'admission ○ Activité pédagogique ○ Place de l'école, du médical (traitements, suivis pluridisciplinaires) ○ Suivi de l'Aide à la jeunesse	Avoir la responsabilité/ être responsable de l'encadrement d'autrui
Cadre de vie	○ Isolement du monde extérieur ○ Espaces de vie (aménagements) ○ Intimité/promiscuité (rapport au corps) ○ Règles de vie	Ce qui constitue l'environnement d'une personne
Acceptation du cadre de vie	○ Soumission, obéissance ○ Privation de liberté (vie recluse) ○ Dépendance institutionnelle	Consentement à l'environnement
Rapports sociaux	○ Intégration institutionnelle (rapport avec les autres reclus, rapport avec le personnel) ○ Repli sur soi, méfiance et crainte de l'autre ○ Rapport avec le monde extérieur ○ Soutien social perçu	Relations et liens d'interdépendance avec les personnes de l'entourage
Vie actuelle	○ Identité ○ Obtention de la majorité ○ Responsabilités sociales et professionnelles ○ Relations sociales ○ Réinsertion sociale	Ce qui se passe actuellement pour la personne

Tableau 2 - Catégorisation des données qualitatives en unités d'analyse

3 Présentation des résultats

Après réflexion, j'ai décidé de présenter simultanément les résultats tirés des entretiens avec les bénéficiaires et les professionnels, ceci pour pouvoir les confronter. Ils seront développés à partir des catégories reprises ci-dessus.

3.1 Mécanisme de placement

3.1.1 Placement en pédopsychiatrie

En 2017, 122 jeunes pris en charge pour des faits de maltraitance (sur 7559) ont bénéficié d'une prise en charge en psychiatrie. Il convient de préciser que ce chiffre inclut la négligence et qu'elle est considérée comme une forme de maltraitance. La majorité des acteurs rencontrés s'accorde à dire que le placement en pédopsychiatrie n'est pas quelque chose de fréquent. Si nous nous intéressons de plus près à l'arrondissement de Charleroi en 2018-2019, sept enfants ont été placés en pédopsychiatrie à l'initiative du SAJ.

Ensuite, les acteurs précisent que ce type de prise en charge n'est qu'une partie du parcours institutionnel de l'enfant. Il semblerait également que celle-ci ne soit pas proposée en première intention.

Extraits n°1

J'ai un jeune comme ça, (...) il est passé deux fois en pédopsychiatrie alors qu'il est tout petit, il a 9 ans. Mais ça fait partie de son histoire, elle ne se résume pas qu'à la pédopsychiatrie. (Conseillère, PP 8, 31-33)

L'orientation en psychiatrie, elle ne se fera pas dès l'ouverture du dossier (...) on se rencontre à un moment donné qu'il faut cette orientation-là. (Délégué SPJ, PP9, 103-106)

En ce qui concerne le profil type des enfants concernés par cette prise en charge, aucune concordance dans les réponses n'a été mise en évidence. Néanmoins, les données fournies par le SAJ de Charleroi nous révèlent qu'il est davantage question de faits de négligence physique et psychologie et d'abandon parental. Pour les bénéficiaires interrogés, il s'agissait de négligence, de maltraitance physique et de suspicion de maltraitance, plus particulièrement d'abus sexuels.

D'autres professionnels mentionnent que le placement en pédopsychiatrie n'est pas la conséquence de la maltraitance en soi. L'enfant pourrait en effet, être prédisposé à un trouble psychiatrique, son histoire ne se résumerait pas à de la maltraitance.

Extraits n°2

*On va peut-être plus aller vers la psychiatrie, c'est pour ces enfants qui ont **une tendance abandonnique**. (Délégué SPJ, PP9, 96-97)*

***Les enfants ne vont pas en pédopsychiatrie parce qu'ils sont maltraités. Je pense qu'il y a une histoire, une prédisposition qui fait que...** (Conseillère, PP8, 94-95)*

En ce qui concerne les motifs d'admission, pour les bénéficiaires interrogés, il s'agissait de tentatives de suicide associées à de la mutilation et à des troubles du comportement alimentaire. À nouveau, pour les données fournies par le SAJ de Charleroi, les jeunes placés en psychiatrie le sont suite à des problèmes de comportement (TS, violence contre eux-mêmes et autrui, troubles autistiques, déconnexion de la réalité, troubles alimentaires).

Cependant, des parties prenantes mentionnent que l'hospitalisation en pédopsychiatrie ne doit pas être vue en termes de diagnostic psychiatrique, mais plutôt comme une réponse au bien-être de l'enfant. Néanmoins, les institutions psychiatriques imposent le diagnostic à l'admission.

Ensuite, comme nous le savons, les demandes de placement sont deux fois plus fréquentes dans l'aide contrainte, mais qu'en est-il pour ceux en pédopsychiatrie. Deux des bénéficiaires interrogés ont été placés dans le cadre d'une aide consentie.

Pendant ma recherche de parties prenantes, la plupart des SAJ contactés mentionnaient qu'ils n'étaient pas à l'origine de ce type de placement. Ils étaient au contraire sollicités par des institutions pédopsychiatriques qui découvraient des faits de maltraitance lors de prises en charge thérapeutiques.

Extrait n°3

C'est souvent à l'initiative du SPJ, car il passe souvent au-delà de l'autorité parentale. (Pédopsychiatre, PP4, 74)

Je tiens à relever une contradiction dans les résultats évoqués dans le paragraphe précédent. L'établissement d'un placement en psychiatrie implique certaines procédures. Les équipes « Aide et Prévention Enfants-Parents » sont très souvent sollicitées dans la réalisation d'un bilan pluridisciplinaire. Suivant les conclusions du bilan qui préciseraient souvent la nécessité d'une prise en charge psychologique au minimum, une transmission vers les SAJ serait fréquemment réalisée. De plus, le SAJ exprime un sentiment de non-reconnaissance, par les professionnels de la santé mentale, quant aux capacités des délégués. Le fait est qu'il est plus facile de faire entrer un enfant en psychiatrie si le rapport d'un psychologue ou d'un psychiatre a été établi. Cette dernière précision est vue comme une contrainte par le SPJ qui mentionne que l'une des solutions serait de passer par les urgences ou par un service de pédiatrie. Pour d'autres (SAJ), celui-ci serait l'occasion de comprendre la situation dans sa globalité afin que la prise en charge corresponde au besoin de l'enfant.

Extraits n°4

Ils devront être vus par un médecin pour dire que cet enfant a besoin d'un suivi psy. La solution, c'est de passer par les urgences. (Délégué SPJ, PP9, 120-121)

Comme je dis aux parents que ce soit au bilan pluri ou SOS enfants, c'est permettre à chacun de faire un pas de côté sur la situation et de se positionner. Qu'est-ce qui s'est passé, qu'est-ce qui se passe ? (Conseillère, PP8, 136-138)

3.1.2 Obstacles à sa mise en place

Comme mentionné supra, répondre au besoin du jeune est primordial, l'implication de l'enfant y ayant toute son importance. Elle dépend de son âge, de son histoire, de sa prise de conscience de la situation, ce qui semble paradoxal du fait que le placement en pédopsychiatrie est souvent réalisé dans l'aide contrainte. Certains professionnels mentionnent que, n'ayant pas vraiment le choix, le jeune subit l'obligation, le consentement étant facilement obtenu par le conseiller ou le directeur.

D'autres s'accordent à dire que travailler dans l'aide contrainte n'a pas de sens. On ne peut pas imposer un placement si le jeune doit être demandeur de ce type de prise en charge. Les deux conditions d'une demande d'aide contrainte sont la nécessité d'une intervention en urgence et la non-collaboration.

Extraits n°5

L'intervention d'un juge ça ne marche pas toujours parce qu'en psychiatrie par exemple, il faut avoir l'accord. (Conseillère, PP8, 26-28)

Même si le placement est décidé par le juge, on essaye toujours quand même d'avoir le consentement des parents. (Pédopsychiatre, PP6, 79-81)

Le problème, c'est que la pédopsychiatrie ne va pas les prendre. Ils ne prennent pas l'enfant s'il ne consent pas à la prise en charge. (...) Alors le souci, on dit renvoyer le au tribunal, oui sauf que moi pour renvoyer au tribunal, j'ai deux conditions, il faut que l'enfant soit en danger et qu'il soit non collaborant mais je veux aussi faire en sorte que le système ne bug pas (...). Le tribunal, il va faire quoi, il va imposer qu'il aille en pédopsychiatrie mais il ne veut pas donc on ne va pas avancer. Donc, voilà, le jeune, il n'aura de toute façon pas accès aux soins et ce sera judiciairisé pour rien. (Conseillère, PP8, 275-285)

Il faut un minimum d'adhérence, de collaboration. Et puis en psychiatrie, il faut l'accord du jeune, maintenant ça, ça se travaille. (Délégué SPJ, PP9, 125-127)

En plus de l'accord du jeune, les institutions pédopsychiatriques demandent la collaboration des parents, ceux-ci ayant un rôle à jouer dans la prise en charge de leur enfant. L'élaboration d'un parcours avec des objectifs à plus long terme afin d'éviter un placement de trop longue durée est également l'une des recommandations.

Extraits n°6

Une autre difficulté, c'est si le jeune n'a pas de lieu d'hébergement en parallèle, on est confronté à un refus aussi. Pour eux, il faut aussi être sûr, pour éviter que ces placements ne durent trop longtemps (...) d'avoir la garantie qu'à l'échéance (...) il y aura un lieu qui pourra l'accepter. (Délégué SPJ, PP9, 135-140)

Ce qu'il demande aussi, c'est la collaboration avec la famille dans le travail thérapeutique. (Délégué SPJ, PP9, 148-149)

La collaboration des parents est souhaitée d'un point de vue thérapeutique, mais aussi au niveau financier. L'arrêt des financements de la Communauté française pour les hospitalisations entrave la mise en place d'une prise en charge adéquate. Les services disent ne pas pouvoir mettre en place un placement en psychiatrie, les parents ne sachant pas couvrir les frais. De plus, il convient de préciser qu'ils sont confrontés à une mixité sociale. Même si certains parents bénéficieront de l'intervention de la mutuelle pour les frais liés à l'hospitalisation, leur investissement personnel ne sera pas moindre sans assurance complémentaire, sans compter que certains parents ne possèdent même pas de mutuelle.

Extraits n°7

Le plus compliqué, c'est par rapport à la restriction au niveau des prises en charge financières ou par exemple la Fédération Wallonie-Bruxelles ne prendra plus en charge l'excédent au-delà du remboursement de la mutuelle, ça, ça pose problème. (Conseillère, PP8, 372-375)

Le frein financier est un frein aussi pour plein de gens. (Conseillère, PP8, 379-382)

L'Aide à la jeunesse ne veut plus financer les prises en charge médicales. Comme ça coute cher de médicaliser, Maggie de Block, c'est clair, qu'elle veut sortir au maximum les enfants de toutes les structures médicales et pédopsychiatriques. (Pédopsychiatre, PP6, 265-267)

Le problème de ce changement de financement, c'est qu'il y a des familles qui sont précarisées qui vont avoir une prise en charge imposée par le juge, mais qu'elles ne seront pas payées. Du coup, ils vont aller dans des services de l'Aide à la jeunesse ces jeunes-là sauf qu'ils ont besoin d'une structure médicale. (Pédopsychiatre, PP6, 384-387)

Il y a tout l'aspect financier, où nous on interviendra plus forcément et on a des familles (...) qui n'auront pas forcément les moyens de se prendre, comme nous une assurance complémentaire, déjà qu'ils soient en ordre au niveau de la mutuelle, c'est bien. (Délégué SPJ, PP9, 114-117)

Comme mentionné dans les entretiens, la conjoncture politique est telle qu'on veut de plus en plus désinstitutionnaliser les prises en charge, aussi bien à l'Aide à la jeunesse que dans la santé mentale, le coût important des soins en étant la raison. L'une des solutions apportées est le remplacement de lits en pédopsychiatrie par des lits dit de crise avec une durée limitée. En d'autres termes, il s'agirait d'intensifier la prise en charge de l'enfant pendant un certain laps de temps. Le problème, c'est que le financement octroyé ne couvre pas la présence d'un pédopsychiatre.

D'autant plus que le directeur d'une institution pédopsychiatrique précise que ces lits sont essentiellement occupés par des enfants victimes de maltraitances. Ceux-ci sont en quelque sorte la solution apportée en attente d'une prise en charge au sein de l'institution.

Extrait n°8

C'est un peu illusoire comme truc parce que c'est seulement pour une semaine maximum et il n'y a qu'un infirmier et un éducateur qui sont assignés et une assistante sociale. Il n'y a pas de pédopsychiatre, ce qui est très compliqué parce qu'en général, c'est des jeunes qui ne vont vraiment pas bien. (Pédopsychiatre, PP6, 276-279)

Un autre élément qui empêche la mise en place d'une prise en charge adéquate est le paysage institutionnel. Le manque de places en santé mentale et dans les services d'hébergement de l'Aide à la jeunesse fait que le choix du placement de l'enfant n'est plus décidé en fonction de ses besoins. Une conseillère mentionne aussi que les institutions sont mises sous pression et qu'elles doivent maintenir leurs taux d'occupation pour garantir l'obtention de subsides. Elle précise que pour faire face à l'urgence, une diminution du taux d'occupation pourrait être une solution.

Extraits n°9

On va prendre la moins mauvaise solution. De toute façon des impacts, il y en aura, être séparé de sa famille. (Psychologue à APEP, PP10, 434-435)

*Je suis en train **de traiter des listes d'attente d'il y a plus de 8 mois** pour certains services.* (Conseillère, PP8, 64-65)

*Si on pouvait avoir des services qui n'étaient pas **mis sous pression** en nous disant qu'il nous faut constamment **100 % d'occupation par peur de devoir fermer**. Des services qui pourraient se permettre d'être à 80 % avec **des places flottantes**, ça serait topissime.* (Conseillère, PP8, 392-395)

*En pédopsychiatrie, il y a des listes d'attente, on sait que lorsqu'on propose cette prise en charge, **on doit s'attendre à un délai de 9 mois 1 an**. Ce délai fait que parfois, **on est obligé de médiculer l'enfant à son entrée à cause de l'évolution des symptômes** alors qu'on aurait pu s'en passer.* (Pédopsychiatre, PP4, 243-246)

*Il n'y en a **pas beaucoup des institutions pédopsychiatriques**, c'est ça le problème. On a aussi **le profil de l'enfant et les listes d'attente** et donc on n'a pas le choix. On va vers une institution qui nous semble intéressante, mais qui peut être **un second choix** en fonction des places.* (Conseillère, PP8, 296-299)

Même si l'institution dispose d'une place, un délai de mise en œuvre est constaté. Le placement en pédopsychiatrie ne pouvant pas être envisagé dans l'urgence, cette constatation entre à nouveau en contradiction avec la judiciarisation des procédures.

Extraits n°10

*Pour arriver aux unités pédopsychiatriques, à tort ou à raison, **toutes des démarches à faire qui peuvent être compliquées** pour les parents. Déjà, il faut trouver le bon service, il faut qu'il ait de la place, **il faut qu'il ait une préadmission, une évaluation forcément**.* (Conseillère, PP8, 162-165)

*Il y a le **délai temps pour trouver (...)** une institution et il y a les **entretiens de préadmission (...)**.*

*Il y a une évaluation, et puis parfois **une phase test, une phase d'essai** où on a déjà des conclusions qui sont faites. Puis seulement, l'enfant rentre en fonction des moments où il y a une possibilité. (Délégué SPJ, PP9, 248-251)*

3.1.3 Conséquences du placement inadéquat

Les équipes qui réalisent des bilans pluridisciplinaires rapportent que les conclusions en faveur d'une prise en charge psychiatrique sont fréquentes. Néanmoins, le paysage institutionnel va à l'encontre de ces conclusions. Les conséquences d'une réorientation vers un accompagnement ambulatoire ou en service résidentiel ou dans le pire des cas un retour en famille sont néfastes pour l'enfant, de par la détérioration de son état.

Ensuite, même en l'absence d'indication pluridisciplinaire, les professionnels de la santé précisent qu'un suivi thérapeutique est plus que nécessaire. Le fait le plus interpellant est que des institutions censées apporter la protection aux enfants deviennent des lieux de maltraitances par l'absence de suivi thérapeutique. Des jeunes victimes d'abus sexuels reproduisent ainsi les faits vécus sur autrui.

Extraits n°12

*Le temps de l'enfant n'est pas le même que celui de l'adulte. (...) **un enfant ne peut pas attendre 6 mois.** Et donc, souvent l'impact, c'est que **son état se détériore** (Psychologue à APEP, PP10, 363-364)*

*Ils ont **de plus en plus de jeunes qui passent à l'acte sexuellement en institution.** (...) Donc parfois, des enfants qui sont en SRJ (...) pour qui **l'institution ne sait plus gérer.** (...) Il peut arriver qu'un enfant soit **victime d'abus sexuel en institution** et (...) **qu'il soit victime d'une autre forme maltraitance** ou **qu'il y a un passage à l'acte sur lui.** (Psychologue à APEP, PP10, 459-478)*

*C'est un jeune qui est en difficulté, il a jeté des pierres sur des enfants, il a **essayé d'étrangler un autre enfant**, il a 8 ans. Avec **une corde**, il a **mis un sac plastique sur un autre enfant** (...) **il est un danger pour lui et pour autrui.** (Psychologue à APEP, PP10, 76-79)*

*Je reproche **qu'on a juste été pris en charge au niveau psychologique dans le premier centre**, ça aurait peut-être été plus facile pour moi, **et je n'aurais pas fait ma tentative.** (Bénéficiaire, PP1, 274-276)*

3.1.4 Solutions alternatives

Pour finir, pour faire face aux différentes barrières qui vont à l'encontre du placement en pédopsychiatrie, le parquet de la jeunesse révèle que de nombreuses demandes de mise en observation sont introduites pour des enfants victimes de maltraitances. Il convient de préciser que la mise en observation nécessite trois conditions : la mise en danger de soi ou d'autrui, la présence d'un diagnostic psychiatrique, la nécessité de contraindre les soins. Or très souvent, ces conditions ne sont pas remplies. Un autre moyen utilisé pour accéder à une prise en charge thérapeutique, c'est d'interpeller le parquet à la suite d'une infraction commise par le jeune. Ce dernier ayant un diagnostic psychiatrique, il ne peut plus être pris en charge en institution publique de protection de la jeunesse et doit donc être renvoyé vers les institutions psychiatriques s'il y consent.

