



Quels sont les freins au droit à la santé mentale du jeune ?

Recherche-action réalisée par le
Service Droit des Jeunes Namur-Luxembourg

Juillet 2021

INTRODUCTION.....	6
I. La santé mentale, entre hier et demain	10
Chapitre 1 : Les prémisses de la psychiatrie infantile	11
Chapitre 2 : La psychiatrie belge au XX ^e siècle.....	12
Section 1. La psychiatrie, une machine à faire peur ?.....	13
– L’infrastructure psychiatrique	13
– La surveillance continue / le manque d’intimité	14
– Les traitements	14
– La contrainte.....	15
– Les bruits	15
Section 2. L’avènement du mouvement antipsychiatrie : vers l’acquisition de nouveaux droits.....	16
Chapitre 3 : La volonté de rompre avec le passé.....	17
Section 1. Jusque dans les mots	17
– Une définition qui ne fait pas l’unanimité.....	17
– Le « moment » adolescent.....	20
Section 2. Au-delà des mots	23
– D’un secteur à réformer.....	23
– ... Vers une nouvelle politique de la santé mentale pour enfants et adolescents.....	24
– Une nouvelle politique, oui, mais attention aux pièges.....	26
– Du politique au pratique	27
II. Cadrage en droit.....	28
Partie 1. Des réponses divergentes à des réalités similaires.....	29
Chapitre 1. La transposition d’un modèle protectionnel international.....	30
Section 1. La capacité juridique	30
– La représentation légale du mineur	30
– La protection des personnes vulnérables.....	31
Section 2. Le patient et ses droits	33
– L’aptitude à apprécier raisonnablement ses intérêts.....	33
– Le recours à la médication, une participation au soin effective ?	34
Chapitre 2. Les mesures d’aide et de protection de la jeunesse	39

Préambule : Un casse-tête à la belge	40
Section 1. Le mineur en conflit avec la loi.....	41
– Un arc aux multiples cordes	41
– Les motivations du législateur.....	43
– Des outils à exploiter dans un cadre procédural.....	46
Section 2. Le mineur en danger.....	47
– La santé et la sécurité des enfants au centre des préoccupations	47
– Le cas de la nécessité urgente	48
Section 3. Le mineur en difficulté et la prévention	48
– L’aide volontaire	48
– La judiciarisation.....	49
Section 4. Le passage à la majorité	50
– L’aide volontaire et la prévention	50
– L’aide contrainte	50
– Les mineurs en conflit avec la loi.....	50
Chapitre 3. Les mesures contraignantes applicables au patient	51
Section 1. L’hospitalisation et les mesures internes de protection.....	52
– La contention et l’isolement au nom de la dignité humaine	52
– Des techniques qui marquent les esprits.....	55
Section 2. La mise en observation.....	56
– Une restriction de liberté cadenassée	56
– Des critères sujets à interprétation.....	61
Section 3. L’internement des personnes en défense sociale.....	63
– Une mesure de sûreté qui poursuit un double objectif	63
– La Belgique, bonne élève ?	64
Partie 2. Prise de recul : en pratique, ça se complique !.....	66
Chapitre 1 : Une prise en charge adéquate pour des jeunes à double casquette	67
Section 1. Le trouble mental passé à la loupe	68
– La Cour d’Appel de Mons à la rescousse.....	68
– Un éclairage insuffisant.....	69
Section 2. “Lits for-K”, “UTI for-K”, quèsaco ?	71

– Un statut précaire et prétendument temporaire qui s’enracine.....	71
– Bilan 20 ans plus tard	73
– Une bulle d’impunité.....	75
Section 3. La pierre angulaire du paysage institutionnel.....	78
– Immersion dans les travaux parlementaires	78
– Le rapport du KCE	80
Chapitre 2. Un grand bal échevelé	83
Section 1. Un sentiment de solitude sectorialisé	83
– La chaise musicale infernale	83
– L’incontournable ping-pong institutionnel.....	87
– Des magistrats au pied du mur	90
Section 2. Un renforcement de la violence institutionnelle.....	93
– Une multiplication des abandons	93
– Un cocktail détonant.....	94
– Un manque d’adaptabilité ! Oui mais de qui ?.....	97
Chapitre 3. Un rendez-vous manqué	102
Section 1. Des portes d’entrée inestimables.....	103
– Le travail non mandaté comme adjuvant	103
– Des premières lignes négligées	107
Section 2. À force de taper sur le clou, on finit par l’enfoncer !.....	109
– Un chemin jonché d’obstacles.....	109
– Une perte de confiance envers les professionnels	114
III. Analyse des entretiens	116
Chapitre 1. Méthodologie.....	117
Section 1. La théorie de l’acteur-réseau ou la sociologie de la traduction.....	117
Section 2. Pourquoi utiliser cette théorie de l’acteur-réseau ?	118
Chapitre 2. Le porte-parole	119
Section 1. La stigmatisation	119
Section 2. Accès aux services : volontaire, soutenu ou contraint.....	121
Chapitre 3. La problématisation	123
Section 1. Le cas d’Hélène	124

Section 2. L'échec de la problématisation	126
Section 3. Le point de passage	127
Chapitre 4. L'intéressement	128
Section 1. Le cas de Jean-Kévin.....	128
Section 2. L'intermédiaire.....	130
– La transformation d'une identité	130
– Le médiateur entre les acteurs	131
Section 3. L'échec de l'intéressement.....	132
Chapitre 5. L'enrôlement et la mobilisation.....	134
Section 1. L'innovation d'un rôle	134
Section 2. L'identité primordiale : l'être vivant.....	135
Section 3. L'expansion du réseau.....	137
Section 4. Vigilance	139
– La violence institutionnelle	139
– Le secret professionnel.....	139
Chapitre 6. Soigner <i>entre</i> les acteurs.....	141
Section 1. Controverses.....	141
– Médication.....	142
– Isolement.....	143
Section 2. Les problèmes du système : ping-pong institutionnel.....	145
Section 3. Statut, fonction et rôle	147
Section 4. Une rencontre et une aide.....	150
– Bricoler la modalité du soin	151
– Un milieu, un collectif.....	153
CONCLUSION.....	156
Bibliographie.....	159
Législation.....	159
Jurisprudence.....	160
Doctrines.....	160
Avis, déclarations, dossiers, observations générales et rapports.....	162
Presse.....	163

MERCI...

Tout d'abord, nous remercierons infiniment les jeunes puisque sans eux, ce projet n'aurait pu exister. C'est grâce à leur courage, leur sincérité et leur mobilisation que nous avons pu avancer, étape après étape, dans ce projet qui nous est cher. Ils se sont tous pliés au jeu avec bienveillance, avec maturité, avec une capacité de prise de recul et parfois d'analyse déconcertantes. Pour cela, nous ne les remercierons jamais assez.

Nous remercions également les professionnels rencontrés pour ces échanges vifs et sans langue de bois. La collaboration bienveillante entre services (et secteurs) commence par la compréhension du contexte de travail de chacun. En faisant preuve de franchise et d'humilité, ces professionnels nous ont permis de porter un regard constructif, compréhensif voire compatissant sur leurs réalités quotidiennes. Si la lecture de ce rapport peut avoir un impact sur la façon dont le professionnel va aborder le jeune aux besoins multiples et interagir avec le secteur ou le service dont il ne dépend pas, nous avons tout gagné.

Au sein de l'ASBL RTA avec laquelle nous avons collaboré, nous remercions Jacqueline Fastrès et Jean Blairon pour leur soutien, pas que méthodologique; Saki Kogure pour sa proposition d'analyse innovante ainsi que Damien Libert et Olivier Gobert pour leur intervention technique dans le cadre de la réalisation des capsules vidéo. Chaleureusement, nous souhaitons adresser à ces derniers une mention particulière pour la gentillesse, l'écoute, la patience et l'adaptabilité dont ils ont fait preuve tout au long des journées de tournage.

Enfin, merci à la Fondation Roi Baudouin et aux CAAJ/Conseils de prévention de Marche-en-Famenne et d'Arlon pour leur soutien financier et leur volonté manifeste de prioriser - déjà en amont de la pandémie - les actions relatives à la santé et aux droits des jeunes.

INTRODUCTION

Tom a 19 ans. Il perçoit un RIS taux isolé et vit dans un kot qu'il n'entretient pas. Le logement est devenu insalubre en raison de la présence de ses chiens, qui l'ont endommagé et souillé. Tom ne paie pas ses factures. Son kot n'étant pas chauffé, il tombe souvent malade. Il ne mange pas toujours à sa faim. Il est suivi par l'ASBL Phénix concernant sa consommation de stupéfiants. Tom est en probation pour divers délits commis alors qu'il appartenait à un gang. Il doit se tenir à carreaux mais il est révolté. Devant faire face à de nombreuses difficultés, il se sent impuissant. Il n'accepte pas la lenteur administrative de certaines démarches. Il ne se sent pas pris en considération et dit vouloir « du concret » pour se voir avancer. Pourtant, Tom ne va pas au bout de ses démarches et met systématiquement en échec les projets envisagés. Il estime avoir 15 ans d'âge mental et se dit conscient de ne pas avoir eu une enfance normale. Abandonné par ses parents biologiques, il vit dans la rue, où il consomme des stupéfiants malgré son jeune âge, lorsqu'il est adopté par un couple belge. En raison de la violence qu'il témoigne et des nombreux conflits qui en découlent, ses parents adoptifs finissent par lui demander de quitter le toit familial; il est âgé de 18 ans lorsqu'il se retrouve à la rue. Tom souffre de carences affectives mais refuse d'être aidé sur le plan de la santé mentale. À l'origine, Tom contacte notre service pour régler un conflit avec son bailleur.

À 17 ans, Pimprenelle décide de quitter le cocon familial, où elle subit de mauvais traitements, pour aller vivre chez sa compagne. La jeune fille a tendance, lorsqu'elle éprouve un mal-être ou rencontre des difficultés avec sa compagne, à se faire du mal. À plusieurs reprises, elle a dû être hospitalisée en urgence suite à des surdosages de médicaments. Pimprenelle exprime avoir conscience de souffrir de problèmes de santé mentale et vouloir s'en sortir. Cependant, si elle reconnaît qu'une aide lui est nécessaire, à chaque fois qu'elle entreprend une démarche en ce sens (prise de RDV avec un psychologue, appel aux équipes mobiles ou visite d'un hôpital psychiatrique), elle finit par l'avorter et faire marche arrière. La jeune fille n'a, en fin de compte, jamais bénéficié de prise en charge au niveau de sa santé mentale. Elle met à mal ou perd tout ce qu'elle construit. À l'origine, Pimprenelle fait appel à notre service dans le cadre de ses démarches de mise en autonomie.

Karl est majeur et vient nous rencontrer dans le cadre de nos permanences décentralisées au sein de l'ASBL Une Main Tendue. Il vit en rue et dort à l'abri de nuit, dans un squat ou encore chez une amie. Karl bénéficie du RIS taux isolé et est en procédure de règlement collectif de dettes. Il présente un léger retard mental et sa reconnaissance AVIQ doit être réactivée. Suite à des dépenses superflues répétées, sa médiatrice de dettes lui laisse peu de latitude au niveau de la gestion de son budget. Frustré, il la contacte régulièrement, en l'agressant, pour lui réclamer de l'argent supplémentaire. Karl consomme des stupéfiants (cannabis, ecstasy, LSD et d'autres dont il ne connaît pas le nom mais qu'il appelle « mes pilules tête de mort »). En société et avec ses amis, Karl est gentil et plutôt naïf. Il explique ne pas savoir dire non. Il prête souvent de l'argent aux autres, ce qui le met en difficultés. Il explique avoir pris distance avec ses parents, qui profitaient de lui et vidaient ses comptes bancaires. Karl déclare avoir été diagnostiqué bipolaire et schizophrène mais ne prend plus son traitement depuis des années parce que ses médicaments le rendaient nerveux et l'insécurisaient. Par crainte d'être à nouveau médiqué, il refuse catégoriquement de consulter des professionnels de la santé mentale. Pourtant, il entend des voix qui l'empêchent de dormir. À l'origine, Karl sollicite l'aide de notre service pour trouver un logement et rétablir la communication avec sa médiatrice de dettes.

Ces dernières années, notre service se voit de manière croissante sollicité par des jeunes présentant des troubles de la santé mentale, en errance, qui ont rencontré par le passé nombre de services et d'intervenants vers lesquels ils ne souhaitent plus être orientés.

Les demandes que nous sommes amenés à traiter ne relèvent jamais seules de la santé mentale mais cette dernière complexifie souvent les démarches et leurs aboutissements. Le travail de la demande nous invite à prendre cet aspect en compte dans l'accompagnement que nous tentons de mettre en place. Par contre, le travail « à la demande » du jeune limite nos possibilités d'action.

Pour beaucoup de jeunes, et de familles, la seule évocation du CPMS, d'un Centre de Planning Familial, d'un Service de Santé Mentale, voire d'une consultation chez un psychologue privé, les rebute. Les jeunes expriment le sentiment d'être « blasés », que rien ne pourra être fait pour eux. Les structures de prises en charge existantes ne semblent pas répondre à leurs attentes. Généralement démissionnaires, ils mettent presque systématiquement à mal les rendez-vous organisés par nos soins et expriment parfois avec virulence leur opposition aux pistes que nous leur proposons. Ils en viennent à minimiser la situation et à vouloir trouver des solutions de leur côté. Plus tard, lorsqu'ils se décident à pousser à nouveau les portes de notre service ou de celles de services spécialisés, de multiples obstacles viennent obstruer leurs initiatives.

Nous avons même pu observer que certains jeunes, en raison de leur représentation de la santé mentale, préfèrent porter l'étiquette de « délinquant » que de malade, refusant d'emblée de s'inscrire dans un parcours de soin alors même qu'ils expriment un mal-être, des angoisses, des instabilités d'humeur, des problèmes de consommation, etc.

Au départ de ces réflexions est née notre envie d'essayer de comprendre, de façon intersectorielle, ce qui freine le respect du droit à la santé mentale du jeune. Est-ce le système de prise en charge ou les représentations que se font les jeunes de la santé mentale ?

Avec le soutien méthodologique de l'ASBL RTA, nous avons défini les contours de notre recherche-action : *la santé mentale contient une série très variée de dispositifs. La plupart de ces dispositifs renvoient une image négative auprès de ceux pour lesquels ils pourraient être utiles. Nous souhaitons par ce projet éviter la stigmatisation des jeunes usagers par les dispositifs, mettre au travail les idées des jeunes et trouver des moyens pour en favoriser l'accès.*

Une fois notre projet balisé, nous l'avons organisé en trois phases : la rencontre de jeunes et de professionnels et le recueil de leur parole; la création d'un outil de déstigmatisation de la santé mentale *par* et *pour* les jeunes; l'analyse des entretiens contextualisée dans un rapport écrit.

Dans un premier temps, nous avons recueilli le témoignage de 18 jeunes au travers d'entretiens semi-directifs. Notre idée était d'adopter une approche très ouverte, sans stéréotype, pour ne pas enfermer le jeune dans l'idée qu'il est sujet à problème et le renforcer dans son étiquette de "personne différente". Le guide d'entretien a été pensé en regard de quatre larges catégories de questions portant respectivement sur l'accès, l'usage, les rapports et les effets du dispositif.

Parmi ces **18 jeunes âgés de 15 à 21 ans**, 11 ont été rencontrés sur la province de Namur et 7 sur la province du Luxembourg; 12 se sont présentés comme étant de sexe féminin et 6 de

sexe masculin; 13 ont mentionné un parcours en aide et/ou protection de la jeunesse (ci-après « parcours AJ »); plus de la moitié des jeunes ont été connus dans le cadre de suivis individuels au SDJ tandis que les autres ont été rencontrés via des partenaires du secteur de la jeunesse (AMO, SRS et IPPJ) qui ont relayé notre appel à témoignages auprès de leur public de jeunes¹.

Pour garantir leur anonymat, elles ont choisi de s'appeler **Alice** (19 ans, Luxembourg), **Annette** (20 ans, Namur), **Bandit** (17 ans, Namur), **Chantal-Diégo** (15 ans, Namur), **Esma** (19 ans, Luxembourg), **Hélène** (16 ans, Namur), **Julie** (19 ans, Namur), **Laora** (17 ans, Namur), **Laura** (17 ans, Namur), **Lucette** (20 ans, Luxembourg), **Marie** (19 ans, Luxembourg) et **Mashka** (17 ans, Namur). En minorité dans cet échantillon de jeunes témoins, les garçons se sont surnommés **Florian** (21 ans, Namur), **Jean-Kévin** (18 ans, Namur), **Jules** (19 ans, Namur), **Jean-Michel** (19 ans, Luxembourg), **Kirito** (17 ans, Luxembourg) et **Robert** (16 ans, Luxembourg).

Ensuite, **13 professionnels** dont la fonction a été directement ciblée par les jeunes ont accepté de se confronter aux témoignages de ces derniers. Tant le secteur de l'Aide à la Jeunesse que celui de la Santé Mentale est représenté. Masculinisés pour garantir leur anonymat, ils travaillent sur la Province de Namur ou du Luxembourg.

Les **5 représentants du secteur de l'Aide à la Jeunesse** sont précisément Direction d'une IPPJ, Juge de la Jeunesse, Membre de Direction d'un SRS, Psychologue dans un SRS, Travailleur dans un SRS. Quant aux **8 représentants du secteur de la Santé Mentale**, ils sont Anthropologue stagiaire dans l'unité pédopsychiatrique d'un centre neuropsychiatrique, Pédopsychiatre en centre de santé mentale et en hôpital, Pédopsychiatre dans la clinique pour enfants et adolescents d'une institution de soins spécialisée en psychiatrie et en santé mentale, Psychologue dans un Centre PMS, Responsables d'une équipe mobile de crise, Travailleur social dans l'unité pédopsychiatrique d'un centre neuropsychiatrique, Zoothérapeute et Psychologue dans un Centre PMS.

Dans un second temps, la création d'un outil poursuivant les objectifs suivants a été pensée : valoriser l'image des jeunes et contribuer à la « bonne » santé mentale; déstigmatiser le secteur de la Santé Mentale et permettre au jeune une prise en charge adaptée; renforcer des partenariats intersectoriels améliorant directement la prise en charge des jeunes; mettre en œuvre des stratégies de promotion de la santé mentale et de prévention de problèmes en santé mentale; à titre subsidiaire, sensibiliser les professionnels encadrants. Dans ce cadre, nous avons concrétisé notre action de prévention sous la forme de capsules de sensibilisation élaborées pour les jeunes, par les jeunes, au départ de leurs témoignages. Outre l'engouement que les jeunes ont manifesté dès les prémices de la construction des capsules vidéo, la mobilisation dont ils ont fait preuve au fil des rencontres et le sentiment de fierté non dissimulé que leur a procuré le visionnage des vidéos finalisées donnent à la concrétisation de cet outil une saveur de « mission accomplie », qui se voit directement appuyée par le témoignage professionnel qui suit.

¹ Le secteur de la santé mentale a également été mobilisé dans le but de trouver des jeunes prêts à témoigner pour nous mais ce canal d'accès n'a pas porté ses fruits.

« [...] j'ai envie de vous répondre par rapport à une jeune qui m'a fait tout le chemin de son expérience de vie et de grandes souffrances par rapport à l'abandon de ses parents et où l'abandon est revécu notamment lors des hospitalisations où elle se mettait tellement en danger avec des mises en scène de souffrance terrible, avec des passages à l'acte suicidaire et cetera, qu'elle était hospitalisée. Elle était d'abord placée dans plusieurs institutions, tellement difficile à gérer qu'elle s'est retrouvée à l'hôpital; à l'hôpital, tellement difficile à gérer qu'il y a eu un time-out dans un autre hôpital. Sortie de cet autre hôpital, elle est revenue et puis là, elle a appris que finalement l'institution où elle était ne la reprenait pas tellement elle était mal. Mais c'est des années après que dans mon bureau, elle dit sa détresse d'avoir entendu que tout le monde l'abandonnait, en fait. Et donc c'est vrai que parfois [...] tout ce que les jeunes attendent c'est qu'on leur dise "mais on va faire attention à toi, on va prendre soin de toi, on est là pour toi et on va essayer de faire quelque chose quoi". **Le lien [...] le lien aussi ça c'est vraiment quelque chose à travailler entre jeunes et ça aussi ça fait partie de la prévention. Le lien entre eux, le fait que les jeunes entre eux aient des liens constructifs, et pas malsains, et pas vicieux [...]** » (Pédopsychiatre en centre de santé mentale et en hôpital).

Parallèlement à la construction des capsules vidéo, les entretiens recueillis ont fait l'objet d'une étude minutieuse qui a été retranscrite dans le présent rapport écrit. Cette étude - prioritairement destinée à un public professionnel - contient trois parties. La Première consiste en une mise en contexte historique de la psychiatrie. La Seconde pose le cadre légal applicable en la matière et met en lumière les fossés et difficultés relevées entre la théorie et la pratique. Au sein de la Troisième partie, les entretiens sont analysés sous un angle d'approche inédit : celui de la théorie de l'acteur-réseau, autrement dénommée sociologie de la traduction.

I. *La santé mentale, entre hier et demain*

« En Belgique, 20 à 25 % de la population souffriraient d'un problème de santé mentale. Autant dire que les questions relevant de la prise en charge de ces pathologies sont loin d'être secondaires. Pourtant, ici, comme en France, de nombreuses personnes touchées par des troubles psychiques se retrouvent à la rue. On estime d'ailleurs que la moitié des SDF serait atteints de psychose. En 2010, le gouvernement a décidé de lancer « Psy 107 » pour réformer les soins psychiatriques. Cette réforme devait faire sortir les malades des murs de l'hôpital pour qu'ils soient pris en charge par des soins ambulatoires afin de travailler, dans la mesure du possible, à leur réinsertion sociale »².

Ce type d'article, accrocheur et sensationnaliste, se retrouve régulièrement dans la presse et les médias. Les titres, le vocabulaire, les chiffres participent à alimenter et renforcer les représentations en matière de troubles psychiques et de santé mentale. Les termes de « fêlés », « tarés », « fous », « malades », « psychoses » procurent chez le lecteur une sensation de peur, d'angoisse et d'insécurité. Dans une certaine mesure, on pourrait même y voir un parallèle avec le milieu carcéral (sortir des murs, réinsertion sociale,...) renvoyant également à des notions de danger, d'insécurité. N'est-il pas paradoxal qu'un article parlant de la réinsertion sociale génère pourtant chez le lecteur un ressenti de danger et de peur qui pourrait alors justifier une attitude de rejet et d'exclusion ?³

Ces chiffres à consonance alarmante nous amènent directement à questionner ce que, dans le sens commun, on entend par « santé mentale ». D'ailleurs, celle-ci revêt plusieurs définitions, ce qui atteste de sa complexité. Comme nous le verrons, bien que la définition de la santé mentale évolue avec le temps, l'image ancestrale de la psychiatrie reste prégnante dans la société actuelle.

Cette première partie du rapport vise à éclairer le lecteur tant sur l'histoire de la psychiatrie que sur la sémantique du concept. Nous aborderons dans un premier chapitre les prémisses de la psychiatrie infantile en Belgique. Le second chapitre parcourt l'évolution de la psychiatrie en Belgique au cours du 20^{ème} siècle. Le 3^{ème} et dernier chapitre de cette partie aborde la question sémantique de la définition de l'objet même de ce rapport, « la santé mentale », ainsi que les difficultés inhérentes à un élargissement de la définition. Enfin, nous aborderons la réforme initiée en 2012 pour une nouvelle politique de soins en santé mentale.

² A. KRESCHER, « Malheureux, les fêlés », *Télépro*, 14 mars 2019, pp. 26-27.

³ Extrait de notre diagnostic social 2020 (consultable sur www.sdj.be).

Chapitre 1 : Les prémisses de la psychiatrie infantile

À la fin du 19^{ème} siècle, les psychiatres sensibles aux fragilités des enfants se voyaient encore obligés de concentrer leur travail sur les adultes en raison de l'absence de « vrais » débouchés professionnels dans le domaine de la psychiatrie infantile. Malgré cet intérêt manifeste, elle a seulement été institutionnalisée après la seconde guerre mondiale en Belgique.⁴

La toute première section pour enfants voit le jour en 1854 à Gand, au sein d'une institution asilaire classique. Les enfants pris en charge dans cette institution sont considérés comme « arriérés » et l'encadrement des psychiatres consiste à mettre en place des « critères d'évaluation de l'intelligence des enfants »⁵. Au départ, la psychiatrie infantile belge s'intéressait donc aux enfants porteurs d'un handicap mental et ne parlait ni de maladie ni de trouble mental, et encore moins... de santé mentale.

L'avènement du 20^{ème} siècle amène son lot de réformes en matière de droits de l'enfant⁶. Dans ce mouvement, certains psychiatres s'expriment en faveur de la création d'une « discipline psychiatrique dédiée à l'enfance »⁷.

Progressivement, au départ des enfants nés « anormaux » émerge une seconde catégorie d'enfants considérés comme « déviants » en raison de l'influence de leur milieu de vie (que ce soit leur famille ou leur lieu de vie). Durant l'entre-deux-guerres, le secteur psychiatrique distingue deux types de profils : les enfants dits « arriérés » et les enfants dits « délinquants ». Ovide Decroly - médecin spécialisé en anatomopathologie⁸ et en neuropsychiatrie - déclare d'ailleurs : « l'enfant anormal peut être un aliéné ou un criminel en puissance; l'aliéné et le criminel ont souvent été des enfants normaux »⁹. En parallèle, toute une série d'institutions de protection de la jeunesse voient le jour pour prendre en charge les enfants en danger, ceux-ci étant également distingués des « enfants délinquants ».

À l'époque, « la délinquance des mineurs est rapidement médicalisée »¹⁰. Des quartiers d'observation sont créés pour déceler les maladies mentales. « Chaque mineur est soumis à un questionnaire très précis, qui permet de déterminer la déficience dont il souffre afin de mieux orienter le régime éducatif : “Tous les mineurs confiés à l'observation marquent une déficience”, explique Paul Wets, juge des enfants de Bruxelles. “Cette déficience les a entraînés vers la réaction criminelle” »¹¹.

⁴ B. MAJERUS et V. MASSIN, « Des psychiatres et des enfants; une histoire belge autour du congrès de 1937 », *Revue d'Histoire de l'enfance "irrégulière"* [en ligne], 18/2016, mis en ligne le 30 novembre 2018.

⁵ *Idem*, p. 151.

⁶ Not. 1899 : Loi interdisant le travail des enfants; 1912 : Loi sur la Protection de l'Enfance; 1914 : Loi sur obligation scolaire.

⁷ B. MAJERUS et V. MASSIN, *op. cit.*, p. 152.

⁸ Spécialité médicale qui consiste à examiner les organes, les tissus ou les cellules pour repérer et analyser des anomalies liées à une maladie.

⁹ B. MAJERUS et V. MASSIN, *op. cit.*, p. 154.

¹⁰ V. MASSIN, « Défense sociale » et protection de l'enfance en Belgique. Les filles délinquantes de l'école de bienfaisance de l'État à Namur (1914-1922) », *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »* [En ligne], 9/2007, mis en ligne le 01 novembre 2009, URL : <http://journals.openedition.org/rhei/2473> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/rhei.2473>.

¹¹ *Idem*.

Il aura fallu attendre 1923 pour qu'Ovide Decroly prenne distance avec l'approche proposée jusqu'ici des « arriérés ». « Il estime que l'étude de l'enfant psychotique permettrait de mieux comprendre l'étiologie des maladies mentales chez l'adulte. Il ne nie pas l'existence d'affections semblables chez l'enfant et chez l'adulte mais il souhaite établir quelles sont les différences entre la psychiatrie de l'adulte et la psychiatrie de l'enfant. Il évoque alors la puberté comme une période transitoire, au cours de laquelle les deux types de psychiatries sont susceptibles de s'associer. Mais en dehors de cette période transitoire, la psychiatrie de l'enfant devrait nécessairement être distincte de celle de l'adulte "car le traitement des anomalies mentales infantiles ne peut porter ses fruits, si l'on part exclusivement du point de vue de la psychiatrie adulte" »¹².

On le comprend, les prémisses de la psychiatrie infantile sont marquées par un amalgame entre maladie mentale, handicap et délinquance. Cet amalgame restera longtemps présent de sorte que – aujourd'hui encore et après avoir animé bien des débats – l'article 122 alinéa 2 du Code de l'aide à la jeunesse de 2018¹³ (dénommé « Code Jeunesse » dans le cadre du présent rapport) peine à être appliqué alors même qu'il tente de distinguer ces catégories (délinquance, handicap et trouble mental).

« Maintenant que dans une IPPJ normalement avec les nouvelles, le nouveau décret (...), si un jeune souffre d'un trouble même un trouble mental [...] ou d'une maladie mentale avérée, qu'il y a eu un rapport circonstancié avant, on ne devrait plus avoir ce type de jeunes placés qu'on a quand même » (Direction d'une IPPJ).

Chapitre 2 : La psychiatrie belge au XX^e siècle

« Il n'y a pas de mise en avant de l'hôpital actuellement comme lieu où ça peut bien se passer. On reste avec des vieilles images, qui ne sont plus justes. Malheureusement, parfois, elles sont encore justes quand même mais en fonction de certaines unités, il y a moyen de présenter autre chose que l'hôpital psychiatrique de l'ancienne époque où on entrait et où on ne sortait jamais (...). On entrait, on était médiqué d'emblée et on ne voyait plus jamais la lumière du jour parce qu'on était constamment endormi » (Travailleur social dans l'unité pédopsychiatrique d'un centre neuropsychiatrique).

« Avant, les hôpitaux psychiatriques c'était la psychiatrie longue, lourde où c'était très paternaliste, on savait ce qui était bon pour les patients, ils devaient être en bonne santé, on décidait pour eux parce qu'ils étaient incapables de décider. Maintenant, on a renversé la vapeur : en hôpital psychiatrique c'est le patient qui fait sa vie, on ne cherche pas à ce qu'il soit normal, sain. Il y a des patients qui délirent sur le cannabis et qui ont envie de consommer du cannabis, c'est leur vie, on va travailler ça avec eux, on va essayer le plus possible de travailler avec le fait que ce sont les patients qui restent acteurs, demandeurs, nous on les accompagne, on leur donne les informations, on les conseille, on les soutient mais ça reste eux qui décident de ce qu'ils veulent faire, on essaye que ce soit le plus possible des partenaires, c'est eux qui

¹² B. MAJERUS et V. MASSIN, *op. cit.*, p. 156.

¹³ Décret du 18 janvier 2018 portant le code de la prévention, de l'aide à la jeunesse et de la protection de la jeunesse, *M.B.*, 3 avril 2018.

décident de la vie qu'ils veulent avoir » (Pédopsychiatre dans la clinique pour enfants et adolescents d'une institution de soins spécialisée en psychiatrie et en santé mentale).

Nous l'avons vu, la psychiatrie infantile a eu du mal à s'institutionnaliser en Belgique, les enfants ayant été longtemps considérés et pris en charge comme des adultes. Aujourd'hui, lorsque nous pensons à la psychiatrie au sens large (quel que soit l'âge), beaucoup sont traversés par des images négatives et c'est également le cas pour les jeunes et professionnels que nous avons rencontrés. Les vieilles méthodes de soin, l'enfermement, la contrainte ... sont autant d'images qui restent profondément ancrées bien que la seconde moitié du 20^{ème} siècle amène un mouvement antipsychiatrique qui ouvre la voie aux droits des patients. Sans avoir la prétention de retracer de manière détaillée l'évolution historique de la psychiatrie, voyons dans ce chapitre, d'abord, quelques éléments de fonctionnement datant de la première moitié du siècle dernier qui hantent encore la conscience collective pour, ensuite, passer en revue l'avènement du mouvement antipsychiatrie amorcé durant la seconde moitié du 20^{ème} siècle.

Section 1. La psychiatrie, une machine à faire peur ?

Si nous réalisons un micro-trottoir sur les représentations de la psychiatrie, on nous répondrait certainement : hôpital, électrochocs, lobotomie, cris, personnes semblables à des zombies déambulant en peignoirs dans les couloirs, vol au-dessus d'un nid de coucou... Toutes ces représentations émanent d'un passé pas si lointain. Même si - nous le verrons plus tard - le secteur a bien évolué, ces représentations restent très prégnantes et influencent parfois négativement le recours au soin.

Nous avons choisi de mettre l'accent sur quelques pratiques en raison de leur omniprésence dans les discours et représentations recueillis dans le cadre de notre projet.

– L'infrastructure psychiatrique

Il est intéressant d'observer que certains hôpitaux psychiatriques semblent éloignés/exclus des villes : les « *Marronniers* » à Tournai, « *Les Chênes aux Haies* » à Mons, « *Dave* » à Namur, « *La Clairière* » à Bertrix. Ces hôpitaux, par leur implantation géographique, semblent physiquement mettre à l'écart les personnes présentant des fragilités psychiques. Pourquoi mettre autant de distance ? Y a-t-il une volonté de ne pas les voir ? Cette distance ne favorise-t-elle pas au contraire la propagation d'idées préconçues, de sens commun et les stigmatisations ?¹⁴

Au-delà du caractère excentré des institutions psychiatriques, les bâtiments de l'époque, en eux-mêmes semblent dégager une atmosphère particulière. Tout semblait réfléchi pour éviter la fuite des patients. Aussi, des barrières¹⁵ étaient placées tout autour de certaines structures. Les agencements internes étaient pensés dans la même logique. Citons, par exemple, des serrures identiques à toutes les portes permettant au personnel de circuler facilement en cloisonnant les

¹⁴ À ce titre, l'ouvrage « *Stigmate* » d'Erving Goffman semble particulièrement intéressant et toujours d'actualité.

¹⁵ À l'Institut annexé à l'hôpital Brugmann de Bruxelles, il existait deux types de barrières : les barrières douces étaient composées de végétation; cachées derrière se trouvaient les barrières dures (murs, fils barbelés...).

patients, la disposition des dortoirs, etc. Benoît Majérus retranscrit dans son ouvrage le témoignage d'un ancien patient : « *Vivre pendant deux mois avec des "incurables" sérieux n'est pas une sinécure. Imaginez une pièce de 20 mètres sur 10 dont les murs ont 8 mètres de hauteur. Les murs sont sales et mal peints. Le revêtement de sol est craquelé. Treize lits sont disposés le long des murs. Une table immense trouve sa place contre le mur restant. Dans un coin, une baignoire et deux éviers. Dans un autre, les commodités. Le tout au vu et au su de tout le monde. A côté de ces dortoirs se trouve une pièce presque aussi grande où l'on a disposé des sièges et un poste de radio qui hurle toute la journée* »¹⁶.

– La surveillance continue / le manque d'intimité

En complément de structures élaborées et réfléchies pour éviter les fuites et les tentatives de suicide, les patients font l'objet d'une surveillance continue, partout et tout le temps. Par exemple, comme le souligne le patient dans l'extrait ci-dessus, les lieux d'aisance sont, dans certaines structures, placés dans les dortoirs à la vue de tous. Les faits et gestes des patients étaient épiés en permanence et relatés dans un cahier. Par exemple : « *Paraissait anxieuse, avait peur – réclamait sa petite fille en pleurant, s'est levée plusieurs fois en se dirigeant vers d'autres malades; à d'autre moment était assise dans son lit – reçu Br. Chl. mais ne s'est endormie que vers 3 heures* »¹⁷.

– Les traitements

Peu de traitements étaient utilisés à l'époque (quelques traitements médicamenteux, le bain, le coma insulinaire, la malariathérapie...). Le bain semble avoir été appliqué en masse. Certaines structures en faisant d'ailleurs un rituel d'entrée. Il était utilisé de force pour calmer les patients (parfois avec une planche ou une toile permettant uniquement de sortir la tête). Le bain pouvait durer un certain nombre d'heures allant parfois jusqu'à plus de 24h !

Certains traitements restent ancrés dans les mémoires en raison de leur violence, et ce bien qu'ils ne soient plus utilisés depuis de nombreuses années ou qu'ils n'aient pas été utilisés sur une longue période; le traitement par électrochocs et la lobotomie sont certainement ceux auxquels chacun pense. Cette dernière s'impose en Belgique après la seconde guerre mondiale¹⁸ et, à l'époque, « *pour ce traitement lourd qui conduit souvent à un état d'apathie assez prononcé, les psychiatres ne demandent ni l'accord des patients, ni de la famille. Par contre le ministère de la tutelle doit donner son accord* »¹⁹. Aujourd'hui, cette façon de procéder nous semble inconcevable.

Nous le verrons plus tard, même si les traitements ont évolué, ils restent pour certains jeunes, même dans leur forme actuelle, un frein au soin en raison des représentations négatives qu'ils conservent ou de leurs effets secondaires.

¹⁶ B. MAJERUS, « Parmi les fous. Une histoire sociale de la psychiatrie au XXe siècle », collection « Histoire », Presses universitaires de Rennes, p. 67.

¹⁷ *Idem*, p. 79.

¹⁸ *Idem*, p. 233.

¹⁹ *Idem*, pp. 233-234.

– La contrainte

La psychiatrie de l'époque ne semble pas tenir compte de la parole du patient. Celle-ci étant souvent prise comme un symptôme de la maladie et donc une raison supplémentaire de ne pas en tenir compte. Nous l'avons déjà vu, de nombreuses pratiques contraignantes sont utilisées que ce soit dans les traitements, la mise au bain forcée à l'entrée, le fait de devoir resté alité (voir d'y être attaché), l'utilisation de la camisole de force. Benoît Majérus exemplifie la contrainte : « *La mise au lit en pleine journée est considérée comme vexatoire et conduit le patient à se révolter contre le règlement en vigueur. Dès le premier jour, le patient fait alors l'expérience des limites de sa liberté et des moyens de coercition dont dispose le personnel soignant. Dans le cas de Bruno B., les conséquences sont assez lourdes : il ne sort des bains que quarante-huit heures plus tard, et est attaché au lit pour toute la journée* »²⁰.

Erving Goffman a étudié les violences dans les institutions psychiatriques. Il explique que cette violence est appliquée dès l'entrée du patient et poursuit un objectif précis formalisé par le bain : « *Chaque reclus – que ce soit en psychiatrie, en prison ou au couvent – est dépouillé des éléments lui permettant de maintenir la “représentation de lui-même” (Goffman 1968 : 56) avant son enfermement. La transformation de l'identité passe toujours par les mêmes étapes : mise à nu, enlèvement de tous les éléments personnels, exposition au regard de l'autre, qui signifient sans mot dire l'asymétrie de pouvoir qui régit l'intérieur de l'institution. La baignoire constitue un dispositif central dans ce processus de mortification. Si le bain ne se déroule pas dans le dortoir, le faire couler est un signe pour les autres patients qu'il y a un nouvel entrant et provoque une certaine agitation dans les dortoirs. L'entrée dans la baignoire constitue souvent la première contrainte à l'intérieur de l'Institut, et peut déclencher une spirale d'enfermement et de violence* »²¹.

De plus, même s'il existe des sections ouvertes, d'une part, celles-ci sont minoritaires par rapport aux sections fermées et, d'autre part, les patients qui souhaitent en sortir doivent bien souvent demander (et espérer) qu'on leur ouvre la porte. En effet, « *l'enfermement est de loin le régime dominant jusqu'aux années 1960* »²².

– Les bruits

Pas besoin de longues explications... La présence de dortoirs, l'application de la contrainte, les traitements de l'époque, les cris des autres patients,... créent du bruit. Un bruit particulier, propre à l'institution psychiatrique; un peu comme les odeurs dont parle Alice Jaspard dans son ouvrage « Aux rythmes de l'enfermement ».

Ce fonctionnement en milieu clos et violent a d'ailleurs fait l'objet de publications voire de films à destination du grand public²³ ancrant une vision lugubre dans l'esprit des gens. Il faudra attendre la seconde moitié du 20^{ème} siècle pour entrevoir une évolution.

²⁰ B. MAJERUS, « La baignoire, le lit et la porte. La vie sociale des objets de la psychiatrie [*] », Genèses, 2011/1 (n° 82), p. 95-119. DOI: 10.3917/gen.082.0095. URL: <https://www.cairn.info/revue-geneses-2011-1-page-95.htm>

²¹ *Idem*.

²² *Idem*.

²³ Citons « vol au-dessus d'un nid de coucous » de Milos Forman.

Section 2. L'avènement du mouvement antipsychiatrie : vers l'acquisition de nouveaux droits

Progressivement, des voix s'élèvent contre la psychiatrie asilaire et ses pratiques, considérées comme totalitaires et aliénantes. Après la Seconde Guerre mondiale, un mouvement antipsychiatrique se développe en vue d'en finir avec les asiles et de « libérer les fous », l'idée étant de mettre la maladie mentale sur le même pied que les pathologies physiques. À partir des années 60, les patients luttent pour leurs droits, de nouveaux traitements médicamenteux et thérapeutiques voient le jour, les hôpitaux psychiatriques s'ouvrent sur l'extérieur. L'heure est au changement de paradigme; de plus en plus, les patients sont soignés « à domicile ».

Durant les années 50, l'avènement des psychotropes, neuroleptiques, antidépresseurs et tranquillisants permet une autre prise en charge des patients puisqu'il est désormais possible de suivre son traitement dans son milieu de vie. En parallèle, la parole et les entretiens avec les patients sont de plus en plus valorisés²⁴. La psychothérapie devient un traitement à part entière. Des assistants sociaux sont engagés pour réaliser l'anamnèse des patients et les ancrer dans leur histoire. Une individualisation de la prise en charge se dessine. Avant, les patients étaient « classés » par type de maladie et chaque dortoir recevait le même traitement; avec la psychothérapie, chaque situation est traitée au cas par cas.²⁵

Dans ce mouvement, des services alternatifs ouvrent leurs portes au sein des villes (centres de santé mentale, communautés thérapeutiques). La psychiatrie se fait également une place progressive au sein des hôpitaux généraux. Cette ouverture vers l'extérieur engendre *de facto* l'implication des familles, considérée comme un outil de resocialisation du patient, ainsi qu'une augmentation de la prise en charge de jour²⁶.

Si auparavant les patients passaient leur journée à attendre et à déambuler lorsqu'ils n'étaient pas contraints de rester alités, les années 50 se distinguent aussi par l'arrivée de nouveaux outils thérapeutiques. Citons à titre d'exemples la kinésithérapie, l'ergothérapie, la sociothérapie, des séances de dramaturgie, de lecture ou de musique, la mise en place de journaux rédigés par les patients... Les patients sont mis en activité, occupés.

Enfin, la psychiatrie, par sa spécialisation, engendre une réorientation vers d'autres secteurs de certains publics qui n'y ont pas leur place. Les personnes porteuses d'un handicap mental, les personnes âgées et les adolescents difficiles sont réorientés vers d'autres institutions jugées plus adaptées pour les prendre en charge.

En définitive, la seconde moitié du 20^{ème} siècle a fait souffler un vent nouveau en Belgique, permettant une rupture avec la psychiatrie telle que beaucoup continuent pourtant de la percevoir. Une rupture... philosophique ? Nous le verrons tout au long de ce rapport, certaines pratiques semblent encore perdurer dans une série de structures, comme en témoignent les

²⁴ B. MAJERUS, « Parmi les fous. Une histoire sociale de la psychiatrie au XXe siècle », *op. cit.*

²⁵ *Idem.*

²⁶ On le voit clairement dans l'évolution du nombre de lits en sections fermée et ouverte : « entre 1968 et 1980, le nombre de lits en service fermé est divisé par trois en Belgique, le nombre de lits en service ouvert plus que multiplié par deux » (extrait de Benoit Majerus, *op.cit.*, p. 65.).

jeunes interviewés. Dans tous les cas, cette modification de paradigme a le mérite de créer un terreau favorable à une réforme des plus fondamentales.

Chapitre 3 : La volonté de rompre avec le passé

Nous venons de le voir dans les chapitres précédents, la philosophie du secteur a progressivement changé. Les institutions se sont davantage ouvertes vers l'extérieur. Des consultations se sont organisées dans des services non résidentiels pour aboutir – à dater de 2012 – à une réforme en profondeur du secteur.

L'évolution est telle qu'elle est également sémantique. La volonté est manifeste de boycotter les termes de « *maladie mentale* » pour leur préférer ceux de « *trouble mental* » voire de « *santé mentale* ». Malheureusement, cette traduction n'a pas facilité la délimitation du sujet, bien au contraire...

Dans ce chapitre, nous aborderons premièrement le concept de *santé mentale* et les difficultés que sa circonscription implique. Ensuite, nous mettrons en avant les éléments qui ont conduit à une réforme en profondeur du secteur afin de, finalement, nous pencher sur ce nouveau modèle de soins en santé mentale.

Section 1. Jusque dans les mots

– Une définition qui ne fait pas l'unanimité

« *Tout se passe comme si, de peur de rater un malade, non seulement le DSM a multiplié les maladies mais a aussi, pour chacune d'entre elles, prévu des critères tellement larges que des personnes non malades se retrouvent classées comme telles* »²⁷.

Le terme « *santé mentale* » est omniprésent dans notre société. Cela est d'autant plus vrai en cette période de pandémie. Mais, lorsqu'on s'intéresse à la notion, on se rend vite compte qu'une multitude de termes plus ou moins nuancés y sont associés. Que peut recouvrir aujourd'hui la « *santé mentale* » ?

L'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) balise le concept : « *La santé mentale est une composante essentielle de la santé. La Constitution de l'O.M.S. définit la santé comme suit : "La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité". Cette définition a pour important corolaire que la santé mentale est davantage que l'absence de troubles ou de handicaps mentaux. La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un*

²⁷ N. ZDANOWICZ et P. SCHEPENS, « Tous fous ou psychiatrie 5.0 », Pixels, Academia l'Harmattan, 2015, p. 51.

individu et du bon fonctionnement d'une communauté »²⁸. Ainsi définie, la santé mentale ne serait pas uniquement affaire de présence ou d'absence de symptômes et/ou de souffrance, elle serait également intimement liée au « bien-être », à la « réalisation de soi », à « l'aptitude à faire avec les contrariétés du quotidien et à dépasser les obstacles », mais aussi à se montrer « productif » et à « participer à la vie sociale ».

Rien que ça ? Cette vision très large du concept a pour conséquence que chacun a sa propre vision de la santé mentale. Nous le constatons d'ailleurs au travers des interviews menées. Lorsque nous leur demandons quelle définition ils ont de la santé mentale, les jeunes font souvent le parallèle avec le bien-être. À l'image de Jean-Kévin pour qui santé mentale signifie « être bien dans sa peau, savoir ce qu'on veut et pas être fou quoi ». Esma abonde dans le même sens en disant : « ben santé mentale c'est comment on va dans notre tête, si ça va bien, c'est pas forcément être pas bien, ou fou hein c'est être mal dans sa tête, c'est ça une santé mentale pour moi c'est comment on va dans notre cerveau, comment on se sent, est-ce qu'on est en dépression, ou est-ce qu'on ne l'est pas ». Hélène explique que, pour elle, la santé mentale est directement impactée par les épreuves vécues : « je pense qu'il y a des gens qui ont tellement souffert, qui ont tellement encaissé un moment ça doit sortir d'une manière ou une autre (...). Et il y a des gens qui ont tellement gardé ça et que ça a tellement pas été géré, que ça sort par autre chose, ça sort par de la dépression, par n'importe quoi ». Enfin, Lucette nous partage le fait que « il y a des gens qui qualifient ça d'handicap » démontrant une fois de plus que les vieilles images restent très présentes.

Du côté des professionnels, les positions varient. Pour les responsables d'une équipe mobile du réseau de santé, la santé mentale est définie « aussi largement qu'avoir une difficulté psychique, qu'elle soit grande, moyenne, petite ». Un anthropologue, quant à lui, argue que « la santé mentale, il y a quand même le terme santé donc il y a quand même quelque chose du soin (...). Je dirais que c'est prendre soin de ses pensées, de ses processus psychiques ». Tandis qu'un Juge de la jeunesse, hésitant, l'abordera d'abord en parlant de « trouble mental et déséquilibre grave » en faisant encore aujourd'hui référence à une Loi de 1964²⁹ avant de préciser « mais en fait santé mentale, ça regroupe beaucoup de choses à mon avis, il y a bêtement simplement le rythme de vie, l'hygiène, est-ce que c'est une question de santé mentale ou pas ? » questionnant par-là la position d'un de ses collègues qui inclut ces éléments dans la définition du terme, pour enfin terminer par un avis qui semble lui appartenir « moi je pense que normalement santé mentale ça doit être lié à quelque chose, si pas une maladie, en tout cas un trouble psychique, ça ne doit pas être lié à des problèmes d'hygiène ou de mode de vie ». Deux professionnels sondés s'accordent à dire qu'avoir une bonne santé mentale signifie avoir la capacité de mettre du sens à sa vie (Pédopsychiatre en centre de santé mentale et hôpital), d'appréhender la vie avec confiance, avec goût, pouvoir tester différentes choses en étant bien (Zoothérapeute et psychologue dans un centre PMS). Enfin, certains professionnels font une distinction sémantique graduelle. Cette direction d'IPPJ, par exemple, différencie la maladie mentale (diagnostic posé par un médecin) d'un trouble

²⁸Article intitulé : « La santé mentale : renforcer notre action » du 30 mars 2018 disponible sur le site internet de l'OMS à l'adresse suivante : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

²⁹Loi du 1er juillet 1964 de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, *M.B.*, 17 juillet 1964.

mental, synonyme d'une « *tendance à ...* ». De la même manière, ce professionnel d'un hôpital psychiatrique précise : « *je pense que c'est la complexité avec la question de la santé mentale, c'est que c'est un concept plus récent que "maladie psychiatrique" et il y a 2 notions, je pense. (...) Je crois qu'il y a une échelle comme ça, il y a plein de petits paliers, on peut naviguer, ça va mieux ou moins bien, et puis il y a une grande marge à franchir où il y a clairement une maladie mentale* ».

Les limites floues et apparemment subjectives de cette définition de la santé mentale amènent rapidement les professionnels rencontrés à se montrer ambivalents.

« Je pense que c'est mieux que ce soit élargi. Ça a le travers de parfois être dans l'excès inverse : certaines choses ne sont pas considérées comme pathologiques et d'autres considérées comme pathologiques, alors que c'est le système ou la société qui devrait être plus tolérante » (Pédopsychiatre dans la clinique pour enfants et adolescents d'une institution de soins spécialisée en psychiatrie et en santé mentale).

Si une définition élargie permet d'inclure davantage de personnes dans son champ et par conséquent diminue le sentiment de ne pas « *être normal* », certains attirent l'attention sur le fait qu'« *à force d'élargir sans cesse le champ de la psychiatrie et le nombre d'entités cliniques, nous produisons de plus en plus de maladies*³⁰ *et donc de malades* »³¹. D'ailleurs, selon le CRéSaM³², la proposition de l'O.M.S. porte en elle les différentes dimensions de ce que les sociologues appellent la « *médicalisation de la vie quotidienne* »³³. Et, c'est précisément ce que dénonce Nicolas Dissez, psychiatre : « *La santé mentale est donc cette politique qui, confrontée aux difficultés psychiques les plus variées, vient affirmer la possibilité d'un bien-être égal pour tous. Autrement dit, à tous elle vient proposer les moyens d'un accès identique à une satisfaction légitime. On a beaucoup souligné que cette conception nouvelle des soins psychiques s'accompagnait d'un élargissement considérable de son champ d'action.* »³⁴ La crainte de Nicolas Dissez est de voir disparaître la psychiatrie dans le vaste champ de la santé mentale avec pour conséquence une perte d'attention portée aux patients devant bénéficier d'un suivi psychiatrique. Plusieurs professionnels interviewés dans le cadre de notre recherche-action exemplifient cette confusion.

« Je vois des patients malades avec des vrais pathologies psychiatriques parfois lourdes avec des lourds pronostics (...) comme de la schizophrénie; quelque chose de très compliqué, puis passer à la consultation suivante où je donne des conseils sur comment on peut gérer le soir et la mise au lit » (Pédopsychiatre dans la clinique pour enfants et adolescents d'une institution de soins spécialisée en psychiatrie et en santé mentale).

³⁰ Le DSM II comptait 150 diagnostics tandis que le DSM 5 en compte plus de 500.

³¹ N. ZDANOWICZ et P. SCHEPENS, *op. cit.*

³² Centre de Référence en Santé Mentale reconnu en Wallonie depuis 2012 conformément au Code wallon de l'action sociale et de la santé.

³³ P. MINOTTE et Ch. GOSSELIN, « Handicap mental et Santé mentale : repères théoriques et état des lieux des dispositifs visant à diagnostiquer, prévenir, soigner un problème de santé mentale et à maintenir une santé mentale de qualité chez les personnes adultes en situation de handicap mental », IWSM-PFRCCC, 2012, p. 16.

³⁴ N. DISSEZ, « Qu'est-ce que la santé mentale ? », *Journal français de psychiatrie*, 2006/4 (n° 27), p. 19-21. DOI : 10.3917/jfp.027.0019. URL: <https://www.cairn.info/revue-journal-francais-de-psychiatrie-2006-4-page-19.htm>

« C'est la question de la psychiatisation des problématiques. On a bon nombre de jeunes qui arrivent à l'hôpital parce qu'il y a une problématique psychiatrique... il y a aussi l'aspect où on va psychiatiser un problème qui n'est pas du tout psychiatrique, comme une solution... parce que l'hôpital, ça reste une solution magique à beaucoup de problèmes » (Travailleur social dans l'unité pédopsychiatrique d'un centre neuropsychiatrique).

D'un point de vue sémantique, parmi le vocabulaire courant en lien avec la santé mentale, nous retrouvons le terme de « *maladie mentale* » et de « *trouble mental* ». Nombre d'associations et d'organisations réfutent le terme « *maladie* » en raison de sa connotation directe avec le registre de la médecine, préférant le vocable « *trouble* »³⁵. Celui-ci implique l'existence d'un ensemble de symptômes ou de comportements cliniquement reconnaissables associés dans la plupart des cas à la détresse et à la perturbation des fonctions personnelles. La définition précise que la déviance ou le conflit social seul, sans dysfonctionnement personnel, ne doit pas être inclus dans les troubles mentaux³⁶. Rappelons que la définition du trouble mental dépend fortement du contexte socio-culturel, socio-économique et juridique d'un pays³⁷ et revêt également une dimension temporelle.³⁸

Aucune définition de la santé mentale ne nous semble faire l'unanimité. Aussi, pour la gestion de ce projet, nous avons décidé de nous situer entre celle proposée aujourd'hui par l'O.M.S. et celle se référant purement, originellement, à la psychiatrie. En effet, la définition de l'O.M.S. nous apparaît trop vaste et le risque de psychiatiser le quotidien, de dénaturer le concept nous apparaît trop important. D'autant plus que la recherche ADOCARE a mis en exergue que « *les jeunes gens sont parfois renvoyés trop rapidement vers des services spécialisés* »³⁹. *A contrario*, une définition trop proche de la maladie au sens strict, exclut toute une série de jeunes qui souffrent et expriment un mal-être.

Pour la découverte des témoignages des jeunes, nous vous proposons de garder en tête la définition de Pascal Minotte et Christine Gosselin qui circonscrivent la santé mentale comme étant « *un état d'équilibre psychique et émotionnel, à un moment donné, qui fait que nous sommes bien avec nous-mêmes, que nous avons des relations satisfaisantes avec autrui et que nous sommes capables de surmonter les tensions normales de la vie* »⁴⁰.

– Le « **moment** » adolescent

Dans la mesure où les *troubles du comportement* et *troubles émotionnels* - apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence - sont désormais repris dans le CIM-10 publié

³⁵Psychomédia, Définition : santé mentale, janv. 1996 sur <http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/sante-mentale>

³⁶ <http://www.who.int/topics/fr/>

³⁷ <http://www.who.int/topics/fr/>; cette analyse peut s'appliquer à toutes sortes de concepts y compris celui de la délinquance.

³⁸ Paragraphe inspiré de notre diagnostic social 2020 (consultable sur www.sdj.be).

³⁹ ADOCARE, « Les soins psychiatriques pour adolescents en Europe » (JDJ N°371 - janvier 2018).

⁴⁰ P. MINOTTE et Ch. GOSSELIN, « Handicap mental et Santé mentale : repères théoriques et état des lieux des dispositifs visant à diagnostiquer, prévenir, soigner un problème de santé mentale et à maintenir une santé mentale de qualité chez les personnes adultes en situation de handicap mental », *op. cit.*, p. 23.

par l'O.M.S.⁴¹, il nous semble important de faire un point sur l'adolescence, ce « *moment* » particulier de la vie.

Adolescence et difficulté à demander de l'aide

Il n'est pas rare d'entendre que « *beaucoup d'adolescents sont peu enclins à rechercher de l'aide et rechignent à recourir aux services de santé* »⁴². Les jeunes interviewés pour cette recherche confirment cette prémisse en y apportant quelques précisions. De fait, les capsules vidéos de sensibilisation réalisées avec eux complexifient quelque peu la question de la stricte non-demande⁴³ dans la mesure où – comme vous le verrez – des éléments extérieurs peuvent les freiner (notamment le manque d'information, la peur du non-respect d'un cadre de confiance, la stigmatisation, la peur de ne pas être cru)⁴⁴.

D'aucuns le savent déjà, au-delà de ces quatre difficultés identifiées dans les récits des jeunes, la période de l'adolescence - en elle-même - entrave la sollicitation explicite d'une aide. En effet, « *d'une façon générale, qu'on soit carencé ou non, la demande d'aide est chose difficile à vivre. Elle l'est encore plus pour un adolescent, simplement parce qu'elle est antagoniste du besoin impérieux de prouver sa force et sa capacité d'autonomie. En raison de cette nécessité à être, la demande d'aide est souvent vécue comme une étape contradictoire, infériorisante et blessante.* »⁴⁵ Les adolescents ont besoin de démontrer leur capacité à réussir sans être aidés⁴⁶ et formuler une demande d'aide va précisément à l'encontre de ce besoin. De plus, dans la société actuelle, chacun est perçu comme étant personnellement responsable de son échec ou des difficultés qu'elle vit, ce dont témoignent à nouveau les jeunes. Or, nous le verrons plus bas, le principe d'autonomisation poussé à outrance peut se révéler culpabilisant⁴⁷.

25 % des adolescents souffriraient d'un trouble psychiatrique tel que des angoisses, des troubles du comportement, des troubles liés à la consommation de substances. Mais, devons-nous parler de pathologie ou plutôt de comportement adolescente « *normal* » à cet âge ? Un comportement « *à risque* » à un moment donné doit-il nécessairement engendrer une prise en charge de ce secteur ? À quel moment un comportement est-il considéré comme suffisamment pathologique pour relever du secteur de la santé mentale ? N'y a-t-il pas un risque de psychiatrisation rapide ?

Si ces questions nous semblent fondamentales, c'est parce qu'au sein de notre société, nous venons de le voir, le terme même de « *santé mentale* » génère toute une série de représentations, de stigmatisations, notamment chez les jeunes.

⁴¹ Classification reprise par l'O.M.S., à savoir la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, autrement appelée CIM-10.

⁴² ADOCARE, *op. cit.*

⁴³ Les capsules vidéos sont visibles sur notre site internet www.sdj.be.

⁴⁴ Telles sont les 4 thématiques développées dans nos capsules vidéos.

⁴⁵ R. COENEN, « L'exclusion est une maltraitance. Clinique des adolescents difficiles », *Thérapie Familiale*, 2001/2 (Vol. 22), p. 133-151. DOI : 10.3917/TF.012.0121. URL : <https://www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2001-2-page-133.htm>

⁴⁶ *Idem.*

⁴⁷ Ce dont témoigne la vidéo « stigmatisation ».

Je suis adolescent donc malade...

« L'adolescence témoigne (...) d'une "crise d'identité" normative, période de croissance non seulement physique mais aussi morale qui amène le jeune à se sentir à l'étroit dans ses aspirations d'enfant et enclin à la recherche de l'homme ou de la femme qu'il souhaite être »⁴⁸.

Qui dit recherche d'identité, dit expérimentation. Le « moment adolescent » est empreint d'immédiateté, de pulsions, de sollicitations, d'expériences nouvelles⁴⁹. « Ce passage adolescent est vécu comme un moment diffus de vulnérabilité, d'inachèvement, il se traduit par des moments intenses de découverte, de curiosité, d'immersion dans l'événement, mais en contrepoint il est propice à l'émergence commune à cet âge de la dépression, de l'apathie, de tentative de suicide, ou de conduites à risque »⁵⁰. L'ensemble de ces comportements entrent dans la définition de la santé mentale de l'O.M.S. Faut-il dès lors que tous les adolescents dépendent du secteur de la santé mentale parce qu'ils sont adolescents et nécessitent une prise en charge ? Les passages à l'acte, les mises en danger, les conduites à risque des adolescents, bien qu'interpellants, sont des comportements bien connus durant la période adolescente, ceux-ci ne sont pas nécessairement synonymes de troubles psychiatriques graves ou d'envies morbides. Bien au contraire, selon David Le Breton, les conduites à risque « interrogent le sens de l'existence. Elles marquent l'altération du goût de vivre d'une partie de la jeunesse contemporaine »⁵¹. Cet auteur les conçoit comme le résultat d'une souffrance affective ayant pour corolaire l'expression d'une pulsion de vie, d'une résistance aux multiples difficultés qu'ils sont en train de vivre. Il ajoute que les adolescents, par ces conduites, « répondent à une douloureuse volonté de bouleverser les routines familiales, de dire la détresse, de provoquer un soutien et d'être reconnu comme digne d'exister »⁵². Il s'agit en quelque sorte d'un comportement perçu comme négatif ayant pour objectif d'engendrer du positif. Les conduites adolescentes sont complexes, il serait dès lors risqué de les catégoriser d'emblée de problématiques voire de pathologiques sans chercher à en comprendre la signification⁵³ et ce, précisément parce qu'« associer une pathologie mentale à un comportement adolescent est souvent un jugement de valeur posé par des adultes pour se rassurer au nom d'une science qui n'est jamais qu'évaluative »⁵⁴. Pour cette raison, « les professionnels devraient être conscients du fait que tout diagnostic clinique et **tous les besoins identifiés sont susceptibles d'évoluer en permanence**, étant donné que les adolescents peuvent changer rapidement en peu de temps. Le plan de traitement doit être considéré comme un chantier qui évolue ».⁵⁵ Cette approche est confirmée dans la pratique par le juge de la jeunesse rencontré.

« Maladie mentale, mise en observation adulte/mineur, c'est la même loi, on est d'accord c'est les mêmes critères, mais on ne l'applique pas tout à fait de la même façon parce qu'on sait bien

⁴⁸ D. LE BRETON, Adolescence et conduite à risque, Yapaka, Temps d'arrêt/lecture (octobre 2014).

⁴⁹ A. MASSON, Le "moment adolescent" entre saisie par l'instant et constitution du présent, dans Figures de la psychanalyse 2004/1 (N°9), pp. 103-126.

⁵⁰ D. LE BRETON, *op. cit.*

⁵¹ *Idem.*

⁵² *Idem.*

⁵³ *Idem.*

⁵⁴ *Idem.*

⁵⁵ ADOCARE, *op. cit.*

qu'un adolescent comme vous dites, il est en évolution donc moi j'ai chaque fois le psychiatre, une fois sur deux, si même deux fois sur trois qui me dit : 'Ok maladie mentale = non mais... »

Nous voulons ici pointer que, si certains adolescents présentent effectivement des troubles psychiques graves nécessitant une prise en charge spécialisée, il existe également tout un processus adolescent amenant le jeune à adopter des comportements transitoires inadaptés et interpellants mais non nécessairement pathologiques. David Le Breton insiste : « *toute relation d'aide ou de conseil envers l'adolescent doit éviter l'adulto-centrisme, c'est-à-dire le fait de juger d'en haut des comportements qui relèvent culturellement d'une autre génération et il échoue à toucher le jeune, sinon à le braquer. Elle exige, en le tenant à sa place, de lui rappeler la loi, les nécessités du lien social, l'attention qu'on lui porte, mais sans oublier que la souffrance d'un adolescent possède une acuité que l'adulte a souvent oubliée. [...] Winicott a souvent écrit que les adolescents ne veulent surtout pas être compris. Mais en revanche ils sont avides de signes de reconnaissance venus de leurs aînés. Il suffit parfois d'un mot, d'un sourire, d'un geste pour que le monde redevienne propice* »⁵⁶.

En conclusion...

Précisément lorsque cela concerne les adolescents, il nous semble que la définition de l'O.M.S., de par son caractère large, pourrait engendrer une psychiatrisation accrue des comportements propres à une étape du développement humain. Il faut donc être prudent dans l'approche et le travail réalisés avec eux. D'autant plus prudent qu'il y aurait eu une augmentation de 300 % de la prescription d'antidépresseurs à des adolescents entre 1990 et 2004 : « *Cette généralisation de la prescription aux adolescents est certainement due, d'une part à la peur des médecins de voir un adolescent se suicider et, d'autre part, à la difficulté du diagnostic chez les jeunes* »⁵⁷. Par prudence, on psychiatrise, mais à quel prix ?

Section 2. Au-delà des mots

– D'un secteur à réformer...

Dès 2001, l'O.M.S. tire la sonnette d'alarme quant à l'augmentation des problèmes de santé mentale et invite à réfléchir à une meilleure organisation et à un élargissement de l'offre de soins. Un mouvement international se met en place et vise à « *amener les soins en santé mentale vers les demandeurs de soins au lieu de les sortir de leur domicile, de les encadrer et traiter en milieu résidentiel et/ou institutionnel* »⁵⁸. Le traitement résidentiel apparaît, à l'époque, si peu tourné vers l'extérieur que la préparation à la sortie et la réintégration du patient dans la société sont totalement absents du traitement. Dans le même temps, on déplore également une méconnaissance de l'offre de soins, une sorte de tabou plane sur les difficultés d'ordre

⁵⁶ D. LE BRETON, *op. cit.*

⁵⁷ N. ZDANOWICZ et P. SCHEPENS, « Tous fous ou la psychiatrie 5.0 », *op. cit.*

⁵⁸ B. JACOB, D. MACQUET et S. NATALIS, La réforme des soins en santé mentale en Belgique : exposé d'un modèle. *L'information psychiatrique*, novembre 2016, vol. 92, p. 732 [consulté en ligne], URL : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2016-9-page-731.htm>

psychiques et les délais de prise en charge sont trop longs. Il était par conséquent nécessaire de penser les choses autrement.

