



COORDINATION DES ONG
POUR LES DROITS DE L'ENFANT

Enfants placés à l'hôpital par l'Aide à la jeunesse : synthèse de l'étude de la CODE

Analyse – octobre 2016

En Fédération Wallonie-Bruxelles, lorsque des circonstances justifient l'éloignement d'un enfant de son milieu familial, celui-ci peut être confié à une structure d'hébergement par l'Aide à la jeunesse, en vertu du décret du 4 mars 1991ⁱ et de l'ordonnance du 29 avril 2004ⁱⁱ.

Aujourd'hui, des enfants peuvent ainsi être confiés à un hôpital dans le cadre d'une mesure de placement, et y séjournent parfois pour de longues périodes alors qu'ils ne nécessitent pas ou plus de soins de santé. L'entrée à l'hôpital peut se faire de diverses manières : via le service des urgences, dans les jours qui suivent la naissance de l'enfant...

Nommés par certains « bébés ou enfants parqués », leur problématique se situe à la croisée des thématiques de l'enfance, de l'aide à la jeunesse et de la santé, et est bien connue des professionnels de terrain, tout en étant relativement invisible pour le grand public.

La Coordination des ONG pour les droits de l'enfant (CODE), interpellée par la situation de ces enfants et par l'atteinte faite à leurs droits, a réalisé –courant 2016- un état des lieux sur ces enfants placés à l'hôpital et qui y séjournent pour des durées excessives, à la demande des Ministres de l'enfance et de l'aide à la jeunesse.ⁱⁱⁱ

Cette demande s'est appuyée sur la proposition de résolution parlementaire du 3 février 2016 relative aux bébés hospitalisés faute de places dans une structure adaptée, dits « bébés parqués »^{iv}.

La mission de recherche a porté sur un état des lieux de la situation d'enfants de 0 à 12 ans faisant l'objet d'une mesure de placement à l'hôpital en Fédération Wallonie-Bruxelles, et sur l'élaboration de recommandations en vue d'assurer un meilleur respect de leurs droits. L'état des lieux portait plus précisément sur une récolte de chiffres, ainsi que des motifs expliquant la mesure de placement à l'hôpital et des durées de séjours à l'hôpital. Elle a notamment été réalisée sur base d'entretiens menés d'avril à juin 2016 avec des professionnels de la santé et de l'aide à la jeunesse, et a concerné des hôpitaux davantage confrontés à la problématique ou ayant développé des pratiques spécifiques sur cette

question (à Bruxelles, Mons, Charleroi et Liège)^v. Elle ne vise donc pas l'exhaustivité de la situation en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Contexte

Le placement d'un enfant à l'hôpital s'inscrit dans le cadre légal du placement par l'aide à la jeunesse. Comme précisé plus haut, il se déroule en application du décret du 4 mars 1991 relatif à l'aide à la jeunesse, ou de l'ordonnance de la Commission communautaire commune de la Région de Bruxelles-Capitale du 29 avril 2004 relative à l'aide à la jeunesse.

Il n'existe pas de procédure spécifique au placement d'un enfant à l'hôpital.

Sont habituellement entendues comme « mesures de placement » les mesures d'hospitalisation prises par l'aide à la jeunesse tant dans le cadre de l'aide concertée (ou consentie) que dans l'aide contrainte (autrement dit imposée aux parents)

Donc, il arrive que des enfants soient placés à l'hôpital par l'aide à la jeunesse, pour des raisons étrangères à des questions médicales, et que ce placement perdure.

Quelle est la proportion d'enfants concernés, jusqu'à combien de temps restent-ils à l'hôpital, pourquoi et quels impacts cela a-t-il pour eux, et en particulier dans le respect de leurs droits ? Ce sont autant de questions qui structurent ce document, qui constitue la synthèse de l'étude de la CODE.

Notons que des enfants peuvent faire l'objet d'une hospitalisation à durée excessive sans pour autant faire l'objet d'une prise en charge par l'aide à la jeunesse. Ils n'ont cependant pas fait l'objet de l'étude réalisée par la CODE.

