



Enfants placés à l'hôpital

par l'Aide à la jeunesse en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Et les droits de l'enfant dans tout ça ?

Étude 2016



COORDINATION DES ONG
POUR LES DROITS DE L'ENFANT

Remerciements

Pour l'intérêt et le soutien apportés aux travaux de la CODE, et en particulier à la présente étude, nous souhaitons remercier la Ministre de l'Enfance et le Ministre de l'Aide à la jeunesse.

La CODE remercie également l'Administration générale de la Culture, Service général de la Jeunesse et de l'Éducation permanente de la Fédération Wallonie-Bruxelles, sans laquelle cette étude n'aurait pas vu le jour.

La recherche effectuée a bénéficié de l'expertise de nombreux professionnels très investis et concernés par la situation des enfants placés à l'hôpital. Qu'ils soient tous chaleureusement remerciés ici. Nous remercions en particulier l'Administration générale de l'Aide à la Jeunesse de la Fédération Wallonie-Bruxelles pour son apport en matière de statistiques.

Nous remercions également le comité d'accompagnement de notre étude, pour la richesse de son apport et ses relectures attentives. En ont fait partie : Stéphane Albessard, Jean-François Brouillard et Gaëtane Convent (Cabinet de la Ministre de l'enfance), Stephan Durviaux et Alberto Mulas (Cabinet du Ministre de l'aide à la jeunesse), Guy De Clercq, Pierre Hannecart et Françoise Mulkay (Aide à la jeunesse), ainsi que Dominique Fievez, Benoît Parmentier et Jessica Segers (ONE).

Enfin, les associations membres de la CODE ont contribué à des degrés divers à l'élaboration de cette étude. Il s'agit de : Amnesty international Belgique francophone, ATD Quart Monde Wallonie-Bruxelles, Badje, le Conseil de la Jeunesse, DEI Belgique section francophone, ECPAT Belgique, FAMISOL, Forum – Bruxelles contre les inégalités, la Ligue des familles, la Ligue des droits de l'Homme, Plan Belgique, le Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté, le Service droit des jeunes (SDJ) de Bruxelles ainsi que l'UNICEF Belgique. Que chacun de leurs représentants soient, ici, remerciés.

Nous remercions chaleureusement Julianne Laffineur qui a été en première ligne de l'écriture du rapport de recherche déposé aux Ministres fin juillet 2016. Elle fut engagée par la CODE comme chercheuse dans le cadre d'un contrat à durée déterminée de quatre mois. Sans sa rigueur, son engagement et sa disponibilité, la CODE n'aurait pu mener à bien ce projet.

L'équipe de la CODE

Frédérique Van Houcke, Valérie Provost, Fanny Heinrich



FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES

Avec le soutien de la Fédération
Wallonie-Bruxelles.

Graphisme et mise en page : rougeindigo.be
Impression : Hayez, Bruxelles.

Enfants placés à l'hôpital

par l'Aide à la jeunesse en Fédération Wallonie-Bruxelles.
Et les droits de l'enfant dans tout ça ?

Étude 2016



COORDINATION DES ONG
POUR LES DROITS DE L'ENFANT



Sommaire

| | |
|---|-----------|
| Préambule | 5 |
| Méthodologie | 9 |
| Contexte | 10 |
| Groupe cible | 10 |
| Récolte des données | 11 |
| Limites méthodologiques et précautions de lecture | 12 |
| Situation en Fédération Wallonie-Bruxelles | 13 |
| Nombre d'enfants concernés | 14 |
| Âge et sexe | 14 |
| Répartition géographique | 15 |
| Durée de la prise en charge | 16 |
| Motifs d'intervention spécifiques | 16 |
| Prise en charge après le placement à l'hôpital | 17 |
| Différences selon les hôpitaux | 18 |
| Placement de l'enfant | 19 |
| Cadre légal | 19 |
| Procédure de placement | 22 |
| Motifs d'intervention de l'Aide à la jeunesse | 25 |
| Placement de l'enfant à l'hôpital | 27 |
| Procédure de placement à l'hôpital | 27 |
| Motifs de placement à l'hôpital | 29 |
| Signalement et admission à l'hôpital | 31 |
| Durée de séjour à l'hôpital | 32 |
| Gestion quotidienne des enfants au sein de l'hôpital | 34 |
| Prises en charge à la sortie de l'hôpital | 42 |
| Sujets de préoccupation des professionnels | 43 |
| Inquiétudes générales | 43 |
| Concernant la prise en charge au sein du milieu hospitalier | 45 |