En 2012, la conférence interministérielle souhaite la mise en place effective d'un groupe de travail dont l'objectif serait de réformer l'offre de soins en santé mentale pour les enfants et adolescents. Le terreau de l'époque semble enfin suffisamment fertile pour lancer cette grande réforme. Se met alors en route un vaste chantier érigé sur trois échafaudages de taille :

1/ Une insuffisance de l'offre de soins

Au-delà de l'insuffisance se pose également la question d'une répartition inégale de l'offre. Ces deux points couplés à une prévalence élevée des affections chez les jeunes entraînent, directement, une prise en charge souvent tardive et, indirectement, une aggravation du trouble. Corrélée à ces problématiques, s'ajoute la non-spécificité des soins apportés aux jeunes notamment pour les situations de crise ou d'urgence.⁵⁹

2/ Le fonctionnement non intégré des soins

L'impression que les services fonctionnent indépendamment les uns des autres est largement partagée. Sans articulation entre ceux-ci, les patients ne peuvent bénéficier du suivi le plus adapté à leurs difficultés.⁶⁰

3/ La non prise en compte des déterminants de la santé et du contexte socio-économique

Le secteur, en fonctionnant de manière indépendante et isolée, n'intègre pas certains aspects de la vie du patient indispensables à son rétablissement (par exemple, la scolarité, le milieu de vie du jeune...)⁶¹.

Soulignons que si la réforme semble de prime abord cibler les mineurs d'âge, le « *guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins* » précise qu'une attention particulière devra être portée aux 18-23 ans.

– ... Vers une nouvelle politique de la santé mentale pour enfants et adolescents

« *Reconnaître que la santé mentale est un problème de société, cela contribue à défaire la culpabilisation qui pouvait peser sur les personnes malades et leur famille. Il fallait soigner l'accès au droit de ce public* »⁶².

Selon la déclaration conjointe⁶³ du 10 décembre 2012, la nouvelle politique devra garder au centre des interventions les besoins et attentes des jeunes : « *Tous les adolescents ont le droit*

⁵⁹ Déclaration conjointe pour la réalisation de réseaux et de circuits de soins en santé mentale pour enfants et adolescents, 10 décembre 2012.

⁶⁰ *Idem.*

⁶¹ *Idem.*

⁶² Marie-Rose Kadjo citée dans C. DE MAN, "Nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents. Un modèle à suivre ?" "JDJ N°371 - janvier 2018, p. 15.

⁶³ Des ministres ayant la Santé Publique et la politique de santé dans leurs attributions.

de grandir et de devenir des adultes responsables et en bonne santé capables de participer pleinement à la société »⁶⁴.

Sept principes y sont édictés comme étant la base de la réflexion et constitueront le fil rouge du processus de réforme :

1/ Le maître mot de la réforme est « *réseau* » afin d’articuler et de rendre complémentaires les soins prodigués ;

2/ L’approche est générale même s’il est possible de cibler certains groupes ;

3/ Un point d’attention particulier doit être mis sur la prévention et la détection précoce afin de garantir une prise en charge rapide et d’éviter l’aggravation de l’état du jeune ;

4/ Les soins ambulatoires sont privilégiés car ils tiennent davantage compte de l’environnement de vie du jeune ;

5/ Lorsque l’hospitalisation est nécessaire, le travail avec le patient doit inclure la préparation de sa sortie. ;

6/ Le contexte socio-économique doit permettre de placer le curseur sur les groupes à risque ;

7/ La transition entre les services pour jeunes et pour adultes doit se réaliser au mieux pour les patients ;

En résumé, le principe essentiel de cette nouvelle politique est le « *droit (pour l’enfant) à des soins de santé mentale à la mesure de ses besoins en termes d’accessibilité, d’implication, d’approche positive, d’expertise, de qualité et de continuité. L’efficacité et l’impact sur l’enfant et l’adolescent sont toujours pris en considération lors du choix des soins, qui sont de préférence offerts dans le milieu de vie et d’apprentissage. On part toujours de leurs possibilités, mais il est tout autant tenu compte de leurs limites et de celles de leur entourage* »⁶⁵.

De même, « *la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents doit tenir compte autant que possible de la spécificité de ces stades de développement en fonction de l’âge de l’enfant ou de l’adolescent, mais aussi des différences sur base de l’âge en termes de législation, de statut juridique, d’offre de soins disponible, de contexte socio-économique sous-jacent, mais également de vision et d’approche. Ceci implique une différenciation de l’offre de soins en fonction du groupe d’âge auquel on s’adresse* »⁶⁶. Cette spécificité selon l’âge n’est pas nouvelle puisque déjà en 1923, Ovide Decroly l’abordait pour justifier la mise en place d’une psychiatrie dédiée aux jeunes en évoquant la puberté comme une période transitoire qui fait se chevaucher les deux types de psychiatries à savoir infantile et adulte⁶⁷. En effet, cette

⁶⁴ ADOCARE, *op. cit.*

⁶⁵ Déclaration conjointe complémentaire à la déclaration conjointe du 10 décembre 2012 pour la réalisation de réseaux et de circuits de soins en santé mentale pour enfants et adolescents du 24 février 2014.

⁶⁶ Déclaration conjointe pour la réalisation de réseaux et de circuits de soins en santé mentale pour enfants et adolescents, 10 décembre 2012.

⁶⁷ B. MAJERUS et V. MASSIN, “Des psychiatres et des enfants; une histoire belge autour du congrès de 1937”, Revue d’Histoire de l’enfance “irrégulière” [en ligne], 18|2016, mis en ligne le 30 novembre 2018.

période de transition engendre des besoins différents nécessitant, d'une part, une approche différente et, d'autre part, une constante évolution du diagnostic et du plan de traitement⁶⁸.

En parallèle de ces principes, cinq fonctions sont mises en exergue :

- 1/ La détection précoce, le screening et l'orientation pour une prise en charge plus rapide;
- 2/ le diagnostic;
- 3/ le traitement;
- 4/ l'inclusion dans tous les domaines de vie pour une meilleure participation des jeunes, un meilleur développement et épanouissement personnel;⁶⁹
- 5/ l'échange et la valorisation de l'expertise en lien avec le principe de réseau.

– **Une nouvelle politique, oui, mais attention aux pièges...**

Plusieurs professionnels, sans être alarmistes, mettent en exergue quelques points d'attention à ne pas omettre lors de la mise en place du réseau. Nous l'avons d'ailleurs perçu au travers des interviews réalisées, le non-respect du cadre, de la déontologie et du secret professionnel tend à entacher la bonne santé mentale des jeunes puisque cela engendre de la méfiance et un potentiel repli sur soi. Le jeune n'ose plus se confier et reste avec ses difficultés.

Citons d'autres exemples⁷⁰ :

- Le travail en réseau préexistait à la réforme. Sa formalisation ne doit pas engendrer une perte de liberté thérapeutique pour le patient que ce soit en raison d'une application de processus stricts/rigides prédéfinis ou d'une pseudo obligation de travailler ensemble à tout prix.
- L'importance de garder le jeune au centre de l'intervention ainsi que la nécessité de partir de ses besoins.
- La nécessité que chaque service membre du réseau de soins conserve sa singularité, son propre avis afin de permettre la confrontation des points de vue et la discussion.
- Le fait de garder en tête qu'une bonne mise en réseau ne suffit pas pour permettre à tous les jeunes d'avoir une bonne santé mentale.
- L'importance de préparer les rencontres et que chacun puisse faire évoluer au besoin sa pratique professionnelle.
- L'autonomisation portée à outrance signifie que le jeune a en lui les capacités pour s'en sortir. Les professionnels n'auraient qu'à lui mettre le pied à l'étrier. Cette vision comporte deux dangers. Premièrement, elle rend le patient "*sujet de ses propres soins*"⁷¹. Il est porteur d'un trouble dont il doit se débarrasser. Et, au-delà de la médication et de la psychothérapie, la psycho-éducation est prônée comme une bonne

⁶⁸ ADOCARE, *op. cit.*

⁶⁹ *Idem.*

⁷⁰ Ces points d'attention sont issus du texte rédigé par Caroline De Man, "Nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents. Un modèle à suivre ?" dans JDJ N°371 - janvier 2018.

⁷¹ S. TONA, "Maggie et la mécanique des réseaux : approche critique", JDJ N°371 - janvier 2018.

pratique ce qui induit dangereusement l'idée que le patient doit, par l'éducation, acquérir les bons codes, intégrer le cadre, les bons réflexes pour se débarrasser de son trouble⁷².

– Du politique au pratique

Concrètement, la réforme n'a pas apporté beaucoup de nouveautés en termes de création de services dans la mesure où la plupart des services lui préexistaient. Seules les équipes mobiles ont été créées pour favoriser le suivi des patients en ambulatoire. La nouveauté réside essentiellement dans la mise en place de réseaux de santé. Ceux-ci sont composés d'un ensemble de services intersectoriels qui se réunissent en vue de réfléchir et d'améliorer l'offre de soin en santé mentale.

Pourtant, d'après les jeunes interviewés, certains services restent totalement méconnus. Il semble que, d'une part, le nombre élevé de services leur donne le sentiment d'être perdus, et d'autre part, les informations disponibles quant à leurs missions ne leur permettent pas d'identifier vers lequel se tourner en cas de besoin.

En effet, il est difficile de s'y retrouver entre les services d'écoute téléphonique, ceux qui interviennent en ambulatoire, en résidentiel, ceux proposant un accueil de jour ou encore les services de consultations. Dans chacune de ces catégories, de nombreux services existent avec des noms différents, des fonctionnements et publics-cibles particuliers, et des conditions d'intervention propres. Ajoutons à cela des dispositifs qui, bien que relevant parfois de secteurs différents, portent le même nom⁷³. Autant dire qu'il est déjà difficile pour un professionnel de s'y retrouver. Alors pour un jeune en difficulté... c'est presque mission impossible...

⁷² *Idem.*

⁷³ Tel que « case management ».

II. Cadrage en droit

La santé mentale des jeunes se situe à la croisée de plusieurs matières juridiques qui se superposent ou s'entremêlent. Un seul et même jeune en souffrance sur le plan de la santé mentale sera confronté à une divergence des offres de service et des règles de procédure selon qu'il sera âgé de 12 ans, 14 ans, 16 ans, 18 ans, 20 ans ou 22 ans. Le législateur belge apporte ainsi des réponses différentes selon que le jeune est majeur ou mineur; selon qu'il se situe dans un cadre volontaire ou contraint. Pourtant, ces réponses spécifiques sont parfois apportées à des réalités tout à fait similaires : des jeunes aux parcours semblables présentant des difficultés identiques. Pour appréhender les témoignages recueillis et l'analyse qui a pu en être dégagée, une maîtrise des législations applicables et de leurs enjeux est indispensable.

Le premier chapitre a pour vocation d'aborder les diverses normes applicables à la matière multidisciplinaire de la santé mentale des jeunes. Notre agrément AMO nous permet, depuis 2018, d'accompagner des jeunes de 0 à 22 ans. Dès lors, notre cadre légal sera posé en regard des sources législatives applicables tant aux mineurs qu'aux majeurs. Ce chapitre est certes théorique et technique mais sa place est incontestable dans une contribution qui se veut intersectorielle. En effet, la compréhension des difficultés et besoins de l'autre (qu'il s'agisse d'un professionnel ou d'un secteur dans sa globalité) commence par la compréhension de sa réalité et de son cadre normatif. Dans la mesure où notre contribution s'adresse à l'ensemble des acteurs concernés – la société dans son ensemble n'a-t-elle pas un rôle à jouer ? – par la santé mentale des jeunes, nous avons posé un cadrage en droit alliant vulgarisation et précision dans le but que chacun puisse y trouver ce qu'il y cherche, qu'il s'agisse d'une découverte novice, d'une piqure de rappel ou d'un éclairage sur certains points précis.

Besoin d'y voir plus clair quant à votre niveau de maîtrise ? Les propos qui suivent nous ont été adressés – quasiment mot pour mot – dans le cadre de nos diverses missions. Ils illustrent les différentes sources de droit qui vont être étudiées. Vous semblent-ils tous juridiquement corrects ? Nous vous proposons de jouer le jeu et de les parcourir avec un regard critique.

« J'aimerais aller consulter un thérapeute mais mes parents s'y opposent. Jusqu'à mes 18 ans, ils sont mes représentants légaux donc je ne peux pas entamer un suivi sans leur consentement. J'attends donc impatiemment d'être majeur »;

« Elle est incapable de gérer ses biens, on va demander une minorité prolongée »;

« Si le jeune souffre d'une maladie mentale, il ne peut plus aller en IPPJ »;

« Il a été mis en isolement parce qu'il était trop turbulent, c'était pour le punir »;

« Je ne veux pas être hospitalisé parce qu'on va m'imposer une médication et je suis contre »;

« Je suis au plus bas et j'ai besoin d'aide mais je n'arrive pas à sauter le pas. J'aimerais que vous fassiez le nécessaire pour que je sois mise en observation »;

« Elle a été internée en UTI for-K parce qu'elle était trop violente »;

« Je connais une fille qui a été mise en défense sociale à 17 ans parce qu'elle avait tué son copain. Elle était trop dangereuse pour aller en IPPJ ».

Elémentaire mon cher Watson ?

Le verdict est cinglant : l'ensemble de ces énoncés présentent des erreurs juridiques. Place à l'auto-évaluation !

La seconde partie permet de nuancer la première. Sa finalité est de pointer les fossés existant entre la théorie et la pratique, c'est-à-dire entre le fonctionnement du système institutionnel, tel qu'il a été pensé et réglementé, d'une part, et d'autre part tel qu'il est effectivement pratiqué et observé, par choix, par manque de moyens ou faute de mieux. Le SDJ se pose en parlophone des redondantes brèches révélées par les jeunes et les professionnels sondés, qui ne demandent qu'à être explorées.

Partie 1. Des réponses divergentes à des réalités similaires

À la majorité, le panel de mesures relevant de l'aide contrainte se volatilisent, pour ne laisser place qu'à de minces possibilités au niveau de l'aide volontaire et de la prévention, qui ne se poursuivent que dans un temps très limité après la majorité.

Soit le jeune majeur est demandeur et volontaire quant à la prise en charge thérapeutique; soit il refuse de se faire aider et peut y être contraint via la procédure de mise en observation si les conditions strictes qu'elle impose sont réunies.

Ce basculement de cadre normatif limite plus fortement l'intervention des services de premières lignes au sens large (et dont nous faisons partie). Au sein du SDJ Namur-Luxembourg, en accueillant les jeunes jusqu'à leur 22^{ème} anniversaire, nous sommes fréquemment mis en difficultés lorsque nous sommes confrontés à de jeunes majeurs qui laissent apparaître voire mentionnent des difficultés en santé mentale mais refusent de s'inscrire dans une prise en charge thérapeutique. En effet, dans certains cas, les fragilités en santé mentale mettent à mal les divers projets du jeune et le ramènent systématiquement au point de départ, à savoir son mal-être.

Le fossé existant entre la prise en charge de la santé mentale des mineurs et celle des majeurs s'inscrit dans la perspective des normes de droit international, où une place particulière est réservée aux mineurs d'âge. Ce modèle protectionnel international et sa transposition en droit belge seront étudiés dans le premier chapitre. Concrètement, il s'agira d'examiner le statut du jeune patient et les conséquences civiles de son passage à la majorité. Le second chapitre sera consacré aux mesures de prévention, d'aide et de protection de la jeunesse en lien avec la santé mentale. Pour finir, le troisième chapitre traitera des mesures contraignantes applicables aux patients.

Chapitre 1. La transposition d'un modèle protectionnel international

Il ressort du préambule de la Convention relative aux droits de l'enfant de 1989⁷⁴ (ci-après "la Convention"), ratifiée par la Belgique en 1992, que le législateur international défend une vision protectionniste du Droit des jeunes.

« [...] Ayant à l'esprit que la **nécessité d'accorder une protection spéciale à l'enfant** a été énoncée dans la Déclaration de Genève de 1924 sur les droits de l'enfant et dans la Déclaration des droits de l'enfant adoptée par l'Assemblée générale le 20 novembre 1959, et qu'elle a été reconnue dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, dans le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (en particulier aux articles 23 et 24), dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (en particulier à l'article 10) et dans les statuts et instruments pertinents des institutions spécialisées et des organisations internationales qui se préoccupent du bien-être de l'enfant,

Ayant à l'esprit que, comme indiqué dans la Déclaration des droits de l'enfant, « l'enfant, en raison de son **manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, notamment d'une protection juridique appropriée, avant comme après la naissance** », [...] ».

En droit belge, le Code civil et la loi relative aux droits du patient portent les empreintes de cette vision protectionniste. Ce sont ces deux sources législatives nationales qui consacrent les principes fondamentaux applicables en matière de santé mentale des jeunes.

Section 1. La capacité juridique

– La représentation légale du mineur

Malgré la tendance actuelle à la responsabilisation, l'enfant mineur est considéré par le Code civil belge⁷⁵ comme un être "inachevé", en construction, qui doit être protégé. Ainsi, le jeune mineur ne dispose pas de la capacité juridique et doit être représenté dans tous les actes nécessaires à l'exercice de ses droits et obligations. Dans la majorité des cas, ce sont les parents qui détiennent ce pouvoir, qui relève de l'autorité parentale qu'ils exercent sur leur enfant et qui leur permet d'agir au nom et à la place de leur progéniture, sans avoir besoin de leur accord, jusqu'à leurs 18 ans⁷⁶. La santé de l'enfant fait partie du champ des décisions importantes que couvre la notion d'autorité parentale⁷⁷.

Ces grands principes font écho à l'article 5 de la CIDE, qui régit la représentation légale du mineur : « *Les Etats parties respectent la responsabilité, le droit et le devoir qu'ont les parents*

⁷⁴ Convention relative aux droits de l'enfant du 20 novembre 1989, signée à New-York le 20 novembre 1989, M.B., 17 janvier 1992.

⁷⁵ Articles 371 et suivants du code civil du 21 mars 1804, M.B., 13 septembre 1807.

⁷⁶ Articles 371 et suivants du Code civil.

⁷⁷ Article 374, al. 2 du code civil.

ou, le cas échéant, les membres de la famille élargie ou de la communauté, comme prévu par la coutume locale, les tuteurs ou autres personnes légalement responsables de l'enfant, de donner à celui-ci, d'une manière qui corresponde au développement de ses capacités, l'orientation et les conseils appropriés à l'exercice des droits que lui reconnaît la présente Convention ».

Le jeune majeur est présumé être responsable de ses actes. Il prend ses décisions et pose des actes juridiques seul, sans devoir être représenté par ses représentants légaux. Il existe cependant des exceptions au régime de la capacité de la personne majeure.

– La protection des personnes vulnérables

Depuis le 1er septembre 2019, la minorité prolongée n'existe plus. Elle est remplacée par **l'administration de biens et/ou de la personne**. Le juge compétent pour cette mesure de protection est le juge de paix du lieu de résidence de la personne à protéger.

La loi du 17 mars 2013 réformant les régimes d'incapacité et instaurant un nouveau statut de protection conforme à la dignité humaine a été votée dans le but **d'uniformiser les divers régimes d'incapacité** (minorité prolongée, administration provisoire, interdiction et mise sous conseil judiciaire) en instaurant **un statut de protection unique** sur le modèle de l'ancien régime de l'administration provisoire de biens. La protection se veut une sorte de “costume taillé sur mesure”, c'est-à-dire la plus adaptée à chaque personne, portant soit sur les biens seuls, soit sur la personne, soit sur les deux à la fois, selon **un régime à la carte**. Elle permet une grande individualisation des mesures et une meilleure implication de la personne dans les actes la concernant⁷⁸.

Cette importante réforme des régimes de protection est entrée en vigueur le 1er septembre 2014. Le régime transitoire de cette nouvelle loi s'est terminé le 1er septembre 2019⁷⁹.

La protection peut être décidée pour un majeur qui, en raison de son état de santé, est totalement ou partiellement hors d'état d'assumer lui-même, comme il se doit, la gestion de ses intérêts patrimoniaux ou non patrimoniaux dans la mesure où la protection de ses intérêts s'avère nécessaire⁸⁰.

La protection judiciaire peut se présenter sous deux formes : l'assistance ou la représentation. En cas d'**assistance**, la personne peut accomplir elle-même des actes déterminés que l'administrateur accompagne et valide. En d'autres termes, l'assistance consiste en l'intervention de l'administrateur en vue de parfaire la validité d'un acte posé par la personne protégée elle-même. Lorsque la protection prend la forme de la **représentation**, l'administrateur accomplit à la place de la personne les actes pour lesquels elle a été déclarée incapable. Concrètement, la représentation consiste en l'intervention de l'administrateur au nom et pour le compte de la personne protégée. La gestion désigne l'intervention de l'administrateur

⁷⁸ Ouvrage de François-Joseph WARLET, La capacité protégée (Kluwer, coll. "Lois actuelles", 2014); <https://www.plateformepsylux.be/ou-sadresser/vos-droits-et-la-legislation/protection-des-personnes-vulnerables>

⁷⁹ Article 229 de la loi du 17 mars 2013 réformant les régimes d'incapacité et instaurant un nouveau statut de protection conforme à la dignité humaine.

⁸⁰ Article 488/1, alinéa 1, du Code civil.

consistant à accomplir des actes relatifs aux biens qui ne peuvent pas donner lieu à une représentation⁸¹. L'assistance doit être privilégiée par rapport à la représentation⁸². La protection peut être de type judiciaire ou extrajudiciaire.

Sitôt que le juge de paix décide de placer une personne sous statut de protection, il doit désigner un administrateur de biens et/ou un administrateur de personne. Il peut également désigner une personne de confiance, qui joue le rôle d'intermédiaire entre l'administrateur et la personne protégée. Le juge de paix est tenu d'énumérer explicitement les actes à protéger, qu'ils soient d'ordre personnel ou d'ordre patrimonial. À cet effet, le Code Civil liste notamment les actes personnels et patrimoniaux sur lesquels le juge doit obligatoirement se prononcer; qui ne peuvent faire l'objet ni d'une assistance ni d'une représentation; qui sont soumis à autorisation du juge. La mesure de protection judiciaire protège la personne contre les actes qu'elle poserait elle-même. En effet, les actes concernant la personne posés en violation de l'incapacité sont nuls de droit. Quant aux actes concernant les biens, ceux qui requièrent l'autorisation du juge de paix doivent être distingués des autres. S'ils sont posés en violation de l'incapacité, les premiers sont nuls de droit tandis que les seconds sont déclarés nuls en cas de lésion. La mesure de protection judiciaire peut se superposer à une mesure de protection extrajudiciaire lorsqu'elles sont compatibles⁸³.

Dans le cas d'une administration de la personne, le juge doit obligatoirement se prononcer sur la **compétence de l'administrateur d'exercer les droits du patient**. Les droits du patient sont exercés par la personne majeure elle-même, pour autant qu'elle soit capable d'exprimer sa volonté pour ce faire. Toutefois, ces droits seront exercés par une personne que le patient a préalablement désignée pour se substituer à lui, pour autant et aussi longtemps qu'il n'est pas en mesure d'exercer ses droits lui-même. La désignation de cette personne s'effectue par un mandat écrit spécifique, daté et signé par la personne désignée ainsi que par l'administré, mandat par lequel cette personne désignée marque son consentement. Ce mandat peut être révoqué par l'un des deux cosignataires par un autre écrit daté et signé. Si le patient n'a pas désigné de mandataire ou si le mandataire désigné par le patient n'intervient pas, les droits du patient sont exercés par l'administrateur de la personne, désigné par le juge de paix pour le faire, pour autant et aussi longtemps que la personne protégée n'est pas en mesure d'exercer ses droits elle-même. Si aucun administrateur n'est habilité à représenter le patient, les droits établis par la présente loi sont exercés selon l'ordre en cascade qu'elle établit. Dans tous les cas, le patient est associé à l'exercice de ses droits autant qu'il est possible et compte tenu de sa capacité de compréhension⁸⁴.

Lorsque la protection est extrajudiciaire, la personne en situation de vulnérabilité instaure elle-même son régime de protection sur base d'un mandat en faveur d'une personne de son choix. Le mandat ne peut être accordé que par une personne capable d'exprimer sa volonté et ne porte

⁸¹ Article 491, alinéa 1er, f) et g), et 494 du Code civil. Cette distinction est opérée dans le Code civil au sujet de la protection judiciaire mais pourrait être exploitée librement dans la procédure extrajudiciaire instaurée par mandat, concernant des actes relatifs aux biens.

⁸² Article 492/2 du Code civil.

⁸³ Articles 491 et suivants du Code civil.

⁸⁴ Article 492/1, § 1er, alinéa 4, du Code civil; article 14 de la loi relative aux droits du patient du 22 août 2002, *M.B.*, 26 septembre 2002.

que sur des actes de représentation relatifs à la gestion des biens. Dans ce contrat peuvent figurer un certain nombre de principes que le mandataire doit respecter dans l'exercice de sa mission. À tout moment, le mandant peut modifier ces principes; le contrat peut être rompu par le mandant ou le mandataire. Le mandat doit être enregistré dans le registre central tenu par la Fédération royale du notariat belge. La demande d'enregistrement s'effectue par le dépôt d'une copie certifiée conforme du contrat au greffe de la justice de paix du lieu de résidence du mandant et, subsidiairement, de son domicile, ou par l'intermédiaire du notaire ayant dressé l'acte portant mandat.

Il s'agit d'un mandat qui donne pouvoir à un tiers d'agir mais qui ne protège pas la personne contre les actes qu'elle poserait elle-même. La prise d'effet de la protection extrajudiciaire peut être immédiate s'il s'agit d'un mandat général ou peut être différée au moment où le mandataire estime que le mandant n'est plus à même de gérer ses biens⁸⁵.

Ce nouveau statut de protection est stipulé conforme à la dignité humaine en regard du principe selon lequel **la capacité est la règle et l'incapacité l'exception**. Autrement dit, pour tout ce qui n'est pas explicitement spécifié, la personne est présumée capable⁸⁶.

Une demande de placement sous protection peut être introduite pour un mineur, à partir de l'âge de dix-sept ans accomplis, s'il est établi qu'à sa majorité, il sera « *en raison de son état de santé, totalement ou partiellement hors d'état d'assumer lui-même, comme il se doit, la gestion de ses intérêts patrimoniaux ou non patrimoniaux, si et dans la mesure où la protection de ses intérêts le nécessite* »⁸⁷. La protection entre en vigueur au moment où la personne protégée devient majeure.

Section 2. Le patient et ses droits

– L'aptitude à apprécier raisonnablement ses intérêts

La loi relative aux droits du patient consacre le droit pour toute personne de bénéficier des soins les plus adaptés sans considération de son âge, de ses origines, de sa nationalité, de sa situation personnelle ou financière⁸⁸.

Le législateur belge y a spécifiquement consacré, à l'article 12, une disposition relative aux mineurs⁸⁹ :

« § 1er. Si le patient est mineur, les droits fixés par la présente loi sont exercés par les parents exerçant l'autorité sur le mineur ou par son tuteur. § 2. Suivant son âge et sa maturité, le patient est associé à l'exercice de ses droits. Les droits énumérés dans cette loi peuvent être exercés de manière autonome par le patient mineur qui peut être estimé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts ».

⁸⁵ Articles 489 et suivants du Code civil.

⁸⁶ Article 492/1, § 1er, alinéa 2, et § 2, alinéa 2, du Code civil.

⁸⁷ Article 488/1, alinéa 2, du Code civil.

⁸⁸ Article 5 de la loi relative aux droits du patient.

⁸⁹ Article 12 de la loi relative aux droits du patient.

Cette disposition a pour vocation de transposer, dans notre droit national médical, l'article 12 de la CIDE qui réserve une place à la parole des jeunes : « 1. Les Etats parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité. 2. À cette fin, on donnera notamment à l'enfant la possibilité d'être entendu dans toute procédure judiciaire ou administrative l'intéressant, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un représentant ou d'une organisation appropriée, de façon compatible avec les règles de procédure de la législation nationale ».

Le Comité des Droits de l'Enfant rappelle qu'aucune limite d'âge n'est imposée en ce qui concerne ce droit de l'enfant⁹⁰.

En d'autres termes, le mineur doit pouvoir donner son avis concernant les types de soins reçus et notamment son éventuelle admission dans un hôpital psychiatrique ou l'administration d'une médication. Il peut même, s'il le souhaite, consulter seul un psychologue, un médecin ou un autre professionnel de la santé sans être dans l'obligation d'en avertir ses parents.

Les droits du mineur d'âge en qualité de patient ne se limitent pas au caractère confidentiel de la consultation d'un professionnel de la santé. Les droits du patient, tels qu'ils s'appliquent aussi aux majeurs, englobent le droit à des prestations de qualité sans discrimination (englobant la gestion de la douleur), le droit à l'information concernant son état de santé mais aussi quant au statut professionnel du praticien, le droit au libre choix du praticien professionnel (et la possibilité d'en changer), le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel, le droit relatif à la tenue et la consultation du dossier médical, le droit à la protection de la vie privée, le droit d'introduire une plainte auprès d'un médiateur⁹¹.

Le Conseil Supérieur de la Santé indique d'ailleurs qu'afin de répondre au mieux aux besoins des enfants, il est important de les faire participer et de les impliquer dans les décisions qui les concernent. En effet, un climat de soin de santé favorisant l'autonomie, avec une grande liberté de choix et une attitude fondée sur la prise en compte du point de vue des patients facilite la satisfaction des besoins fondamentaux. Et cela permet aussi d'améliorer l'accessibilité, la qualité et l'efficacité des soins. De plus, en ayant connaissance de l'avis de l'enfant, les professionnels pourront plus facilement évaluer son intérêt⁹².

En cas de conflit d'opinion entre les parents et le mineur, légalement, le prestataire de soin peut donc décider de suivre l'avis du mineur s'il estime que ce dernier est doué de discernement.

– **Le recours à la médication, une participation au soin effective ?**

Comme tout suivi médical, le soin en santé mentale peut parfois s'accompagner d'un traitement médicamenteux. Au regard de la loi relative aux droits du patient, il a le droit de participer à ses soins en donnant son avis sur les médicaments prescrits.

⁹⁰ Comité des droits de l'enfant, Observations finales concernant le rapport de la Belgique valant cinquième et sixième rapport périodique, 28 février 2019, p. 5.

⁹¹ Articles 5 et suivants de la loi relative aux droits du patient.

⁹² <https://www.health.belgium.be/fr/avis-9458-sante-mentale-et-jeunes>

Ainsi, par exemple, lorsque le jeune intègre un établissement psychiatrique, de son plein gré ou non, il est libre de prendre ou non les médicaments que le psychiatre lui prescrit, pour autant qu'il soit capable de donner son consentement.

S'il a le discernement nécessaire, le jeune est libre de demander ou d'accepter seul une médication, sans devoir consulter ses parents.

« Par rapport aux médications [...] on part du consentement du jeune, on ne demande pas toujours à la famille si elle est d'accord ou pas - on oublie parfois - on traite beaucoup avec le jeune, c'est avec lui que le médecin va parler : "est-ce que tu aurais besoin de médicaments ou pas ? Parce que ça, ça pourrait être utile. De quoi tu auras besoin comme traitement ?" et on considère tellement le jeune dans cette étape-là qu'on en oublie de valider avec l'adulte référent [...] sur le plan du consentement, on est plutôt bon dans le sens où on ne va pas donner un médicament à un jeune parce que sa maman l'exige mais que lui ne veut pas. Ce sera plutôt l'inverse, un jeune qui estime "avoir besoin de", le médecin va le rencontrer, va faire le point, va estimer que peut-être c'est nécessaire et on aura l'avis des parents. On va peut-être parfois oublier de le demander » (Travailleur social dans une unité pédopsychiatrique d'un centre neuropsychiatrique).

« La médication est un acte médical, c'est d'abord une décision médicale. Si le jeune a vraiment besoin d'une médication, je vais essayer d'expliquer aux parents pourquoi c'est absolument nécessaire. Maintenant, il n'y a pas beaucoup de situations médicales où ils en ont vraiment besoin; un jeune est délirant, il a besoin d'un neuroleptique, je vais faire tout ce que je peux pour convaincre les parents. Tout le reste, ça reste des médications dont on peut se passer. Je ne vais pas faire : "le jeune le demande donc je vais lui donner", je vais réfléchir avec lui du sens de sa demande et de la position des parents. À partir du moment où je mets qu'il est hospitalisé, je pense que dans les papiers qu'ils signent, au départ, il y a une note qui dit qu'en cas d'urgence le médecin peut donner une médication, ils acceptent donc que le médecin prenne des décisions urgentes. Si on l'appelle en pleine nuit parce qu'il se passe quelque chose, on ne téléphone pas aux parents pour leur demander leur avis, on prend la décision médicale » (Pédopsychiatre dans la clinique pour enfants et adolescents d'une institution de soins spécialisée en psychiatrie et en santé mentale).

Afin que le patient puisse donner son consentement de manière libre et éclairée, le professionnel de la santé doit lui fournir des informations claires et pertinentes⁹³. Pour cela, il se doit notamment de fournir les informations suivantes : *« le diagnostic de la maladie, la nature et le but de l'intervention proposée, les bénéfices et les risques probables associés à l'intervention, les autres choix possibles de traitements incluant les bénéfices et risques de chacun et les conséquences d'un refus ou d'une non-intervention »*⁹⁴.

« On ne met pas une médication sans prévenir le patient, même un patient complètement délirant, amené par la police, mis en observation, isolé, attaché. On va lui expliquer ce qu'on va lui donner comme médication, il ne s'en souvient parfois pas, mais on ne va jamais, même

⁹³ Article 7 de la loi relative aux droits du patient.

⁹⁴ C. RICHARD, Y. LAJEUNESSE et M.-Th. LUSSIER, Consentement éclairé et médicaments : leurre et lueurs, *Ethique Publique*, vol. 8, n° 2 | 2006 : Le complexe médico-pharmaceutique, disponible sur <https://journals.openedition.org/ethiquepublique/1829#>

lui faire une injection, ne pas lui expliquer ce qu'on va mettre dedans. Parfois ils veulent faire leur shopping : ils veulent ça, ça, ça, parce que machin a eu ça. Non, [...] les gens doivent savoir ce qu'ils prennent comme médicament(s), savoir à quoi ça sert, à quoi ça ne sert pas, les effets secondaires » (Pédopsychiatre dans la clinique pour enfants et adolescents d'une institution de soins spécialisée en psychiatrie et en santé mentale).

« [...] on a des effets médicamenteux qui ne peuvent pas s'arrêter comme ça, donc ça veut dire que c'est aussi téléphoner au pédopsychiatre "vous savez passer ?" et on discute "voilà, elle a arrêté. Qu'est-ce que ça a comme effets ?", "ah mais ça, toi qui as des angoisses, ça va ré-augmenter tes angoisses encore plus; tu risques d'avoir des pertes de mémoire". Elles connaissent mieux les médications que nous, de toute façon » (Travailleur dans un SRS).

Parmi les jeunes que nous avons interrogés, ceux qui ont connu une médication en relèvent généralement - d'abord, voire exclusivement - les effets secondaires indésirables, visiblement marqués par ces désagréments qu'ils ne semblent pas prêts d'oublier. Beaucoup nous racontent avoir été « *tout stones* » ou « *maqués* », en hôpital comme en IPPJ. Les professionnels que nous avons rencontrés ne cachent pas non plus cette réalité. Cette crainte de la médication (comme de l'hospitalisation) est également avancée dans nos suivis au SDJ. Certains jeunes ne veulent plus en entendre parler parce qu'ils en gardent de très mauvais souvenirs.

« [...] ça me maquait, [...], ces médicaments sont puissants [...] je dormais toute la journée » (Florian).

« J'ai stoppé net mon traitement parce que ça m'empêchait de me concentrer à l'école ça m'endormait un certain moment ça me donnait une sensation d'étourdie dans les vapes donc moi j'appréciais pas les effets que ça me faisait, j'ai arrêté net et à 15 ans ça m'a valu une rechute » (Lucette).

« [...] je suis allée voir mon médecin traitant et ma maman lui a demandé exactement les mêmes médicaments qu'on me donnait (en IPPJ et hôpital psychiatrique) et le médecin lui a répondu : "vous êtes complètement folle on peut pas donner ça à une jeune fille, c'est vraiment... ça va pas". Et puis c'était blindé genre j'avais une douzaine un truc comme ça de médicaments par jour et que des trucs super forts et en fait le médecin n'a pas voulu, il a dit non et quand le médecin a dit non ben il était vraiment choqué [...] du coup ça s'est arrêté juste comme ça. [...] moi j'étais déjà pas bien dans les médocs, ça m'allait pas, déjà je réalisais en psychiatrie que j'étais complètement, je savais qu'on était stone, il y avait certains jeunes aussi qui étaient carrément des légumes eux c'était trop, ça fait tellement de temps qu'on leur donne, en tout cas que, c'est bon le mec il a, il est comme ça ... il regarde le mur, il est à l'ouest et il y en avait blindé des comme ça [...] que ce soit en psychiatrie ou en centre IPPJ ça a toujours été pareil, trop facile, à donner plein de médocs. Peut-être qu'il y a des filles qui sont demandeuses, qui sont preneuses. Voilà, qu'elles demandent directement, mais perso moi je demandais rien et on m'a donné blindé du coup. Comme ils donnent à tout le monde, pour eux c'est normal. Ça c'est pas possible, c'est pas normal » (Esma).

« [...] on rencontre des jeunes qui viennent... - alors sans vouloir citer de nom, mais quand même - il y a des services réputés pour mettre la dose [...] il y a des structures, quand on reçoit un jeune venant de là-bas, on sait que pendant les 15 premiers jours, on va y aller mollo parce

qu'il faut qu'il revienne, quoi » (Travailleur social dans une unité pédopsychiatrique d'un centre neuropsychiatrique).

« C'est des macs clairement (en parlant d'une IPPJ) et même parfois c'est nommé comme ça » (Membre de direction d'un SRS).

« [...] je pense que les jeunes ont majoritairement du mal avec les médications, ça change beaucoup leur perception des choses, leur perception d'eux-mêmes. [...] J'ai quand même pas mal de jeunes [...] qui spontanément ont du mal à prendre leur traitement, parce qu'ils ont l'impression que ça les change, enfin qu'ils ne sont plus eux-mêmes donc voilà. Donc oui majoritairement je n'ai quand même pas, je n'ai pas des bons échos par rapport aux médications » (Zoothérapeute et psychologue dans un centre PMS).

Certaines médications engendrent également des nausées, altèrent l'humeur ou créent une accoutumance voire une dépendance qui, pour être assouvie, va parfois mener à la consommation de drogues provoquant les mêmes effets.

« Au début ça m'aidait beaucoup, ils (en parlant d'une unité spécialisée dans les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles des conduites alimentaires pour des jeunes adultes d'un hôpital neuro-psychiatrique) m'ont beaucoup aidé et puis il y a eu le décès de mon pote Martin qui s'est suicidé, mais là ils m'ont maqué aux médocs, du coup j'ai pris le goût à me shooter aux médocs, et ça a été ma descente aux enfers, je n'ai plus voulu m'en sortir, ils m'ont viré, et puis ils m'ont repris. [...] Je me coupais, j'étais à 8 mg de Xanax, je me coupais énormément donc, ils savaient plus quoi faire avec moi, ils m'ont viré. [...] et du coup je les ai plus pris en rentrant chez moi, j'ai fait des crises de manque, du coup j'ai pris de ketapin comme ça un truc comme ça (en parlant de la kétamine). [...] et puis j'ai pris ecsta, puis ils m'ont réintégré et puis ils m'ont viré, réintégré et puis reviré. [...] je me coupais et je faisais énormément de conneries, je fuguais aussi donc [...] je travaillais à moitié en fait, je travaillais bien, mais je faisais beaucoup de conneries sur le côté, et j'avais un comportement insolent tout le temps. [...] Ils ont fait "on va faire un petit pause d'hospitalisation". Et puis à un moment donné, ils ont fait l'hospitalisation programmée, puis un beau jour ils sont venus « vu que tu consommes énormément de drogue, on ne sait plus rien faire pour toi ». [...] je revenais en hospi de jour, j'étais complètement défoncé. [...] j'ai été à (unité spécialisée en psychiatrie générale et addictions d'un hôpital neuro-psychiatrique) [...] j'étais complètement défoncé de mes médocs » (Florian).

« Mon frère est arrivé pour donner un jugement pour dire si oui ou non, mon frère a dit non parce qu'il ne voulait pas parce que pour lui c'est une drogue, chose que je ne dis pas le contraire là-dessus vu que maintenant j'en prends » (Kirito).

« [...] le prozac, c'est un cercle vicieux énorme, c'est horrible. [...] En fait, j'ai arrêté deux fois. J'ai arrêté une première fois quand mon père est décédé, comme ça du jour au lendemain. J'en avais marre en fait, je ne voulais pas vivre avec une barrière, je voulais ressentir ce qui se passait vraiment. En fait, je me suis rendu compte que sans ce médoc, j'étais personne, j'étais rien, que je ne rigolais pas, j'étais super susceptible tout le temps. Je m'énervais pour rien, j'étais trop fragile, j'avais l'impression que ce médoc c'était une partie de moi-même, et sans ce médoc je n'étais personne. [...] Je pense qu'il aurait fallu donner la moindre dose parce que là j'étais à une dose tellement forte que j'étais limite en overdose en fait, deux grammes de plus,

j'étais en overdose. [...] j'ai commencé à reprendre et j'ai arrêté l'an passé. [...] toute seule mais là j'ai fait progressivement quoi parce que j'étais à plus de 60 mg, j'ai arrêté en descendant petit à petit sans suivi médical sans rien » (Hélène).

« [...] j'ai suivi une jeune, [...] pendant le confinement elle n'a pas trouvé de psychiatre et le médecin généraliste a donné un médicament [...] la jeune n'était pas bien avec ce médicament. Et donc je l'ai vue, première fois que je la vois je lui ai dit : "Tu arrêtes, tu arrêtes du jour au lendemain et tu arrêtes tout". Et je l'ai revue récemment et cette personne m'a dit qu'elle avait des maux de tête suite à l'arrêt du médicament et que plus jamais elle ne voudrait faire de sevrage médicamenteux » (Pédopsychiatre en centre de santé mentale et en hôpital).

« [...] c'est comme dans les dépressions où on médicamente les jeunes avec le médicament X alors que ça crée de la dépendance, ou avec des anxiolytiques qui modifient particulièrement l'humeur etc... [...] Il faut parfois réfléchir, de nouveau, à deux fois. [...] ça dépend des compétences propres du professionnel et de son investissement » (Psychologue dans un centre PMS).

« Certains jeunes utilisent ça (en parlant de l'isolement) [...] pour être médiqués, pour être calmés parce qu'ils sont, ils ont été tellement médiqués ou pris tellement de choses que ça devient, je ne vais pas dire une drogue mais une dépendance si [...] » (Direction d'IPPJ).

Enfin, les professionnels sondés semblent se rejoindre sur un point : la médication est parfois nécessaire, mais elle n'est jamais suffisante.

« On a une jeune qui a un problème de santé mentale très important, dès qu'elle consomme, elle est délirante. Elle doit faire des mises en obs', c'est une jeune qui a un parcours de mise en obs' assez important [...] qui est en fugue à tout bout de champ, qui a un mec de 32 piges à Charleroi qui la maltraite. [...] ça fait un an et demi qu'on l'a mais dans les jours, on l'a peut-être eue 6 mois dans les murs. Cette jeune-là, si elle n'a pas une piqûre toutes les 3 semaines, elle part dans tous les sens. Alors, évidemment, avec les fugues, elle n'a pas toujours la piqûre au bon moment, quoi... donc on doit repasser par des séjours d'hospi [...] quand on a des moments comme ça où elle n'a pas sa médication... la semaine dernière, elle allait dans tous les sens. Là, c'est très très compliqué pour une équipe éducative. Et pour les autres jeunes aussi. Mine de rien. Parce qu'elle est absolument adorable à côté de ça. Mais heureusement que certaines ont appris à apprivoiser cette jeune fille. En se disant, on ne va pas aller activer maintenant, parce qu'elles vivent ensemble depuis quelques mois. Mais ce n'est pas toujours le cas, les coups ils partent aussi. Alors qu'au final, c'est parce qu'elle n'a pas sa médication qui est là, quoi. [...] on a fait l'expérience que, quand elle a sa médication régulière, elle est très accessible, on sait travailler [...] » (Travailleur dans un SRS).

« Pour certains jeunes [...] c'est un passage nécessaire mais qui serait préférable d'être transitoire. Il faut l'éviter quand on peut mais c'est nécessaire pour certains jeunes mais ce n'est jamais suffisant pour ces jeunes-là en santé mentale. S'ils ont besoin d'une médication, ils ont besoin d'un accompagnement thérapeutique [...] » (Psychologue dans un Centre PMS).

« [...] on est très peu médicaments, ça c'est la base. Après, dans certaines situations, c'est nécessaire parce qu'il y a soit un fond de maladie mentale qui est présent chez le jeune et donc il faut entourer ça avec une médication pour éviter que ça ne se déploie plus. D'autres jeunes ont besoin d'un temps de médication pour vraiment s'apaiser et ensuite faire autrement. Pour

certaines jeunes, c'est nécessaire de commencer d'abord par un apaisement médicamenteux » (Travailleur social dans une unité pédopsychiatrique d'un centre neuropsychiatrique).

« [...] quand il y a beaucoup de violence ou quand vous êtes face à un jeune qui a des hallucinations visuelles ou auditives, à un moment donné on doit arriver à ce que le jeune accepte de prendre un médicament, et donc là ben parfois on dit : "il faut, il faut prendre le médicament", et on en discute et voilà. [...] parfois j'essaye effectivement d'imposer le médicament dans l'objectif d'aller vers une stabilisation quand même tant de l'humeur que de la capacité du jeune d'avoir une vie où il est intégré dans notre monde quoi » (Pédopsychiatre en centre de santé mentale et en hôpital).

« [...] la médication - en tout cas au niveau de l'équipe d'ici - elle est vécue comme en fait une béquille. Donc c'est à un moment donné quand on se casse une jambe, si on n'utilise pas de béquilles ben on ne pourra pas permettre à la jambe de se reposer et de se retaper. Donc la médication même pour les problèmes de santé mentale ça peut être ça aussi, c'est que c'est nécessaire à un moment donné le temps de tenir. Mais que si on ne prend pas soin de cette jambe et que si on ne prend pas soin de la réparer, ça sera largement insuffisant. Et donc il faut, il faut une prise en charge du jeune, une prise en charge globale. Ça, c'est quelque chose qui est pour la plupart de nos situations. Par contre, il y a aussi des situations très spécifiques, il y a des jeunes qui ont des problèmes, qui développent tout doucement des problèmes psychiatriques et où sans médication c'est impossible de tenir. Quand on parle décompensations psychotiques, quand on parle d'anxiété +++, sans médication ce n'est pas possible. Donc à ce moment-là, ça devient plus qu'une béquille, ça devient vraiment une nécessité pour le suivi et pour le soin de ces jeunes-là quoi » (Responsables d'une équipe mobile de crise).

Chapitre 2. Les mesures d'aide et de protection de la jeunesse

Le Code Jeunesse reconnaît aux enfants, aux jeunes et à leur famille un droit à la prévention, à l'aide et à la protection spécialisées, qui tendent à permettre à l'enfant ou au jeune de se développer dans des conditions d'égalité des chances en vue de son accession à une vie conforme à la dignité humaine. La prévention, l'aide et la protection poursuivent des objectifs d'éducation, de responsabilisation, d'émancipation et d'insertion sociale. L'aide et la protection s'inscrivent dans une optique de déjudiciarisation et de subsidiarité de l'aide contrainte par rapport à l'aide volontaire⁹⁵.

Ce droit à la prévention, à l'aide et à la protection spécialisées permet d'apporter de l'aide aux jeunes qui le sollicitent ou l'acceptent, mais aussi – dans certains cas - de l'imposer à ceux qui s'y opposent⁹⁶, notamment en matière de santé mentale.

Il s'agit dès lors d'un droit qui revêt des facettes différentes selon que le jeune se situe dans l'aide volontaire ou dans l'aide contrainte. De facto, les jeunes ayant rencontré dans le même

⁹⁵ Article 1, 3-6-7° du Code.

⁹⁶ Article 20 (aide spécialisée), 38 (protection spécialisée pour les mineurs en danger) et 55 du Code (protection spécialisée pour les mineurs FQI).

temps des difficultés en lien avec la santé mentale peuvent poser des regards multiples, voire antinomiques, sur leur parcours de soins selon les lignes d'intervention.

Le Code Jeunesse concrétise la philosophie protectionniste consacrée dans les grands principes de droit par le législateur sur le plan international comme national.

Préambule : Un casse-tête à la belge

Suite aux réformes successives de l'Etat belge, les trois Communautés du pays⁹⁷ ont acquis de plus en plus de compétences notamment en matière de droit de la jeunesse. En 2014, la sixième et dernière réforme a confié aux communautés la compétence de régler les mesures à prendre vis-à-vis des mineurs qui ont commis un fait qualifié infraction. Notre Communauté française, usuellement appelée « Fédération Wallonie-Bruxelles »⁹⁸, s'est dès lors trouvée dans l'obligation d'élaborer sa propre réglementation en la matière et s'est saisie de cette opportunité pour adapter le décret relatif à l'aide à la jeunesse du 4 mars 1991 aux besoins et aux évolutions de la société et de sa jeunesse.

Dans ce cadre, un nouveau décret en matière d'aide à la jeunesse (« portant le Code de la Prévention, de l'Aide à la Jeunesse et de la Protection de la Jeunesse ») a été adopté par le Parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles le 18 janvier 2018 (ci-après « le Code Jeunesse »)⁹⁹. Il est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2019, à l'exception de son livre V relatif aux mesures de protection des jeunes poursuivis du chef d'un fait qualifié infraction qui est entré en vigueur le 1^{er} mai 2019. L'idée du Ministre de l'Aide à la jeunesse en fonction, Monsieur Rachid Madrane, était de rassembler dans un seul texte l'ensemble des règles existantes en matière de prévention, d'aide à la jeunesse, de protection de la jeunesse et des mesures à l'égard des mineurs délinquants¹⁰⁰.

Cependant, la complexité institutionnelle de notre pays et le statut particulier de la Région bilingue de Bruxelles-Capitale ont pour conséquence une application différée du code selon que la famille réside à Bruxelles ou en Wallonie.

⁹⁷ La Belgique fédérale comprend trois communautés (la Communauté française, la Communauté flamande et la Communauté germanophone) et trois régions (la Région flamande, la Région de Bruxelles-Capitale et la Région wallonne). L'existence des communautés est basée sur la notion de "langue", et de manière plus générale, de culture. La création des Régions trouve ses fondements dans l'histoire et, plus particulièrement, dans l'aspiration de certains à plus d'autonomie économique. Les communautés et les régions se situent au même niveau que l'état fédéral. L'administration du pays est ainsi assurée par diverses instances qui exercent de manière autonome leurs compétences dans les matières qui leur sont propres.

https://www.belgium.be/fr/la_belgique/pouvoirs_publics/la_belgique_federale

⁹⁸ La Fédération Wallonie-Bruxelles désigne la Communauté française visée à l'article 2 de la Constitution. Le Parlement de la Communauté française a décidé, par une résolution du 25 mai 2011, de faire systématiquement usage de l'appellation « Fédération Wallonie-Bruxelles » pour désigner usuellement la Communauté française dans ses communications. Le Gouvernement en fait de même.

<http://www.federation-wallonie-bruxelles.be/index.php?id=179>

⁹⁹ Décret de la Communauté française du 18 janvier 2018 portant le code de la prévention, de l'Aide à la jeunesse et de la protection de la Jeunesse, *M.B.*, 3 avril 2018.

¹⁰⁰ Fédération Wallonie Bruxelles, Administration Générale de l'Aide à la Jeunesse, « Repér'AJ, Le journal de l'Aide à la jeunesse », octobre 2018, p. 3.

Le Code s'applique aux jeunes wallons dans tous les domaines de l'aide et de la protection de la jeunesse, à savoir la prévention, l'aide, la protection (aide contrainte) et la réponse à la délinquance. Tandis qu'à Bruxelles, le Code ne s'applique que dans le cadre de la prévention et de l'aide.

La pratique du droit de la jeunesse à Bruxelles est, en effet, particulière. En matière d'aide volontaire, les usagers peuvent choisir de recourir aux services organisés par le sud ou le nord du pays, et donc de se voir appliquer le code de la jeunesse ou le décret flamand relatif à l'aide intégrale à la jeunesse. Par contre, la COCOM¹⁰¹ est compétente pour régler la protection des jeunes en danger et pour déterminer les mesures qui peuvent être prises envers un mineur délinquant. Celle-ci a voté un projet d'ordonnance relative à l'aide et la protection de la jeunesse le 16 mai 2019 qui englobe l'aide contrainte et la réponse à la délinquance pour les jeunes et leurs familles résidant à Bruxelles¹⁰². La date d'entrée en vigueur de ce texte n'est pas encore connue. En attendant, à Bruxelles, l'ordonnance relative à l'aide à la jeunesse du 29 avril 2004 demeure applicable pour l'aide contrainte et la loi du 8 avril 1965¹⁰³ reste d'application pour les mineurs en conflit avec la loi.

La loi fédérale du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse reste applicable, pour les trois communautés, concernant les règles d'organisation judiciaire (notamment l'appel et l'opposition).

En Flandre, la matière de l'aide et de la protection de la jeunesse est régie par le décret du 12 juillet 2013 relatif à l'aide intégrale à la jeunesse.

Il est essentiel de garder à l'esprit que la seule possibilité dont dispose le Juge de la jeunesse pour imposer un régime fermé, dans le cadre de la protection de la jeunesse, est l'envoi en IPPJ. Si un juge veut un régime de soins et un régime fermé, il devra avoir recours à la loi du 26 juin 1990 sur la protection de la personne des malades mentaux qui pourra s'appliquer en complément du Code Jeunesse (cette loi est examinée *infra*, à la section 2 du chapitre 3).

Section 1. Le mineur en conflit avec la loi

– Un arc aux multiples cordes

Ce sont les articles 120, 122 et 123 du Code qui outillent le tribunal de la jeunesse pour faire face aux questions de santé mentale des jeunes en conflit avec la loi.

¹⁰¹ La Région bruxelloise est officiellement bilingue parce qu'elle est composée de francophones et de néerlandophones. Chacune de ces Communautés mène sur le territoire de la Région bruxelloise sa propre politique en matière de compétences communautaires. A cette fin, elles ont mis sur pied trois Institutions communautaires bruxelloises spécifiques : la Commission communautaire française (COCOF), la Commission communautaire flamande (VGC) et la Commission communautaire commune (COCOM), cette dernière étant compétente pour les matières communautaires ne relevant pas exclusivement de la compétence d'une des deux Communautés.

<https://be.brussels/a-propos-de-la-region/les-institutions-communautaires-a-bruxelles>

¹⁰² Ordonnance de la Commission communautaire commune du 16 mai 2019 relative à l'aide et à la protection de la jeunesse, *M.B.*, 5 juin 2019.

¹⁰³ Loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait, *M.B.*, 15 avril 1965.

L'article 120 traite de l'accompagnement et de la guidance :

« Lorsque le tribunal de la jeunesse décide de soumettre le jeune à un accompagnement ou une guidance, il peut :

[...] 3° lui imposer de se soumettre à la guidance d'ordre psychologique, social ou éducatif d'un service d'accompagnement familial agréé;

4° lui imposer de se soumettre à la guidance d'un centre de santé mentale, d'un professionnel ou d'un service psycho-médico-social agréé, sur la base d'un **rapport médical ou psychologique circonstancié** établissant, à la suite d'un examen datant de quinze jours au plus, la **nécessité thérapeutique de la guidance** [...] ».

Les articles 122 et 123 envisagent l'éloignement du milieu de vie :

« Art. 122. Lorsque le tribunal de la jeunesse décide d'éloigner le jeune de son milieu de vie, il envisage de le confier dans l'ordre de priorité suivant :

1° à un membre de sa famille ou à un de ses familiers;

2° à un accueillant familial qui n'est ni un membre de sa famille ni un de ses familiers;

3° à un **établissement approprié en vue de son éducation ou de son traitement**;

4° à une institution publique.

Le jeune ne peut être confié à une institution publique s'il souffre d'un handicap mental ou d'un trouble mental établi par un rapport médical circonstancié.

[...] une mesure d'éloignement du milieu de vie **peut être cumulée** avec une mesure d'accompagnement ou de guidance.

Art. 123. 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 cette mesure**.

En cas d'**urgence**, le tribunal de la jeunesse peut ordonner la mesure visée à l'alinéa 1er sur base d'un **rapport médical circonstancié**, à condition que la **nécessité thérapeutique** de la mesure soit **confirmée par un rapport pédopsychiatrique circonstancié dans les trente jours qui suivent le début de la mesure**.

Le tribunal applique les dispositions du présent livre, **sans préjudice de l'application de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux**¹⁰⁴.

En cas d'application de la loi du 26 juin 1990 précitée à un jeune ayant commis un fait qualifié infraction avant l'âge de dix-huit ans par le tribunal, la décision du médecin-chef de service de lever la mesure n'est exécutée qu'après un délai de cinq jours ouvrables à compter du jour où le tribunal en est informé. Dans ce délai et sans pouvoir le prolonger, le tribunal statue sur

¹⁰⁴ L'application de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux sera examinée *infra* (Chapitre 3, Section 2).

toute autre mesure visée à l'article 108 (offres restauratrices et mesures au fond) qu'il juge utile »¹⁰⁵.

D'emblée, il peut être observé que les balises imposées par le législateur sont plus strictes lorsque le juge décide d'éloigner le jeune de son milieu de vie dans le cadre de la prise en charge thérapeutique. En effet, cette mesure nécessite un rapport pédopsychiatrique alors qu'un rapport médical ou psychologique suffit lorsque l'accompagnement ou la guidance est ambulatoire.

– Les motivations du législateur

Pour découvrir en quoi ces prescrits innovent et pour en comprendre le sens, il requiert de se pencher sur la disposition qu'ils remplacent, à savoir l'article 37 de la loi du 8 avril 1965 qui permettait au Juge de la Jeunesse de recourir aux mesures de garde, de préservation et d'éducation suivantes¹⁰⁶ :

- « *Imposer un **traitement ambulatoire** auprès d'un service psychologique ou psychiatrique, d'éducation sexuelle ou d'un service compétent dans le domaine de l'alcoolisme ou de la toxicomanie* » (article 37§2, alinéa 1er, 5°);

- « *décider le **placement résidentiel** dans un service compétent en matière d'alcoolisme, de toxicomanie ou de toute autre **dépendance** si un **rapport médical circonstancié, datant de moins d'un mois, attestait que l'intégrité physique ou psychique de l'intéressé ne pouvait être protégée d'une autre manière*** » (article 37§2, alinéa 1er, 10°);

- « *décider le **placement résidentiel** de l'intéressé soit dans une section ouverte, soit dans une section fermée d'un service pédopsychiatrique s'il était établi dans un **rapport indépendant pédopsychiatrique, datant de moins d'un mois et établi selon les standards minimums déterminés par le Roi, qu'il souffrait d'un trouble mental qui affectait gravement sa faculté de jugement ou sa capacité à contrôler ses actes*** » (article 37§2, alinéa 1er, 11°).

Ces nombreuses possibilités, explique A. Masson, constituaient autant d'alternatives pour le Juge désireux de contraindre un jeune qui ne tombe pas sous la coupe de la loi de 1990. Selon le psychiatre, la définition légale de ces critères donnerait la possibilité au Juge de trouver, en toutes circonstances, un établissement de soins correspondant à la problématique du mineur délinquant¹⁰⁷.

Il ressort de la version commentée du Code¹⁰⁸ que lorsque le gouvernement du Ministre R. Madrane a pensé les article 120, alinéa 1er, 4° et 123, il a souhaité s'éloigner des mesures initialement prévues par l'article 37 de la loi de 1965 et ce, en tenant compte d'une part des

¹⁰⁵ *Idem.*

¹⁰⁶ Pour rappel, cet article est toujours d'application à Bruxelles pour les mineurs en conflit avec la loi.

¹⁰⁷ A. MASSON, « Face au mineur évoluant entre mise en danger, transgression et trouble mental, comment composer entre les différentes mesures ? », in « La réforme de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse- Premier bilan et perspective d'avenir », Actes du Colloques des 31 mai et 1^{er} juin 2007, sous la direction de Th. MOREAU, I. RAVIER et B. VAN KEIRSBILCK, Editions jeunesse et Droit, Collection du centre interdisciplinaire des droits de l'enfant.

¹⁰⁸ Décret du 18 janvier 2018 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, p. 27.

recommandations relayées dans le rapport Rans¹⁰⁹, et d'autre part de l'arrêt de la Cour constitutionnelle n°49/2008 du 13 mars 2008.

Les nouvelles mesures du Code relatives à la santé mentale ont été influencées par trois recommandations majeures provenant du rapport Rans.

Tout d'abord, plusieurs acteurs du monde judiciaire et du monde médical remettaient en cause l'opportunité de donner au juge un "pouvoir d'injonction thérapeutique" et la praticabilité d'une telle mesure, vu l'impossibilité d'imposer un traitement de type psychothérapeutique qui implique un investissement personnel, et relevaient que cette mesure était en contradiction avec la loi relative aux droits du patient. Pour répondre à cette objection majeure, il a été décidé d'abandonner le 5° (« *imposer de suivre un traitement ambulatoire auprès d'un service psychologique ou psychiatrique, d'éducation sexuelle ou d'un service compétent dans le domaine de l'alcoolisme ou de la toxicomanie* »), le 10° (« *décider le placement résidentiel dans un service compétent en matière d'alcoolisme, de toxicomanie ou de toute autre dépendance* »), et le 11° (« *décider le placement résidentiel de l'intéressé soit dans une section ouverte, soit dans une section fermée d'un service pédopsychiatrique* ») de l'article 37, § 2, alinéa 1er de la loi du 8 avril 1965.

Ensuite, le souhait était marqué de prévoir une approche globale en termes de mesures. En effet, les dispositions 5° et 10° précitées étaient critiquées pour leur trop grande spécificité en assuétudes. Désormais, le nouveau Code parle de « *guidance d'un centre de santé mentale, d'un professionnel ou d'un service psycho-médico-social agréé* » et d' « *établissement approprié en vue du traitement* ».

Enfin, il était reproché à la disposition 11° de ne pas tenir compte de la réalité du dispositif hospitalier pédopsychiatrique. En effet, la distinction entre la section dite ouverte et la section dite fermée n'était pas jugée pertinente car le caractère ouvert ou fermé du dispositif dépendait du statut juridique du patient, selon qu'on lui appliquait la loi du 8 avril 1965 ou la loi relative à la protection des malades mentaux, et non du type de service. En pratique, la section dite fermée était exclusivement réservée aux jeunes patients relevant de la loi relative à la protection des malades mentaux.

De plus, par son arrêt n°49/2008 du 13 mars 2008, la Cour constitutionnelle avait rappelé, à la lumière de la Convention Européenne des Droits de l'Homme et de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, que toute ingérence des autorités dans le droit au respect de la vie privée devait être prescrite par une disposition législative suffisamment précise et correspondre à un besoin social impérieux. Elle en avait déduit qu'une intervention médicale forcée ne pouvait être considérée comme une mesure justifiée que si la nécessité thérapeutique en était établie. Partant, elle avait décidé que l'article 37, § 2, de la loi du 8 avril 1965 devait être interprété comme imposant que toutes les mesures impliquant un traitement médical obligatoire, y compris donc un traitement ambulatoire, soient fondées sur une appréciation médicale.

¹⁰⁹ Rapport Rans, pp. 67-68; annexe 4 "intervention du 20 mai 2011 de Lucien Nouwynck, avocat général près la cour d'appel de Bruxelles, lors du Congrès international Santé mentale et Justice des mineurs (Atelier La bientraitance : socle éthique de l'aide éducative et des soins psychiques contraints)".

Afin de se conformer à l'arrêt précité de la Cour constitutionnelle, l'article 123, alinéa 1er, se borne à exiger un rapport établissant la nécessité thérapeutique de la mesure, tout en évitant la notion de « trouble mental qui affecte gravement sa faculté de jugement ou sa capacité à contrôler ses actes », à laquelle se référait l'article 37, § 2, alinéa 1er, 11°, de la loi du 8 avril 1965. En effet, la version commentée du Code relate que selon les praticiens, cette notion est imprécise sur le plan clinique et risque de ne pas permettre un éclairage pertinent sur les éléments justifiant l'ordonnance ou le maintien d'une mesure hospitalière. Elle place le médecin et l'équipe dans une perspective clinique particulière : faire en sorte que le jeune « récupère une faculté de jugement ou une capacité à contrôler ses actes... ». Le caractère très large de cette notion ouvrirait la porte au risque de psychiatrisation abusive de la souffrance psychique ou de la délinquance juvénile¹¹⁰.

Le Code prévoit donc finalement, parmi les mesures d'accompagnement et de guidance, la possibilité de soumettre le jeune à la guidance d'un centre de santé mentale, d'un professionnel ou d'un service psycho-médicosocial agréé (article 120, alinéa 1er, 4°) et, parmi les mesures d'éloignement du milieu de vie, la possibilité de confier le jeune à un établissement approprié en vue de son traitement (article 123, alinéa 1er), sur base d'un rapport médical circonstancié établissant la nécessité thérapeutique de la guidance ou de l'hébergement.

Par souci de cohérence, le rapport pédopsychiatrique doit être basé sur un examen du jeune datant de 15 jours au plus, et plus de 30 jours comme la loi protectionnelle de 1965 le prévoyait, ce nouveau délai étant celui utilisé par la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux qui sera étudiée *infra*, au chapitre suivant¹¹¹.