Extraits n°13

*À partir du moment où sa sécurité n'est pas assurée à la maison parce que les parents ne sont pas protecteurs, parce que **l'enfant se met en danger, on est vraiment preneur de ce type de soins.*** (Psychologue à APEP, PP10, 402-404)

*Alors, la mise en observation, c'est très particulier parce qu'il y a **des conditions à respecter** et il faut qu'un médecin remplisse le certificat correctement pour une mise en observation et il faut pouvoir justifier **les conditions et on est rarement dans ces cas-là.*** (Délégué SPJ, PP9, 172-174)

*Je sais qu'il y a eu **une interpellation** par rapport à un jeune où le médecin avait dit non par rapport à la mise en obs et il y a eu **une nouvelle demande de mise en obs (...)** ça veut dire qu'on ne fait pas confiance et qu'on essaye de passer au-dessus d'eux dans le cadre d'une **demande de mise en observation.*** (Délégué SPJ, PP9, 179-183)

3.2 Réaction à l'annonce de l'hospitalisation

Les différentes réactions recueillies lors des entretiens sont la peur de l'inconnu, la séparation avec les parents et les préjugés sociétaux de la santé mentale.

La pédopsychiatrie est un milieu si peu connu en dehors des professionnels de la santé, que les médias mentionnent très rarement son existence. De plus, les préjugés à propos de la santé mentale sont ancrés dans la société. Les adolescents étant en recherche de leur identité ont davantage de difficultés à les dépasser. Sans compter que la psychiatrie touche à des aspects de la médecine, un milieu qui inspire souvent de la crainte aux parents. Les enfants en bas âge expriment moins de difficultés, le niveau de compréhension de la situation en est sans doute la raison.

Ensuite, le paysage institutionnel est tel qu'il existe peu de structures pédopsychiatriques, l'enfant pouvant parfois être éloigné des endroits qu'il connaît. L'absence de contact avec les parents en raison de la distance par rapport au domicile familial est compliquée, le jeune peut perdre les repères de son quotidien.

Extraits n°14

*Les familles sont rarement contre le fait de venir nous consulter pour faire avancer la prise en charge. Ils **sont parfois un peu hésitants, car ils ne savent pas sur qui ils vont tomber et puis la psychiatrie, ça fait peur** pour quelqu'un qui n'est pas du milieu. (Pédopsychiatre, PP4, 77-80)*

*On a la peur d'être séparé de son enfant forcément (...) **Aller voir un médecin, on n'y va jamais de gaieté de cœur, c'est qu'il y a un problème. (...) c'est un monde inconnu. Parce qu'on ne parle pas de pédopsychiatrie, enfin les médias et compagnie, on en parle peu.** (Conseillère, PP8, 178-191)*

*Je pense que **la réticence, ça va plus être au niveau des ados** parce qu'il y a une image de la psychiatrie, c'est ce que je disais, **on n'est pas fou, on n'a pas besoin de ça. Les plus petits, ça sera peut-être plus la séparation** qui sera difficile et puis le consentement est différent. **Puis la séparation avec les parents sera plus difficile** (...) en fonction d'où ils habitent. (Délégué SPJ, PP9, 231-236)*

Même si la séparation avec la famille est l'une des conséquences du placement, les professionnels mentionnent que le jeune a besoin de rester en contact avec elle pour pouvoir accepter la transition. La collaboration de toutes les parties prenantes est essentielle, le placement en pédopsychiatrie nécessitant l'accord du jeune.

Extrait n°15

*Il faut construire la demande avec les parents, il faut **qu'ils y voient un intérêt**, que l'enfant y voit un intérêt aussi. (...) **Quelles sont vos réticences. Il y a des parents qui disent hors de question, d'accord hors de question, mais pourquoi, expliquez-nous et on prend le temps de discuter, quelles sont vos réticences et voilà.** (Conseillère, PP8, 142-146)*

Ensuite, le besoin d'information est essentiel pour répondre aux craintes de l'enfant et des parents. Comme précisé dans la partie du travail consacrée aux mécanismes de placement, la pédopsychiatrie est difficilement envisageable dans l'urgence, un minimum de préparation étant ici indispensable.

Extraits n°16

*Si on m'avait **expliqué le pourquoi du comment**, je pense que j'aurais réagi différemment, je n'aurais pas pris ça pour une prison.* (Bénéficiaire, PP1, 153-154)

*C'est vrai que j'aurais aimé savoir beaucoup de choses, je pense que ça m'aurait aidée à **accepter la prise en charge**.* (Bénéficiaire, PP1, 321-322)

Pour finir, le besoin d'information est à mettre en rapport avec le fait que l'enfant doit comprendre la nécessité du placement. Les bénéficiaires font référence au sentiment de sécurité qu'inspirait pour eux la pédopsychiatrie. Cela passe par la reconnaissance de la situation de danger dans laquelle il se trouve.

Extrait n°17

Je savais que j'allais être bien et que j'étais safe entre guillemets. J'avais besoin au début d'être entre 4 murs. (Bénéficiaire, PP2, 89-90)

3.3 Prise en charge

3.3.1 Relation soignant-enfant

La prise en charge d'enfants victimes de maltraitances implique une forme de transparence dont il avait déjà été question dans la catégorie précédente. Les bénéficiaires révèlent ne pas s'être sentis écoutés et considérés par les soignants. L'établissement d'une relation de confiance est primordial pour permettre à l'enfant de se livrer sur son mal être. Pour ce faire, le soignant doit pouvoir faire abstraction de ses propres sentiments et de la distance imposée par l'institution.

Extraits n°18

*Juste avec ma psychologue comme je t'ai dit. Je **ne m'entendais pas assez avec elle pour me lâcher et expliquer ce que j'avais**. J'avais toujours l'impression d'être jugée sur tout ce que je faisais et ce que je disais. Parfois, j'avais **l'impression qu'elle ne m'écoutait pas**.* (Bénéficiaire, PP2, 129-132)

*Je **ne me suis jamais sentie écoutée par aucun des professionnels**.* (Bénéficiaire, PP1, 130-131)

*Je **n'ai jamais pu m'exprimer** que ça soit la colère, les rancœurs enfin tous les sentiments que ça soit n'importe lequel.* (Bénéficiaire, PP1, 155-156)

*Les infirmiers et les éducateurs, je les **détestais** parce que justement ils étaient **très froids**.* (Bénéficiaire, PP3, 117-118)

Néanmoins, de par leur histoire, certains enfants auront plus de mal à établir une relation, leur parole ayant été trop souvent utilisée contre eux. Le mutisme peut en effet être la cause de multiples facteurs internes et externes. De ce fait, cette alliance thérapeutique ne peut s'établir que dans la durée.

Extrait n°19

*Les seuls enfants qui ne se déposent pas et avec qui c'est compliquer de travailler et de nouer des alliances thérapeutiques, c'est les enfants **qui sont vraiment trop pris dans un conflit massif entre papa et maman** et où leur **parole a déjà trop été utilisée**. (...) Ce sont des **enfants qui sont mutique** qui ne se déposent pas. (Psychologue à APEP, PP10, 297-303)*

De ce fait, l'importance d'un suivi en individuel prend tout son sens. L'enfant doit sentir qu'il est important et qu'il mérite l'attention des soignants, d'autant que le vécu et la façon de réagir aux faits de maltraitance sont différents pour tout un chacun.

Même si, dans certaines circonstances, la présence des pairs peut aider, la sensation de ne pas être seul avec son passé et que d'autres comprennent et partagent en quelque sorte le même parcours peut aider à libérer la parole.

Extraits n°20

*L'idée, c'est de **pouvoir travailler avec le jeune en individuel et en groupe**, de développer le plus de compétences pour les jeunes. Maintenant l'idéal, ça serait un centre pour un jeune. (Conseillère, PP8, 320-322)*

*L'enfant est pris en charge **toujours en sous-groupe par un éducateur** qui met des activités en place et qui propose des activités qui lui permettent de **créer le lien avec l'enfant**, d'observer l'enfant dans les réactions qu'il va avoir par rapport à ce qui lui est proposé. (Educatrice, PP7, 61-64)*

***Le fait d'être en groupe**. (...) permet aux enfants de plus s'ouvrir de voir qu'ils ne sont pas tout seuls et parfois permet alors plus facilement après un investissement individuel (...). Il y a une confiance qui s'opère grâce au groupe et aux pairs. Qui fait qu'après, ils peuvent se déposer, ça, c'est très fréquent. (Psychologue à APEP, PP10, 307-311)*

Ensuite, la non-considération de la parole de l'enfant dans des faits de maltraitance ne peut être envisagée. L'une des bénéficiaires interrogées qui avait été prise en charge pour une suspicion de maltraitance raconte avoir révélé les faits pendant son hospitalisation mais qu'aucune démarche n'a été mise en place. Le fait le plus alarmant est le retour dans son milieu de vie à la suite de cette révélation, l'institution se rendant ainsi responsable de la maltraitance.

Il convient d'imaginer le ressenti de l'enfant, dépasser la peur de représailles et la non-consideration. De ce fait, il développe un sentiment de culpabilité et se sent responsable de ce qui lui arrive.

Extraits n°21

J'ai révélé les faits et on ne m'a pas entendue, on ne m'a pas crue, on n'a rien fait. (...). Pour moi, il aurait dû interpellé la police, la justice, faire quelque chose. Surtout qu'à ma première hospit, c'était un contexte de suspicion (...). Ils n'ont rien fait, j'ai encore été victime jusqu'à ma maturité à cause de ça. Bénéficiaire, PP3, 154-159)

C'est une psychologue qui l'a su en premier. Après, je pense que tout le monde l'a su. En fait, j'arrivais chaque fois là-bas car je me faisais violer. Je faisais une tentative de suicide, c'était le moyen de revenir, ça m'a un peu sauvée en arrivant là. Je n'étais vraiment pas bien, c'était clair que je n'allais pas bien et que je voulais passer à l'acte et on ne comprenait pas pourquoi, on ne cherchait pas à comprendre pourquoi. Ça me dégoute. Et après, au fur et à mesure, que tu es dans l'institution, tu vas mieux, tu peux partir. Là, c'était vraiment difficile car les faits ne s'arrêtaient pas. (Bénéficiaire, PP3, 162-168)

Je trouve que j'ai pas du tout été bien prise en charge. Le signal d'alarme, il aurait dû être lancé depuis très longtemps quoi. Personne n'a bougé. Allez quand le procès a commencé, ils ont dû aller rechercher les dossiers médicaux. Et depuis l'âge de 12 ans, il était mis noir sur blanc que j'avais été victime d'abus sexuels. Pourtant, ils n'ont jamais rien fait, pourquoi ? (Bénéficiaire, PP3, 216-220)

Des difficultés à prendre en charge ce type d'enfant ont été mentionnées. D'abord, le manque de formation qui entraîne des complications dans la prise en charge. Les victimes de maltraitements pouvant présenter des troubles du comportement avec des accès violents fréquents, le soignant peut facilement se sentir dépassé par la situation s'il manque d'expérience. Un autre aspect est la répercussion des faits de maltraitance de l'enfant sur le soignant. La distance thérapeutique instaurée peut alors s'intensifier et être ressentie par les bénéficiaires comme une façon d'être exclus.

Extraits n°22

C'est vrai, que je peux comprendre que d'accueillir quelqu'un avec mon histoire, ça soit plus difficile quelque part. (Bénéficiaire, PP1, 170-172)

Souvent, ils ne sont pas qualifiés et qu'ils se laissent prendre dans le fonctionnement de l'enfant. C'est un peu la loterie. (Pédopsychiatre, PP4, 136-137)

Pour finir, même si les difficultés sont dépassées, l'élément le plus important est la continuité de la prise en charge. Se confier étant déjà difficile pour une victime de maltraitances, la multitude des intervenants et le découpage du parcours ne favorisent pas la chose. On mentionne l'importance d'un fil rouge (un référent de l'AJ), mais à nouveau, le paysage institutionnel l'empêche. L'enfant se voit répéter sans cesse les mêmes étapes, et pour finir, il s'oppose à ce qui est mis en place pour lui, et comme la non-collaboration empêche la prise en charge en psychiatrie, l'enfant ne dispose pas des soins dont il a besoin.

Extraits n°23

*Puis, il faut **une certaine continuité** dans le travail aussi donc ça veut dire **qu'on commence à verbaliser des choses** à une équipe et puis 40 jours plus tard, **on rechange d'équipe**, même si le délégué, il reste présent. (Délégué SPJ, PP9, 290-292)*

*Je n'en avais **un peu rien à foutre** de ce qu'il voulait, **je savais juste que je devais répondre un minimum à leur demande**. En fait, le problème c'est qu'il **manque un suivi entre les soignants** et quand tu as été victime de maltraitance, **tu as encore plus besoin de ça pour te confier**. Au bout de X mois, **tu as réussi à te confier**, **tu n'as pas envie de recommencer avec un autre**. (Bénéficiaire, PP3, 231-235)*

*Et j'avais **pas du tout la même pédopsychiatre quand je suis arrivée en pédopsychiatrie**. Et je sais que ça, ça m'a énormément dérangée. Parce que bon, tu dois **recommencer à raconter tout ça, à ce moment-là je ne disais rien**. (...) **j'ai eu une vingtaine de psychologues et psychiatres différents**. (Bénéficiaire, PP3, 85-90)*

3.3.2 Activités proposées

L'évolution en matière d'activités proposées aux jeunes a été énoncée par les bénéficiaires. Elle est considérée comme un élément essentiel, d'autant que ces activités ont une visée thérapeutique. Elles permettent d'une part d'observer l'enfant dans son quotidien, et d'autre part de soulager l'enfant au cours de ses accès de violence grâce à une diminution de la distance thérapeutique.

Elles sont aussi l'occasion de créer une relation avec l'enfant en dehors des moments plus médicalisés. Les bénéficiaires ont parfois plus de facilités à se déposer lors d'activités et de jeux.

Extraits n°24

***Le manque d'activité**, car attendez, je vais mettre un gros point, ça pourrait aller mieux s'il y avait **moins de réunions de papotage** (...). **On était livré à nous-même**. (Bénéficiaire, PP1, 341-343)*

*Il y avait **des activités sportives, de la relaxation, des activités créatives**. Ah oui, tu devais aller à l'école aussi. (Bénéficiaire, PP3, 143-144)*

*Tu pouvais **choisir le nombre d'activités que tu voulais**, ect. Ça, c'était vraiment bien. (...) je m'entendais bien avec une de mes monitrices, j'avais **plus facile à lui parler à elle**, me confier sur des choses. (Bénéficiaire, PP2, 123-124)*

Même si les bénéficiaires mentionnent la présence d'activités, la diversité de l'offre peut varier d'une institution à l'autre. Certaines proposent des activités sportives qui ne sont pas toujours adaptées à tous les types d'enfants. Pour que l'offre s'adapte à l'ensemble de la patientèle, l'institution se doit de proposer des activités sportives et créatives.

Extrait n°25

*Il y avait énormément d'activités sportives qui me permettaient d'évacuer. J'avais beaucoup de chance avec ça mais, par contre, je me dis que **les gens qui préféraient des activités plus artistiques comme le théâtre, ect, il n'y avait pas**. (Bénéficiaire, PP2, 143-146)*

En dehors des activités plus conventionnelles, l'école occupe une place à part entière dans la prise en charge de l'enfant. L'intérêt pour une rescolarisation a été mis en évidence pendant les entretiens. Néanmoins, elle se voit souvent compromise par le manque de continuité dans le parcours de l'enfant. Un enfant en plein décrochage scolaire de par son histoire, se voit en plus séparé du milieu scolaire qu'il connaît. L'enseignement peut varier d'un établissement à l'autre et donc accentuer le décrochage.

De plus, deux des bénéficiaires mentionnent ne pas toujours avoir été dans la capacité de se rendre à l'école à cause de leur état.

Extraits n°26

*Ça veut dire **un manque de stabilité** au niveau scolaire aussi. Même s'ils vont essayer de le mettre à l'école, il n'y a jamais de suivi. (Délégué SPJ, PP9, 278-279)*

*Alors si c'est des adolescents qui sont déjà en décrochage et qu'on essaye de les rescolariser et qu'il est **placé loin de son école de base**, ça va être compliqué parce que ça va être un changement d'école. **On sait bien que d'un enseignement à l'autre, la manière de voir les matières sont différentes**. (Délégué SPJ, PP9, 287-290)*

3.3.3 Le suivi longitudinal du SAJ/SPJ

Comme abordé dans la catégorie des mécanismes de placement, la pédopsychiatrie est une partie du parcours du jeune, d'où l'importance d'un accompagnement du SAJ/SPJ pendant cette période. La réalité est tout autre.

Les services concernés disent qu'un suivi est opéré et que des échanges fréquents entre les différentes institutions ont lieu. Alors que les déclarations des institutions pédopsychiatriques et de l'APEP disent le contraire. La médicalisation mettrait fin aux dossiers du SAJ/SPJ.

Extraits n°27

*Nous, **on peut servir de levier** (...) nous on peut soutenir aussi la suite (...). Parce que nous, la pédopsy, ça a été un passage à un moment dans l'histoire du jeune et puis nous on reste.* (Conseillère, PP8, 227-230)

Mais bon le délégué, il n'est pas là tout le temps, il ne vit pas avec le jeune. (Délégué SPJ, PP9, 293)

*Maintenant la place du délégué, on dit toujours, **c'est le fil rouge** et donc c'est lui qui connaît l'histoire et qui peut aussi répondre aux questions pour essayer de mieux comprendre la situation (...) Même s'il reste un peu en retrait entre guillemets, il reste présent car il va devoir reprendre la main à un moment donné. Puis ça dépend de la situation, des sollicitations du service.* (Délégué SPJ, PP9, 192-199)

*Dès que **c'est médicalisé, ils ont tendance à fermer le dossier.*** (Pédopsychiatre, PP4, 269)

Quand on aborde ces fermetures avec le SAJ, ceux-ci voient ça comme un signal positif à donner aux parents dans le sens où une évolution est constatée et que la réouverture des dossiers ne constitue pas une complication. Les professionnels quant à eux mentionnent que c'est l'une des raisons d'un éventuel refus de prise en charge de leur part. Ils ont été trop souvent, pris à parti, dans des situations familiales compliquées qui nécessitaient l'intervention « d'une autorité ». Le SAJ/SPJ doit pouvoir traiter les problématiques familiales avec les institutions. Rappelons que même si la visée thérapeutique implique les parents, ce n'est pas à l'institution qu'il revient de gérer les questions de droit de visites et de conflits parentaux.