| | |
|---|-----------|
| Concernant le travail de l'Aide à la jeunesse | 49 |
| Concernant les services d'accueil | 50 |
| Concernant la collaboration entre les différents intervenants | 51 |
| Placement à l'hôpital et droits de l'enfant | 53 |
| Convention internationale relative aux droits de l'enfant | 54 |
| Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé (EACH) | 62 |
| Pour conclure | 63 |
| Recommandations | 69 |
| Prévention générale | 70 |
| Prévention spécifique | 73 |
| Placement à l'hôpital | 76 |
| Mise en réseau et communication | 79 |
| Procédure | 80 |
| Évaluation | 81 |
| Poursuite des recherches | 82 |
| Suivi par le politique | 83 |
| Pour aller plus loin | 85 |
| Législation | 85 |
| Chiffres | 85 |
| Autres documents utiles | 86 |
| Sitographie | 87 |
| Liste des acronymes | 89 |
| Lexique | 91 |
| Membres de la CODE | 95 |

Préambule

En Fédération Wallonie-Bruxelles, lorsque des circonstances justifient l'éloignement d'un enfant de son milieu familial, celui-ci peut être confié par l'Aide à la jeunesse à une structure d'hébergement. Il arrive que l'enfant soit alors confié à l'hôpital, dans le cadre d'une mesure de placement.

Aujourd'hui, des enfants sont placés à l'hôpital et y séjournent parfois pour de longues périodes alors qu'ils ne nécessitent pas ou plus de soins de santé.

Nommés par certains « bébés ou enfants parqués », leur problématique se situe à la croisée de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, et est bien connue des professionnels de terrain. Ceux-ci sont en effet confrontés à ces situations préoccupantes qui peuvent entraîner selon eux de la maltraitance institutionnelle.

Les situations pouvant expliquer l'arrivée d'un enfant à l'hôpital sont diverses et complexes. Cela peut par exemple être le cas d'une famille qui connaît une situation de crise un vendredi soir, et dont un enfant est considéré comme en danger ou en risque de l'être; mais un placement dans une institution n'est pas possible à ce moment-là, et l'enfant finit par être placé à l'hôpital en urgence, « faute de mieux ». Ou encore: une mère accouche à l'hôpital, ses enfants plus âgés sont placés, les professionnels (de l'hôpital et/ou de l'Aide à la jeunesse) constatent ou craignent des difficultés dans la relation mère-enfant, et en particulier de la négligence ou de la maltraitance, et signalent la situation pour obtenir une mesure de placement à l'égard du nouveau-né.

*Une problématique
à la croisée
de l'enfance, de
l'aide à la jeunesse
et de la santé.*

Recourir au placement à l'hôpital peut en effet s'expliquer de différentes manières. Parce que l'état de l'enfant requiert des soins de santé urgents, parce que l'hôpital est considéré comme une solution rapide et accessible, étant de facto ouvert 24h/24 et 7j/7, ou encore parce qu'une prise en charge hospitalière est préconisée par l'Aide à la jeunesse. Par ailleurs, les autres solutions d'accueil d'urgence seraient saturées en Fédération Wallonie-Bruxelles et ne permettraient pas d'assurer la prise en charge de tous les enfants qui nécessitent une mesure d'urgence. Dans ces situations de crise, l'hôpital est souvent la seule solution disponible pour les personnes devant y faire face (voisins, forces de police, personnel soignant, Procureur, voire un parent en situation de grande détresse).

L'hôpital n'est pas un lieu d'hébergement adapté à long terme.

Cependant, les contours de ces mesures de placement à l'hôpital sont flous: il manque en effet d'informations concernant les motifs, le nombre et les catégories d'âge des enfants concernés, l'origine du signalement, les pratiques et réalités vécues par les professionnels, et les solutions alternatives.

Ce qui rassemble les situations, très variables et forcément complexes, d'enfants placés à l'hôpital pour des durées excessives, c'est la préoccupation des professionnels sur leur caractère inadéquat. 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.