Quelques chiffres

Les seuls chiffres disponibles sont ceux récoltés par l'aide à la jeunesse et ne concernent que les enfants de 0 à 6 ans. Ils indiquent qu'en 2014, 275 enfants ont fait l'objet d'une mesure de prise en charge en hôpital par l'aide à la jeunesse. C'est dans les arrondissements du Hainaut (45.6%), et en particulier les divisions judiciaires de Charleroi et Mons et de Bruxelles (26.4%) que les prises en charge sont les plus importantes. 77% des situations se déroulent dans le cadre d'une aide consentie et 23% dans le cadre d'une aide contrainte.

La durée des mesures est variable. 50% des enfants ne séjournent pas plus d'1 mois à l'hôpital, 29% de 2 à 3 mois, 10% de 3 à 6 mois et 11% plus de 6 mois.

Les enfants sont confrontés à des difficultés multiples puisqu'en moyenne 7 motifs d'intervention (définis par l'aide à la jeunesse) sont évoqués par les professionnels pour justifier le placement de l'enfant. Ces motifs sont les suivants : difficultés personnelles rencontrées par les parents (difficultés psychologiques ou psychiatriques, immaturité, assuétudes des parents), suspicions de maltraitance ou de maltraitance avérée, difficultés matérielles ou financières (en particulier des problèmes de logement), difficultés à assumer le rôle parental et difficultés relationnelles entre adultes au sein de la famille (notamment violence conjugale).

La CODE constate une grande disparité des réalités vécues par les hôpitaux visités. Ainsi, tous les hôpitaux n'ont pas le même fonctionnement (politique de gestion, financement, frais liés à l'hospitalisation, etc.), le même statut (hôpital privé ou public, etc.) ni la même situation géographique (centre-ville ou décentré, etc.).

Motifs pouvant expliquer le placement d'un enfant à l'hôpital

Le signalement de la situation d'un enfant peut intervenir soit en amont de son séjour à l'hôpital, soit lorsque celui-ci s'y trouve déjà.

Plusieurs voies d'admission d'un enfant à l'hôpital sont constatées par les professionnels rencontrés :

- a) Service des urgences : l'enfant est amené par ses parents ou un proche (pour une situation de maltraitance ou pour une raison autre) ou par les forces de police lors d'une situation de crise. Par exemple : une famille connaît une situation de crise un vendredi soir et un enfant est considéré comme en danger ou en risque de l'être ; un placement dans une institution n'est pas possible à ce moment-là, et l'enfant est placé à l'hôpital en urgence, « faute de mieux ».
- b) Maternité/néonatalogie : le signalement peut avoir été réalisé par le personnel médical soit en amont de l'accouchement (exemple : mère toxicomane qui éveille des inquiétudes dans le chef de l'équipe médicale qui assure le suivi gynécologique) soit lors de l'accouchement à la maternité ou, lorsqu'il s'agit d'un enfant prématuré, au service de néonatalogie.
- c) Service de pédiatrie : un enfant est admis en pédiatrie pour raison de santé (cause somatique) et les membres du service relèvent par la suite des éléments pouvant faire craindre une situation difficile en cas de retour à la maison (par exemple une situation de maltraitance, ou autre).

Dans ces trois situations, la mesure de placement intervient dans un second temps.

d) Placement à l'hôpital demandé par l'aide à la jeunesse : dans certains cas, il arrive que le service de l'aide à la jeunesse demande à un hôpital de prendre en charge un enfant qui nécessite des soins médicaux et/ou de faire un bilan psychomédicosocial le concernant. Cette prise en charge peut prendre les contours du placement, et parfois concerné un enfant déjà placé par exemple dans une institution.

Selon les professionnels rencontrés, il semblerait que les deux premiers cas de figure soient en augmentation, particulièrement suite à la mesure relative au raccourcissement du séjour en maternité des femmes venant d'accoucher. Néanmoins, il convient de rester prudent car à ce stade, il n'existe pas de chiffres qui pourraient étayer cette hypothèse.

De manière générale, les professionnels rencontrés constatent que les situations auxquelles ils sont confrontés sont de plus en plus complexes et présentent généralement un cumul de facteurs.

Motifs pouvant expliquer la durée excessive du placement d'un enfant à l'hôpital

Il faut distinguer les situations où l'enfant a des raisons médicales de rester à l'hôpital des situations où l'enfant est en durée de séjour excessive à l'hôpital.

La durée de la mesure de placement à l'hôpital est dite « excessive » lorsque l'enfant ne nécessite plus de soins médicaux qui requièrent sa présence à l'hôpital, que le bilan psychomédicosocial est établi, et que les résultats des différents bilans (médicaux et psychomédicosociaux) ont été transmis aux parents et, le cas échéant, aux autorités mandantes.