Extraits n°28

La fermeture de dossiers, c'est aussi, madame, monsieur, vous revenez, enfin voilà, il y a une voie et vous revenez sur la voie principale** et vous êtes capable, oui avec des difficultés mais vous êtes capable. C'est aussi **un chouette signal à donner aux parents. (Conseillère, PP8, 249-252)

*J'ai **besoin d'un tiers qui fasse autorité** pour garantir une bonne prise en charge pour l'enfant et qui soit symboliquement **une épée de Damoclès au-dessus de la tête des parents**. (Pédopsychiatre, PP4, 276-278)*

3.4 Cadre de vie et acceptation du cadre de vie

À son arrivée en institution, l'enfant prend connaissance de son nouvel environnement. Le premier changement auquel il est confronté, c'est la privation de liberté. La transition est particulièrement marquante pour des jeunes qui sont souvent livrés à eux même dans leur histoire personnelle. Ils passent de ce fait, d'une liberté absolue à la privation totale de liberté. Le bénéficiaire peut vivre cela comme un véritable enfermement, le mot prison ayant même été utilisé.

Extraits n°29

*Alors que pas du tout, j'ai dû m'en rendre compte, **le jour où j'ai voulu sortir du service (...)** on m'a dit mais tu ne peux pas sortir, c'est à devenir fou. (Bénéficiaire, PP3, 69-71)*

*Moi, j'ai pris ça **comme un centre de prison**. La vie était très dure. On avait **énormément de règles**. (Bénéficiaire, PP1, 102-103)*

*C'est tout ou rien. Donc quand tu passes de toute ta liberté à rien du tout et la même chose après. **La transition est un peu brusque entre les deux**. (Bénéficiaire, PP2, 99-101)*

Outre la séparation entre la vie institutionnelle et le monde extérieur, la privation de liberté est également présente dans l'institution. Chaque jeune se voit attribuer une chambre, qu'il partage avec d'autres, ce qui crée une forme de promiscuité où l'idée d'intimité est quasi inexistante. Le passage de chambre en chambre est interdit, les attributions sont à respecter strictement. Quant à l'absence d'espace extérieur ou à l'obligation d'un accompagnement pour sortir, elles constituent des éléments qui marquent encore davantage cette privation de liberté.

Extraits n°30

*On allait dans la chambre des autres et on se faisait engueuler. On était **vite reclus dans notre chambre** quand même. (Bénéficiaire, PP3, 148-149)*

*On est souvent **enfermé**, on ne sortait pas sans les soignants car il n'y avait pas d'espace extérieur juste pour les enfants. On est des jeunes et on faisait pas mal de conneries mais on a **besoin de sortir comme tout le monde, pour s'asseoir, pour marcher, prendre l'air**. (Bénéficiaire, PP3, 178-180)*

Ensuite, l'institution impose des règles auxquelles le jeune doit consentir. Elle cible aussi bien des règles de savoir-vivre que des règles à visée thérapeutique. De cette façon, elles créent une forme de dépendance institutionnelle, la vie des habitants n'étant en effet plus dictée que par des horaires imposés.

Cependant, pour certains professionnels, l'histoire personnelle du jeune empêche la généralisation de ces règles. Il faut le préciser : certains enfants livrés à eux-mêmes sont passés par un processus d'adultification, si bien que devoir se conformer au cadre imposé par l'institution leur est particulièrement difficile. Des sanctions sont donc établies dans le cas d'un non-respect.

Extraits n°31

*Puis, il y a des jeunes avec lesquels **on arrive à accrocher à rien**, qui ont vécu le monde de la rue et qui disent **non à tout**. A un moment donné, c'est **devoir se remettre dans un cadre contraignant** parce que partout, il y a un **minimum de règles à respecter**. (...) c'est difficile pour eux de raccrocher à quelque chose ou de se conformer à un minimum de règles. (Délégué SPJ, PP9, 315-319)*

*Les enfants qu'on accueille sont tellement abîmés et ont tellement **de pathologies, de souffrances différentes** que c'est **impossible d'amener une règle qui va prendre, qui va englober tout le groupe d'enfants**. (Educatrice, PP7, 117-120)*

*Les 2 ans où j'ai vécu avec ma mère, ça a été catastrophique, ma mère me faisait tout faire et elle ne faisait rien donc moi, je devais me taper le ménage, les soins par rapport à mes frères et mes sœurs, j'étais **la maman par substitution**. Donc, voilà, **le cadre qui nous était imposé était très strict**. On avait des règles, les horaires imposés. (Bénéficiaire, PP1, 113-117)*

*On avait droit à **des appels le soir**, c'est vrai que c'était **une des privations**. (Bénéficiaire, PP3, 128-129)*

3.5 Rapports sociaux

3.5.1 Dans l'institution

Au sein de l'institution, une vie en communauté se développe entre les enfants et les soignants. Les bénéficiaires interrogés confirment l'établissement de liens entre eux ; la durée de prise en charge influence leur intensité. Pris en charge durant toute son enfance, le bénéficiaire n°1 révèle que ce partage d'expériences crée des liens irremplaçables, se rapprochant des fondements d'une famille.

Extraits n°32

On avait tous des problèmes donc on se soutenait, on était fort lié. D'ailleurs, les copines que j'ai retrouvées, on se considère un peu de la même famille. (Bénéficiaire, PP1, 200-202)

Pour d'autres, la présence constante d'inconnus est plus difficile à vivre. C'est ce qu'atteste par exemple le ressenti d'un bénéficiaire dont la prise en charge fut, il est vrai, de plus courte durée.

Extrait n°33

C'est plus compliqué parce que tu as tout un processus qui est mis en place. En un coup, tu dois être avec des gens tout le temps, voir des gens tout le temps que tu ne connais pas et tu dois l'accepter. (Bénéficiaire, PP2, 120-122)

Néanmoins, il a été révélé que les professionnels vont à l'encontre de l'établissement de ces relations. En effet, à partir du moment où un rapprochement est constaté, des changements de chambre sont réalisés, de la même façon que la composition des groupes d'activités est modifiée. Même si on peut supposer que ces comportements sont envisagés dans l'intérêt de l'enfant pour éviter un sentiment d'abandon à la sortie, il peut être difficile à comprendre pour celui qui est à la recherche de repère.

Extrait n°34

Si on avait un lien trop fort avec l'un ou l'autre, ils nous séparaient. On était par deux en chambre et parfois ils nous changeaient de chambre si on avait un lien. (...) ils essayaient de nous séparer pendant les activités pour qu'on ne soit pas toujours avec les mêmes personnes. (Bénéficiaire, PP3, 131-135)

Ensuite, les relations entre l'enfant et le soignant sont quant à elles moins aisées ; en effet, le rapport d'autorité et la distance thérapeutique déjà mentionnés les compliquent.

Extraits n°35

Mais c'est au niveau professionnel, avec le rapport d'autorité, j'avais beaucoup de mal. (Bénéficiaire, PP1, 111-112)

Il y avait quand même un respect, mais il y avait toujours le cadre eux, c'est le soignant et nous, on est les patients. Ce n'est pas plus mal, de garder une certaine distance. (Bénéficiaire, PP3, 171-173)

Disons encore que, comme je l'ai mentionné ci-dessus, l'enfant fait face à de la promiscuité. La vie en communauté dans une structure médicale le confronte à des événements auxquels il n'est pas préparé, ainsi des accès de violence, des épisodes psychotiques, ... Ces événements peuvent générer des angoisses et un sentiment de peur envers les autres mais aussi envers les soignants qui prennent les enfants en charge.

Extraits n°36

*J'avais vu un des patients qui était à côté de moi. Il avait un jour, **déliné enfin il n'était pas bien, il était en souffrance. Ils l'avaient accroché au lit et ils l'avaient injecté. Ça m'avait tellement choquée que je me suis dit, mon dieu mais en fait, tu dois montrer en permanence que tout va bien.*** (Bénéficiaire, PP3, 120-124)

*Rien n'était expliqué en fait, pour nous **ce n'était pas normal de voir notre voisin être attaché, ça ils oublient.*** (Bénéficiaire, PP3, 124-125)

3.5.2 Avec le monde extérieur

L'importance de la famille dans la prise en charge thérapeutique n'est plus à mettre en évidence. Cependant, elle se doit être évaluée. Les professionnels du milieu précisent que, trop fréquemment, on peut constater que l'absence de mise à jour des évaluations a des conséquences délétères pour l'enfant. Il en va de même pour les relations entretenues au sein de la fratrie, même si le placement en psychiatrie impose sa dislocation ; en effet, les unités ont souvent des critères d'admission liés à l'âge.

Extraits n°37

*Souvent, **ils essayent de maintenir un contact. Mais ça met arriver de dire « arrêtez », quand l'enfant est vraiment perturbé par la visite de ses parents.*** (Pédopsychiatre, PP4, 143-145)

*En pédopsychiatrie, **ils favorisent aussi beaucoup le lien, aussi bien entre les fratries qu'avec les parents. Je pense que c'est l'un de leurs critères d'ailleurs dans la prise en charge thérapeutique.*** (Psychologie à l'APEP, PP10, 259-261)

Bien évaluer la question des contacts avec les parents (...) il y a des contacts très délétères (...). Et ça, ça arrive trop souvent, ça arrive vraiment de manière trop fréquente que le SPJ disent, je ne peux pas interdire un contact comme ça des mois. (Psychologie à l'APEP, PP10, 508-514)

Ensuite, quand la manière de maintenir le lien est abordée lors des entretiens, certains font référence aux visites organisées entre institutions, d'autres, aux entretiens familiaux. Néanmoins, la distance entre le domicile familial et l'institution ou entre les institutions complique sérieusement leur mise en place, d'autant que certains parents se désinvestissent au vu de ces obstacles. Je rappelle qu'ils peuvent se trouver dans des situations précaires, ne disposant pas de moyens pour se déplacer.

La nécessité de voir la situation évoluer semble un élément important, de même que le travail en toute transparence. Il convient de se poser la question de la transparence en l'absence de visites fréquentes.

Extrait n°38

*Après parfois, c'est les parents qui à un moment donné **qui vont se désinvestir pour X ou Y raison** (...) Ça peut être **une question financière, ça peut être une question euh, la difficulté de voir son enfant en institution, ça peut être euh, pas se voir avancer, pas comprendre finalement ce qu'on leur veut. Il faut pouvoir dire les choses et travailler dans la transparence.*** (Délégué SPJ, PP9, 374-379)

3.6 Vie actuelle

3.6.1 À la sortie de l'institution

Tout d'abord, la sortie de l'institution psychiatrique s'établit progressivement. Des étapes intermédiaires sont organisées, avec des retours progressifs en famille. Ces propos sont nuancés par un bénéficiaire qui mentionne avoir exprimé son refus à la sortie, celle-ci s'est vu reportée d'une semaine alors que la problématique était la même. La pression des listes d'attente sur les institutions est un élément qui pourrait expliquer la sortie précoce de certains enfants ne manifestant plus de symptômes visibles.

Extraits n°39

*Je me sentais prête, car **ils ont vraiment fait les étapes** comme il fallait. (...) Je suis sortie un jour par semaine, puis deux jours par semaine, ils ne m'ont pas libérée comme ça du jour au lendemain.* (Bénéficiaire, PP2, 164-167)

*Je me souviens qu'une fois, **j'ai osé dire que je ne voulais pas sortir et ils ont repoussé d'une semaine.** Maintenant, **la problématique était toujours la même.** Je ne voulais pas sortir, car pour moi, c'était la mort, j'allais me faire taper, violer encore une fois.* (Bénéficiaire, PP3, 209-212)

Après, l'absence de suivi post-institutionnel au sein même de la structure a été abordée. Elle découle sur la rupture du lien soignant-patient. La structure ne se préoccuperait pas de mettre en place des relais post-hospitalisation. La continuité d'un suivi thérapeutique n'a eu lieu que pour un seul des bénéficiaires.

Extraits n°40

Quand tu retournes chez un psychiatre à la sortie, tu dois tout raconter comment s'est passé ton séjour, pourquoi tu y as été. Ils ont sûrement un rapport, mais il te demande quand même de tout raconter. Moi, j'avais l'impression que malgré que j'expliquais 20 fois, on ne m'écoutait pas. Je trouve ça tellement important d'avoir une liaison entre les médecins pour te dire voilà, « je vois que tu vas bien », car il a un suivi. (Bénéficiaire, PP3, 100-104)

Une fois que c'était fini, c'était fini. (Bénéficiaire, PP2, 176)

Ensuite, dans le cas d'une approche de la majorité, le manque de structure capable d'accompagner les jeunes 16-23 ans constitue une réelle problématique pour les structures en place. Le SAJ et le SPJ mentionnent la possible prolongation de l'aide. Cette proposition semble illusoire : la charge de travail est en effet telle, qu'un accompagnement après la majorité est difficilement envisageable. L'APEP confirme cette déduction en précisant qu'il est difficile de solliciter leur aide après 17 ans. Le jeune en pleine adolescence se retrouve donc adulte à la porte de la psychiatrie quand cesse son accompagnement, surtout s'il n'a jamais connu que la vie institutionnelle.

Extraits n°41

Arrivé à 18 ans, ils n'ont plus envie de nous entendre. (Conseillère, PP8, 366)

Quand ils approchent des 18 ans, certains basculent au niveau psychiatrique. On sait bien que vers 18 ans, il y a une fenêtre où il y a un risque de basculement vers la psychiatrie pour adulte, qui est quand même important (...) et il n'y a rien qui est prévu pour eux. (...) On a eu deux, trois fois l'année passée, à l'approche des 18 ans, des jeunes qui décompensaient avec le SAJ qui veut plus les prendre en charge (...). On n'anticipe pas assez les choses. (Psychologue à APEP, PP10, 527-537)

On réoriente vers d'autres services comme le CPAS, les AMO. Mais c'est clair que pour moi, il y a un chaînon manquant entre 18 et 20. Ils mériteraient d'avoir plus de soutien. Maintenant, est-ce que les jeunes sont en demande ? C'est la question. Tout ce que je vous propose ici, le jeune doit être demandeur. (Conseillère, PP8, 349-352)

Je me dois cependant de préciser que certains jeunes qui arrivent à la majorité refusent la mise en place d'un accompagnement, cela à cause du désir d'indépendance et d'éloignement du parcours qui est le leur.

3.6.2 Répercussion de la prise en charge

Je pense que la qualité de la prise en charge fournie à l'enfant est essentielle dans le développement de son identité. Le bénéficiaire n°3 relate avoir dû attendre la majorité pour se sentir écouté et pris en considération, débouchant enfin sur une prise en charge de son mal être.

Extrait n°43

J'ai porté plainte quasi à ma majorité, j'ai eu un suivi. (...) La procédure judiciaire a duré 10 ans, c'était hyper long. Il y a 5 ou 6 ans, j'ai eu un flash-back des faits que j'avais volontairement oubliés et là j'ai dû être hospitalisé en psychiatrie adulte pendant 2 semaines pour réaliser ce qu'il venait de se passer. (Bénéficiaire, PP3, 223-227)

L'histoire et le parcours du jeune influencent les choix auxquels il est confronté dans sa vie, le choix professionnel et les représentations sociales. Le maintien du lien familial est considéré comme important par les bénéficiaires interrogés. La peur d'être à nouveau déçu pousserait cependant vers une prise d'indépendance.

Extraits n°44

Ça donne un gros paquet de force et de responsabilité (...) ce qui m'aide dans mon quotidien. C'est vraiment une force, quand je dois prendre une décision, je la prends seule. J'ai confiance qu'en moi, ça restera et je continuerai à compter que sur moi. (Bénéficiaire, PP3, 268-273)

Je pense que tous les choix que j'ai fait en vérité, autant au niveau familial, c'est une suite logique. Et j'ai l'impression que devoir m'occuper de personne en gériatrie et en palliatif, c'est des aspects qu'on tire pour se soigner soi-même. (Bénéficiaire, PP3, 273-276)

Il a fort influencé, on est proche, mais sans être proche, je ne sais pas comment l'expliquer. (...) Notre vie enfin notre passé, nous a affecté. On a voulu chacun avancer de notre côté. On est plus vraiment une famille unie (...) la vie nous a vraiment séparée. (Bénéficiaire, PP1, 253-259)

Discussion

1 Avant-propos

Cette partie du travail est divisée en quatre points. Le premier présente l'analyse des résultats avec une mise en confrontation des éléments théoriques et des données issues de ma pratique. Il sera suivi d'une proposition d'amélioration pour l'optimisation de la prise en charge de l'enfant. J'évoquerai enfin les limites de ce travail et les perspectives futures de recherche.

2 Analyse des résultats

2.1 Quels sont les mécanismes qui expliquent ces hospitalisations en pédopsychiatrie ?

Pour commencer mon analyse des mécanismes de placement en pédopsychiatrie, j'ai réalisé un schéma analytique présenté à la page suivante. Il met en lien les données issues de la théorie et de la pratique et vient compléter celui réalisé dans la partie précédente.

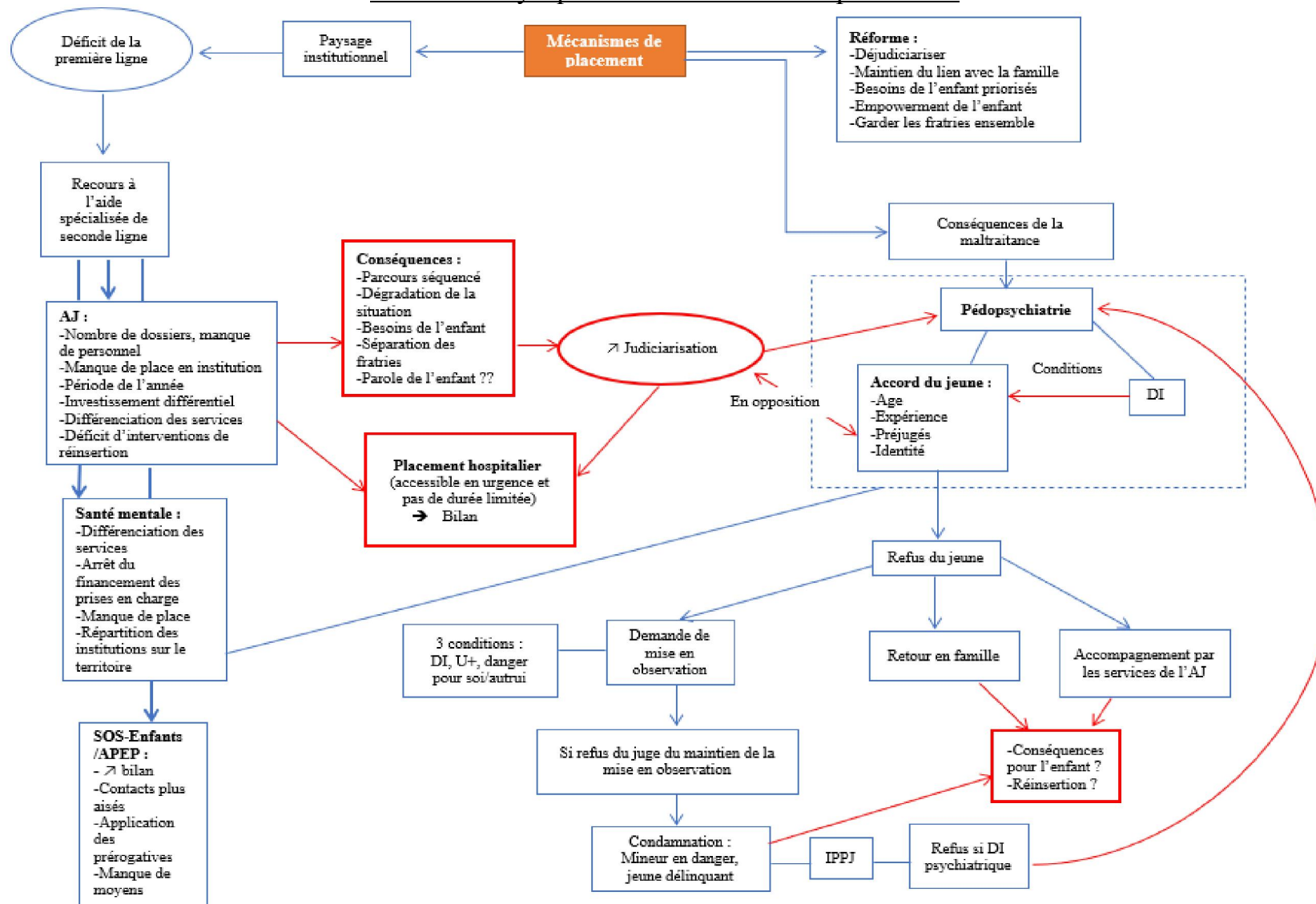
Je vais maintenant revenir sur les hypothèses formulées au départ de ma recherche. Elles sont pour la plupart confirmées dans ma pratique. Néanmoins, certaines ne peuvent s'expliquer qu'uniquement sur base d'éléments issus de la théorie.