La Coordination des ONG pour les droits de l'enfant (CODE) a plusieurs fois été interpellée par l'atteinte aux droits vécue par ces enfants, que ce soit par des professionnels ou par des citoyens. Rappelons que la CODE

est un réseau de 14 associations réalisant un travail d'information, de sensibilisation et de plaidoyer en faveur des droits de l'enfant en Belgique et plus particulièrement en Fédération Wallonie-Bruxelles. Dans ce cadre, en sa qualité d'association reconnue par l'Education permanente, la CODE effectue des analyses et des études. Ainsi, en 2012 et 2013, elle a publié deux études sur les relations entre les enfants et leurs familles suite à un placement.

Pourquoi certains enfants placés à l'hôpital y restent-ils de manière excessive ?

Début 2016, la CODE a été invitée par les Cabinets des Ministres de l'Enfance et de l'Aide à la jeunesse à réaliser une étude sur la situation des enfants placés à l'hôpital et qui y séjournent pour des durées excessives.

Cette demande s'appuie sur une proposition de résolution parlementaire déposée le 3 février 2016 relative aux bébés hospitalisés faute de places dans une structure adaptée, dits « bébés parqués ».

La mission de recherche demandée à la CODE 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 les motifs expliquant la mesure de placement et les durées des séjours à l'hôpital.

À cette fin, la mission de recherche, subsidiée par la Ministre de l'Enfance et soutenue par un comité d'accompagnement, a débuté en mars et s'est terminée fin juillet 2016, à la demande du Cabinet.

La présente étude se base sur le rapport de recherche transmis aux Ministres durant l'été 2016 et qui a été retravaillé et synthétisé afin d'augmenter la lisibilité des constats et des recommandations.

Tout au long de ce travail, nous avons pu relever la complexité de la problématique, qui est tributaire du « cas par cas », et qui regroupe par ailleurs de nombreux acteurs aux temporalités de travail différentes. L'option de la CODE en tant qu'association de défense des droits de l'enfant a été d'étudier la question en gardant les droits de l'enfant au centre de ses préoccupations.

Ce faisant, nous avons avant tout souhaité répondre à deux questions : les mesures de placement à l'hôpital sont-elles justifiées pour des raisons de santé, ou existe-il des enfants placés à l'hôpital « faute de mieux » ? Et pour quelles raisons certains enfants placés à l'hôpital y restent-ils de manière excessive ?

Notre étude se veut une contribution active aux réflexions menées autour de la problématique au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Aussi se termine-t-elle par des recommandations en matière de prévention, de prise en charge de l'enfant et de mise en réseau des différents acteurs afin d'éviter au maximum le placement à l'hôpital ou les durées de placement à l'hôpital qui deviendraient excessives.

Plusieurs de ces recommandations ont été prises en considération à un niveau politique depuis la remise de notre étude aux Ministres commanditaires, ce sur quoi nous reviendrons.

En fin de document, le lecteur trouvera notamment deux outils : l'un est un lexique ; l'autre rassemble les acronymes utilisés dans le cadre de l'étude. Puissent-ils faciliter la compréhension de notre propos.

Méthodologie

La méthodologie de recherche a été définie en collaboration avec un comité d'accompagnement constitué de divers professionnels du secteur (Office de la Naissance et de l'Enfance, et Aide à la jeunesse) et de membres des Cabinets ministériels de l'Enfance et de l'Aide à la jeunesse.

Parallèlement, les travaux de la CODE sont soutenus par ses 14 membres, que sont Amnesty international Belgique francophone, ATD Quart Monde Wallonie-Bruxelles, Badje (Bruxelles Accueil Développement de la Jeunesse et de l'Enfance), le Conseil de la Jeunesse, DEI Belgique section francophone, ECPAT Belgique, FAMISOL, Forum – Bruxelles contre les inégalités, la Ligue des familles, la Ligue des droits de l'Homme, Plan Belgique, le Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté, le Service droit des jeunes (SDJ) de Bruxelles, ainsi que l'UNICEF Belgique.

L'étude se base sur des entretiens menés par la CODE entre mars et juin 2016 auprès d'une cinquantaine de professionnels (secteur hospitalier, Aide à la jeunesse, magistrats, etc.).