Il ressort du rapport de commission que l'article 123, alinéa 1er, a fait l'objet de vives discussions. En effet, de nombreux juges ont soulevé la difficulté de se procurer un rapport pédopsychiatrique circonstancié dans l'urgence vu la pénurie de cette spécialité. Dans l'arrondissement judiciaire de Charleroi par exemple, ce profil n'existe pas. Les juges ont donc soulevé le caractère « excessif » de cette mesure, surtout dans des situations d'urgence¹¹². Pour cette raison, il est prévu à l'alinéa 2 qu'en cas d'urgence, un rapport médical circonstancié puisse suffire s'il est confirmé dans les trente jours par un rapport pédopsychiatrique qui établit la nécessité de la mesure. Qui plus est, ce rapport pédopsychiatrique peut être établi par le médecin-chef de l'établissement désigné par le tribunal. Initialement, le projet du décret prévoyait que le rapport pédopsychiatrique circonstancié devait être établi par un médecin extérieur à l'établissement auquel le tribunal confie le jeune. L'union francophone des magistrats a cependant sollicité la suppression de cette dernière exigence en arguant que le recours à un médecin extérieur était superflu et inutilement coûteux, et qu'il entraverait le

¹¹⁰ Décret du 18 janvier 2018 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, pp. 74-75; Questions spécifiques liées à l'application de la loi du 8 avril 1965 (modifiée par les lois des 15 mai et 13 juin 2006) et de la loi du 26 juin 1990, exposé de Etienne Joiret du 19 juin 2015 dans le cadre du groupe de travail « loi du 8 avril 1965 » du Conseil national des établissements hospitaliers.

¹¹¹ Décret du 18 janvier 2018 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, p. 75

¹¹² Rapport de la commission, Projet de décret portant le code de la prévention, de l'aide à la jeunesse et de la protection de la jeunesse, p.132 et p. 38.

placement en urgence : « *il s'agit de permettre le maintien de la pratique actuelle qui consiste à demander aux établissements pressentis pour prendre en charge le jeune qu'ils évaluent eux-mêmes la nécessité thérapeutique de la mesure et la possibilité pour le jeune d'être pris en charge par l'établissement au regard de ses conditions d'admission* »¹¹³. Leur demande a été entendue et suivie.

Pour finir, en vertu de l'article 122, alinéa 2, du Code, le jeune ne peut plus être confié à une institution publique s'il souffre d'un handicap mental ou d'un trouble mental. La finalité de cette disposition était d'éviter que des jeunes qui devraient être hébergés dans une structure spécialisée dans la prise en charge des personnes handicapées ou dans un établissement psychiatrique se retrouvent en institution publique, comme c'était "encore malheureusement le cas" en pratique selon les concepteurs du Code¹¹⁴. Nous nous attarderons, au sein de la Partie 2, sur les questions et difficultés que fait naître cette nouvelle disposition.

– Des outils à exploiter dans un cadre procédural

Les articles 101 et suivants du Code Jeunesse permettent au juge de la jeunesse de soumettre le jeune à un accompagnement ou à une guidance aux fins d'observation (mesure mise en place en vertu de l'article 120, alinéa 1er, 1°, 3° et 4°) et d'éloigner le jeune de son milieu de vie (en respectant la hiérarchie prévue à l'article 122), **à titre provisoire, pendant la phase préparatoire** (soit à partir de sa saisine jusqu'à la décision au fond) dont la durée ne peut, en principe, excéder neuf mois. Il est précisé à l'article 101, § 4 que seules les mesures provisoires de surveillance, d'accompagnement et de guidance sont applicables aux jeunes âgés de moins douze ans au moment de la commission des faits.

Pendant la phase de jugement, régie par les articles 108 et suivants, le juge a également la possibilité de soumettre le jeune à un accompagnement ou à une guidance et d'éloigner le jeune de son milieu de vie. Le juge détermine la durée de la mesure, qui ne peut dépasser le jour où le jeune atteint l'âge de vingt ans¹¹⁵. En vertu de l'article 109, seule la réprimande est applicable aux jeunes âgés de moins de douze ans au moment de la commission des faits. En l'absence de mesures appropriées à l'égard d'un jeune âgé de moins de douze ans, le tribunal de la jeunesse renvoie alors l'affaire au ministère public, lequel peut signaler la situation individuelle au conseiller ou au directeur si ce dernier est déjà saisi dans le cadre de l'aide contrainte.

Durant les deux phases, les mesures d'éloignement du milieu de vie ne sont à prendre qu'en dernier recours.

À un autre niveau procédural, le nouveau décret de l'aide à la jeunesse innove en réglementant **l'isolement** en IPPJ (article 69 du Code Jeunesse). La mesure est prononcée par le directeur si le jeune compromet sa sécurité ou celle d'autrui. Elle ne peut excéder les 72 heures et le juge de la jeunesse doit être averti. Aussi, ce dernier doit donner son accord si le directeur souhaite isoler le jeune plus de 24 h. Le jeune a le droit de passer une heure par jour en extérieur.

¹¹³ *Idem*, p.131.

¹¹⁴ *Idem*, pp. 27-28.

¹¹⁵ Les possibilités du juge de la jeunesse concernant les jeunes de 18 ans et plus seront abordées *infra* dans la section 4.

« [...] il y a les conditions strictes, c'est s'ils compromettent leur sécurité ou celle d'autrui. Donc un jeune qui commence à se frapper la tête au mur et qu'on ne sait pas calmer verbalement, ben pour lui, ou qu'il casse sa chambre, pour éviter qu'il se blesse, on le met à l'isolement. [...] ici c'est vraiment la direction qui décide avec, en concertation avec tout le monde de lever la mesure si on estime surtout que le jeune est calmé, parce que c'est une mesure de préservation, ce n'est pas une sanction. [...] nos isolements dans la chambre d'isolement, c'est court [...] parfois c'est même 10 minutes quand il y a une bagarre entre deux jeunes [...], ça ne va jamais jusque 24 h » (direction d'IPPJ).

Section 2. Le mineur en danger

– La santé et la sécurité des enfants au centre des préoccupations

Les mesures de protection que le tribunal de la jeunesse peut prendre à l'égard d'un mineur relevant de l'aide contrainte sont citées à l'article 51 du Code. La santé mentale y est abordée :

« Après avoir constaté que la santé ou la sécurité d'un enfant est actuellement et gravement compromise et que les personnes concernées refusent ou négligent de mettre en œuvre l'aide volontaire, qui a dû être préalablement envisagée par le conseiller, le tribunal de la jeunesse peut, le cas échéant de façon cumulative :

1° soumettre l'enfant, sa famille et ses familiers ou l'un d'eux à des directives ou à un accompagnement d'ordre psychologique, social ou éducatif;

2° décider, dans des situations exceptionnelles, que l'enfant sera hébergé temporairement hors de son milieu de vie en vue de son éducation ou de son traitement;

3° permettre à l'enfant, s'il a plus de seize ans, de se fixer dans une résidence autonome ou supervisée et de prendre inscription au registre de la population du lieu de cette résidence.

La santé ou la sécurité d'un enfant est considérée comme actuellement et gravement compromise lorsque son intégrité physique ou psychique est menacée, soit parce qu'il adopte de manière habituelle ou répétée des comportements qui la compromettent réellement et directement soit parce qu'il est victime de négligences graves, de mauvais traitements, d'abus d'autorité ou d'abus sexuels la menaçant directement et réellement.

La décision du tribunal est transmise immédiatement au directeur afin d'être mise en œuvre conformément à l'article 53.

Si une mesure d'aide prise par le conseiller est en cours, elle continue à produire ses effets, avec l'accord des personnes visées à l'article 23 (soit l'enfant âgé d'au moins quatorze ans; l'enfant âgé d'au moins douze ans, assisté par un avocat, désigné d'office, le cas échéant, à la demande du conseiller; les personnes qui exercent l'autorité parentale à l'égard de l'enfant sauf si l'impossibilité de les entendre est établie), jusqu'à la mise en œuvre de la décision du tribunal par le directeur ».

En d'autres termes, si le Tribunal de la Jeunesse constate que la santé ou la sécurité d'un enfant est gravement compromise (maltraitance, comportements à risque du jeune, négligence) **et** si l'aide volontaire n'est pas acceptée par la famille et le jeune ou s'ils négligent de la mettre en

oeuvre, il peut imposer, au besoin, un accompagnement psychologique au jeune et/ou à sa famille. Le juge ayant également la possibilité de placer **temporairement** le jeune hors de son milieu de vie en vue de son éducation ou de son traitement, une admission au sein d'un hôpital pédopsychiatrique pourrait donc être envisagée.

En vertu de l'article 43, la mesure imposée est limitée à un an maximum à compter du jour où a lieu le premier entretien chez le directeur. À l'initiative de ce dernier, la mesure peut être renouvelée plusieurs fois, pour une durée maximale d'un an, et en tout temps rapportée ou modifiée par le tribunal de la jeunesse, dans l'intérêt de l'enfant.

– Le cas de la nécessité urgente

Par ailleurs, l'article 53 permet, dans certaines conditions, de placer provisoirement le jeune hors de son milieu de vie en vue de son éducation ou de son traitement (notamment, donc, dans un service relevant de la santé mentale).

*« **En cas de nécessité urgente**, lorsque l'intégrité physique ou psychique de l'enfant est exposée **directement et actuellement à un péril grave et à défaut d'accord** des personnes visées à l'article 23, le tribunal de la jeunesse peut prendre à titre provisoire, **pour une durée qui ne peut excéder trente jours**, la mesure visée à l'article 51, alinéa 1er, 2°.*

Lorsque la saisine du tribunal n'a pas lieu à l'initiative du directeur, le ministère public s'assure préalablement auprès de celui-ci de l'absence d'accord des personnes visées à l'article 23 ou de l'impossibilité de recueillir cet accord.

Le ministère public peut exceptionnellement saisir directement le tribunal lorsqu'il démontre que le directeur n'a pas pu être atteint et que l'intérêt de l'enfant ne permet pas d'attendre l'intervention du directeur.

La décision du tribunal est transmise immédiatement au directeur afin d'être exécutée conformément à l'article 53.

*La décision du tribunal détermine les modalités d'exécution de la mesure provisoire qui s'appliquent **jusqu'à ce que, le cas échéant, le directeur décide d'autres modalités d'exécution ou convienne d'une autre mesure avec les personnes visées** à l'article 23, conformément à l'article 53, § 5.*

*Conformément à l'article 53, § 5, alinéa 3, la mesure provisoire **peut être prolongée une seule fois de quarante-cinq jours au plus** ».*

Section 3. Le mineur en difficulté et la prévention

– L'aide volontaire

Si le Code Jeunesse peut trouver à s'appliquer, dans le cadre de l'aide volontaire, aux mineurs souffrant de trouble psychologiques ou psychiatriques, c'est en raison du terme « difficultés » dont l'article 20 fait usage. En s'abstenant de toute précision, la disposition laisse l'occasion au « demandeur d'aide » de requérir une intervention dans tous les domaines souhaités y compris

celui de la santé mentale. Ainsi, dans le cadre d'une demande d'aide, le Service d'Aide à la Jeunesse peut, tout au plus, en vertu de l'article 35 du Code, réorienter le demandeur d'aide vers des services ou institutions médicales spécialisées. En effet, dans le cas d'une mise en échec de l'accompagnement organisé autour du jeune partenaire, les services d'aide consentie devront, malheureusement, « rester impuissants » excepté les cas où le passage à l'aide contrainte, en raison du péril grave ou de l'urgence, se verrait dispensable.

En définitive, les cordes qui composent l'arc des instances mandantes lorsque l'aide est contrainte pourront également trouver à s'appliquer dans un cadre volontaire et au niveau de la prévention. L'approche sera foncièrement la même, à savoir, entre autres, prendre soin de sa santé mentale.

– La judiciarisation

En effet, l'article 37 du Code Jeunesse prévoit qu'en cas de nécessité urgente, lorsque l'intégrité physique ou psychique de l'enfant est exposée directement et actuellement à un péril grave et à défaut d'accord des personnes visées à l'article 23 (enfant âgé d'au moins quatorze ans; enfant âgé d'au moins douze ans, assisté par un avocat, désigné d'office, le cas échéant, à la demande du conseiller; personnes qui exercent l'autorité parentale à l'égard de l'enfant sauf si l'impossibilité de les entendre est établie), le tribunal de la jeunesse puisse prendre à titre provisoire, pour une durée qui ne peut excéder trente jours, la mesure prévue à l'article 51, alinéa 1er, 2° dans le cadre de l'aide contrainte, à savoir décider, dans des situations exceptionnelles, que l'enfant sera hébergé temporairement hors de son milieu de vie en vue de son traitement.

Lorsque la saisine du tribunal n'a pas lieu à l'initiative du conseiller, le ministère public s'assure préalablement auprès de celui-ci de l'absence d'accord des personnes visées à l'article 23 ou de l'impossibilité de recueillir cet accord.

La décision du tribunal est transmise immédiatement au directeur afin d'être exécutée conformément à l'article 53 (aide contrainte). Elle détermine les modalités d'exécution de la mesure provisoire qui s'appliquent jusqu'à ce que, le cas échéant, le directeur décide d'autres modalités d'exécution ou convienne d'une autre mesure avec les personnes visées à l'article 23.

Le ministère public peut exceptionnellement saisir directement le tribunal lorsqu'il démontre que le conseiller n'a pas pu être atteint et que l'intérêt de l'enfant ne permet pas d'attendre l'organisation et la mise en œuvre de l'aide volontaire. La décision du tribunal est alors transmise immédiatement au conseiller qui exerce dans ces cas les missions liées à l'exécution d'une mesure provisoire prévues dans le cadre de l'aide contrainte, et tente d'obtenir l'accord des personnes visées à l'article 23 sur la ou les mesures décidées par le tribunal ou sur leur modification.

La mesure provisoire peut être prolongée une seule fois de quarante-cinq jours au plus.

Section 4. Le passage à la majorité

– L’aide volontaire et la prévention

Les services de l’Aide à la jeunesse spécialisés dans la prévention sont destinés aux personnes âgées de moins de dix-huit ans. Parmi ces services, certains sont spécifiquement agréés pour étendre leur public aux moins de vingt-deux ans¹¹⁶. Pour rappel, c’est le cas du Service Droit des Jeunes Namur-Luxembourg.

En ce qui concerne l’aide volontaire, elle ne peut être octroyée au bénéficiaire de plus de dix-huit ans que si elle a été sollicitée avant l’âge de dix-huit ans et ne peut consister qu’en une mesure d’accompagnement. Elle prend fin, au plus tard, lorsque le bénéficiaire atteint l’âge de vingt ans¹¹⁷.

– L’aide contrainte

Les mesures prononcées par le tribunal de la jeunesse à l’égard des mineurs en danger prennent fin à leur majorité¹¹⁸. Dès lors, si le jeune perçoit cette rupture totale de l’aide contrainte comme brutale et effrayante, et souhaite dès lors bénéficier d’une transition sécurisante entre le “tout imposé et contrôlé” et la “liberté totale et solitaire”, il pourra se tourner vers le SAJ puisque l’aide volontaire, exclusivement sous la forme d’une mesure d’accompagnement, peut être maintenue jusqu’au vingtième anniversaire du jeune, s’il la sollicite avant sa majorité. Dans les faits, cette transition peut se faire de deux façons distinctes : soit le jeune introduit sa demande au SAJ anticipativement à la clôture des mesures de protection; soit le Tribunal homologue l’accord obtenu par le Directeur du SPJ. En effet, si le Directeur obtient l’accord des personnes visées à l’article 23 du Code (l’enfant âgé d’au moins quatorze ans; l’enfant âgé d’au moins douze ans, assisté par un avocat; les personnes qui exercent l’autorité parentale à l’égard de l’enfant sauf si l’impossibilité de les entendre est établie) sur la ou les mesures décidées par le tribunal, sur leur modification ou sur leur fin, il peut demander l’homologation de l’accord au tribunal, ce qui met fin, en cas de validation du Tribunal, aux effets de la décision judiciaire. Le directeur communique ensuite l’accord homologué au conseiller, qui, s’il échet, le met en œuvre¹¹⁹. Cette mise en œuvre, dans le cas présent, se limitera donc à un accompagnement.

– Les mineurs en conflit avec la loi

Le tribunal de la jeunesse connaît des réquisitions du ministère public à l’égard des jeunes poursuivis du chef d’un fait qualifié infraction commis avant l’âge de dix-huit ans. Lorsque le jeune est âgé de plus de dix-huit ans au moment du jugement, il est assimilé à un mineur pour l’application des dispositions de la loi du 8 avril 1965 relatives à la procédure. Les mesures de protection que peut ordonner le Tribunal de la Jeunesse à l’égard des mineurs en conflit avec la loi englobent les mesures au fond, mais aussi les mesures de garde ou d’investigation prises à

¹¹⁶ Articles 2, alinéa 1er, 19°, a), et 142 du Code.

¹¹⁷ Articles 2, alinéa 1er, 13°, a), et 35, §4, alinéa 3, du Code.

¹¹⁸ Articles 2, alinéa 1er, 13°, b), et 51 du Code.

¹¹⁹ Article 53, § 4, du Code.

titre provisoire pendant la phase préparatoire, c'est-à-dire à partir de sa saisine jusqu'à la décision au fond.¹²⁰

Pendant la phase préparatoire, le tribunal de la jeunesse peut prendre ou maintenir des mesures provisoires jusqu'à ce que le jeune ait atteint l'âge de vingt ans, même si la réquisition du ministère public est postérieure à la date à laquelle le jeune a atteint l'âge de dix-huit ans. La durée de la phase préparatoire ne peut toutefois excéder neuf mois. À l'expiration de ce délai, les mesures provisoires cessent de plein droit. La phase préparatoire peut être exceptionnellement prolongée d'une durée de trois mois, renouvelable, si cette prolongation est nécessaire pour déterminer les faits qualifiés infractions ou pour connaître la personnalité du jeune et son milieu de vie. Dans le cadre de cette prolongation, des mesures provisoires peuvent être prises ou maintenues si des circonstances graves et exceptionnelles se rattachant aux exigences de la sécurité publique le nécessitent¹²¹.

Les mesures ordonnées au fond par le Tribunal de la jeunesse prennent, en principe, fin lorsque le jeune atteint l'âge de dix-huit ans. Cependant, le Code prévoit deux dérogations à ce principe. Sur réquisition du ministère public, en cas de mauvaise conduite persistante ou de comportement dangereux du jeune, le tribunal peut prolonger ces mesures au fond pour une durée déterminée ne dépassant pas le jour où le jeune atteint l'âge de vingt ans. Dans ce cas, le tribunal est saisi de la réquisition dans les trois mois précédant le jour où le jeune atteint l'âge de dix-huit ans. Aussi, lorsque le fait qualifié infraction a été commis après l'âge de seize ans, le tribunal peut prendre ou maintenir des mesures au fond pour une durée déterminée ne dépassant pas le jour où le jeune atteint l'âge de vingt ans¹²².

Chapitre 3. Les mesures contraignantes applicables au patient

L'article 5 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme consacre le **droit à la liberté et à la sûreté**, et stipule les conditions dans lesquelles une privation de liberté est autorisée : « *Toute personne a droit à la liberté et à la sûreté. Nul ne peut être privé de sa liberté, sauf dans les cas suivants et selon les voies légales : [...] e) s'il s'agit de la détention régulière d'une personne susceptible de propager une maladie contagieuse, d'un aliéné, d'un alcoolique, d'un toxicomane ou d'un vagabond* »¹²³. Cette Convention ne réserve pas de disposition spécifique aux enfants ou mineurs d'âge.

La jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme précise que dans le secteur des soins de santé, l'admission d'un malade mental constitue une privation de liberté acceptée sous certaines conditions¹²⁴ : une autorité compétente doit pouvoir établir une maladie mentale sur la base de données médicales objectives, qui ne peuvent pas provenir uniquement du rapport de la partie qui prive la personne de sa liberté, mais doivent être complétées par d'autres rapports

¹²⁰ Articles 55 et 56 du Code.

¹²¹ Articles 101, § 5, et 103 du Code.

¹²² Article 110 du Code.

¹²³ Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales, signée à Rome le 4 novembre 1950, *M.B.*, 19 août 1955.

¹²⁴ Rapport KCE, page 47; CEDH 24 octobre 1979, nr. 6301/73, Winterwerp/Nederland § 39.

indépendants¹²⁵; les données doivent être disponibles avant la décision¹²⁶; le rapport doit provenir d'un médecin spécialisé dans les troubles mentaux¹²⁷; les données doivent être récentes¹²⁸.

Le droit à la liberté et à la sûreté, consacré sur le plan international, est retranscrit en droit national via la Constitution belge : la liberté individuelle est garantie (article 12); chacun a droit au respect de sa vie privée et familiale (article 22); chacun a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine, le droit à la sécurité sociale, à la protection de la santé et à l'aide sociale, médicale et juridique étant garanti (article 23). La Constitution belge réserve son article 22bis aux enfants : « *Chaque enfant a droit au respect de son intégrité morale, physique, psychique et sexuelle. Chaque enfant a le droit de s'exprimer sur toute question qui le concerne; son opinion est prise en considération, eu égard à son âge et à son discernement. Chaque enfant a le droit de bénéficier des mesures et services qui concourent à son développement. Dans toute décision qui le concerne, l'intérêt de l'enfant est pris en considération de manière primordiale* ».

Certains jeunes hospitalisés, y compris dans un cadre volontaire, peuvent nécessiter une sécurisation à différents niveaux : celui du jeune, celui du personnel qui s'en occupe et celui de la société. Ce besoin de sécurité et les défis qu'il pose sont en tension avec les droits fondamentaux des jeunes. Comme le rappellent de façon récurrente le délégué général aux Droits de l'enfant et le Kinderrechtencommissariaat, l'enfermement des enfants doit rester une exception et l'intérêt supérieur de l'enfant doit en toute hypothèse être protégé ainsi que son droit à l'intégrité physique et à ne pas être soumis à des traitements inhumains ou dégradants¹²⁹.

Le présent chapitre abordera successivement, dans la lignée de ces prescrits légaux fondamentaux, les mesures de protection internes aux hôpitaux, la mise en observation des malades mentaux et l'internement des personnes majeures atteintes d'un trouble mental.

Section 1. L'hospitalisation et les mesures internes de protection

– La contention et l'isolement au nom de la dignité humaine

En vertu de la loi relative aux droits du patient, tout acte médical requiert le consentement du patient. Si celui-ci n'est pas en état de le donner, le consentement du mandataire ou du représentant légal du patient est requis¹³⁰. En cas d'urgence, s'il n'est pas possible de requérir le consentement du patient ou de son représentant et qu'aucune volonté n'a été exprimée au

¹²⁵ CEDH 11 décembre 2008, nr. 34449/03, Shulepova/Rusland, § 42; CEDH 19 avril 2012, nr. 2452/04, M/Oekraïne, § 59.

¹²⁶ CEDH 5 octobre 2009, nr. 31365/96, Varbanov/Bulgarie, § 48.

¹²⁷ CEDH 28 septembre 2006, nr. 56272/00, Kayadjieva/Bulgarie, § 31.

¹²⁸ CEDH 7 janvier 2016, nr. 23279/14, Bergmann/Duitsland, § 98; CEDH 17 décembre 2013, nr. 24086/03, Raudevs/Letland, § 69.

¹²⁹ https://www.unia.be/files/Documenten/Aanbevelingen-advies/doc_contention_def_20140204.pdf;

<https://www.kinderrechtencommissariaat.be/publications/detail/8337>

¹³⁰ Article 8 de la loi relative aux droits du patient.

préalable par ceux-ci, le praticien professionnel pratique toute intervention nécessaire immédiatement dans l'intérêt du patient.¹³¹

La loi relative aux droits du patient ne réglemente pas davantage le recours à l'isolement et à la contention, que cette dernière soit physique ou chimique. La mesure d'isolement en hôpital est cadrée à travers le règlement d'ordre intérieur de chaque établissement mais aucune durée maximale n'est prévue.

L'arrêté royal du 18 juillet 1991 portant exécution de l'article 36 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux¹³² impose aux établissements de disposer d'un règlement d'ordre intérieur créant un cadre notamment en ce qui concerne les "mesures internes de protection" (article 3). L'établissement doit également tenir un registre des mesures de contraintes : si une personne faisant l'objet d'une mesure de protection est installée dans une chambre d'isolement et d'observation destinée à cette fin dans le service, le médecin-chef de service doit inscrire ces mesures de contrainte dans un registre en mentionnant leur durée, leur nature et l'indication médicale; ce registre est paraphé chaque jour par le médecin traitant de service lequel y annote ses observations; si de telles mesures sont prises, le personnel infirmier doit assurer un contrôle intensif et régulier (article 5)¹³³.

Les mesures de contention et/ou d'isolement, et plus généralement les interventions sous contrainte dans les soins de santé mentale, font l'objet de recommandations formulées par le Conseil Supérieur de la Santé¹³⁴, le Délégué général aux droits de l'enfant¹³⁵ et le Kinderrechtencommissariaat¹³⁶ (son homologue pour la communauté flamande).

Selon le délégué général aux droits de l'enfant et UNIA, les mesures limitant la liberté ne peuvent être utilisées que de manière exceptionnelle et uniquement en dernier recours afin d'assurer la protection du jeune ou des autres. Elles ne peuvent en aucun cas être exercées comme une punition et ne peuvent pas avoir une visée thérapeutique, éducative ou disciplinaire¹³⁷. Les mesures de contention et d'isolement ne peuvent pas non plus être utilisées afin de pallier à un manque de personnel ou pour leur permettre de « souffler »¹³⁸.

Ils recommandent également que ces mesures soient limitées au laps de temps le plus court possible. Le patient ou son représentant légal doit être informé au préalable de la possibilité de se voir appliquer ces mesures¹³⁹. L'enfant doit avoir la possibilité de s'exprimer sur les mesures

¹³¹ Article 8§5, *idem*.

¹³² Arrêté royal du 18 juillet 1991 portant exécution de l'article 36 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *M.B.*, 26 juillet 1991.

¹³³ Pour les autres jeunes qui sont hospitalisés en dehors du champ de la loi du 26 juin 1990, la législation prévoit que la contention est assimilée aux mesures de prévention des lésions corporelles et est définie comme une prestation technique de soins infirmiers (Arrêté royal du 18 juin 1990 fixant la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, *M.B.*, 26 juillet 1990).

¹³⁴ https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/css_avis_9193_interventionsouscontrainte.pdf

¹³⁵ https://www.unia.be/files/Documenten/Aanbevelingen-advies/doc_contention_def_20140204.pdf

¹³⁶ <https://www.kinderrechtencommissariaat.be/publications/detail/8337>

¹³⁷ LA CODE, les droits de l'enfant en service psychiatrie, Analyse CODE, Novembre 2008, p.5; Mesures de contention et/ou d'isolements : recommandations générales de l'UNIA et du DGDE, Février 2014, p. 4.

¹³⁸ *Idem*.

¹³⁹ *Idem*.

qui lui sont imposées et sa parole doit être prise en considération¹⁴⁰. Si une de ces mesures est appliquée, elle doit être surveillée, évaluée et enregistrée. Il est préférable que l'isolement soit prescrit par un médecin. Cependant, en cas d'urgence, la prescription ne sera pas obligatoire.¹⁴¹

L'article 5 de la loi relative aux patients, dans le prolongement de l'article 23 de la Constitution, consacre un droit à des prestations de qualité dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie.

En cas d'isolement, de contention physique et médicamenteuse, cette question de respect de la dignité humaine est-elle réellement respectée ? S'agit-il d'une prestation de qualité ?¹⁴² A partir de quand peut-on déterminer que l'isolement est nécessaire pour le patient ?

Si la restriction de la liberté via l'isolement et/ou la contention est rarement utilisée, elle est parfois réellement nécessaire pour la sécurité du jeune. En effet, certains patients se mettent en danger et les professionnels doivent alors leur porter assistance¹⁴³. Cette pratique peut avoir lieu aussi bien dans le cadre d'une hospitalisation contrainte que volontaire. Au regard des témoignages recueillis, il apparaît que l'isolement est, dans des cas extrêmes, une consécration de la notion de dignité humaine dans sa conception la plus primaire, à savoir le maintien du jeune en vie.

« On peut éventuellement mettre un jeune en isolement pour le protéger de lui-même, le protéger des autres et qu'il évite de se faire du mal et de faire du mal aux autres. [...] l'isolement c'est vraiment la pièce fermée où le jeune a le strict minimum pour être décent mais pour ne pas se mettre en danger. [...] je sais que par moment le jeune n'avait même pas un t-shirt, par risque de s'étouffer ou autre, on était vraiment là-dedans. C'est vraiment l'ultime étape. [...] Mais par moment, le jeune est tellement fragmenté, morcelé - donc là on est dans des aspects plus de maladie mentale - il a besoin d'être dans une pièce fermée où il n'y a rien, vraiment rien, pas de stimulation, le minimum de visite des soignants pour s'assurer que tout va bien, très peu d'interactions, très peu de choses et vraiment pour se reconstituer, pour se solidifier un petit peu. C'est pas de l'isolement "on va t'enfermer parce que tu as été méchant" ou "on va t'enfermer parce que tu ne respectes pas les règles ou autre". C'est un isolement qui reste un outil thérapeutique mais c'est extrêmement violent, on est bien d'accord. [...] les jeunes chez nous qui ont été mis en isolement, c'était vraiment pour les resolidifier sur un plan psychique » (Travailleur social dans une unité pédopsychiatrique d'un centre neuropsychiatrique)

« J'ai vu un isolement, c'était à (UTI) c'était une jeune qui prenait des bouts de verre et qui les avalait, je ne sais pas comment elle faisait sans se tuer, mais qui faisait beaucoup de conneries, elle a été en isolement, elle frappait. [...] Ce n'est pas une punition, c'est pour se calmer, pour ne pas avoir des ennuis, pour se protéger, pour essayer de s'en sortir » (Chantal-Diégo)

¹⁴⁰ Avis du délégué général aux droits de l'enfant concernant l'avant-projet de décret portant le Code de la prévention, de l'aide à la jeunesse et de la protection de la jeunesse, p. 6 in JDJ n°354, avril 2016.

¹⁴¹ Mesures de contention et/ou d'isollements : recommandations générales de l'UNIA et du DGDE, *op. cit.*, p. 11.

¹⁴² A. VAN DE VYVERE et C. DUMONT, Procédures et contention physique, *Ethique et économie, Rev Med Brux*, 2013, p. 369.

¹⁴³ La non-assistance à personne en danger et punie par l'article 422bis du code pénal.

– Des techniques qui marquent les esprits

S'il arrive que le recours à l'isolement et/ou la contention soit la seule solution pour certains jeunes, le Délégué général des droits de l'enfant insiste sur ce point : « *il convient de tout mettre en œuvre afin de diminuer la charge traumatique* »¹⁴⁴.

En effet, si les institutions destinées à recueillir et soigner le mal-être des jeunes en créent davantage de par les méthodes qu'elles emploient, elles participent à une escalade de violence et surtout au risque d'une perte totale de confiance envers les offres de soin en santé mentale.

Les témoignages de plusieurs jeunes nous amènent à nous questionner : au regard du traumatisme qu'ils génèrent et des recommandations qui ont été formulées par le DGDE et UNIA, l'isolement et la contention ne pourraient-ils pas être davantage évités ?

« J'ai foutu deux trois claques à des meufs là (en parlant d'une UTI), normalement on est privé de sortie quand on fait des conneries parce que la seule punition qu'on peut nous donner, ils n'ont pas d'autre punition sur nous, c'est ça ou isolement. L'isolement c'est une punition. Quand tu as utilisé ton téléphone sur la table, c'est l'isolement » (Hélène)

« [...] c'est un centre fermé, ils nous laissent pendant le temps de midi, mais ils gardaient un œil sur nous sinon ils appellent les gardes de sécurité, on est en contention. Il y en a beaucoup qui ont fugué, ils ont fini en contention, dans le truc, en isolement. J'ai été une fois en isolement là-bas parce que j'ai tapé mon poing dans le mur » (Florian).

« [...] un jour juste pour une cigarette je me suis énervée, juste pour une cigarette, mais vraiment j'ai rien fait genre j'avais donné un coup de pied dans un petit tabouret mais vraiment un petit truc, un bête coup de pied. Ils sont venus, ils m'ont attrapée, ils m'ont piquée, genre piquer une personne ça rend fou les gens, j'ai vu des gens devenir fous après 3-4 piqûres. Ça marche une fois, deux fois, troisième on pète un câble et ils piquaient trop facilement. [...] ils piquent et puis après vous êtes stone, ça s'appelle une camisole de force chimique. D'un coup vous ne savez plus rien bouger, vous voyez tout - j'étais encore un peu consciente - mais vous ne savez plus bouger. Ça vous met dans un isolement, ça vous enferme dans un isolement, ça vous met dans un lit et puis voilà encore, les infirmiers ils finissaient par vous endormir. Mais c'est un truc, c'est horrible franchement, c'est horrible [...] » (Esma).

« C'est quelqu'un qui est attaché au lit avec des lanières et tout ça, plus on bouge, plus ça se resserre au niveau du poignet. [...] J'ai vu une mineure [...] qui était en crise, on l'a portée comme un sac à patate, ce n'est pas marrant mais, on l'a mis dans le lit et puis on a vu qu'ils amenaient des trucs de contention pour la maintenir et tout, elle hurlait, et puis on lui a injecté les médicaments, naturellement c'était à côté de ma chambre, donc j'entendais tout. [...] Soit ça peut durer quelques heures, comme ça peut durer une nuit, comme ça peut durer plusieurs jours. [...] Les médicaments, j'étais obligé de les prendre. Quand on n'est pas mis en observation, on peut choisir si on prend nos médicaments ou non, tandis que la mise en obs', tu es obligé de les prendre. [...] C'est ça ou isolement avec une injection. [...] un jour l'infirmière me fait comme ça : 'je sais que tu ne prends pas tes médicaments depuis un certain moment parce que tu fais une crise de manque et tu as un comportement trop impulsif'- ça se voyait à

¹⁴⁴ *Idem*, p. 9.

mes comportements - Du coup, il m'a clairement dit [...] ' tu veux finir en isolement ? [...] Prends tes médicaments !'. Et du coup à partir de ce jour-là, je l'ai pris » (Florian).

Ces derniers témoignages sont questionnants. Il semblerait que, dans certains cas, le recours à la menace de contrainte soit utilisé pour obtenir le consentement des jeunes à la médication. Pourtant, les jeunes peuvent - en principe - arrêter la médication quand ils le veulent, la contention chimique ne pouvant être utilisée qu'en dernier recours¹⁴⁵.

« Imposer une médication à un jeune, même mis en observation, s'il ne veut pas la prendre on ne va pas lui sauter dessus sauf s'il est complètement agité, parano, délirant, halluciné, qu'il ne veut pas un traitement mais qu'il est en danger, on va parfois même aller jusqu'à appeler la police pour le maintenir, le médiquer et le mettre en isolement. Mais un patient qui est mis, même, en observation qui n'est pas agité et qui dit qu'il ne veut pas un traitement, même s'il délire plein tube, on ne va pas lui sauter dessus, on va négocier, travailler et essayer, mais on ne va pas lui imposer » (Pédopsychiatre dans la clinique pour enfants et adolescents d'une institution de soins spécialisée en psychiatrie et en santé mentale).

« On ne donne pas de médicaments aux jeunes quand ils ne veulent pas, excepté deux situations où c'était des jeunes qui étaient en accès de violence et qui ont dû être injectés pour s'apaiser parce que ce n'était pas possible, c'était trop violent (...) là on ne pouvait pas demander au jeune s'il était d'accord, ce n'était plus possible d'être en relation avec le jeune » (Travailleur social dans une unité pédopsychiatrique d'un centre neuropsychiatrique).

Section 2. La mise en observation

– Une restriction de liberté cadenassée

« [...] pour certaines jeunes, à un moment, il faut la contrainte. Parce qu'elles ne sont pas capables de se protéger, parce qu'elles vont trop loin dans les mises en danger. La mort est trop proche [...] » (Travailleur dans un SRS).

La loi de mise sous protection de la personne des malades mentaux du 26 juin 1990 a été adoptée dans le but de veiller à une meilleure protection des droits individuels en plaçant les soins contraints sous le contrôle d'une autorité judiciaire tout en donnant une place au débat contradictoire via la présence d'un avocat.

Selon P. Lachapelle et P. Schepens, « la psychiatrie est une des seules spécialités médicales pour laquelle existent des mesures légales de restriction de liberté en vue de soins. C'est en cela qu'elle constitue une loi d'exception »¹⁴⁶. En proscrivant la restriction de liberté individuelle pour cause de diagnostic et de traitement psychiatrique, l'article 1 de la loi du 26 juin 1990 entend entériner le principe d'exclusivité selon lequel, rappelons-le, la liberté est la règle, l'enfermement l'exception. Il est à noter que cette proscription vaut tant pour les majeurs que pour les mineurs. Le législateur souligne son désir de voir garantir la liberté individuelle à travers l'article 3 de la Loi dans lequel il précise qu'une personne admise volontairement dans

¹⁴⁵ https://www.unia.be/files/Documenten/Aanbevelingen-advies/doc_contention_def_20140204.pdf

¹⁴⁶ P. LACHAPELLE et P. SCHEPENS, « Loi de protection de la personne des malades mentaux du 26 juin 1990 (1^{ère} partie) : Descriptif commenté », Louvain Med. 2000, n°119, p. 213.

un service psychiatrique peut le quitter librement, quand elle le souhaite. Si le législateur peut paraître insistant, ce n'est pas sans raison. En effet, celui-ci entend inscrire un véritable changement par rapport à la vieille loi de collocation du 18 juin 1850 en vertu de laquelle la privation de liberté résultait d'une simple mesure administrative¹⁴⁷. N'oublions pas qu'à l'époque, toute sortie, voire même toute communication avec l'extérieur, était automatiquement et obligatoirement soumise à l'approbation d'une autorité et, plus précisément, à l'appréciation du chef d'établissement asilaire.

La loi du 26 juin 1990 prévoit, dans le respect des règles qu'elle impose, qu'une mise en observation dans un service psychiatrique puisse être ordonnée par décision judiciaire lorsque trois critères cumulatifs sont rencontrés : la personne doit souffrir d'une « maladie mentale »; elle doit se trouver dans un état tel qu'elle représente un danger grave pour elle-même ou pour autrui; il ne doit exister aucune autre alternative pour la soigner que de recourir à des soins contraints¹⁴⁸.

La procédure qui va conduire à la décision judiciaire peut être de deux types : la première est dite « ordinaire » ou « non-urgente »; la seconde est dite « urgente ».

La procédure « ordinaire » ou « non-urgente » est introduite à la requête de toute personne intéressée et sur base d'un rapport médical circonstancié décrivant, à la suite d'un examen datant de quinze jours au plus, l'état de santé de la personne dont la mise en observation est demandée ainsi que les symptômes de la maladie, et constatant que les trois conditions cumulatives précitées sont réunies. Ce rapport ne peut être établi par un médecin parent ou allié du malade ou du requérant, ou attaché à un titre quelconque au service psychiatrique où le malade se trouve. Le juge de la jeunesse fixe ensuite une date d'audience dans les 10 jours pour y entendre toutes les personnes intéressées. Précédemment à l'audience, le juge entend le jeune, le requérant, ainsi que toutes les personnes dont il estime l'audition utile. Le juge entend, si possible, les représentants légaux du jeune mineur. Ces auditions ont lieu en présence de l'avocat du jeune. Sauf circonstances exceptionnelles, le juge visite le jeune présumé malade à l'endroit où celui-ci se trouve¹⁴⁹.

Dans la procédure « urgente », la demande est adressée au procureur du roi qui, s'il la considère recevable, la transmet au juge de la jeunesse tout en désignant un hôpital psychiatrique agréé pour recevoir le jeune en l'attente de l'audience¹⁵⁰. Plus précisément, le procureur du Roi près le tribunal de la jeunesse territorialement compétent se saisit soit d'office, à la suite de l'avis écrit d'un médecin désigné par lui, soit à la demande écrite d'une personne intéressée, demande qui sera accompagnée d'un rapport circonstancié tel que requis dans la procédure « ordinaire ». L'urgence doit ressortir dudit avis ou rapport. S'il estime que l'urgence est rencontrée, le procureur du Roi peut décider que le jeune malade sera mis en observation dans le service psychiatrique qu'il désigne. Le procureur du Roi notifie sa décision au directeur de

¹⁴⁷ Brochure « Guide de la personne mise en observation » éditée par la Plate-forme de Concertation en Santé mentale de la Province de Luxembourg; <https://www.pplateformepsylux.be/ou-sadresser/vos-droits-et-la-legislation/la-plate-forme-de-concertation-en-sante-mentale/>

¹⁴⁸ Articles 2 et 4 de la loi de 1990.

¹⁴⁹ Articles 5 à 8 de la loi précitée.

¹⁵⁰ Article 9 de la loi précitée.

l'établissement et, dans les vingt-quatre heures de sa décision, en avise le juge de la jeunesse et lui adresse la requête écrite visée dans la procédure "ordinaire". Dans le même délai, le procureur du Roi donne connaissance de sa décision et de sa requête écrite au malade et, le cas échéant, à son représentant légal, à son conjoint, à son cohabitant légal et à la personne avec laquelle il forme un ménage de fait, à la personne chez qui le malade réside, et, le cas échéant, à la personne intéressée qui a saisi le procureur du Roi. Pour le surplus, les dispositions relatives à la procédure ordinaire sont applicables. Si le procureur du Roi n'a pas adressé la requête précitée dans les vingt-quatre heures ou si le juge n'a pas pris de décision dans le délai imparti, la mesure prise par le procureur du Roi prend fin¹⁵¹.

Avec la mesure urgente, le jeune est directement privé de liberté en vue d'une hospitalisation, dans l'attente de l'audience. À l'inverse, avec la mesure ordinaire, aucune privation de liberté n'est prononcée tant que l'audience n'a pas eu lieu. Dans la pratique, pourtant, l'urgence est plus fréquemment invoquée. Ceci s'explique souvent par la difficulté pour le requérant de fournir un rapport médical circonstancié¹⁵².

Quelle que soit la procédure, un avocat est désigné pour défendre le point de vue de la personne susceptible de faire l'objet de la mesure. Une personne de confiance peut également être choisie par le patient pour l'assister¹⁵³.

Après avoir entendu les différents points de vue lors de l'audience, le juge de la jeunesse décide ou non de prononcer la mesure. Il statue en audience publique, par jugement motivé et circonstancié, dans les dix jours du dépôt de la requête. Le juge a l'obligation de notifier son jugement à toutes personnes intéressées, avant l'exécution de sa décision. En ce qui concerne les mineurs, la notification doit se faire au parent qui détient l'autorité parentale et à l'autre parent, ou, à défaut, à la personne à qui la garde de l'enfant a été confiée. Le délai d'appel est de 15 jours maximum après la notification de la décision du juge¹⁵⁴.

Une fois la mesure prononcée, la personne mise sous protection est placée en observation, la plupart du temps dans un hôpital, plus rarement dans son milieu de vie. Cette mesure est prononcée pour 40 jours maximum et peut faire l'objet d'une prolongation dont la durée ne peut excéder deux ans au total. Tant que l'admission forcée est en cours, le mineur malade mental est sous l'autorité et la responsabilité du médecin-chef de service. Ce médecin décide de sa liberté et de la méthode de traitement. Il peut ainsi décider de prendre des mesures intermédiaires, telles que : quitter l'institution pour une durée limitée, seul ou sous surveillance, rester dans l'institution à temps partiel et transférer le mineur dans un autre service psychiatrique en vue d'un traitement plus approprié. Le médecin en informe le malade et le directeur de l'établissement, qui avertit lui-même, préalablement à l'exécution de la décision, toutes les personnes intéressées dont le magistrat qui a ordonné la mise en observation¹⁵⁵. La décision du médecin n'est ni encadrée, ni motivée par écrit. Cette absence de motivation ne risque-t-elle pas

¹⁵¹ Article 9 de la loi du 26 juin 1990.

¹⁵² S. J. LEISTEDT, "La mise en observation et les soins sous contrainte : une conversation entre le droit et la médecine", *Ethique et économie*, Rev. Med. Brux., 2013, p. 384.

¹⁵³ Article 7, § 1 et §2, alinéa 4, de la loi de 1990.

¹⁵⁴ Articles 8 et 30 de la loi de 1990.

¹⁵⁵ Articles 11 et suivants de la loi de 1990.

d'être une source de difficultés pour les juges de la jeunesse, amenés à devoir rebondir face à des décisions médicales, dont le contexte serait inconnu et le sens incompris, et ne sachant dès lors pas quelle voie emprunter pour répondre aux besoins du jeune ?

Après une période d'observation de quarante jours, la nécessité d'un nouveau séjour peut être décidée par le juge de la jeunesse sur la base d'un rapport circonstancié du médecin chef de service. Le juge peut, à tout moment, procéder à sa révision, soit d'office, soit à la demande du jeune malade ou de tout intéressé. La demande doit être étayée par une déclaration d'un médecin. Il réexamine la décision tous les six mois et, dans le cas d'une mesure provisoire, tous les trois mois¹⁵⁶.

Pendant le maintien, le médecin-chef de service peut décider à tout moment, avec l'accord du malade et dans un rapport motivé, une postcure en dehors de l'établissement, en précisant les conditions de résidence, de traitement médical ou d'aide sociale. Pendant cette postcure, la mesure de maintien subsiste. Cependant, le médecin-chef de service peut, à tout moment, mettre fin à la postcure s'il estime que l'état du malade le permet ou décider la réadmission du malade dans le service si son état mental l'exige ou si les conditions de la postcure ne sont pas respectées¹⁵⁷.

À tout moment, le médecin-chef de service, le juge de la jeunesse ou le procureur du Roi qui a décidé la mise en observation tant que le juge n'a pas statué, peuvent décider de mettre fin à la mise en observation. Lorsque cette décision est prise par le médecin, il constate dans un rapport motivé que l'état du malade ne justifie plus cette mesure. On peut dès lors imaginer qu'il puisse invoquer, par exemple, qu'aucun problème psychiatrique ne justifie cette mesure ou qu'aucun traitement ne peut être délivré en raison du fait que le jeune ne coopère pas ou qu'il ne s'insère dans aucun groupe social. La mesure de maintien est automatiquement levée si aucune réadmission n'a été décidée dans un délai d'un an de postcure. Dès la fin de la mesure de maintien, le mineur est à nouveau confié à la personne sous l'autorité de laquelle il était placé. Sur demande du médecin-chef de service ou de tout intéressé, le juge peut, après avoir pris l'avis du procureur du Roi et entendu le représentant légal du malade, confier celui-ci, dans son intérêt, à toute autre personne.¹⁵⁸

Les conditions et procédures relatives à la protection de la personne des malades mentaux sont identiques selon que le jeune est majeur ou mineur. Seule la compétence du juge change : le juge de la jeunesse est compétent pour les mineurs tandis que le juge de paix est compétent pour les majeurs¹⁵⁹.

En règle générale, la compétence territoriale du tribunal de la jeunesse est déterminée par la résidence des personnes qui exercent l'autorité parentale ou, en cas d'exercice conjoint par des personnes séparées, par la résidence de celle chez qui le jeune réside habituellement¹⁶⁰.

¹⁵⁶ Articles 13 et 22 de la loi de 1990.

¹⁵⁷ Articles 16 et suivants de la loi de 1990.

¹⁵⁸ Articles 12, 19 et suivants de la loi de 1990.

¹⁵⁹ Article 1, § 2, alinéa 1 de la loi de 1990.

¹⁶⁰ Article 44 de la loi du 8 avril 1965.

Lorsque la compétence du tribunal de la jeunesse prend fin et qu'une mesure prévue par la présente loi est toujours en cours, le tribunal de la jeunesse transmet le dossier au juge de paix, qui reprend l'affaire en l'état¹⁶¹.

Le juge de paix compétent est celui de la résidence, ou à défaut, du domicile du malade ou, à défaut encore, le juge du lieu où le malade se trouve¹⁶².

En définitive, sous la loi du 26 juin 1990 relative à la protection des malades mentaux, un mineur, en infraction avec la loi ou non, peut se voir restreindre sa liberté en vue d'une hospitalisation forcée mais cette admission forcée ne peut avoir lieu que si l'accord du patient sur le traitement n'est pas possible (outre l'existence d'une maladie mentale avérée et la constitution d'un danger pour soi ou les autres). Par contre, la personne qui se fait librement admettre dans un service psychiatrique peut le quitter à tout moment¹⁶³.

La législation prévoit que cette mesure puisse être demandée par toute personne intéressée. Il n'est donc pas rare que la demande vienne de policiers étant donné qu'ils ont pour mission d'assurer : « *la protection des personnes et des biens, l'assistance aux personnes en danger, la surveillance de ceux qui mettent gravement en péril leur santé et leur sécurité ou qui constituent une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui* »¹⁶⁴. Qui dit police, dit mesures plus musclées.

« [...] j'ai fait trois tentatives de suicide le 26, 27, 28 août 2016. [...] J'étais en autonomie, la police est intervenue trois fois. [...] il y a des gens qui ont appelé. [...] j'ai fini en cellule pour me protéger de moi-même. [...] ils m'ont mis dans une cellule de jeune, pour les cellules des mineurs, j'avais éclaté ma tête dedans, j'avais une de ces bosses. [...] menottes et tout [...] En attendant de voir un médecin psychiatre [...] je ne voulais surtout pas retourner à l'hôpital psychiatrique. [...] Ça m'aurait pas empêché de vouloir mettre fin à mes jours. [...] C'est l'ambulancier qui est venu me chercher, ils m'ont ramené à X (hôpital psychiatrique), donc le juge a donné son accord pour la mise en observation. [...] 40 jours. Et puis j'ai fêté mes 18 ans là-bas, c'était horrible parce qu'il y a une qui a réussi à me faire pleurer parce qu'elle piquait tout le temps les couteaux pour se couper, et du coup elle a encore piqué un couteau et ça a foutu en l'air toute la sortie prévue pour mon annif. [...] ça a été prolongé de six mois, mais en post-cure. Comme j'ai fait une TS six mois après, j'ai été re-prolongé en mise en obs', j'ai été ré-amené à X (hôpital psychiatrique) d'urgence. [...] c'était le juge pour les adultes, du coup j'ai été ré-amené à l'hôpital et je me suis réveillé là-bas, et je ne comprenais pas ce qui m'arrivait. Là, je me suis pété quatre dents, et puis j'ai fait casse-cou dans les escaliers. Je me faisais engueuler parce que j'étais dans le pavillon des adultes, que j'étais trop impulsif, que je bougeais tout le temps. Je me faisais engueuler par les éducateurs parce que, eux, ils avaient des vieilles personnes qui étaient toutes posées » (Florian).

¹⁶¹ Article 1, § 2, alinéa 5 de la loi du 26 juin 1990.

¹⁶² Article 9, alinéa 5 de la loi du 26 juin 1990.

¹⁶³ Article 3 de la loi du 26 juin 1990.

¹⁶⁴ A. EHX, La mise en observation in *JDJ* n°262, février 2007, p. 42.

– Des critères sujets à interprétation

D'emblée, deux questionnements émergent. La notion de "danger grave" ne revêt-elle pas une liberté d'interprétation permettant au juge de placer le curseur en fonction de sa propre subjectivité ? Aussi, la notion de "maladie mentale" dont le jeune doit souffrir pour rencontrer les conditions de la mise en observation n'est pas définie. Peut-elle être assimilée aux notions de "handicap mental" et de "trouble mental" mobilisées dans le Code pour identifier les mineurs en conflit avec la loi qui ne peuvent être confiés à une institution publique ?

Dans ce cadre, il est intéressant de citer les propos d'un pédopsychiatre interrogé dans le cadre de cette recherche. Il met en lumière **des rapports hiérarchiques et interprofessionnels très variables selon le type de juridiction** qui se prononce sur la mise en observation :

« Avec le juge de paix, les choses sont très droites, il respecte la loi et l'avis du médecin comme un avis d'expert mais il ne va pas hésiter à nous interroger sur ce qui lui pose question; quand la dangerosité n'est pas claire, quand la maladie mentale n'est pas claire, il va demander des explications pour se faire un avis très clair et il va avoir un avis très tranché. Avec les juges de la jeunesse, ça va être dans tous les sens, c'est-à-dire qu'on peut avoir des juges de la jeunesse qui nous disent qu'ils ne prendront pas compte de notre avis même si c'est une mesure de mise en observation et puis y a des juges de la jeunesse qui vont être partenaires avec nous et qui vont essayer de construire quelque chose avec nous, pas seulement pour respecter la mesure ou pas mais ils vont réfléchir à l'intérêt du jeune outre la mesure. [...] pour une audience avec le juge de paix, je vais me concentrer sur le patient, qu'il respecte bien les critères. Je sais presque déjà comment va se dérouler l'audience en fonction de ce que j'ai, moi, comme critères et de ce que je vais expliquer au juge même si ça reste une audience. Il y a donc l'avis de l'avocat et/ou du patient qui bouleverse les choses mais mon idée est claire en fonction du patient. Un juge de la jeunesse, je ne sais jamais ce qui va se passer et en fonction du juge, parfois pour la même situation, je peux être à me dire que je vais devoir justifier pourquoi je n'ai pas levé la mesure tout de suite et la fois d'après, la même situation avec un autre juge, je vais devoir batailler pour dire que je ne veux pas qu'elle reste alors que c'est la même situation. Une audience avec le juge de la jeunesse, je vais me poser, dire un peu ce que je pense et voir comment le juge va réagir pour savoir comment je vais devoir m'adapter au juge. Au juge de paix, je ne dois jamais faire ça, je donne mon avis d'expert et le juge tranche, ce n'est pas la même chose » (Pédopsychiatre dans la clinique pour enfants et adolescents d'une institution de soins spécialisée en psychiatrie et en santé mentale).

Peut-on en déduire que, de manière générale, l'interprétation des conditions de la mise en observation par les juges de paix est assez stricte, et donc uniforme, alors que celle des juges de la jeunesse est plus ou moins assouplie selon les besoins du jeune et/ou de la situation, et donc plus variable ?

L'un et l'autre sont des juges inscrits dans une démarche « humaine » et « proche du justiciable ». Néanmoins, le juge de la jeunesse a en tête tout un dossier, un parcours, qui englobe parfois d'autres mesures qui n'ont pas porté leurs fruits; le juge de paix va trancher différemment puisqu'il n'a pas connaissance de tout le passif du jeune. Par ailleurs, le diagnostic de « maladie mentale » s'établira plus facilement chez les adultes que chez les adolescents où une crise ne signifie pas d'emblée que des difficultés vont se chroniciser.

Les jeunes étant considérés comme des adultes en construction, les professionnels de la santé mentale ne posent pas de diagnostic pendant l'adolescence. Il est, dès lors, compliqué de savoir si le jeune souffre d'une maladie mentale et entre, dès lors, dans le champ d'application de la mise en observation¹⁶⁵. Toujours avec A. Masson¹⁶⁶, il est désormais entendu qu'en raison de l'extrême difficulté de distinguer le normal du pathologique d'un esprit en plein développement, il est impossible de statuer, pour ce qui concerne le mineur, sur une maladie mentale. Les professionnels interrogés confirment que le diagnostic psychiatrique d'un mineur ne peut dépasser le stade d'hypothèse.

« À 15-16 ou 17-18 ans, on ne pose pas de diagnostic » (Travailleur social dans une unité pédopsychiatrique d'un centre neuropsychiatrique).

« Schizophrène avéré ? Avéré, jamais ou alors une fois dans les 10 ans qu'on a eus. Parce qu'encore une fois comment définir s'il l'est; c'est un adolescent, c'est en construction et cetera » (Direction d'IPPJ).

« En plus un adolescent, [...] j'avais demandé à des psychiatres [...], ils m'avaient dit : "Madame X (Juge de la jeunesse), non parce que nous un ado de 14-15 ans, même 16-17, ce n'est pas un adulte, donc nous [...] on ne va pas vous faire l'expertise parce que ça non, il est en mouvement, il est en évolution [...]. Il est en construction donc non" » (Juge de la jeunesse).

« Forcément, à quinze-seize ans, on est malléable, des choses vont évoluer et donc on ne peut pas partir dans des choses aussi tranchées. [...] (l'adolescence) c'est un âge où il faut parier sur l'avenir et rester dans l'évolution positive. Peut-être que le parcours va être de plus en plus psychiatrique parce que de plus en plus d'épisodes qui se confirment et vont vers quelque chose de plus chronique mais à priori on doit partir avec l'idée que c'est peut-être pas ça et que ça va dans l'autre sens, moi je travaille comme ça en me disant qu'il faut voir d'abord le bon côté et puis si c'est pas ça on fera au fur et à mesure » (Pédopsychiatre dans la clinique pour enfants et adolescents d'une institution de soins spécialisée en psychiatrie et en santé mentale).

Pourtant, leurs témoignages recueillis mettent en lumière que les mises en observation ne font qu'augmenter chez les jeunes. Les juges se suffiraient-ils d'un "trouble mental" avéré, ce qui est insuffisant sur le plan légal ? Les notions de « trouble mental » et de « maladie mentale » tendent-elles à se confondre ? En présence d'une mise en danger, le statut des mineurs et le réflexe sociétal de leur porter une attention particulière, pousseraient-ils les professionnels à déplacer les curseurs de la mise en observation, dont les conditions légales sont pourtant identiques par rapport au public majeur ?

« Plus qu'avant, pas mal de jeunes sont envoyés en mesure d'observation alors qu'ils ne répondent pas aux critères de la mesure de mise en observation, pourtant le jeune est envoyé chez nous et puis après... [...] un médecin souvent d'un autre hôpital - qui ne s'en sort plus de la situation - demande au procureur une mise en observation, le jeune arrive chez nous et on se retrouve seul à devoir trouver des solutions pour ces jeunes-là qui restent alors des mois et

¹⁶⁵ I. DOGNE, « Prise en charge et accompagnement des mineurs souffrant des troubles divers », in « Réforme du droit de la jeunesse - Questions spéciales », sous la direction de Th. MOREAU et S. BERBUTO, vol. 97, Commission Université--Palais, Université de Liège, Anthémis, 1997 ; A. MASSON, « Face au mineur évoluant entre mise en danger, transgression et trouble mental, comment composer entre les différentes mesures ? », *op. cit.*

¹⁶⁶ A. MASSON, « Le "moment adolescent" entre saisie par l'instant et constitution du présent », *op. cit.*

plus que des mois, ici. On n'a pas le choix, on ne va pas les mettre à la rue. [...] Entre quinze et vingt-trois, il n'y a pas un mois sans qu'on ait des mesures de mises en observation, on en a tout le temps. [...] Les mises en danger elles sont là, c'est ce qui fait qu'on ne renvoie pas les jeunes et on se retrouve dans les situations où on essaye de trouver des solutions" (Pédopsychiatre dans la clinique pour enfants et adolescents d'une institution de soins spécialisée en psychiatrie et en santé mentale) ».

L'augmentation croissante des mises en observation durant ces dernières années laisse supposer un élargissement, par les magistrats, de leur appréciation des critères légaux. Nous nous pencherons sur ce phénomène *infra* (partie 2, chapitre 2).

Section 3. L'internement des personnes en défense sociale

– Une mesure de sûreté qui poursuit un double objectif

Les personnes majeures, contrairement aux mineurs, peuvent faire l'objet d'un internement dans un établissement de défense sociale.

L'internement des personnes atteintes d'un trouble mental est défini à l'article 2 de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement : « *mesure de sûreté destinée à la fois à protéger la société et à faire en sorte que soient dispensés à la personne internée les soins requis par son état en vue de sa réinsertion dans la société. Compte tenu du risque pour la sécurité et de l'état de santé de la personne internée, celle-ci se verra proposer les soins dont elle a besoin pour mener une vie conforme à la dignité humaine. Ces soins doivent permettre à la personne internée de se réinsérer le mieux possible dans la société et sont dispensés - lorsque cela est indiqué et réalisable - par le biais d'un trajet de soins de manière à être adaptés à la personne internée* ». Pratiquement, il s'agit de placer une personne considérée comme non responsable de ses actes dans une institution médicale plutôt qu'en prison.

L'internement d'une personne relève de la compétence de la chambre de protection sociale du tribunal de l'application des peines. Il ne peut être ordonné par la juridiction d'instruction ou de fond que si trois conditions cumulatives sont rencontrées : la personne a commis un crime ou un délit portant atteinte à ou menaçant l'intégrité physique ou psychique d'un tiers; au moment de la décision, la personne est atteinte d'un trouble mental qui abolit ou altère gravement sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes; le danger existe que la personne commette à nouveau un crime ou un délit portant atteinte à ou menaçant l'intégrité physique ou psychique d'un tiers en raison de son trouble mental, éventuellement combiné avec d'autres facteurs de risque. Le juge prend sa décision sur base d'une expertise psychiatrique médico-légale réalisée sous la conduite et la responsabilité d'un expert, porteur d'un titre professionnel de psychiatre médicolégal, éventuellement en collège ou avec l'assistance d'autres spécialistes en sciences comportementales, toujours sous la conduite de l'expert précité.

La Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) a déjà eu l'occasion d'épingler et de critiquer à de nombreuses reprises la Belgique quant aux conditions de la « détention » subie, contre leur gré, par des personnes atteintes de troubles mentaux. Dans son arrêt Saadouni c.

Belgique du 9 janvier 2014, la Cour relevait notamment un problème structurel quant à la prise en charge des personnes délinquantes souffrant de troubles mentaux en Belgique.

Ce problème, soulevé par d'autres instances internationales, est reconnu par les autorités belges, qui ont, ces dernières années, tenté d'améliorer la situation, en adoptant, principalement, une nouvelle loi du 5 mai 2014 "relative à l'internement" et en investissant dans de nouvelles infrastructures. L'objectif est de garantir les droits des personnes internées et de leur offrir une place dans une institution appropriée à leur situation en vue d'être traitées.

La réforme de la loi « internement » est entrée en vigueur le 1er octobre 2016. Véhiculant une vision plus évolutive de la mesure, elle insiste sur la notion de trajet de soin et place le justiciable interné au centre du processus. L'internement n'est plus envisagé comme une mesure à durée indéterminée.

La procédure est rythmée par plusieurs phases. Tout d'abord, une autorité judiciaire prend la décision d'interner le justiciable en se basant notamment sur un rapport d'expertise médico-légale. C'est ensuite la Chambre de protection sociale (l'ancienne « commission de défense sociale ») qui prend la décision de placement sur la base de cette expertise et qui l'annonce lors d'une première audience. Cette chambre est une juridiction, rattachée au tribunal de l'application des peines, qui est lui-même une subdivision de certains tribunaux de première instance. Elle détermine le lieu de placement ou opte pour une autre modalité (surveillance électronique, libération à l'essai, libération anticipée, permission de sortie, congé et détention limitée). L'exécution se met alors en place. La situation du justiciable sera réexaminée au minimum chaque année pour les internés placés et avant la fin du délai d'épreuve pour les internés bénéficiant d'une autre modalité.

Ce sont les Maisons de Justice, et plus précisément les assistants de justice, qui sont chargées de la guidance, c'est-à-dire du suivi concret de la procédure. L'accompagnement des internés s'inscrit dans un trajet de soins adapté à chacun. Interlocuteurs privilégiés de la personne internée, les assistants de Justice collaborent avec les professionnels de la santé, ainsi qu'avec la Chambre de protection sociale, l'instance de contrôle, et fournissent différents types de rapports à cette dernière. Dans la mesure du possible, l'assistant de Justice veille à ce que l'interné prenne part au processus de la façon la plus active possible. Il établit avec lui les objectifs à poursuivre dans une optique de réinsertion sociale et de potentielle libération définitive.

– **La Belgique, bonne élève ?**

En parallèle de cette réforme législative, les autorités belges ont décidé d'apporter une réponse à l'offre déficitaire d'établissements destinés à accueillir des personnes internées. En effet, il existait seulement trois Établissements de défense sociale (EDS) en Belgique, situés tous les trois en Fédération Wallonie-Bruxelles : l'Établissement de Défense Sociale (EDS) de Paifve en région liégeoise (réservé aux hommes); le Centre Régional de Soins Psychiatriques (C.R.P.) Les Marronniers à Tournai; le Centre Hospitalier Psychiatrique (C.H.P.) Le Chêne aux Haies à Mons (réservé aux femmes).

Dans ce cadre, le *Masterplan 2008-2012-2016 pour une infrastructure pénitentiaire dans des conditions humaines* a planifié la création de Centres de Psychiatrie Légale (CPL). Il s'agit d'institutions fermées qui peuvent être comparées à des hôpitaux psychiatriques présentant un haut degré de sécurité. Ces centres doivent à la fois présenter un aspect sécuritaire, en étant adaptées à l'internement de personnes dites "à moyen et à haut risque", et proposer un encadrement thérapeutique adapté, suivant les mêmes critères qu'un hôpital psychiatrique. Un premier CPL a ouvert ses portes à Gand en 2014 et peut accueillir environ 270 patients internés masculins. Le second CPL, bâti à Anvers, est opérationnel depuis 2017 et dispose d'environ 180 places dont 18 réservées à un public féminin¹⁶⁷.

Le troisième *Masterplan Justice* continue sur sa lancée. Il prévoit deux centres supplémentaires en Wallonie, à Paifve (nouvelle construction d'un CPL de 250 places et transformation de l'EDS actuel en établissement pénitentiaire) et Wavre (nouvelle construction d'une capacité de 250 places). La construction d'un nouveau centre flamand est également prévue à Alost (établissement long stay de 120 places).

Ces efforts répondent-ils suffisamment aux exigences de la CEDH ? L'arrêt de Grande Chambre *Rooman c. Belgique* prononcé le 31 janvier 2019 par la CEDH est éclairant. La Cour revient sur la jurisprudence européenne en matière de privation de liberté des aliénés et sur l'interprétation à donner au caractère « approprié » des établissements destinés à accueillir une personne atteinte de maladies mentales. Ainsi, la Cour « affine » et précise sa jurisprudence quant aux obligations qui pèsent sur l'État et les autorités afin de tenir compte de la situation particulière d'un individu lorsqu'il se trouve interné.

Elle indique ce qu'il faut entendre par détention « régulière » au sens de l'article 5, § 1er, e), de la Convention européenne des droits de l'homme et elle renforce le contrôle qu'elle peut exercer sur les autorités.