Hypothèse n°1 : le manque de place dans les institutions de l'Aide à la jeunesse mène à des hospitalisations en pédopsychiatrie. Je parlerai donc d'une meilleure accessibilité des services de pédopsychiatrie (durée de l'hospitalisation, distribution sur le territoire, nombre de places...).

Hypothèse n°2 : le remplacement de certains lits dit K en lits de crise au sein de certaines unités de pédopsychiatrie faciliterait le transfert des prises en charge de l'Aide à la jeunesse vers ceux-ci.

Dans le schéma analytique, ressortent certaines composantes qui sont en contradiction avec le décret du 18 janvier 2018 portant le code de prévention, de l'Aide à la jeunesse et de la protection de la jeunesse.

schéma analytique des mécanismes de placement



Le choix d'un placement ne s'explique pas uniquement par **le manque de place** en centre d'hébergement et d'accompagnement ou par **le déficit de la première ligne**. Le schéma met en exergue les complications auxquelles sont confrontées l'Aide à la jeunesse, la santé mentale et les services SOS-enfants ou d'Aide et Prévention Enfants-Parents.

Ces complications font que **la situation de l'enfant s'aggrave** en l'absence de prise en charge adéquate. Le choix de la prise en charge repose davantage sur **le paysage institutionnel** que sur les besoins de l'enfant.

Le schéma illustre également le recours à **des procédures judiciaires** suite à ces complications. La situation engendre donc une mise en danger du jeune pouvant aller jusqu'au **placement en milieu hospitalier (lits de crise, pédiatrie)**. Même si la réforme met en avant le développement de moyens afin de garantir une permanence dans certaines divisions et de limiter le recours aux hôpitaux et aux procédures judiciaires, aucun changement n'a été constaté.

Hypothèse n°3 : La question de l'hospitalisation en pédopsychiatrie semble davantage liée à une question de bien-être plutôt qu'à l'établissement d'un diagnostic psychopathologique.

Le choix pour une institution psychiatrique serait favorisé à la suite d'un passage en milieu hospitalier ou à la suite d'une prise en charge par une équipe SOS-Enfants, suite à la réalisation d'un **bilan pluridisciplinaire** qui conclurait à un **diagnostic psychiatrique**. Néanmoins, l'établissement de ce diagnostic ne garantirait en aucun cas un suivi psychologique, ce qui est paradoxal pour des structures qui se disent centrées sur les besoins de l'enfant. L'absence de considération du besoin de soins peut être, ô combien, néfaste en termes de réinsertion future et de construction identitaire.

La **judiciarisation** est un autre élément qui est en tension avec le choix d'un placement en pédopsychiatrie, l'accord du jeune devant être obtenu. L'enfant se voit donc contraint à une mesure à laquelle il doit consentir.

Si la séparation parentale peut être une raison qui oriente le choix de l'enfant, **la signification d'un placement pédopsychiatrique** peut en être une aussi. Le diagnostic posé peut créer un conflit pour un jeune qui n'est pas conscient de son état et pourra de la sorte influencer sur l'obtention de son accord.

En effet, le placement en pédopsychiatrie impose un diagnostic, qui est en quelque sorte considéré comme une déviance en référence aux normes de la société. **L'étiquette 'déviant'** a une influence sur l'interprétation du comportement du jeune. Sans compter que le groupe social auquel il appartient joue un rôle dans le processus de l'étiquetage (Van Campenhoudt, 2001).

Le recours à la mise en observation ou à une condamnation 'mineur en danger, jeune délinquant' illustre bien ce concept. Un jeune présentant un contexte de maltraitance et un diagnostic psychiatrique pourrait être condamné pour une simple infraction. Inversement, un jeune issu d'un milieu favorisé qui commet la même infraction pourrait très bien subir une toute autre condamnation, l'étiquette que l'on porte ayant une influence sur la façon dont on est jugé par autrui (Van Campenhoudt, 2001).

Hypothèse n°4 : La prise en charge financière de ses enfants apporte une rentabilité financière pour les services de santé mentale

Je tenais également à souligner **l'aspect financier** des choses, aspect central dans les décisions d'une mesure de placement. La nouvelle circulaire entrée en vigueur le 1 février 2019 sur l'arrêt du financement des prises en charge médicales va compliquer la mise en place d'une mesure adaptée à l'enfant. Le contexte actuel est tel que des situations s'aggravent en l'absence de soins ; et la question se pose déjà : qu'en sera-t-il quand les parents ne pourront plus consentir à ces soins pour des raisons financières, surtout en l'absence d'une assurance santé complémentaire ? Les financements prévus pour les institutions dédiées à l'enfance peuvent empêcher ceux prévus à l'âge adulte (allocation de chômage, logements sociaux, aide médicale urgente...). Ma pratique illustre la possibilité qu'un enfant victime de maltraitance récidive les faits à l'âge adulte ou présente des difficultés à trouver un emploi et un logement stable. L'absence de suivi psychologique pourrait très bien en être la cause.

Hypothèse n°5 : l'Aide à la jeunesse et la santé mentale entretiennent des rapports étroits. Ils découlent du désir du législateur d'inclure davantage les services de santé mentale aussi bien dans la prise en charge de l'enfant maltraité que dans la prévention.

Pour finir, le **rapport étroit** entre l'Aide à la jeunesse et la santé mentale semble indéniable. Le concept de déjudiciarisation distingue d'ailleurs la sphère juridique et la sphère sociale qui intègre la prise en charge médicale. L'impact de la maltraitance au niveau du développement psychologique de l'enfant est l'une des conséquences de l'entrée de la santé mentale dans le conseil de prévention. Il y a une mise en commun des deux services pour certaines étapes de la prise en charge comme la prévention et le diagnostic.

Nonobstant, la mise en place d'une mesure de placement en pédopsychiatrie justifie la fermeture du dossier de l'Aide à la jeunesse. Or, leurs fonctions sont complémentaires, ce qui m'amène à m'interroger sur la possibilité d'une prise en charge continue.

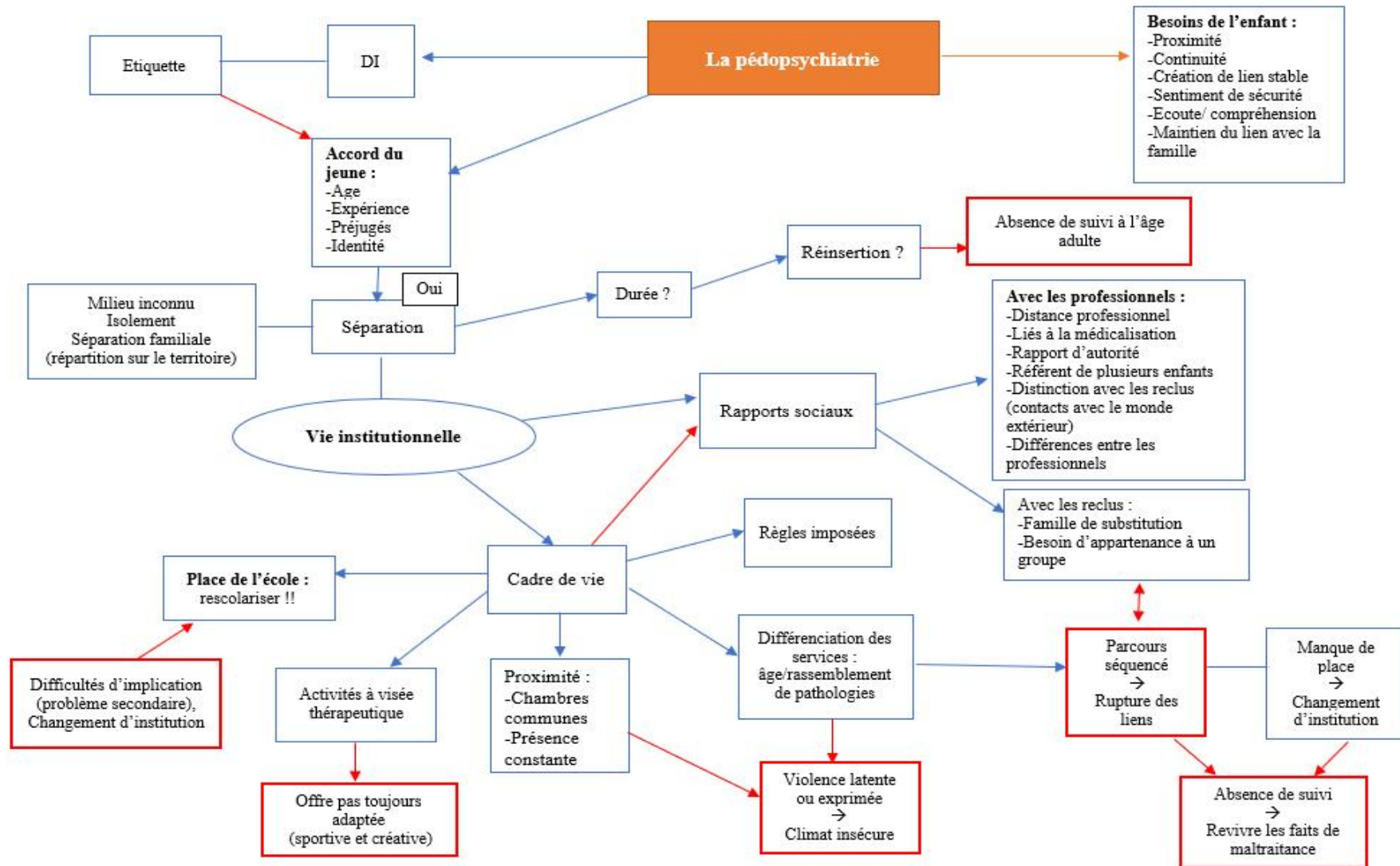
2.2 Quel est le vécu des enfants maltraités hospitalisés en pédopsychiatrie ? Les services de pédopsychiatrie répondent-ils aux besoins de l'enfant maltraité ?

Pour l'analyse de cette deuxième question, je procéderai de la même façon, c'est-à-dire en commençant par affirmer ou infirmer mes hypothèses.

À nouveau, j'ai décidé de réaliser un schéma analytique afin d'illustrer les différents aspects du vécu de l'enfant maltraité et placé en institution. Ce schéma vient compléter celui présenté dans la première partie de cette analyse où étaient mises en lien des données complémentaires issues de la théorie et de la pratique (page suivante).

Si l'accord du jeune est un élément important, c'est parce que la « vie en famille » et la « vie en institution » sont des choses bien distinctes. La **qualité de cet accord** joue sur la façon dont le jeune va adhérer ou pas à son nouveau milieu de vie : s'y retrouver parce qu'il l'a choisi ou s'y retrouver à défaut d'une alternative, c'est bien différent. D'où aussi la nécessité d'une vraie information pour répondre à ses appréhensions.

Schéma analytique du vécu de l'enfant maltraité et placé en institution pédopsychiatrique



Hypothèse n°1 : Certaines pratiques des institutions de soins peuvent devenir maltraitantes (séparation des fratries, l'agressivité institutionnelle, les conflits avec les éducateurs, le cadre imposé...). Elles mènent à une confusion possible entre placement au sein d'un service de pédopsychiatrie et un enfermement, rapprochement avec les caractéristiques de l'institution totalitaire.

Le nouveau cadre de vie doit pouvoir remplacer celui d'origine. Or il est démontré que les enfants vivant en institution de soins sont exposés à **des négligences structurelles** qui sont en réalité la conséquence d'un manque de ressources physiques suffisantes, d'aménagements de personnel défavorables et/ou instables, ainsi que de rapports soignants/enfants émotionnellement inadéquats.

Une étude a démontré que l'attachement envers les fournisseurs de soins était principalement un attachement désorganisé à 72.8 %, résistants à 4.6 %, évitants à 5.5 % et sécurisés à 17.1 %. Trois quarts des enfants institutionnalisés auraient donc un attachement désorganisé envers ceux qui s'occupent d'eux (Bakermans-Kranenburg & al., 2011). Pour des enfants victimes de maltraitances, la recherche d'un attachement sécuritaire est pourtant d'autant plus importante.

La distinction soignant/patient est prônée par les professionnels de la santé afin de séparer la vie professionnelle de la vie familiale. Mais il convient de se poser la question des répercussions sur la relation qui s'établit. Goffman y faisait d'ailleurs référence dans ses travaux aux initiés. Il a par ailleurs nuancé l'intégration des soignants à ceux-ci, aillant toujours un contact avec le monde extérieur. Cette coupure fait d'ailleurs référence à une caractéristique de l'institution totalitaire.

J'ai pu constater que les soignants sont de moins en moins intégrés dans les initiés. Le ratio enfants/soignant varie de 4/1 à 6/1, ce qui laisse peu d'opportunités d'interaction directe et de communication réciproque. Les échanges sociaux et émotionnels passent de ce fait au second plan (Bakermans-Kranenburg & al., 2011).

Si on tient compte des variations d'horaires, de la rotation du personnel et des vacances, il se peut que l'enfant soit pris en charge par de multiples soignants. Sans compter que le parcours de l'enfant maltraité est généralement marqué par un changement d'institution. Le **manque de continuité** entre les soignants et les institutions fait revivre les faits de maltraitances à l'enfant par des narrations répétées.

Par ailleurs, mes entretiens ont révélé l'importance **des professions supplétives** aux soignants, les éducateurs par exemple. L'établissement de relations de confiance semble facilité par la création d'un climat neutre lors des activités.

De plus, le changement de milieu de vie implique généralement **une séparation avec le réseau social** de l'enfant. Le paysage institutionnel est tel que le maintien des relations est souvent compliqué en raison des distances géographiques, et cela même si le maintien n'est pas souhaitable dans chaque situation.

Néanmoins, il est primordial de prendre en considération l'absence d'attachement compte tenu des retards que peuvent présenter les enfants institutionnalisés par rapport à leurs pairs élevés en famille. Ces **retards** concernent **les paramètres de croissances physique généraux** (poids, taille, tour de taille) et **le développement de l'ensemble des habilités** créant une forme de dépendance pour répondre à ses besoins.

Ensuite, **les horaires** qui caractérisent le cadre de vie sont vus comme des règles de vie et non en termes de restriction. L'éducation d'un enfant doit pouvoir intégrer des limites, ce qui aiderait à la réinsertion. Les punitions et les récompenses auxquelles fait référence la littérature n'ont pas été mentionnées dans ma recherche.

La crainte de l'enfant est plus marquée par **la peur de la médicalisation** à la suite de l'expression du mal-être psychologique. La proximité et l'hétérogénéité des pathologies qui s'imposent à la vie institutionnelle amplifient cette crainte et génère un climat insécure avec une violence latente ou exprimée.

Hypothèse n° 2 : La durée des hospitalisations ne favorise pas la réinsertion sociale.

Enfin, la durée de la séparation avec la société influence la capacité de **réinsertion** de l'enfant. Le déficit en la matière a été mis en évidence dans la totalité des entretiens réalisés. La sortie de l'institution marque l'arrêt de tous les accompagnements, quels qu'ils soient.

La volonté **d'une prise d'indépendance** vis-à-vis des institutions a été rapportée dans mes entretiens. Néanmoins, la vie institutionnelle écarte le jeune des repères de la société. Ses rôles et ses relations se voient rompus à sa sortie. Son identité de reclus qu'il partageait avec les autres n'est plus. Cette séparation complique fortement sa réinsertion.

Pour deux des bénéficiaires interrogés, un suivi psychologique s'est néanmoins révélé nécessaire plusieurs années après. Ce suivi tardif est le signe d'un retard de réinsertion marqué par **le refoulement du mal être** pendant l'enfance.

La vie institutionnelle et la maltraitance ont toutes deux des conséquences sur la vie de l'enfant, conséquences qui se prolongent à l'âge adulte et qui sont liées au déficit de prise en charge ou au moins à la qualité de celle-ci.

3 Proposition d'amélioration

La réforme de santé mentale et celle de l'Aide à la jeunesse portent un réel intérêt à la question de la désinstitutionalisation. Il a été démontré que pour un enfant atteint d'un cancer, la réduction du temps passé en milieu hospitalier était bénéfique. Elle lui permet de retrouver un sentiment de normalité par rapport à l'étiquette qu'il porte en tant que « patient » et de se réintégrer socialement dans un cadre plus vaste que celui des seuls liens qu'implique sa médicalisation (Georgiadi & Kourkoutas, 2010).

Cette étude peut se transposer à ma problématique. L'enfant victime de maltraitance porte l'étiquette qui l'exclut de la société par une mesure de placement quelle qu'elle soit. De plus, il est vrai que la durée du placement en institution de soins pédopsychiatriques ou en centre d'hébergement a un impact sur la réinsertion future du jeune. Rappelons-nous que les jeunes concernés seraient plus touchés par le chômage et un moins bon état de santé à cause en partie d'un niveau scolaire plus faible.

Georgiadi et Kourkoutas (2010) font référence à la réintégration sociale qui passe par un retour à l'école. Cette réintégration permettrait à l'enfant qui nous occupe de pouvoir espérer se développer normalement comme tout autre enfant, c'est-à-dire à la fois socialement, émotionnellement et intellectuellement. Malgré son parcours, il est important de faire sentir à l'enfant qu'il est en mesure de se développer normalement aux côtés de ses pairs, les enfants de son âge, même s'ils ne sont pas, eux aussi, victimes de maltraitances.