Selon l'expérience des professionnels rencontrés, divers motifs sont susceptibles d'expliquer pourquoi les durées peuvent devenir excessives :

- Manque de places en institutions et en familles d'accueil ;
- Modification de l'accord dans le cadre de la procédure (passage de l'aide concertée à l'aide contrainte, par exemple) ce qui rallonge la durée de celle-ci ;
- Difficultés à trouver une solution adaptée pour les enfants à profil spécifique (enfants avec pathologie complexe, handicap sur le plan physique et/ou psychique...);
- Difficultés à trouver une structure ambulatoire disponible (c'est-à-dire un lieu qui puisse accueillir l'enfant en journée) ;
- Attente de transfert dans un service pédopsychiatrique ou autre.

D'autres éléments peuvent éventuellement compliquer la situation (par exemple, un problème de statut de séjour, qui complique les alternatives de prises en charge).

Ces différentes raisons peuvent se conjuguer et créer une situation peu confortable pour les professionnels qui peuvent céder à un raisonnement faussement rassurant du type « tant que l'enfant est à l'hôpital, le dossier n'est plus une urgence ». En effet, le manque de places dans les structures d'hébergement et d'accueil (dans des institutions et en familles) crée des « embouteillages » à différents niveaux, ce qui peut expliquer pourquoi certains enfants restent de longues semaines, voire de longs mois, au-delà du nécessaire, au sein d'un hôpital.

Sujets de préoccupation des professionnels rencontrés

Les sujets de préoccupation des professionnels rencontrés par la CODE concernant les enfants placés à l'hôpital sont nombreux. Cela va de l'inadéquation de la structure hospitalière aux besoins de l'enfant à la saturation des systèmes, en passant par le raccourcissement de la durée de séjour post-partum.^{vi}

Inadéquation de la structure hospitalière aux besoins des enfants

Les professionnels des hôpitaux manifestent de nombreuses inquiétudes quant à l'inadéquation de l'hôpital aux besoins de l'enfant.

Rappelons que les besoins essentiels de l'enfant sont de divers ordres : ils sont physiques (manger, boire, dormir, avoir une bonne hygiène), psychoaffectifs (besoin de relations chaleureuses et stables), moteurs (bouger...), intellectuels et éducatifs (besoin d'expériences adaptées au développement de l'enfant), sociaux (socialisation), protectionnels (besoin de se sentir en sécurité)... Ces besoins ne sont pas figés une fois pour toutes. Ils doivent donc être adaptés à chaque enfant.

Les professionnels rencontrés nous ont manifesté beaucoup de préoccupation sur l'impact de cette hospitalisation sur le développement de l'enfant, en particulier pour les enfants de moins d'1 an (risque de troubles de l'attachement, association de l'uniforme blanc avec la fonction parentale...). Pour eux, le temps qui passe est vital. Certains hôpitaux ont ainsi développé des pratiques afin de limiter cet impact : le personnel se relaie pour porter les bébés en écharpe, pour s'en occuper s'ils pleurent ou pour les promener dans les couloirs de l'hôpital, par exemple. Toutefois, cette prise en charge est source de stress pour les professionnels rencontrés.

En ce qui concerne les enfants âgés d'1 an à 3 ans environ, il est difficile de trouver des occupations qui soient adéquates et stimulantes pour eux dans un contexte hospitalier. Ils ont besoin de se dépenser physiquement et peuvent difficilement rester dans leur chambre s'ils n'ont pas de raison de rester dans un lit. Leur présence au sein des services hospitaliers pose donc plusieurs difficultés supplémentaires (outre les besoins psychoaffectifs qui restent

très importants à cet âge) : surveiller les déplacements de l'enfant, s'assurer qu'il n'ait accès à rien de dangereux, gérer les éventuelles crises de colère, accompagner les premiers pas de leur socialisation, etc. En effet, ils sont trop jeunes pour aller à l'école, mais trop âgés pour rester dans un couffin. Certains hôpitaux ont conclu des accords avec des crèches environnantes, mais le manque de places se fait également sentir au sein des crèches, et cette solution nécessite que ces dernières acceptent la prise en charge d'enfants en situation particulière et que les autorités mandantes donnent leur autorisation rapidement.