Par sa jurisprudence antérieure, la Cour a estimé qu'une détention était « régulière » si elle se déroulait dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement approprié. Mais le traitement ou le régime adéquats ne relevaient pas, « en principe », du contrôle. Désormais, de par son arrêt de 2019, la Cour européenne l'affirme : « il faut aujourd'hui considérer qu'il existe un lien étroit entre la 'régularité' de la détention des personnes atteintes de troubles psychiques et le caractère approprié du traitement de leur état de santé mentale » (§ 208 de l'arrêt). En d'autres termes, pour qu'une détention ou une privation de liberté soit régulière, l'interné doit bénéficier d'une thérapie adéquate. Les autorités ont l'obligation « d'assurer une prise en charge appropriée et individualisée, sur la base des spécificités de l'internement, telles que les conditions du régime, les soins proposés ou encore la durée de la détention » (§ 205 de l'arrêt). La Cour européenne laisse une marge de manœuvre aux autorités, aussi bien sur la forme que sur le contenu des mesures thérapeutiques ou médicales à prendre : « Le rôle de la Cour n'est [...] pas d'analyser le contenu des soins proposés et administrés » (§ 209 de l'arrêt).

Pour que cette exigence soit respectée, les autorités doivent s'assurer de mettre des moyens à la disposition des acteurs de terrain (juge, personnels pénitenciers, responsable de centres ou d'hôpitaux, médecins, infirmiers, etc.). Sur ce point, La Cour reconnaît les efforts accomplis

¹⁶⁷ https://justice.belgium.be/fr/nouvelles/2017-06-29_cpl_anvers

par la Belgique, durant ces dernières années, avec la création de nouvelles infrastructures, finalisées et en projets. Les efforts doivent néanmoins se poursuivre, la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux constituant un effort à réaliser sur le long terme et de manière concrète. Ainsi, si la Belgique échappe à une condamnation pour la période postérieure à août 2017 au regard des traitements et des efforts spécifiques mis en place pour aider, assister et traiter la personne internée, des moyens, notamment financiers, doivent toutefois être donnés aux différents acteurs, afin de pérenniser cette volonté d'individualisation.

Partie 2. Prise de recul : en pratique, ça se complique !

Les témoignages des jeunes rencontrés nous ont rapidement dévoilé des pratiques de terrain parfois très éloignées des prescrits légaux. Si les ressentis des jeunes ont pu diverger sur plusieurs questions - en fonction de leur vécu mais aussi en fonction du recul dont ils étaient capables de faire preuve par rapport à leur parcours de soins – de nombreux récits se sont révélés singulièrement analogues. De façon surprenante, les jeunes ont pu décrire avec précision et justesse les pratiques qui non seulement leur semblaient insupportables au regard de leur seuil de tolérance et de leur code de valeurs, mais qui étaient également inacceptables en vertu des normes applicables. Par ailleurs, ces témoignages nous ont permis de recueillir ce qui, légalement, tient la route, mais ébranle néanmoins la majorité.

Nous nous souvenons tous de l'adolescence, cette étape de la vie où tout est vécu de façon intense, passionnée, excessive. Nous pouvons encore ressentir ce feu intérieur qui exacerbe les émotions et nous amène à voir le monde en noir corbeau ou en blanc immaculé, la nuance étant alors un concept difficilement imaginable. Dans une approche compréhensive – ni fondée sur l'empathie fusionnelle, ni constamment empreinte de doutes – nous vous proposons de prendre ces témoignages pour ce qu'ils sont... l'expression d'une vérité, dans un temps, avec un interlocuteur particulier.

D'autant que la confrontation des témoignages des jeunes à ceux des professionnels est des plus éclairantes pour justifier de cette approche. Le constat est sans équivoque : les questionnements, déceptions, dénonciations et recommandations des deux publics sondés vont, pour la plupart, dans la même direction, dépréciant dès lors tout mouvement de distanciation du lecteur. Les professionnels, dont l'humilité et la constructivité méritent d'être saluées, ont pu mettre en lumière les défaillances qui ternissent les parcours de soins, renforçant - si besoin en est - la légitimité des récits des jeunes.

La finalité de cette seconde partie est double : d'abord, relayer les questionnements explicites et sous-jacents de nos deux catégories de témoins; ensuite, circonscrire et faire résonner des pistes d'amélioration avancées.

Le premier chapitre est consacré aux jeunes aux multiples facettes, qui ont un pied dans la « délinquance » et l'autre dans les troubles de santé mentale, et qui mettent en difficultés les

équipes de professionnels, mais également les politiques et le législateur. Une attention particulière est portée aux « UTI For-K » qui semblent avoir une place centrale dans le paysage institutionnel.

Le second chapitre part du constat communément relayé par les professionnels et jeunes interrogés : la question de la place de chacun est prépondérante; le déplacement de l'un engendre des sorties de cadre en cascade. Ce grand bal désorganisé génère alors fatigue, frustration et tension entre les divers acteurs qui entourent le jeune. Il est évident que ce dernier en paie, dans le même temps, les pots cassés. La multiplicité de ses besoins semble proportionnelle à la maltraitance générée.

Le troisième et dernier chapitre est élaboré au départ des freins à la prise en charge thérapeutique. Si certaines difficultés découlent de choix politiques et semblent échapper au bon vouloir des professionnels concernés, d'autres lacunes peuvent, par contre, être facilement combattues au quotidien aux moyens de simples attentions. Parfois, la prise de conscience et le bousculement des habitudes permettent déjà d'énormes progrès.

Chapitre 1 : Une prise en charge adéquate pour des jeunes à double casquette

De longue date, les IPPJ relatent la présence, au sein de la population qu'elles accueillent, de jeunes particulièrement fragiles et vulnérables sur le plan de la santé mentale, qui nécessiteraient une approche nettement plus thérapeutique qu'éducative. Ces jeunes, situés à l'intersection du protectionnel et du psychiatrique, sont trop violents et pas assez demandeurs pour les services de santé mentale et, dans le même temps, mentalement trop « perturbés » pour les outils socio-éducatifs de l'aide à la jeunesse.

Nous l'avons vu, depuis l'adoption du Code de la Prévention, de l'Aide à la Jeunesse et de la Protection de la jeunesse, les jeunes qui souffrent d'un handicap ou trouble mental établi par un certificat médical circonstancié ne peuvent plus être confiés à une IPPJ.

Cette disposition, qui a fait couler beaucoup d'encre, a également animé de nombreux jeunes et professionnels interrogés dans le cadre de notre recherche-action. Si l'article 122, alinéa 2 du Code a été pensé dans l'intérêt des jeunes, d'aucuns le jugent inapplicable, et donc décevant.

Il semblerait que les lits For-K jouent un rôle important dans la mise en œuvre de cette disposition légale. Comme nous le verrons, certains professionnels se risquent à affirmer que c'est l'utilisation inadéquate de ces lits qui fait capoter tout le système de prise en charge des jeunes à double casquette.

Les unités de traitement intensif de soins For-K, également appelées « UTI For-K », proposent, au sein de plusieurs structures hospitalières, des lits spécialisés dits « lits For-K » destinés à accueillir des jeunes mineurs de plus de douze ans souffrant d'une problématique psychiatrique et contraints par une mesure judiciaire (soit via la mise en observation soit via une mesure de protection des mineurs, qu'ils soient en danger ou qu'ils aient commis un fait qualifié d'infraction).

Les lits for K constituent une solution d'urgence adaptée avec du personnel outillé pour faire face à un public de jeunes nécessitant à la fois une prise en charge thérapeutique et un recadrage éducatif. En pratique, cependant, une pénurie de lits semble être observée. Comment s'en sortent, dès lors, les professionnels ? De quels types de prises en charge les jeunes à double casquette bénéficient-ils ? Comment le vivent-ils ? Des perspectives d'avenir sont-elles envisagées afin d'améliorer les dispositifs actuellement en place ?

À l'aube de la finalisation de cet écrit, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé a publié un rapport massif intitulé "FOR-K, psychiatrie médico-légale pour les adolescents sous mesures judiciaires : offre, utilisation et besoins"¹⁶⁸. Lorsque nous lisons les chiffres et autres données rapportées, nous pouvons aisément imaginer le désarroi des professionnels, usés d'essayer de composer au mieux face à un système institutionnel lacunaire dont les multiples défaillances ont déjà été vivement dénoncées mais restent pourtant sans réponse. Le personnel des divers services s'épuise, le turn over des équipes en témoigne. Pourtant, ces adultes représentent souvent bien plus qu'un professionnel dans la vie de ces jeunes abîmés par la vie, qui se retrouvent parfois sans ancrage familial et recherchent des piliers sur lesquels s'appuyer pour grandir, ou simplement trouver un peu de réconfort. La recherche d'une réponse adaptée pour des jeunes aux multiples besoins ne commence-t-elle pas par prendre soin des professionnels qui rythment leur quotidien ?

Section 1. Le trouble mental passé à la loupe

– La Cour d'Appel de Mons à la rescousse

« J'ai rendez-vous au juge, et il y avait la police et tout pour que j'aille à l'IPPJ. Il m'a encore laissé une chance (...) Il a dit que c'est un truc thérapeutique qu'il me faut, pas un truc qui est éducatif. Il m'a laissé une chance, c'est pour ça que je vais à l'hôpital » (Chantal-Diégo).

Avant l'adoption du Code Jeunesse, seul le manque de place disponible pouvait être invoqué par l'IPPJ pour motiver un refus d'hébergement du jeune¹⁶⁹. En effet, en tant que service public, les IPPJ étaient contraintes de respecter les décisions de placement du magistrat même si ces institutions avaient parfois l'impression d'être utilisées comme ultime (voire insatisfaisante) solution. Cependant, depuis le décret du 18 janvier 2018, il n'est – en principe - plus possible de placer ces jeunes en IPPJ s'ils souffrent d'un handicap ou d'un trouble mental établi par un rapport circonstancié.

Se pose dès lors la question de savoir ce qu'entend le décret de l'aide à Jeunesse par "trouble mental" ? Se raccroche-t-il à la définition donnée par l'OMS ? Dans l'affirmative, cette notion élargie ne risque-t-elle pas d'empêcher tout placement de jeune souffrant de dépression lourde,

¹⁶⁸ Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), « For-K, Psychiatrie médico-légale pour les adolescents sous statut judiciaire : offre, utilisation et besoins », Reports 339B (2021), [consulté en ligne], URL : <https://kce.fgov.be/fr/for-k-psychiatrie-m%C3%A9dico-l%C3%A9gale-pour-les-adolescents-sous-statut-judiciaire-offre-utilisation-et>

¹⁶⁹ Article 63§3 du décret de 2018 portant le code de la prévention, de l'aide à la jeunesse et de la protection de la jeunesse.

de mythomanie, d'addiction, de trouble du comportement de troubles de l'attachement voire de troubles adolescents ?

La cour d'appel de Mons s'est très récemment penchée sur la délimitation de la définition du trouble mental restreignant l'accès aux IPPJ pour les jeunes¹⁷⁰. Alors qu'une jeune mineure de 16 ans était placée en hôpital psychiatrique, dans le cadre d'une procédure de mise en observation, celle-ci s'est montrée, à plusieurs reprises, gravement violente envers le personnel et elle-même. Plusieurs plaintes ont été déposées et une réorientation dans un service "plus adapté" a été demandée :

« La Cour relève que, dès le 2 juillet 2019, le Centre psychiatrique soulignait avoir atteint les limites de ses possibilités thérapeutiques pour X.

Dans un rapport adressé au premier juge, les médecins pédopsychiatres en charge de la situation de l'adolescente indiquaient, de manière motivée, les raisons qui justifiaient une réorientation de X vers une autre structure thérapeutique, et tout particulièrement la 'Maison d'ados AREA+' de l'ASBL Epsilon, située à Uccle ».

Dans l'attente d'une place dans ce service For-K (U.T.I.), et sur base de l'ancien article 36,4 de la loi de 1965 relative à la protection de la jeunesse, la jeune a été placée en IPPJ, comme le rapport de son psychiatre semblait le suggérer :

« X ne présente plus actuellement de maladie mentale grave qui pourrait expliquer les passages à l'acte agressifs sur autrui;

Elle présente certes un trouble de l'attachement, mais elle a besoin, comme bon nombre de jeunes en souffrance, d'un rappel du cadre lorsqu'elle dépasse les limites légales ».

L'avocat de la jeune a interjeté appel de cette décision de placement en IPPJ en invoquant l'article 122 alinéa 2 du nouveau décret. La cour d'appel de Mons a toutefois confirmé la décision du premier juge :

« Le trouble sévère de l'attachement diagnostiqué chez X, induit sans aucun doute des souffrances psychologiques importantes pouvant nécessiter une prise en charge thérapeutique imposée dans le cadre de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection des malades mentaux;

Ces souffrances psychologiques, et les comportements destructeurs qu'elles peuvent provoquer, ne s'identifient toutefois pas à un handicap mental ou à un trouble mental, au sens de l'article 122 §2 du Décret du Parlement de la Communauté française du 18 janvier 2018 ».

La jurisprudence enseigne donc à tout le moins **que les troubles de l'attachement ne sont pas des troubles visés par le nouvel article 122, alinéa 2**, et n'empêchent donc pas un placement en IPPJ. Bonne ou mauvaise nouvelle ?

– Un éclairage insuffisant

Avec cet éclairage de la Cour d'Appel de Mons, la tâche des juges de la jeunesse semble simplifiée. Du côté des jeunes présentant des troubles de l'attachement, par contre, le risque de

¹⁷⁰ Cour d'appel Mons – 2019/AJ/177, chambre jeunesse, 17 octobre 2019.

ping-pong institutionnel se voit renforcé puisque les IPPJ s'ajoutent à la liste des établissements au sein desquels ils pourront être placés. Or, les entretiens menés mettent en lumière une omniprésence des troubles de l'attachement parmi les jeunes aux multiples facettes qui se voient ballotés d'un service à l'autre entre le secteur de l'Aide/Protection de la Jeunesse et celui de la santé mentale (auxquels s'ajoute parfois encore la reconnaissance d'un handicap par l'AVIQ). Spontanément, un questionnement s'impose à nous : le ping-pong institutionnel et les troubles de l'attachement semblent aller de pair; si un phénomène de cause à effet devait être établi, dans quel sens devrait-il être posé ?

« Tous nos jeunes ont des troubles de l'attachement et c'est tellement large le trouble de l'attachement... » (Juge de la jeunesse).

« La plupart des situations où on a des passages à l'acte plus violents c'est souvent des problématiques de troubles de l'attachement et donc on va essayer de tenir dans la longueur, c'est-à-dire qu'il vaut mieux, parfois, renvoyer quatre fois le jeune chez lui mais accepter quatre fois qu'il revienne plutôt que de tenir jusqu'au moment où on dit qu'il ne peut plus revenir. On tiendra sur la longueur : 'tu reviendras mais tu es passé à l'acte, tu rentres chez toi, tu réfléchis à comment on peut t'aider'. On va essayer de tenir dans le plus long. [...] S'il a un chez lui ou une institution, on va essayer de travailler avec l'institution. C'est arrivé avec une IPPJ qu'on fasse des choses comme ça : on renvoie le jeune à l'IPPJ mais on le ré-accepte la semaine d'après. Voilà ce qu'on fait dans l'idéal. On est tout de même dans un milieu psychiatrique; il y a des ados mais aussi des patients adultes avec des pathologies psychiatriques lourdes, ça peut arriver que le service soit mis à mal par plusieurs passages à l'acte de plusieurs jeunes et des problématiques adultes qui s'y rajoutent et là, on dit au jeune qu'on veut bien le revoir dans X temps, mais là, le X^e passage à l'acte pour l'instant c'est pas possible, il faut qu'il y ait un relais à l'extérieur parce qu'on n'est plus capable de gérer et il faut donc revenir dans quelques mois. C'est des mouvements d'équipe, on est parfois plus en difficulté et ça peut être dû à plein de trucs. [...] Quand le jeune a une situation sociale compliquée, qu'il se retrouve avec pas de milieu familial possible pour lui pour plein de bonnes raisons, qu'il y a une institution qui travaille avec lui mais que tout un système s'épuise parce que le jeune n'est pas bien avec sa situation, je trouve que ça relève de notre mission, c'est tout à fait notre place d'intervenir là parmi d'autres parce que ça permet que le système reste sain, fonctionne bien et que le jeune aille mieux. Maintenant le travers c'est que [...] c'est parfois dans l'excès et l'hôpital devient la solution, la seule solution. Les jeunes qui ont de gros troubles de l'attachement qui mettent à bout toutes les équipes, ça finit par des mises en observation chez nous, ça, ça ne va pas. [...] On a quinze ans et on a une étiquette pour les cinquante années à venir » (Pédopsychiatre dans la clinique pour enfants et adolescents d'une institution de soins spécialisée en psychiatrie et en santé mentale).

« J'ai inquiété une éducatrice il n'y a pas longtemps, alors que cette éducatrice, elle va bientôt partir parce qu'elle remplace une éducatrice d'ici, alors qu'elle devrait partir fin juin, alors elle a été deux mois en plus je suis contente, mais la voir partir va me faire encore plus de mal, ça va encore plus m'enfoncer, ce n'est pas sa faute, ce n'est pas la faute d'ici parce qu'elle remplace juste une personne. Mais ça me fait mal, cette éducatrice je m'entends hyper bien avec elle que je reste tout le temps avec qu'elle, elle parle tout le temps avec moi [...] c'est vraiment elle qui essaie de me faire avancer, j'ai été dure avec elle, j'ai fait des conneries en lui

faisant du mal, mais pas fait exprès, à l'heure d'aujourd'hui je me suis dit, je vais rester bien pour elle, pour ne pas qu'elle parte ou qu'elle s'inquiète encore pour moi, je vais faire tout mon possible pour elle avant qu'elle parte, mais la voir partir ça va me faire mal. [...] C'est difficile pour moi de, les départs parce que j'ai peur de l'abandon, donc j'ai vraiment peur de ça, donc les départs ce n'est pas facile pour moi, l'abandon ce n'est pas facile pour moi. [...] Les départs d'ici j'ai l'impression que moi dans ma tête, je n'arriverai jamais à m'en sortir parce que j'ai essayé plusieurs fois, et je n'arrive jamais à m'en sortir » (Chantal-Diégo).

« [...] j'ai peur d'aller mieux, parce que j'ai peur de perdre toute l'attention qu'on me porte en fait. [...] Je faisais confiance à une psy pendant un an et demi, j'ai été suivie, pendant un an et demie, j'ai été suivie et puis du jour au lendemain, ben, je reprends rendez-vous et euh, elle m'annonce qu'elle est partie, donc, je me suis sentie lâchée, abandonnée du jour au lendemain » (Alice).

Si la Cour d'appel de Mons se positionne quant aux troubles de l'attachement, le champ d'application de la notion de "troubles mentaux" en est-il néanmoins suffisamment délimité ? Plusieurs professionnels sondés répondent par la négative.

« [...] des troubles, je le redis, il y en a beaucoup qui en ont. Par contre, il (l'article 122, alinéa 2 du Code Jeunesse) devrait être applicable s'il y a une maladie mentale avérée, ça c'est clair, et un handicap mental avéré, ça c'est clair. Mais un « trouble », pour moi ce n'est pas applicable, c'est trop vaste. On a neuf dixième des jeunes ou huit dixièmes qui ont quelque chose niveau personnalité et cetera. [...] un schizophrène avéré je pense qu'on en a peut-être eu en dix ans, peut-être un et encore. [...] il faut définir clairement c'est quoi la maladie mentale et c'est quoi le trouble mental avéré, et à ce moment-là ça sera plus clair » (Direction d'une IPPJ).

« [...] trouble mental, allez enfin même à l'heure actuelle je suis sûre qu'il n'y a peut-être pas les ¾ mais plus de la moitié qui à mon avis déjà rien que pour nous ici, on se dirait "ben ils ont un trouble mental". Ils sont quand même en IPPJ. Trouble mental, ce n'est pas déséquilibre mental grave, donc je trouve qu'on peut mettre tout et n'importe quoi là-dedans » (Juge de la jeunesse).

« [...] trouble, ça ne veut rien dire. C'est un peu un mot fourre-tout » (Travailleur social dans une unité pédopsychiatrique d'un centre neuropsychiatrique).

L'article 122, alinéa 2 du Code Jeunesse donne vraisemblablement du fil à retordre à tous les professionnels qui sont amenés à l'appliquer. Dans quel contexte a émergé cette nouvelle disposition légale jugée lacunaire ?

Section 2. "Lits for-K", "UTI for-K", quèsaco ?

– Un statut précaire et prétendument temporaire qui s'enracine

« [...] à la fois le service doit être un service bienveillant et accueillant et ouvert, à écouter la souffrance du jeune, mais en même temps il doit être hyper cadrant parce qu'il y a des choses qui ne sont pas acceptables et tolérables. [...] il y a plus d'encadrement dans ces services-là,

vous avez des équipes éducatives et d'infirmiers psychiatriques qui ont une formation [...] un peu différente » (Pédopsychiatre en centre de santé mentale et en hôpital).

L'article 122, alinéa 2 du Code Jeunesse constitue une réponse juridique au même constat que celui qui a justifié la création des lits For-K il y a presque vingt ans¹⁷¹.

Le constat à l'origine de l'émergence des projets pilotes For-K était que le cadre organisationnel et financier des unités K et des IPPJ ne permettait pas d'offrir des soins adaptés à certains jeunes judiciairisés atteints de troubles psychiatriques et ayant un comportement qui nécessite un encadrement plus intensif et sécurisé que ce qui est prévu dans les services K et les IPPJ. Précisons que l'appellation 'For-K' provient de la contraction entre 'FORensisch' (qui signifie médico-légal en néerlandais) et 'K' (qui est l'index du type de lit dans les services hospitaliers de neuropsychiatrie qui sont spécifiquement destinés à l'observation et au traitement des enfants et adolescents).

Plus concrètement, c'est dans un contexte de grogne des IPPJ, qui dénonçaient la situation de certains jeunes, souvent violents ou avec un comportement très inadapté, qu'elles étaient forcées d'accueillir sans pouvoir les encadrer de façon adéquate, que les unités For-K ont été réfléchies.

Voulant répondre au manque d'expertise spécifique et de cadre approprié pour la prise en charge de jeunes délinquants connaissant des troubles psychiatriques, les autorités fédérales (SPF Santé Publique) ont décidé, en 2002, d'organiser et de financer, dans le cadre de projets pilotes, des lits dits "For-K", c'est-à-dire 5 unités de 8 lits destinés à des jeunes mineurs de 12 ans et plus ayant fait l'objet d'une mesure prise par le tribunal de la jeunesse et présentant des problèmes psychiatriques avérés. Après 2002, l'offre a été élargie, toujours sur la base de projets pilotes.

Le financement des lits For-K est accordé via une sous-enveloppe (fermée) du Budget des Moyens Financiers (dit BMF) réservée aux projets pilotes et reconduite annuellement. Dès le début, l'intention des autorités était de faire évoluer l'approche basée sur des projets pilotes vers une intégration structurelle et un financement dans le BMF des hôpitaux psychiatriques, et donc de créer des normes et une programmation spécifique pour ce type de lits dans le cadre de la législation hospitalière. Nous relevons que ce glissement n'a toujours pas eu lieu presque 20 ans plus tard...

Le public-cible, l'organisation et le financement de ces unités sont détaillés dans des contrats non publiés entre les hôpitaux participants et le SPF Santé publique conformément à la législation sur le financement hospitalier.

Les premières unités ont débuté en 2003 et avaient pour mission de développer un traitement clinique intensif, limité dans le temps, pour délinquants juvéniles présentant des troubles

¹⁷¹ La mise en contexte historique qui suit est un résumé composé de passages piochés dans le rapport KCE, des pages 17 à 34.

psychiatriques afin de les amener vers un accompagnement ambulatoire, de favoriser leur réinsertion sociale et d'empêcher la récidive.

En 2004, 2005 et 2006, le travail des 3 premières unités For-K ainsi que d'une unité pour jeunes très agressifs ont fait l'objet d'une recherche par des experts académiques portant sur les aspects thérapeutiques et organisationnels. Au-delà des discussions méthodologiques et des problèmes de récolte de données, ce travail de recherche a dévoilé que l'une des principales difficultés auxquelles ces unités étaient confrontées résidait dans le parcours plus global, extrêmement fragmenté, des jeunes avant et après leur admission en For-K.

Le 22 février 2007, les autorités fédérales et fédérées responsables des secteurs de la santé, de la justice et de l'aide à la jeunesse, ont signé ensemble un protocole d'accord destiné à répondre aux difficultés de collaboration et à développer pour les jeunes judiciairisés un trajet de soins spécifique. L'objectif était de mieux étudier les besoins et d'aboutir à une programmation ainsi qu'à une intégration de ces lits dans le financement des hôpitaux.

Le but de ce protocole, parfois appelé « protocole For-K », était d'impliquer et de responsabiliser, autour du trajet de soins du jeune, tous les acteurs concernés dans le ressort d'une même cour d'appel, dont tous les services de santé mentale (les For-K mais aussi les services K, les centres de santé mentale, les offres ambulatoires etc.) ainsi que ceux de la justice et de l'aide aux personnes.

Lors de la conférence interministérielle de la Santé publique du 08 décembre 2008, un avenant au protocole de 2007 a été signé afin d'étendre le nombre de lits UTI For-K en précisant que ces nouveaux lits n'étaient plus uniquement destinés aux mineurs poursuivis pour un fait qualifié infraction mais pouvaient être attribués à des jeunes faisant l'objet d'autres mesures judiciaires ou placés en application de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux (mais devaient être attribués par préférence aux FQI). Dans le cadre de cet avenant, les Communautés et Régions se sont également engagées à élaborer la construction de l'offre de soins ambulatoire dans les centres de santé mentale (CSM) pour ce groupe cible.

Le 9 juin 2011, le Conseil National des Établissements Hospitaliers a publié un rapport qui décrivait les défauts et les besoins futurs du secteur des soins de santé mentale (SSM) pour les enfants et les adolescents en Belgique. Cet avis concernait partiellement les unités For-K et soulignait le besoin de relais appropriés dans le secteur de l'aide spéciale à la jeunesse, le besoin d'encadrer mieux les mises en observations et la nécessité de développer des diagnostics et des indications (préalables) de manière rigoureuse et plus précise, et de filtrer correctement les admissions dans les trajets de soins For-K.

– **Bilan 20 ans plus tard**

L'offre, sur l'ensemble du territoire de la Belgique, comprend actuellement 14 unités de traitement intensif qui se trouvent dans 12 hôpitaux psychiatriques avec un total de 124 lits et de 32 "lits de crise" additionnels : 36 à Bruxelles dont 8 réservés aux jeunes wallons (+ 4 lits de crise); 32 en Wallonie (+ 12 lits de crise); 56 en Flandre dont 8 réservés aux néerlandophones bruxellois (+ 16 lits de crise dont 5 réservés aux néerlandophones bruxellois).

Les lits For-K sont des lits d'accueil 24h/24. La durée d'hospitalisation en UTI For-K est limitée à 6 mois renouvelables une seule fois. Pour les "lits de crise", la durée est limitée à deux semaines renouvelables une fois. Ces unités sont chargées de fournir un traitement intensif (ou de crise) à un public spécifique en vue de permettre leur prise en charge par le secteur ambulatoire ou résidentiel par la suite. En fonction de leur contrat, elles accueillent des jeunes faisant l'objet d'une mesure de traitement dans le cadre de la protection judiciaire de la jeunesse ou d'une mesure de mise en observation prise dans le cadre de la protection de la personne des malades mentaux.

Les For-K sont réparties selon les cours d'appel. La Belgique est judiciairement divisée en cinq juridictions, chacune dotée d'une cour d'appel, à savoir Anvers, Bruxelles, Gand, Liège et Mons. La compétence d'une cour d'appel peut donc couvrir plusieurs provinces. Ainsi, la juridiction de la cour d'appel de Liège englobe les provinces de Namur, Liège et Luxembourg. En pratique, il y a au moins une UTI For-K dans chacune des juridictions des 5 Cours d'Appel mais **il n'y en a pas dans les provinces du Brabant wallon, de Namur et du Luxembourg**, ni en Communauté germanophone; les juges de la jeunesse de ces entités doivent donc s'en remettre à des UTI plus éloignées si nécessaire.

Tous les hôpitaux généraux ou psychiatriques ne disposent pas nécessairement d'un service K. Il ne s'agit pas d'une condition pour être agréé comme hôpital général ou comme hôpital psychiatrique. L'offre de ce type de lits dépend donc du souhait des hôpitaux d'offrir - ou non - ce type de prise en charge. Il existe des lits K de jour et de nuit (K), des lits K de jour (Kj) et des lits K de nuit (Kn)¹⁷². Sur le plan organisationnel, les unités For-K doivent disposer d'un personnel plus important que dans un service K et disposer d'une infrastructure permettant de combiner traitement et sécurisation (safe care).

L'hospitalisation dans une unité For-K se situe à l'intersection de différents domaines et niveaux de compétence (communautaire et fédéral) qui ont évolué indépendamment les uns des autres. De plus, la terminologie, les âges de prise en charge, la durée des mesures et les conditions prévues par les deux cadres légaux applicables (aide à la jeunesse et protection de la personne des malades mentaux) ne concordent pas toujours avec ceux prévus par les contrats des unités For-K qui définissent une offre de soin spécifique avec ses propres critères théoriques (contrats) et pratiques (sur le terrain, d'autres critères sont appliqués).

La complexité et la fragmentation de l'organisation des soins de santé mentale en Belgique impliquent qu'il est difficile, même pour les services spécialisés de la protection de la jeunesse, de savoir où trouver de l'aide en santé mentale pour un jeune et qui est le prestataire ou l'organisation de soins le plus adéquat.

L'offre de santé mentale médico-légale en dehors des For-K se limite aux quelques réseaux de santé mentale qui ont développé une équipe mobile médico-légale et à une ou deux structures ambulatoires offrant un accompagnement médico-légal. Avant et après leur hospitalisation, les

¹⁷² Arrêté royal portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre du 23 octobre 1964, *M.B.*, 7 novembre 1964.

patients de For-K sont généralement pris en charge par des services moins spécialisés, à condition qu'ils acceptent le jeune, ou en IPPJ (pour les délinquants).

C'est dans ce contexte disharmonieux que le Ministre Madrane a justifié cette disposition innovante dans l'exposé introductif du projet de décret portant le Code :

“[...] le jeune ne peut être confié à une institution publique s'il souffre d'un handicap mental ou d'un trouble mental. Il faut en effet éviter, comme c'est encore malheureusement le cas, que des jeunes qui devraient être hébergés dans une structure spécialisée dans la prise en charge des personnes handicapées ou dans un établissement psychiatrique se retrouvent en institution publique. Cette limitation de l'accès est justifiée par l'intérêt du jeune, étant donné que la prise en charge en IPPJ n'est pas adéquate pour une personne qui souffre d'un handicap mental et peut même constituer une forme de maltraitance institutionnelle à son égard”¹⁷³.

In fine, il apparaît que l'article 122, alinéa 2 est venu asseoir la place cruciale des UTI For-K dans le paysage institutionnel en proscrivant expressément le placement des jeunes délinquants souffrant d'un handicap ou trouble mental (excluant les troubles de l'attachement) en IPPJ. Les IPPJ, et plus largement les professionnels du secteur, sont-ils satisfaits de l'adoption de cette réponse apportée dans l'« intérêt du jeune » ?

– Une bulle d'impunité

D'aucuns pensent que certains jeunes, conscients de l'existence de leur trouble mais aussi de l'entrée en vigueur de l'article 122, alinéa 2 du Code ne craignent légitimement déjà plus la « punition ultime », à savoir les IPPJ. Difficulté intrinsèque, ces jeunes n'auraient plus la possibilité d'intégrer le rappel symbolique à la loi puisque les alternatives prévues ne seraient pas plus adaptées à la complexité de leur situation problématique.

« [...] il y a des passages à l'acte qui reviennent quand la médication n'est pas là. De nouveau. Et ça veut dire que, quand il y a des passages à l'acte, pour elle, il n'y a plus de sanction. L'IPPJ refuse de la reprendre, au nom de « elle a un handicap ». [...] Elle a été quand c'était l'accueil et puis maintenant, comme on a les diagnostics, elle ne peut plus entrer parce qu'il y a les critères au niveau de la loi [...] le juge demande et l'IPPJ sort la carte « elle n'est pas dans les critères ». Donc la jeune a eu des heures de prestation. Alors le temps que ça se mette en place... parce que comme elle est là un jour semaine, c'est compliqué. Elle nous avait trouvé des heures dans une maison de repos ici tout près. Elle y a été une fois, après la journée on lui a dit : « non, ne reviens pas » (rires). Mais oui, parce qu'elle n'a pas non plus les codes sociaux [...] comment est-ce qu'elle peut intégrer la sanction ? La notion d'arrêt ? Il n'y a pas. [...] On a de nouveau accès à quoi comme sanction ? Les heures de prestation, on a des modules de gestion de la violence, elle ne peut pas rentrer dans les critères, on a l'IPPJ, on a la réprimande et on a les réductions de temps, par exemple tu ne peux pas sortir de 16 à 18h. Mais elle ne rentre dans aucun des schémas. Or, ce n'est pas bon non plus de laisser croire...parce qu'elle l'a entendu

¹⁷³ Projet de décret portant le code de la prévention, de l'aide à la jeunesse et de la protection de la jeunesse (en ce compris l'avant-projet de décret et l'avis du Conseil d'Etat) – Doc n°467 (2016-2017) — No 1 – page 29. <http://archive.pfwb.be/1000000020650a7>

de la juge, aussi : « ton handicap, ton problème de santé mentale... donc tu n'as pas accès à l'IPPJ » (Travailleur dans un SRS).

Selon le professionnel sondé, ce discours renvoie à la jeune concernée qu'elle n'a de place nulle part et que son état de santé mentale la positionne dans une sorte de bulle d'impunité non-constructive.

« Alors, je ne pense pas du tout que l'IPPJ soit bien pour elle, vraiment, mais il n'y a pas quand même un temps d'arrêt...je pense ça comme ça. Mais cette petite-là, elle aurait...comme un enfant, hein, qui va au coin...mais elle aurait une journée au cachot...c'est marqué quelque chose, c'est marqué symboliquement. Et ça ne peut pas durer trop pour elle parce que ça va la déstructurer encore plus d'être enfermée, enfin vous voyez ce que je veux dire ? Un cachot mais c'est...il faudrait qu'il y ait quelque chose de symbolique, court, mais action-réaction. Le passage à l'acte, on passe chez le juge, « tu fais ça ». Elle aurait eu une journée...le lendemain, « tu vas faire une réparation, et tu vas par exemple faire ça et tu vas travailler toute une journée avec l'ouvrier »... enfin j'en sais rien...mais ça, par exemple, enfin il faut qu'il y ait quelque chose de symbolique mais là, maintenant. C'est aussi la question des partenaires, avec le juge, mais voilà, c'est ce qu'il lui faudrait. Du coup ici, pour l'instant, elle allait moins bien, c'est pas son genre. Elle a vu un baffle d'une jeune, elle est partie avec, quoi. Et ça, ça n'arrivait pas. Et ça, ça n'arrivait pas parce qu'elle était quand même dans ce respect-là. [...] il y a la question de la médication, certes, mais elle a aussi compris « je n'aurai quand même rien ». On l'a menacée de l'IPPJ, c'est jamais arrivé, puis la juge a dit : « non, tu ne rentres pas dans les critères » (Travailleur dans un SRS).

La Commission Université-Palais met en avant que la volonté légitime de renforcer les droits des jeunes peut parfois avoir des effets pervers et mener à ce qu'un jeune, pourtant en aveu de faits extrêmement graves et qui nécessite la prise d'une mesure d'hébergement, soit remis en liberté, sans toit, sans traitement, sans guidance, sans ressource¹⁷⁴.

Ainsi, les alternatives maintenues par le Code n'étant pas accessibles à l'ensemble des jeunes, la Commission, en quête de solution, s'autorise à penser un système adapté : garder le système sanctionnateur que sont les IPPJ mais pour un temps minime. Le travailleur d'un SRS va dans le même sens, prônant le maintien obligatoire du rappel symbolique à la loi.

*« [...] On n'est pas obligés que ce soit 15 jours [...] : 1^{er} jour, c'est en chambre 24 h... rien que le fait qu'on leur retire leurs fringues, on leur retire leur maquillage, ça c'est déjà une fameuse sanction pour des jeunes. Et, hop, en 24 heures tu es là, et puis tu dois faire un entretien avec la psy ou l'éducateur. Et puis il y a l'équipe d'origine, dans le cadre où elles viennent de chez nous, qui sont là. Et puis tu as 2 activités quand même avec les jeunes pour se mêler au groupe. Et puis on fait le bilan. C'est déjà intéressant. [...] Mais il y a un stop. Le mur symbolique, il vient arrêter. [...] **Il faut l'adapter aussi en fonction des problématiques des jeunes.** Moi, j'ai des souvenirs, j'avais été voir une petite...quand je dis « petite », c'est moins de 14 ans... Elle était*

¹⁷⁴ A. DONNET, « Actualités en matière de protection de la jeunesse : la phase provisoire de la procédure concernant les mineurs suspectés d'avoir commis des faits qualifiés infraction et quelques autres questions ». Actualité en droit de la jeunesse, CUP, Volume 177, novembre 2017, éditions Anthémis, p. 138.

dans un groupe de jeunes filles qui faisaient partie des bandes bruxelloises. Quand on allait la voir, elle était apeurée, elle pleurait, pleurait, pleurait. [...] Ça, c'est clair, ça l'a marquée. Elle n'a plus bougé, la petite. [...] elle s'est fait 15 jours alors que, quelque part, l'expérience du cachot avant d'aller en IPPJ, le passage chez le juge et 2 jours à l'IPPJ, c'était assez. C'était assez. Et elle s'est tapée 15 jours, avec des gonzesses pas piquées des vers, à ce moment-là. Parce que ça dépend aussi des groupes. Et elle n'en a pas dormi des nuits, même en rentrant ici, d'avoir été là-bas. [...] dans l'intensif, sur 4 jours, mais 4 jours efficaces. Parce que c'est bien de dire : « oui, il faut réfléchir » mais c'est l'expérience qui apprend. C'est le vivre. Enfin, moi, je le vis de plus en plus avec ce public-là. On est dans du tangible, on est dans du concret. La pensée, elle vient quand on a toute une partie de sa tête et de son cœur qui va mieux » (Travailleur dans un SRS).

Un juge de la jeunesse interrogé estime qu'il y aurait peut-être lieu de créer l'équivalent d'une défense sociale pour mineurs pour répondre aux besoins de ces jeunes qui sont à mi-chemin entre la santé mentale et la délinquance. Elle constate un manque à ce niveau-là qui justifierait la création d'un dispositif différent, d'un service différent.

« [...] qu'est-ce qu'on attend pour créer, qu'on l'appelle n'importe comment, mais [...] la société ne veut pas accepter cette idée, [...] une sorte d'institut de défense sociale pour jeunes, pour mineurs. Pas pour des gamins de 13-14 ans, mais à partir de 16 ans [...] ou même 15 ans. Mais c'est parce que l'institut de défense sociale, c'est l'horreur quoi, [...] C'est l'internement [...] d'un autre côté la défense sociale majeur [...] ok, c'est l'internement dans les murs, mais il y a aussi les libérations à l'essai, vous voyez ? Il y a tout le suivi qui se fait par des services qui sont appropriés. Donc je ne sais pas, [...] je pense que la société ne veut pas accepter qu'on fasse ça pour les mineurs. [...] Or c'est des jeunes [...] à 18 ans, on va les retrouver en défense sociale [...] » (Juge de la jeunesse).

Dans le même ordre d'idée, une direction d'IPPJ suggère la mise en place d'une aile pour les passages à l'acte résultant d'un trouble, à différencier de l'aile pour la délinquance au sens strict. Le placement d'un jeune dans cette aile marquerait l'arrêt symbolique que les IPPJ apportent. Ils ont dépassé la limite et doivent se conformer à la loi, mais ils nécessitent un cadre adapté à leurs besoins.

« [...] une aile peut-être d'une IPPJ, pas beaucoup de places, peut-être spécifique pour des jeunes délinquants souffrant d'un handicap ou d'une maladie mentale avérée, ça pourrait être intéressant [...] avec du personnel spécialisé et cetera, médical et autres oui. Je pense que ça pourrait avoir du sens [...] » (Direction d'IPPJ).

Si cette idée semble faire son chemin en parallèle de l'absence d'évaluation des unités spécialisées déjà en place, la création, au sein des IPPJ, d'une unité plus spécialisée et adaptée pour des jeunes qui ne peuvent pas vraiment être considérés comme délinquants, mais qui tireraient profit d'un arrêt frontal, d'un stop symbolique, ne risquerait-elle pas de stigmatiser encore davantage les jeunes en proie à des difficultés de santé mentale ?

Section 3. La pierre angulaire du paysage institutionnel

– Immersion dans les travaux parlementaires

Plusieurs personnalités auditionnées par la Commission¹⁷⁵ dans le cadre de l'examen du projet de décret ont vivement décrié le futur article 122, alinéa 2 du Code Jeunesse¹⁷⁶.

Monsieur Hallet, président de l'Union francophone des magistrats de la jeunesse, a qualifié cette disposition de choquante, défendant que si le cas se présentait, le jeune devait pouvoir être placé en IPPJ car il n'y aurait pas forcément de place dans une structure psychiatrique. Il préconisait des places supplémentaires en urgence dans les lits de type FOR K. Il estimait que la Communauté française disposait des outils adéquats pour faire face aux handicaps et aux troubles mentaux, mais qu'elle était confrontée à un manque d'argent :

« Si l'on avait davantage de lits FOR K et la possibilité de placer en urgence dans ces lits, le problème serait toutefois résolu. [...] les IPPJ ne sont certainement pas spécialisés pour accueillir des jeunes qui souffrent de troubles mentaux. C'est la raison pour laquelle on a créé les lits FOR K. Placer ces jeunes en IPPJ n'est donc absolument pas adapté mais il n'existe néanmoins très souvent pas d'autre alternative »¹⁷⁷.

Madame Clarembaux, directrice générale adjointe en matière de délinquance juvénile, s'est également étendue sur la question.

« [...] les IPPJ sont les seules institutions, non seulement dans le secteur de l'aide à la jeunesse, mais dans toute la matière de l'aide aux personnes en Belgique, à être tenues à cette inconditionnalité. Globalement, le personnel des IPPJ a conscience d'assumer une mission de service public et tente de s'accommoder de ces difficultés »¹⁷⁸.

Rappelant l'inadéquation du placement de ces jeunes en IPPJ, l'intervenante a interrogé l'inconditionnalité de l'application de mesures qui impliquent d'autres niveaux de pouvoir, à savoir les régions pour le handicap mental et le fédéral, pour la santé mentale, aux seules IPPJ et s'étonnait que certains dispositifs créés spécifiquement (les UTI ou « For K » qui prennent les jeunes qui cumulent une problématique de délinquance et de santé mentale) ne fassent pas l'objet d'une évaluation publiée, notamment en termes d'adéquation de l'offre à la demande ou de respect des conditions d'admission.

« L'article 122, alinéa 2, du projet de décret doit dès lors constituer un levier permettant à la Fédération Wallonie-Bruxelles d'activer une réelle collaboration de tous les niveaux de pouvoirs concernés pour répondre aux besoins des jeunes concernés. Si l'on a le souci de la bienveillance de ces jeunes, l'échappatoire que constituera l'IPPJ en toutes circonstances et en cas d'absences d'alternatives n'est plus satisfaisante [...] »¹⁷⁹.

¹⁷⁵ Commission de l'Aide à la jeunesse, des Sports, des Maisons de justice et de la Promotion de Bruxelles.

¹⁷⁶ Rapport de Commission - Doc n°467 (2016-2017) — No 3 - <http://archive.pfwb.be/1000000020800be>

¹⁷⁷ *Idem*, p. 39.

¹⁷⁸ *Idem*, p. 57.

¹⁷⁹ *Idem*.

Le ministère public - qui avait également formulé des réserves quant à la restriction d'accès aux IPPJ – estime assez synthétiquement :

« [...] qu'il s'agit bien évidemment d'un choix politique qui doit être posé en connaissance de ses conséquences sur la prise en charge d'un certain nombre de jeunes pour lesquels il est nécessaire que des alternatives soient prévues et disponibles. Ces alternatives dans le domaine du handicap mental et des troubles mentaux apparaissent actuellement insuffisantes. Il est pourtant essentiel qu'en cas de fait qualifié d'infraction d'une gravité telle qu'elle peut justifier un placement en institution publique de protection de la jeunesse, cette mesure puisse être prise en l'absence d'alternative répondant aux besoins du jeune mais aussi aux exigences de la sécurité publique. A moins que la Fédération Wallonie-Bruxelles ait pris des initiatives afin de procurer ces alternatives dans un proche avenir, il paraît inopportun d'inscrire dès à présent dans le Code l'interdiction de prise en charge de ces mineurs en IPPJ. [...] Le ministère public n'a pas connaissance de dispositions prises en vue de garantir la mise à disposition de ces solutions alternatives au placement en IPPJ »¹⁸⁰.

L'avis du Conseil Supérieur de la Justice allait dans le même sens :

« [...] Si l'intention qui préside à cette disposition est louable, force est de constater que les places disponibles dans des établissements appropriés en vue du traitement de ces jeunes, au sens de l'article 122, alinéa 1^{er}, 3^o, ne permettent pas en pratique – sauf si la Communauté française compte prendre des initiatives afin d'ouvrir de telles places à très court terme – de répondre au nombre de cas auxquels l'article 122, alinéa 2, devrait être appliqué, de telle sorte que, à défaut de pouvoir placer les jeunes en question en IPPJ, il est probable que cette disposition conduise en pratique à ce que des auteurs de faits qualifiés d'infractions très graves ne puissent être placés en milieu fermé et soient dès lors laissés en liberté, avec le risque de récidive éventuel. Par ailleurs, il n'est pas toujours clair ou facile de déterminer au début de la procédure si le jeune est ou non atteint d'un handicap mental ou d'un trouble mental. Le CSJ recommande dès lors de ne pas prévoir une règle si stricte tant qu'il n'est pas certain que des alternatives au placement en IPPJ suffisantes existent effectivement »¹⁸¹.

L'amendement n°38 proposait de supprimer purement et simplement l'alinéa 2 de l'article 122 du projet de décret :

« Cet amendement relaye une proposition de l'Union francophone des magistrats de la jeunesse. A défaut, notamment, d'accord de coopération entre les entités fédérales et fédérées à propos de la mise à disposition de place d'urgence en « for K », cette disposition apparaît très dangereuses en ce que des auteurs de FQI graves (viols, meurtres, etc) souffrant de troubles (notion au demeurant trop large) ou de handicap mental ne pourraient faire l'objet d'aucune mesure d'éloignement en IPPJ. Des risques existent que, faute de place, ils ne soient purement et simplement relâchés dans la nature. Le tribunal ne pourrait être en mesure d'assurer une de ses missions : protéger la société. Dans l'attente d'une solution adéquate pour ces jeunes, il convient de supprimer l'interdiction visée à l'alinéa deux »¹⁸².

¹⁸⁰ *Idem*, pp. 31-32.

¹⁸¹ *Idem*, p. 466.

¹⁸² *Idem*, p. 130.

Cet amendement n'a pas été suivi. Par contre, l'amendement n°91 est venu compléter l'article 122, alinéa 2, du projet de décret en exigeant que le handicap ou trouble mental soit établi par un "rapport médical circonstancié" :

« Cet amendement vise à répondre aux préoccupations des magistrats en leur permettant de recourir à l'institution publique en attendant que le diagnostic relatif au handicap mental ou au trouble mental soit établi, s'il ne l'a pas encore été précédemment. Bien entendu, un jeune dont la problématique relève du handicap mental ou de la santé mentale doit bénéficier d'une prise en charge adaptée à ses besoins. Il peut toutefois se justifier que dans l'attente de l'établissement du diagnostic, notamment pour des raisons de sécurité publique, le jeune soit hébergé en institution publique. Il reviendra alors à l'institution publique de fournir le rapport médical circonstancié qui permettra au tribunal d'orienter le jeune vers un établissement spécialisé »¹⁸³.

Dans les cas d'urgence, cas unanimement soulevé comme problématique, les juges peuvent donc toujours placer le jeune en institution publique dans l'attente du diagnostic présupposé relatif au handicap mental ou au trouble mental. Cet amendement crée une soupape temporelle afin que le juge trouve une solution adaptée.

Par contre, si un rapport médical atteste déjà le trouble ou le handicap mental du jeune, le juge reste dans une impasse puisque l'amendement ne prévoit ni limite de péremption, ni critères de récence quant à l'obtention de ce rapport médical circonstancié.

Les mises en garde adressées à la Commission ont-elles été considérées ? Les UTI For-K ont-elles été renforcées pour que l'article 122, alinéa 2 du Code Jeunesse puisse être applicable ? Des alternatives au placement en IPPJ ont-elles vu le jour en suffisance ? Nous sommes au regret de ne pas pouvoir répondre favorablement à ces questions.

– Le rapport du KCE

Pour rappel, dès le lancement du projet pilote en 2003, il avait été annoncé que l'intention, à terme, était de convertir le financement pilote en financement structurel via le budget des moyens financiers (BMF) des hôpitaux psychiatriques. Si les unités For-K ont été créées pour combler le manque de prise en charge adaptée pour les jeunes FQI au sein des services d'Aide à la jeunesse ou de pédopsychiatrie, il existait cependant, déjà à l'époque, un manque de clarté concernant les besoins en lits UTI For-K et les critères d'admission précis. Ce flou n'a fait que s'accroître avec les années, mettant à mal la conclusion d'accords intersectoriels et, dans le même temps, enracinant le projet dans un statut financier précaire.

L'intention de pérenniser les UTI for-K a été réitérée en 2019 par le Ministre de la Santé publique via le groupe de travail intercabinets « Task Force Soins de Santé Mentale ». C'est à cette occasion qu'il a été demandé au Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, dit

¹⁸³ Décret du 18 janvier 2018 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, page 104. http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?eID=tx_nawsecured1&u=0&g=0&hash=bc105849bf867f9a781e3ae7bec707c42f7f3581&file=fileadmin/sites/ajss/upload/ajss_super_editor/DGAJ/Documents/code-AJ02-18_06_19_WEB.pdf

« KCE », de mener une étude sur le contexte, l'offre et l'utilisation des lits For-K, ainsi que les besoins en la matière, afin de préparer le futur financement structurel de ces lits.

Le protocole de recherche a été développé par le KCE en concertation avec le SPF Santé publique et le groupe de travail intercabinet TaskForce Soins de Santé mentale, et sur base d'une collecte d'informations et d'opinions des acteurs du terrain. Des experts externes ont également commenté ce protocole¹⁸⁴.

Une importante conclusion de cette étude est que le travail réalisé en UTI For-K est largement reconnu et apprécié puisque chaque année, environ 300 jeunes y sont admis pour une prise en charge intensive de longue durée (de 6 mois à 1 an). L'offre actuelle répond donc à un besoin évident, et plusieurs signes indiquent qu'elle devrait même être élargie. Toutefois, il est actuellement impossible de déterminer combien de jeunes ont besoin ou pourraient bénéficier d'une admission en For-K, ni quelles pourraient être les alternatives, en raison de nombreuses divergences d'opinions et d'un manque de données objectives.

Pour commencer, le profil des jeunes pouvant être admis en UTI For-K ne fait pas consensus. Initialement, les unités For-K n'étaient accessibles qu'aux jeunes qualifiés de délinquants mais, depuis 2009, certaines UTI accueillent également des jeunes en situation problématique ainsi que des jeunes en situation de crise psychiatrique nécessitant une mise en observation. De plus, chaque UTI For-K recourt à des critères d'inclusion et d'exclusion qui lui sont propres : certaines sont exclusivement ouvertes aux garçons, d'autres aux filles; certaines accordent une priorité aux jeunes de leur région géographique; certaines se spécialisent dans les jeunes avec des troubles graves du comportement, des problèmes d'addiction, etc. Inversement, certaines refusent notamment les jeunes qui présentent des comportements sexuels déviants, des possibilités intellectuelles limitées, ou qui sont jugés incompatibles avec le reste du groupe. Or sans définition claire du groupe cible, il est impossible de déterminer quelle est l'offre de soins nécessaire. Si le rapport du KCE constitue un point de départ pour une description plus claire de ces critères, qui pourra ensuite être approfondie avec les acteurs concernés, il sera néanmoins nécessaire d'identifier des solutions alternatives pour ceux qui se retrouveraient en dehors de ces critères (par exemple pour les jeunes présentant des troubles sévères mais qui ne sont pas judiciairisés).

Les parties prenantes interrogées lors de l'étude ont également tenu à souligner que certaines admissions en For-K pourraient être évitées si les problèmes étaient identifiés et pris en charge à un stade plus précoce, qu'ils soient repérés dans l'enseignement, ou grâce à d'autres organismes avec lesquels le jeune entre en contact au fil de sa vie. Par ailleurs, le passage d'un jeune par une unité For-K s'inscrit dans une continuité; il ne peut s'évaluer indépendamment de son parcours préalable et ultérieur. Malgré les efforts des autorités compétentes, les places d'accueil en (pédo)psychiatrie et dans l'Aide à la jeunesse sont cependant en pénurie. Pour utiliser de façon la plus efficiente possible l'investissement que constitue l'offre For-K, il est

¹⁸⁴ Les conclusions de la recherche exposées ci-après correspondent quasiment mot pour mot au résumé proposé par le KCE sur son site internet : <https://kce.fgov.be/fr/unit%C3%A9s-de-traitement-intensif-des-jeunes-judiciaris%C3%A9s-avec-des-probl%C3%A8mes-psychiatriques-vers-un>

donc absolument nécessaire d'améliorer la prévention en amont, mais aussi d'optimiser la prise en charge après la sortie.

Ainsi, les analyses des chercheurs ont montré qu'étant donné la complexité des problèmes rencontrés par les jeunes, de nombreuses instances sont impliquées en amont ou en aval d'une hospitalisation For-K. Ce sont notamment les secteurs de l'éducation, l'Aide à la jeunesse, les soins de santé (mentale), l'aide sociale, les assuétudes, les soins aux personnes en situation de handicap, la protection de la jeunesse, la police et la justice. Certains de ces secteurs sont gérés au niveau fédéral, d'autres au niveau des Régions ou des Communautés. Et au sein même de chaque niveau de pouvoir, différents ministères et départements sont concernés. En outre, tous ces services peuvent avoir une organisation géographique différente au niveau régional, provincial voire à un niveau plus local. La législation peut également varier selon les régions.

Un autre problème est qu'il est très délicat de diagnostiquer un problème psychiatrique sévère chez un jeune et que les juges de la jeunesse ne sont pas des experts en pédopsychiatrie. Le diagnostic psychiatrique est pourtant un critère d'admission requis. Les juges de la jeunesse sont donc tributaires d'une évaluation par un pédopsychiatre. La réalisation de cette expertise dans un délai raisonnable est doublement aléatoire : elle dépend de la disponibilité des experts (limitée en raison de la pénurie dans le secteur) et de la qualité de leur rapport (dont les éléments ne sont pas standardisés). Il semble en outre exister une zone de tension entre les besoins des juges de la jeunesse, qui doivent trouver une place en urgence pour un jeune en difficulté, et les psychiatres, qui mettent en avant la nécessité de se baser uniquement sur les besoins du jeune en matière de soins. Il serait donc nécessaire de pouvoir disposer de procédures plus systématiques pour ces évaluations.

À ce sujet, nous citerons un passage du rapport KCE qui fait état d'un consensus limpide (parmi les multiples désaccords) quant à l'embarras de nos juges de la jeunesse sur les provinces de Namur et du Luxembourg : *« Ce qui est également frappant concernant l'organisation actuelle de l'offre des UTI, c'est le fait qu'elles soient distribuées sur la base d'une division judiciaire du territoire belge, selon les cinq cours d'appel, et non sur la base des Communautés ou des provinces. Il y a au moins une UTI For-K par Cour d'appel, mais dans 3 provinces, les UTI For-K sont absentes, ce qui signifie que les juges de la jeunesse et les jeunes de ces provinces doivent nécessairement se tourner vers des UTI For-K plus éloignées, et que les réseaux provinciaux de soins de santé mentale pour les enfants et adolescents (SSMEA) ne savent pas faire appel à l'expertise d'UTI For-K situées à proximité. Dans les groupes de discussion, cette répartition géographique inégale a été perçue comme un problème et la présence d'au moins une UTI For-K par réseau SSMEA a été suggérée »*¹⁸⁵.

Enfin, les chercheurs du KCE confirment que le financement actuel des UTI For-K est insuffisant pour couvrir leurs coûts réels et que leur statut de projet pilote les empêche notamment d'accéder à certaines dépenses qui seraient possibles avec un financement structurel (telles que l'investissement dans de nouvelles infrastructures). Pour préserver le travail des équipes en place, il est donc grand temps que ces unités puissent compter sur un financement structurel. L'étude propose quelques pistes en ce sens, notamment la création d'un (nouvel)

¹⁸⁵ Page 321 du rapport KCE.

index de lit spécifique. Il serait également nécessaire de préciser les normes d'agrément, notamment le nombre, le type et les qualifications du personnel nécessaire.

En définitive, les mises en garde formulées par les acteurs de terrain lorsque l'article 122, alinéa 2 du Code a été pensé ont été ignorées puisque le renforcement des UTI for-K n'est toujours pas arrivé. Cette nouvelle disposition dont la vocation était de protéger une catégorie de jeunes particulièrement vulnérables au regard du double volet de leurs difficultés, reste donc inapplicable en l'état et s'avère même, au regard des témoignages recueillis dans le cadre de cette recherche-action, paradoxalement maltraitante, pour les jeunes comme pour les professionnels. Donnons maintenant la parole aux jeunes et aux professionnels rencontrés, dont la voix fait écho aux conclusions des chercheurs du KCE.

Chapitre 2. Un grand bal échevelé

En fin de compte, que les services soient utilisés adéquatement ou non, que des budgets soient octroyés ou non, que le travail accompli soit reconnu ou non, le système institutionnel doit fonctionner, des solutions doivent être trouvées, parce que le mal-être des jeunes n'attend pas que les offres de soin soient efficaces pour se manifester.

Les secteurs de l'aide à la jeunesse et de la santé mentale doivent dès lors se débrouiller avec les moyens du bord, puiser dans leurs ressources, faire preuve d'imagination, déployer toujours plus d'énergie et apporter aux jeunes des réponses pas toujours satisfaisantes.

Au risque de se répéter, prendre soin de la santé mentale des jeunes ne commence-t-il pas par prendre soin des professionnels sur qui ils peuvent s'appuyer ?

Section 1. Un sentiment de solitude sectorialisé

– La chaise musicale infernale

Les professionnels interrogés sont unanimes : tant que les UTI for-K ne reverront pas leur façon de fonctionner de façon à exploiter pleinement leur spécificité structurelle permettant une prise en charge thérapeutique mais néanmoins musclée, les autres services relevant de la psychiatrie mais aussi de l'aide à la jeunesse seront eux-mêmes amenés à dévier de leur fonctionnalité première pour pallier à ce dysfonctionnement initial.

« [...] il faut des préadmissions, et alors ça prend du temps, et alors leurs critères sont quand même très... pfff ce n'est pas évident. [...] le côté trouble psychiatrique n'est pas assez, ce critère-là n'est pas assez respecté. Ils accueillent selon moi des jeunes qui pourraient aller ailleurs. [...] Et alors ça bloque des places et il y a des jeunes qui restent parfois plus de 6 mois. [...] quand ils ont des problématiques trop lourdes, ils n'en veulent pas [...] Et en même temps, quand c'est des problématiques pour, qui pour moi ne sont pas assez lourdes, ils prennent parfois. [...] Alors c'est compliqué quoi finalement. [...] c'est eux qui dirigent tout. Mais je comprends l'idée parce qu'il y a cette histoire de dynamique de groupe, donc ils tolèrent parfois parce que ça va dans la dynamique mais parfois ça ne va pas dans la dynamique, et donc là c'est nient quoi » (Juge de la jeunesse).

La recherche d'une « place » disponible pour les jeunes à double casquette ressemble, à la lumière des témoignages recueillis, à un parcours du combattant.

« [...] le docteur, là, des X (UTI) [...] il renvoie souvent vers les services de première ligne, style Y (équipe mobile) et cetera quoi, vous voyez ? Mais les services sont surchargés quoi, c'est ça le problème quoi, moi je pense qu'on manque de structures, mais en même temps [...] les structures ne sont pas toujours bien occupées quoi, c'est ça le problème » (Juge de la jeunesse).

« [...] comme toujours, [...] la question du réseau et des places, des places dans les hôpitaux, des places en IPPJ, des places un peu partout, c'est un problème. Et donc vous aurez parfois des jeunes [...] qui bénéficieraient peut-être plus d'un encadrement dans un service for k, qui vont se retrouver peut-être en IPPJ en fait. Et en même temps, en IPPJ, vous me direz "ben là il y a des psychiatres aussi". Mais je pense que l'IPPJ est beaucoup plus axée sur les limites et le travail autour des limites. Tandis que le service for k c'est malgré tout un service psychiatrique, donc de soins avec des médecins et avec une prise en charge médicamenteuse [...] » (Pédopsychiatre en centre de santé mentale et en hôpital).

À la surcharge des secteurs de l'aide à la jeunesse et de la santé mentale s'ajoutent les exigences internes propres à chaque structure hospitalière de type psychiatrique. En raison de leur violence, des faits qu'ils ont commis, ou de leur non-inscription dans une démarche de soins, des jeunes sont fréquemment refusés par ces structures. Les questions de sécurité et de mise en danger potentielle des autres usagers sont fréquemment invoquées. En effet, ces hôpitaux et services sont libres de refuser les patients qui ne rentrent pas dans leurs conditions d'admission ou dans leur cadre de travail.

« Il y a certaines situations où le jeune est violent, on n'arrive pas à mettre du sens là-dessus, et en même temps il ne veut pas être à l'hôpital. Parfois, on clôture des séjours pour cette raison-là. Ça paraît paradoxal vu que c'est le motif pour lequel il vient à l'hôpital, et on l'exclut pour ce motif-là. On n'a pas de réponse toute faite pour sortir du paradoxe. L'idée c'est que notre service n'est pas en tous cas destiné à ces pratiques-là et on oriente plutôt vers d'autres services plus costauds, plus structurés, que ce soit des services de mise en observation ou alors d'autres services avec plus d'encadrement, des services cadres, vraiment la pédopsy avec l'encadrement plus important. Que ce soit sur Bruxelles, Titeca, Aréa+, le CTHA où, là, ils ont plus d'encadrement. Nous, on est un service qui est normé pour adultes donc ça veut dire qu'il y a une dizaine équivalents temps pleins soignants pour les 20 jeunes, à horaire à pause, matin et soir, la nuit c'est une autre équipe qui s'en occupe. Un index K, c'est 1 à 2 adultes par jeune. Nous, c'est plutôt 1 adulte pour 2 jeunes, on a une inversion des normes à ce niveau-là. [...] Quand je dis « secteur plus musclé », c'est pour des services qui sont mieux encadrés, plus étoffés en matière de personnel, et qui ont d'autres dispositifs et d'autres projets cliniques aussi. On reste quand même dans l'option du soin. Parfois, l'idée c'est aussi de renvoyer à l'aide à la jeunesse que le jeune aurait plutôt sa place en IPPJ qu'à l'hôpital. Parfois, ça arrive quand même, des jeunes qui ont besoin d'un cadre extrêmement clair et strict, qui ne sont pas dans un besoin en termes de soin en santé mentale dans le sens où il faut d'abord des choses rigides qui s'imposent autour d'eux et qui vont les reconstituer. Pour certains jeunes, c'est vraiment édifiant » (Travailleur social dans une unité pédopsychiatrique d'un centre neuropsychiatrique).

De plus, ces services imposent un ou plusieurs entretien(s) de préadmission, ce qui ne permet pas une hospitalisation dans l'urgence.

« Quand les gens viennent d'eux-mêmes ou si les parents téléphonent et demandent une hospitalisation, on va faire une préadmission pour expliquer notre cadre et que les gens sachent si oui ou non ils veulent ça. Ils s'attendent parfois à tellement de concret, donc c'est important qu'on rencontre le jeune, qu'il donne son avis. [...] On demande 'qui demande quoi ?' et 'qui est d'accord avec quoi et qui ne l'est pas ?'. On demande les avis, un peu de tout le monde, et puis on dit si on pense que ça peut être possible ou pas pour nous » (Pédopsychiatre dans la clinique pour enfants et adolescents d'une institution de soins spécialisée en psychiatrie et en santé mentale).

« C'est ça aussi le problème, [...] tous les services de pédopsychiatrie en général, c'est préadmission » (Juge de la jeunesse).

Les conditions d'accès au Soin imposées par les services hospitaliers (pédo)psychiatriques sont souvent très critiquées par le Secteur AJ, qui les juge trop restrictives. Ce dernier - tous professionnels confondus - dénonce les pratiques de ces services, qui n'hésitent pas à mettre les jeunes dehors à la moindre occasion.

« [...] ça donne des sentiments parfois plus quand l'équipe est face à un jeune où c'est plus hard et plus dur, qu'on a moins de moyens qu'une structure hospitalière et autre, et qu'on va le faire sortir en 10 jours là-bas et qu'ici pendant des mois qu'on a mordu sur notre chique entre guillemets pour maintenir le lien parce que le lien avec les jeunes qui ont des troubles de l'attachement, c'est important et ça a du sens, et puis ça part en fumée comme ça, et ça peut être déroutant parfois » (Psychologue dans un SRS).