Même s'il est vrai que l'enfant maltraité peut présenter des difficultés à se réintégrer quand cesse l'isolement dans lequel son placement l'avait installé, la crainte des moqueries de pairs qui ne présentent pas la même histoire que la sienne vient du fait que c'est en fonction de cela qu'il construit son identité (Georgiadi & Kourkoutas, 2010).

Si l'école est l'endroit idéal pour mettre en place la réintégration de l'enfant, c'est parce qu'elle lui offre la possibilité de faire face à ses peurs, à ses préoccupations et à ses angoisses. Elle l'encourage et lui enseigne la résolution de problème au travers d'une activité sociale. Elle le confronte également, à travers ses relations avec ses pairs, à l'image qu'il a de lui-même et de son corps (Georgiadi & Kourkoutas, 2010 ; Kourkoutas, Langher, Vitalaki & Ricci, 2015). Je tiens à préciser qu'une étude réalisée en parallèle de celle-ci, n'a pas démontré de résultats significatifs dans le développement des comportements et des compétences sociales. Cette distinction est expliquée par le choix des enfants qui présentent diverses pathologies (Brok & al., 2014).

Brok et al (2014) révèlent également que la réintégration en milieu scolaire cible davantage le bien-être du jeune et non pas la réussite qui n'est pas l'objectif premier. Nonobstant, il convient de se rappeler qu'un bon niveau d'instruction favorise l'indépendance économique et l'intégration sociale qui sont essentielles pour une réinsertion future (Gupta et Jalali, 2017).

Après la lecture de l'article de Georgiadi & Kourkoutas, l'idée m'est venue de ne plus envisager une mesure de placement au sein de structures d'hébergement, en milieu hospitalier, famille d'accueil ou pédopsychiatrie. L'internat scolaire pourrait tout à fait occuper un rôle de mise à l'écart du milieu familial tout en maintenant la place de l'enfant dans société. Cette mesure devrait tout du moins être combinée avec un accompagnement psychologique et un suivi familial lors des retours en famille.

L'article met en avant une formation des enseignants axée davantage sur la gestion des aspects émotionnels des élèves afin de garantir un environnement sain. Ce dispositif demanderait également la collaboration des parents, des travailleurs sociaux mais aussi de l'institution de soins, ceci afin que l'école puisse prendre connaissance de toutes les considérations (Georgiadi & Kourkoutas, 2010, Christiansen & al., 2015). Le principal obstacle relevé dans les différents articles qui reprennent cette étude est le coût de la programmation de cette collaboration (Christiansen & al., 2015).

« La réussite de la réintégration des enfants est facilitée par un effort coordonné entre les écosystèmes de la maison, de l'école et de l'hôpital (...). » (Harris as cited in Georgiadi & Kourkoutas, p. 1281, 2010)

Je pense que le développement de nouvelles structures d'accueil n'est plus la solution à la problématique. Il convient de trouver des alternatives susceptibles de favoriser avant tout chose la réinsertion plutôt que l'exclusion.

4 Limites

Ce point est consacré à la critique de mon travail. En effet, la réalisation de ce mémoire s'est heurtée à certaines limites malgré le souci constant que j'ai eu d'être la plus régulière et la plus précise possible dans mon travail. J'ai décidé de répartir les limites évoquées en deux points distincts : limites d'accès aux données et limites personnelles.

4.1 Limites d'accès aux données

En premier lieu, la partie pratique de mon travail a dû être à plusieurs reprises réorientée à cause d'un manque de collaboration de la part des acteurs de terrain, par manque de temps, ou en l'absence de certaines informations. En effet, il aurait été judicieux d'apporter une quantification afin de constater l'ampleur de ma problématique et de dégager des corrélations dans les critères qui prédisposent à un placement en pédopsychiatrie.

Ensuite, j'aurais voulu mettre davantage en évidence l'expérience des bénéficiaires de ce type de prise en charge, cela parce que la littérature sur le sujet repose souvent sur la seule expérience des professionnels. Il a donc été difficile d'étoffer mon échantillon en termes de bénéficiaires, et ce même en ne précisant aucun critère d'inclusion en dehors du parcours maltraitance/pédopsychiatrie.

De plus, il convient de préciser que l'âge des bénéficiaires influence aussi quelque peu l'actualisation des données, ce qui peut émettre un biais de sélection. J'ai par ailleurs pu constater une évolution dans la prise en charge des différents services ciblés dans ma recherche.

Vu le manque de retour et le nombre de démarches entreprises allant dans ce sens, je me suis posé les questions suivantes : « La prise en charge en pédopsychiatrie d'enfants victimes de maltraitements n'est-elle pas un phénomène plus actuel au vu de la conjoncture sociétale et économique du secteur ? Disposons-nous de suffisamment de recul pour pouvoir récolter le vécu des bénéficiaires ? ». Il aurait été pertinent que je puisse obtenir les chiffres sur plusieurs années, mais ici, je me suis à nouveau trouvée confrontée à un refus par rapport à ma demande.

La transférabilité de ma recherche est de ce fait faible, aucune généralisation ne pouvant être tirée à partir d'elle. Compte tenu du manque de parties prenantes, j'ai tenu tout de même à mettre en évidence les propos des trois bénéficiaires afin de pouvoir les confronter à ceux des professionnels.

Les professionnels choisis pour compléter ma recherche sont néanmoins des acteurs clés, les informations obtenues d'eux étant donc pertinentes. Concernant la préparation des entretiens, l'une des parties prenantes, la déléguée du SPJ, souhaitait obtenir le guide d'entretien au préalable. Il a été convenu d'un compromis entre nous. Les thématiques de l'entretien ont été remises à l'intéressée deux jours avant, ceci afin de limiter le biais d'informations.

Pour finir, il convient de rappeler que la perception de ce qu'est la maltraitance est un sujet où l'on retrouve une bonne part de subjectivité, ce qui fait aussi que la problématique elle-même est en constante évolution.

4.2 Limites personnelles

Je tiens d'abord à souligner qu'il est certain que ma recherche qualitative peut encore être améliorée. Disons que je me suis efforcée de mon côté d'appliquer au mieux les concepts théoriques et les conseils du promoteur de ma recherche.

Ensuite, ma question de recherche abordant deux aspects des choses, d'une part le vécu des bénéficiaires, d'autre part le mécanisme de placement en pédopsychiatrie, je pense que si le travail avait pu être réalisé à deux, certains de ses points auraient pu être creusés plus en profondeur.

En rapport avec le critère de réflexivité, il est toujours important de se garder d'interpréter les propos des personnes que l'on interroge à partir des connaissances que l'on a du sujet et surtout de l'expérience personnelle qu'on pourrait en avoir. En tant qu'infirmière pédiatrique, mon jugement aurait pu être influencé par ma manière de voir la façon dont un enfant doit être pris en charge en institution de soins. Je n'ai pas manqué d'en rester consciente, ainsi au moment où il s'est agi pour moi de retranscrire les résultats de ma recherche.

Notons enfin que mon travail n'a pas la prétention d'avoir exploré l'entièreté de la problématique, celui-ci reste exploratoire.

5 Perspectives futures de recherche

À ce stade de ma recherche, j'ai pu mettre en exergue des pistes de réflexion qui pourraient faire l'objet de recherches futures dans le domaine.

La première de ces pistes, et elle correspond à une des limites de mon mémoire, c'est une méthodologie de type quantitatif. Sur base des données du Service des méthodes, de la recherche et des statistiques de l'Aide à la jeunesse ou des équipes de SOS-Enfants/ d'Aide et Prévention Enfants-Parents, cette formule pourrait être envisagée : les refus que j'ai rencontrés étaient toujours liés à un manque de temps pour anonymiser les données.

Ensuite, au cours des entretiens, je me suis rendu compte que les jeunes âgés de 16 à 24 ans étaient difficilement suivis par les différents services. C'est pourquoi je pense qu'il pourrait être intéressant de réaliser une recherche sur la réinsertion de ces jeunes souvent en passe d'être mis en autonomie et de voir dans quelle mesure les services répondent à leurs besoins, des besoins d'ailleurs très différents de ceux des jeunes ne présentant pas de contexte de maltraitance.

Enfin, au cours de mes recherches, j'ai pu constater que des faits de maltraitance ne débouchaient pas toujours sur un suivi psychologique. De ce fait, il pourrait être pertinent d'investiguer l'influence que peut avoir un passé de maltraitance sur un suivi psychologique à l'âge adulte et de voir comment entreprendre celui-ci s'il n'y en a précisément pas eu pendant l'enfance.

Conclusion

Ma recherche exploratoire a permis de mettre en avant les enjeux sociaux et les attentes des victimes de maltraitance en ce qui concerne leurs accompagnements. La médicalisation de la maltraitance est à l'origine de différents mécanismes. Lorsque le placement en institution pédopsychiatrique ne se justifie pas, celui-ci peut générer de la maltraitance institutionnelle, la réponse aux besoins et aux droits de l'enfant étant mise à mal.

Les rapports étroits entre l'Aide à la jeunesse et la santé mentale semblent indéniables. L'impact au niveau du développement psychologique de l'enfant est l'une des conséquences de la maltraitance. La mise en place d'un bilan psycho-médico-social se justifie amplement afin de proposer un accompagnement adapté à l'enfant. Or, il a été démontré que les recommandations de soins ne sont que très peu souvent mises en place.

Le placement de l'enfant est décidé avant tout sur base du paysage institutionnel. Le manque de moyen financier intensifie la fragmentation des différents services et le manque de coordination. Les différents mécanismes en sont la conséquence. A l'heure actuelle, la question du financement de ces prise en charge restent encore à éclaircir à la suite du nouvel arrêté.

Ensuite, la réforme de l'Aide à la jeunesse fait à nouveau ressortir le principe de la déjudiciarisation. Celle-ci s'oppose à la médicalisation de maltraitance. Plusieurs répondants m'ont fait remarquer que la voie de la médicalisation est davantage proposée à la suite d'une judiciarisation de la procédure. Ce qui se révèle complètement paradoxale pour des structures pédopsychiatriques qui demandent le consentement de l'enfant. L'Empowerment de l'enfant est donc mis à mal par l'émergence des divers mécanismes de placement.

Pour finir, avant de proposer des changements, il convient de travailler avec les structures existantes dites conventionnelles et les structures adjuvantes telle que l'école. Un bon niveau d'instruction est un élément essentiel pour une réinsertion future. La question de la réinsertion se doit d'être abordée au plus vite avec l'enfant et sa famille. L'étiquette du diagnostic psychiatrique qui s'ajoute à celle de l'enfant maltraité étant lourde à porter.

Bibliographie

Articles et monographies :

- o Agence pour une vie de qualité. (2017). Un réseau qui se mobilise pour les jeunes incassables. *C'est l'AViQ*, n° 3, p 11-14.
- o Bakermans-Kranenburg, M., Dobrova-Krol, N., Gunnar, M., Juffer, F., Le Mare, L., McCall, R., Palacios, J., Sonuga-Barke, E., van IJzendoorn, H. & Vorria, P. (2011). Children in institutionnal care delayed development and resilience. *The society for research in child development*, Vol 76, p8-30.
- o Bakermans-Kranenburg, M., Dobrova-Krol, N., Gunnar, M., Juffer, F., Muhamedrahimov, R., Steele, H., Steele, M., van IJzendoorn, H., Vorria, P. & Zeanah, C. (2011). Attachment and Emotional Development in Institutional Care : Characteristics and Catch-Up. *The society for research in child development*, Vol 76, p61-91. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4166527/>, consulté le 15 mars 2019.
- o Beague, M., Chetelle, N. & de Becker. (2015). Abus sexuel intrafamilial : discussion médico-psycho-juridique sur la pertinence des modèles de prise en charge. *Acta Psychiatrica Belgica*, Vol. 115, no.1, p. 24-31. Retrieved from <http://www.droit.fundp.ac.be/pdf/faculte/D1260.pdf>, consulté le 12 janvier 2019.
- o Béague, P., & Panisset, J. (2014). *Les SASPE, des services à haute responsabilité... à soutenir en priorité, Coordination des ONG pour les droits de l'enfant (CODE)*. Bruxelles. Retrieved from https://www.lacode.be/IMG/pdf/Analyse_SASPE_CODE_Final.pdf, consulté le 10 novembre 2018.
- o Becher, R., Dechenne, R., Eyssen, M., Geeraerts, G., Vandenbroeck, P., Van den heede, K. & Stroul, B. (2012). *Soins de santé mentale pour enfants et adolescents : développement d'un scénario de gouvernance. Health Services Research*. Bruxelles : Centre Fédéral d'expertise des soins de santé. Report 175B. Retrieved from https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_175B_soins_de_sante_mentale_pour_enfants_et_adolescents_synthese.pdf, consulté le 23 novembre 2018.
- o Belling, R., Ford, T., Harley, K., Hovish, K., Islam, Z., Kramer, T., McLaren, S., Paul, M., Singh, S., Weaver, T. & White, S. (2010). *Transition from CAMHS to adult mental health services (TRACK): a study of service organisation, policies, process and user and carer perspectives. Report for the National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation Programme: London*. Retrieved from http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1613-117_V01.pdf, consulté le 10 novembre 2018.

- o Ben Bechir, M., El Moubarkim, A., Halayem, S., Labbane, R. & Zaghdoudi, L. (2009). Relation entre styles d'attachement, perception du soutien social et dépression. *Annales médico psychologiques*, 167, p 657-661. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448709001310>, consulté le 15 mars 2019.
- o Brok, J., Helms, A., Johansen, C., Larsen, H., Schmiegelow, K., Simovska, V. & Thorsteinsson, T. (2016). Facilitation of school re-entry and peer acceptance of children with cancer: a review and meta-analysis of intervention studies. *European journal of cancer care*, 25, p 170-179. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/265514397_Facilitation_of_school_re-entry_and_peer_acceptance_of_children_with_cancer_A_review_and_meta-analysis_of_intervention_studies, consulté le 12 mai 2019.
- o Christiansen, H., Elam, M., Hoag, J., Irwin, M., Kelly, K., Noll, R., Pao, M., Thompson, A. & Voll, M. (2015). Academic Continuity and School Reentry Support as a Standard of Care in Pediatric Oncology. *Pédiatric blood cancer*, 62, p 805-817. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26700927>, consulté 14 mai 2019.
- o Collin, M., Henry, B., Manil, P., & Roskam, I. (2008). Éducation parentale et non parentale : étude comparative auprès d'adolescents parent-enfant en milieu familial et éducateur-enfant en milieu. *Enfance*, Vol. 60, no. 2, p. 158-176.
- o Comité d'accompagnement de l'enfance maltraitée. (2017). Intérêts et désintérêts de l'hospitalisation dans la prise en charge des enfants victimes de maltraitance ou suspectés de l'être. *Journal du droit des Jeunes, la revue juridique de l'action sociale et éducative*, p.28-31.
- o Commission communauté française. (2017). *Rapport sectoriel des services de santé mentale 2013-2017*. Retrieved from http://www.cbcs.be/IMG/pdf/2017_-_rapport_sectoriel_ssm.pdf?1949/4237f304e600f4e996ac3dce5d8066e5b2ba547, le 10 décembre 2018.
- o Commission communauté française. (2017). *Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents*. Retrieved from <http://www.pfsmbw.be/images/pfsmbw/guideenfantsado.pdf>, le 10 décembre 2018.
- o Coordination de l'aide aux victimes de maltraitements. (2002). *L'aide aux enfants victimes de maltraitements, guide à l'usage des intervenants auprès des enfants et des adolescents*. Retrieved from http://www.yapaka.be/files/ta_guide.pdf, consulté le 3 novembre 2018.
- o Coordination des ONG pour les droits de l'enfant. (2014). *Les droits de l'enfant ont 25 ans : avancées et défis en fédération Wallonie Bruxelles*. Retrieved from <http://www.lacode.be/publications.html>, le 15 octobre 2018.

- o Coordination des ONG pour les droits de l'enfant. (2010). *Besoins, droits et points de vue de l'enfant. Et les parents dans tout ça*. Retrieved from <http://www.lacode.be/publications.html>, consulté le 15 octobre 2018.
- o Coordination des ONG pour les droits de l'enfant. (2015). *Enfants privés de liberté : droits fondamentaux à surveiller*. Retrieved from <http://www.lacode.be/publications.html>, consulté le 15 octobre 2018.
- o Coordination des ONG pour les droits de l'enfant. (2014). *Relations enfants placés-parents en Fédération Wallonie Bruxelles : de la philosophie à la pratique*. Retrieved from <http://www.lacode.be/publications.html>, consulté le 15 octobre 2018.
- o Coordination des ONG pour les droits de l'enfant. (2018). *Rapport alternatif des ONG sur l'application par la Belgique de la convention relative aux droits de l'enfants : synthèse des constats en Fédération Wallonie Bruxelles*. Retrieved from <http://www.lacode.be/publications.html>, consulté le 15 octobre 2018.
- o Coordination des ONG pour les droits de l'enfant. (2016). *Enfants placés à l'hôpital par l'Aide à la jeunesse en Fédération Wallonie Bruxelles. Et les droits de l'enfant dans tout ça*. Retrieved from <http://www.lacode.be/publications.html>, consulté le 15 octobre 2018.
- o Coordination des ONG pour les droits de l'enfant. (2013). *Droits de l'enfant et relation enfants placés-familles*. Retrieved from <http://www.lacode.be/publications.html>, consulté le 15 octobre 2018.
- o Convention relative aux droits de l'enfant. (2003). *La santé et le développement dans le contexte de la convention relative aux droits de l'enfant*. Retrieved from http://ork.lu/files/CRC_GENERAL_OBSERVATIONS/CRC_GenCom_04_FR_SanteDeveloppementAdo.pdf, consulté le 10 novembre 2018.
- o Copeland, W.E., Shanahan, L., Davis, M., Burns, B., Angold, A., & Costello, E.J. (2015). Untreated Psychiatric Cases increase during the Transition to Adulthood. *Psychiatric services* (Washington, DC), 66(4), 397. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4399490/pdf/nihms673941.pdf>, consulté le 18 novembre 2019.
- o Coppens, E., De clerck, M., De Schrijver, I., Knaeps, J., Matot, J., Van Audenhove, C. & Vermet, I. (2015). *Les soins psychiatriques pour adolescents en Europe : situation actuelle, recommandation et lignes directrices par le réseau ADOCARE*. Retrieved from <http://www.adocare.eu/wp-content/uploads/2015/12/ADOCARE-FR-2015.pdf>, consulté le 1 mai 2019.