Pour les enfants à partir de 3 ans, le besoin d'un encadrement de type pré-scolaire puis scolaire (à partir de 6 ans) est une autre nécessité. Concernant les enfants en âge d'être scolarisé, ils ont soit la possibilité de fréquenter une école à l'hôpital (l'enfant reste à l'intérieur et ne sort pas de l'enceinte de l'hôpital), soit une école à l'extérieur (à nouveau, cela suppose un accord des autorités mandantes et questions liées à la prise en charge des déplacements). Devant ce choix, certains hôpitaux ont opté pour une troisième option : installer une école dans l'enceinte de l'hôpital, mais à l'extérieur du bâtiment, ce qui permet aux enfants de sortir sans que les responsables du service hospitalier concerné ne doivent en faire la demande aux autorités (service de l'aide à la jeunesse, juge...). Il arrive également que les enfants restent dans le service pédiatrique qui ne dispose parfois pas d'infrastructures et de ressources capables de les occuper de manière adéquate pour une longue durée. De plus, concernant la possibilité de fréquenter une école, celle-ci ne fonctionnera *forcément* pas les week-ends, les jours fériés et en période de vacances scolaires...

Notons enfin que le fait de se trouver dans un lieu médical peut aussi devenir une source d'anxiété pour un enfant qui ne comprend pas toujours pourquoi il doit y rester alors qu'il n'est pas malade. Il nous faut aussi noter le risque pour l'enfant de tomber malade à l'hôpital (maladies nosocomiales).

Par ailleurs, il faut noter le manque de professionnels spécifiques et formés, notamment en charge de la vie quotidienne des enfants (éducateurs, puériculteurs...).

D'une manière générale, les professionnels se retrouvent constamment en tension entre les besoins de l'enfant et leur manque de disponibilité, la multiplication des demandes de placement dans les services et les pressions imposées par les autres services pour « libérer » des lits, le devoir de soigner et la volonté de ne pas cautionner une situation qui peut s'avérer devenir de la maltraitance institutionnelle^{vii} ...

Compte tenu des différents éléments énoncés ci-dessus, il est manifeste qu'un séjour de longue durée à l'hôpital ne peut constituer un environnement favorable au bon développement de l'enfant (en particulier pour les tout-petits) dès lors que celui-ci n'est pas ou plus nécessaire (que ce soit dans la prise en charge de soins ou de bilans).

Raccourcissement de la durée de séjour post-partum

Le raccourcissement de la durée de séjour après l'accouchement pose également des problèmes. Il faut savoir que depuis 2016, le séjour à l'hôpital après l'accouchement peut ne durer que 48h (il est censé durer 4 à 5 jours mais en pratique, certains hôpitaux raccourcissent ce séjour à 2 jours^{viii}). En effet, le risque de sortie précoce de la jeune mère peut s'avérer particulièrement inquiétant, tant pour elle que pour les professionnels, surtout dans un contexte de suspicion de maltraitance ou de négligence. Les professionnels rencontrés pensent que ce risque va augmenter le nombre d'admissions d'enfants pour causes « psychosociales » dans les mois et années à venir.

En effet, cette nouvelle mesure incite les professionnels à plus de prudence : l'après-accouchement va trop vite, ils sont inquiets et les services risquent davantage de vouloir garder l'enfant à l'hôpital à des fins protectionnelles. Et par ailleurs, si les hôpitaux mettent en place un suivi post-partum à domicile, il se peut que les sages-femmes qui iront faire des soins à domicile - souvent plus occupées par les soins à prodiguer à l'enfant que par la mère - soient confrontées à des situations sociales très particulières auxquelles elles ne sont pas forcément préparées, et qui d'ordinaire auraient pu bénéficier d'un service d'accompagnement à domicile par les services de l'aide à la jeunesse.

Complexification des situations et saturation du système

Les professionnels constatent une complexification des situations auxquelles ils sont confrontés.

Par ailleurs, ils dénoncent un système d'accueil très saturé et une dérive qualifiée de « loi de l'offre et la demande ». A défaut d'une structure adéquate, c'est-à-dire équipée pour assurer la prise en charge de toutes les caractéristiques d'un enfant, c'est souvent la solution la plus rapide qui est privilégiée pour diminuer la pression de l'urgence... sauf que, comme évoqué plus haut, une urgence à laquelle on répond de manière inadéquate reste une urgence.