« J'avais une jeune [...] troubles de santé mentale, [...] parcours de viol incestueux, bon enfin, du costaud. On ne trouve pas de solution à la fin de notre placement, donc elle retourne chez sa mère, on sait que ça va être bancal, ce qui nous laissait le temps de trouver autre chose entre-temps. Elle se fait mettre à la porte dans les 3 jours. On doit la conduire - parce qu'elle ne pouvait plus remettre les pieds chez nous à 18 ans - [...] dans des abris de nuit et je me dis : « mais je ne la laisserai jamais là-dedans ». Puis, finalement, avec l'aide sociale de la ville de (ville), on lui débloque de l'argent, j'avais mis en place une administratrice de biens qui dit « ok dans un hôtel Formule 1 pour quelques nuits ». Mais bref. En gros, elle va boire, elle se fait violer, là elle redemande pour une hospitalisation en pavillon adulte, on attend rendez-vous aux X (nom du service). [...] Tous les jours, ça changeait, quoi. Il y avait des démarches, on refusait : « non, on veut maintenir notre cadre, elle rentrera à cette date-là, elle rentrera à cette date-là ». Tous les 2 jours, mon collègue me disait : « il lui est arrivé quelque chose ». Et puis, elle va dans l'unité pour adulte, on se dit ok. C'était le 15 août, à Liège, il y avait une petite fête évidemment dans le coin. Elle a l'autorisation de sortie, elle va boire un verre, elle rentre : « Mademoiselle, vous avez bu de l'alcool ». On la vire. Ok...et là, nous avons nos jeunes qui étaient en camp, et on a dit : « tant pis Tous les 2 » et on l'a fait venir dormir ici. [...] allez, introduire des demandes pour que les jeunes puissent être aidés par rapport à leur consommation mais dès qu'on consomme, on est renvoyé. Cherchez l'erreur, quoi. Oui, ils sont là pour ça ! [...] Je pense que leur cadre, un cadre rigide, il est intéressant mais quand c'est accessible. Quand on a des jeunes qui sont dans la conso, les murs permettent quelque part de

maintenir, de contenir, mais ce n'est pas pour autant que leur problématique et leur envie de consommer n'est pas là. Donc je pense que justement ça se travaille : « Tu as consommé, qu'est-ce qui a provoqué ça ? Dans quelle réaction tu te sens ? ». On travaille justement dans la réalité-même du jeune. Et pas juste s'en tenir à : « vous avez consommé, c'est le règlement, vous sortez ». Qu'est-ce que ça leur apporte ? Ils n'y retourneront plus jamais, hein. [...] Alors, on a besoin d'un cadre et on travaille la consommation. [...] On sait qu'elles vont reconsumer. On travaille justement la réalité, et c'est aussi...c'est de ne pas laisser les choses tabous, c'est la question du risque aussi, la diminution du risque. On demande souvent : "tu dois rentrer, tu dois revenir pour continuer à être en dialogue avec l'adulte", "comment tu gères ton cocktail médicaments & consommation ?". Nous, on est avec le Centre antipoison à tout bout de champ. Et ça, je peux le dire, ça crée de réelles angoisses chez les éducateurs. Quelle responsabilité ils ont ! [...] c'est bien de bricoler et de s'adapter mais la responsabilité, elle n'est pas répartie. C'est comme on dit, c'est l'aide à la jeunesse qui endosse » (Travailleur dans un SRS).

« J'ai une gamine [...] elle a été plusieurs fois en mise en observation [...]. Déjà qu'on jouait un peu pour qu'elle puisse vraiment se poser et cetera. Puis finalement ben on s'est dit : 'Non on va faire une demande d'admission au X (UTI) ou au Y (UTI). Ok, elle passe les épreuves et puis elle y va, puis bon elle pète tout là-bas, ben ils ne l'ont plus voulue. [...] mais là, à Z (SRS), ils la prennent quoi enfin. [...] Et il y en a beaucoup des cas comme ça. [...] J'ai eu un gars [...] c'était pour une tentative d'empoisonnement de sa maman. Bon le gars, bon quand tu parles un peu après, tu te rends compte qu'il a des gros problèmes psy, donc il avait vraiment bien sa place au X (UTI). D'ailleurs la Juge [...] l'y avait mis et puis une fois c'était moi pendant les vacances et puis catastrophe, ils ne le voulaient plus [...]. Du jour au lendemain, fini parce qu'il avait ramené un joint, mais je dis oui mais ce gamin, moi j'ai dû le mettre en IPPJ, [...] il n'a pas sa place en IPPJ quoi. [...] Monsieur R et Madame C (éducateurs à Z, SRS), ils [...] font un rôle d'infirmier, de psychologue, de psychiatre [...] c'est du costaud quoi » (Juge de la jeunesse).

Surtout que lorsqu'une place se libère ou qu'une piste d'admission se dégage, ce n'est pas encore gagné puisque les admissions dans les structures hospitalières dépendent du bon-vouloir des jeunes, outre celui des professionnels. À des kilomètres de considérer la réalité des listes d'attentes et de la chance de pouvoir bénéficier d'une admission, certains jeunes vont laisser exploser leur impulsivité et, en un claquement de doigt, faire voler leur (possible) hospitalisation en éclats. Hélène laisse transparaître cette désinvolture.

« Les filles de l'IPPJ disent que la bouffe était meilleure à l'IPPJ, plus qu'ici (UTI For-K), les éducateurs sont plus sympas à l'IPPJ qu'ici, c'est mieux à l'IPPJ qu'ici. Je me dis « putain, je vais me taper une fugue et on va m'envoyer à l'IPPJ, je m'amuserai mieux là-bas quoi ». Ça donne limite presque envie d'aller à l'IPPJ, vraiment » (Hélène).

« [...] l'accès aux soins c'est quand même pénible : il faut un, deux, trois entretiens puis une réflexion d'équipe et puis on voit, il y a plus de critères malgré tout. Je veux dire, au final, c'est très facile pour un jeune de faire merder un entretien d'accueil donc voilà. [...] les jeunes ont vite capté ça, donc il suffit de se présenter sous un jour bof bof, dire une ou deux conneries, ça va être un critère d'exclusion, c'est vrai que ça reste malgré tout un peu embêtant. [...] Sache qu'il faut deux mois pour avoir un premier rendez-vous. [...] il y a ce timing qui n'est pas toujours en lien avec la réalité, si une jeune ne va pas bien maintenant, on va attendre deux ou trois

mois. [...] il y a parfois un faible taux de tolérance [...], autant c'est compliqué d'entrer, autant c'est facile de sortir. [...] et puis surtout c'est le répondeur, c'est vrai que dans un temps T, le jeune peut en avoir besoin, puis plus besoin, et puis à nouveau besoin, mais alors du coup il faut presque recommencer au début, alors que c'est tout suite qu'on a besoin, l'accessibilité est quand même un grand souci je trouve » (Membre de direction d'un SRS).

« [...] en fait moi je n'impose rien à part un placement en IPPJ. Même un placement au X ou chez Y (deux UTI), je vais faire une belle petite ordonnance quand ils m'auront dit : 'Ça va, ok préadmission, le jeune est ok, [...] on peut y aller'. Moi je fais mon ordonnance, je reçois tout le monde, voilà 'allez bonne chance', mais en fait moi je n'ai rien décidé [...] parce que si le jeune, il ne va pas au rendez-vous ou si la structure hospitalière [...] (UTI) dit : 'Écoute, il ne rentre pas dans notre truc', je ne peux rien lui imposer [...]. Moi je vais dire au jeune : 'Écoute, c'est vraiment une belle opportunité, je te conseille d'y aller et même je vais te l'imposer' même si je sais qu'en fait je vais te l'imposer mais que s'il sort, il sort [...] » (Juge de la jeunesse).

Face à cette pénurie de places généralisée dans le paysage institutionnel, les IPPJ sont parfois amenées à composer, malgré elles, avec des jeunes qui gagneraient à être placés ailleurs. En effet, selon plusieurs professionnels sondés, le fonctionnement des IPPJ est inflexible et inadapté, et donc dans le même temps inadapté, pour les jeunes nécessitant un recadrage mais dont les besoins thérapeutiques justifieraient un assouplissement du cadre.

« On a des règles où on doit être, normalement, ben les appliquer pour tout le monde, mais alors quand on a un jeune de ce type ben on doit adapter notre fonctionnement pour lui, mais pas, les autres le voient et donc ça crée parfois des tensions. [...] quand il arrive ici, il arrive dans un cadre, ce n'est pas du tout la même chose que d'où il vient et parfois le choc est difficile. Donc il y a des mesures d'isolement qui doivent parfois être prises pour lui, pour le temps qu'il se calme, qu'il comprenne où il est et cetera. Il y a aussi une médication beaucoup plus forte qui est donnée. Le jeune, c'est un exemple, est arrivé ici, mais il fallait lui donner des injections retard donc tous, toutes les deux semaines, il reçoit une piqûre de notre service médical pour... Alors des Temesta, parfois il en a plusieurs par jour donc c'est... Voilà. Est-ce qu'on est adapté nous IPPJ pour prendre en charge ce type de jeunes qui ont une médication conséquente ? Ok on a un service médical et cetera, mais ce n'est pas non plus nous les jeunes qu'on a l'habitude d'avoir. [...] les infirmières c'est lundi au vendredi. Le week-end, elles ne sont pas là. [...] Mais il y a un jeune le week-end, comme il s'est passé, ben ce jeune-là qui explose ou quoi et qui a besoin justement d'une, d'être calmer par une médication. Ben qu'est-ce qu'on fait ? » (Direction d'IPPJ).

« [...] le problème d'une IPPJ, [...] le règlement il est strict et le règlement il doit être respecté par tout le monde donc ils ont très difficile dans les IPPJ, ça j'ai compris, de dire à un jeune : "Ok toi tu as peut-être des difficultés, on va adapter". Ils ne peuvent pas, [...], ce que par contre ils peuvent faire dans des structures telles que les M et K (deux UTI) » (Juge de la jeunesse)

– L'incontournable ping-pong institutionnel

Au regard des témoignages des professionnels, il semblerait que l'article 122, alinéa 2 crée les conditions parfaites pour institutionnaliser le renvoi de balle entre les services de santé mentale et le secteur de l'aide à la jeunesse.

« [...] l'IPPJ dit : "Nous, [...] on ne peut pas faire du sur-mesure, on a un cadre à respecter et il y a une structure à respecter". Et les hôpitaux disent : "On n'a pas le personnel pour faire face à la violence". Mais je trouve que, quand même parfois, ils utilisent un peu le règlement comme ils veulent [...] » (Juge de la jeunesse).

Dans certains cas, la balle est lancée au départ du secteur de l'aide à la jeunesse vers un service relevant de la santé mentale qui ne peut la renvoyer.

« Je pense qu'on vient d'institutionnaliser le renvoi de balle. On vient de créer les conditions parfaites pour que le renvoi de balle devienne la norme « ah, il a ça, pas chez nous ». La prochaine étape, c'est la ministre de la santé, enfin celle-ci ou la prochaine, qui va elle aussi pondre un règlement en disant "telle problématique n'a plus sa place en hôpital". Je ne pense pas que ça arrivera parce que l'hôpital reste un lieu..., garde aussi une fonction hospitalière, dans le sens "lieu d'accueil un peu inconditionnel", il y a quand même ça qui est encore présent. Mais en tout cas cette norme, pour moi, oublie complètement que pour certains jeunes, ça reste nécessaire. Ça protège sans doute une majorité de jeunes qui se retrouvent sans doute en IPPJ alors qu'ils ne devaient pas y être, donc c'est sans doute une bonne chose par rapport aux jeunes mais le contrepied, c'est que ça institutionnalise le renvoi de balle » (Travailleur social dans une unité pédopsychiatrique d'un centre neuropsychiatrique).

« On a beaucoup d'orientations qui nous viennent d'institutions, de services d'aide à la jeunesse ou des tribunaux etc., et après c'est difficile, pour nous, de réorienter des jeunes dans un autre parcours. Sortir de l'hôpital psychiatrique, c'est pas facile. Quand on a une famille et tout ce qui faut avec, c'est moins compliqué, mais pour peu qu'on ait une situation familiale et/ou sociale difficile, nous, on se retrouve avec beaucoup de difficultés à réorienter les jeunes.[...] Quand on ne sait pas renvoyer les jeunes chez eux, à la maison, et qu'on a besoin d'une institution, on se retrouve avec des institutions et/ou des services d'aide à la jeunesse et/ou des SPJ qui ont peur de la psychiatrie, et donc réorienter un jeune à l'extérieur, même s'il va mieux, même si on garantit qu'on peut reprendre le jeune après et travailler en collaboration, on se retrouve avec des délais d'attente de plusieurs mois; c'est pas en quelques semaines, c'est des mois et des mois d'attente pour trouver une institution qui veut bien collaborer avec la psychiatrie. [...] En général, il (le jeune) se retrouve à faire un passage par un service d'urgence ou quelque chose comme ça, avant d'arriver chez nous et souvent il n'y a plus de réseau parce que le service dit : "stop". Ça arrive aussi qu'on travaille avec des institutions, qu'on négocie le fait que le jeune retournera là-bas après, et puis une fois à l'hôpital, le service ne le reprend plus. Même des services d'aide à la jeunesse ou des SPJ nous disent qu'une fois qu'il est chez nous, on doit se débrouiller et c'est la galère. [...] Moi il me semble que l'hôpital devrait être vraiment un partenaire de quelque chose à l'extérieur pour que, justement, il puisse y avoir des allers et retours mais on est beaucoup trop souvent le centre et l'endroit où le jeune finit par se déposer pendant je ne sais pas combien de temps, parce qu'il faut construire des trucs autour et que ça c'est super compliqué » (Pédopsychiatre dans la clinique pour enfants et adolescents d'une institution de soins spécialisée en psychiatrie et en santé mentale).

« [...] Du coup je me suis retrouvée à X (ville de l'UTI), troisième fois, sans papiers, sans tuteur, sans domicile et sans assurance. [...] Je n'avais pas plus de papier, je n'avais plus de carte d'identité, je n'avais rien. [...] Ce qui s'est passé, j'ai vécu neuf mois dans cet hôpital, c'était ma maison sur le plan judiciaire, je n'avais pas de domicile et rien n'a avancé depuis neuf mois

puisqu'on ne peut pas être domicilié à l'hôpital, donc pas de domicile, pas de papiers, pas de papiers, pas d'école, il n'y avait rien, il n'y avait aucun revenu. Donc pendant neuf mois tout ce qui était tabac et vêtements, et tous les bordels, c'est des choses que moi je n'avais pas, je devais piocher sur mon épargne, je devais aller prendre toutes mes économies en fait au niveau du SPJ. Le SPJ ne s'est pas bougé pendant neuf mois, elle n'en avait rien à foutre, c'est l'assistante sociale de l'hôpital qui a quand même fini par se dire elle n'a rien à foutre là qui m'a dit : on va trouver autre chose du coup je suis arrivée ici (SRS) » (Hélène, 16 ans).

Dans d'autres cas, la balle de ping-pong est restée coincée au niveau de l'aide à la jeunesse, et peine à rebondir dans un service thérapeutique.

« [...] on n'aime pas trop sentir qu'on est contraint par les SPJ, les directeurs et autres juges de la jeunesse, on n'aime pas trop ça. C'est sans doute un peu notre seule marge de manœuvre face à eux. Nous, en tous cas, on peut leur dire non, le jeune ne peut pas et les services d'aide à la jeunesse peuvent difficilement dire non aussi. On est bien conscients qu'on est en position de force et qu'on peut dire non. On essaie d'assumer la responsabilité de cette force en essayant d'ouvrir au maximum, d'être dans le compromis, d'ouvrir des possibilités et on essaie toujours de se décaler de cette injonction. Ça c'est important. Et on essaie aussi d'expliquer au service d'aide à la jeunesse, pour éviter les clivages entre "vous, vous pouvez dire non" et "nous, on ne peut pas » (Travailleur social dans une unité pédopsychiatrique d'un centre neuropsychiatrique)".

« Une jeune a été envoyée par un service hospitalier pour adultes - car il ne s'en sortait pas avec cette patiente-là - qui a demandé l'aide du SPJ puisqu'elle dépend du SPJ mais ce dernier nous a répondu qu'il ne savait rien faire et que l'on devait demander une mesure de mise en observation. [...] Le jeune arrive donc ici avec une mesure de mise en observation. On prend le temps de, cliniquement, vérifier ce qu'on croit être une mauvaise mise en observation, on prend le temps d'analyser la situation et on se dit parfois que pouvoir voir le juge, être reçu en audience à propos de la mise en observation, ce serait utile pour le jeune [...]. Pour l'exemple de la jeune fille, c'est ce qu'on a fait; on a attendu l'audience avec le juge pour discuter avec cette personne, pour essayer de trouver des solutions. Le juge a décidé une mesure de mise en observation contre avis médical. [...] Plus on a des situations où l'on se rend compte qu'on ne peut pas collaborer, plus on va être dans des situations où on n'attendra pas le juge. On lèvera la mesure et on dira au SPJ de se débrouiller. Mais on n'a pas envie de travailler comme cela, on ne veut pas jouer au ping-pong avec les patients » (Pédopsychiatre dans la clinique pour enfants et adolescents d'une institution de soins spécialisée en psychiatrie et en santé mentale).

Ce sentiment de solitude partagé par les secteurs de la jeunesse et de la santé mentale amène chaque acteur à bricoler et à sortir de son cadre pour fonctionner. Parfois, ce bricolage peut s'opérer dans un contexte d'entraide et de collaboration entre les deux secteurs.

« C'est déjà arrivé qu'on garde le jeune dans le cadre quand même d'un projet de placement, où là en collaboration avec les services d'aide à la jeunesse, on maintient le séjour le temps qu'une place se libère en institution parce qu'on se doute bien que soit il n'y a pas de réponse si le jeune devait rentrer en famille, il n'y a personne qui va l'accueillir, soit il y a des gens qui vont l'accueillir mais ça va être pire que mieux. On a déjà eu quelques séjours comme ça. 4 je pense sur 4 ans de travail, où le jeune est resté au-delà des 6 semaines, le temps qu'on trouve une place quelque part. Là, on sort complètement de notre cadre, on est dans tout autre chose

mais en même temps il n'y avait que ça qui était possible à ce moment-là. On ne se voyait pas laisser le jeune dans le néant, dans la violence ou dans la maltraitance, parce que c'était le cadre des 4 semaines, des 8 semaines. [...] On questionne toujours le sens des sorties du cadre. Là, en l'occurrence, pour les 4 dont je parlais, le sens c'était de les sauver. On ne pouvait pas les renvoyer à la maison comme ça. Pour certains, il n'y avait pas de maison, il n'y avait personne qui allait les accueillir, c'était la rue. On ne pouvait pas non plus faire ça. Parfois, on se sent tenu de sortir du cadre, parfois ça se négocie, parfois c'est logique et parfois ça a du sens de proposer une alternative au cadre clair et précis qu'on met en place d'habitude » (Travailleur social dans une unité pédopsychiatrique d'un centre neuropsychiatrique).

« [...] le docteur (pédopsychiatre), si elle se dit : 'Oh là, là, Madame (Juge de la jeunesse) ou le parquet de M, d'office on va avoir des mises en observation et puis on va les avoir sur les bras et pfff...', alors elle va dire 'c'est stop'. Ben non, comme elle sait [...] qu'avec l'aide à la jeunesse [...] on reprend le relais tout de suite, que le service qui était présent reste bien présent, elle dit : 'Ok je sais que c'est pour un temps limité, c'est pas un môme qui va rester à l'hôpital, je suis d'accord parce que voilà c'est un trouble adolescentaire ou c'est peut-être un trouble de l'attachement exacerbé et donc ça vaut la peine, il est en crise' » (Juge de la jeunesse).

– Des magistrats au pied du mur

Dans l'état actuel des choses, que peut faire le juge si le recours aux UTI For-K est inopérant et qu'aucun établissement hospitalier n'accepte le jeune en raison de sa violence, de son non-respect du cadre ou de ses mises en danger ?

« [...] en urgence, là je rejoins mes collègues [...] imaginons quelqu'un qui a des gros troubles, pas des troubles de l'attachement, vraiment un gros trouble mental, qui tue quelqu'un. Il faut quand même pouvoir l'écarter entre guillemets pour protéger la société et c'est là où les Juges, les autres Juges stressent en disant : 'Oui mais et on va faire quoi ?' [...] en urgence ils (les lits for K) n'acceptent pas, c'est ça le problème. [...] il y a parfois des délais de 15 jours quoi, maintenant je vous avoue que moi je n'ai jamais eu un jeune qui a tué quelqu'un quoi mais... » (Juge de la jeunesse).

La première piste de solution qui s'offre à lui, surtout dans l'urgence, c'est la mise en observation. Cette procédure requiert, en théorie, l'existence d'une maladie mentale. Cependant, dans bon nombre de situations, la réalité de terrain force les professionnels à s'écartier de cette condition stricte.

« [...] si c'est vraiment un gros problème de santé mentale, là je vais dire que le Juge de la jeunesse il est démuné parce que qu'est-ce que j'ai comme structure ? Si c'est en urgence, à part la loi sur les malades mentaux, mais ça, ce n'est pas moi qui peux l'actionner, c'est le procureur qui l'actionne. Alors c'est vrai que ça m'est déjà arrivé de lui en parler en urgence ou [...] j'ai déjà téléphoné au médecin traitant de la famille ou de la maman en disant : 'Écoutez, voilà ce qui se passe'. Parce qu'il faut un certificat médical, vous voyez ? » (Direction d'IPPJ).

« [...] la mise en observation est la seule possibilité de retirer ce môme et de le mettre en milieu hospitalier en urgence [...] dans certain cas c'est ce qu'on fait, on ne devrait pas le faire mais..., parce qu'il n'y a pas de structure en urgence, c'est ça. [...] heureusement qu'il y a la mise en observation et qu'on tire un peu parce que sinon dans des périodes de crises, moi je me mets à

la place de la famille, des institutions : tu as un jeune qui est venu, qui a voulu se jeter par la fenêtre d'une petite institution, il écrit qu'il veut se tuer... » (Juge de la jeunesse).

Il semblerait donc que la mise en observation constitue une réponse couramment (plus qu'avant ?) utilisée dans l'urgence, lorsqu'aucune autre alternative n'est trouvée pour le jeune qui se met en danger. Si cette mesure contraignante, trop souvent utilisée en dehors des balises légales strictes, apporte aux juges une réponse "accessible et acceptable faute de mieux", qu'en est-il de l'impact qu'elle peut avoir sur les jeunes qui sont amenés à la subir ? Quelle est l'étiquette qu'un jeune de 13 ans va recevoir après avoir été mis en observation et comment va-t-il l'assumer ?

« Il y a beaucoup trop de mises en observation, moi quand j'étais au parquet (une quinzaine d'années plus tôt), un jeune, un ado c'était peut-être une fois tous les deux ans sur M (division d'un arrondissement judiciaire). Maintenant [...] à mon avis je suis déjà à [...] 15 ou 20 mises en observation sur un an, c'est énorme. [...] de plus en plus jeune les tentatives de suicide. [...] Scarification et tentative de suicide, du style : "J'ai voulu me jeter par la fenêtre" ou "je me suis trouvé sous les rails du train" ou "je suis rentré une fois de l'école, j'ai 11 ans, j'ai tout péti dans la maison, mais tout, tout, tout". [...] Les policiers sont de plus en plus confrontés à ça, des gamins ou des gaminettes [...] qui pètent les plombs, mais à l'âge de 11-12 ans, quelque chose d'une violence incroyable quoi. [...] Le problème c'est qu'on ne sait pas si c'est une crise ou si c'est un début [...] de trouble mental qui déborde. Et donc, en général, [...] la psychiatre sauf si vraiment elle a trop, trop, dans son service, elle se donne quand même le temps quoi. Parce qu'elle dit : "c'est compliqué, moi je ne suis pas non plus devin, donc moi je ne sais pas dire maladie mentale, de toute façon pour un mineur [...] la majorité c'est des troubles mentaux". [...] je pense que le médecin psychiatre il a un peu peur quoi, parce qu'il se dit "bon, c'est ma responsabilité si le même [...] de 12-13 ans ou même 11 ans se suicide ou qu'il y a malheur. Je pense qu'il y a [...] le principe de précaution qui fait peut-être plus que [...] le critère de la maladie mentale [...] certains Juges ont peur en se disant [...] si on utilise cet article-là, on risque d'avoir des [...] "Ah mais la gamine, elle a été placée en mise en observation, donc on a fait droit à la mise en observation, donc elle a une maladie mentale". Or maladie mentale, mise en observation adulte/mineur, c'est la même loi, on est d'accord, c'est les mêmes critères. Mais on ne l'applique pas tout à fait de la même façon parce qu'on sait bien qu'un adolescent [...], il est en évolution. Donc moi, j'ai chaque fois le psychiatre, une fois sur deux, si même deux fois sur trois qui me dit : 'Ok maladie mentale = non [...] Mais troubles et peut-être en germes'. Moi j'ai besoin de pouvoir quand même passer par cette période d'observation, je ne prends pas de risques, si la gamine elle fait des menaces, si elle s'est mutilée, elle a fait des tentatives de suicide, elle est violente, je ne prends pas le risque, vous voyez ? » (Juge de la jeunesse).

La seconde alternative est de placer provisoirement le jeune en IPPJ. Contrairement à ce que prévoit le prescrit de l'article 122, alinéa 2 du Code, le juge de la jeunesse est parfois amené à faire ce choix, même s'il est attesté ou supposé que le jeune souffre d'un trouble mental.

« [...] des jeunes qui viennent d'un autre, d'une institution psychiatrique, qui transitent par ici (IPPJ) et qui vont aller dans une autre institution psychiatrique, on en a et on l'a actuellement. [...] il y a eu un rapport médical circonstancié où il disait qu'il souffrait de certaines choses, de troubles mais pas de maladie mentale avérée, mais de troubles oui, mais il est quand même ici. [...] c'est la problématique des incasables [...] si on ne le met pas en IPPJ, on le met où ? [...] on

nous l'a mis, le Juge l'a placé et [...] il est devant la porte, on ne lui a pas dit reste dehors, non. [...] C'est le Juge, ce n'est pas au jeune qu'il faut en vouloir, c'est au Juge. [...] tous les placements en IPPJ sont décidés par le Juge mais aussi sous réservation auprès de la cellule à Bruxelles, la cellule de liaisons, donc si elle accepte c'est qu'à un moment donné ils savent bien qu'ils ne savent pas faire autrement » (Direction d'IPPJ).

« [...] il y en a parfois placés oui dans des institutions. [...] En disant "voilà on va faire en parallèle les préadmissions" mais [...] juste pour que le jeune ait un toit et aussi parce qu'on doit pouvoir dire à l'hôpital, que ce soit mineurs en danger ou mineurs délinquants, ça sera du provisoire. Parce que souvent, Madame X (coordination d'une UTI), elle me dit : "Madame Y (juge de la jeunesse), ok, mais est-ce que vous me garanzissez qu'il y a une autre sortie, il a un toit, il a une famille, il a une institution" [...] Qui est prêt à le reprendre ? [...] je suis souvent dans la frustration en fait parce que je, je ne vais pas dire qu'il faut tout le temps revoir les mesures mais oui et même en étant tout le temps accessible comme ça et à l'écoute, tu sens que tu es, tu es souvent à côté quoi. C'est pénible, [...] ce n'est pas facile en fait, [...] c'est un métier compliqué parce que [...] tu as rarement la satisfaction de te dire : "Ok c'est bon quoi". En fait, tu pèses le pour et le contre, tu te dis regarde le dernier que j'ai mis en IPPJ, ben non je n'avais pas le choix, il fallait bien, et bien tous les jours j'y pense [...]. Ben dans ma balance [...], il y avait plus d'éléments qui justifiaient qu'il y aille même si voilà, il ne va peut-être pas trop rigoler [...], je ne suis pas sûre qu'on va lui apporter quelque chose, mais bon voilà peut-être qu'au moins il aura compris que voilà, bêtement c'est interdit et on va passer à autre chose. En espérant que ce séjour-là soit suffisamment long pour le faire passer à autre chose, c'est compliqué. Et c'est aussi un jeune [...], il n'est pas vraiment handicapé, je ne peux pas dire qu'il a un trouble mental, mais il n'est pas [...] hyper fin [...], tu vois qu'il a une difficulté de compréhension. [...] je trouve qu'on est démunis, moi je rêve d'avoir un médecin psychiatre à côté de moi qui me dise "mais voilà en fait non, il ne faut pas faire ça parce que ça va faire pire, ou il faut plutôt prendre comme ça" » (Juge de la jeunesse).

En conséquence de ces mécanismes de bricolage, les jeunes, eux-mêmes, ont (déjà) conscience que les clous de l'article 122, alinéa 2 du Code ne sont pas toujours respectés.

« [...] j'ai été 3 fois à Saint-Servais, la première fois j'ai été 3 mois, la deuxième fois j'ai été 6 mois et la troisième fois j'ai été un an et demi. [...] moi je suis reconnue par l'AVIQ et ici (en parlant du service où elle est placée) il y a aucune fille reconnue par l'AVIQ à part moi. Et à l'IPPJ c'est toutes des délinquantes, toutes celles qui font des meurtres des trucs comme ça qui traumatisent les gens et moi je suis pas de ce monde-là, c'est vraiment pas pour moi, j'ai un trop bon cœur et tout le monde m'aime. [...] j'ai déjà dit à la juge que si elle me punissait qu'elle le fasse autrement que l'IPPJ. [...] en plus de ça elle me dit oui les jeunes comme toi ne peuvent plus y aller, mais après on me dit que je dois y aller, c'est une grosse blague » (Bandit).

Pour conclure, le juge dispose, sur papier, d'une kyrielle de mesures cumulables qui sont parfois inadaptables à la réalité et au profil du jeune ou bien purement inapplicables faute de places disponibles dans les services. Tant que la spécificité des UTI For-K dans le paysage institutionnel n'aura pas été clairement identifiée, l'article 122, alinéa 2 du Code Jeunesse ne pourra être appliqué correctement. Une cascade de prises en charge inadaptées (ou pas idéales) peut, en effet, être observée : les structures se voient contraintes d'accueillir – au moins temporairement - des jeunes qui ont leur place ailleurs, par faute de place dans le service

adéquat, et finissent conséquemment par ne plus pouvoir accueillir, non plus, les jeunes qui constituent initialement leur public. Personne ne reste donc à sa place.

Les jeunes aux problématiques et besoins multiples ne trouvent pas leur place en IPPJ parce qu'ils ont besoin de soins, mais ils n'obtiennent ou ne conservent pas leur place dans les hôpitaux psychiatriques parce qu'ils sont jugés trop violents. Lorsqu'ils sont, qui plus est, reconnus par l'AVIQ, c'est le jackpot : leur statut de "mineur incasable" les conduit à subir les dérives néfastes du système. La violence institutionnelle peut alors prendre diverses formes.

Section 2. Un renforcement de la violence institutionnelle

– Une multiplication des abandons

Les renvois de balle entre services génèrent des sentiments d'abandons. Les jeunes sont confrontés à un défilé de professionnels qui apparaissent et disparaissent tout aussi furtivement.

« Il y a des jeunes qui ont rencontré une fois une AMO et de là un travail a été fait en réfléchissant « c'est peut-être une hospitalisation qu'il faudrait ». Ça fait un peu circuit court mais AMO-hôpital, ce n'est sans doute pas la norme habituelle, c'est pas un circuit classique. Et d'autres qui, par contre, multiplient effectivement : maisons des jeunes, AMO, équipes mobiles, SAJ, SPJ, tribunal, police et finissent par arriver à l'hôpital. Mais ce que je remarque surtout, c'est le nombre d'intervenants. C'est pas du shopping social, c'est des jeunes et des familles surtout, qui ont eu plein d'intervenants et où les suivis se sont arrêtés. Des familles et des jeunes qui sont lâchés. Je ne sais pas qui lâche, à quel moment, est-ce que c'est le jeune qui s'en va, est-ce que c'est le service qui s'en va parce qu'il n'arrive pas à intervenir, parce qu'ils sont empêchés ou parce que ça ne matche pas avec leurs missions, je ne vais pas me prononcer là-dessus. Mais toujours est-il que tous ces jeunes-là ont un nombre incalculable de services qui sont intervenus, et puis qui sont partis. Le jeune est toujours là, sa famille est toujours là et ça ne va toujours pas mieux » (Travailleur social dans une unité pédopsychiatrique d'un centre neuropsychiatrique).

« [...] on a beaucoup de jeunes filles qui sortent de l'IPPJ qui arrivent chez nous. Quelque part, on a le même public mais on travaille davantage à la réinsertion, dans un milieu plus ouvert que l'IPPJ. Donc, ces jeunes filles elles connaissent, ben voilà, des multiples placements. On est parfois le 10^{ème} service en 2 ans. [...] Quand on est dans les troubles affectifs, on est en effet entre la santé mentale et l'aide à la jeunesse, avec les symptômes qui sont en lien avec la déviance » (Travailleur dans un SRS).

« Quand on intervient, on est parfois le 7^e ou 8^e service. Le début du travail c'est de remettre la confiance d'un nouveau service tel que le nôtre pour essayer de faire accepter finalement aux jeunes qu'on pourrait être une différence sans être violent. Mais je pense à une famille donc pour le moment et ça fait des mois que ça dure, on essaye d'abord de remettre la confiance de la famille vis-à-vis d'un service comme le nôtre. « Oui enfin mais vous êtes le 8^e [...] qu'est-ce que vous pourriez amener d'autre alors ? ». Et donc il y a une méfiance absolue, donc ils ne parlent pas, ils n'ont pas envie de parler. [...] cette violence ne fait qu'accentuer un blocage énorme de la part de ces jeunes et donc oui ça a des conséquences sur une aggravation parfois de la santé mentale. [...] les conséquences en termes de santé mentale de cette violence, d'une

forme de violence institutionnelle c'est des parcours d'encore plus de ruptures. Ce sont des jeunes qui passent de services en services sans pour autant qu'il y ait une forme de continuité dans la fameuse prise en charge. Donc quand on est déjà face à des jeunes qui sont fragilisés, qui partent déjà avec une histoire compliquée au niveau familial, qui passent dans un service, et puis un autre service, et puis un autre service, et puis un autre service, dans des contextes où je me dis parfois pour certains jeunes c'est légitime de passer d'un service à l'autre mais on sent que ça, que justement le passage et la réflexion quant à un processus de soins sont plus à long terme et pas dans l'ici et maintenant, c'est tellement manquant ben qu'on l'ajoute à la rupture et donc à la santé mentale, à l'anxiété, à l'absence de repères, à la perte totale de liens ou de confiance par rapport à l'adulte, par rapport à l'humain, par rapport, ben oui par rapport aux services donc oui ça a des conséquences majeures. [...] la problématique était là au départ et ça vient accentuer cette problématique-là » (Responsables d'une équipe mobile de crise).

« [...] ça fait 16 ans que je vis ma vie en boucle, ça fait 16 ans que j'explique ma vie à tout le monde, les services sociaux, ceci, cela, que toutes les semaines, il se passe un truc qui me rappelle tout ce qui s'est passé il y a 10 ans. Est-ce que j'ai vraiment envie de voir un psy et de passer cinq séances à expliquer tout ce qui m'est arrivé, je ne crois pas, honnêtement » (Hélène).

– Un cocktail détonant

Le mélange de problématiques psychiatriques plus ou moins lourdes et variées au sein des unités hospitalières est à plusieurs reprises ardemment décrié par les jeunes. Le champ des possibles quant à l'offre de soins - initialement déjà mince - étant amoindri lorsque le jeune présente des comportements violents, le risque de prise en charge dans une structure accueillant des profils multiples, caractérisée par une approche « plus musclée » et non par sa spécialisation dans une problématique psychiatrique particulière, va à l'inverse être renforcé. Les difficultés structurelles peuvent prendre le pas sur une prise en charge adéquate.

Le témoignage d'Hélène, une jeune fille de 16 ans qui a été hospitalisée durant de nombreux mois dans une UTI For-K, est interpellant. Elle dénonce une hétérogénéité trop importante des problématiques de santé mentale accueillies dans l'unité, qui génère parfois des traumatismes, souvent un apprentissage des ficelles. Hélène décrit l'UTI For-K où elle a séjourné comme une école de la délinquance qui va pervertir bon nombre de jeunes, au départ naïfs et innocents, dont la place était incontestablement ailleurs et qui n'auraient jamais dû y mettre les pieds.

« [...] je n'arrivais pas à comprendre ce qui se passait et je ne savais pas que ça existait en fait, j'avais des gens qui avaient des maladies mentales assez graves et poussées, des filles qui se mutilaient au milieu de la pièce, et aussi un peu cette espèce de je-m'en-foutisme des éducateurs, des infirmières qui étaient présents parfois, face à l'urgence. [...] Ma première hospitalisation à l'époque quand j'étais à X (UTI). C'est quand même un très bon hôpital, mais il y a des fois j'ai l'impression que les infirmières et les éducateurs sont tellement stérilisés à la souffrance des autres, ils ont tellement vu les gens souffrir, que ça les atteint plus, il n'y a plus l'humanité en fait. Si pendant 24 h on regardait en boucle les gens qui sont explosés, des gens qui se pendent, on s'en fout. Pendant les trois premières heures, tu peux être impacté. Et puis, au bout de 24 h, vous allez être juste traumatisé, ça fera plus rien, quoi. Ça fait des années

qu'ils voient des filles qui font des tentatives de suicide, les gamins qui viennent complètement drogués comme pas possible, des loques, ils voient tout ça tout le temps, j'ai autant vu la police là-bas que les infirmières et les éducateurs honnêtement. Pour les fugues, pour tout et n'importe quoi.

[...] l'UTI est destinée aux filles qui sont hospitalisées sur demande du SPJ, il faut un mandat pour rentrer, on ne rentre pas comme si on était dans une unité brève. Je suis arrivée là et je ne connais pas du tout les IPPJ, je ne savais pas c'est quoi, je n'ai jamais été, j'ai un casier judiciaire complètement vide. J'ai vu les filles qui sortaient d'IPPJ, il y avait une fille qui avait essayé de tuer son type. Il y avait une fille qui était à côté de moi dans la chambre qui a fait un incendie dans l'hôpital, elle a cramé sa couette et on a été tous évacués. En fait, je suis restée là trois mois. [...] Je n'avais rien à voir avec ces gens-là, j'avais strictement rien à voir avec ces gens et ça m'a fait très mal tourner, cet endroit m'a fait mal tourner, c'est là-bas que j'ai fumé mon premier joint, c'est là-bas que je me suis tapée mes premières cuites, c'est là-bas, tout est là-bas. C'est là-bas qu'on m'a donné du prozac, on a donné 60ml de prozac à une gamine de 14 ans. J'avais commencé à me mutiler alors que j'avais arrêté. J'ai fait une TS là-bas alors que j'avais arrêté [...].

On m'a rien proposé du tout, tu vas en UTI, c'est tout, point, il n'y a pas eu d'entre-deux en fait, il n'y a pas eu, on va voir un psy et puis si ça ne va pas, on va plus loin, mais ça a été, tu vas en UTI point à la ligne. [...] En fait, on est un peu des animaux là-bas [...] l'UTI c'était vraiment le camp des méchants, c'était vraiment des cinglés [...]. On n'avait pas d'eau à disposition, on devait toquer au comptoir pour avoir de l'eau, pour avoir un gobelet en plastique, et des fois ça prend 2 h pour qu'ils viennent pour avoir de l'eau, du coup on doit appuyer sur la sonnette d'urgence pour avoir de l'eau. Et puis, ils prennent un peu n'importe quoi comme patient, une jeune fille qui était sourde et muette qui est arrivée là, je ne sais pas pourquoi exactement, mais au niveau de l'approche je ne sais pas comment ils faisaient avec elle, par écrit, je ne sais pas mais elle n'est pas restée longtemps. Elle est restée une ou deux semaines à mon avis ils ont compris que voilà. Il y avait deux filles qui étaient complètement à l'ouest, elles étaient très jeunes, 11, 12 ans comme ça. [...] C'est honteux, c'est complètement honteux ce sont des enfants, elles n'ont rien à faire là-bas, c'est trop traumatisant [...]. Les filles qui étaient là, elles avaient un léger retard mental, elles se pissaient dessus. Si je disais : « fous le feu », elles foutent le feu. Elles n'avaient aucun raisonnement du bien et du mal, elles étaient deux, elles ne se connaissaient pas, mais au final, elles étaient exactement les mêmes, elles se pissaient dessus, c'était n'importe quoi mais du grand n'importe quoi. Nous on était une bande de filles quand même entre 14, 17 ans. La plupart venaient d'IPPJ pour des deals, fugues et ces genres de trucs. On les foutait là parce qu'elles se sont scarifiées trois fois en IPPJ, du coup ils savaient pas où les mettre et ils les mettaient là [...].

[...] On les (lames, kétamine, cocaïne, speed, etc.) cachait dans les faux plafonds de l'hôpital. [...] J'avais peur de consommer - je ne sais pas pourquoi, mais j'avais peur - mais j'ai participé à ce trafic, tout ce qui était à transférer, surtout tout ce qui était rasoir, mais uniquement aux filles que je savais qui ne se mutilent pas. Je n'ai jamais donné un rasoir ou une lame ou quoi que ce soit à des filles qui se mutilaient, jamais même un taille-crayon, jamais. Mais la coloration pour cheveux aussi, les boissons énergisantes, café, etc., c'est interdit. Donc on foutait le café en poudre et celui de nescafé cappuccino dans les trucs, dans des boîtes de décaféiné. [...] C'est la prison, on avait vraiment des techniques de gang de prison. [...] On

cachait des trucs dans les livres, on découpait les livres en une espèce de boîte et on mettait des trucs dedans, et on allait le mettre dans la bibliothèque, comme ça les autres services pouvaient aller choper les livres, on foutait n'importe quoi dedans, des pax, n'importe quoi » (Hélène).

D'autres jeunes se sont également positionnés, sur base de leur propre expérience d'hospitalisation (pas en UTI), quant à l'opportunité de rassembler des problématiques psychiatriques plus ou moins lourdes et variées au sein d'une même unité. Ce condensé les a respectivement « terrorisé », « enfoncé » et « traumatisé ».

« [...] la psychiatrie c'est un truc qui sert à rien - enfin pas qui sert à rien, mais ils te shootent de médicaments mais vraiment ça sert à rien [...] je souhaite à aucun jeune de rentrer en psychiatrie parce que c'est pas normal, voilà, c'est pas normal. C'est genre, c'est... t'es pas un être humain, surtout quand tu es jeune en fait. Peut-être une personne plus âgée, plus adulte, peut-être que là shootée toute la journée c'est pas un problème, mais pour une jeune personne c'est vraiment pas... tu comprends rien du tout, tu te sens... je ne sais pas... C'est horrible... franchement, c'est pas...non. [...] ils s'en foutaient en psychiatrie ils s'en foutent complètement c'est pas un truc que tu vas ressentir comme je vous disais, j'ai pas dit du mal de l'IPPJ pourtant j'étais pas contente d'y être mais avec du recul quand j'y repense ben heu j'avais l'impression ils étaient là pour nous, que c'était une adulte et que nous on était une personne. En psychiatrie, tu as l'impression que tu es une personne adulte qui est juste et voilà tu es une personne adulte que là tu vas voir le psychiatre parce qu'il doit te voir une fois ou deux fois, ou une fois une semaine sur deux mais heu voilà tu vois que le psychiatre, c'est super carré et puis, après il y a des trucs de groupes. Il y a des gens qui ne sont vraiment pas nets clairement, il y a des mômes aussi. Si tu es une personne qui a que des petits trucs... - il y avait un éjaculateur précoce, un mec super spéc', il y avait un autre type il était resté bloqué à l'âge de 11 ans parce qu'il s'était fait violé quand il était petit - du coup tu es avec des... - voilà... il y avait un autiste - tu es hors sujet. Du genre, il y avait des thérapies de groupe, donc faire une thérapie de groupe avec un autiste, non c'est hors-sujet, c'est pas possible et franchement c'est pas normal [...] » (Esma).

« J'ai eu peur moi à X (unité de psychiatrie médico-légale pour adultes). [...] Parce que les gens sont tarés là-bas, ils sont dangereux, je me suis fait agresser pour rien. [...] il y a un mec qui m'a agressé, j'étais dans mon coin, je l'ai juste regardé, il a commencé à m'agresser, je ne sais plus trop ce qu'il m'a dit, mais il était violent » (Florian).

« [...] ça aide mais comme j'ai dit quand on a les jeunes qui sont plus ou moins dans la situation que toi en ayant la même crainte etc. les mêmes pensées, les mêmes idées noires que toi, on a peur que ça [...] nous tire encore plus vers le bas, c'est comme ça » (Laoura).

« Ça ne devrait pas exister parce qu'ils (en parlant des hôpitaux psychiatriques) ne savaient pas s'occuper des enfants correctement. Le truc c'est qu'il y a tout âge d'enfants et avec tout type de problèmes différents, en fait, ils ont bloqué à un certain âge, et que moi je suis arrivé là, j'avais 13, 14 ou 15 ans, je ne sais plus. C'était pas du tout pour moi, j'étais avec des gosses je ne savais pas quoi faire de ma journée, c'était nul, j'ai juste accroché avec un éducateur [...] » (Jean-Kévin).

Du côté des professionnels, le bienfondé de cette mixité, qui ne fait pas l'unanimité, est aussi questionné.

« [...] ce qui pose problème au niveau hospitalisation ou même mise en observation, c'est de se retrouver avec d'autres jeunes, c'est ça qui est compliqué parce qu'ils ont déjà des difficultés, mais vivre en communauté et en plus avec d'autres jeunes qui ont eux-mêmes des grosses difficultés, ben il faut être costaud quand même [...] c'est des problématiques tellement lourdes, tellement différentes, c'est un condensé quoi. [...] condenser comme ça les difficultés, pfff je me suis toujours dit que ce n'était pas, on raisonnait mal quoi » (Juge de la jeunesse).

« Il n'y a pas d'âge minimum sauf que théoriquement, on a un hôpital qui accepte les jeunes à partir de quinze ans. Mais pour une mesure de mise en observation, il n'y a pas de place partout. Il nous arrive d'avoir des jeunes qui sont plus jeunes que quinze ans. Des jeunes de treize, quatorze ans, c'est assez fréquent qu'on en ait malgré qu'on ne soit pas tout à fait adaptés pour les jeunes de cet âge-là mais les procureurs n'ont pas d'autres solutions et nous les imposent et on est obligé d'accepter » (Pédopsychiatre dans la clinique pour enfants et adolescents d'une institution de soins spécialisée en psychiatrie et en santé mentale).

– Un manque d'adaptabilité ! Oui mais de qui ?

« Ils ne rentrent pas dans les moules, ils sont multifacettes. Si on ne s'adapte pas à la problématique, alors ils n'ont leur place nulle part » (Travailleurs dans un SRS).

Lorsque les services existants ne correspondent pas aux jeunes, mais les forcent à rentrer dans les cases qu'ils proposent, n'y a-t-il pas là un problème sociétal dans la mesure où on ne parvient pas à proposer à la personne ce dont elle a réellement besoin ? Est-ce qu'il ne reviendrait pas au paysage institutionnel de s'adapter et de proposer un suivi adapté aux besoins multiformes de ces jeunes, plutôt que de les forcer à trouver leur place parmi les cadres existants ? Si la problématique a déjà été abordée ailleurs dans ce travail, certains professionnels interrogés insistent.

« La question c'est toujours "c'est quoi le problème ? C'est le jeune ou c'est le projet éducatif ?". Dire que le jeune est le problème par rapport à une institution, ok peut-être. Par rapport à deux ? Ok, peut-être. Mais par rapport à toutes ? Là, on commence à se dire qu'il y a un manque. Il n'y a pas qu'un seul jeune dans cette situation-là, ils sont quand même nombreux à ne pas avoir d'espace où ça puisse bien se passer » (Travailleur social dans une unité pédopsychiatrique d'un centre neuropsychiatrique).

D'aucuns n'hésitent pas à affirmer que les professionnels doivent sortir de leur zone de confort pour répondre aux besoins des jeunes. Parfois, ça signifie créer des partenariats, en commençant par aller voir comment le service voisin fonctionne pour comprendre sa réalité et surtout celle du jeune. Le regret est manifeste que les hôpitaux travaillent encore trop souvent en "huis clos".

« [...] il y a encore tout un registre qu'on n'a pas abordé : il y a les hôpitaux (rires) et ça c'est un gros dossier (rires). [...] Il y en a pour lesquels je me demande ce qu'ils font. [...] Au niveau des services sociaux, [...] je me dis : « Pourquoi ils ne sortent pas de cet hôpital ? ». Donc, ça veut dire que tout se fait autour des psys, ou du temps éducatif qui est pris, mais on ne se permet pas d'aller à l'extérieur faire des démarches. On a des jeunes qui arrivent chez nous, qui ont passé 8 mois, il n'y a pas de parents, rien, toute la situation administrative n'est pas en ordre. Donc, ils n'existent même plus au niveau de la société, quelque part, c'est un patient dans un lit, et ils arrivent et nous on doit domicilier, lancer une procédure pour un tuteur, mettre en

place une mutuelle, tout ça, et en plus il y a un deuil qui n'est pas traité. Parce que, quelque part, la jeune avait son père qui décède, elle a dû aller chercher toute seule ses affaires, en disant : « Je dois fuguer et je vous préviens (vu que) [...] vous ne voulez pas venir avec moi chercher mes affaires dans l'appartement de mon père qui est mort ». Enfin, ce n'est pas possible d'entendre ça ! [...] On l'a parquée [...] pour moi, ça a été mis entre parenthèses pendant 8 mois et on a pu seulement commencer à faire les choses. Une des premières étapes, ça a été une mise en ordre administrative, contacter le notaire, [...] ils n'ont même pas interpellé son avocat [...] Au niveau des hôpitaux, on reste dans la bulle » (Travailleur dans un SRS).

Florian expose que son retour en kot, après une longue période d'hospitalisation, n'a pas été bien préparé. Il s'est senti lâché "dans le monde cruel" de façon brutale et aurait préféré une transition plus douce, par exemple en envisageant dans un premier temps une sortie plus longue qu'un week-end, au cours de laquelle il aurait été amené à sortir de chez lui et réapprendre la vie en société.

« [...] je trouve qu'on devait faire un temps de ré-adaptation petit à petit parce que je ne sortais pas les week-ends ni rien, je restais chez moi, du coup quand je suis sorti vraiment pour du bon, j'étais vraiment lâché comme ça dans la nature, je me demandais comment j'allais me réadapter à la vie réelle » (Florian).

Son récit rejoint les constats qui précèdent : il semble insuffisant que les professionnels se cantonnent à leur champ d'action, une attention à l'avant-après de leur intervention étant ressentie comme essentielle par les jeunes patients.

Les étapes de transition ou de passation sont rendues encore plus ardues lorsque les services ne se font pas confiance et lorsque le service initial émet des réserves quant à la prise en charge qui sera proposée.

« L'adaptabilité, le bricolage, ça c'est le quotidien. [...] c'est la qualité de notre réseau qui fait qu'on arrive à se dépatouiller et à trouver des plans B, C, D, E [...] Quand le service X (service hospitalier neuropsychiatrique) s'est créé, [...] j'ai dit : "Il faut que je les rencontre tout de suite" [...]. J'ai été les rencontrer là-bas, voir un peu comment ils travaillaient et ils sont venus ici. Parce que si on ne se rend pas compte du vécu des jeunes au quotidien, pas juste de leur histoire, ce qu'ils vivent et comment sont leurs réactions, on ne sait pas s'adapter. On ne se rend pas compte que la structure hospitalière est trop rigide et trop en vase clos par rapport au milieu de vie. Et alors moi je pense, ici, est-ce qu'ils ont été voir dans les familles ? Comment ça se passe au quotidien ? Comment mettre en place des solutions à l'hôpital qui ne seront pas tenues à la maison ? [...] Nous, on est des champions du monde à courir partout. Mais il faut sortir, il faut sortir de la psychiatrie. C'est eux qui doivent sortir des murs. C'est très bien, ils l'ont intégré et on a quand même évolué ces dernières années. [...] on reste quand même dans quelque chose d'assez rigide mais ils ont proposé, en tout cas, les équipes ambulatoires, accompagnement à l'extérieur, les centres de jour, il y a quand même eu cette ouverture mais sur du long terme. Ça ne fait pas partie de la culture de sortir, je reviens avec ça. On reste à l'hôpital, on ne sort pas. On ne va pas voir comment on vit en famille. C'est les gens qui viennent à nous » (Travailleur dans un SRS).

L'articulation des services, de même que le relai du lien entre eux, constituent des charnières qui méritent l'attention toute particulière des professionnels afin d'éviter un effritement de la demande voire un découragement du jeune mobilisé. Plusieurs professionnels interviewés soulèvent la nécessité d'un guide, voire d'un chef d'orchestre dans ce grand bal du parcours de soins.

« [...] il y a des missions qui se chevauchent et des personnalités, au sein des professionnels, qui font qu'on saucissonne parfois le jeune et l'enfant alors que ce dont l'enfant a besoin ce n'est pas que d'une seule forme de thérapie ou une seule forme d'aide, c'est souvent une combinaison et s'il n'y a pas un chef d'orchestre, quelqu'un qui peut rassembler les différents professionnels, c'est alors très négatif. [...] je trouve qu'on est frileux du transfert et de la passation du lien, que ce soit au niveau des centres PMS qu'au niveau des services de santé mentale. Alors que c'est primordial parce que la première ligne permet des choses que la seconde ne permet pas et inversement. J'entends bien que la famille soit demandeuse mais le transfert de lien aiderait à l'analyse de la demande et à la bonne réception [...] le jeune fait déjà un énorme pas à se dire : 'je vais pas bien'. Il faut lui permettre de faciliter la poursuite des choses. Si on le guide et qu'on l'accompagne symboliquement avec un coup de téléphone, qui va vous prendre dix minutes en séance, ça aide bien. On en revient à la transition, le chef d'orchestre peut être différent en fonction de la situation, c'est vraiment celui qui réceptionne la détresse qui doit pouvoir être le tremplin pour les autres services » (Psychologue dans un Centre PMS).

Parfois, les expériences de collaboration sont fructueuses, motivantes pour les divers professionnels, et laissent transparaître des perspectives d'avenir bénéfiques pour les jeunes.

*« [...] on travaille quand même bien, enfin c'est encore en chantier, avec l'IPPJ de X. Par la force des choses. Par la géographie. Justement, on commence des doubles mandats. Ici on a une jeune qui vient d'entrer, on est en double mandat depuis 15 jours. Ça veut dire qu'il y a une rencontre là-bas, et puis elle revient ici, il y a déjà du travail qui se fait. On essaie vraiment de **donner une part de soin à la notion de transition** parce que sortir d'IPPJ et se retrouver finalement dans le milieu ouvert, on a des jeunes qui sont restés là pendant 1 an, 1 an 1/2. Elles refilent vite. On est dans le vouvoiement pendant 3 jours, puis le week-end arrive et elles sont parties. Et ça explose, quoi (rires). Donc parfois elles viennent faire dodo, des demi-semaines, ce genre de trucs, et ça, **ça a vraiment du sens**, quoi. On l'a fait avec une qui maintenant est en kot et voilà. C'était une **jolie transition** qu'on a fait entre les 2 équipes, avec la jeune qui quelque part **exprimait ses besoins** en disant : « moi, j'ai peur de la sortie, je me connais, j'ai envie que ça n'aille pas trop vite, je veux sentir les étapes » etc. Donc **on s'est calqué sur son rythme à elle et ça a été quelque chose de vraiment intéressant**. On la sentait, comme je l'expliquais tout à l'heure, dans les périodes creuses en kot, au début, un peu plus en perdition. Si elle contactait les intervenants de l'IPPJ, on pouvait échanger, quoi. Et ils nous donnaient les ficelles pour ré-accrocher la jeune fille, des rendez-vous qui peuvent encore se faire avec les intervenants de l'IPPJ et nous. Ça, **si on peut continuer à travailler dans ce sens-là, je pense qu'on va tous y gagner en énergie et le jeune va gagner en confort et en sécurité** » (Travailleur dans un SRS).*

Dans d'autres cas, la collaboration s'avère plus compliquée...

« [...] le travail du réseau, je pense qu'il y a quelque chose à travailler aussi, oui au niveau de la connaissance des services entre eux et des images qu'ils ont chacun les uns des autres » (Anthropologue stagiaire dans l'unité pédopsychiatrique d'un centre neuropsychiatrique).

« Ici, j'ai une jeune fille qui va être réorientée parce que c'est une jeune fille qui a des troubles de l'attachement très importants, qui a une perte de la réalité par moment, qui est enceinte, qui doit être hospitalisée parce qu'elle ne peut plus rester chez nous non plus. Elle a besoin de soins, et de contenant. Je suis en train de me dire : « Est-ce qu'ils vont aller la conduire chez son gynécologue ? » alors qu'elle a créé tout un lien, ces derniers mois d'hésitation « je garde l'enfant, je ne garde pas l'enfant ». Ou est-ce qu'ils vont dire : « Non, tu es sur Bruxelles, on va aller voir un gynéco là ». Est-ce qu'ils vont maintenir le suivi gynéco là ? Est-ce que la prime de naissance, ça va être activé ou pas ? Voilà, ça me questionne. Et en même temps, je dis : « je ne peux pas le faire » (rires). Parce qu'on doit aussi mettre nos limites mais il y a quand même tout ça. Et je ne suis pas convaincue que ce sera fait. [...] C'est le SPJ qui la confie à l'hôpital et, ça on vient de l'apprendre aussi, le Code (CPAJPJ) ne permet pas de payer l'hospitalisation s'il n'y a pas un service mandaté. Donc nous on va rester dans le circuit mais avec...c'est ça, c'est tout le dosage. Moi ça ne me dérange pas en soi de faire des démarches mais il faut aussi qu'on soit dans une forme de collaboration parce qu'après, elle ne revient pas chez nous. C'est sûr. Elle ne peut pas faire la fin de sa grossesse chez nous, où il y a eu des agressions des anciens petits copains qui déboulent ici, qui la traînent jusqu'au halage, il y a aussi tout son environnement. Il faut qu'elle prenne davantage soin d'elle. Donc nous, on est dans une préparation à se dire au revoir aussi. Comment se réinvestir ? Il ne faut pas se surinvestir non plus... euh... c'est pas simple, hein [...] » (Travailleur dans un SRS).

Selon l'institut wallon pour la santé mentale (IWSM), la co-intervention a du sens pour les situations complexes si elle est envisagée comme une "garde alternée" et que les différents services qui interviennent ensemble se font confiance. Chaque service pourrait alors apporter sa spécificité au jeune aux multiples besoins. En effet, il n'existe pas une et une seule institution "parfaite" pour chaque type d'utilisateur : « Il n'est pas possible de répondre seul à ce type de situation comme il n'est pas possible de les "transférer ailleurs" sans autre forme de continuité, il convient donc de créer une réponse cohérente à plusieurs qui implique un vrai travail de collaboration et une réflexion autour de la temporalité, de la gestion des passages d'un lieu de vie à l'autre, du partage de responsabilité, etc... »¹⁸⁶. L'idée est que le jeune puisse naviguer en fonction des nécessités du moment. Cette nécessité qu'une dynamique de triangulation puisse se mettre en place trouve écho auprès de plusieurs professionnels interrogés.

« Une fois que le jeune n'est plus hospitalisé chez nous, on essaye d'être une ressource extérieure et de ré-accepter le jeune, mais on se rend compte que le réseau n'est pas tout à fait habitué à ça donc, même quand on le clame et qu'on dit qu'on fait ça, ils ont très peur que ce ne soit pas juste et qu'on n'accepte pas après. On se rend compte que la culture n'est pas celle-là et que du coup c'est difficile, on essaye de maintenir cette collaboration. Cette jeune dont je parlais, c'est vraiment ça qu'on a fait : on travaille avec un service (X), elle devrait aller là et on s'engage à la ré-hospitaliser si eux ou la jeune sont en demande. On essaye de construire des

¹⁸⁶ IWSM, les situations « Complexes », Etat des lieux et pistes de travail concernant la prise en charge des adolescents présentant des problèmes psychologiques et comportementaux sévères, 2017, p. 42.

collaborations [...] mais c'est difficile car on se rend compte que le réseau ne fonctionne pas comme ça, il faut le mettre en place, et qu'il y a des moments où on se dit qu'on ne tiendra pas le coup à faire ça parce qu'il y a des jeunes qui stagnent chez nous et on se demande si on arrivera à tenir cette politique-là. [...] Il y a certains services avec lesquels on fonctionne comme ça, on a des collaborations avec l'IPPJ X : il y a des allers- retours entre services. On va essayer de mettre ça en place avec Y (réseau d'aide en santé mentale) et avec d'autres. Il y a des services avec lesquels on a plus facile de collaborer, d'autres moins. On ne jette la pierre à personne, petit à petit on va y arriver » (Pédopsychiatre dans la clinique pour enfants et adolescents d'une institution de soins spécialisée en psychiatrie et en santé mentale).

« Les quelques situations que j'ai pu constater de jeunes qui ne trouvent pas leur place, et ça fait vraiment lien avec le double diagnostic où j'ai pu bosser avant, c'est des jeunes qui auraient besoin de co-intervention mais on passe notre temps à se renvoyer la balle, « c'est avant tout un problème d'aide à la jeunesse » et l'aide à la jeunesse nous renvoie « c'est avant tout un problème psy, il a besoin d'être soigné avant de trouver un lieu de vie ». De plus en plus, il faut se rendre compte que l'un ne va pas sans l'autre. C'est des collaborations qui sont importantes, c'est des projets communs vraiment à deux, aide à la jeunesse et santé mentale, qui doivent se construire parce que c'est les jeunes qui ne seront bien ni d'un côté ni de l'autre » (Travailleur social dans une unité pédopsychiatrique d'un centre neuropsychiatrique).

Il ressort des entretiens menés avec les jeunes que bon nombre d'entre eux sont passés par quasiment toutes les structures de santé mentale de la région. Ces changements successifs ne permettent pas aux jeunes de créer une accroche avec l'équipe d'un service. Pourtant, selon les deux professionnels interrogés, la situation idéale serait qu'un service d'aide à la jeunesse et un hôpital puissent devenir des piliers pour le jeune; que ces deux structures s'inscrivent sur du long terme et permettent au jeune de faire des va-et-vient selon ses besoins. Ce mouvement circulaire permet au jeune et aux professionnels de tenir dans le lien tout en soufflant.

« L'idée c'est de pouvoir naviguer entre des points de chute stables, histoire que le lien puisse se construire et que la sécurité puisse s'acquérir vraiment. Mais dès que ça devient compliqué, on organise parfois ça, et je fais directement le lien avec le double diagnostic parce que ça, c'est fort présent : il y a des personnes, des jeunes ou des adultes, qui après un mois quelque part, c'est compliqué. Le lien est trop fort, donc il y a trop de risques que le lien n'explose, donc il faut bouger. Si le réseau, si les intervenants sont prêts à encaisser ça et dire « après un mois, hop, tu vas passer 15 jours là puis tu reviens un mois », ce sera une vie de navettes mais entre deux lieux sécurisants, deux lieux connus, donc ça c'est quelque chose qui peut tenir dans la durée. Et on intervient, on propose des choses avant que le lien n'explose. Parce qu'effectivement, une fois que le lien est cassé, il faut changer, il faut partir parce que la personne ne construira plus jamais rien avec le service où elle était. Il faut intervenir avant que les choses n'éclatent, d'où le besoin de collaboration et ce genre de collaboration se fait. [...] Il n'y a pas qu'un seul jeune dans cette situation-là, ils sont quand même nombreux à ne pas avoir d'espace où ça puisse bien se passer. Mais souvent c'est aussi parce qu'on est dans un espace, il y a un lieu : "il faut que tu sois là et si tu n'es pas là, tu iras ailleurs" et on est rarement dans quelque chose de circulaire où "tu vas là et avant que ça déraile, tu vas un peu là, et puis tu navigues". Pour certains jeunes, c'est indispensable de pouvoir naviguer entre plusieurs ports d'attache : pour certains, c'est complètement déstructurant, il y en a qui ne s'en sortent pas parce qu'ils ont

besoin d'être dans un endroit, que ce soit clair, dans toujours la même chose » (Travailleur social dans une unité pédopsychiatrique d'un centre neuropsychiatrique)¹⁸⁷.

« Moi il me semble que l'hôpital devrait être vraiment un partenaire de quelque chose à l'extérieur pour que, justement, il puisse y avoir des allers et retours mais on est beaucoup trop souvent le centre et l'endroit où le jeune finit par se déposer pendant je ne sais pas combien de temps, parce qu'il faut construire des trucs autour et que ça, c'est super compliqué. [...] On prend, parfois, des jeunes en institution qui se font remballer de l'école et comme l'institution les a toute la journée, alors qu'ils devraient être à l'école la journée, l'institution n'en peut plus et demande des temps ici ou qu'on prenne les jeunes pendant les vacances parce que l'institution a besoin de souffler à certains moments » (Pédopsychiatre dans la clinique pour enfants et adolescents d'une institution de soins spécialisée en psychiatrie et en santé mentale).

« C'est compliqué, c'est des situations compliquées [...] ils (les jeunes) pètent véritablement les plombs quoi, [...] ils cassent tout au niveau relationnel donc le SAAE [...] ne sait plus travailler avec eux. Moi j'en ai eu deux trois qui se sont retrouvés en observation à cause de ça en se disant : "Ben ça va nous donner, on ne devrait pas non plus, une bouffée d'oxygène [...] à l'institution pour essayer d'y voir clair; et ça permet aussi de mettre peut-être un nom pour voir s'il y a vraiment un trouble mental ou pas qui se développe, qu'on n'a pas vraiment vu quand il était plus jeune ou pas quoi, ou si c'est juste un mal être. C'est compliqué quoi, c'est des histoires de vie compliquées aussi, donc moi je pense qu'il faut travailler vraiment en réseau et en équipes [...] » (Juge de la jeunesse).

Outre cette question de positionnement institutionnel des différents acteurs qui influence grandement les offres de soin et anime les professionnels sondés, peut-on relever d'autres facteurs qui ont un impact sur l'investissement des jeunes dans une démarche thérapeutique ?

Chapitre 3. Un rendez-vous manqué

Dans certains cas, les services sont restés dans les clous et diverses mesures – qui semblent répondre adéquatement aux besoins du jeune – ont été envisagées mais le jeune n' « accroche » tout simplement pas.

L'approche réfractaire du jeune aux mesures proposées peut notamment trouver sa source dans la méfiance, la peur, la méconnaissance, l'auto-défense, les préjugés, la protection, le sabotage, l'esprit de contradiction, le besoin d'attirer l'attention, de s'affirmer, un sentiment d'absence de sens quant à la prise en charge proposée, ou dans un combiné de ces multiples causes. Ce qui est certain, au regard des témoignages de jeunes recueillis, c'est que chaque expérience entachera, positivement comme négativement, toutes celles qui suivront. Lorsqu'un jeune pousse la porte d'un professionnel, quel qu'il soit, l'enjeu est de taille. La relation de travail mérite d'être pensée, et soignée en amont même de cette entrée en relation. La qualité du lien va se jouer dans des détails, des moments-clés, des petites attentions qui vont faire la différence.