- o Counts, J., Firman, C., Rousseau, M. & Sprague-Jones, J. (2018). The development of the protective factors survey, 2nd edition : A self-report measure of protective factors against child maltreatment. *Child abuse & neglect*, 89, p 122-134. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30658173>, consulté le 15 mars 2019.
- o Courtney, M., Keller, T. & Salazar, A. (2011). Understanding Social Support's Role in the Relationship Between Maltreatment and Depression in Youth With Foster Care Experience. *Child Maltreatment*, 16, p102-113. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21471145>, consulté le 15 mars 2019.
- o Dargère, C. (2014). La stigmatisation des adolescents placés en institution médico-sociale. *Médecine et hygiène*, vol 38, p. 259-284.
- o De Girolamo, G., Dagani, J., Purcell, R., Cocchi, A., & McGorry, P.D. (2012). Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 21(01), 47-57. DOI : 10.1017/ S2045796011000746.
- o de Becker, E. (2007). Les «psys» face aux maltraitements à enfants. *Psychotherapies*, Vol. 27, no. 2, p. 85-96. DOI : 10.3917/psys.072.0085
- o de Becker, E. (2016). Le diagnostic en Psychiatrie infanto-juvénile est-il possible et souhaitable ?. *Cahiers de Psychologie Clinique*, Vol. 48, no. 1, p. 65-90. DOI : 10.3917/cpc.048.0065
- o de Becker, E. (2017). L'enfant victime d'abus sexuel et sa famille : évaluation et traitement. Vingt ans après ?. *Annales médico-psychologiques*, Vol. 175, p. 415-421. DOI : 10.1016/j.amp.2016.12.010
- o de Becker, E. (2016). Discussion des notions de victime et de traumatisme en lien aux situations de maltraitance d'enfants. *Psychothérapies*, Vol. 36, no.2, p. 111. DOI : 10.3917/psys.162.0111
- o de Becker, E. (2012). Dégradation psychique d'un enfant. Questions de diagnostic différentiel. *Perspectives Psy*, Vol. 51, no.2, p. 112-123.
- o de Becker, E., Chapelle, S. & Verheyen, C. (2016). Protection de l'enfant, pratique de réseau, secret professionnel partagé : Trois notions à considérer dans les situations de maltraitance. *Perspectives Psychiatriques*, Vol. 55, no.33, p. 1-10.
- o de Becker, E., Chatelle, N., Kinoo, P., Mousset, E. & Wintgens, A. (2016). Innovations en Psychiatrie infanto-juvénile. Que retenir de 2015?. *Louvain médical*, Vol. 135, no.2, p. 97-103.
- o de Becker, E. & Maertens, M. (2015). Le devenir de l'enfant victime de maltraitance sexuelle. *Annales médico-psychologiques*, Vol. 173, no.9, p. 805-814. DOI : 10.1016/j.amp.2015.08.004
- o de Becker, de Timary, P., E., Lepièce, B., Lorant, V. & Zadnowicz, N. (2018). Adolescents in transition to young adulthood (ATYA) : stakeholders collaboration to improve mental health care organization and quality, chair in transition psychiatry 2019-2022. *Institute of health and society (UCL)*.

- o Défense des enfants international. (2014). *Guide pratique, monitoring des lieux où des enfants sont privé de liberté*. Retrieved from <https://rm.coe.int/16806f691d>, consulté le 17 novembre 2018.
- o Delion, P., Dupuis- Gauthier, C., Jardri, R., & Mascaro, R. (2012). Evaluation des effets du placement précoces du bébé en pouponnière. *Devenir* (Vol. 24), p. 69-115. DOI 10.3917/dev.122.0069
- o D.Steinhauser. P. (1999). *Le moindre mal, la question du placement de l'enfant*. Montréal, Canada : Les presses de l'université de Montréal. Fédération Wallonie-Bruxelles, n.d. Aide à la jeunesse : services agréés. Retrieved from http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?id=servicesagrs&no_cache=1&tx_ajsscontactsync_pi1%5Bcat%5D=CAEVM&tx_ajsscontactsync_pi1%5Betat%5D=Agr, consulté le 10 octobre 2018.
- o Fédération des services de formation (2018). *Le CODE de la prévention de l'Aide à la jeunesse et de la protection de la jeunesse*. retrieved from <http://queditlecode.be/wp-content/uploads/2018/07/Brochure-Code.pdf>, consulté le 1mai 2019.
- o Front, S., Gershoff, E. & Satter, K. (2018). Measurement and correlates of foster care placement moves. *Children and Youth services review*, vol 91, p 248-258. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190740918301269>, consulté le 15 février, 2019
- o Georgiadi, M. & Kourkoutas, E. (2010). Supporting pupils with cancer on their return to school : a case study report of a reintegration program. *Procedia social and behavioral science*, vol5, p1278-1282. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042810016496>, consulté 17 mai 2019.
- o Giedd, J.N., Keshavan, M. & Paus, T. (2008). Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence?. *Nature Reviews Neuroscience*, 9(12), 947-957. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19002191>, consulté 2 février 2019.
- o Goldbeck, L., Heil, K. & Oswald, S. (2010). History of Maltreatment and Mental Health Problems in Foster Children: A Review of the Literature. *Journal of pediatric psychology*, 35, p 462-472. Retrieved from <https://academic.oup.com/jpepsy/article/35/5/462/890580>, consulté le
- o HBSC - Health Behaviour in School-Aged Children. (2014). *Comportements, bien-être et santé des élèves. Enquête HBSC 2014 en 5e-6e primaire et dans le secondaire en fédération Wallonie-Bruxelles*. Disponible à l'adresse : <http://sipes.ulb.ac.be/docs/HBSC-Enquete-2014.pdf>, consulté le 20 avril 2019.

- o Kourkoutas, E., Langher, V., Ricci, M. & Vitalaki, E. (2015). Working with parents to support their disabled children's social and school inclusion : an exploratory counseling study. *Journal of infant, child and adolescent psychotherapy*, 14, p 143-157. Retrieved from <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15289168.2015.1014990>, consulté le 15 mai 2019.
- o Le guide social. (2019). *Psychiatrie de transition création des deux chaires universitaires*. Retrieved from <https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/psychiatrie-de-transition-creation-de-deux-chaires-universitaires.html>, consulté le 6 mai 2019.
- o Legrand, M. (2014). *La mise en autonomie des jeunes, l'indépendance à quel prix*. Retrieved from <https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/la-mise-en-autonomie-des-jeunes-l-independance-a-quel-prix.html>, consulté le 1 mai 2019.
- o Maes, R. (2010). *Institutions totales, institutions disciplinaires : une brève introduction*. Unité de Psychologie des Organisations, Université Libre de Bruxelles. Retrieved from <http://upo.ulb.ac.be/wp-content/uploads/2010/03/Sylin-ITID.pdf>, consulté le 10 novembre 2018.
- o Marie, J. (2011). *Comprendre les mécanismes de sorties du système de prise en charge de l'Aide à la jeunesse*. Centre d'étude sociologique, facultés universitaires Saint-Louis. Retrieved from http://www.oejaj.cfwb.be/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&hash=b50991892aed2394925343996ce4525f6e0516d2&file=fileadmin/sites/oejaj/upload/oejaj_super_editor/oejaj_editor/pdf/Rapport_Sortie_AAJ-CES-OEAJ_def02.pdf, consulté le 13 novembre 2018.
- o Organisme de coopération et de développement. (2018). *Children & young people's mental health in the digital age*. Retrieved from <http://www.oecd.org/els/health-systems/Children-and-Young-People-Mental-Health-in-15> février 2019.
- o Guével, M. & Pommier, J. (2012). Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration. *Santé Publique*, 2012/1 (Vol. 24), p. 23-38. Retrieved from <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2012-1-page-23.htm>, consulté le 15 mars 2019.
- o Harper, B., Dickson, J.M., & Bramwell, R. (2014). Experiences of young people in a 16-18 Mental Health Service. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(2), 90-96.
- o [the-Digital-Age.pdf](#), consulté le 1 mai 2019.
- o Paul, M. Street, C. & Wheeler, N. (2014). Transition to adult services for young people with mental health needs: A systematic review. *Clinical child psychology and psychiatry*, vol 20. Retrieved from <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1359104514526603>, consulté le 24 novembre 2018.

- SPF santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. (2016). *Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins*. Retrieved from https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/interministeriele_conferentie_volksgesondheid-fr/2010_04_26_guide_-_bxl_fr.pdf, le 10 décembre 2018.
- SPF santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. (2011). *Organisation et financement des soins de santé mentale en Belgique*. Retrieved from https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/brochure_organisation_et_financement_soins_psy.compressed.pdf, consulté le 1 mai 2019.
- Swaluë, A. (2012). *Du placement d'enfants : définir et quantifier pour réaliser les droits des enfants placés*. Retrieved from http://www.oejaj.cfwb.be/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=fileadmin/sites/oejaj/upload/oejaj_super_editor/oejaj_editor/pdf/PLACEMENT-def_stats_OEJAJ.pdf&hash=8ff106412b906cd95786d9e5d2bf7740b17601f1, consulté le 15 octobre 2018.
- Vallet, C. (2018). Le code Madrane est là!. *Alter Echo*, n°458, n.d. Retrieved from <https://www.alterechos.be/le-code-madrane-est-la/>, consulté le 5 mai, 2019.
- WHO. (2013). Comprehensive Mental Health. Action Plan 2013-2020. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf?sequence=1, consulté le 2 mars 2019.

Textes légaux :

- Fédération Wallonie Bruxelles. (2018). *Décret du 18 janvier portant le code de la prévention, de l'Aide à la jeunesse et de la protection de la jeunesse ; exposé des motifs, commentaire des articles et amendements adoptés*. Retrieved from http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&hash=bc105849bf867f9a781e3ae7bec707c42f7f3581&file=fileadmin/sites/ajss/upload/ajss_super_editor/DGAJ/Documents/code-AJ02-18_06_19_WEB.pdf, consulté le 10 novembre 2018.
- Fédération Wallonie Bruxelles. (2005). *Décret relatif à l'Aide à la jeunesse (1991)*. Retrieved from https://www.galilex.cfwb.be/document/pdf/20284_004.pdf, consulté le 14 octobre 2018.
- Fédération Wallonie Bruxelles. (2004). *Décret relatif à l'Aide aux enfants victimes de maltraitance*. Retrieved from https://www.galilex.cfwb.be/document/pdf/28753_000.pdf, consulté le 14 octobre 2018.
- Fédération Wallonie Bruxelles. (2015). *Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents*. Retrieved from https://fpea.be/Docs_permanents/Guide_DeBlock_enf_ado_2015.pdf, consulté le 1 mai 2019.

- Fédération Wallonie Bruxelles. (2019). *Nouvelle réglementation au sujet des frais individuels liés à la prise en charge de jeunes*. (non publié)

Sites internet :

- Office de la naissance et de l'enfance. (2016). L'ONE en chiffre 2016. Retrieved from http://www.one.be/professionnels/rapports-one/detail-publication/rapport-d-activite-2016-l-one-en-chiffres/?tt_products%5Bbegin_at%5D=18, consulté le 4 novembre 2018.
- SOS-enfant. (n.d.). *Nos missions*. Retrieved from <http://www.sosenfantsbw.be/sos-enfants/nos-missions/>, consulté le 12 novembre 2018.
- Madrane, R. (2015). Le ministre Rachid Madrane a présenté son avant projet de décret en Aide à la jeunesse. Retrieved from <https://madrane.be/le-ministre-rachid-madrane-a-presente-son-avant-projet-de-decret-en-aide-a-la-jeunesse/>, consulté le 15 octobre 2018.

Livres :

- Balard, F., Fournier, C., Kivits, J. & Winance, M. (2016). *Les recherches qualitatives en santé*. Malakoff, France : Armand Colin.
- Berger, M. (2003). *L'enfant et la souffrance de la séparation*. Paris, France : Dunod.
- Berger, M. & Bonneville, E. (2006). *Protection de l'enfance : l'enfant oublié*. Paris, France : Dunod.
- Bohlin, R.K., & Mijumbi, R. (2015). *Child and Adolescent Mental Health Disorders: Organization and Delivery of Care: Optimizing Treatment for Children in the Developing World*. Suisse: Adis.
- Bonneville-Baruchel, E. (2015). *Les traumatismes relationnels précoces*. Toulouse, France : Erès.
- Brian, M. (2007). *La clinique de l'enfant : un regard psychiatrique sur la condition enfantine actuelle*. Ministère de la communauté française : Bruxelles.
- Degand, M. (2011). *Le rite chez Erving Goffman*. *Émulations*, no. 2.
- Delouée, S. & Légal, J. (2015). *Stéréotypes, préjugés et discriminations*. Paris, France : Dunod.
- Goffman, E. (1975). *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*. Les éditions de minuit.
- Guédeney, N., & Guédeney, A. (2016). *L'attachement : approche clinique et thérapeutique*. Issy-lesMoulineaux, France : Elsevier Masson.
- Liébert, P. (2015). *Quand la relation parentale est rompue*. Paris, France : Dunod.
- Van Campenhoudt, L. (2001). *Introduction à l'analyse des phénomènes sociaux*. Paris, France : Dunod.

Cours :

- Aujoulat, I. (2018). *Introduction aux méthodes qualitatives en santé*. Bruxelles : université catholique de Louvain ; année académique 2017-2018.

Document audio-visuel :

- Aide à la jeunesse. (2018). Avocats et secteur AJ : quelles articulations en faveur des droits du jeune et de sa famille (Colloque). Belgique. Retrieved from <https://www.enlignedirecte.be/7172>, consulté le 17 décembre.

Annexe n° 1 : Contestations relatives à l'octroi, au refus ou aux modalités d'application d'une mesure d'aide individuelle

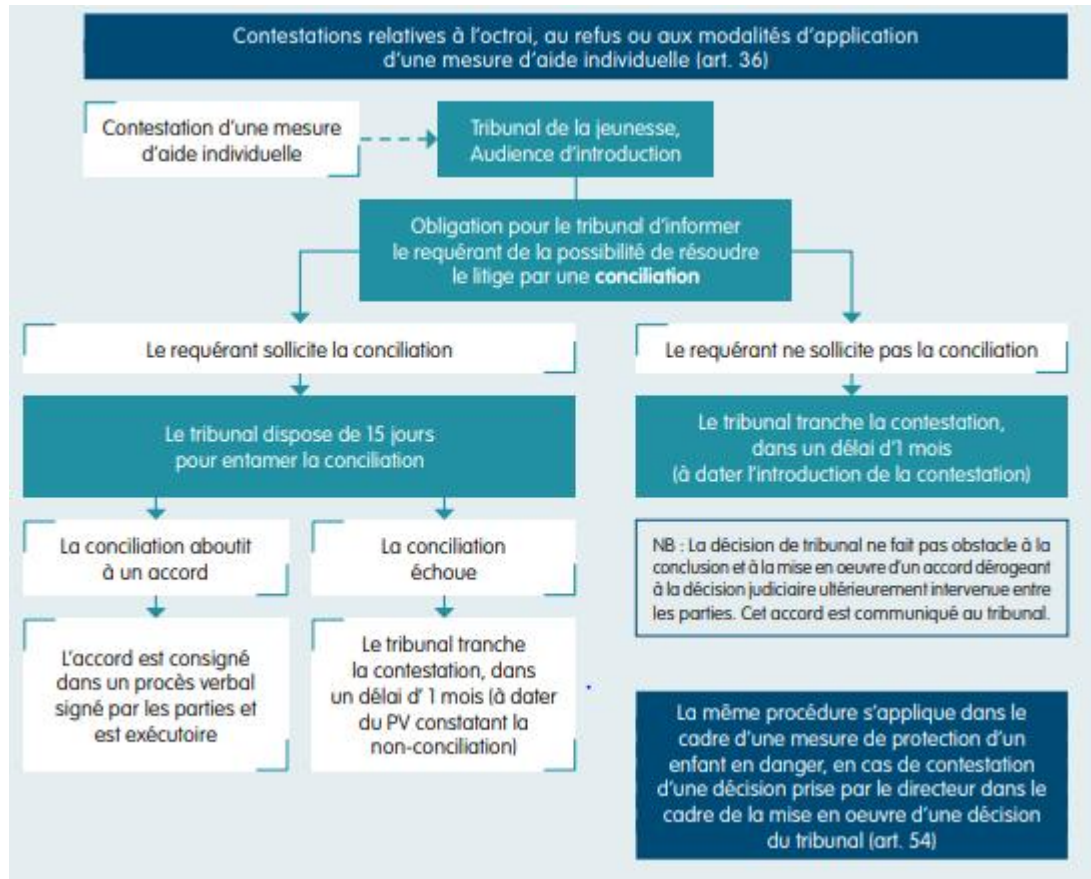


Figure 4 : Contestations relatives à l'octroi, au refus ou aux modalités d'application d'une mesure d'aide individuelle
(De Breuckers, 2018)