Notons également qu'en ce qui concerne les Services de l'Aide à la Jeunesse, ils ne sont pas accessibles 24h/24 et 7j/7 et ceci n'est pas sans conséquence sur la prise en charge de situations en urgence. Ces éléments peuvent expliquer également une augmentation de la judiciarisation de situations qui auraient pu ne pas l'être.

Manque de collaboration entre les services

Un manque de mise en réseau et de circulation de l'information est à noter à différents niveaux : entre professionnels et entre les familles, entre les professionnels de la santé et

ceux de l'aide à la jeunesse, aux temporalités bien différentes. Il peut s'ensuivre malentendus et crispations qui ne servent pas les intérêts de l'enfant.

En effet, cela peut entraîner des retards qui engendrent eux-mêmes une prolongation du séjour à l'hôpital avec toutes les conséquences que cela peut avoir sur l'enfant.

Quelques recommandations

Cette liste non exhaustive de sujets de préoccupation constitue autant de points d'attention qui, mis en regard avec la Convention, révèlent que nombre des droits de l'enfant sont malmenés dans le cadre du placement à l'hôpital : intérêt supérieur de l'enfant (art. 3), droit à être protégé contre toute forme de violence ou de négligence (art. 8), droit à l'éducation (art. 28), droit aux loisirs et à la culture (art. 31), pour n'en citer que quelques-uns.

Dans certains cas, la prise en charge hospitalière peut être légitime et dans l'intérêt de l'enfant. Dans d'autres, on constate qu'elle n'a pas de raison d'être. Elle devrait dès lors être évitée ou limitée au maximum.

Les recommandations de la CODE ont plusieurs axes (et questions) :

- **La prévention générale** : qu'est-ce qui est mis en place pour éviter les placements ? En effet, on constate aujourd'hui la suppression ou le manque de moyens de structures sensées entourer les familles en amont. Il convient notamment de mettre en place ou de renforcer les services qui accompagnent les familles au quotidien.
- **La prévention spécifique** : quelles mesures adopter pour éviter le placement à l'hôpital si celui-ci n'est pas nécessaire ? Il s'agit notamment d'aménager la période post-partum, et de mieux accompagner et informer les professionnels en ce qui concerne les situations à risque en pré-périnatalité.
- **La prise en charge à l'hôpital** : quelles mesures prendre pour améliorer les conditions d'hébergement à l'hôpital et éviter la prolongation excessive du séjour de l'enfant ? Les professionnels du secteur évoquent notamment comme pistes de solution une meilleure concertation entre les divers acteurs ou encore l'éventualité d'avoir recours à un système de permanence 24/24h des SAJ.
- **La mise en réseau et la communication.**
- **Des aménagements de la procédure**, notamment une harmonisation des délais à Bruxelles et en Wallonie.

Enfin, la CODE déplore un manque important de données sur les enfants placés à l'hôpital compte tenu de la disparité des moyens d'encodage. Il serait utile de pouvoir récolter différentes variables communes entre les professionnels de la santé, de l'enfance et de l'aide à la jeunesse (en particulier : nombre d'enfants, motifs de placement, durées des hospitalisations et solutions d'accueil adoptées).

En conclusion

Compte tenu de ce qui précède, à l'instar des professionnels rencontrés dans le cadre de son étude, la CODE est très préoccupée par la situation des enfants placés à l'hôpital.

En effet, hors raisons médicales ou bilans de santé, l'hôpital ne peut être considéré comme un lieu d'hébergement adapté aux besoins de l'enfant à long terme. Et lorsque l'hospitalisation d'un enfant devient excessive, même si les hôpitaux mettent en place diverses initiatives afin de favoriser de meilleures conditions d'accueil, elle peut être considérée comme une forme de maltraitance institutionnelle.

La CODE tient par ailleurs à souligner que si le placement de l'enfant peut constituer une mesure d'aide possible à des fins de protection, il importe que cette mesure reste subsidiaire, c'est-à-dire que tout soit mis en place pour accompagner les familles en amont pour éviter le placement de l'enfant et qu'elle soit la dernière alternative.