¹⁸⁷ Pour prendre connaissance d'auteurs partageant cette philosophie d'intervention, nous vous conseillons de consulter les articles suivants : le non-renvoi du Tamaris et l'article déliaison sociale de Figueroa et Van Leuven.

Si le consentement sincère aux démarches est communément valorisé par les jeunes comme les professionnels dans leurs entretiens, celui-ci ne coule cependant pas de source. En effet, l'engagement volontaire du jeune dans un accompagnement – qu'il soit d'ailleurs social, éducatif ou thérapeutique - dépendra de son parcours personnel, de l'image éventuellement (dé)construite ou fantasmée qu'il se fera des services, mais aussi des expériences qu'il aura pu vivre par le passé.

La question des freins à la prise en charge thérapeutique, qui apparaît comme cruciale pour les jeunes au regard de son omniprésence dans les témoignages recueillis, a été mise au centre des capsules vidéo construites *par* les jeunes *pour* les jeunes dans le cadre du second volet de ce projet. Il vous est loisible de les visionner sur le site internet des SDJ, notamment.

Section 1. Des portes d'entrée inestimables

– Le travail non mandaté comme adjuvant

En tant qu'AMO, nous travaillons exclusivement à la demande du jeune, condition *sine qua non* de notre intervention. En d'autres termes, si le jeune n'est plus demandeur, il est libre d'abandonner le suivi à tout moment, de nous poser un lapin, de ne plus donner signe de vie et de revenir comme une fleur quelques temps plus tard pour reprendre les démarches là où elles avaient été avortées. Le jeune est acteur de son suivi et a, seul, les cartes en mains.

Cette approche est sécurisante et rassurante pour les jeunes car ils savent que nous les accompagnons, selon leur rythme, sans les (op)presser ni les abandonner. Nous sommes une bouée sur laquelle ils peuvent s'appuyer lorsqu'ils se sentent perdus, perdent confiance en eux ou s'essoufflent. Notre existence et leur possibilité de faire appel à nous en cas de doute ou pépin, de façon libérée et spontanée, sans craindre que nous utilisions leurs propos contre eux, sont perçues comme précieuses pour des jeunes en recherche de réponses concrètes à leurs difficultés. Ainsi, lors des entretiens menés, nous avons été étonnés que le SDJ Namur-Luxembourg soit cité en qualité de service de santé mentale par des jeunes faisant ou ayant fait l'objet d'un suivi individuel par notre service. Ces jeunes estiment ainsi que notre service a (eu) un impact sur leur santé mentale.

Selon le Directeur d'IPPJ interrogé, les jeunes se confient plus facilement dans un cadre non mandaté, peu importe que le professionnel ait vocation à proposer un suivi d'ordre social, éducatif ou juridique, et non thérapeutique.

« Il est clair qu'ils seront beaucoup plus à l'aise s'ils sont à un suivi qui, où il n'y a pas de compte à rendre à un Juge par exemple. [...] l'AMO, comme elle n'est pas mandatée [...] parfois c'est simplement pour aller parler [...]. Ils disent je préfère, ce n'est pas mandaté donc je peux aller un peu dire certaines choses, parce qu'il y a parfois la crainte qu'on renvoie tout vers le Juge » (Direction d'IPPJ).

Les professionnels et les jeunes que nous avons rencontrés sont unanimes : si la démarche du jeune n'est pas volontaire, le travail ne portera pas ses fruits. La demande, c'est la condition nécessaire et indispensable pour que l'adolescent en souffrance puisse se mettre au travail.

« C'est moi qui ai choisi cet hôpital [...] c'est moi qui ai demandé, si j'ai demandé d'aller là c'est une bonne raison ce n'est pas pour rester à rien faire. [...] si tu vas dans un hôpital, que tu n'as pas envie au fond de toi, et tu dis que je n'ai pas envie de me faire soigner et que ça ne sert à rien, [...] tu ne sauras pas t'en sortir étant donné que ce n'est pas toi qui veux aller, qu'on te force peut-être à aller [...] dans un hôpital si tu ne fais rien, tu vas te faire d'office retirer de l'hôpital, tu vas te faire virer parce que l'hôpital ce n'est pas fait pour jouer, ce n'est pas pour s'amuser entre jeunes, c'est pour vraiment régler les soucis, si on arrive à faire quelque chose du jeune, c'est pour s'en sortir, parler [...] si on n'est pas preneur, ça ne sert rien d'y aller étant donné qu'on ne saura rien faire pour la personne. [...] quand tu n'es pas preneur que ça soit le juge, que ça soit le SPJ, que ça soit les gens qui t'entourent, en fait, tu ne sauras pas travailler parce que c'est comme un ordre, c'est comme forcé. Par exemple, je dis à mon frère tu as intérêt à aller à l'hôpital même si tu ne veux pas, c'est ça. Mais moi je fonctionne comme ça quand on me force d'aller par exemple à l'hôpital, ça ne servira à rien parce que je ne veux pas, parce que je n'arrivais pas à me faire soigner, il y a du forçage. Aujourd'hui, je sais qu'il faut que j'aille pour être bien, pour être mieux parce qu'aujourd'hui, je sais qu'il faut m'aider à tout prix. [...] se faire soigner si tu as un déclic dans la tête sinon ça ne sert à rien » (Chantal-Diégo).

« [...] moi quand on me dit 'il faut que tu fasses', je ne le fais pas » (Hélène).

« [...] je n'ai jamais accroché au pms, on me forçait à aller les voir [...]. Moi je n'ai jamais apprécié le fait qu'on me force d'aller voir quelqu'un. [...] quand on force quelqu'un ce n'est pas bon, plus tu forces moins tu as envie » (Jean-Kévin).

« Le jeune vient à l'hôpital, ce qui se passe durant ce séjour, ça dépend quand même beaucoup du jeune, de ce qu'il veut mettre au travail ou pas, ce qu'il est prêt à mettre au travail ou pas, ensuite s'il est dans les capacités de se mettre au travail aussi. Certains jeunes, on voudrait aborder certaines thématiques, mais ce n'est pas possible. Ils ne sont pas assez mûrs ou pas assez prêts ou pas assez forts pour faire face à certaines questions de leurs parcours » (Travailleur social dans une unité pédopsychiatrique d'un centre neuropsychiatrique).

« [...] pour les mesures de mise en observation, on impose une hospitalisation à un jeune, ça veut dire on lui contraint une hospitalisation. Si on peut faire autrement, il faut faire autrement, ça c'est mon point de vue. Je pense qu'une hospitalisation contrainte aura beaucoup moins d'efficacité qu'une hospitalisation travaillée et où progressivement, on amène le jeune à exprimer sa demande d'hospitalisation et l'envie d'avancer » (Pédopsychiatre dans la clinique pour enfants et adolescents d'une institution de soins spécialisée en psychiatrie et en santé mentale).

« Ceci dit, je parle du mandat, on peut s'appuyer dessus, mais dans l'absolu c'est pareil, si le jeune n'est pas demandeur, s'il ne capte pas que c'est plus pour lui que pour le juge, ça ne fonctionnera pas » (Membre de direction d'un SRS).

Malgré tout, les professionnels sondés s'accordent à penser que la demande, si elle n'est pas présente au départ, peut se travailler et émerger progressivement. L'approche des professionnels influencera généralement le positionnement des jeunes.

« [...] l'adolescent qui s'oppose et qui vient en disant "Je ne vous parlerai pas", je trouve ça normal. Donc je vais plutôt dire "Ok tu ne vas pas parler", donc [...] ça ne me pose pas de problème en fait et voilà. Mais, en général, [...] je parviens à ce qu'à un moment donné, ben le

jeune accepte le suivi. C'est très rare qu'un jeune refuse quand même un suivi, [...] à mon avis je peux les compter sur les doigts de ma main [...] il faut essayer d'aller le chercher là où il est et de voir, ben tiens tu ne veux pas parler d'accord, mais c'est déjà bien que tu sois là. Fin parce que c'est vrai que finalement il y a des jeunes aussi qui ne viendront pas, qui n'oseront pas rentrer » (Pédopsychiatre en centre de santé mentale et en hôpital).

« [...] on travaille vraiment d'abord sans aucun mandat de personnes et effectivement il faut un minimum de volonté du jeune et/ou de ses parents. Maintenant on nous pose souvent la question : "Oui mais s'il ne veut vraiment pas ?". Ben on essaye, maintenant on ne va jamais forcer finalement le jeune à vouloir absolument collaborer avec nous. Ça n'a pas de sens, donc voilà on va essayer une fois, deux fois, mais on ne va pas insister. [...] c'est très fréquent qu'on nous dise [...] pour des adolescents - alors sans aucun stéréotype - principalement masculins qu'ils ne veulent pas faire appel à un psychologue, à un service d'aide. [...] Maintenant une fois qu'on a été au premier entretien, c'est très, très rare qu'on n'arrive pas quand même à définir un objectif de travail ensemble, et qu'il y a un refus catégorique, c'est vraiment exceptionnel » (Responsables d'une équipe mobile de crise).

Par ailleurs, la demande vient rarement du jeune seul. Celle-ci est souvent portée ou appuyée par celle des parents, des proches ou d'autres intervenants.

« [...] c'est un peu sur cette finesse-là qu'on se situe, il n'est pas tout à fait contre. Voilà, on a un peu une porte entrouverte et on y va. [...] C'est rarement le jeune qui arrive en disant : "moi j'aurai quand même besoin d'une hospitalisation. Je n'ai pas envie mais j'en aurai quand même besoin". Il y en a quelques-uns qui arrivent à les formuler comme ça et souvent ceux-là, on constate que le travail va très vite parce qu'ils sont prêts, ils savent. La plupart, c'est les parents qui sont à l'origine de la demande ou en tout cas du constat que ça ne va pas et, parmi les solutions qu'on peut avoir, il y a l'hôpital. C'est plus souvent comme ça, c'est plus souvent un réseau extérieur qui oriente vers l'hôpital, que ce soit un médecin traitant, un PMS ou que ce soit une équipe mobile déjà en place ou un suivi thérapeutique. Le jeune allait chez un psy et le psy s'est dit : 'Là, pour le moment, j'ai l'impression qu'il faut un peu plus que des consultations. Prenons rendez-vous'. Il y a parfois de ça » (Travailleur social dans une unité pédopsychiatrique d'un centre neuropsychiatrique).

« Je dirais plus que c'est les plus âgés ou c'est souvent les parents, la famille qui interpellent. Le jeune, bien souvent, ou au minimum dans la moitié des cas, il est pas très chaud, pas très demandeur mais une fois qu'on discute, il souffre de la situation et il est très vite demandeur de quelque chose. [...] Quand les parents sont demandeurs au point de venir avec une demande d'hospitalisation, même si le jeune n'est pas d'accord, en général l'ambiance à la maison est telle qu'un séjour en hôpital, même pas très long, pour diminuer la tension et relancer quelque chose, c'est bien souvent utile. En général quand il arrive jusqu'à l'hôpital psychiatrique, par l'hôpital général, la tension est telle qu'il y a toujours un moment donné ou en discutant avec le jeune et les parents, le jeune est quand même demandeur d'une mise à distance parfois pas très longue, il n'a pas envie de se retrouver dans une ambiance comme ça à la maison. Ou alors, on est dans des situations où le jeune refuse complètement toute aide de tout - et là il n'y a pas de mesure de mise en observation et parfois ça ne se justifie pas car il n'y a pas de maladie mentale - et là, on essaye d'orienter les parents vers un service ambulatoire, pour eux, réfléchir sans le jeune à des solutions alternatives. Mais ça n'aurait pas de sens de prendre un jeune qui

ne veut absolument pas » (Pédopsychiatre dans la clinique pour enfants et adolescents d'une institution de soins spécialisée en psychiatrie et en santé mentale).

« [...] quand je sais qu'ils sont là un peu sous la contrainte soit des parents, soit ... Alors je leur dis tout de suite « je sais, je sais que tu n'es pas là de ton propre chef, maintenant on peut peut-être essayer d'en faire quelque chose de chouette et de sympa, et voilà. Après on verra ce que ça donne, enfin à toi de voir, on peut de toute façon aller voir les animaux [...] » moi je n'en fais pas un but ultime d'arriver à sortir les choses, c'est d'abord et avant tout créer une relation et puis, après il en ressortira ce qui doit en ressortir » (Zoothérapeute et psychologue dans un centre PMS).

Parfois, le jeune peut, symboliquement, formuler une désapprobation verbale de la mesure ou de la prise en charge alors que dans les faits, il se montre plutôt preneur de ce qui est proposé.

« Les jeunes qui sont demandeurs de l'hébergement c'est des chouettes petits cobayes, comme tu dis, c'est ceux qui vont dire oui, qui vont être preneurs des outils ou des choses qu'on peut proposer. Les autres, à un moment donné : 'si j'accepte ce que tu me proposes ça veut dire que j'avoue, j'ai ma place ici en fait, je valide que j'ai ma place ici'. Donc pour eux c'est compliqué de venir valider ça » (Psychologue dans un SRS).

Parfois, le consentement du jeune va et vient, ce qui met à mal le travail des professionnels. Le recours à la mise en observation permet alors au juge de la jeunesse et au SPJ de permettre au jeune d'aller au bout de la démarche.

« Le refus de soin(s) par le jeune est fluctuant : "on veut de l'aide mais on n'est pas prêt à la recevoir non plus". Pour des ados, c'est pas si simple d'être dans tout ou rien. En général, le refus de soin(s) on peut le justifier parce que la demande de soin(s) n'est pas continue ou elle est bancal : il veut de l'aide mais fait tout pour que tout foire » (Pédopsychiatre dans la clinique pour enfants et adolescents d'une institution de soins spécialisée en psychiatrie et en santé mentale).

Cependant, dans certains cas, le spectre de la contrainte vient ternir le consentement. Bien que le jeune ait le choix de consentir ou non à une mesure de soin, son consentement est souvent déguisé puisque s'il n'accepte pas les mesures proposées, le jeune sait qu'il se verra imposer des mesures plus contraignantes.

« [...] on ne m'a pas laissé le choix en fait, c'est ça ou on me mettait en observation [...]. On m'a confisqué mon abonnement de bus et ma carte de banque, [...] du coup j'étais obligé de rester là [...] si je n'allais pas, elle (en parlant de la juge de la jeunesse) me mettait en obs' et j'avais pas envie. [...] Je savais bien qu'il aurait eu quelqu'un [...] qui m'aurait contraint à y aller » (Florian).

De plus, les mesures pouvant être prolongées, il peut arriver que certains jeunes, pour qui le suivi avait un certain sens au début, se sentent finalement complètement contraints, emprisonnés, abandonnés dans un établissement dans lequel ils n'ont plus l'impression d'avoir leur place.

« Il y a cette hospi de trois mois et quand mon père est décédé du coup on ne savait pas où me mettre, centre d'accueil d'urgence pas de place et voilà, qu'est-ce qu'on fait d'une gamine de 14 ans sans parent et sans rien, on allait où ? On ne savait pas et c'est là que tout l'appareil

judiciaire est là, qu'est-ce qu'on fait, ben rien, on fait rien, et du coup je suis retournée à l'hôpital en UTI neuf mois. J'ai passé plus d'un an de ma vie en psychiatrie, alors qu'il y avait trois mois nécessaires en tout. (...) J'avais mal, mais je n'étais pas au point d'avoir besoin d'une aide psychiatrique, je pense que juste être accompagnée par mes proches qui que ce soit ça aurait été largement suffisant » (Hélène).

- Des premières lignes négligées

Les Centres PMS, et de manière plus globale les acteurs du monde scolaire, ont une place de choix pour guider les jeunes vers une prise en charge de leurs difficultés relevant de la santé mentale. En effet, la présence quotidienne des élèves à l'école au regard de l'obligation scolaire les place dans une position privilégiée pour déceler ou recueillir un mal-être. Pourtant, dans le cadre de nos permanences, nous sommes fréquemment contactés par des professionnels du milieu scolaire qui se sentent démunis face à un recueil de confidences inquiétantes ou des soupçons de santé mentale en berne. Ces acteurs de première ligne gagneraient à être davantage outillés, formés.

« [...] je pense qu'il manque une formation [...] sur la question de la santé mentale auprès des enseignants. Et que le regard de l'enseignant sur le jeune en souffrance, ce n'est pas évident du tout c'est-à-dire que, comment vous dire ? Il y a des jeunes, ils sont dans des souffrances magistrales, ils viennent me déposer des choses dans mon bureau et je ne vais pas dire que dans mon bureau on rigole un peu de ce qu'il se passe à l'école. Mais on sent que l'école, bon, a une autre fonction que la santé mentale, ça c'est clair. Bon, l'école, sa mission, c'est l'enseignement, c'est les apprentissages mais il y a une sorte de rigidité dans le système scolaire par rapport aux jeunes différents et à l'acceptation de la différence. Et donc, de pouvoir aider les enseignants à accéder à une certaine ouverture sur la question du bien-être psychique des jeunes et effectivement de leur santé mentale, je crois que ça pourrait être super. [...] mais si on pouvait proposer dans le système scolaire des ouvertures [...] peut-être un peu plus artistiques, un peu plus sportives, où on prend soin de soi, où on prend soin des autres, [...] ça serait super. [...] et alors oui la question du lien. Je crois que l'école, [...] c'est logiquement un endroit où les jeunes sont tous les mêmes et se retrouvent dans un système normalement d'appartenance en groupe où ils doivent pouvoir s'identifier les uns aux autres. Enfin j'ai des jeunes aussi parfois qui sont dans une pauvreté extrême aussi, et à l'école, personne ne va deviner qu'en fait ils vivent des choses terribles et qu'ils n'ont peut-être rien à manger à la maison. [...] ou qu'ils viennent de vivre un deuil ou bien qu'ils viennent de vivre un événement extrêmement difficile. Et je pense que l'école logiquement ça devrait être un endroit tremplin pour que tout le monde ait les mêmes chances dans la vie. Alors je rêve, je rêve complètement là, je délire un peu, mais je, oui je crois que la cible scolaire est une bonne cible, vraiment, pour intervenir. [...] avec la pandémie et l'arrêt de l'école, je crois qu'on voit qu'il manque quelque chose aux jeunes dans la question du lien aux autres, c'est essentiel [...] de pouvoir [...] valoriser cette période de vie où ils se retrouvent entre eux [...] » (Pédopsychiatre en centre de santé mentale et en hôpital).

« L'école est un bon tremplin, la vie scolaire c'est une vie dans une vie et de ce fait, on a différentes personnes qui existent autour du jeune, il y a donc plein de façon de voir que le jeune ne va pas bien ou moins bien même au-delà de l'aspect scolaire. Il y a les éducateurs, les

enseignants et dans le secondaire c'est plusieurs enseignants, il y a la direction de l'école, qui peuvent avoir des contacts avec les familles. Il y a beaucoup de paramètres possibles pour nous interpeller : on peut inviter le jeune - car ça nous arrive parfois de le faire quand on nous inquiète – et il vient ; ou s'il ne vient pas, c'est qu'il n'est pas prêt et qu'il faut retravailler en-dessous; on le fait parfois avec les enseignants. Mais globalement, les jeunes bougent assez bien. Plus on va vers eux et plus ils ont facile de venir vers nous, plus on va se faire voir et plus ils vont venir » (Psychologue dans un Centre PMS).

« [...] il y a des élèves que je suis de la première à la rétho où les parents n'ont jamais été mis au courant que je les suivais de la première à la rétho et voilà, et c'est très bien comme ça. [...] parfois c'est difficile de réorienter parce que la relation se crée, parfois c'est difficile de réorienter parce qu'il n'y a pas de budget derrière, donc voilà. Et parfois c'est difficile de réorienter parce que les parents ne sont pas au courant qu'il y a un mal-être et qu'il est suivi, donc voilà tout ça fait qu'effectivement on peut avoir des suivis long-terme » (Zoothérapeutique et psychologue dans un centre PMS).

« (en parlant du PMS) Je pense que c'est bien, je pense que c'est bien fait aussi, parce que ça se trouve dans l'école et puis l'école c'est souvent l'endroit où on est, il se présente à toi alors que tu es en primaire - je pense que c'est quand on a en dessous de 12 ans quand on est en primaire - je pense que c'est bien d'avoir ça du coup. Comme ça si ça va pas, si ça va vraiment pas à la maison, ben à l'école, tu es obligée d'être à l'école, du coup à l'école tu peux trouver une personne. Donc oui c'est bien, c'est bien fait » (Esma).

« Plus de prévention à tous les enfants mais surtout aux professeurs aussi, parce que je me dis que tous les professeurs ne sont pas au courant de ça et que les professeurs, justement, en parlent aussi. Je dis pas tous les jours mais presque un peu, en classe, évoquer un peu ces choses- là et en parler plus, je trouve » (Jules).

« [...] je pense que le prof doit être plus attentif de tout ce qui se passe dans les cours de récré, tout ça, parce que l'air de rien les profs disent que oui ils ont un rôle éducatif dans le sens qu'ils apprennent aux élèves, mais ils ont un sacré rôle éducatif pour faire d'eux entre guillemets des bonnes personnes. Je pense qu'ils disent oui ils ont leurs parents etc. mais d'accord après ils ont quand même un grand rôle je veux dire sur une journée entière de l'école, c'est plus quand même les profs qui passent le temps avec les élèves que les parents. Donc parfois ils ne se rendent pas compte qu'ils peuvent dire ou quoi, je crois que c'est impossible d'avoir la responsabilité sur le dos mais après je pense qu'ils devraient faire beaucoup attention aux harcèlements parce que nombre de fois où les élèves disent non ça va etc. Par des petits signes, ils devraient avoir une formation rien que ça pour voir un peu comment ça se passe pour aider ce jeune parce qu'après ça fait des mauvaises points et puis les parents tombent sur le dos aussi de l'élève et ça fait boule de neige tout ça parce que le prof ne voit pas tout ce qui se passe, je ne dis pas qu'on peut voir à chaque fois, mais en tout cas on peut éviter certaines choses » (Julie).

« [...] je vais l'admettre, certains professeurs, éducateurs d'école que j'ai connus aussi, qui aiment bien rabaisser les élèves et les mettre mal, leur dire de faire semblant d'être en dépression ou autre [...] » (Kirito).

« [...] les profs, il ne faut pas se leurrer, clairement ils remarquent quand même qu'un élève s'en va une fois par semaine, fin ils sont quand même bien au courant. Mais ils savent aussi que s'il n'y a rien à dire, enfin on ne dira rien, il y a des choses qui ne rentrent pas dans le cadre scolaire, il y a des choses qui n'ont pas d'influence sur le cadre scolaire et donc ben ça ils, c'est très frustrant pour certains profs parce qu'effectivement voilà ils savent qu'il y a quelque chose qui ne va pas mais en même temps on ne dit rien. Mais par contre moi ça m'arrive de poser la question en disant : 'Ben voilà, écoute, tu te rends compte de ce que tu vis à la maison, est-ce qu'on n'avertirait quand même pas le conseil de classe que c'est compliqué et que donc on doit être attentifs aussi à tes points, de se dire que ce n'est pas parce que tu ne fais rien mais parce que voilà ... » (Zoothérapeutique et psychologue dans un centre PMS).

Selon certains jeunes, les médecins généralistes jouent également un rôle crucial dans la diffusion de l'information et la prévention.

« [...] on va voir un généraliste, on va plutôt le voir parce qu'on a la grippe, on pense pas toujours à aller voir le médecin parce qu'on n'est pas bien, on se dit que le médecin va juste me guérir de ma grippe, le médecin généraliste on l'entend pas dans généraliste on perçoit jamais dans cet endroit-là en disant ça pourrait être quelqu'un qui m'aiderait justement à guérir parce que non, ça, ça va pas, je suis pas bien dans ma tête, il faudrait que j'aille voir les services mais, justement, je trouve que le médecin, dans les salles d'attente, il devrait y avoir plus de pubs, de prévention (Jules) ».

« Je comprends tout à fait que c'est compliqué d'en parler aux parents, ou aux proches. Ce que je dirais c'est d'aller voir quelqu'un de compétent, donc un médecin généraliste pour que le médecin le renvoie à quelqu'un qui sera capable d'aider ces jeunes-là parce que ce n'est pas possible de s'en sortir avec les parents » (Julie).

Si les jeunes se rejoignent pour affirmer que le médecin de famille soigne la grippe, son rôle dans le champ de la santé mentale ne fait pas consensus, ses compétences en la matière étant questionnées. Cette perception réductrice mériterait peut-être d'être travaillée.

« Je ne lui parle pas; pour moi c'est un médecin il est là pour me soigner et me diagnostiquer si j'ai un rhume ou une grippe, il me donne des médicaments c'est tout, ce n'est pas son rôle de connaître le problème quoi même s'il était depuis tout petit, il n'a pas la formation pour, il est le médecin, c'est tout » (Jean-Kévin).

Section 2. À force de taper sur le clou, on finit par l'enfoncer !

- Un chemin jonché d'obstacles

Même quand la demande est volontaire et claire, des freins économiques et structurels peuvent néanmoins l'empêcher d'être rencontrée.

Comme l'exposent de nombreux professionnels interrogés, des décalages peuvent être observés entre les principes politiques prônés (exposés *supra* dans le titre I, chapitre 3, section 2) et la réalité de terrain.

Les **listes d'attente** freinent considérablement l'accès aux soins en santé mentale. Les services sont, globalement, débordés.

« [...] la finalité finalement de nos interventions c'est de réseauter. Donc à partir du moment où les gens ont plus les capacités de ressources, les outils finalement, on ne va pas rester là non plus toute la vie dans cette famille et donc c'est de réseauter. Et parfois les gens se rendent compte que [...] aller voir un psychologue finalement en individuel pour entamer un réel travail encore plus thérapeutique est indispensable. Et bien on est nous-mêmes confronté en tant qu'équipe mobile à des listes d'attentes des services de santé mentale, des centres de planning et donc le fait d'aller vers des indépendants, ben on, ce n'est pas possible non plus pour des difficultés financières, donc on tourne un peu en rond. C'est comme si on préparait les gens psychiquement à être prêt à aller vers de l'individuel et qu'on se retrouve nous-mêmes coincés parce qu'il n'y a pas de places. [...] pouvoir avoir accès à du médical, à un pédopsychiatre, rien que ça c'est très, très compliqué. La plupart des pédopsychiatres [...] ne prennent plus de nouveaux patients et donc ça manque parce qu'à un certain moment on a besoin d'un avis médical quoi. Donc ça pour nous c'est un manque aussi, toutes les structures sont en manque, il n'y a pas de places dans l'aide à la jeunesse, il n'y a pas de places dans les SSM, il n'y a pas de places dans les plannings, il n'y a de la place nulle part. Donc je pense que ça existe, toutes ces structures existent mais il n'y a pas suffisamment de places après donc ça c'est la question de la liste d'attente mais oui il y a énormément de monde dans... Il faudrait augmenter le nombre de places dans tous ces services-là quoi. [...] Les PMS, ils sont surchargés donc ils font au plus vite pour faire au mieux. Les services d'aide à la jeunesse, c'est pareil donc... Les structures hospitalières il y a de telles listes d'attente que ben voilà c'est l'un après l'autre. Et je pense que justement le manque de temps et de moyens, fait qu'on peut aussi en devenir, en arriver à une violence institutionnelle » (Responsables d'une équipe mobile de crise).

« Nous-mêmes, en première ligne, on a des délais d'attente. [...] À partir du moment où on vous dit qu'il y a une liste d'attente de 6 mois et qu'on a le jeune en pleine phase de crise : un jeune, c'est comme ça, c'est "tout, tout de suite". On a été jeune aussi et c'est normal quand vous avez quelque chose qui vous tient à cœur. Les émotions chez les jeunes, elles bouillent et donc, à partir du moment où on répond 4 mois après à la demande qui a été faite trois semaines avant, à un moment donné, on n'est plus en phase avec la réalité du jeune et c'est dommage. [...] un jeune qui va s'éteindre d'un point de vue psychologique parce qu'il a fait une demande et qu'elle n'a pas été entendue - pas forcément s'éteindre mais mettre en stand by ce qu'il avait sur le cœur - est-ce que ce n'est pas passer à côté de quelque chose ? C'est comme une plaie qui s'infecte » (Psychologue dans un Centre PMS).

« Normalement le PMS est un service de guidance et donc au final, on devrait orienter vers l'hôpital qui devrait continuer à garder un suivi, mais effectivement ça nous arrive oui, les services sont débordés, ils ne savent pas prendre en charge et donc en sortant de l'hôpital ils disent « ben voilà tu continues ton suivi au PMS » (Zoothérapeute et psychologue en centre PMS).

Au-delà du besoin que les équipes de l'aide à la jeunesse et de la santé mentale soient renforcées, une pénurie de pédopsychiatres est dénoncée par les deux secteurs.

« À la fois quand on voit les délais d'attente pour avoir un rendez-vous rien qu'en consultation chez le pédopsychiatre, on ne peut pas en vouloir aux médecins généralistes qui font comme ils peuvent. Il faudrait plus de possibilités de voir plus vite les jeunes et de plus vite intervenir. Sur le nombre de pédopsychiatre, il y a des concours et on n'est pas beaucoup à être pris et on est

peu de pédopsychiatre formés par an donc il faudrait plus de quota » (Pédopsychiatre dans la clinique pour enfants et adolescents d'une institution de soins spécialisée en psychiatrie et en santé mentale).

« [...] le problème c'est qu'on n'est pas assez nombreux en tant que pédopsychiatre ici dans la région, on n'est pas assez nombreux. À une période, Docteur X s'est installé au service de santé mentale de Y, on a un peu senti. Dès qu'il y a une nouvelle personne qui arrive, il y a une période où ça va mieux et puis pouf c'est le rush. Et puis vous avez aussi des périodes où il y a des demandes. [...] en tous les cas, l'automne et le printemps, c'est deux périodes terriblement épuisantes parce qu'il y a vraiment beaucoup, beaucoup de travail et beaucoup de jeunes qui vont très mal » (Pédopsychiatre en centre de santé mentale et en hôpital).

« Une collaboration, je trouve que ça nous manque. Une collaboration franche avec un pédopsychiatre. Mais c'est compliqué, ils sont overbookés. Ici, par exemple, on a bonne collaboration avec X mais elle ne prend plus de nouvelle demande. [...] c'est compliqué de trouver une collaboration, d'être en action et réaction pour éviter que les gamins ne décompensent en fait. Du coup, moi ce qui m'attriste en fait, c'est de dire parfois que c'est horrible en fait, on doit attendre le passage à l'acte en fait, c'est dommage en fait, mais c'est parfois la réalité » (Travailleurs dans un SRS).

Certaines régions sont moins desservies que d'autres en termes d'offres de soin.

« [...] dès qu'on a besoin de structures d'accueil plus globale, ben il n'y a rien en province de Luxembourg. [...] tout ce qui nécessite une prise en charge pluridisciplinaire de soins hors du milieu familial, il faut d'office aller à Namur, à Liège, à Bruxelles, vers le Luxembourg pour ceux qui ont accès au Luxembourg donc ça manque quand même au niveau de la province du Luxembourg. Ce qu'on n'a pas non plus, donc nous on travaille quand même, on essaye de mettre en place en tout cas au niveau de l'équipe de crises, ce qu'on appelle des lits de crise. Donc vraiment des lieux où vraiment l'enfant peut se retirer du milieu familial pour un délai court de 5 à 10 jours, parce que le niveau de tension en famille est beaucoup trop élevé, [...] mais parfois ça ne nécessite pas de la psychiatrie, donc on travaille tout doucement à des collaborations avec d'autres secteurs. Mais voilà il n'y a encore pas grand-chose qui existe » (Responsables d'une équipe mobile de crise).

« [...] ce n'est pas rien de dire que les services sont tous dans le centre-ville, tout le monde n'habite pas dans le centre-ville, il y a plein de petits villages, on a pas forcément de voiture, s'il faut prendre le bus pour faire quelque chose qui est au départ chiant, si tu vas encore prendre le bus, voilà il y a de moins en moins de motivation pour aller là » (Jean-Kévin).

Le coût des suivis est également pointé par les jeunes, comme les professionnels. Les services gratuits ne sont pas assez valorisés et sont donc limités dans leur champ d'action.

« Je pense qu'il n'y a pas assez de services qui ne coûtent pas, [...] cela coûte aux familles et les familles qui en ont le plus besoin, je veux pas dire qu'elles n'y ont pas accès, mais quasi quoi. Plus les familles sont isolées et plus le travail de terrain est conséquent. Aller chercher les gens est nécessaire. [...] Pour les services existants, il n'y a pas assez de moyens. Il ne faut pas nécessairement remettre un service en plus surtout avec la multiplicité des services » (Psychologue dans un Centre PMS).

« Il y a des prises en charge de l'aide à la jeunesse vers des thérapeutes indépendants, mais ça ne couvre pas tous les frais, l'aide à la jeunesse prend en charge 30 €, les indépendants demandent beaucoup plus que 30 €. [...] le système ne permet pas, en tout cas facilement, d'avoir accès à de la thérapie sans frais en fait. Et donc effectivement et les jeunes et les familles ne peuvent pas toujours. [...] tous les bilans neuropsychs qui coûtent vraiment cher, parfois on se dit que c'est vraiment nécessaire pour comprendre mieux certains comportements infantiles et donc ces familles-là n'ont même pas accès à ce genre de bilans. Ça c'est vraiment dramatique. [...] c'est des prix complets, c'est des prix pleins comme tout thérapeute, neuropsychy ou autres donc en fonction du type de bilans ça tourne entre 250 et 500 € le bilan. Donc non il n'y a pas du tout de prise en charge moins élevée, les seules alternatives donc c'est : 1) les remboursements de mutuelle, pour autant de nouveau que tout le monde soit bien en ordre de mutuelle; et 2) c'est l'aide à la jeunesse mais avec des placements quoi. [...] il y a des bilans qui peuvent être faits en milieu hospitalier, mais de nouveau il y a des frais quand même mais moins élevés que chez un thérapeute indépendant » (Responsables d'une équipe mobile de crise).

« [...] c'était payant et que je ne pouvais pas me permettre de payer un service à ce moment-là » (Kirito).

« [...] même des amies m'en parlaient qu'elles auraient besoin d'aide mais le volet finances ça freine, du coup ils ne se font pas aider, et c'est dommage quoi » (Julie).

Des inégalités sont également relevées, selon le type de suivi choisi, quant au remboursement des frais engagés.

« Je vois des patients qui, psychiatriquement et médicalement, ont besoin d'un médecin, psychiatre, pédopsychiatre. Je vois plein de situations où il ne faut pas que ce soit spécialement un psychiatre qui voit la personne, [...] ça peut être géré par d'autres que moi. Il y a aussi des questions financières, ça coûte maximum 8,50 euros chez moi, ça coûte minimum 45 à 50 euros un psychologue en consultation, la différence de prix est très grande. Il y a des jeunes qu'on pourrait voir moins souvent et orienter si on avait de l'aide extérieure mais les tarifs ne sont pas toujours abordables et parfois on garde des situations qu'on voit souvent régulièrement parce que c'est un peu plus social et qu'on peut pas envoyer les gens en consultation chez les psychologues car c'est trop cher » (Pédopsychiatre dans la clinique pour enfants et adolescents d'une institution de soins spécialisée en psychiatrie et en santé mentale).

« Les thérapies alternatives, elles les prennent plus que les psys classiques. Oui oui. On a travaillé avec des art-thérapeutes, mais il faut toujours que ce soit un psychologue qui ait une formation. Ça c'est juste aussi des questions financières, la DGAI ne paie que des psys conventionnés. [...] Du coup, notre asbl et notre directrice pédagogique qui est, elle, psychologue de formation, est très sensible à toutes ces approches alternatives. Elle se démène pour trouver aussi quelque part des fonds et des projets pour qu'on puisse faire appel à un kinésiologue, à l'équithérapie, la musicothérapie, pour qu'on puisse avoir un autre panel » (Travailleur dans un SRS).

La lourdeur des démarches administratives peut également mettre à mal l'accès aux soins.

« [...] on ne travaille plus, nous, avec les services de santé mentale, depuis des années. On n'a pas de place. Il y a des listes d'attente, des listes d'attente... On est sur des particuliers qui

acceptent le tarif aide à la jeunesse aussi. On est à 37,14 euros une séance, les psys en général ils demandent 50 boules. [...] une fois, on a trouvé un psy qui accepte de travailler avec nous et avec le tarif. Ok. Mais alors on doit tendre un dossier, il doit nous faire un devis, en disant qu'il accepte de travailler avec nous, à raison d'une séance à 37,14 euros. Oui, on doit avoir une ordonnance du médecin traitant, qui dit : « la jeune a besoin de 12 séances ». Maintenant moi je suis par année. Et ça, nous, on renvoie au siège administratif de notre asbl, qui doit envoyer ça au SPJ, pour que le SPJ marque son accord et puis ça remonte à la DGAJ. Et puis c'est traité, et puis on a un accord. Vous imaginez le temps de délai ? Alors que nous, quand on arrive à décrocher le oui, c'est là ! Ou quand on a des gamines qui se font violer et que c'est maintenant qu'il faut le psy. Heureusement, on travaille avec le service X, on a quand même des rendez-vous, d'accord. Mais parfois il faut aussi une autre approche, c'est un monsieur qu'on a souvent là-bas, il faut une dame » (Travailleur dans un SRS).

Enfin, des élans de collaboration entre secteurs sont ralentis par des choix politiques. Selon l'IWSM, la répartition des compétences et des subsides qui les accompagnent mettent en difficulté le travail en réseau : « Les services manquent généralement de moyens pour réaliser le travail en réseau nécessaire (...) Force est de constater que le morcellement des pouvoirs liés à la communautarisation et la régionalisation a un impact particulièrement négatif dans le cadre des situations qui nous réunissent. A la complexité intrinsèque de celles-ci en termes diagnostique et curatif, se surajoutent la complexité administrative du système belge et sa répercussion sur l'organisation du travail en réseau. Notons à ce sujet qu'il serait bon de s'inspirer de ce qui se passe en Flandre où les compétences communautaires et régionales sont regroupées, mais aussi la prise en charge de « Jeunes en difficultés » qui dépend d'un seul ministre, celui du « bien-être », regroupant l'Aide à la jeunesse, les Services de santé mentale et le handicap. Constatons néanmoins que ce contexte favorable n'empêche pas des difficultés dans les collaborations intersectorielles. Nos collègues du Nord du pays font les mêmes constats que nous concernant les jeunes « incasables » et tentent des projets novateurs en matière de travail en réseau »¹⁸⁸. L'avis du juge de la jeunesse interrogé va dans le même sens.

« Moi je plaide vraiment pour travailler santé mentale, AVICQ et aide à la jeunesse et pas l'un après l'autre ou l'un avant l'autre, c'est ensemble qu'il faut travailler. Mais je ne sais pas comment faire parce que nous on n'a pas la maîtrise. Moi déjà Juge de la jeunesse, je n'ai pas la maîtrise de l'aide à la jeunesse. Et tout ce qui est services d'aide à la jeunesse, ils sont souvent fâchés. Le (SPJ), il me dit souvent : "Moi j'en ai marre, j'en ai marre, parce qu'on ne m'écoute pas". Mais je dis : "Mais ils ont leurs propres logiques, [...] leurs propres contraintes, leurs propres subsides dans les hôpitaux". [...] c'est fédéral tout ce qui est hôpitaux. [...] à mon avis ils ont connu ça trop longtemps : des jeunes qu'on a laissés comme ça dans des structures hospitalières et ce n'était pas le but [...] » (Juge de la jeunesse).

Selon ce juge de la jeunesse, la question des subsides est déterminante : si le magistrat place un jeune en hôpital, c'est l'INAMI et donc le fédéral qui prend en charge. Il faut vérifier que la famille ait une mutuelle et, dans la négative, contacter le CPAS. Par contre, si le jeune est placé

¹⁸⁸ IWSM, *op. cit.*, p.28.

en IPPJ, c'est l'aide à la jeunesse qui paie. De manière générale, des restrictions sont donc observées au niveau des structures hospitalières.

« Ils veulent essayer de déplacer, ce qui est bien moi je trouve, les subsides pour les services extérieurs. Seulement, ils oublient que dans un certain cas il faut absolument une structure » (Juge de la jeunesse).

« Chaque jeune a un parcours particulier et une évolution particulière, on doit s'adapter à chaque jeune et la durée doit être en fonction de la situation clinique. Financièrement les hôpitaux dépendent des durées d'hospitalisations et ça fait partie de notre travail de ne pas faire crouler l'hôpital car on n'aide pas nos patients si on ne sait plus les faire accueillir par l'hôpital. On est sous tension entre les deux : entre tenir compte de l'évolution du patient et tenir compte du fait que le moyen de subsidier les hôpitaux c'est la durée d'hospitalisation » (Pédopsychiatre dans la clinique pour enfants et adolescents d'une institution de soins spécialisée en psychiatrie et en santé mentale).

– Une perte de confiance envers les professionnels

Pour l'ensemble des jeunes rencontrés, la relation de confiance avec le professionnel est cruciale pour que le travail puisse être fructueux.

Le rupture du secret professionnel – incluant bien sûr le partage d'informations non essentielles - met dès lors à mal la confiance accordée par le jeune à l'adulte qui l'a trahie, et pire, a un impact sur la confiance qu'il accordera aux futurs professionnels qui croiseront sa route. Dans leurs entretiens, les jeunes insistent, avec force, sur l'importance de la relation de confiance et l'impact destructeur des promesses brisées. Il nous a été spécifiquement demandé de relayer ce sentiment de trahison.

Sur la question du secret professionnel, nous renvoyons le lecteur à la capsule vidéo consacrée à cette thématique et à la fiche informative qui l'accompagne, toutes deux disponibles sur le site internet des SDJ.

Une psychologue explique comment elle procède au sein du PMS où elle travaille à mi-temps.

« [...] quand on estime qu'il y a besoin, qu'il y a quelque chose qui est important que l'école sache ou que les parents sachent, on leur (en parlant des jeunes) en parle, on dit : "Tiens au final, est-ce que ce ne serait pas intéressant ou est-ce que tu ne voudrais pas que je téléphone ?". S'il y a un « non » catégorique et s'il n'y a pas de danger pour la personne ou pour quelqu'un d'autre, il y a un non catégorique, fin voilà. C'est comme ça, nous en tout cas, on le pratique comme ça, on n'a jamais sonné dans le dos à un parent ou dit des choses à l'école en disant : "Écoute, il ne veut pas qu'on te le dise mais on te le dit quand même parce que...". Non, non, ça ce n'est pas, non. Nous on est vraiment très stricts sur le secret professionnel, [...] "Je suis inquiète pour toi et donc je suis vraiment désolée, je comprends que pour toi ça ne sera pas facile, mais je ne peux pas te laisser dans cet état-là. Moi en tant qu'adulte responsable, je m'en voudrais qu'il t'arrive quelque chose ou que tu ne sois vraiment pas bien et donc voilà je t'avertis que je vais en parler. Est-ce que tu préfères que je sonne d'abord à papa ? À maman ?". Fin voilà. Mais ça sera en collaboration, ça ne sera jamais dans le dos en disant : "Bon je

décide que j'appelle, je suis trop inquiète quoi, donc voilà » (Zoothérapeute et psychologue en centre PMS).

Cette façon de faire, si elle est en phase avec les prescrits légaux et déontologiques, semble, au regard des témoignages recueillis auprès des jeunes, ne pas être partagée par tous les professionnels.

« [...] j'ai été moquée beaucoup de fois par rapport à mes hospitalisations voilà parce que le directeur n'a rien trouvé de mieux que de le dire à ma classe où j'étais et le pourquoi et je trouve ça vraiment pas professionnel ça a été une grosse, grosse faute » (Lucette).

« [...] les adultes, je n'ai quasi plus du tout confiance [...] ils ont parlé à mes parents, sans que je ne leur demande en fait. Ils avaient promis qu'ils n'en parleraient pas [...] » (Laura).

« [...] quand j'étais au centre scolaire X, ils (PMS) ont pris contact avec le SPJ, avec mon assistante sociale et avec mes parents, la connerie qu'ils ont faite parce que tout ce qu'on leur a dit, c'est confidentiel et ils ont tout balancé. [...] le secret professionnel, c'est le secret professionnel. [...] Ils m'avaient promis qu'ils ne diraient rien. [...] j'ai appris par mes parents et l'assistante sociale, et mes parents étaient assez vénères parce que je n'avais pas l'autorisation d'aller au centre PMS » (Florian).

« (en parlant de la psychologue de l'internat) [...] c'était bien mais d'un côté si ça pouvait être plus, des fois plus vifs, plus rapide et qu'ils agissent un peu plus vite et plus de prévention et vraiment qu'ils en parlent plus et qu'ils aillent vraiment vers les jeunes et que les jeunes comprennent qu'ils peuvent avoir confiance, qu'ils peuvent en parler et surtout aussi évoquer le secret professionnel que tout le monde ne connaît, peut-être, pas, en disant que on leur explique mais ils n'ont pas à aller raconter à tout le monde, parce que je crois que c'est la peur de beaucoup, c'est qu'on aille le raconter à tout le monde et que tout le monde sache et juge. [...] les copains ou même, des fois, certains éducateurs à l'internat [...] » (Jules).

III. Analyse des entretiens

Cette proposition d'analyse a pris forme sous la plume de Saki Kogure de l'ASBL RTA.

« Je ne voulais plus vivre, je ne voulais plus vivre avec mon père, je ne voulais plus vivre avec mon frère, je ne voulais plus vivre avec personne, je voulais juste partir et qu'on m'oublie... dans un trou » (Kiritō).

« J'ai des hallucinations comme ça, comme quand j'ai regardé mes rideaux parce qu'il y avait un oiseau, et moi j'ai cru que c'était une dame qui voulait me tuer, avec plein de sang et avec un couteau; c'est des pensées que je vois, et quand je fais des câlins à ma mère, j'ai l'impression de la tuer que ça soit la nuit, des fois quand je dors avec ma mère, j'ai peur de la tuer la nuit » (Chantal-Diégo).

Les jeunes que nous avons interviewés ont traversé des moments extrêmement durs. À tel point que la vie leur est pour certains devenue insupportable, et la mort la seule solution. Même si l'être humain appuie son existence sur le désir de vivre, la réalité douloureuse peut l'affaiblir et le faire disparaître.

Le but de cette étude est de comprendre les trajectoires des jeunes et d'interroger les services psychiatriques et ceux de la santé mentale. 17 jeunes nous ont témoigné leur expérience vécue dans le champ de la santé mentale. Ces expériences sont tout à fait singulières. Chaque jeune nous a raconté son vécu et sa trajectoire, ses différences et singularités. En effet, le soin ne concerne jamais une démarche générale, mais aussi et surtout une expérience singulière.

Pourtant, il nous semble qu'il y a certaines similitudes dans les trajectoires des jeunes. Malgré le fait que nous sommes d'accord avec l'humanité, la gentillesse et la bienveillance définissant le travail des professionnels, les jeunes ont également parlé du dysfonctionnement des services. Quelles sont les causes déficientes ? Qu'est-ce qui manque plus précisément ? Nous essayerons d'analyser principalement les analyses que les jeunes font de leur trajectoire sans nier les émotions qui y sont présentes.

Afin d'y arriver, nous avons choisi la théorie de l'acteur-réseau (ou la sociologie de la traduction) en tant que méthodologie. Nous allons la présenter et justifier notre choix avant de l'exploiter. Notre étude en tant que telle est scindée en deux. Dans un premier temps, nous nous concentrons sur les analyses faites par les jeunes (chapitre 1, 2, 3 et 4). Dans un second temps, il s'agit d'entendre l'écho des professionnels par rapport à ce dont les jeunes ont témoigné (chapitre 5).

Pour donner une forme à nos analyses, nous avons choisi de citer la parole des jeunes et des professionnels qui est représentative du thème que nous abordons dans notre étude.

Chapitre 1. Méthodologie

Section 1. La théorie de l'acteur-réseau ou la sociologie de la traduction

Pour mieux structurer notre analyse, nous avons choisi une méthodologie qui s'appelle la théorie de l'acteur-réseau. Il s'agit d'une approche sociologique développée à partir des années 1980 en France par notamment Michel Callon, Bruno Latour et Madeline Akrich. Cette approche a également un autre nom : la sociologie de la traduction¹⁸⁹.

Essayons de comprendre tout d'abord la théorie de l'acteur-réseau ou la sociologie de la traduction. Nous pouvons y observer trois mots clés : acteur, réseau et traduction. Voyons tout d'abord les deux premiers mots : acteur et réseau. La sociologie de la traduction considère une société comme un réseau de plusieurs acteurs. Les acteurs sont humains, mais aussi non-humains¹⁹⁰. Il est important de comprendre que le statut de chaque acteur est égal. Il n'y a aucun critère extérieur qui pourrait déstabiliser cette symétrie.

Maintenant parlons du mot « traduction ». Pourquoi utilise-t-on ce mot ? En effet, pour construire un réseau d'acteurs, chaque acteur doit se connecter. Mais pour le faire, il faut créer une rencontre et une alliance entre les acteurs. Cette alliance ne peut pas être faite sans aucun processus. Ce processus-là s'appelle « traduction »¹⁹¹.

*« Par traduction on entend l'ensemble des négociations, des intrigues, des actes de persuasion, des calculs, des violences grâce à quoi un acteur ou une force se permet ou se fait attribuer l'autorité de parler ou d'agir au nom d'un autre acteur ou d'une autre force »*¹⁹².

La traduction signifie l'ensemble de tous les processus – proposition d'une identité, négociation, combat, acceptation d'une nouvelle identité etc. –. Ce qu'il faut souligner, c'est que selon Callon, notre subjectivité n'est pas faite une fois pour toutes, mais est construite dans une multiplicité de rapports sociaux. Notre identité est donc l'effet d'une série d'interactions sociales. C'est comme si nous devions *traduire* successivement notre intérêt et notre identité, mais aussi ceux des autres, pour que nous puissions réussir à créer du lien avec les autres.

Les étapes de la traduction sont les suivantes (dans la pratique, ces quatre étapes sont souvent mélangées, mais pour saisir le processus, essayons de les schématiser) :

La problématisation : le moment où on propose une identité tout en posant des questions.

¹⁸⁹ M. CALLON, B. LATOUR et M. AKRICH (éd.), *Sociologie de la traduction : texte fondateurs*, Paris, Presse des Mines, Sciences sociales, 2006.

¹⁹⁰ Par exemple, Marie aime jouer du piano. Pierre aime aussi le piano. Et c'est grâce au piano que Marie a rencontré Pierre. Alors un petit réseau est né : Marie-piano-Pierre. Le piano est également un acteur, comme Pierre et moi.

¹⁹¹ Considérons le même exemple : Marie-piano-Pierre. Marie veut sortir avec Pierre, elle veut lui donner une identité de petit copain. Pierre quant à lui, cherche une pianiste pour organiser un concert. Au départ, leurs intérêts sont différents. Chaque acteur – Marie et Pierre – va tenter de séduire, négocier et donner une identité à l'autre acteur.

¹⁹² M. CALLON et B. LATOUR, « Le grand Léviathan s'apprivoise-t-il ? », in M. CALLON, B. LATOUR et M. AKRICH (éd.), *op. cit.*, pp. 12-13.

L'intéressement : le moment où on essaie d'entrer concrètement dans une relation avec un autre. Il s'agit de créer le « entre » : entre moi et toi. Chaque acteur devient l'intermédiaire des autres acteurs. Toutes les actions comme la négociation, le développement des questions sont nécessaires pour que l'intéressement réussisse.

L' enrôlement : le moment où on invente et accepte un nouveau rôle pour se connecter à un autre acteur.

La mobilisation : le moment où le réseau se mobilise. Il devient stable et grand grâce aux controverses (une opposition, un intérêt différent...). La controverse nous oblige à entrer dans la négociation et c'est cette négociation qui rend possible de consolider et accroître le réseau.

Pour que chaque étape réussisse, il faut être vigilant et saisir si chaque acteur est suffisamment honnête et transparent, s'il partage les mêmes règles. Cette vigilance est indispensable pour que la relation n'entre pas dans un rapport de domination ou de maltraitance.

Section 2. Pourquoi utiliser cette théorie de l'acteur-réseau ?

Nous utilisons donc cette théorie de l'acteur-réseau ou la sociologie de la traduction pour notre étude. Mais pourquoi l'utilise-t-on ? Principalement, nous avons deux raisons.

Tout d'abord, parce que nous considérons qu'entre les jeunes et les professionnels, il n'y a aucune dysmétrie lorsque nous pensons à la potentialité de chaque acteur. La potentialité du soin existe tant chez les jeunes que chez les professionnels. Il ne faut donc pas considérer que les professionnels possèdent une connaissance qu'ils doivent donner aux jeunes. La pratique du soin est fondamentalement partagée entre les jeunes et les professionnels. Ils sont co-acteurs. Grâce à leur alliance et leur collaboration, le réseau du soin et de l'aide est possible.

Pourtant ce principe de symétrie ne doit pas être compris comme étant une responsabilisation des jeunes. Nous soulignons que le mineur n'a pas le même statut que l'adulte. Cette différence générationnelle doit être maintenue pour que les jeunes puissent avoir leur place dans la société tout en étant respectés dans le rythme de leur développement (biologique, physique, psychique, social...).

Nous maintenons également ce principe de l'égalité pour notre étude. En fait, notre démarche consiste fondamentalement à construire notre étude au départ de l'analyse faite par les jeunes. Nous les considérons comme notre partenaire d'étude.

La deuxième raison de notre choix se trouve dans notre souhait d'affronter la diversité d'intérêts des jeunes et des professionnels, sans tomber dans un discours moralisateur. Nous pensons que le fonctionnement des services ne dépend pas nécessairement de la personnalité de chaque individu. Quand la pratique du soin ne fonctionne pas, c'est parce que nous pouvons observer un « débordement » d'intérêts différents. Et il nous semble important de travailler sur ce débordement sans nous y noyer.

La sociologie de la traduction nous aidera à affronter ce débordement d'intérêts différents, car cette méthodologie nous apprend que chaque acteur n'a pas le même intérêt. En effet, cette différence-même rend possible la création du réseau. Nous essayons de comprendre comment

les jeunes et les professionnels peuvent créer leur réseau de soin et d'aide grâce à la confrontation avec la différence d'autres acteurs.

Nous ne sommes pas attentifs au seul moment où la construction du réseau réussit, mais également à son échec. Pourquoi, parfois, le réseau entre un jeune et un professionnel ne fonctionne pas ? Où peut-on trouver le blocage ? Comment faut-il le résoudre ? Pour détecter le blocage et réfléchir sur une solution possible, nous suivons chaque étape de la sociologie de la traduction – la problématisation, l'intéressement, l'enrôlement et la mobilisation – tout en analysant le témoignage des jeunes et celui des professionnels.

Chapitre 2. Le porte-parole

Avant de commencer à analyser chaque étape de la construction de l'acteur-réseau, nous allons prendre du temps pour réfléchir sur le porte-parole des services. En effet, il est important de saisir les conditions par lesquelles les jeunes peuvent avoir accès aux services de la Santé mentale et ceux de l'hôpital psychiatrique. Si les jeunes n'ont pas l'accès aux services, il est impossible de parler de *construction* d'acteur-réseau. Tout d'abord, il faut saisir une porte d'entrée.

Les porte-paroles traduisent un service dans leur propre langage. Comme le dit Callon, traduire n'est pas seulement se déplacer d'un côté à l'autre, « traduire, c'est également exprimer dans son propre langage ce que les autres disent et veulent, c'est s'ériger en porte-parole »¹⁹³. Ce qui est original dans la théorie de l'acteur-réseau, c'est non seulement le fait que les porte-paroles sont changeables au niveau des personnes, mais également le fait que ça concerne des entités non-humaines¹⁹⁴. Les objets peuvent jouer ce rôle de porte-parole. Par exemple, un jeune peut trouver un service d'aide grâce à une vidéo diffusée sur internet. Dans ce cas-ci, la vidéo est le porte-parole de ce service. Une affiche ou un texte peut aussi être un porte-parole. Nous pouvons donc observer que le principe de symétrie s'élargit de l'entité humaine jusqu'à l'entité non-humaine. D'une certaine manière, qu'il s'agisse de l'expert ou pas, tout le monde a potentiellement l'occasion de jouer le rôle de porte-parole. L'enjeu est ainsi d'interroger la légitimité de ce rôle.

Section 1. La stigmatisation

Selon la parole des jeunes, la mauvaise représentation de la psychiatrie et/ou la Santé mentale encore bien présente dans notre société empêche d'avoir accès aux services. En effet, parfois la porte-parole des services n'a pas vraiment de légitimité. Chantal-Diégo et Jules mentionnent ce point :

« C'est vrai qu'il y a des hôpitaux vraiment pour les psychiatries qu'on peut tuer les gens, ceux qui sont schizophrènes comme moi apparemment je le suis, j'ai appris ça il n'y a pas longtemps, ma

¹⁹³ M. CALLON, « Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins pêcheurs dans la Baie de Saint-Brieuc », in *L'Année sociologique*, n° 36, 1986, p. 204.

¹⁹⁴ B. LATOUR, *Pasteur : guerre et paix des microbes*. Suivi de *Irréductions*, Paris, La Découverte, 2011, p. 136.

mère me l'avait dit et toute ma famille le dit, apparemment ça a été justifié par un médecin moi je ne suis pas au courant, à mon avis c'est encore une blague qu'elle me raconte » (Chantal-Diégo).

« J'ai l'impression qu'il y en a qui en parlent comme d'une prison, comme si c'était un endroit où tu es enfermé, tu pouvais pas bouger, tu peux rien faire, comme certains jeunes en parlent on a l'impression que c'est un endroit où tu es attaché à ton lit, où tu peux pas bouger, c'est vraiment ça » (Jules).

Lorsque les jeunes entendent des idées fausses par rapport aux services, cela les éloigne évidemment des services. La mauvaise image produit sans tarder de la stigmatisation. Par exemple, plusieurs jeunes ont parlé des Centres psycho-médico-sociaux (le PMS). Celui-ci se situe au sein de l'école tout en étant un organisme indépendant de l'école. Pour les jeunes, il est facile d'y avoir accès. Mais certains jeunes ont peur d'y aller à cause de la stigmatisation. Annette en témoigne :

« On est informés de l'existence du PMS mais de nouveau je trouve que c'est, c'est très stigmatisé, c'est vraiment pour les jeunes à problèmes entre guillemets et ouais et c'est fort stigmatisé et du coup on n'a pas tendance à aller vers le PMS parce que justement... enfin moi je trouvais que c'était fort stigmatisé » (Annette).

Annette répète le mot « stigmatisé ». Selon elle, le PMS est tellement stigmatisé que les jeunes ont honte d'y aller.

« Par exemple, les élèves quittaient le cours et on savait très bien qu'ils avaient un petit papier blanc et que c'était une convocation on va dire au PMS. Du coup, on savait pourquoi ils quittaient la classe et on collait une étiquette je pense sur l'élève. Et du coup, moi ça me, ça me repoussait dans l'idée d'aller voir le PMS » (Annette).

De plus, certains jeunes doutent de la compétence du PMS. Julie dit :

« Si c'était vraiment des bons psychologues ils ne travailleraient pas au PMS (...) je veux dire que c'est une idée reçue. Donc il y a ce volet finance là-dedans où on pense qu'en mettant plus d'argent dedans on va avoir des gens compétents, alors que pas forcément » (Julie).

Lorsque les jeunes incorporent la stigmatisation, des émotions comme la honte et la culpabilisation naissent. Lucette l'explique très bien :

« En fait au début, et faut savoir que j'ai eu honte en fait d'être passée par ces états-là parce qu'on me faisait penser que c'était une honte en fait on me mettait une étiquette sur le front que ce soit au niveau de la famille que ce soit au niveau des copains à l'école j'étais vue vraiment comme la folle tout ça quoi même mes sœurs et mes parents faisaient des différences avec les enfants et ça m'a fort, fort touchée en fait parce que à ce moment-là, je m'intéressais fort au regard des autres en fait et puis au début j'osais pas chercher de l'aide parce qu'on me le reprochait « oui toi, tu as tout le temps besoin d'aide » « tu ne t'en sortiras pas » (...) je me sentais vraiment mal, je me culpabilisais moi-même en fait d'avoir bénéficié d'aides en fait parce que je pense si on m'avait dit c'est pas grave c'est normal ça arrive à tout le monde de se sentir mal dans sa peau, je ne l'aurais peut-être pas vécu comme ça » (Lucette).

Lucette analyse bien le problème : en mettant l'étiquette « anormal » ou « fou », on dévalorise les autres, que ça soit de manière consciente ou pas.

« Un jour j'ai eu comme remarque "toi tu es différente des autres parce que tu as été en psychiatrie" [...] Je vais jamais dire à quelqu'un t'es un fou ou t'es une folle parce que je sais ce que ça fait que d'entendre ça, c'est blessant quand on en a quelque chose à faire, ça ne l'est plus quand on sait ce qu'on vaut soi-même, voilà mais non je ne pourrais jamais dire à quelqu'un qu'il est fou parce qu'il a une maladie mentale qui n'est pas de sa faute » (Lucette).

Produisant la honte et la culpabilité, l'identification au sujet anormal empêche l'accès aux services. Un silence s'est installé jusqu'au moment où Lucette est arrivée à côté de la mort :

« Je me suis tue, j'ai tout, tout gardé en moi, je n'ai montré aucun signe donc heu voilà on porte un masque à ce moment-là en fait on ne dit rien on..., et puis bon voilà à 13 ans j'en pouvais plus et j'ai fait un appel au secours comme on dit ça aujourd'hui moi je pensais à ce moment-là en finir » (Lucette).

Nous devons travailler cette stigmatisation persistante afin que les jeunes puissent utiliser tranquillement les services¹⁹⁵. C'est parce que, comme le dit Lucette, les maladies mentales et les troubles mentaux concernent potentiellement tous les êtres humains, et il n'y a aucun mal de demander une aide.

« Je me dis qu'il y a aucun mal à heu il y a aucun mal à ça, que les aides sont faites pour ça et qu'on passe tous par des moments où voilà on est tous un peu affaiblis par les épreuves des épreuves difficiles, parce que la vie n'est vraiment pas facile, ça c'est sûr et donc voilà, aujourd'hui la psychologue au service de santé mentale c'est de ma propre initiative voilà parce que je pense à ma santé » (Lucette).

Si nous laissons la stigmatisation être le porte-parole des services, d'emblée l'accès à l'aide risque d'être *a minima* retardée de manière préjudiciable, voire pire, être catégoriquement refusée.

Section 2. Accès aux services : volontaire, soutenu ou contraint

Il importe de penser la façon par laquelle un jeune arrive aux services. Est-ce volontaire, soutenu par ses proches ou des professionnels ? Ou bien imposé par eux ? Selon les façons dont on y arrive, la porte d'entrée aux services est colorée par différents types d'affects.

Pour commencer à parler de la porte d'entrée aux services, il faut souligner le manque d'information. En ce qui concerne les services de la Santé mentale, beaucoup de jeunes ne savaient même pas que ça existait.

« Je pense que c'est compliqué quand on est jeune parce qu'on ne sait pas vraiment vers qui se tourner pour avoir un bon suivi et se sentir à l'écoute [...] Pour beaucoup, je pense qu'ils vont vouloir un psychologue, mais ils vont, je pense qu'ils ne se rendent pas compte qu'il existe d'autres endroits que l'hôpital on va dire pour voir un psychologue. C'est l'image que j'avais avant, c'était toujours un psychologue à l'hôpital ou bien dans son cabinet privé, mais je ne voyais pas qu'il y avait les plannings familiaux, qu'il y avait peut-être d'autres services d'aide pour les jeunes » (Annette).

¹⁹⁵ C'est dans ce but que nous créons des outils vidéo avec les jeunes pour sensibiliser d'autres jeunes.

Mais même si le jeune était informé, ce n'est pas facile de commencer sa démarche, comme le dit Marie :

« Le problème c'est que [...] ils n'oseraient pas peut-être faire les démarches seuls » (Marie).

Si c'est tellement essentiel qu'un jeune soit accompagné dans sa démarche, c'est parce qu'il y a une véritable difficulté d'accepter l'existence de son propre besoin d'aide. Le mécanisme de défense nous fait croire que les problèmes ne sont pas graves et qu'on peut se débrouiller. Si le jeune n'a pas eu une bonne expérience des services, ce mécanisme est renforcé. Nous ne voulons pas nous sentir impuissants face aux problèmes. Annette parle de ce paradoxe.

« C'est quand même difficile de faire le pas de se dire « j'appelle » et de prendre rendez-vous, oui c'est quand même difficile je trouve parce que j'en ressens pas forcément le besoin, alors que le besoin est quand même là » (Annette).

Annette a été aidée par ses parents pour prendre un rendez-vous. Non seulement le soutien des proches et/ou des professionnels facilite l'accès aux services, mais permet également de construire le lien de confiance avec un intervenant des services. La chaîne des bonnes relations avec les professionnels se poursuit plus facilement si les jeunes sont déjà inscrits dans des réseaux de soutien et d'amitié.

Une question s'impose : que se passe-t-il si cette aide des proches ou des professionnels ne respectait pas le désir des jeunes ? Bandit apporte une réponse déjà mise en lumière par le SDJ dans sa partie « le travail non mandaté comme adjuvant » (Titre II, Partie 2, Chapitre 3, Section 1).

« Quand on force quelqu'un d'aller voir un psychologue, ben c'est pas vraiment bien. Parce que après on peut se sentir mal » (Bandit).

Personne n'aime se voir imposer d'aller vers des services. En effet, le principal acteur du soin est le jeune lui-même. Florian nous a témoigné qu'il a fugué des centres parce qu'il ne voulait pas se soigner.

« En fait, il faut que ça vienne de la personne elle-même, si la personne ne veut pas se sauver soi-même ça sert rien de forcer la personne à y aller parce que je me suis quand même mis en danger en sortant » (Florian).