L'étude comprend deux volets. L'un est quantitatif, et vise entre autres à objectiver le nombre d'enfants en séjour à l'hôpital et dont la durée de séjour est jugée excédentaire. L'autre est qualitatif. Il a permis de mieux comprendre comment se passe la prise en charge en hôpital, mais aussi les motifs d'admission des enfants, les raisons qui expliquent les prolongations des séjours à l'hôpital en dehors de raisons médicales, etc.

*L'étude
se base sur
des entretiens
avec plus de
50 professionnels.*

Contexte

Pour rappel, c'est suite à une proposition de résolution portant sur les bébés dits « parqués » (c'est-à-dire placés à l'hôpital), qui a été déposée au Parlement de la Communauté française le 3 février 2016, que la CODE a reçu pour mission de réaliser un état des lieux du placement d'enfants de 0 à 12 ans à l'hôpital dans le cadre d'une mesure de l'Aide à la jeunesse.

Cette mission, commanditée conjointement par la Ministre de l'Enfance et le Ministre de l'Aide à la jeunesse de la Fédération Wallonie-Bruxelles, avait trois objectifs principaux :

- Comprendre les raisons du placement d'enfants à l'hôpital (dont ceux qui ne nécessitent pas ou plus de soins médicaux particuliers) ;
- Comprendre les raisons pour lesquelles des enfants placés à l'hôpital y restent pour une durée excessive ;
- Objectiver le nombre d'enfants en séjour à l'hôpital et dont la durée de séjour peut être jugée excédentaire.

Les données récoltées tout au long de ce travail ont été analysées au travers du prisme de la Convention relative aux droits de l'enfant. Nos recommandations s'inscrivent également dans la perspective de cette législation internationale, qui concerne toute personne entre 0 et 18 ans.

Groupe cible

L'étude porte sur les enfants placés à l'hôpital, c'est-à-dire les enfants faisant l'objet d'une mesure de placement 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.

Sont considérées comme « mesures de placement » tant les mesures prises par l'Aide à la jeunesse dans le cadre de l'aide négociée avec les parents, que les ordonnances de placement prononcées dans le cadre de l'aide contrainte (et donc imposée par un juge, un conseiller ou un directeur de l'Aide à la jeunesse). Cela signifie que les situations d'enfants faisant l'objet d'une hospitalisation à durée excessive, mais qui ne feraient pas l'objet d'une prise en charge par l'Aide à la jeunesse, n'ont pas été étudiées dans le cadre de notre recherche.

*L'étude porte
sur les enfants
de 0 à 12 ans.*

Nous nous penchons spécifiquement sur les situations d'enfants ayant entre 0 et 12 ans au moment de leur prise en charge à l'hôpital. Les spécificités éventuelles des prises en charge à l'adolescence ne sont pas abordées ici.

À la demande du comité d'accompagnement, la mission de recherche s'est déroulée au sein d'institutions (relevant de l'Aide à la jeunesse, de l'Enfance, de la Santé et de la Justice) des arrondissements de Bruxelles, de Mons-Charleroi et de Liège. Notre étude n'est donc pas exhaustive dès lors qu'elle ne concerne pas tout le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Récolte des données

Des entretiens (individuels et collectifs) avec des professionnels des secteurs de la Santé (pédiatres, psychologues, pédopsychiatres...) et de l'Aide à la jeunesse (conseillers et directeurs de l'Aide à la jeunesse, ainsi que juges de la jeunesse) directement confrontés à la problématique ont été effectués d'avril à juin 2016. C'est ainsi que plus d'une cinquantaine de professionnels ont été rencontrés, tous secteurs confondus.



Limites méthodologiques et précautions de lecture

Notre étude se base sur un état des lieux qui relaye des points de vue individuels de professionnels du secteur qui ne peuvent pas être considérés comme représentatifs de l'ensemble du secteur, ou de la problématique dans son ensemble. Par ailleurs, comme précisé ci-dessus, nous ne prétendons pas à l'exhaustivité en ce qui concerne l'entière du territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Parallèlement, concernant la récolte de données qualitatives, nous tenons à souligner que nous n'avons pas eu la possibilité de récolter la parole des enfants et des familles.

De même, nous n'avons pas pu rencontrer en entretien individuel des personnes travaillant en institutions d'accueil, des familles d'accueil ou des responsables de services de suivi de familles d'accueil.

Le délai de récolte des informations (4 mois) explique les différentes précautions présentées ici.