Les principaux constats dressés par les professionnels rencontrés sont ceux-ci :

- La philosophie du décret du 4 mars relatif à l'aide à la jeunesse est respectueuse des droits de l'enfant ainsi que de sa cellule familiale, mais sa mise en œuvre est compliquée.
- L'hôpital est par définition un établissement de soins. Il ne peut en aucun cas devenir un lieu d'hébergement à long terme à part entière, a fortiori pour des enfants.
- Le nombre d'enfants concernés par un placement à l'hôpital en Fédération Wallonie-Bruxelles pour de longues périodes inquiète les secteurs concernés.
- Les motifs justifiant un placement sont nombreux, et certains relèvent de conditions socioéconomiques.
- Un manque d'attention portée à l'adéquation de la solution d'accueil est à noter, par manque de temps et de moyens.
- On note une diversité des pratiques en matière de prises en charge des enfants placés à l'hôpital.
- Un manque de mise en réseau et de circulation de l'information est également visible.
- L'accompagnement de l'ensemble des acteurs concernés (enfants, familles, professionnels, autorités mandantes) est insuffisant.
- Tous les droits de l'enfant sont concernés par cette problématique. L'inquiétude est grande quant aux effets d'un séjour à l'hôpital, en particulier pour les tout-petits (troubles de l'attachement, retards dans le développement, etc.).
- Des initiatives intéressantes sont mises en places, mais de manière ponctuelles, et manquent de soutien ou sont insuffisamment diffusées.
- Les données existantes sont lacunaires.

En conclusion, et d'une manière générale, la CODE recommande au politique de prendre la problématique à bras le corps à chaque niveau de pouvoir concerné et de mettre en place des mécanismes qui permettent d'éviter le placement d'enfants à l'hôpital hors motifs de santé.

La version intégrale de l'étude de la CODE sera disponible en décembre 2016.

Cette analyse de la Coordination des ONG pour les droits de l'enfant (CODE) a été réalisée par Frédérique Van Houcke. Elle représente la position de la majorité de ses membres.

La CODE est un réseau d'associations ayant pour objectif de veiller à la bonne application de la Convention relative aux droits de l'enfant en Belgique. En font partie : Amnesty international, l'Association Française Dolto, ATD Quart Monde, BADJE (Bruxelles Accueil et Développement pour la Jeunesse et l'Enfance), Le Forum – Bruxelles contre les inégalités, le Conseil de la Jeunesse, DEI (Défense des enfants international) Belgique section francophone, ECPAT (End Child Prostitution and Trafficking of Children for sexual purposes) Belgique, FAMISOL, la Ligue des droits de l'Homme, la Ligue des familles, Plan Belgique, le Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté, le Service Droit des Jeunes (SDJ) Bruxelles, ainsi que UNICEF Belgique. La CODE a notamment pour objet de réaliser un rapport alternatif sur l'application de la Convention qui est destiné au Comité des droits de l'enfant des Nations Unies.

De plus amples informations peuvent être obtenues via notre site www.lacode.be. Voyez aussi notre page Facebook « Coordination des ONG pour les droits de l'enfant ». Avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles

ⁱ Décret du 4 mars 1991 relatif à l'Aide à la jeunesse, M.B., 12 juin 1991.

ⁱⁱ Ordonnance du 29 avril 2004 relative à l'Aide à la jeunesse, M.B., 1er juin 2004.

ⁱⁱⁱ Cette étude par la CODE sera publiée fin 2016.

^{iv} Proposition de résolution relative aux bébés hospitalisés faute de places dans une structure adaptée, dits « bébés parqués » - Parlement de la Communauté française, 3 février 2016.

^v En ce y compris les entretiens menés en tête-à-tête avec 27 professionnels, c'est un peu plus d'une cinquantaine de professionnels qui ont ainsi été rencontrés sur une période d'un mois et demi, tous secteurs confondus.

^{vi} Pour plus de détails, nous invitons le lecteur à prendre connaissance de notre étude dans sa version intégrale, qui sera publiée fin 2016, et notamment disponible sur notre site www.lacode.be.

^{vii} Selon l'ONE, la maltraitance institutionnelle peut être entendue comme toute pratique institutionnelle qui ne respecterait pas le rythme, les besoins et les droits de l'enfant et de sa famille. Le parcours institutionnel de l'enfant maltraité peut devenir maltraitant lui-même : l'instabilité des placements, les retours non préparés en famille, les ruptures, les rejets et abandons successifs, les conflits avec les éducateurs ou les familles d'accueil... (www.one.be).

^{viii} GROFILS, S., « Quand maman et bébé devront-ils quitter la maternité ? », Le Ligueur, 29 octobre 2014.