En même temps, parfois, un adulte doit plus ou moins forcer les jeunes d'aller aux services. Par exemple, la mère de Jean-Kévin n'a jamais abandonné de chercher une aide à l'extérieur :

« Elle [ma mère] m'a dit : " tu vas, mais si tu veux, tu ne parles pas, mais tu vas" » (Jean-Kévin).

Même si Jean-Kévin devait voir beaucoup de psychologues et si les séances, « ça ne servait à rien », le désir de sa mère que son fils bénéficie du soin était décisif pour trouver une aide adéquate. C'est ce désir qui a rendu possible la rencontre avec un soignant que Jean-Kévin appréciait. Il raconte :

« C'est maman qui connaissait sa femme, elle était à l'école avec elle, elle a contacté, donc au final ma maman a bien fait de chercher » (Jean-Kévin).

Non seulement une certaine insistance ou persistance est nécessaire, mais aussi parfois indispensable. Alice nous a parlé de son expérience à l'hôpital psychiatrique. Elle refusait le

soin par peur d'être abandonnée par les soignants : pour ne pas se blesser à cause de l'abandon qui viendrait, il faut abandonner l'aide par elle-même. Comme cela, elle n'a pas besoin de se sentir impuissante, car c'est elle qui la refuse activement.

« Au début, donc c'est une durée de six semaines, je ne me suis mise au travail qu'à partir de la quatrième semaine donc, durant les deux dernières semaines, c'est les deux dernières où j'étais vraiment au travail parce que j'ai refusé inconsciemment de me mettre au travail avant par peur de quitter le service, peur qu'on me lâche, qu'on m'abandonne encore une fois... » (Alice).

Une fois, que l'anticipation – un des mécanismes de la défense – s'est calmée, Alice pouvait se mettre au travail. Avec le recul du temps, Alice pense que cette aide a été positive dans sa vie.

« Ils ont, comment dire, ils m'ont clairement foutu un coup de pied au cul, pour que enfin, ils m'ont mis un coup de pied au cul pour que je me réveille un petit peu parce que j'étais là, j'étais là mais euh voilà... D'un côté, ils ont très bien fait car quand je vois comment je suis maintenant alors oui, il y a énormément de travail à travailler, ça m'a servi, j'ai grandi en fait... » (Alice).

Parfois l'encadrement contraint est indispensable pour que les jeunes puissent avoir accès aux aides. La liberté ou la flexibilité ne suffit pas/plus si on veut aider adéquatement les jeunes¹⁹⁶.

« Je ne pense pas qu'il faut partir vers le libre choix, je ne pense pas du tout [...] Je pense qu'il faut la contrainte mais pas la contrainte pour rien, j'ai envie de dire il faut vraiment que la personne au-dessus essaye d'aider la personne pas de voilà se faire un dossier ou un truc comme ça il faut vraiment essayer d'être dans le truc d'être dans l'humain » (Esma).

Nous supposons que tous sont d'accord de dire que l'humanité, la gentillesse et la bienveillance sont indispensables pour le soin. Pourtant, « Être dans le truc » n'est pas évident. Nous allons parcourir chaque étape de la construction de l'acteur-réseau afin de saisir les causes déficientes.

Chapitre 3. La problématisation

Selon la méthodologie de la sociologie de l'acteur-réseau (ou la sociologie de la traduction), c'est la problématisation qui est la première étape du processus de traduction, à savoir la première opération de la construction du réseau. La problématisation consiste à poser des bonnes questions, plus précisément à formuler des problèmes pertinents en proposant une identité aux acteurs. Autrement dit, il s'agit de la première tentative de traduction : poser des bonnes questions, *mettre des mots* sur des blocages, sur ce qu'on ne comprend pas tout en essayant de produire une identité.

Les témoignages des jeunes nous apprennent que lorsque la problématisation de départ n'était pas bien faite et qu'aucune modification (de cette problématisation) n'a pu avoir lieu, non seulement l'aide n'est pas efficace, mais de surcroît la réalité des jeunes va s'aggraver à cause d'une longue lutte contre l'identité qui leur est imposée. Le sentiment de ne pas être cru et de

¹⁹⁶ Soulignons cependant que l'accès aux services peut être mal vécu et mettre à mal la construction du lien qui lie les professionnels et les jeunes. Ce n'est pas simple de travailler ce nœud, ce lien, car les jeunes n'ont pas les mêmes désirs et besoins, raison pour laquelle il faut toujours prendre en considération *la spécificité* des contextes d'action dont on parle.

ne pas être compris s'amplifie. Les jeunes éprouvent la difficulté de s'inscrire dans une communauté humaine à cause de l'impossibilité de s'inscrire dans l'ordre d'une réalité partagée.

Section 1. Le cas d'Hélène

C'est le cas d'Hélène. Elle est suivie, depuis qu'elle est très jeune, par les services sociaux, d'abord au PMS et puis au SAJ et au SPJ. Son problème consistait dans la maltraitance de sa mère tant par rapport à elle que par rapport à son père. Quand ses parents ont divorcé, elle pouvait habiter chez son père avec qui elle s'entendait bien. Mais sa mère a commencé à porter des accusations contre son père en déposant des faux témoignages de ses comportements incestueux envers sa fille. Malgré le fait que Hélène et son père disaient la vérité (car il n'y avait aucune preuve de violence de son père), le SPJ a continué à suspecter le père. D'ailleurs, une intervenante qui accompagnait la mère manquait de neutralité, car elle était la meilleure amie de sa mère.

« Quand j'ai commencé à raconter à l'intervenante toute la vérité qui était que ma mère m'a trompée, elle était très abusive psychologiquement et qu'elle m'utilisait comme une poupée [...] personne ne croyait, personne ne m'a crue et personne ne m'a jamais crue et tout le monde a pris ma mère » (Hélène).

C'est à partir du moment où la parole d'Hélène n'a pas été reçue comme vérité que la fausse problématisation a commencé à s'installer et les identités inadéquates ont réussi à s'imposer : celles-ci sont le père abuseur, Hélène victime de l'inceste, la mère victime de la violence conjugale. La solution proposée était de séparer Hélène de son père.

Hélène a essayé de refuser cette nouvelle identité imposée, mais sa colère légitime a été interprétée tout simplement comme venant d'une « menteuse » et « casseuse ». Du coup, cette fausse problématisation a commencé à imposer à Hélène une autre identité qui l'obligeait en quelque sorte à occuper le rôle de menteuse. On entend son cri empreint de désespoir et de rage : « on ne me croit pas ! ».

« Ils (des intervenants de l'internat) ont juste rien compris, c'était vraiment moi la gamine mal élevée, c'était moi qui ne savais pas se comporter envers mes parents, qui n'a eu aucune éducation, c'était un peu moi la casseuse suivie par les services sociaux » (Hélène).

Petit à petit, les professionnels ont commencé à se rendre compte qu'il avait un problème chez sa mère quand ils ont constaté qu'Hélène était absente de l'école une semaine sur deux. C'était systématiquement la semaine où elle était hébergée chez sa mère. Mais il n'y avait personne qui tentait de formuler autrement le problème qu'elle rencontrait.

Le fait que les professionnels aient cru en la parole de la mère d'Hélène n'est pas en soi quelque chose d'incompréhensible. Ce qui nous semble problématique, c'est qu'aucune bonne question n'ait été posée à partir du témoignage d'Hélène. Ce manque d'un travail de problématisation empêche de comprendre les expériences vécues de la jeune. Sans le travail de questionnement, il est impossible de respecter la vie singulière de la jeune fille. La destruction de la singularité d'une vie produit une aliénation psychique et sociale chez la jeune fille.

Le sentiment de ne pas être compris s'est aggravé à cause du harcèlement subi à l'école et du contrôle constant des professionnels.

« Tous mes camarades de classe qui étaient contre moi sans savoir ce que je vivais, plus le service autour de moi qui était censé être là pour m'aider, mais qui m'oppressait, qui était dans le truc à voir comment j'étais habillée, si j'avais à manger, où est-ce que je prenais un bus pour rentrer à l'internat » (Hélène).

Hélène a essayé de chercher une communauté humaine à laquelle elle pourrait appartenir. Elle a également recherché l'expérience d'être comprise, un traducteur qui saurait nommer ses douleurs.

« J'ai commencé à avoir des fréquentations, des gars plus vieux que moi qui eux venaient d'un milieu très pauvre qui avaient aussi des histoires de famille, des profils psychologiques très particuliers et qu'eux ne se font pas aider en fait et qui vivaient comme ça. En fait, je me suis fait entourer des cas comme moi, des gens qui n'avaient rien, et finalement, c'est avec ces gens que je m'entendais mieux parce que pour moi ces gens qui ont plus à dire même si ce n'est pas du tout une bonne fréquentation d'une gamine de 13 ans, mais je ne pense pas que je regrette dans le fond » (Hélène).

Cette parole nous montre bien qu'elle est consciente que ce milieu-là, où elle a connu d'ailleurs la drogue, n'était pas bon. Mais son besoin d'appartenance au collectif était plus important pour maintenir son existence.

En 2017, quand son père est décédé, elle a dû être hospitalisée. En effet, aucun membre de la famille et aucun foyer ne voulaient l'accueillir. Son hospitalisation s'est bien passée, car justement elle a pu rencontrer un psychiatre qui a pu « mettre des mots » sur ses souffrances.

« J'avais un psy qui était très bien, compréhensif et qui a réussi à mettre des mots sur ce que je ne comprenais pas, des choses qu'on ne m'a pas expliquées, j'ai commencé à avoir des troubles alimentaires que je ne comprenais pas pourquoi, je ne comprenais pas pourquoi je perdais autant de poids, je ne comprenais pas pourquoi j'avais du mal à m'alimenter, je ne comprenais pas pourquoi j'avais besoin de m'autodétruire comme ça. Il a réussi à mettre des mots là-dessus en me rassurant que ce n'est pas si grave » (Hélène).

Les souffrances qui n'ont jamais trouvé un moyen d'être dites et d'être entendues commençaient à se manifester à travers le corps de la jeune fille. Son corps témoignait bien qu'elle était effacée, que sa parole n'avait aucun poids. En trouvant les mots justes grâce à une rencontre avec un psychiatre, elle pouvait mieux comprendre ses souffrances en se disant que c'était « normal » que son corps réagisse comme cela face aux difficultés qu'elle subissait.

Après trois mois d'hospitalisation, elle a été envoyée dans une autre unité hospitalière par le SPJ. Cette expérience s'est très mal passée. Elle a été le témoin de la violence institutionnelle et de la négligence des professionnels. Il n'y avait pas d'accompagnement. L'expérience de la problématisation réussie qu'elle a pu vivre à l'hôpital précédent n'a pas pu vraiment durer pour consolider et faire croître le réseau d'aide.

Hélène nous apprend l'importance de l'expérience de la traduction réussie tant dans la relation d'aide que dans la relation humaine. D'ailleurs elle souligne, après avoir vécu l'expérience

positive avec le psychiatre, que le point négatif de l'hospitalisation est le risque de se noyer dans un monde incompréhensible où on n'entend que des cris innommables.

« Le point négatif de l'hospitalisation, on est entouré par des gens qui ont mal, on est entouré par les gens qui souffrent, qui sont dans les douleurs et parfois on n'arrivait pas à imaginer, on n'arrive pas à comprendre, et en fait tous ces gens qui crient tout le temps et dans une souffrance permanente. C'est extrêmement dur d'arriver à se poser, à se mettre dans une bulle à un certain moment et prendre du recul là-dessus » (Hélène).

Finalement, l'assistant social de l'hôpital a aidé Hélène à en sortir en lui trouvant un centre où elle pourrait résider. Malgré le fait que les professionnels de ce centre étaient « bons », comme elle le témoigne, et qu'il y avait beaucoup de liberté contrairement à ce qui se passait dans l'hôpital, il est important de souligner qu'Hélène préférait être hospitalisée. Certes, l'hôpital est un lieu sécurisant comme une bulle, mais il nous semble qu'il faut mentionner encore une autre raison importante : c'est dans cet hôpital qu'elle a pu travailler avec son psychiatre pour mettre des mots sur ses souffrances. Cela montre bien que la bienveillance des professionnels ne suffit pas et qu'Hélène avait besoin d'un traducteur qui l'aide à comprendre ses vécus.

Section 2. L'échec de la problématisation

Posons-nous quelques questions sans fermer les yeux sur l'échec de la problématisation. D'où vient l'impossibilité de la problématisation dans la relation avec les jeunes ? Pourquoi ne parvenons-nous pas à mettre des mots sur leur vécu ? Pourquoi aucun point de passage ne peut avoir lieu ?

Hélène analyse deux raisons du dysfonctionnement de la problématisation qu'elle a subi. D'une part, les professionnels ont plein de dossiers à gérer et n'arrivent pas à prendre du temps pour bien l'écouter et détecter la vérité. Elle dit :

« Leurs excuses, j'ai plein de dossiers... je suis un dossier aussi, je suis là aussi » (Hélène).

La jeune s'est transformée en un dossier et cette identité du jeune-dossier empêche de se connecter aux professionnels d'aide. Il faut également noter le manque de temps et la pression administrative que les professionnels subissent.

D'autre part, Hélène mentionne le problème de la fixation / de l'assimilation à une image qui, selon elle, est un problème qui existe depuis longtemps dans les services sociaux. La difficulté consiste à sortir de l'image stéréotypée et d'analyser au cas par cas les expériences.

« La maman, c'est toujours gentille et le père le méchant [...] voilà sûrement pourquoi on nous a pas cru, parce qu'il y a encore cette image qu'une petite fille ne doit pas rester avec son père » (Hélène).

Plusieurs jeunes mentionnent la difficulté de transmettre leur vécu aux professionnels à cause de la fixation rigide de ces derniers à une vision particulière du monde. Parfois, les jeunes ont l'impression que les professionnels connaissent déjà tout avant qu'ils commencent à parler sur leur vie. Jean-Michel analyse ce piège.

« Un éducateur ne comprend pas les jeunes, je n'ai jamais vu aucun éducateur comprendre un jeune car il n'a pas la même vision de la vie [...] sa vision n'est pas la vision de tout le monde. Elle (son intervenante) avait la belle vie et pensait que les autres en ont la même. Nous sommes tous dans notre petit confort et il y a toujours quelqu'un qui n'y croit pas » (Jean-Michel).

Pour ne pas imposer une seule vision du monde, il est obligatoire de faire une recherche de la problématisation dans un rapport symétrique. Ce n'est pas que les professionnels connaissent tout et, partant, vont donner leur connaissance aux jeunes. Les professionnels sont des *co-acteurs* qui peuvent participer à l'élaboration des bonnes questions menant à des solutions aux problèmes rencontrés.

Section 3. Le point de passage

Ainsi, la recherche d'une bonne question est indispensable pour que les acteurs se lient et travaillent ensemble. Lorsqu'on réussit à poser des bonnes questions et à saisir les problèmes que les jeunes rencontrent, ils peuvent faire cette expérience positive grâce à laquelle est surmonté un obstacle qui empêchait la connexion aux autres acteurs. Nous connaissons tous l'expérience positive qui vient soudainement après une expérience difficile de fixation dans un blocage : « ça marche ! », « j'ai compris ! ». À ce moment-là, les jeunes voient autrement leurs propres problèmes. Dans la sociologie de la traduction, il s'agit d'un « point du passage », d'un moment de tournure qui rend possible l'accès au processus positif du lien.

Lucette nous en parle très bien :

« Elles (les intervenantes) m'ont vraiment aidée à sortir de cette sphère... heu, négative quoi. J'étais contente parce que je n'aurais pas pu faire les démarches toute seule en fait donc elles m'ont aidée à faire mes démarches au CPAS, c'est elles aussi qui m'ont accompagnée ici dans le bureau de Madame D et voilà c'est là franchement du concret vraiment, elles m'ont proposé vraiment des pistes, tiens maintenant qu'est-ce qu'on va faire pour que ça aille mieux, qu'est-ce qui ferait pour que tu te sentes mieux, jamais j'avais des personnes qui m'avaient demandé tiens on va bouger maintenant, donc ça m'a fait vraiment beaucoup de bien oui ça, ça a été vraiment un élément enfin heu comment exprimer c'est quelque chose ça a fait ça m'a basculée d'un monde à l'autre. En fait, je suis passée du monde où j'étais encore un peu chez mes parents et tout ça : pas couvée, pas avec de l'affection que j'aurais voulu avoir, mais j'avais tout quoi, je devais pas aller faire les courses, je ne devais pas penser à payer telle ou telle facture, mettre de l'argent de côté parce que ci ou ça. Que maintenant je suis dans un autre monde, ça c'est les aspects plus contraignants j'ai envie de dire mais pour le reste, je suis bien, j'aime bien ma liberté. J'ai l'impression de pouvoir respirer l'air frais, le bon air quoi et plus être enfermée dans la violence, l'alcool voilà quoi tout ce qui a fait que ça aille mal quoi pendant tout un temps » (Lucette).

Lucette explique donc ce point du passage en disant que « ça m'a basculée d'un monde à l'autre ». Elle n'est plus enfermée dans le monde négatif et violent qu'elle devait subir en étant impuissante. Elle est devenue maintenant active pour résoudre ses problèmes. Cette expérience du point du passage peut se produire grâce à une recherche active de la problématisation dans des actions concrètes (aller au CPAS par exemple).

Le point du passage est donc visible lorsqu'un jeune devient acteur, à savoir actif dans un rapport symétrique et égalitaire avec les autres acteurs. La parole d'Alice nous montre bien ce changement. Pour cette jeune fille, une question posée par une professionnelle a rendu possible le point de passage :

« Il y a une phrase qu'on m'a dit, il n'y a pas longtemps parce que je voulais en finir, parce que j'étais à bout et cette phrase-là m'a marquée en fait et depuis que cette personne-là m'a dit cette phrase-là qu'en fait, ça, ça m'a fait un déclic phénoménal chez moi, elle m'a dit la phrase « pourquoi vouloir en finir quand tout va mal ? » et là, je me suis dit qu'elle a tout à fait raison, pourquoi vouloir, euh, que tout s'arrête quand, qu'on peut trouver de l'aide, qu'on peut, il y a toujours mieux... Et cette phrase-là chez moi, elle, elle est gravée, parce que c'est une phrase qui m'a clairement sauvé la vie » (Alice).

La question posée par son intervenante (« pourquoi vouloir en finir quand tout va mal ? ») était pour Alice une bonne question qui l'a interpellée. En effet, la jeune fille a réalisé qu'il n'y avait pas forcément de lien direct entre *tout va mal* et *vouloir en finir* : elle pouvait donc agir sur ce « tout va mal » afin d'améliorer la situation. Personne ne l'empêche d'agir sur sa réalité pour que la situation se transforme et devienne meilleure. Ainsi, grâce à ce « déclic phénoménal », elle est passée d'une identité passive à une identité active.

Chapitre 4. L'intéressement

Analysons maintenant la deuxième étape du processus de traduction. Il s'agit de l'intéressement qui peut être saisi au moment de l'acceptation de la problématisation proposée par un acteur en tant que traducteur. L'intéressement est l'ensemble des actions par lesquelles tous les acteurs essaient d'imposer et de stabiliser l'identité des autres acteurs qu'ils ont définis dans le processus de problématisation. Étymologiquement parlant, « intéresser » veut dire placer entre (inter-esse), être entre, s'interposer¹⁹⁷. Les alliances ont lieu dès que l'intéressement réussit, plus précisément lorsque l'espace de la négociation, du débat, du combat, de la reformulation des problèmes s'ouvre entre les acteurs.

Section 1. Le cas de Jean-Kévin

Voyons concrètement comment l'intéressement peut avoir lieu entre les jeunes et les professionnels des services.

Jean-Kévin souffrait d'avoir été abandonné par son père depuis l'âge de 9 ans. Pour se soigner, il a rencontré de nombreux psychologues. Il nous semble qu'il n'était pas forcément contre la problématisation que les psychologues proposaient : soigner le traumatisme de l'abandon et le manque d'une présence masculine à la maison. Mais aucune relation avec les psychologues ne lui convenait. Il se sentait toujours forcé à parler de ce dont il ne voulait pas parler.

¹⁹⁷ M. CALLON, « Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins pêcheurs dans la Baie de Saint-Brieuc », *idem*. p. 185.

Ici, on voit bien qu'il y avait la difficulté de construire toutes les actions nécessaires - la négociation, le débat, parfois même le conflit - pour que l'intéressement puisse avoir lieu. Ce manque d'interactions mène à l'échec de la construction de l'alliance. L'impératif d'avoir des rencontres mettait à mal les relations entre Jean-Kévin et ses psychologues. Par conséquent, le jeune garçon devait subir une répétition infernale.

« Je n'ai pas envie de répéter ce que j'ai dit à l'autre, c'est ça aussi quand j'ai vu plusieurs psys, je n'avais pas envie de répéter aux 15 psy ce que j'avais dit au premier » (Jean-Kévin).

Ainsi, il devait répéter son récit traumatique et revivre les douleurs chaque fois qu'il tentait d'entrer dans une relation avec ses psychologues. En étant attentif à cet effet violent, nous pouvons observer que la répétition renforce son identité d'enfant abandonné, comme s'il ne pouvait avoir qu'une seule identité. Le regard des psychologues ne lui apportait pas la possibilité de construire une nouvelle identité. Ainsi, une subjectivation négative s'installe. Enfin, il n'est plus humain, mais l'*objet* du soin des psychologues, à savoir un ensemble de problématiques. Il s'est senti observé et enfermé dans leur bureau. Jean-Kévin décrit bien ce qu'il souhaite dans la relation avec les psychologues.

« Sortir du bureau d'un psy et un patient devant un bureau, peut-être sortir et aller se balader même si c'est proche du bureau, ou alors c'est même s'il se déplace, ou je ne sais pas, sortir discuter, il fait beau, on va marcher, on discute sur tout, sur rien, si tu as envie de parler du problème, tu parles de tes problèmes, tu n'es pas obligé » (Jean-Kévin).

Nous pouvons apprendre ce besoin d'une vraie rencontre, de sortir de la répétition du même type rigide de relation entre le psychologue et le patient, entre celui qui a le pouvoir d'observer et celui qui a des problèmes. Comme le dit bien le jeune garçon :

« On est comme des malades, genre tu as un problème, tu viens voir une personne et c'est tout » (Jean-Kévin).

Le moment décisif du tournant a été la rencontre avec un thérapeute. Selon la sociologie de la traduction, cette rencontre était « un point du passage ». Comme nous l'avons vu, le point du passage consiste dans ce moment où on réussit à dégager le blocage entre les acteurs, à savoir le moment où on peut constater la connexion entre eux en disant « ça passe ! ». Cette rencontre avec son thérapeute était irréversible dans le cheminement de Jean-Kévin.

Mais il faut souligner que cette rencontre n'avait pas commencé facilement. Jean-Kévin nous a témoigné qu'à l'époque, il ne savait pas contrôler sa colère violente. Il dit :

« Chaque fois, j'allais avec les pieds de plomb, même avec mon thérapeute, au début je partais avec les pieds de plomb » (Jean-Kévin).

Un certain conflit entre Jean-Kévin et son thérapeute semblait donc inévitable.

Dans cette nouvelle relation avec le thérapeute, nous pouvons observer un processus réussi d'intéressement. Le thérapeute n'a pas fui le conflit avec le jeune garçon, il a essayé de prendre du temps pour qu'ils apprennent à se connaître mutuellement, ensuite pour créer un espace commun d'interaction. Il a respecté le rythme et les goûts du jeune garçon tout en l'invitant à opérer ensemble une nouvelle problématisation sans imposer sa vision du monde.

« Au début il m'a demandé une chanson et un film et que je lui ai donnés, enfin, que je lui ai fait écouter et voir, et lui aussi m'a donné une chanson et un film, pour voir un peu comment on voyait les choses, et comment, pour connaître un peu la personne. Franchement ça a été le truc je pense déterminant pour la confiance entre lui et moi » (Jean-Kévin).

Le thérapeute ne s'interdisait pas de sortir du cadre classique soignant/soigné pour se déplacer par lui-même vers le jeune garçon. Ce n'était pas au jeune garçon de s'adapter à la vision du monde du professionnel. Le thérapeute l'a invité à construire ensemble un commun qui était donc partageable entre les deux. C'est ainsi qu'ils ont trouvé leur passion commune pour le sport.

« On a commencé à faire du sport, en faisant du sport, on discutait, on pouvait parler de plein de choses et de rien, des fois on ne parlait pas du tout, on faisait du sport, et à la fin, on discutait beaucoup, je trouve que ça m'extériorisait beaucoup plus en faisant du sport qu'en restant assis à un bureau avec quelqu'un qui discute » (Jean-Kévin).

Non seulement son thérapeute a réussi à séduire le jeune garçon pour entrer dans leur relation, mais il a de surcroît trouvé une activité commune pour que le garçon puisse acquérir une nouvelle identité positive. Le jeune Jean-Kévin n'était plus passif, mais créatif et vivant, en affirmant ses propres goûts musicaux et cinématographiques ainsi que sa passion pour le sport. Grâce aux activités concrètes qui favorisent la construction de l'ouverture au monde, il pouvait vivre une relation positive avec un homme adulte en tant qu'appui de son développement, ce dont il n'a pas pu bénéficier dans sa famille.

Section 2. L'intermédiaire

Pour mieux comprendre le processus de l'intéressement, le concept d'intermédiaire est important. Comme nous l'avons vu, l'intéressement veut dire « être entre ». Si nous regardons attentivement cette identité, l'« être entre » veut dire une identité intermédiaire qui agit dans des actions intermédiaires. Ici, nous analysons deux types d'intermédiaire. Premièrement, il s'agit d'une identité intermédiaire chez une personne. Deuxièmement, c'est une identité intermédiaire en tant que médiateur entre les différents acteurs.

– La transformation d'une identité

Prenons l'exemple du cas de Jean-Kévin. Son thérapeute s'intéresse avant tout à Jean-Kévin vivant le mal-être, mais aussi la fragilité du lien social. C'est pourquoi son thérapeute va proposer un ensemble d'actions (intéressement) pour transformer cette identité d'être mal dans sa peau. Ces actions étaient par exemple faire du sport, faire des exercices pour maîtriser sa violence, discuter sur des difficultés vécues, mais aussi sur tout et rien etc. Et l'objectif de ces actions était donc de produire une nouvelle identité qui est celle d'un jeune bien dans sa peau, d'un garçon capable de vivre sa vie à lui.

Ce à quoi il faut faire attention, c'est que la transformation de l'identité ne concerne pas seulement le jeune, mais également le professionnel. Pour créer une alliance, une confiance

avec le jeune, le thérapeute devait également déplacer son identité de départ vers une nouvelle identité capable de répondre aux besoins du jeune.

Nous pouvons mettre en évidence quatre points de l'identité chez Jean-Kévin et son thérapeute.

Jean-Kévin

**a. une identité de départ
(être mal dans sa peau)**

→

**b. une nouvelle identité
(être bien dans sa peau)**

Le thérapeute

**a'. une identité de départ
(qui ne connaît pas encore les besoins du jeune)**

→

**b'. une nouvelle identité
(capable de l'accompagner)**

Maintenant il faut se poser une question : entre le point de départ *a* et le point final *b*, il peut y avoir des identités intermédiaires. Que veut dire cette identité intermédiaire ? Cette identité intermédiaire pourrait être, par exemple, le jeune qui ne connaît pas encore suffisamment bien ses besoins et les moyens d'y répondre. Il est *en train de* les chercher. Donc entre l'identité de départ (le jeune qui vit la rupture) et l'identité nouvelle (le jeune capable de satisfaire ses besoins), il peut y avoir toutes les actions qui peuvent être définies en faisant usage de l'expression « *en train de* ». On est toujours en train de tisser du monde.

a

→

b

Des identités intermédiaires produites par des actions intermédiaires

Ces identités intermédiaires peuvent être fixées par les intéressements (donc ces actions pour stabiliser l'identité des acteurs). Si l'on reste au cas de Jean-Kévin et son thérapeute, il faut dire qu'ils sont devenus tous les deux sportifs. Il faut donc saisir une distinction entre *action intermédiaire* et *identité intermédiaire*. Les deux sont évidemment liées car l'action produit l'identité. L'identité est le résultat de l'action. Si c'est important de distinguer les deux, c'est simplement pour faire la différence entre cause et effet. L'action (ou plutôt l'ensemble d'actions) est la cause. L'identité (ou les identités) est l'effet.

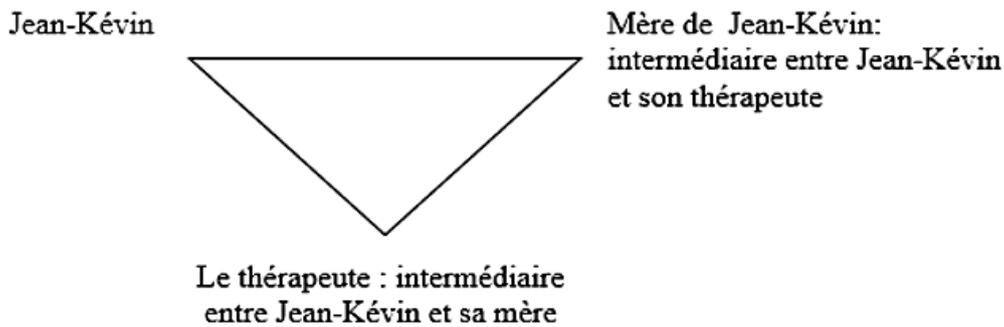
- Le médiateur entre les acteurs

Cette identité intermédiaire (ou ce rôle de médiateur) est non seulement un cheminement de transformation de l'identité d'une personne, mais peut également être le médiateur entre les autres acteurs. Ainsi, on peut dire que, par exemple, c'est la mère de Jean-Kévin qui a fait la médiation entre Jean-Kévin et son thérapeute. C'est qu'elle était l'amie de la femme de ce thérapeute et c'est cette mère qui a rendu possible la rencontre avec Jean-Kévin. Ensuite, le thérapeute a joué le rôle de médiateur entre Jean-Kévin et sa mère, une relation qui était très compliquée à l'époque.

« Au début, il (le thérapeute) faisait l'intermédiaire (entre Jean-Kévin et sa mère) et au fur à mesure, il m'a appris à pouvoir discuter correctement avec ma maman, de parler de tout et de

rien avec ma maman. Maintenant il y a zéro tabou, on peut se parler de tout et de rien » (Jean-Kévin).

La relation difficile entre Jean-Kévin et sa mère a été débloquée grâce à la médiation de son thérapeute. La relation entre les acteurs commence à fonctionner : Jean-Kévin, sa mère et le thérapeute. Chacun de ces acteurs prend sa place et donc la parole de chaque acteur peut maintenant avoir son poids.



Quand le réseau commence à fonctionner, chaque acteur peut jouer le rôle d'intermédiaire. Grâce à cette chaîne d'intermédiaires, le réseau devient plus solide et grand.

Section 3. L'échec de l'intéressement

Tant Jean-Kévin que les autres jeunes que nous avons interviewés ont analysé plusieurs raisons de l'échec de l'intéressement dans son rapport aux intervenants. En général, nous pouvons définir cet échec comme étant l'échec de la création d'identités intermédiaires à cause du manque d'actions intermédiaires. En effet, il n'y avait aucune identité intermédiaire qui pouvait être efficace pour faire un pont entre une identité de départ et une nouvelle identité.

Plus concrètement, nous pouvons observer cet échec à cause de la rigidité du cadre et des rôles. Laoura le mentionne :

« Il (un psychologue) m'a regardée pendant 20 minutes comme si j'étais la Joconde » (Laoura).

Ce silence devient insupportable : c'est comme si les jeunes parlaient tout seuls, à un mur.

Mais en même temps, forcer l'interaction, ce qui est la deuxième raison de l'échec, ne donne aucun résultat positif non plus. S'ils sont forcés, les jeunes essaient de préserver leur intimité et ne veulent pas parler. Comme le dit Kirito :

« Un adolescent n'aime pas répondre à toutes les questions, c'est un truc à prendre un peu plus doucement, à savoir trouver les mots justes oui, pour montrer qu'il est en sécurité [...] je préfère, je parle pour moi, de ce que j'ai envie, j'aime pas qu'on me dise euh, oui et donc comment ça se passe avec votre père et tout ça, j'aime pas qu'on me pose les questions, je préfère raconter mon histoire, que ça sorte directement d'un coup plutôt qu'on me coupe et qu'on me pose des questions parce qu'après, un, je suis perdu, deux forcément, je n'ai pas envie d'en parler. Et voilà pourquoi chaque fois, j'essaie de dévier la conversation » (Kirito).

Lorsqu'un jeune dévie la conversation, ce n'est donc pas qu'il refoule ses problèmes, ni qu'il refuse d'entrer en relation avec son intervenant. Il cherche au contraire une vraie relation qui rend possible l'émergence de sa parole spontanée. Il essaie donc d'ouvrir l'espace de l'intéressement. En fait, pour qu'une vraie conversation puisse naître, il faut « parler de tout et de rien », comme le disait Jean-Kévin.

La troisième raison que certains jeunes ont mentionnée, c'est le *désintéressement* de la réalité : les jeunes ont l'impression que les professionnels ne s'intéressent pas aux jeunes. Revenons à son thérapeute qui était présent lorsque Jean-Kévin en avait réellement besoin (par exemple, au moment même de la dispute violente avec les autres). Jean-Kévin nous dit :

« Souvent les psys [me demandaient] 'alors qu'est-ce que tu as vécu ?' » (Jean-Kévin).

L'accent était mis trop sur le passé et les problèmes familiaux. Il n'y avait pas de proposition concrète par rapport à des problèmes réels, actuels et urgents (Comment faut-il diminuer sa consommation ? Comment communiquer avec sa mère sans se disputer ? Comment contrôler sa colère impulsive ? Que faire quand j'ai frappé quelqu'un au centre ?). C'est comme si tous les problèmes actuels de Jean-Kévin allaient disparaître comme par miracle une fois que ses traumatismes passés auraient été abordés.

Le processus de l'intéressement réussit si on fait attention aux actions du présent. Pour revenir à une expression utilisée par les jeunes, il est important de « mettre les choses en place » maintenant et réellement et pas seulement au niveau du discours. C'est au départ de ce désintéressement ou de cette indifférence par rapport aux réalités actuelles vécues par les jeunes que, selon de nombreux jeunes, on peut constater la déconnexion des professionnels.

Les jeunes nous en parlent plus précisément en utilisant le terme de « concret ». Ils attendent des psychologues des actions et des conseils concrets plutôt qu'une mise en parole des problèmes.

« Je pensais que c'était plus concret en fait et je pensais qu'il allait pouvoir m'aider plus [...] je voulais surtout aller chez la psychologue quand je me sentais mal. Et elle m'a expliqué qu'il ne fallait pas que j'aille seulement la voir quand j'allais mal, que c'était tout un suivi, toute une thérapie et qu'il fallait que je vienne avec une certaine régularité [...] Et ce que je n'aimais pas du tout, c'est qu'elle prenait note en fait de tout ce que je disais, donc j'avais l'impression qu'il n'y avait pas d'échanges » (Annette).

C'est donc quand les professionnels ont réussi à mettre *concrètement* les choses en place que nous pouvons augmenter la chance de réussite du processus d'intéressement. Les activités dont les jeunes parlent positivement par rapport à leur passage dans un centre de Santé Mentale sont, par exemple, le théâtre, l'art ou les repas pris en collectivité. Mais surtout, il était selon eux vraiment important de se mettre concrètement au travail pour résoudre leurs problèmes : faire des démarches administratives pour faire valoir ses droits, apprendre à canaliser sa colère, maîtriser sa consommation à partir d'exercices concrets.

Chapitre 5. L' enrôlement et la mobilisation

La troisième étape de la traduction consiste dans l' enrôlement. Il s' agit d' accepter des rôles donnés aux acteurs. L' enrôlement est donc le moment où les acteurs acceptent les identités qui ont été proposées lors de la problématisation et de l' intéressement. L' acceptation des rôles de chaque acteur consolide le réseau.

Section 1. L' innovation d' un rôle

Dans le cas de Jean-Kévin que nous venons d' analyser, le rôle de son thérapeute était pour l' essentiel celui d' un adulte sur qui le jeune garçon pouvait compter pour affronter ses problèmes. Selon le témoignage de Jean-Kévin, son thérapeute a réussi à occuper ce rôle. Mais en fait, les rôles de son thérapeute n' étaient jamais vraiment fixes, car il était à la fois son père ou son frère aîné, son ami, un criminologue de formation, mais aussi un coach sportif qui proposait au jeune des programmes d' exercice. Tous ces rôles sont inventés et bricolés dans l' interaction entre les deux, à savoir dans le champ des actions intermédiaires. Le thérapeute ne s' est jamais fixé sur un seul rôle. D' ailleurs, Jean-Kévin ne nous disait pas dans son interview quel était son statut officiel. Il est significatif d' observer que le jeune garçon a insisté plusieurs fois sur le fait que le thérapeute n' était pas psychologue. Nous pouvons interpréter ce refus comme venant du désir de ne pas se renfermer dans une seule relation formelle où les rôles seraient trop fixes, ce qui mettrait à mal l' invention.

Un autre jeune garçon, Jean-Michel, nous raconte également l' invention d' un nouveau rôle dans le cadre d' un travail réalisé avec une psychologue. Le jeune garçon avait de nombreux traumatismes à cause de violences familiales et d' expériences de maltraitance vécues dans des lieux de placement. Il est devenu particulièrement sensible à l' ambiance de l' environnement. Après avoir échoué plusieurs fois d' entrer en contact avec un psychologue à cause de la rigidité du cadre, il a rencontré sa psychologue avec qui il a pu inventer de nouveaux rôles :

« Enfin on avait une pièce et on parlait, on jouait, elle m' apprenait le piano » (Jean-Michel).

Pour que Jean-Michel puisse s' approprier le lieu de rencontre, sa psychologue et lui ont inventé de nouveaux rôles. La psychologue n' était plus une professionnelle qui devait simplement écouter son patient. Elle a commencé à lui apprendre le piano. Ils sont donc devenus tous les deux des artistes qui jouaient ensemble du piano. C' est ce nouveau rôle d' être artiste qui a rendu possible leur rencontre.

Ainsi, beaucoup de jeunes nous ont parlé de l' efficacité thérapeutique propre à l' invention des rôles. On peut faire une thérapie en utilisant des médiations, comme l' art, le dessin, le théâtre, le Yoga, le groupe de parole etc. Comme le dit Bandit :

« Moi j' aime bien dessiner, peindre et tout ça et en fait j' aime bien tout ce qui est art des trucs comme ça et je ne pouvais pas rester dans mon mal en fait et j' étais trop mal et je sais l' exprimer par dessin » (Bandit).

Mais aussi, on peut manger ensemble ou créer une amitié avec les personnes qui se ressemblent. Julie dit :

« Les activités comme l'art, théâtre etc. enfin, il y a plein d'activités quand on est dans cette thérapie. Et c'est super complet, je veux dire qu'ils ne s'occupent pas de troubles alimentaires, juste à ça, parce que ça touche à tout dans la vie, ça ne s'arrête pas au repas c'est constamment, ça touche aux activités quotidiennes » (Julie).

Il nous semble important de souligner les mots « complet » et « vie quotidienne ». En fait, le but de la thérapie n'est pas de supprimer les symptômes. Au contraire, les symptômes sont une manifestation de la souffrance subie pendant longtemps dans le silence et peuvent, à ce titre, nous donner une piste à suivre pour aborder les problèmes rencontrés. L'important, c'est de reconstruire un bon climat, un milieu vivable et une vie quotidienne agréable et durable en collectif. En effet, ce type de thérapie n'est pas vraiment « alternative ». Au contraire, elle touche justement le noyau-même de la thérapie comprise comme étant l'élaboration d'un cheminement pour transformer l'identité négative et créer une nouvelle identité active et positive.

Section 2. L'identité primordiale : l'être vivant

Comme nous venons de le voir, les jeunes refusent d'être fixés dans une identité passive et réduits à un patient ou un malade. Il nous semble que ce qu'ils cherchent avant tout, c'est une connexion à la vie elle-même. C'est justement pour atteindre ce but que les jeunes s'engagent dans une innovation des rôles avec leur intervenant en tant que partenaire du jeu de rôles.

Le témoignage de Chantal-Diégo nous apprend combien cette connexion à la vie est importante pour se soigner. Depuis l'âge de 7 ans, cette jeune fille est suivie par le SPJ. Elle a subi les conséquences d'une enfance extrêmement douloureuse : la négligence de ses parents, la violence et ensuite le suicide de son père, ainsi que la violence de son frère. Elle est passée dans de nombreux centres différents et dans des hôpitaux psychiatriques. Elle exprime de façon répétitive qu'elle est fatiguée et n'a plus la force de se battre.

« J'ai plus la force pour moi la force pour me battre comme j'ai déjà répété à plusieurs reprises ici, je n'ai plus la force de rien, je suis fatiguée, je dors, on m'a encore engueulé aujourd'hui parce que j'ai dormi hier dans le fauteuil parce que je n'en pouvais rien parce que j'ai bougé un week-end chez ma mère, je me suis occupée de la petite que j'adore, ma nièce que j'adore tellement, je me suis occupée d'elle le week-end, toute la nuit » (Chantal-Diégo).

Elle n'est pas capable de s'occuper d'elle-même car on n'a jamais pris soin d'elle. Elle donne toute son énergie pour s'occuper des autres.

« Je ferai toujours tout pour les autres, c'est ce qu'on essaie de m'apprendre ici, de ne pas m'occuper des autres à chaque fois quand ils sont mal, c'est moi qui viens vers eux, quand ils ont rien, c'est moi, quand ils veulent à manger et que j'ai des chips ou du coca, c'est moi qui leur donne » (Chantal-Diégo).

Chantal-Diégo a essayé de s'occuper de sa mère depuis sa toute petite enfance. C'était sa façon de survivre, de prendre une petite place auprès d'elle pour ne pas être totalement abandonnée. Quand on ne sait pas se protéger, s'occuper de soi-même, la vie devient néanmoins très difficile. En effet, la vie est effectivement une lutte, mais une lutte contre quoi ? Avant tout, c'est une

lutte contre la mort et l'immobilité. Mais le suicide de son père l'attire d'une manière insistante vers la mort.

« Mon père s'est suicidé quand j'avais 7 ans, donc je pense à lui et je n'ai jamais fait mon deuil envers lui [...] j'essaie de le rejoindre, je n'essaie pas tous les jours parce que des fois je me dis, il faut que je m'en sorte, il faut que j'essaie de rigoler avec les autres, que je suis bien pour les autres pour ne pas qu'ils ont du mal que ça soit ma famille ou ceux d'ici, mais il y a des moments en fait pour l'instant, j'ai fait semblant de rigoler avec les jeunes, les éducateurs pour montrer que je suis bien alors qu'au fond envers moi je ne suis pas bien, et un moment comme je n'arrive pas à faire semblant de rien, un moment je pète un câble et je veux rejoindre mon père, et c'est à chaque fois comme ça. [...] quand je rêve de mon papa la nuit, ça me fait penser à lui, je pense souvent à lui, je pense à ces photos que je regarde à chaque fois » (Chantal-Diégo).

Chantal-Diégo est consciente qu'il faut sortir de cette forte attirance pour la mort. Mais sa parole nous montre qu'inventer un nouveau rôle ne veut pas dire « faire semblant » d'être vivant. Comme elle le décrit bien, quand elle se force à s'amuser avec les autres en rigolant avec eux, elle ne se sent pas bien. Elle se déconnecte de son vrai état d'âme. Plus elle s'éloigne de son vrai état d'âme, plus sa souffrance et sa fatigue grandissent. L'envie de mourir revient vers elle, car elle ne supporte plus d'être fausse. Elle pense qu'il faut « tuer » cet être faux qui commence à envahir son intérieur. Mais le risque est qu'elle se supprime totalement.

Pour s'éloigner de la mort et se reconnecter à la vie, elle a eu la chance de découvrir la zoothérapie. Les animaux lui permettent de s'accrocher à la vie et de retrouver le rythme de la vie. Il nous semble important de souligner qu'elle utilise le mot « coller », l'un des gestes les plus importants pour le petit enfant envers l'adulte qui l'accompagne.

« Il y avait deux chiens, on travaille avec les chiens un gros truc comme ça comme un ours, mais elle était super adorable le chien golden retriever, celui qui me collait tout le temps quand je me couchais dans le couloir, il mettait sa tête sur mes jambes, il se mettait entre mes jambes comme si c'était un petit Chihuahua comme mon chien » (Chantal-Diégo).

Ce besoin du contact, du toucher, de (se) coller et de griffer, est un des besoins fondamentaux de l'être humain. Tous les bébés essaient de se coller à ceux qui s'occupent d'eux. D'ailleurs, il est significatif de souligner que pour réaliser l'interview, elle a choisi le nom Chantal-Diégo. Or ce nom est celui d'un petit enfant dont elle prend soin. Il nous semble également important de mentionner le rapport entre cet enfant et elle. De fait, pour décrire celui-ci, elle emploie le même mot que celui qu'elle utilise pour décrire son lien avec ses chiens : « coller ».

« Mon chien, j'ai besoin de lui, il dort avec moi, collé avec moi, il ne me lâche jamais. [...] Il (l'enfant dont elle s'occupe) me colle tout le temps maintenant, il ne me lâche pas quand il est chez sa mère, il veut venir quand je suis là » (Chantal-Diégo).

Nous pouvons y observer ses besoins de s'accrocher, de coller à la vie, d'activer la source du plaisir vital.

Quant à Kirito, c'est le souvenir d'une amie décédée qui l'aide à toujours être en vie, parce qu'il y avait un lien d'amour important avec elle.

« Pour moi, elle est toujours restée là, du fond de cœur et euh, à chaque fois que je voulais sauter ou faire une connerie, par exemple quand j'étais sur les rails, je la voyais, j'entendais sa voix et je

me disais oh non ... et ... c'est comme ça que je n'ai pas pu euh, en finir avec ma vie et que j'ai préféré aller à l'hôpital, ça plus moi et la réintégration parce que mes potes, ils m'ont rappelé tout ça... par la suite, je l'ai dit, je ne veux pas mettre fin à ma vie, elle est morte et j'aurais dû mourir à sa place, honnêtement, je le dis, j'aurais préféré mourir à sa place mais elle est morte, elle n'a pas eu la vie qu'elle voulait, je suis resté en vie moi personnellement en bonne forme et tout, et, et à sa mort, je me suis vite, j'ai été sur sa tombe, et j'ai lui assuré que j'allais aider toutes les personnes que je pouvais, que je ne voulais pas en finir car ça ne servait à rien...et qu'on se reverra un jour dans une autre vie, quand j'aurais fini ma vie. Cette promesse, elle est toujours restée là. J'ai fait cette promesse quand on m'a dit qu'elle était euh, réellement dans sa tombe et j'ai pu réellement le faire et donc voilà, et donc aider les autres, ça m'aide » (Kirito).

Nous ne pouvons pas ignorer une certaine culpabilité, présente chez le jeune garçon, ce survivant face à la mort. Comme nous venons de le voir dans le cas de Chantal-Diégo, si nous aidons les autres en nous oubliant, c'est suicidaire. Mais le mot de Kirito « aider les autres, ça m'aide » est tout aussi vrai : je prends soin de moi en prenant soin des autres. Et inversement. L'effet du soin est toujours partagé et nous nous lions à la vie grâce à ce soin mutuel.

Section 3. L'expansion du réseau

Lorsque l'enrôlement réussit, les professionnels jouent le rôle d'un intermédiaire pour accroître le réseau du jeune. L'expansion du réseau est observable dès que le jeune a rencontré positivement un professionnel et a créé avec lui un point du passage.

C'est le cas d'Esma qui a vécu des expériences douloureuses de placement dans différentes institutions. Elle a fait des allers-retours entre l'IPPJ et l'hôpital psychiatrique, surtout à cause du manque des places dans les institutions d'hébergement. Longtemps, elle n'est pas parvenue à trouver une personne qui puisse la comprendre et mettre des mots sur ses difficultés. Du coup, sa seule façon d'être active était de fuguer. Elle fuyait pour ne pas être fixée dans une identité imposée par sa famille et ses intervenants. La fugue était une manifestation de ce refus.

Son point de passage a eu lieu lorsqu'Esma a rencontré sa psychologue. Mais avant de parler de cette rencontre importante, il faut souligner que celle-ci a été rendue possible grâce à l'intervention d'un juge. Il a posé un cadre clair pour qu'Esma puisse s'éloigner des milieux problématiques (liés surtout à la consommation de drogues). La jeune fille nous a témoigné que ce juge-là avait été différent par rapport à un autre juge connu auparavant, qui la surveillait et la contrôlait.

« C'est un peu différent [...] Il m'avait juste donné des conditions, être chez moi à 20 heures, je ne pouvais pas traîner avec des fumeurs et pas fumer et je devais voir une psy et voilà même l'obligation scolaire il ne me l'a pas mise c'est après qu'il a commencé à me dire il faut t'inscrire à l'école et tout » (Esma).

La contrainte lui a permis de se déconnecter d'un réseau ancien pour se connecter à un réseau nouveau. Ainsi, Esma a pu bénéficier gratuitement d'un suivi de deux ans avec une psychologue.

« C'est cette aide-là qui m'a le plus aidée [...] Je lui (sa psychologue) racontais des trucs franchement que je ne racontais à personne malgré que j'ai passé par plein de services [...] Je lui

racontais vraiment tout puis ça restait entre nous [...] Elle venait vers moi et j'allais vers elle. [...] Elle me conseillait franchement, elle me disait s'il y avait des trucs qui n'étaient pas bons pour moi et puis je lui racontais vraiment » (Esma).

Nous voyons bien que sa psychologue a respecté la déontologie, le secret professionnel (« ça restait entre nous »). Et puis leur action intermédiaire était réussie : sa psychologue s'est déplacée vers la jeune fille. Esma s'est à son tour déplacée vers sa psychologue. Elles ont réussi à « être entre ».

Il est intéressant d'observer que cette connexion réussie mène à une autre connexion : le réseau de la jeune fille commence à croître. Sa psychologue a joué le rôle de médiation pour que la jeune fille puisse s'inscrire et aller dans une école d'art spécialisée pour les personnes souffrant de maladies mentales. Dans cette école, pendant un an, elle a pu faire du Yoga, jouer de la musique, réaliser une vidéo, découvrir le cinéma et partager des repas avec les autres. Cette expérience a été positive pour Esma.

« Il (un intervenant de l'école d'art) nous a dit tiens parce qu'on filme à chaque fois et tout on a un truc aussi de musique [...] Il y avait une salle de Yoga. [...] Il y avait plein de services des trucs [...] On pouvait déjeuner à l'école aussi le petit déjeuner, le mardi si par exemple imagine Stromae, il va venir manger avec nous et, ben si ma copine elle aime bien Stromae j'ai le droit de la ramener avec moi » (Esma).

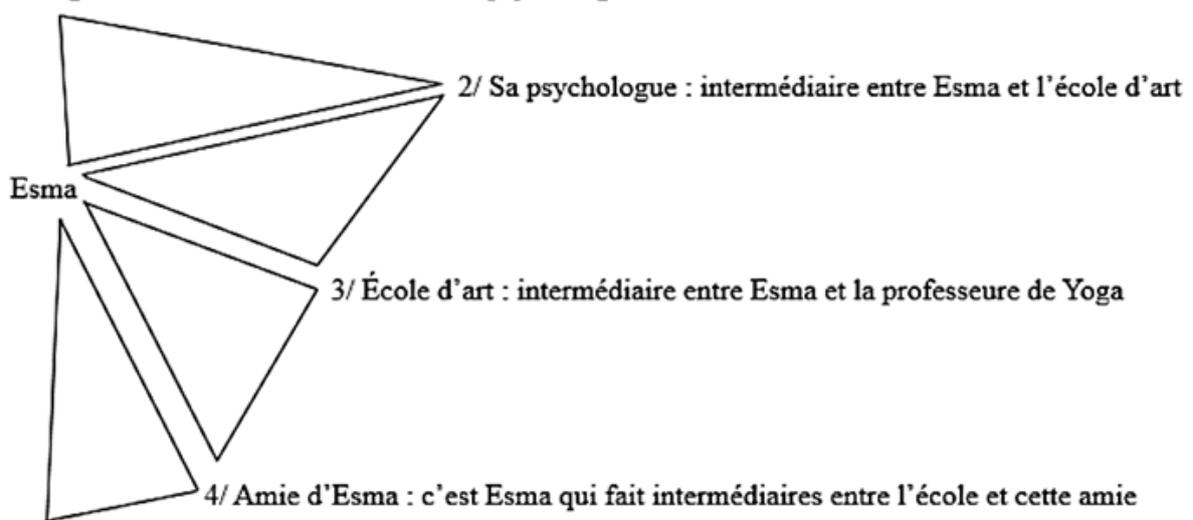
C'est ainsi qu'elle a pu accroître son réseau. Et l'école lui a également apporté une thérapie.

« Un jour où je me suis fait frapper par la police et tout genre ça m'a fait du bien que le truc de Yoga était là pour parler et tout pour me dire et tout franchement » (Esma).

Nous pouvons observer un autre exemple d'invention d'un rôle : le professeur de Yoga peut devenir une thérapeute qui écoute la jeune et l'accompagne en utilisant ses éléments de Yoga.

Son réseau grandit grâce aux intermédiaires :

1/ Juge : intermédiaire entre Esma et sa psychologue



Quand le réseau commence à croître (de 1/ à 4/...), Esma commence à jouer elle-même un rôle d'intermédiaire, par exemple entre l'école d'art et son amie qui s'intéresse à la musique. Elle

devient la porte-parole de l'école d'art pour que ses amis puissent y aller aussi. Chaque acteur entre dans la relation égalitaire – « être entre » – tout en inventant des rôles imprévus dans l'interaction avec les autres acteurs.

Section 4. Vigilance

Pour garantir l'efficacité du processus de la traduction – problématisation, intéressement et enrôlement –, la vigilance est nécessaire dans la mesure où elle permet de construire, consolider et accroître les réseaux des acteurs. Si un acteur a une autre intention cachée, l'alliance sera en échec. Si le principe de réciprocité égalitaire et symétrique n'est pas respecté, la relation entre un jeune et son intervenant peut se transformer en un rapport de domination. Les jeunes nous ont confié leur parole sur deux points importants concernant la réussite de la relation entre les acteurs. Premièrement, la vigilance par rapport à la violence institutionnelle. Deuxièmement, le respect de la déontologie et du secret professionnel.

– La violence institutionnelle

La jeune fille Héléne relate la violence qu'elle dit avoir observé dans un hôpital psychiatrique

« Il y a eu des gardiens, il y avait des matons qui étaient là, il y a un qui faisait des attouchements sexuels sur plusieurs filles, il y avait un infirmier qui venait pendant la nuit pour mettre les couettes, pour nous faire des bisous pendant qu'on dormait. Il y avait un infirmier quand notre gueule ne lui revenait pas, il ne venait pas pour donner le médoc, il le jetait et puis le mettait comme administré [...]. On nous privait de repas, on administrait les médicaments de force, il y avait du trafic de lames, de kétamine, cocaïne, speed etc. » (Héléne).

Bandit s'exprime également au sujet de la violence d'un éducateur :

« Il y en a un qui se fait taper dessus par un éducateur et ma mère elle me dit vient on y va et elle me prend et me dit vient on y va, non laisse-moi tranquille moi je vais y aller, parce que moi j'aime pas voir ça parce que moi après j'ai mal au cœur, j'ai pris l'éducateur je l'ai pris comme ça je l'ai levé et je l'ai mis contre le mur et j'ai dit si tu touches encore une fois un jeune d'ici tu es mort, il a plus jamais touché personne il avait plus intérêt parce qu'il avait mon poing dans la gueule, si le seul truc c'est quand je parlais il frappait les jeunes et quand moi j'étais là il faisait rien parce qu'il avait pas les couilles » (Bandit).

Il est étonnant d'entendre, aujourd'hui encore, que la violence et les agressions d'ordre sexuel sont présentes dans les institutions où les jeunes sont accueillis. Ce constat doit éveiller notre vigilance afin de mieux encadrer les pratiques institutionnelles. Nous voudrions ici mettre en lumière ce point afin qu'il puisse faire l'objet de débats.

– Le secret professionnel

Le manque de vigilance détruit le lien entre les acteurs, ce qui est vécu par les jeunes comme une trahison. Le secret professionnel est absolument nécessaire pour créer un rapport de confiance, comme cela ressort lors de l'entretien avec Florian.

Lorsqu'un danger existe dans le milieu familial, il faut surtout être attentif à ce que la parole d'un jeune reste entre le jeune et son intervenant, comme le dit également Laoura.

« Quand on dit secret professionnel, ce qui est entre le psychologue et le jeune reste entre le psychologue et le jeune, mais pas la psychologue entre le jeune et les parents » (Laoura).

S'il faut agir dans le milieu de vie du jeune, cette action ne doit pas se retourner contre lui. Laoura nous a parlé d'une expérience de trahison de la part d'une psychologue. Le fait que le secret professionnel n'ait pas été respecté a entraîné de la violence dans le chef de son père.

« J'ai envie de dire que j'ai été trahie [...] La confiance c'est important, la trahison ça m'a, quand j'ai su ça, je rentre mon père m'a dit, ah tu as dit ça... Je me dis au début ça va aller, je peux rentrer tranquillement ah non, je rentre, j'en recevais une parce que j'avais dit telle chose et telle chose. [...] Elle (sa psychologue) m'a trahie par rapport à ça (le secret professionnel) et du coup ça n'a rien arrangé avec mon père et ça s'est à nouveau dégradé » (Laoura).

Quant à Jules, il témoigne au nom d'autres jeunes qui préfèrent ne pas aller au PMS, précisément à cause de leur non-respect du secret professionnel.

« Le secret professionnel n'était pas tout le temps respecté et, du coup, c'était ça qui coïncitait un peu des fois à y retourner et ben... j'ai quand même entendu, y en a beaucoup qui préféraient ne pas y aller parce que justement ils avaient peur, ils avaient pas envie de raconter leur vie, ils avaient pas envie que ça se sache partout, que le PMS le raconte à leurs profs et tout ça. Ils préféraient le garder pour eux, ils trouvaient que le secret professionnel n'était pas tout le temps respecté » (Jules).

Par contre, Machka nous fait un retour positif concernant le PMS. Dans son cas, le secret professionnel a été bien respecté par l'assistante sociale. Elle pouvait parler en confiance grâce au respect du secret professionnel.

« Elle me disait toujours qu'elle ne le dirait pas à mes parents. Que tout ce que je disais dans son bureau restait avec elle » (Machka).

L'assistance sociale a donc bien joué son rôle médiateur lorsque la jeune fille a souhaité être accompagnée pour solliciter une aide auprès de ses professeurs.

« Puis je lui (l'assistante sociale) ai demandé si elle pouvait m'aider à en parler aux profs, et les profs ont commencé à m'aider. Ils m'ont prêté des jouets, j'ai expliqué que je n'avais pas beaucoup de jouets chez mon papa, et que je n'avais personne avec qui jouer » (Machka).

À en croire la parole des jeunes, le secret professionnel n'est pas suffisamment respecté. Les questions d'éthique et de déontologie doivent être abordées par chaque intervenant des services du soin et de l'aide lors du premier entretien avec le jeune. En effet, si on ne respecte pas l'intimité de tout un chacun, la subjectivité elle-même ne peut pas se construire.

Mais il faut noter aussi que sans respecter la confidentialité, les professions du soin et de l'aide n'existeraient pas.

Chapitre 6. Soigner *entre* les acteurs

Jusqu'à maintenant, nous avons essayé d'analyser principalement les recueils des jeunes, leurs expériences vécues au sein des services de santé mentale et hôpitaux psychiatriques. Nous avons utilisé la sociologie de la traduction pour interpréter leurs cheminements considérés comme relevant d'une construction de réseau entre les acteurs, à savoir les jeunes et les professionnels. Cette méthodologie sociologique nous a permis de mieux détecter les blocages existant entre les acteurs et de comprendre comment nous pouvons les dépasser afin que le réseau fonctionne.

Penchons-nous désormais sur les interviews des professionnels. Y-a-t-il un écho par rapport aux entretiens des jeunes ? Est-ce qu'ils partagent les mêmes difficultés que les jeunes ? Le but est de faire dialoguer les jeunes et les intervenants pour envisager comment on peut soigner le « entre » des acteurs, le « entre » des institutions, pour qu'une meilleure connexion des acteurs soit possible.

Section 1. Controverses

Pour faire intervenir plus d'acteurs dans notre étude, essayons d'aborder certaines controverses. Selon la sociologie de la traduction, les controverses, les avis contradictoires et les oppositions sont le moteur de la mobilisation, à savoir le développement des réseaux des acteurs.

Les controverses socio-techniques tendent à faire émerger, par essais et erreurs, par reconfigurations progressives des problèmes et des identités, un monde commun qui soit non seulement habitable mais également vivable et vivant, non pas fermé sur lui-même, mais sage. L'enjeu, pour les acteurs, n'est pas seulement de s'exprimer ou d'échanger, ou encore de passer des compromis; il n'est pas seulement de réagir, mais de construire¹⁹⁸.

L'utilité des controverses consiste à construire une forme pratique grâce aux débats et négociations.

Dans l'esprit même de la sociologie de la traduction, il s'agit d'accueillir les controverses comme des possibilités d'avancer, non comme des blocages. En transformant une dispute entre experts en controverse, on fait entrer dans le débat des points de vue différents, on oblige à une argumentation qui prenne en compte davantage de facteurs que les seuls facteurs techniques.

Nous allons maintenant approcher les controverses à la lumière de deux pratiques que les jeunes et les professionnels ont évoquées. Il s'agit de la médication et de l'isolement. Ce sont deux thèmes délicats souvent discutés entre les professionnels, par exemple entre les médecins et les pharmaciens, mais assez rarement entre les jeunes et les professionnels.

¹⁹⁸ M. CALLON, P. LASOUMES et Y. BARTHE, *Agir dans un monde incertain, essai sur la démocratie technique*, Paris, Seuil, 2001, p. 59.

Ce n'est donc pas par hasard que nous plaçons cette question des controverses dans le versant des propos des professionnels : c'est là qu'elles se situent actuellement; c'est là qu'elles sont logées.

Nous pensons que les jeunes sont les acteurs principaux du soin. Il faut donc les introduire dans le débat, même si la manière de les y introduire est encore à construire. Cette recherche elle-même constitue un intermédiaire en ce sens.

– Médication

La majorité des jeunes que nous avons interviewés ont un avis négatif par rapport à la médication. Lucette, par exemple, parle de l'effet négatif de cette médication comme d'une drogue¹⁹⁹. Quant à Florian, il nous dit qu'elle le faisait dormir toute la journée. Elle engendre un manque, une dépendance, mais aussi une rechute. Ce qui lui fait peur, c'est aussi le changement radical de sa perception. Hélène en témoigne également :

« Au moment où je l'ai prise cette médication j'allais très bien, le prozac ça marche génial, ah ça putain on est heureux avec ça, mais quand j'ai arrêté, j'ai senti qui j'étais vraiment, j'avais oublié qui j'étais vraiment et comment j'allais, et comment je réagissais aux choses en fait parce que je suis vraiment deux personnes différentes sous prozac ou sans prozac en fait, Donc j'ai commencé à reprendre et j'ai arrêté l'an passé » (Hélène).

Quant à Jean-Michel, il problématise surtout la question de la dose.

« En soi mon point de vue, de donner des médicaments c'est pas le problème, c'est plus ce qu'ils donnent en sachant qu'à 13 ans j'avais un médicament que même une personne âgée n'a pas nécessairement le droit de prendre tellement c'est puissant et qu'on me donne une dose surpuissante et qu'au fur et à mesure que j'en prends c'est plus puissant je me dis non il y a un problème quand même [...] Ils ont essayé un premier traitement qui après le deuxième jour a arrêté de fonctionner du coup une semaine après ils changeaient et puis à chaque fois que ça arrêtait ils échangeaient. Des fois j'en prenais plusieurs en même temps puis j'ai décidé d'arrêter parce que ça servait plus à rien ça me faisait du tort à ma santé et ils en remettaient un nouveau » (Jean-Michel).

Un pédopsychiatre nous fait justement part de la difficulté qu'il a rencontrée dans la prescription de la médication.

« Ce n'est pas qu'on veut travailler comme ça mais la littérature nous dit qu'il faut taper fort et puis diminuer sinon les jeunes ne vont pas bien et donc, parfois, ils sont, au début des médications, un peu stone. Les neuroleptiques ont des effets secondaires mais malheureusement, on ne sait pas trop faire sans ça. Mais l'idée, c'est quand même toujours la médication la plus petite possible, le dosage le plus petit possible, le moins de médicaments si possible, il vaut mieux un médicament bien dosé que trois médications moyennement dosées, on essaye le moins en nombre de médicaments différents et la plus petite dose possible. Je ne

¹⁹⁹ « Les médicaments franchement j'ai un regard très très négatif [...] c'est comme une drogue en fait donc quand le cerveau n'a plus la substance [...]. J'ai stoppé net mon traitement parce que ça m'empêchait de me concentrer à l'école ça m'endormait un certain moment ça me donnait une sensation d'étourdi, dans les vapes donc moi j'appréciais pas les effets que ça me faisait, j'ai arrêté net et à 15 ans ça m'a valu une rechute » (Lucette).

vais pas dire qu'ici ils ne sont jamais stones, ça arrive » (Pédopsychiatre dans la clinique pour enfants et adolescents d'une institution de soins spécialisée en psychiatrie et en santé mentale).

Il est intéressant d'observer que la littérature évoquée ci-dessus peut prendre une place importante dans l'usage des médicaments. En langage de la sociologie de la traduction, on peut dire qu'elle est un puissant acteur non-humain. Par contre, il n'existe pas suffisamment de dispositifs pour faire participer les points de vue des jeunes aux débats et pour revenir sur le rôle de la littérature dans l'usage des médicaments.

Le jeune garçon Kirito a, quant à lui, senti la nécessité de la médication.

« Je ne voulais pas prendre des médocs mais au fond de moi, j'en avais besoin » (Kirito).

Kirito nous explique que le problème de la médication se pose surtout dans la collaboration avec le psychiatre. Son psychiatre lui donne toutes les informations nécessaires par rapport à la médication et il vit cette expérience de façon positive.