Annexe n°2 : Procédures suite à un constat de nécessité urgente

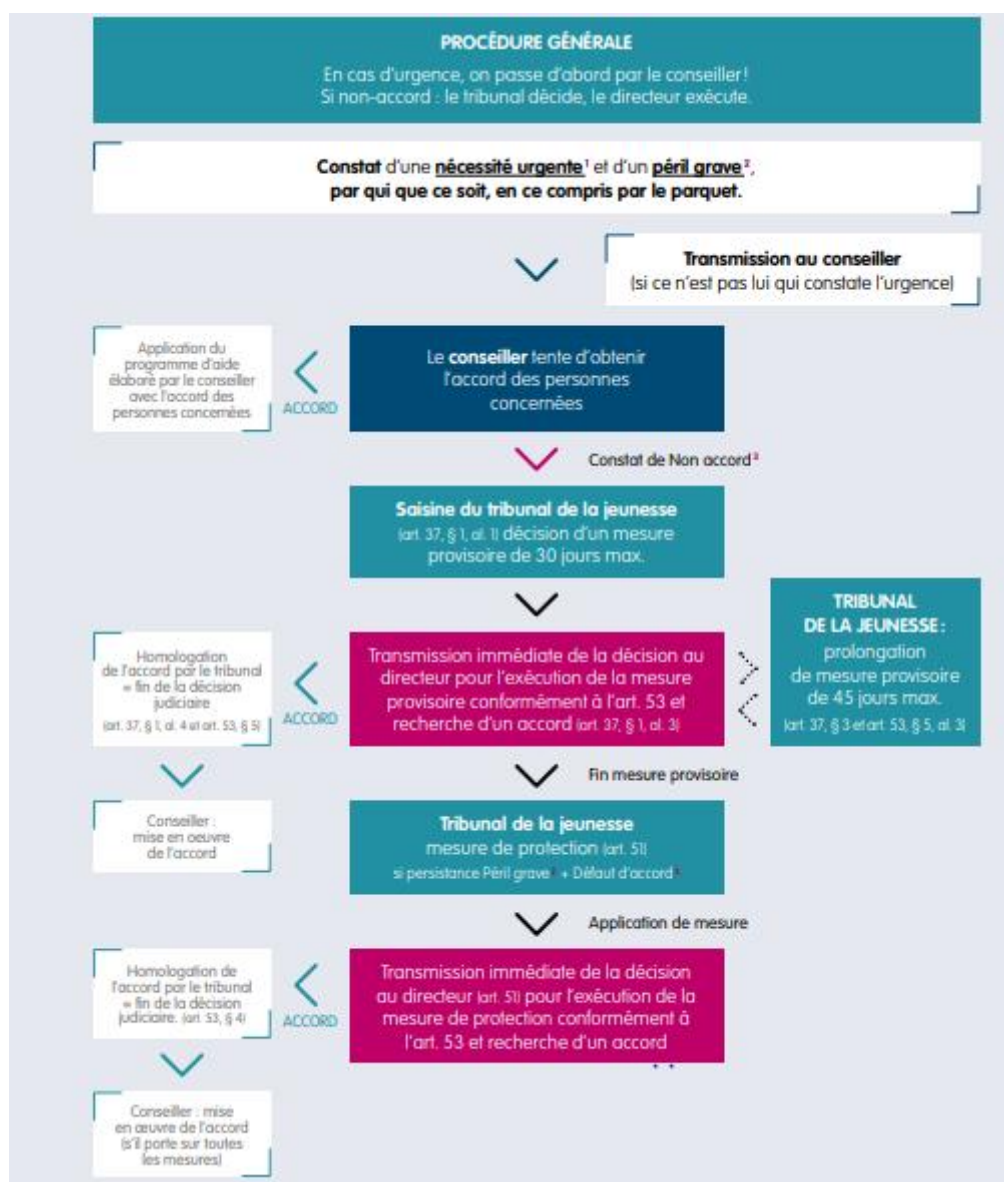


Figure 5 : La procédure générale pour les urgences survenant pendant les heures d'ouverture des SAJ
(Fédération des services de formation, 2018)

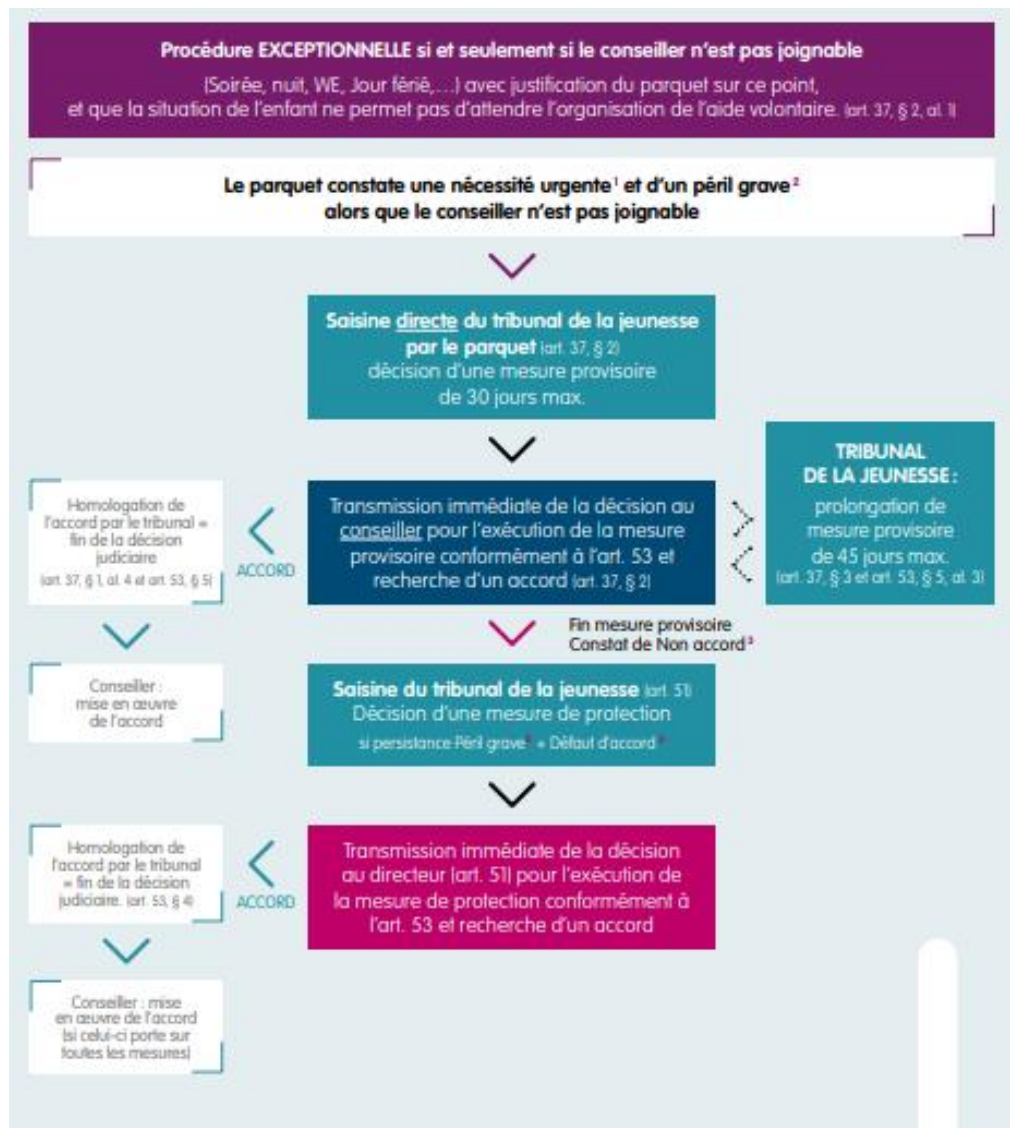


Figure 6 : La procédure exceptionnelle quand le conseiller n'a pas pu être atteint : soirée, nuits, w-e, jours fériés, ...
(Fédération des services de formation, 2018)

Annexe n°3 : Service Organization Pyramid for an Optimal Mix of Services for
Mental Health

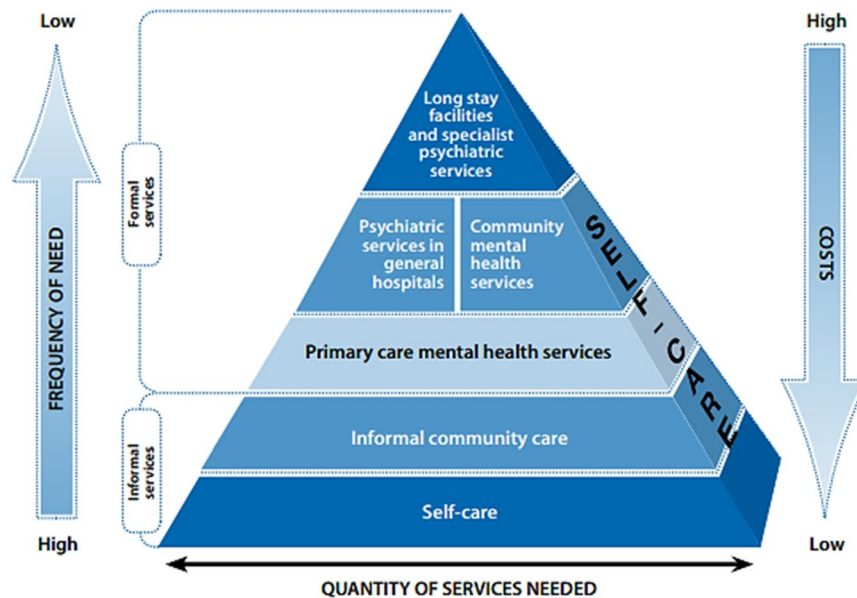


Figure 7 : Service Organization Pyramid for an Optimal Mix of Services for Mental Health, WHO, 2009

Annexe n° 4 : Justifications des réponses négatives

<i>Institutions/services</i>	<i>Justifications</i>
Pédopsychiatrie	○ Réorienter vers les équipes de SOS-enfants car ils ne rencontrent pas mon public-cible, selon eux, les enfants sont le plus souvent placés en institution de l'Aide à la jeunesse.
Psychiatrie	○ Manque de temps pour participer à une recherche
Administration de l'Aide à la jeunesse	○ Réorienter vers les structures pédopsychiatriques car eux ne peuvent pas me renseigner sur le vécu de ces enfants (SAJ-SPJ). ○ Réorienter vers le Service de Protection Judiciaire car le Service de l'Aide à la jeunesse travaille uniquement sur la base de l'aide consentie. La prise en charge ciblée dans ma recherche est davantage réalisée sur base de l'aide contrainte.
Réseau de santé mentale pour adultes	○ Ne travaille pas directement au contact des patients en santé mentale
Maison d'accueil pour adultes en difficultés	○ En tant que centre d'hébergement pour adultes, ils accueillent des personnes en grande difficultés psychiques et tentent de les accompagner selon leurs problématiques, leurs solutions, leurs symptômes, et ce, au cas par cas. Dans la mesure où ils travaillent à partir de ce que les patients leur adressent, ils ne leur semblaient pas possible de répondre à ma demande, de solliciter les résidents du foyer afin qu'ils participent à des entretiens.

Tableau 3 – Justifications des réponses négatives

Annexe n°5 : Formulaire de consentement, affiche d'information



Projet de recherche en institution de soins
Mémoire
Faculté de Santé Publique
Fleurent Laura

Bonjour Madame, Monsieur,

Je me présente en quelques mots, je m'appelle Fleurent Laura, je suis étudiante en 2ème Master en sciences de la Santé Publique à l'Université catholique de Louvain. Dans le cadre de mon mémoire, je réalise différents entretiens afin d'obtenir votre ressenti sur votre prise en charge par les services de l'Aide à la jeunesse et de pédopsychiatrie.

Pour cela, je recherche cinq personnes pour réaliser un entretien individuel d'environ 1h30 sur leur expérience en institution. Ces personnes doivent avoir séjourné en pédopsychiatrie à la demande de l'Aide à la jeunesse suite à des faits de maltraitance.

L'objectif de l'entretien est de me permettre d'entendre, mais aussi de comprendre le témoignage et le vécu de personnes qui ont fait l'expérience de l'hospitalisation.

Les entretiens seront enregistrés dans l'unique but de pouvoir les retranscrire par après afin de les comparer les uns aux autres et de repérer les ressemblances et les différences entre les expériences.

Je garantis l'anonymat le plus complet des participants (je change les noms des personnes et les lieux dans la retranscription) et seul mes professeurs auront accès aux enregistrements de mes entretiens.

De plus, s'ils le souhaitent les volontaires pourront obtenir une copie de leur entretien et prévoir un débriefing à propos de celui-ci. Si vous voulez me contacter, prière de vous adresser à

Au plaisir de vous rencontrer

lfleurent@oasis.uclouvain.be

Formulaire de consentement

Titre provisoire du projet : La médicalisation et la déjudiciarisation de l'Aide à la jeunesse

Nom du chercheur : Fleurent Laura

Promoteur : Robert Pierre-Oliver

Source de financement : /

Durée : 1 an

Origine du projet : Mémoire en faculté de santé publique à l'Université catholique de Louvain

Description de la recherche : Dans le cadre de mon mémoire, je réalise différents entretiens afin d'obtenir le ressenti des bénéficiaires d'une prise en charge par les services de l'Aide à la jeunesse et de pédopsychiatrie. La durée moyenne estimée de l'entretien est d'une heure.

Participation à l'étude : Cliquez ici pour taper du texte.

Inconvénient à participer à cette étude : Consciente que le sujet est sensible et complexe et qu'il peut être difficile de s'exprimer sur ma problématique. Le répondant pourra s'abstenir de répondre à une question s'il le désire.

Avantage à participer à cette étude : La plus-value de ma recherche est de donner la parole aux bénéficiaires de ces services. Cela me permettrait à la fois de recueillir leur vécu pendant leur hospitalisation et à leur sortie, en mettant l'accent sur la réinsertion sociale possible à la suite de faits de maltraitance. D'où l'importance de se tourner vers des adultes étant passés par ce parcours et non pas vers des professionnels qui sont moins en mesure de relater le ressenti de leurs patients. Sans compter que ma question de recherche touche aux besoins de l'enfant et à la maltraitance qui sont tous deux des concepts qui relèvent d'attraits subjectifs.

Mesure et engagement de confidentialité : Je m'engage à respecter l'anonymat des répondants. Une copie de la retranscription de l'entretien pourra leur être remise afin qu'ils puissent y consentir. Les entretiens devront être enregistrés pour faciliter la retranscription, par ailleurs les enregistrements ne seront pas partagés.

Diffusion des résultats : Je précise que les données récoltées resteront confidentielles et seront utilisées uniquement dans le cadre de ma recherche au sein de la faculté de santé publique de l'Université catholique de Louvain.

Votre consentement : Cliquez ici pour taper du texte.

Le chercheur

Signature

Le répondant

Lieu :

Date :

Signature :

Annexe n°6 : Elaboration du guide d'entretien pour les bénéficiaires

○ Justification des questions du guide d'entretien

a. Rappel:

Objectif du travail : m'interroger sur la prise en charge des enfants par ces services afin de vérifier s'ils répondent aux besoins de ces enfants et dans quelle mesure ils peuvent contribuer à leur « réinsertion » future ?).

Thème : la médicalisation et la déjudiciarisation de l'Aide à la jeunesse.

Population-cible : personne majeure ayant été prise en charge par un service de pédopsychiatrie à la suite de faits de maltraitance parentale.

Problématique : « *Médicalisation et déjudiciarisation de l'Aide à la jeunesse sont-elles au service des besoins de l'enfants ?* ».

b. Justification du guide d'entretien

Se présenter, demander si l'individu accepte d'être enregistré, décrire le but de cette étude.

Moment pour instaurer la confiance avec la personne en face ! Donner le thème général de la recherche mais pas la question de recherche.

Spécifier que les données sont confidentielles et sont uniquement utilisées dans le cadre d'une recherche au sein de la Faculté de Santé Publique de l'UCL.

<i>Justifications</i>	<i>Questions</i>
- Question d'introduction ayant pour objectif d'introduire la personne interrogée et d'instaurer un climat de confiance.	Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ? (nom, âge, situation familiale)
- Prendre connaissance du parcours de l'interlocuteur.	Quelle est votre expérience avec les services de l'Aide à la jeunesse et les services de santé mentale ? Pouvez-vous m'expliquer votre parcours ? Relances : * Racontez-moi vos premiers moments ?

- Mettre en évidence les mécanismes de placement en institution de soins pédopsychiatriques.	* Comment s'est déroulée votre hospitalisation ? (prise en charge médicale) * Vous a-t-on expliqué les conditions de votre prise en charge à votre arrivée dans le service ? * Combien de temps avez-vous été pris en charge par des services de pédopsychiatrie ? * Avez-vous été transféré d'un autre établissement de santé ? * Vous a-t-on sollicité pour connaître votre avis, votre point de vue ? Avez-vous pu participer aux décisions qui vous concernaient ?
- Appréhender le vécu subjectif du mécanisme d'hospitalisation. - Connaître les difficultés rencontrées. - Connaître les différents facteurs qui influent dans l'acceptation de la prise en charge.	Quelles ont été les barrières à une transition vers un service de pédopsychiatrie ou au contraire les facteurs qui l'ont facilitée ? Relances : * De quelle manière selon vous, la transition aurait-elle pu être améliorée ? * Pouvez-vous m'expliquer les difficultés d'adaptation et d'intégration ? * Y a-t-il des choses qui vous ont été imposées ? (horaires, règles) * Y avait-il des sanctions si vous ne respectiez pas le cadre de l'institution ?
- Appréhender le vécu émotionnel de la prise en charge. - Appréhender le soutien social perçu.	Quel a été votre vécu émotionnel pendant la durée de prise en charge ?

- Mise en évidence des besoins de l'enfant. ➔ Représentation générale de la problématique	Relances : * Comment vous êtes-vous senti considéré par l'équipe soignante et les autres patients ? * Que pensez-vous de l'environnement dans lequel vous avez été pris en charge ? Est-il adapté aux développements des enfants pris en charge ? * De quelle façon les relations avec votre environnement familial ont-elles été favorisées ? ▪ Avez-vous des frères et sœurs ? Quelle relation entretenez-vous avec eux ? * Comment avez-vous vécu les contraintes, les règles de l'institution ?
- Mise en évidence du travail de réinsertion sociale réalisé. - Mise en évidence de la collaboration des services de santé mentale pour adulte.	Comment avez-vous vécu votre sortie de l'institution, comment s'est-elle déroulée ? Relance : * Racontez-moi un peu ce qui a été dur à votre sortie d'institution ? Au passage à l'âge adulte avez-vous eu besoin d'une prise en charge au sein de structures/services de santé mentale pour adultes ? Relances : * Comment s'est déroulée la transition entre les services pour enfant/adolescent et les services adultes ? * Quand et comment se fait le transfert ? * Quels rôles avez-vous joué ?

- Mise en évidence du travail de réinsertion sociale réalisé. - Terminer l’entretien en permettant à la personne interrogée de résumer son parcours.	Avec du recul, que pensez-vous de votre parcours et de votre prise en charge par ces structures ? Relance : * De quelle manière votre parcours a-t-il influé sur votre vie actuelle d’un point de vue professionnel et familial ?
---	---

Tableau 4 – Elaboration du guide d’entretien pour les bénéficiaires

Annexe n°7: Elaboration du guide d'entretien pour les professionnels en institution de soins

○ Justification des questions du guide d'entretien

a. Rappel:

Objectif du travail : m'interroger sur la prise en charge des enfants par ces services afin de vérifier s'ils répondent aux besoins de ces enfants et dans quelle mesure ils peuvent contribuer à leur « réinsertion » future ?).

Thème : la médicalisation et la déjudiciarisation de l'Aide à la jeunesse.

Population-cible : personne majeure ayant été prise en charge par un service de pédopsychiatrie à la suite de faits de maltraitance parentale.

Problématique : « *Médicalisation et déjudiciarisation de l'Aide à la jeunesse sont-elles au service des besoins de l'enfants ?* ».

b. Justification du guide d'entretien

Se présenter, demander si l'individu accepte d'être enregistré, décrire le but de cette étude.

Moment pour instaurer la confiance avec la personne en face ! Donner le thème général de la recherche mais pas la question de recherche.

Spécifier que les données sont confidentielles et sont uniquement utilisées dans le cadre d'une recherche au sein de la Faculté de Santé Publique de l'UCL.