« Il me demande un avis sur les médicaments si j'augmente, si je charge et tout ça, [...] il me dit les effets [...], on est tous les deux d'accord [...] il préfère que je sois au courant des médicaments que je prends [...] Je préfère d'avoir un psy comme ça, d'être libre d'avoir le choix » (Kirito).

Son droit d'être informé et celui de sa participation au soin sont respectés. Par conséquent, il peut acquérir le statut de sujet de droit à travers la rencontre et la confrontation avec son psychiatre. Ainsi, l'expérience de la médication peut être positive.

Parce que, fondamentalement, le travail sur la relation est important pour soigner la santé mentale des jeunes, les médicaments ne doivent pas prendre trop de place. Si les professionnels commencent à dépendre des médicaments, le risque est de perdre l'art de créer des relations.

– Isolement

Est-ce que l'isolement est vraiment nécessaire pour les jeunes ? Est-ce que ce n'est pas une pratique traumatisante pour eux ? Nous soulignons que de nombreux jeunes témoignent de leur peur par rapport à l'isolement. Pourtant le pédopsychiatre que nous avons interrogé défend l'isolement.

« La mise en isolement, c'est parce qu'on ne sait pas faire autrement ou que le jeune a besoin d'une surveillance non-stop car il est en danger. En isolement, il y a une caméra sur le patient et une infirmière présente 24 h/24 h. Le patient peut être ultra agité, violent, on a dû le médiquer et le mettre en isolement. Ça peut être un jeune en IPPJ qui a fugué, qui avait consommé, on ne sait pas trop ce qu'il a consommé, on l'a mis en isolement en lui expliquant que c'était pour surveiller son état, on ne voulait pas qu'il soit dans un lit avec les portes fermées sans qu'il sache pourquoi. [...]

Parfois c'est le jeune qui demande. On essaye plutôt que ce soit le jeune qui demande d'aller en unité protégée, l'unité où il est avec les infirmières et où la porte est fermée à clé. Mais parfois certaines situations, où les jeunes se sentent persécutés par les autres, demandent de passer une heure en isolement, ou, il y a des jeunes qui se font mal à eux-mêmes, ou, ils sont complètement hors stimuli, là, alors, c'est le jeune qui demande de rester une heure en

isolement puis après une heure il sort » (Pédopsychiatre dans la clinique pour enfants et adolescents d'une institution de soins spécialisée en psychiatrie et en santé mentale).

La question qui se pose est de savoir quel est le critère à partir duquel on peut dire « on ne sait pas faire autrement ». En effet, historiquement parlant, les hôpitaux n'utilisaient pas nécessairement la pratique d'isolement, ni les tranquillisants²⁰⁰. Cela veut dire qu'il est possible de calmer les personnes sans faire usage de l'isolement et de la médication. Le problème est de savoir pourquoi notre dispositif hospitalier ne permet pas de calmer les personnes sans l'isolement. Aujourd'hui encore, il y a des professionnels qui continuent de critiquer la pratique de l'isolement, dont une assistante sociale que nous avons pu interroger.

« Moi je suis effarée par les récits des jeunes, quand elles arrivent chez nous alors qu'elles ont passé des mois en hospi, où en fait pour traiter un traumatisme, il y a un traumatisme qui se recrée [...] Quand des infrastructures pédopsychiatriques sont perdues par les débordements des jeunes, par leurs tentatives de suicide démonstratrices, à l'extrême, pour juste dire « je ne veux plus être là », c'est l'isolement qui est mis en place. Et je pense qu'il y a une déshumanisation terrible qui existe. Moi, en un an, j'ai deux jeunes qui m'ont raconté des récits, j'en avais la chair de poule. [...] Où du coup, les nuits, c'est repenser à l'isolement. Où, en gros, quand on sort de l'isolement, pour ne plus y retourner, on veut mourir » (Travailleur dans un SRS).

L'isolement peut créer des traumatismes profonds chez les jeunes. Le fait même d'être isolée et attachée au lit est très violent. Certains jeunes le vivent comme une expérience de déshumanisation. Hélène ajoute une nuance.

« L'isolement, c'est une bonne chose si c'est bien fait, je pense qu'il y a des gens qui sont tellement dans leur violence, tellement dans leur colère qu'ils ont parfois besoin d'une pièce vide tranquille pendant une heure ou deux, qu'on leur foute la paix et qu'on les laisse là et puis qu'on les sorte » (Hélène).

Hélène souligne donc que l'isolement est une bonne chose « si c'est bien fait ». Nous pouvons entendre une critique implicite dans ces paroles : l'isolement n'est pas bien fait dans l'hôpital. L'isolement peut être déformateur, comme nous pouvons le constater à partir des observations confiées par un jeune interrogé :

« Ils vont l'(une fille) attacher avec les calmants et tout le bordel, elle n'a pas bouffé pendant trois jours attachée dans un lit en isolement pendant trois jours, c'est légal ? [...] on l'a laissé 72h attachée sur un lit sans manger, sans boire avec des injections et calmants dans les bras, toute seule » (Hélène).

L'isolement peut ainsi être utilisé comme un moyen de punir les jeunes. Ceux-ci peuvent également le vivre comme l'abandon. Ce que nous pouvons observer en écoutant les jeunes, c'est que tant la médication que l'isolement peuvent glisser facilement vers une violence institutionnelle.

²⁰⁰ François Tosquelles et ses collègues ont témoigné que dans leur hôpital à Saint-Alban, il n'y avait ni de chambres d'isolement, ni la pratique d'attacher les malades au lit. Voir F. TOSQUELLES, « Une politique de la folie », in *Chimères*. Revenu des schizoanalyses, n° 13, automne 1991, p. 80.

Section 2. Les problèmes du système : ping-pong institutionnel

En quoi consiste la réalité que les jeunes et les professionnels sont en train d'affronter ? Quelles sont les difficultés qu'ils rencontrent sur leur terrain ? Les professionnels sont conscients, comme les jeunes, des problèmes du système : le coût financier, le manque de places et de temps, la liste d'attente qui est trop longue. Toute une série de manques est à prendre en considération si l'on veut répondre aux besoins des jeunes. Un professionnel parle clairement de la question des manques :

« La question des manques, je pense que les services peuvent manquer tellement de temps et tellement de moyens qu'on en devient aussi, qu'on en arrive dans une forme de violences institutionnelles par manque de temps. Parce qu'effectivement on ne va pas, on n'a pas le temps de prendre en charge correctement les situations dans lesquelles on est » (Responsables d'une équipe mobile de crise).

L'un des premiers problèmes du système que de nombreux jeunes mentionnent est le coût des séances. Les jeunes et leurs familles doivent interrompre les séances à cause du prix. Parfois, ils ne peuvent même pas imaginer d'aller voir un psychologue car c'est très cher :

« Je n'ai jamais pensé parce que de toute façon on n'avait pas les moyens c'était déjà compliqué avec mes parents et puis comme ils aimaient bien me remettre ça sur la tête voilà on n'allait pas dépenser pour un psychologue privé » (Lucette).

Leur mal-être vient aussi de la précarité financière.

« Je ne suis pas née dans une famille riche, il y a eu des vêtements, où je devais porter plusieurs fois d'affilée parce qu'on n'avait pas d'argent » (Laoura).

« Il n'y avait plus de nourriture, des fois, je n'avais plus de chauffage et tout, des fois, je n'avais plus. Je me trouvais seul à utiliser mon argent pour me nourrir, même mon père me demandait de l'argent » (Kirito).

Le système actuel ne cadre pas avec la situation financière des jeunes qui viennent de milieux précaires.

Le deuxième dysfonctionnement du système pose la question de la *place* et de l'*étiquette*. Les services sont « débordés ». Un juge s'exprime ainsi :

« Le SAJ c'est une usine à placements » (Juge de la jeunesse).

Pour trouver un endroit où placer le jeune, un pédopsychiatre souligne qu'il est parfois nécessaire de faire usage de la mise en observation pour gagner du temps jusqu'au moment où on trouve une solution.

« Il y a beaucoup de situations comme cela : le SPJ renvoie : « vous ne savez pas quoi faire ? Nous, on ne sait pas non plus, faites une mesure de mise en observation ». Le jeune arrive donc ici avec une mesure de mise en observation » (Pédopsychiatre dans la clinique pour enfants et adolescents d'une institution de soins spécialisée en psychiatrie et en santé mentale).

Le problème n'est donc pas la question du soin proprement dit, mais le manque de places et de moyens. Ainsi, la difficulté de la collaboration entre les différents services est souvent mise en évidence, comme l'exprime Laoura.

« J'étais à bout d'être bougée à gauche à droite et franchement ce n'est pas quelque chose qu'on va effacer ou oublier » (Laoura).

En effet, le dysfonctionnement dans la collaboration peut produire des effets négatifs sur les jeunes, comme relaté par un pédopsychiatre que nous avons interrogé.

« On a une jeune qui va bientôt sortir, on a trouvé l'institution, il faut mettre les choses en place avec le SPJ pour qu'elle puisse sortir, c'est une question de semaines. Ça va faire un an qu'elle est ici, elle est prête à sortir de l'hôpital depuis au moins cinq mois et ça fait cinq mois qu'on cherche une solution, il faut convaincre les services d'aide à la jeunesse qu'on ne va pas les lâcher, que ça va vraiment mieux. Parfois le SPJ rame aussi pour trouver quelqu'un qui veut bien collaborer avec nous, ensuite il faut mettre cette collaboration en place et rien que cela ça prend des mois et le jeune, pendant ce temps-là, parfois, se dégrade parce qu'il commence à en avoir marre, n'en voit pas le bout, commence à faire des conneries, il connaît bien notre fonctionnement donc voilà » (Pédopsychiatre dans la clinique pour enfants et adolescents d'une institution de soins spécialisée en psychiatrie et en santé mentale).

En même temps, il y a aussi de nombreux jeunes qui ont besoin d'un pédopsychiatre, mais ne peuvent pas avoir un rendez-vous à cause du manque de place.

Par rapport aux problèmes des places, un directeur d'IPPJ nous a parlé *supra* (« Le trouble mental passé à la loupe », Titre II, Partie 2, Chapitre 1, Section 1) de l'impossibilité d'application de l'article 122, alinéa 2 du Code Jeunesse qui prévoit qu'un jeune ne peut pas être placé en IPPJ s'il a un trouble mental ou un handicap :

« Parce qu'un trouble, un trouble mental, je le redis, quasiment tout le monde peut en avoir, ça dépend de ce qu'on met dans troubles » (Direction d'IPPJ).

D'ailleurs, le pédopsychiatre que nous avons interviewé annonce clairement :

« Nous, ici, on n'a pas de lit pour une double étiquette et de délinquance et de psychiatrie » (Pédopsychiatre dans la clinique pour enfants et adolescents d'une institution de soins spécialisée en psychiatrie et en santé mentale).

Le directeur d'IPPJ analyse ainsi la difficulté de trouver une place pour les jeunes qui se trouvent à mi-chemin entre la délinquance et la santé mentale.

« Ils (le juge, l'avocat du jeune, l'hôpital) l'ont placé (tel jeune) ici oui parce que ben finalement je pense surtout que l'article n'est pas applicable, et donc elle l'a placé ici parce que c'était le dernier recours. Dans les institutions psychiatriques, il faut tout le temps des entretiens de préadmission. Il faut tout le temps que le psychiatre le voit deux-trois fois avant de décider si oui ou non ils peuvent le prendre. Voilà, moi je pense aussi parfois mais ça je dis c'est personnel et c'est mon avis, c'est que dès qu'il y a un fait qui est commis dans une institution de type psychiatrique chez, en tout cas dans certaines, ben le jeune il n'a plus rien. Et donc le psychiatre pour protéger, et c'est peut-être défendable mais pour protéger l'institution et leur personnel ben tout à coup le jeune n'a plus rien et donc on le fait sortir » (Direction d'IPPJ).

Nous ne nous intéressons pas ici à savoir qui a raison et qui a tort. Mais les témoignages nous montrent que notre société fonctionne par l'*hyper-ségrégation*. Nous classons sans cesse les souffrances et mettons des étiquettes sur chaque cas. Rappelons que depuis 1994, le DSM²⁰¹ classe plus de 400 maladies et troubles mentaux. Mais ce qui est paradoxal, c'est que notre vision sur la santé mentale est fortement généralisée. Nous n'avons pas d'idée claire sur ce qu'est la santé mentale. La santé mentale concerne tout le monde, comme l'a dit le directeur d'IPPJ, tous les jeunes qui viennent à l'IPPI peuvent avoir un trouble mental. C'est dans ce paradoxe entre l'hyper-ségrégation et la vision généralisée sur la santé mentale que les jeunes et les professionnels peuvent rencontrer une impasse pour pratiquer un véritable soin et une aide efficace. Or notre méthodologie qui s'appuie sur l'acteur-réseau favorise, comme nous l'avons vue dans la première partie de cette étude, l'analyse des conditions rendant possible le *lien* entre les acteurs. Nous espérons donc que notre réflexion puisse déboucher sur des actions concrètes favorisant l'émergence des nouveaux liens entre les professionnels et les jeunes, mais aussi entre les différentes institutions concernées.

Section 3. Statut, fonction et rôle

Les professionnels que nous avons interviewés sont conscients du danger de ping-pong institutionnel dans lequel les jeunes peuvent tomber. Nous pouvons essayer de dessiner les contours du type d'exercices auquel il faudrait s'adonner pour ne pas être victime du système.

Avant de commencer à en discuter, nous portons de l'attention au mot « système ». En fait, il y a plusieurs professionnels qui utilisent la thérapie systémique en tant qu'outil thérapeutique. Bien entendu, on l'utilise surtout pour travailler les problèmes familiaux des jeunes. Mais selon cette théorie, la décomposition du système peut advenir lorsqu'un acteur de ce système se transforme.

« D'un point de vue plutôt systémique, si une partie importante du système change, ça va modifier l'ensemble du système. Donc si le jeune a pu travailler sur ce que lui mettait en place dans la famille, et qu'il a adopté d'autres comportements ou d'autres perceptions, d'autres interprétations, et que du coup l'ensemble de la dynamique familiale est modifiée, il n'y a pas besoin que les parents fassent un travail de leur côté, tout le système va déjà changer. Ça marche pas toujours, ça ne marche pas toujours comme on le voudrait non plus parce qu'on ne maîtrise pas la manière dont le système va se modifier mais en tout cas ça amène déjà du changement que le jeune travaille individuellement, sur lui-même » (Travailleur social dans l'unité pédopsychiatrique d'un centre neuropsychiatrique).

En parallèle, est-il possible de dire que si chaque professionnel change, il y aura effectivement une chance de transformer le système qui nous envahit par sa bureaucratie ? Le problème n'est pas simple et le système dont nous parlons est complexe. Mais cette question mérite d'être posée.

²⁰¹ Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. La dernière version est le DSM-V publié en 2003.

Pour y réfléchir, nous pouvons nous inspirer de Jean Oury, l'un des fondateurs de la psychothérapie institutionnelle et ancien directeur de la clinique de La Borde en France²⁰². Jean Oury était l'un des soignants et penseurs les plus sensibles à la monotonie institutionnelle qui transforme le rapport humain en affaire de dossier ou de système, cette mort bureaucratique que les jeunes que nous avons interviewés pour réaliser cette étude ont tant critiquée. Nous avons vu que les jeunes ont trouvé leur cheminement grâce à une rencontre et à des activités quotidiennes et culturelles. Ils nous ont transmis leur message fort qui est que chaque personne est un être singulier qui construit des identités intermédiaires en se plaçant dans un espace que l'on peut décrire avec l'expression « en train de ». Oury était justement une personne qui accordait une attention particulière à ce singulier. Il ne travaillait jamais en généralisant ou en se soumettant à la logique de la bureaucratie :

« Il faut sans cesse s'opposer à la bureaucratie qui veut tout homogénéiser, qui veut classer les malades par catégories [...] et qui refuse de voir que le soin se joue dans la vie quotidienne. Pourtant faire du théâtre, soigner des animaux, organiser des sorties, cela fait partie du traitement dans un hôpital psychiatrique. Il faut sans cesse lutter contre l'écrasement hiérarchique qui étouffe toute une richesse et combattre le préjugé d'irresponsabilité des malades »²⁰³.

Pour ne pas tomber dans la bureaucratisation des rapports humains, il nous propose l'exercice de la distinction entre statut, fonction et rôle :

« Chaque matin, il faut faire un exercice : bien distinguer statut, rôle, fonction. Si dans une heure, on a oublié, il faut répéter encore : statut, rôle, fonction. Le statut est en rapport avec la feuille de paye, il est marqué dessus : le jardinier, l'économiste, le directeur, l'infirmier. C'est le diplôme. Et la hiérarchie. Maintenant et la fonction ? C'est bien plus compliqué. Dans une collectivité avec des malades de toutes sortes se développe une fonction soignante. Mais c'est 'qui' la fonction soignante ? Parce que j'entends toujours dire, même par les copains, il y a les soignants et les soignés. Il y a une fonction soignante, mais si un soi-disant soignant ne se fait pas soigner par les soignés, ce n'est plus un soignant, il faut qu'il fasse autre chose ! Un psychanalyste qui ne fait pas de progrès au bout de 10 ans qu'il voit des gens, c'est incurable ! La fonction soignante est une fonction partagée »²⁰⁴.

Selon Oury, le statut est donc indiqué sur la fiche de paye : éducateur, psychologue, médecin, jardinier... C'est la question du diplôme, du salaire, et enfin de la hiérarchie. Nous avons vu que les jeunes se sentent mal à l'aise lorsque les professionnels s'attachent trop à leur statut. Si c'est le statut qui est déterminant, seuls les jeunes doivent s'adapter aux besoins des professionnels, sans réciprocité.

²⁰² Pour une histoire de cette institution, voir J.-C. POLACK et D. SIVADON, *La Borde ou le Droit à la folie*, Calmann-Lévy, Paris, 1976.

²⁰³ J. OURY, « Il faut assumer la transcendance de l'autre », l'entretien réalisé en août 2012 : <https://www.la-croix.com/Culture/Livres-Idees/Livres/Jean-Oury-psychiatre-et-psychanalyste-Il-faut-assumer-la-transcendance-de-l-autre-2014-05-19-1152653>

²⁰⁴ J. OURY, la journée de formation (Association des psychologues du Centre APREC), le 26 avril 2008 à Tours: <http://bibliothequeopa.blogspot.com/2009/07/jean-oury-lanalyse-institutionnelle.html>

La fonction renvoie au travail concret, dans la pratique. Le cuisinier cuisine, le jardinier s'occupe d'un jardin. Le médecin peut prescrire des médicaments. Chaque métier rime avec un travail concret. Mais lorsqu'on essaie de saisir ce qui se produit entre les acteurs, il est beaucoup plus compliqué de déterminer quelle est leur tâche. Qu'est-ce que la fonction soignante ? Un soignant tente de soigner son soigné, mais l'effet du soin est partagé dans le sens où le soignant reçoit également quelque chose du soin qu'il prodigue. Il faut souligner que dans une relation, la fonction est au fond partagée. Un parallélisme peut être opéré avec la fonction de parents : lorsqu'on devient mère ou père, n'apprend-on pas beaucoup de son enfant ?

Et le rôle ? Qu'est-ce que c'est plus exactement ? C'est grâce à la parole des jeunes que nous avons compris que c'est l'intéressement qui invente des rôles. La jeune fille Ema le dit clairement :

« Il faut vraiment aller vers l'idée du jeune : comment il veut, comment il voit les choses » (Ema).

Si on accepte d'aller vers les jeunes, on peut constater que les jeunes donnent un rôle à leur intervenant. Par exemple, comme nous l'avons déjà vu, Jean-Kévin a donné à son thérapeute le rôle de coaching sportif. Jean-Michel a donné à sa psychologue le rôle de pianiste. C'est souvent spontané et inattendu. Les rôles se créent souvent par hasard, dans un contexte précis :

« Mais quel est son rôle (de cuisinier) ? C'est celui que le malade va lui donner. C'est parfois inattendu. Il arrive qu'un pensionnaire raconte sa vie au cuisinier, alors qu'il ne dit rien à son médecin. C'est donc très important de ne pas enfermer le cuisinier dans son statut de cuisinier et de ne pas fermer la porte de la cuisine aux malades. Je pourrais prendre mon propre cas. Mon statut est d'être directeur, mais il ne faut pas se prendre pour son statut. Je dis souvent : un directeur qui se prend pour un directeur, c'est le plus fou de la bande! »²⁰⁵.

Un professionnel qui travaille dans un service résidentiel spécialisé (SRS) remarque que les jeunes cherchent un « espace de parole ». Cet espace ne se produit justement pas selon la logique du statut ni de la fonction, mais d'une manière spontanée dans la vie quotidienne, selon la logique du rôle inventé.

« Donc notre porte, elle est ouverte, souvent ça arrive que les jeunes montent, ah tu es occupé là ? On avait fait un petit bac à bonbons, il dit d'abord qu'il est venu prendre un bonbon, et au final, ils viennent déposer quelque chose. Donc c'est pas avec une demande claire et précise, mais ils sont, je pense en demande d'espace de parole » (Travailleur dans un SRS).

En ce sens-là, plusieurs professionnels nous ont parlé de leur vigilance pour ne pas entrer dans une relation figée avec les jeunes. Il est ainsi important de construire la vie quotidienne *ensemble* avec les jeunes. De fait, le médiateur doit comprendre que la potentialité du soin existe déjà chez les jeunes eux-mêmes, ce que confirme un intervenant interrogé.

« On essaie d'ouvrir aussi à d'autres champs que le pur psy » (Psychologue dans un SRS).

Une pédopsychiatre le dit également.

²⁰⁵ J. OURY, « Il faut assumer la transcendance de l'autre », *op. cit.*

« C'est arrêter de se centrer peut-être uniquement sur l'intrapsychique. Je crois qu'on est un être humain ouvert [...] Je repense à plein de jeunes qui viennent dans ma consultation. Ils ne font pas de l'art thérapie, mais ils m'apportent leurs dessins par contre [...] Je trouve qu'un truc génial pour exprimer ses émotions [...] il y a aussi des ados qui viennent avec de la musique [...] ils me mettent leurs chansons et ils me parlent de leurs émotions à travers les chansons qu'ils apportent et ça c'est aussi très très magique » (Pédopsychiatre en centre de santé mentale et en hôpital).

Certaines médiations, comme les dessins, sont utiles surtout quand les jeunes éprouvent la difficulté de parler. Florian l'explique.

« On part sur le dessin et j'ai plus facile à expliquer ce que je veux. [...] Quand je suis vraiment frustré ou je vais vraiment mal, généralement je ne parle pas, je reste seul et je suis en mode mutisme » (Florian).

Selon un pédopsychiatre, l'efficacité thérapeutique est là quand les jeunes sont spontanés et authentiques, puisque, comme il le dit, un être humain est ouvert. Donc ça ne se passe pas forcément dans un cadre thérapeutique, mais quand une rencontre a eu lieu, comme on peut le constater à la lecture des passages susmentionnés.

Ce à quoi il faut faire attention est que les rôles enfant/adulte ne se renversent pas. Alice exprime avoir beaucoup souffert de ce renversement.

« Les parents inversent les rôles, toi, tu joues l'adulte, eux jouent les enfants, ben pour finir, ben, ton rôle d'enfant ben, tu ne l'as plus, tu ne l'as plus, donc, encore à l'heure d'aujourd'hui, j'en souffre énormément parce que, euh, à n'importe quel endroit où je suis, ma place, je ne sais pas où elle est. Je me pose beaucoup trop haut ou je me pose beaucoup trop bas, je n'arrive pas à... à trouver le juste milieu » (Alice).

La différence entre l'enfant et l'adulte doit clairement être faite, puisque c'est une des causes de la souffrance des jeunes. Une psychologue expose clairement cette nécessité d'une nouvelle rencontre avec un adulte solide :

« Je pense que dans les jeunes qu'on accompagne nous ici, je pense qu'ils sont tellement abîmés aussi que c'est avant de parler de psy et tout ça, c'est leur permettre de pouvoir faire confiance en un adulte solide, fiable et quelle que soit la manière en fait, quelle que soit l'activité, quel que soit le canal » (Psychologue dans un SRS).

Il faut reconstruire la confiance des jeunes envers l'adulte. Grâce à cette confiance, le soin de l'attachement défaillant est possible et, par conséquent, un nouveau type d'attachement plus sécurisant peut émerger.

Section 4. Une rencontre et une aide

Voyons de plus près comment les professionnels organisent la rencontre et l'aide avec les jeunes. Comme le dit Gilles Deleuze, l'important est avant tout de résister au système qui nous

rend triste : « *Le système nous veut triste et il nous faut arriver à être joyeux pour lui résister* »²⁰⁶.

– Bricoler la modalité du soin

Un assistant social qui accueille des adolescentes ayant des troubles psychologiques graves, des comportements violents et délinquants, nous parle de l'idée principale du centre où il travaille.

« L'idée c'est justement d'arrêter ce nomadisme institutionnel, c'est pouvoir leur permettre de s'apaiser en faisant confiance à l'adulte puisque, quelque part, elles connaissent toutes des troubles affectifs » (Travailleur dans un SRS).

Il essaie de travailler en réseau avec plusieurs partenaires pour créer de multiples possibilités auxquelles les jeunes peuvent s'accrocher.

« Par exemple, moi je vais dans le bar à chats avec une jeune, un jour (rire) oui, il y a ça... et puis je vois sur la table une petite carte d'une psy qui est zoothérapeute. Au bar à chats, quoi. On prend la carte (rire). Je contacte la petite dame et je lui explique comment on travaille, notre philosophie de travail. Elle me recontacte dans la ½ heure, elle me dit : "je cherche tout à fait ce genre de public, de partenaire, enfin voilà, vous avez exprimé les mots comme moi je l'entends" » (Travailleur dans un SRS).

La musique, ce n'est pas ton truc, alors pourquoi pas un dessin ? La lecture et l'écriture ? Pourquoi ne pas s'occuper d'un cheval ? Ou d'un chat ? Ce qui est important, c'est non seulement de créer des occasions pour expérimenter tous ces objets flottants en tant qu'outils thérapeutiques, mais également d'accepter l'état flottant des jeunes. Une jeune veut partir du centre parce que son père vient de décéder, elle a besoin de faire son deuil. Une jeune était déjà partie du centre, mais elle voulait y revenir car elle avait besoin de la présence d'un adulte. Apparaître-disparaître, aller-venir, coller-décoller, avancer-reculer : les jeunes tentent d'expérimenter et de s'approprier ces mouvements importants. Cadrer les hasards, c'est paradoxal, mais nous voyons justement une efficacité thérapeutique dans ce paradoxe-là. Il faut que toutes ces activités viennent, d'une certaine manière, de la passion d'un jeune. Il faut que ça colle aux jeunes. Sinon, ils les font parce qu'ils doivent satisfaire les exigences des professionnels.

Nous avons également interviewé un zoothérapeute. Il nous a témoigné concrètement de la manière dont il travaille avec les jeunes qui sont arrivés chez lui après un long parcours de multiples services.

« Il y en a souvent, les jeunes que j'ai eus, qui ont eu un parcours en psychologie, ils disent un peu « Au final je viens ici parce que c'est différent quoi ». Enfin c'est un peu comme si c'était le bout de la chaîne : "Moi j'ai déjà fait pédopsy, j'ai déjà été hospitalisé, j'ai déjà été voir des psychologues, ça ne marche pas, il n'y a rien qui fonctionne et donc je me suis dit... les animaux!" » (Zoothérapeute et psychologue dans un centre PMS).

²⁰⁶ « Qu'est-ce que l'acte de création ? », conférence à la FEMIS, 17 mars 1987.

Le fait que beaucoup de jeunes arrivent chez lui à la « fin de leur parcours » lui permet de canaliser leurs critiques envers les services.

« Je pense que ce qui ressort souvent : “On ne m’écoute pas” ; “On m’a reçu 20 minutes” ; “La personne n’avait pas le temps” ; “Il y avait 5 autres personnes dans la salle d’attente et je ne sentais pas bien quoi” ; “La personne prenait des notes et ne me regardait pas” ; [...] “Je sentais souvent c’est on ne m’écoutait pas ou c’est comme si je n’étais pas intéressant quoi » (Zoothérapeute et psychologue dans un centre PMS).

Pour que son cadre thérapeutique soit accessible, le zoothérapeute interrogé essaie de diminuer au maximum le prix de ses consultations (chez lui, le prix varie entre 4 et 11 euros). Il utilise son statut de psychologue pour que la mutuelle, l’INAMI, rembourse les séances de psychologie. C’est donc un système psy qui permet de faire venir les gens chez lui.

Mais le zoothérapeute ne colle pas à son statut défini par le système. La relation doit être créée lors de chaque séance. En effet, il n’y a rien de préétabli pour entamer une zoothérapie.

« Il n’y a pas de séance de zoothérapie-type parce que c’est toujours s’adapter aux gens qu’on a en face de soi » (Zoothérapeute et psychologue dans un centre PMS).

« Il y a parfois juste le lapin qui court dans la pièce, mon vieux chien qui ronfle pendant la séance. Pour certains, ça suffit à pouvoir décaler de cette relation un peu froide au final. Pour d’autres ont va bouger beaucoup plus, on va marcher, on va parler en marchant parce que le contact visuel est pas facile, quand on a des patients qui ont des troubles autistiques par exemple ou des enfants qui ont du mal avec les troubles de l’attention, ça aide aussi de pouvoir faire des exercices » (Zoothérapeute et psychologue dans un centre PMS).

Pour justement créer l’ambiance dans laquelle on est à l’aise, elle accorde une attention particulière à la première séance.

« Je pense que ce sont les premiers contacts, c’est peut-être plus difficile au niveau justement de l’alliance thérapeutique parce que je pense qu’il y a une certaine défiance probablement. “Il faut aller voir un psy c’est obligatoire, c’est marqué dans le jugement machin” [...] Les jeunes souvent me disent : « Vous n’êtes pas une psy comme les autres ». Alors c’est vrai et moi je prends ça comme un compliment [...] Moi je refuse que ce soit blanc aseptisé, alors il y a toujours un petit peu de désordre [...] ce n’est pas millimétré chez moi donc je pense que l’alliance thérapeutique elle finit par se créer aussi par le fait que je ne suis pas prise de tête [...] Tu n’as pas envie de parler, ce n’est pas grave je comprends. Écoute on va aller s’occuper des animaux et puis on verra bien ce qui se passe » (Zoothérapeute et psychologue dans un centre PMS).

En sortant d’un cadre rigide et d’un jugement culpabilisant, et une fois que l’alliance thérapeutique est faite, ça roule d’une manière improvisée. L’important, c’est de répondre aux besoins des jeunes. Le zoothérapeute nous raconte une scène improvisée avec un enfant.

« J’ai déjà eu des jeunes enfants très en colère. C’est : « on prend un bol et on coupe, chaque morceau c’est une partie de colère qu’on peut enlever et plus il y a de morceaux, plus les animaux vont être nourris et être contents ». Je vous rassure ils sont nourris autrement que ça mais, mais c’est vraiment pouvoir arriver à sortir les choses et du coup, c’est élaborer des

sentiments, enfin voilà, qu'ils n'ont pas l'habitude » (Zoothérapeute et psychologue dans un centre PMS).

Les enfants qui devaient avaler leur colère pour assurer leur survie font l'exercice d'extériorisation de cette colère grâce aux carottes et animaux.

– Un milieu, un collectif

Ce n'est pas seulement la survie individuelle qui produit l'efficacité thérapeutique. En fait, l'influence du milieu et la force du collectif ne sont pas négligeables. Si les jeunes demandent une aide, c'est parce qu'il existe souvent des difficultés dans leur milieu de vie, que ce soit familial ou institutionnel. C'est pourquoi, il importe de se déplacer de leur environnement problématique afin de fabriquer un nouveau milieu plus vivable, ce que Jean-Michel confirme.

« La première ça se basait pas forcément sur le travail sur moi-même c'était plus déjà une question d'environnement : se sentir bien avant de pouvoir parler » (Jean-Michel).

Un professionnel s'exprime en ce sens.

« On essaie aussi de travailler en séparant le jeune de son milieu habituel, que ce soit le milieu familial, le milieu institutionnel où il vit, le changer un petit peu de ses habitudes, sortir du cadre habituel et voir... » (Travailleur social dans l'unité pédopsychiatrique d'un centre neuropsychiatrique).

Le changement du cadre habituel aide à apaiser la violence des jeunes :

« On a des jeunes qui débarquent chez nous avec un parcours de violence, des faits de violence, qui sont suivis par la justice ou autres. En arrivant chez nous, les choses s'apaisent un peu. Ils ne sont plus dans le même milieu, plus dans les mêmes contextes. Souvent la violence c'est pour...alors il y a des violences, on va dire caractérielles, c'est plus fort que le jeune, ça s'impose à lui et c'est même plutôt sur un volet somatique, c'est le corps qui part et on ne sait pas faire grand-chose à ça. Souvent, la violence c'est quand même pour mettre l'autre à l'écart. Finalement, c'est pour se protéger soi. On va être violent avec l'autre pour qu'il s'en aille, pour qu'il arrête d'être là, d'être persécutant. C'est de l'interprétation mais c'est pour le mettre à l'écart, il y a des jeunes qui sont violents en famille parce qu'on constate parfois que la maman est menaçante, par sa fragilité ou par sa violence elle-même. Une maman ou un papa qui ne tient pas la route parfois, c'est menaçant pour certains jeunes. Ils vont en arriver à la violence pour : "va-t'en, va loin de moi, tu me fais peur" » (Travailleur social dans l'unité pédopsychiatrique d'un centre neuropsychiatrique).

Lorsque les jeunes comprennent que ce nouveau milieu-là est sécurisant, leur violence disparaît ou s'atténue. Il y a des adultes solides qui peuvent contenir la souffrance. En effet, l'important est que les jeunes trouvent leur appui pour faire grandir leur réseau. Un pédopsychiatre insiste sur l'importance de l'amitié.

« Je dis parfois aux jeunes que quand il a un copain avec qui il peut parler et avec qui ça se passe bien, que son copain devient le psy, alors on n'est pas dans des situations gravissimes peut-être, mais que les jeunes les uns vis-à-vis des autres peuvent aussi se soutenir et qu'en général c'est comme ça que ça se passe et c'est à ce moment-là qu'on n'a pas besoin d'aller voir des pys » (Pédopsychiatre en centre de santé mentale et en hôpital).

D'une certaine manière, les intervenants jouent ce rôle d'ami qui est symétrique et égalitaire dans un cadre structuré, jusqu'au moment où la souffrance n'est plus extrême et les jeunes peuvent trouver leurs amis avec qui ils peuvent se soutenir réciproquement.

Une fois que les jeunes s'installent dans le nouveau milieu sécurisant, ils peuvent se lier autrement aux autres. Ça ne va jamais de soi, car tous les affects – la peur, la colère, le manque ... – sont toujours là. Mais en même temps, ils s'inscrivent dans un collectif qui est en soi thérapeutique.

« On s'axe beaucoup sur le communautaire, c'est-à-dire que c'est le groupe de jeunes qui est vu comme une entité thérapeutique. L'adulte est là pour animer le groupe. Il y a des entretiens individuels, il y a du suivi individuel aussi, au niveau des psychologues, au niveau des référents, au niveau du social, on travaille sur le plan individuel, mais c'est vraiment le groupe qui est vu comme objet de soin et on soutient les jeunes dans vraiment ce qui peut s'apparenter à un groupe d'entraide où chaque jeune prend soin du groupe et, en prenant soin du groupe, le groupe prend soin de lui aussi. En tout cas, c'est ce qu'on essaie de mettre en place. Ce qu'on constate parfois, c'est des jeunes qui arrivent dans le service avec des phobies sociales massives, un jeune qui ne sait plus sortir de chez lui pour aller au magasin ou autre...on a vu ça...Les jeunes qui amènent le divan dans le hall d'entrée pour accueillir le jeune. Il y a vraiment quelque chose qui se passe à ce niveau-là. Les jeunes hospitalisés étant eux-mêmes dans ce parcours-là se comprennent mieux entre eux aussi. Savoir que pour eux c'était difficile d'arriver... et ça développe aussi leur empathie pour celui qui arrive. Donc la phase d'accueil est très importante, tant de la part de l'adulte que de la part du groupe, on essaie de fédérer les choses comme ça. D'autres situations où un jeune... c'est souvent ces aspects-là qui nous marquent le plus...un jeune qui encore une fois n'a jamais été dans un magasin de sa vie parce que peur de tout, le mercredi après-midi ils sont en sortie autorisée - ils étaient, là maintenant c'est un peu plus compliqué – le jeune part avec 2 ou 3 jeunes du groupe et ils vont au magasin comme si de rien. Il y a plein de choses comme ça qui se travaillent par le groupe. On n'a pas beaucoup de maîtrise sur ce qui passe à ce niveau-là. Les jeunes entre eux ont cette capacité à s'emmener plus loin, il y a déjà beaucoup de ça. Ça c'est ce que les jeunes font, après il y a nous aussi quand même, on intervient un petit peu, on n'est pas là juste à les regarder » (Travailleur social dans l'unité pédopsychiatrique d'un centre neuropsychiatrique).

La force du collectif est remarquable. En rencontrant les autres et en échangeant avec eux, une nouvelle résonance de notre subjectivité naît. Notre subjectivité est tissée par plusieurs relations inscrites dans plusieurs milieux. Nous ne sommes jamais transparents et identiques avec nous-mêmes. C'est grâce à l'espace de vie construit par le collectif – les autres jeunes, les intervenants, les gens du quartier, le voisinage, les animaux, les camarades de l'école... – que s'ouvre le champ des possibles. Nous inventons un nouveau rôle qui encourage la naissance d'une nouvelle identité, et cela non pas à partir de zéro, mais à partir de la vie quotidienne.

Quelles conclusions pouvons-nous tirer à partir de cette étude ? Nous n'avons pas de réponses toutes faites, mais nous pouvons poser certaines questions. Notons ici trois questions qui concernent la prévention.

Premièrement, l'étude nous a montré que les services de santé mentale ainsi que les hôpitaux psychiatriques sont fortement stigmatisés. Les jeunes ne se sentent pas à l'aise de demander une aide aux professionnels afin d'éviter la stigmatisation. L'expérience du stigmate dépend des intermédiaires en tant que porte-parole – les familles, les enseignants, les collègues... – des services concernés. Il est dès lors important de travailler sur les intermédiaires pour lutter contre le stigmate et pour sortir du cercle vicieux.

Comment travailler sur la stigmatisation pour que tous les jeunes puissent s'adresser plus facilement aux services ? Quels outils de médiation faut-il créer pour favoriser l'accès aux services ?

Deuxièmement, notre analyse nous a montré que la réussite d'une rencontre avec un intervenant dépend de la qualité des intermédiaires. En effet, la chance d'une bonne rencontre avec un intervenant augmente l'efficacité d'un soutien qui est déjà inscrit dans le réseau du soin. Mais cela signifie que plus les jeunes subissent les conséquences de la désaffiliation, plus ils s'éloignent des intermédiaires de qualité. La réussite risque de dépendre de la force individuelle et du hasard. Une question s'impose :

Comment peut-on construire structurellement les intermédiaires de qualité pour que tous les jeunes, surtout les jeunes vulnérables ou désaffiliés, puissent bénéficier des services ?

Troisièmement, dans notre étude, nous avons constaté que les jeunes ont leurs propres arguments sur le soin de la santé mentale. C'est dire que le lieu des débats ne doit pas rester entre les professionnels de la santé mentale car le contenu de multiples controverses concerne directement les jeunes.

Comment peut-on élargir l'espace des débats afin de faire participer les points de vue des jeunes ? Quel dispositif peut permettre la participation des jeunes aux débats des controverses ?

Face à ces difficultés, disons-nous qu'il ne « faut jamais baisser les bras ». C'est ce qu'une jeune fille nous a témoigné lorsqu'elle est revenue sur son parcours extrêmement difficile :

*« Voilà il suffit de changer et d'aller voir quelqu'un d'autre et voilà même si ça prend du temps et même s'il faut aller de personnes en personnes en services et on se dit putain, ho pardon mais punaise je ne m'en sortirai jamais, mais non, il faut jamais baisser les bras, jamais »
(Lucette).*

Comme les jeunes nous l'ont témoigné, l'important est de ne pas rester dans un état passif d'impuissance. Nous pouvons toujours commencer à agir en nous appuyant sur le moindre geste, mais qui peut cacher une grande créativité.

CONCLUSION

En définitive, quels sont les freins au respect du droit à la santé mentale du jeune : ses représentations ou le système de prise en charge ? La réponse à notre questionnement de départ nous semble foncièrement liée à la définition-même de la santé mentale.

Dès les prémisses de nos réflexions, un article de Nicolas Dissez, nous a interpellé – voire guidé – tant il fait écho au sentiment de solitude que nous expérimentons de façon croissante au SDJ dans le cadre de nos accompagnements individuels.

Selon le Psychiatre et Psychanalyste français, « *est appelé santé mentale le domaine de la santé publique regroupant l'ensemble des modalités de prise en charge de la souffrance psychique. Ce domaine est non seulement vaste mais en progression constante. Il regroupe en effet sur un premier pôle, les troubles psychiatriques sévères dont s'est toujours occupée la psychiatrie de secteur, et sur le second, en extension permanente, le cadre du "développement personnel" et de la "santé mentale positive". Ce second pôle répond à cette définition inflationniste de la santé que vous connaissez, proposée par l'OMS comme étant "un état complet de bien-être physique mental et social, et pas seulement l'absence de maladie et d'infirmité". C'est ce registre, d'apparition plus récente dans notre champ et qui vient promouvoir le droit pour tous à une qualité de vie toujours supérieure, qui vient imprimer sa logique à la politique de santé mentale* »²⁰⁷.

Au travers de plusieurs illustrations, Nicolas Dissez expose que le discours de la santé mentale dans lequel il est en permanence question de décloisonnement, de désenclavement et de lutte contre l'isolement, est porté par un vœu d'effacement de toute frontière comme de toute disparité des places et des fonctions. Il s'attarde sur les effets ségrégatifs de cette récusation de toute disparité dans le champ psychiatrique : « *Certaines frontières peuvent cependant se révéler plus résistantes que d'autres. La question est ici structurale, à s'efforcer de récuser le réel de certains bords, on risque bien de les voir resurgir ailleurs avec des effets qui sont loin d'être plus tempérés. Cette indifférenciation des discours comme des places me paraît en particulier se payer d'effets paradoxaux d'exclusion portant spécifiquement sur la personne du fou en tant qu'il échappe à la recherche de cette jouissance commune dont la quête organise la santé mentale. [...] L'hôpital psychiatrique n'a-t-il pas longtemps constitué un lieu, isolé du social, où ne s'imposaient plus, au moins transitoirement, à ceux qui y étaient admis les règles de la société consumériste. [...] C'est bien la fonction du psychiatre que de maintenir une fonction civilisatrice à ce lieu d'exception. Le droit d'asile n'est-il pas lui-même un droit de l'homme essentiel ? [...] Après qu'aient été dénoncées pendant des années les pratiques de l'hôpital psychiatrique au titre de l'isolement social qu'elles constituaient, n'assiste-t-on pas aujourd'hui, avec la dissolution de la psychiatrie dans la santé mentale, c'est-à-dire avec une politique qui vient récuser les spécificités de la position subjective dans la psychose, à des processus autrement plus radicaux de ségrégation, qui voient jeter le fou dans l'errance et les*

²⁰⁷ N. DISSEZ, « Qu'est-ce que la santé mentale ? », *op. cit.*, p. 19.

couloirs du métro, voire dans les prisons où il est jugé responsable et est privé de tout soin décent. Ces processus ségrégatifs conduisent à réduire son espérance de vie comme peau de chagrin. [...] »²⁰⁸.

Ce texte nous renvoie aux difficultés que nous rencontrons avec certains jeunes « sur le fil », « complexes », « en souffrance » et qui sont partagées – nous l’avons vu au fil des témoignages recueillis – par bon nombre de nos collègues des secteurs de l’aide à la Jeunesse comme de la Santé mentale. Nous n’étions donc pas les seuls à nous sentir seuls...

Revenons à Tom, Pimprenelle et Karl (dont l’histoire marque les premières lignes de ce rapport), ces jeunes qui nous ont amenés à nous questionner sur la place que devait prendre le SDJ dans le champ de leur santé mentale dans la mesure où celle-ci semblait influencer (ou plutôt mettre à mal) les divers projets de vie qu’ils envisageaient.

L’arrêté AMO précise que « *l’action de prévention éducative du service exclut toute prise en charge de type psychothérapeutique* »²⁰⁹. Notre cadre a donc été clairement défini par le législateur. Il se limite aux notions de bien-être et d’estime de soi mais n’a pas de vocation thérapeutique. À l’inverse, la prise en charge thérapeutique des troubles mentaux et des maladies mentales relève du secteur de la Santé mentale et des dispositifs qu’il met en place.

Les entretiens menés avec les jeunes et les professionnels nous laissent penser que les missions du SDJ – et de manière plus globale des AMO – en lien avec la santé mentale semblent bien comprise des jeunes comme des professionnels.

« [...] ce qui m’a vraiment aidé c’est aller au service droit des jeunes, aller chez Infor’Jeunes, [...] ça m’a aidé sur le plan psychologique de savoir qu’il existait des personnes autres que mes parents qui pouvaient m’accompagner dans des démarches qui me paraissent fort compliquées en fait. Donc sur le plan psychologique ça fait du bien parce qu’on se sent soutenue pour des démarches, que tout seul c’est parfois difficile à faire. [...] c’est rassurant » (Annette).

« [...] la fois où j’ai pleuré à cause de mon ex quand j’étais parti les voir à l’AMO, tandis qu’ils n’étaient pas vraiment compétents au vu de la situation, parce que c’est juste des éducateurs, mais ils m’ont quand même aidé » (Kirito).

« [...] la plupart des jeunes qu’on suit nous disent aussi : ‘J’ai essayé de voir plusieurs psys et ça ne me convient pas [...]. Je pense que le verbal, être uniquement dans le verbal, raconter ce qu’il s’est passé, élaborer autour de ça, c’est quelque chose de très compliqué. Les jeunes nous le disent aussi donc je suis 100 % en accord avec le fait que pour arriver à toucher le jeune, il faut pouvoir être créatif, passer par d’autres choses, par d’autres médias et qu’effectivement ça devrait être davantage développé. Je pense notamment aussi à certains jeunes pour lesquels on essaye de, ce n’est pas de la thérapie sauf que pour certains ça a un effet thérapeutique, c’est effectivement aller développer des projets dans des écuries, dans des fermes pédagogiques, être actif dans tout ça et donner un coup de main. Donc si on doit considérer ça comme une thérapie, je ne pense pas que ça en est une, mais par contre ça a clairement un effet thérapeutique parce que le jeune s’y sent bien, il développe son estime de lui, il développe sa confiance en lui. Il y a plein de groupes, il y a des

²⁰⁸ *Idem*, pp. 20-21.

²⁰⁹ Article 6, § 1^{er} de l’Arrêté du Gouvernement de la Communauté française relatif aux conditions particulières d’agrément et d’octroi des subventions pour les services d’actions en milieu ouvert, *M.B.*, 11 janvier 2019.

maisons de jeunes, il y a des AMO qui développent des supers projets [...], je ne pense pas que c'est des thérapies mais par contre ça a un effet thérapeutique et donc ça c'est génial, et donc oui il faut développer davantage ça » (Responsables d'une équipe mobile de crise).

Si des cadres délimitent l'intervention des professionnels de la Santé mentale et de l'Aide à la Jeunesse, pourquoi les deux secteurs sont-ils autant en difficulté ? Pourquoi avons-nous dû outrepasser nos missions, constatant avec effroi et impuissance que personne ne prenait le relais lorsque la situation « dégénérait ». Comment aurions-nous pu sortir la carte du « c'est du thérapeutique donc c'est pas nous ! » sans entacher le lien avec des jeunes qui mettent déjà tellement de temps à accorder leur confiance par crainte de vivre une énième trahison – ou expérience ressentie comme telle – par un professionnel ? Comment combattre ce sentiment de solitude partagé non seulement par les professionnels, mais aussi par les jeunes ?

« [...] toute ma vie, j'ai eu l'impression de me battre contre les services [...] et toujours cette impression-là, encore maintenant, qu'ils ne sont pas avec moi, mais qu'ils sont contre moi. J'ai vraiment l'impression qu'ils sont contre moi. Je ne pense pas qu'ils me veulent du mal intentionnellement, mais je ne pense pas qu'ils veulent mon bien non plus. Je pense qu'ils n'ont juste pas le choix, quelque part; il faut qu'ils fassent leur travail c'est tout [...]» (Hélène).

Les témoignages recueillis sont éclairants : pour que le jeune puisse trouver un service qui réponde à ses besoins, il semble essentiel que chacun soit identifié dans sa mission, tienne son rôle, reste dans son cadre et se concentre sur son public-cible, afin que le jeune puisse circuler entre les offres de services en fonction de ce qu'il traverse. Ça ne veut pas dire que le jeune ne peut pas relever de plusieurs champs de missions cumulativement mais les professionnels doivent rester à leur place.

L'adaptabilité semble également cruciale. Cependant, ce n'est pas l'institution ni son projet pédagogique qui doivent s'adapter, mais la mesure et ses modalités (durée, forme, mode de placement, etc.), ce qui va considérablement améliorer la collaboration et le réseautage.

Peut-être faudrait-il davantage donner la possibilité aux juges et aux intervenants de construire la forme et le mode de placement des jeunes (en IPPJ comme en services hospitaliers), ce qui réduirait les files d'attente, et ces réponses qui tombent (trop) tard et qui ne font plus sens pour le jeune ? Le risque du contexte actuel, où tout le monde « fait de tout », c'est que chacun clôturera son intervention parce que l'autre est « compétent ». Si tout le monde « fait de tout », le jeune « ne rentre dans plus rien du tout ».

Bibliographie

Législation

Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales, signée à Rome le 4 novembre 1950, *M.B.*, 19 août 1955.

Convention relative aux droits de l'enfant du 20 novembre 1989, signée à New-York le 20 novembre 1989, *M.B.*, 17 janvier 1992.

Code civil du 21 mars 1804, *M.B.*, 13 septembre 1807.

Code pénal du 8 juin 1867, *M.B.*, 9 juin 1867.

Loi du 1^{er} juillet 1964 de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, *M.B.*, 17 juillet 1964.

Loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait, *M.B.*, 15 avril 1965.

Loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *M.B.*, 27 juillet 1990.

Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.*, 26 septembre 2002.

Loi du 17 mars 2013 réformant les régimes d'incapacité et instaurant un nouveau statut de protection conforme à la dignité humaine, *M.B.*, 14 juin 2013.

Arrêté royal portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre du 23 octobre 1964, *M.B.*, 7 novembre 1964.

Arrêté royal du 18 juin 1990 fixant la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, *M.B.*, 26 juillet 1990.

Arrêté royal du 18 juillet 1991 portant exécution de l'article 36 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *M.B.*, 26 juillet 1991.

Décret du 18 janvier 2018 portant le code de la prévention, de l'aide à la jeunesse et de la protection de la jeunesse, *M.B.*, 3 avril 2018.

Exposé des motifs, commentaire des articles et amendements adoptés du décret du 18 janvier 2018 portant le code de la prévention, de l'aide à la jeunesse et de la protection de la jeunesse.

Ordonnance de la Commission communautaire commune du 16 mai 2019 relative à l'aide et à la protection de la jeunesse, *M.B.*, 5 juin 2019.

Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 5 décembre 2018 relatif aux conditions particulières d'agrément et d'octroi des subventions pour les services d'actions en milieu ouvert, *M.B.*, 11 janvier 2019.

Jurisprudence

CEDH 24 octobre 1979, nr. 6301/73, Winterwerp/Nederland § 39.

CEDH 28 septembre 2006, nr. 56272/00, Kayadjieva/Bulgarie, § 31.

Cour constitutionnelle – 49/2008, 13 mars 2008.

CEDH 11 décembre 2008, nr. 34449/03, Shulepova/Rusland, § 42; CEDH 19 avril 2012, nr. 2452/04, M/Oekraïne, § 59.

CEDH 5 octobre 2009, nr. 31365/96, Varbanov/Bulgarie, § 48.

CEDH 7 janvier 2016, nr. 23279/14, Bergmann/Duitsland, § 98; CEDH 17 décembre 2013, nr. 24086/03, Raudevs/Letland, § 69.

Cour d'appel Mons – 2019/AJ/177, chambre jeunesse, 17 octobre 2019.

Doctrine

CALLON M., LATOUR B., « Le grand Léviathan s'apprivoise-t-il ? », in Michel Callon, Bruno Latour et Madeleine Akrich (éd.), *Sociologie de la traduction : textes fondateurs*.

CALLON M., « Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins pêcheurs dans la Baie de Saint-Brieuc », in *L'Année sociologique*, n° 36, 1986.

CALLON M., LASOUMES P., BARTHE Y., « Agir dans un monde incertain, essai sur la démocratie technique », Paris, Seuil, 2001.

CALLON M., LATOUR B. et AKRICH M. (éd.), « Sociologie de la traduction : texte fondateurs », Paris, Presse des Mines, Sciences sociales, 2006.

COENEN R., « L'exclusion est une maltraitance. Clinique des adolescents difficiles », in *Thérapie Familiale*, 2001/2 (Vol. 22), p. 133-151, [consulté en ligne], URL : <https://www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2001-2-page-133.htm>

DE MAN C., « Nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents. Un modèle à suivre ? », in *Journal du droit des jeunes*, N°371, janvier 2018, pp. 14-16.

DISSEZ N., « Qu'est-ce que la santé mentale ? », in *Journal français de psychiatrie*, 2006/4 (n° 27), p. 19-21, [consulté en ligne], URL : <https://www.cairn.info/revue-journal-francais-de-psychiatrie-2006-4-page-19.htm>

DOGNE I., « Prise en charge et accompagnement des mineurs souffrant des troubles divers », in *Réforme du droit de la jeunesse - Questions spéciales*, sous la direction de MOREAU Th. et BERBUTO S., vol. 97, Commission Université-Palais, Université de Liège, Anthémis, 1997.

DONNET A., « Actualités en matière de protection de la jeunesse : la phase provisoire de la procédure concernant les mineurs suspectés d'avoir commis des faits qualifiés infraction et quelques autres questions ». *Actualité en droit de la jeunesse*, CUP, Volume 177, novembre 2017, éditions Anthémis, pp. 61-166.

- EHX A., « La mise en observation » in Journal du droit des jeunes, février 2007.
- JACOB B., MACQUET D., NATALIS S., « La réforme des soins en santé mentale en Belgique : exposé d'un modèle », in L'information psychiatrique, 2016, vol. 92, [consulté en ligne], URL : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2016-9-page-731.htm>
- LACHAPPELLE P., SCHEPENS P., « Loi de protection de la personne des malades mentaux du 26 juin 1990 (1^{ère} partie) : Descriptif commenté », in Louvain Med., n°119, 2000.
- LATOUR B., « Pasteur : guerre et paix des microbes. Suivi de Irréductions », La Découverte, Paris, 2011.
- LE BRETON D., « Adolescence et conduite à risque », in Temps d'arrêt/lecture, Yapaka, octobre 2014
- LEISTEDT S.J., « La mise en observation et les soins sous contrainte : une conversation entre le droit et la médecine », in Ethique et économie, Rev. Med. Brux., 2013.
- MAJERUS B., « La baignoire, le lit et la porte. La vie sociale des objets de la psychiatrie [*] », in Genèses, 2011/1 (n° 82), p. 95-119, [consulté en ligne], URL : <https://www.cairn.info/revue-geneses-2011-1-page-95.htm>
- MAJERUS B., « Parmi les fous. Une histoire sociale de la psychiatrie au XX^e siècle », in collection « Histoire », Presses universitaires de Rennes, 2013.
- MAJERUS B., MASSIN V., « Des psychiatres et des enfants; une histoire belge autour du congrès de 1937 », in Revue d'Histoire de l'enfance "irrégulière", 18/2016, [consulté en ligne], URL : <https://journals.openedition.org/rhei/3924>
- MASSIN V., « "Défense sociale" et protection de l'enfance en Belgique. Les filles délinquantes de l'école de bienfaisance de l'État à Namur (1914-1922) », in Revue d'histoire de l'enfance "irrégulière", 9/2007, [consulté en ligne], URL : <http://journals.openedition.org/rhei/2473>
- MASSON A., « Face au mineur évoluant entre mise en danger, transgression et trouble mental, comment composer entre les différentes mesures ? », in « La réforme de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse- Premier bilan et perspective d'avenir », Actes du Colloques des 31 mai et 1^{er} juin 2007, sous la direction de Moreau Th., Ravier I. et Van Keirsbilck B., Editions jeunesse et Droit, Collection du centre interdisciplinaire des droits de l'enfant.
- MASSON, A., « Le "moment adolescent" entre saisie par l'instant et constitution du présent », in Figures de la psychanalyse, 2004/1 (N°9), pp. 103-126.
- POLACK J-C., SIVADON D., « La Borde ou le Droit à la folie », Calmann-Lévy, Paris, 1976.
- RICHARD C., LAJEUNESSE, Y. et LUSSIER M.-T., « Consentement éclairé et médicaments : leurs et leurs », in Ethique Publique, vol. 8, n° 2 | 2006 : Le complexe médico-pharmaceutique, [consulté en ligne], URL : [https://journals.openedition.org/ethiquepublique/1829#:~:text=Les%20donn%C3%A9es%20tiennent%20compte%20de,son%20consentement%20et%203\)%20la](https://journals.openedition.org/ethiquepublique/1829#:~:text=Les%20donn%C3%A9es%20tiennent%20compte%20de,son%20consentement%20et%203)%20la)

TONA, S., « Maggie et la mécanique des réseaux: approche critique », in *Journal du droit des jeunes*, N°371, janvier 2018, pp. 17-20.

TOSQUELLES F., « Une politique de la folie », in *Chimères. Revenu des schizoanalyses*, n° 13, automne 1991.

VAN DE VYVERE A., DUMONT C., « Procédures et contention physique », in *Ethique et économie*, Rev Med Brux, 2013.

WARLET F.-J., « La capacité protégée », in Kluwer, coll. « Lois actuelles », 2014, [consulté en ligne]; URL : <https://www.platformepsylux.be/ou-sadresser/vos-droits-et-la-legislation/protection-des-personnes-vulnerables>

ZDANOWICZ N., SCHEPENS P., « Tous fous ou psychiatrie 5.0 », in *Pixels*, Academia l'Harmattan, 2015.

Avis, déclarations, dossiers, observations générales et rapports

ADOCARE, « Les soins psychiatriques pour adolescents en Europe », in *Journal du droit des jeunes*, N°371, janvier 2018, pp. 21-34.

Avis du délégué général aux droits de l'enfant concernant l'avant-projet de décret portant le Code de la prévention, de l'aide à la jeunesse et de la protection de la jeunesse, in *Journal du droit des jeunes* n°354, avril 2016.

Comité des droits de l'enfant, Observations finales concernant le rapport de la Belgique valant cinquième et sixième rapport périodique, 28 février 2019, [consulté en ligne], URL : <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPRiCAqhKb7yhsK8r1vpHio%2Fg7Mp83cTcS1cUBTPal6pQqSnnKAt9zXb2Uv8VuBfYxEYQYjA%2Fz79vUALm%2Faw1Lr0xrh159S4ZshvNYaADaxFFmSouGcLLS%2F%2Bv>

Conseil supérieur de la santé, « Participation des enfants et adolescents dans le domaine des soins de santé mentale », juillet 2019, [consulté en ligne], URL : <https://www.health.belgium.be/fr/avis-9458-sante-mentale-et-jeunes>

Conseil supérieur de la santé, « Aborder et gérer les conflits et pratiquer des interventions sous contrainte dans les soins de santé mentale », juin 2016, [consulté en ligne], URL : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/css_avis_9193_interventionsouscontrainte.pdf

Déclaration conjointe des ministres ayant la santé dans leurs attributions pour la réalisation de réseaux et de circuits de soins en santé mentale pour enfants et adolescents, 10 décembre 2012.

Déclaration conjointe complémentaire à la déclaration conjointe du 10 décembre 2012 des ministres ayant la santé dans leurs attributions pour la réalisation de réseaux et de circuits de soins en santé mentale pour enfants et adolescents, 24 février 2014.

Délégué général aux droits de l'enfant et Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, « Mesures de contention et/ou d'isolement : Recommandations générales », février

2014, [consulté en ligne], URL : https://www.unia.be/files/Documenten/Aanbevelingen-advies/doc_contention_def_20140204.pdf

Fédération Wallonie Bruxelles, Administration Générale de l'Aide à la Jeunesse, « Repér'AJ, Le journal de l'Aide à la jeunesse », octobre 2018.

LA CODE, les droits de l'enfant en service psychiatrie, Analyse CODE, Novembre 2008.

MINOTTE, P., GOSSELIN, CH., « Handicap mental et Santé mentale : repères théoriques et état des lieux des dispositifs visant à diagnostiquer, prévenir, soigner un problème de santé mentale et à maintenir une santé mentale de qualité chez les personnes adultes en situation de handicap mental », mars 2012, [consulté en ligne], URL : <http://www.cresam.be/wp-content/uploads/2019/03/handicap-mental-et-sant%C3%A9-mentale.pdf>

Plate-forme de Concertation en Santé mentale de la Province de Luxembourg, « Guide de la personne mise en observation », [consulté en ligne], URL : <https://www.platfomepsylux.be/ou-sadresser/vos-droits-et-la-legislation/la-plate-forme-de-concertation-en-sante-mentale/>

Psychomédia, Définition: santé mentale, 01/1996, [consulté en ligne], URL : <http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/sante-mentale>

Organisation mondiale de la santé, « La santé mentale: renforcer notre action », 30 mars 2018, [consulté en ligne], URL : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Oury J., la journée de formation (Association des psychologues du Centre APREC), le 26 avril 2008 à Tours, [consulté en ligne], URL : <http://bibliothequeopa.blogspot.com/2009/07/jean-oury-lanalyse-institutionnelle.html>

Oury J., « Il faut assumer la transcendance de l'autre », l'entretien réalisé en août 2012, [consulté en ligne], URL : <https://www.la-croix.com/Culture/Livres-Idees/Livres/Jean-Oury-psychiatre-et-psychanalyste-II-faut-assumer-la-transcendance-de-l-autre-2014-05-19-1152653>

Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), « For-K, Psychiatrie médico-légale pour les adolescents sous statut judiciaire : offre, utilisation et besoins », Reports 339B (2021), [consulté en ligne], URL : <https://kce.fgov.be/fr/for-k-psychiatrie-m%C3%A9dico-l%C3%A9gale-pour-les-adolescents-sous-statut-judiciaire-offre-utilisation-et>

Service droit des jeunes Namur-Luxembourg, Diagnostic social, 2020.

Presse

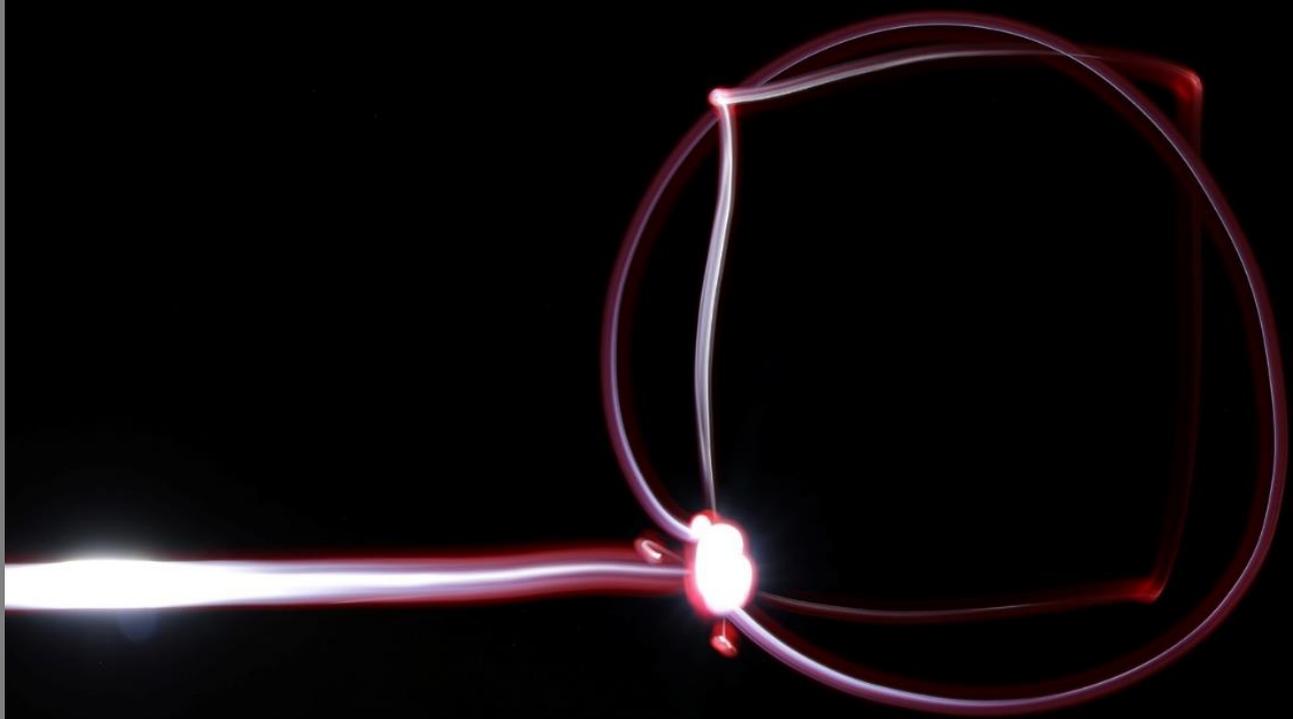
Krescher, A., « Malheureux, les fêlés », *Télépro*, 14 mars 2019, pp. 26-27.

**Cette recherche-action s'accompagne de 4 capsules vidéos
réalisées par et pour les jeunes.**

**Elles ont trait au sentiment de solitude, à la déontologie,
au manque d'information et à la stigmatisation.**

Elles sont accessibles sur notre site internet :

www.sdj.be/Namur



Avec le soutien de la Fondation Roi Baudouin,
des Conseils de Prévention de Arlon et de Marche-en-Famenne
et de la Fédération Wallonie-Bruxelles