<i>Justifications</i>	<i>Questions</i>
- Question d'introduction ayant pour objectif d'introduire la personne interrogée et instaurer un climat de confiance.	Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ? (Nom, âge, situation familiale)
- Prendre connaissance du parcours de l'interlocuteur	Quelle est votre fonction/rôle au sein de votre institution pédopsychiatrique ? Relances : * Depuis combien de temps y travaillez-vous ? * Comment votre fonction a-t-elle évolué au cours de cette période ?

	* Qu'avez-vous comme expérience professionnelle en dehors du travail que vous exercez actuellement ? * Quel public cible rencontrez-vous le plus ? Quelles en sont les caractéristiques ?
- Mettre en évidence les mécanismes de placement en institution de soins pédopsychiatrique.	Quelle est votre expérience avec les services de l'Aide à la jeunesse ? Quelles sont vos relations avec l'Aide à la jeunesse ? Relances : * Comment se déroule la prise en charge d'un enfant placé par les services de l'Aide à la jeunesse ? * Racontez-moi les premiers moments, à l'admission de l'enfant ? Les conditions de la prise en charge sont-elles expliquées à l'arrivée ? * Comment ces jeunes sont-ils impliqués dans leur prise en charge ? * Habituellement, quel âge ont les enfants envoyés par les services de l'Aide à la jeunesse ?
- Appréhender le vécu subjectif du mécanisme d'hospitalisation. - Connaître les difficultés rencontrées. - Connaître les différents facteurs qui influent dans l'acceptation de la prise en charge.	Quels sont les barrières et les facteurs facilitants la transition vers un service de pédopsychiatrie ? Relances : * Racontez-moi votre dernière prise en charge qui a été problématique ? * De quelle manière selon vous, la transition pourrait être améliorée ? * Y a-t-il des choses qui sont imposées ? (Horaires, règles) ▪ Si ces dernières ne sont pas respectées, que se passe-t-il ?

- Appréhender le vécu émotionnel de la prise en charge. - Appréhender le soutien social perçu. - Mise en évidence des besoins de l'enfant. ➔ Représentation générale de la problématique	Que pensez-vous de l'environnement dans lequel sont pris en charge les enfants ? Est-il adapté au développement des enfants pris en charge ? De quelle façon les relations avec l'environnement familial sont-elles favorisées ? Quelles sont vos appréhensions concernant la prise en charge de ces enfants ? Relance : * Comment arrivez-vous à établir une relation de confiance avec eux ?
- Mise en évidence du travail de réinsertion sociale réalisé. - Mise en évidence de la collaboration des services de santé mentale pour adulte.	Comment favorisez-vous la réinsertion sociale des jeunes ? Relances : * Comment se déroule le passage à l'âge adulte ? * Comment se déroule la transition entre les services pour enfant/adolescent et les services adultes ? ▪ Quand et comment se fait le transfert ? ▪ Quels rôles avez-vous joué ? * Comment faciliter la continuité des soins au sein des structures pour adultes et ainsi éviter la sortie des soins ?
- Terminer l'entretien en permettant à la personne interrogée de résumer son expérience.	Enfin, selon vous, comment faut-il adapter la prise en charge pour répondre aux besoins de l'enfant ?

Tableau 5 – Elaboration du guide d'entretien pour les professionnels en institution des soins

Annexe n°8 : Elaboration du guide d'entretien pour les professionnels de l'Aide à la jeunesse

- Justification des questions du guide d'entretien

c. Rappel:

Objectif du travail : m'interroger sur la prise en charge des enfants par ces services afin de vérifier s'ils répondent aux besoins de ces enfants et dans quelle mesure ils peuvent contribuer à leur « réinsertion » future ?).

Thème : la médicalisation et la déjudiciarisation de l'Aide à la jeunesse.

Population-cible : personne majeure ayant été prise en charge par un service de pédopsychiatrie à la suite de faits de maltraitance parentale.

Problématique : « *Médicalisation et déjudiciarisation de l'Aide à la jeunesse sont-elles au service des besoins de l'enfants ?* ».

d. Justification du guide d'entretien

Se présenter, demander si l'individu accepte d'être enregistré, décrire le but de cette étude.

Moment pour instaurer la confiance avec la personne en face ! Donner le thème général de la recherche mais pas la question de recherche.

Spécifier que les données sont confidentielles et sont uniquement utilisées dans le cadre d'une recherche au sein de la Faculté de Santé Publique de l'UCL.

<i>Justifications</i>	<i>Questions</i>
- Question d'introduction ayant pour objectif d'introduire la personne interrogée et instaurer un climat de confiance.	Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ? (Nom, âge, situation familiale)
- Prendre connaissance du parcours de l'interlocuteur	Quelle est votre fonction/rôle au sein de votre institution ? Relances : * Depuis combien de temps y travaillez-vous ? * Comment votre fonction a-t-elle évolué au cours de cette période ?

	* Qu'avez-vous comme expérience professionnelle en dehors du travail que vous exercez actuellement ? * Quel public cible rencontrez-vous le plus ? Quelles en sont les caractéristiques ?
- Mettre en évidence les mécanismes de placement en institution de soins pédopsychiatrique.	Qu'évoque, pour vous, le placement d'enfants maltraités en pédopsychiatrie ? Relance : * Pouvez-vous m'expliquer les raisons d'un placement en pédopsychiatrie ? Pouvez-vous m'expliquer ce que vous savez du financement de ces prises en charge en pédopsychiatrie ?
- Appréhender le vécu subjectif du mécanisme d'hospitalisation. - Connaitre les difficultés rencontrées. - Connaitre les différents facteurs qui influent dans l'acceptation de la prise en charge.	Quels sont les barrières et les facteurs facilitants la transition vers un service de pédopsychiatrie ? Relance : * Comment ces jeunes sont-ils impliqués ?
- Mise en évidence des besoins de l'enfant. ➔ Représentation générale de la problématique	Quels types de profil ont les enfants concernés par ces prises en charge ? Relances : * Le profil de l'enfant influence-t-il le choix de l'institution ? * Que pensez-vous de l'environnement dans lequel sont pris en charge les enfants ?

- Terminer l'entretien en permettant à la personne interrogée de résumer son expérience.	Enfin, selon vous, comment faut-il adapter la prise en charge pour répondre aux besoins de l'enfant ?
--	---

Tableau 6 – Elaboration du guide d'entretien pour les professionnels de l'Aide à la jeunesse

Annexe n°9 : Calendrier

Dans le tableau suivant, on trouvera les différentes étapes par lesquelles je suis passée lors de la rédaction de ce mémoire. Il permet de visualiser la progression de ma recherche.

<i>Date</i>	<i>Activités</i>
Octobre 2018	Rencontre avec mon promoteur, précision de la problématique, formulation de la question de recherche et validation du projet
Novembre à décembre 2018	Réalisation de la revue de littérature
Janvier 2019	Correction de la revue de littérature
Février à avril 2019	Réalisation de la méthodologie, entretiens exploratoires en aval, prises de contact
Mai 2019	Récolte et analyse des données, rédaction des résultats
Juin 2019	Rédaction des résultats et de la discussion, accord de défense
Juillet 2019	Finalisation du mémoire, mise en page, remise du mémoire
Août 2019	Présentation orale

Tableau 7- Calendrier

Annexe n°10 : Liste des personnes interrogées, présentation et contexte d'entretien

	Contexte de l'entretien	Durée de l'entretien
Entretiens exploratoires en aval	○ Gestionnaires de projets au service SOS-Enfants Le contexte de ma recherche a été expliqué par mails afin de voir si nous pourrions nous rencontrer pour discuter de ma problématique. Nous avons abordé ensemble mon thème de recherche ainsi que les hypothèses de recherche mises en évidence à la suite de la rédaction de ma revue de littérature. Par la suite, elles m'ont conseillé pour la réalisation de ma démarche empirique en me fournissant des contacts qui pourraient m'aider. L'entretien s'est déroulé dans leur bureau au sein des bureaux de l'Office des naissances et de l'enfance.	30min <i>(Estimation)</i>
	○ Coordinatrice au sein du réseau de santé mentale pour enfants et adolescents Prise de contact par mail et par téléphone afin de fixer une rencontre. J'ai d'abord présenté ma recherche de façon générale. Ensuite, j'ai interrogé la coordinatrice afin de comprendre quelles relations entretiennent le réseau de santé mentale et l'Aide à la jeunesse. Nous avons ensuite contacté un de ses collaborateurs au sein du réseau qui est chargé du volet maltraitance afin qu'il puisse m'orienter dans ma démarche. A la fin du rendez-vous, des adresses mails m'ont été données (pédopsychiatres, présidente de la commission maltraitance). L'entretien s'est déroulé dans les bureaux du réseau.	40min <i>(Estimation)</i>
	○ Directeur général de clinique pédopsychiatrique Prise de contact par mail. Une brève présentation de ma problématique avait été apportée. Nous avons ensuite discuté du profil d'enfants présents au sein de l'institution, des rapports entretenus avec l'Aide à la jeunesse et de la sortie de l'institution. Pour m'aider dans ma démarche, il m'a donné plusieurs pistes pour retrouver des personnes ayant le parcours recherché (maisons d'accueil pour adultes en difficultés (maisons pirates)). L'entretien s'est déroulé dans le bureau du directeur au sein de l'institution. À la suite d'un conflit entre deux enfants à mon arrivée, nous avons été interrompus à plusieurs reprises.	40min <i>(Estimation)</i>

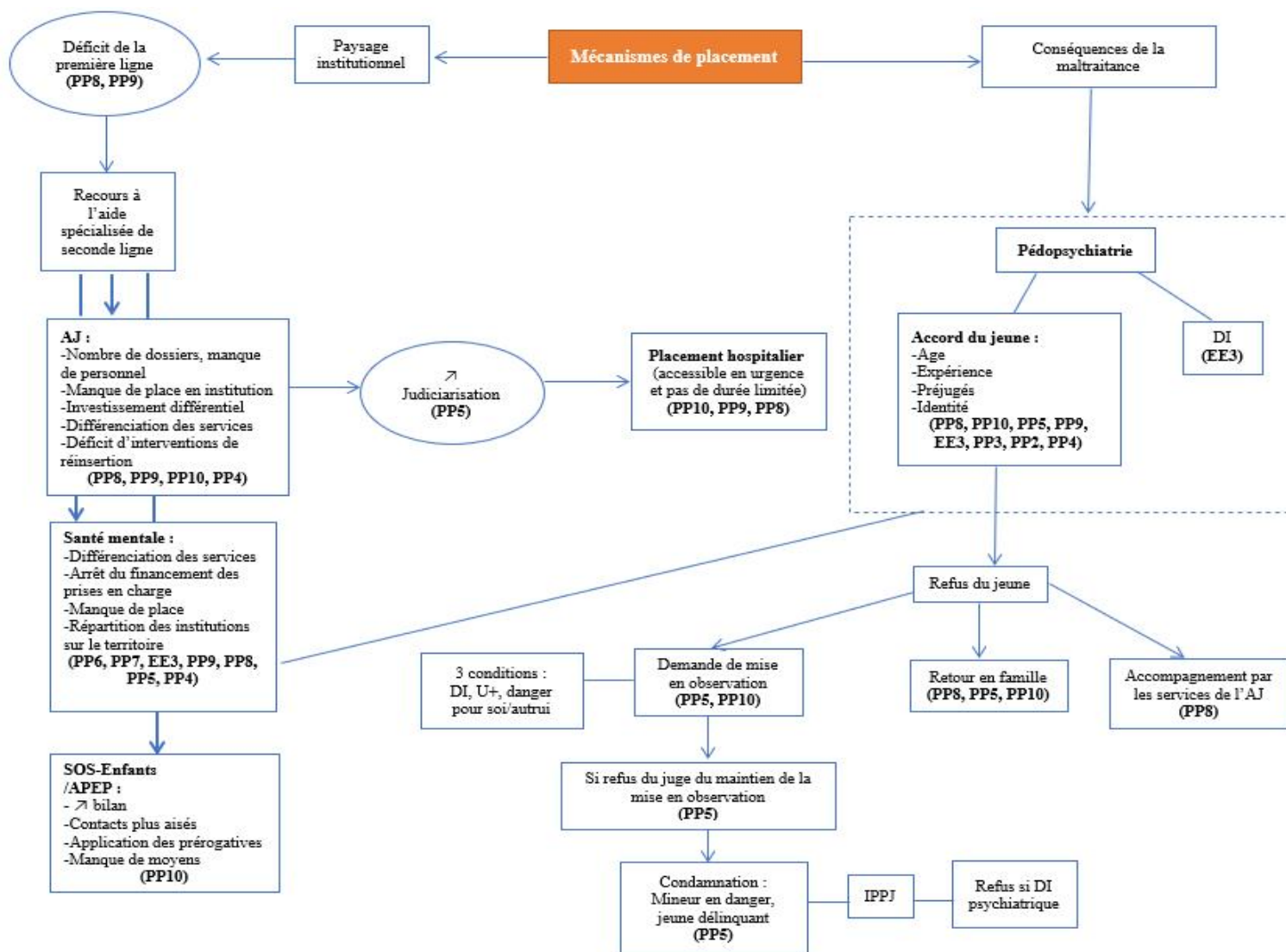
	○ Déléguee de prévention du Service d'Aide à la jeunesse Après plusieurs sollicitations par mails avec le SAJ, la déléguée de prévention a pris contact avec moi. Après avoir expliqué ma recherche, celle-ci a accepté de fixer une entrevue téléphonique étant dans l'incapacité de me recevoir vu son emploi du temps. Lors de l'entrevue, elle a spontanément répondu à ma question, concernant le profil d'enfants envoyé en pédopsychiatrie, des informations complémentaires m'ont été fournies par mails.	24min
Entretiens principaux	○ Partie prenante n°1 (bénéficiaire) À la suite de mon annonce sur les réseaux sociaux, la personne s'est proposée pour passer l'entretien. Nous avons ensuite discuté par téléphone pour voir si elle répondait à mon public cible. L'entretien s'est passé à son domicile, à sa convenance. Etant seule la journée, aucune interruption n'a dérangé son déroulement. De plus, le sujet étant complexe, l'environnement était important afin de favoriser un climat de confiance qui permet de se confier sur ma problématique.	55min
	○ Partie prenante n°2 (bénéficiaire) À la suite de mon annonce sur les réseaux sociaux, la personne s'est proposée pour passer l'entretien. Nous avons ensuite discuté par téléphone pour voir si elle répondait à mon public cible. L'entretien s'est passé dans un bar, l'interrogé préférait que l'endroit soit neutre. L'endroit choisi étant un lieu public, nous avons été interrompus à plusieurs reprises, j'ai donc dû préciser la question et réorienter la conversation.	28min
	○ Partie prenante n°3 (bénéficiaire) À la suite de mon annonce sur les réseaux sociaux, la personne s'est proposée pour passer l'entretien. Nous avons ensuite discuté par messages pour fixer les modalités de la rencontre. L'entretien s'est passé dans un bar, l'interrogé préférait que l'endroit soit neutre. Nous avons fait une pause pendant l'entretien, l'interrogé se sentant mal suite à la remémoration de faits.	58min
	○ Partie prenante n°4 (professionnel) J'ai pris contact avec une structure qui réunit différents professionnels qui rencontre des enfants victimes de maltraitances. Après avoir expliqué ma recherche, une pédopsychiatre a accepté de me rencontrer. L'entretien s'est déroulé dans son cabinet privé, le lieu était propice à l'échange.	46min

	○ Partie prenante n°5 (professionnel) J'ai été mise en relation avec la substitut du procureur du Roi auprès du parquet jeunesse par une connaissance. Elle a accepté de me rencontrer pendant ses heures de travail au parquet, ce qui fait que l'entretien n'a pu être enregistré car étant de garde, nous avons été interrompues par ses collègues et par des coups de téléphone. De plus, pour mieux m'expliquer son rôle dans la prise en charge des jeunes victimes de maltraitance, des dossiers en cours m'ont été présentés. Elle a également fait appel à deux de ses collègues, l'une faisant partie de la commission maltraitance et l'autre, seconde substitut au parquet jeunesse, pour m'éclairer davantage sur l'une ou l'autre question.	1h20min (Estimation)
	○ Partie prenante n°6 et n°7 (professionnel) Lors de mon entretien exploratoire avec la coordinatrice du réseau santé mentale, cette pédopsychiatre m'avait été conseillée. J'ai donc pris contact par mail pour expliquer le cadre de ma recherche et mon intérêt pour passer un entretien avec elle afin de recueillir son expérience. Nous avons convenu d'une date ensemble. Celle-ci m'a proposé de poser mes questions à une éducatrice également afin d'obtenir son expérience. Les enfants du centre étant en activité extérieure, nous avons pu réaliser l'entretien sans interruption au sein de l'unité. L'entretien s'est déroulé dans un bureau du service où elles travaillent à leurs convenances.	38min
	○ Partie prenante n°8 (professionnel) J'ai pris contact avec le service de l'Aide à la jeunesse par mail. Une des conseillères a accepté de me recevoir sous certaines conditions. Etant très prise actuellement, elle était en mesure de me rencontrer à 8h avant de commencer son travail et pour une heure maximum. L'entretien s'est déroulé dans son bureau à sa convenance. Avant de lui poser mes questions, celle-ci a souhaité m'expliquer en quoi consiste la prise en charge du SAJ et quelle est son rôle dans la prise en charge des enfants victimes de maltraitements.	59min
	○ Partie prenante n°9 (professionnel) J'ai d'abord contacté le service de protection judiciaire par mails et par téléphone, n'ayant pas de retour, j'ai demandé à une de mes connaissances qui y travaille de me mettre en relation. Un rendez-vous a été fixé avec l'une des délégués du service. Je tiens à préciser que celle-ci a souhaité obtenir l'entretien au préalable, ce que j'ai refusé pour avoir plus de spontanéité dans les réponses fournies. Nous avons donc convenu qu'elle pourrait obtenir les différentes catégories des questions posées (motif d'admission en pédopsychiatrie, barrières et facteurs facilitants, rôle du SPJ dans ce type de prise en charge, ...). L'entretien s'est déroulé dans une salle de réunion au sein du SPJ.	56min

	○ Partie prenante n°10 (professionnel) J'ai été mise en relation avec une psychologue de l'équipe « Aide et prévention enfants-parents » par la substitut du parquet jeunesse (rencontrée préalablement). Celle-ci a pris contact par téléphone avec elle afin de voir si elle était dans la possibilité de me rencontrer. Nous avons ensuite échangé par mail pour lui expliquer ma recherche et les conditions de l'entretien et pour convenir d'une date et d'un lieu. Nous nous sommes rencontrées dans son bureau en dehors des heures de permanence du service.	1h03min
--	--	---------

Tableau 8 – Liste des personnes interrogées, présentation et contexte d'entretien

Annexe n°11 : Schéma analytique des mécanismes de placement



Annexe n°12 : Schéma analytique du vécu de l'enfant maltraité et placé en institution pédopsychiatrique