Enfin, concernant la récolte de données quantitatives, il faut savoir qu'il n'existe actuellement pas de base de données uniformisée qui permettrait de récolter et de comparer les données chiffrées des différents hôpitaux visités. En effet, les enfants concernés ne rentrant pas précisément dans la nomenclature des prestations de santé, le relevé de ces situations et de leurs caractéristiques (âge, durée de séjour, origine du signalement, etc.) dépend du système mis en place (ou non) par l'équipe chargée de leur suivi. De ce fait, nous nous en tenons, dans l'étude, aux chiffres tels que récoltés par l'Aide à la jeunesse, et publiés en 2015 et 2016.

Situation en Fédération Wallonie-Bruxelles

Dans notre étude, nous nous basons sur les données chiffrées de l'Administration générale de l'Aide à la jeunesse de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Ces données concernent les enfants entre 0 et 6 ans, et ont été récoltées en 2013, 2014 et 2015. Les arrondissements de Arlon, Bruxelles, Namur, Liège, Mons-Charleroi et de Nivelles sont concernés, soit tout le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

La CODE a par ailleurs recueilli différentes données sur les enfants de 0 à 12 ans lors des entretiens qu'elle a menés auprès de certains hôpitaux. Ces données ont été récoltées par les hôpitaux eux-mêmes à différents moments du séjour (admission, en cours de séjour,...) et n'ont pas été relevées selon un encodage uniformisé (en bref, chaque hôpital a sa propre logique), ce qui fait qu'il n'est pas possible de les comparer entre elles.

*Chaque année,
environ 300 enfants
entre 0 et 6 ans
sont placés à
l'hôpital en FWB.*

D'une manière générale, la disparité des données récoltées ne permet pas une analyse comparée avec les données de l'Aide à la jeunesse. C'est pourquoi nous nous en tiendrons à ces dernières.

Nombre d'enfants concernés

Selon les chiffres de l'Aide à la jeunesse disponibles, c'est approximativement 300 enfants entre 0 et 6 ans qui font l'objet d'une mesure de placement à l'hôpital chaque année en Fédération Wallonie-Bruxelles (310 en 2013, 275 en 2014, 267 de janvier à la mi-décembre 2015).

Certains enfants font l'objet de plusieurs décisions de prise en charge à l'hôpital. Concrètement, près de 500 décisions de ce type sont prises par année par les autorités mandantes (Aide à la jeunesse, juge...).

Bien que le nombre d'enfants placés à l'hôpital soit relativement stable d'une année à l'autre, le nombre de journées d'hospitalisation est en augmentation.

Âge et sexe

Les enfants ayant moins d'une année constituent la catégorie d'âge la plus concernée par ces placements: 24% ont entre 0 et 3 mois et 21% ont entre 3 mois et un an. Viennent ensuite les enfants qui ont entre 1 et 2 ans (19%), et ainsi de suite. On remarque donc que plus les enfants grandissent, moins ils sont concernés par de telles procédures.

La tranche d'âge 0-1 an est la plus concernée.

Pour la période étudiée, on a constaté une augmentation du nombre d'enfants de moins de 3 ans confiés aux hôpitaux; le nombre d'enfants de 3 à 5 ans placés à l'hôpital est par contre resté stable.

Ces données sont à mettre en parallèle avec le constat des instances mandantes qui expliquent qu'en cas de nécessité de placement, le

manque de places concerne particulièrement (mais pas seulement) les services d'accueil spécialisés de la petite enfance (SASPE).

Toutes catégories d'âges confondues, les garçons semblent un peu plus concernés par les placements à l'hôpital (53%) que les filles (47%).

Fig. 1: Les enfants de moins de 6 ans pris en charge en hôpital, selon l'âge.

| Âge | Nombre d'enfants | % |
|---------------|------------------|-------------|
| 0 - 3 mois | 66 | 24% |
| 3 mois - 1 an | 57 | 21% |
| 1 - 2 ans | 54 | 19% |
| 2 - 3 ans | 33 | 12% |
| 3 - 4 ans | 27 | 10% |
| 4 - 5 ans | 22 | 8% |
| 5 - 6 ans | 16 | 6% |
| Total | 275 | 100% |

(Source : Chiffres de 2014, dans Aide à la jeunesse, 2015).

Répartition géographique

C'est dans l'arrondissement de Mons-Charleroi que les prises en charge à l'hôpital sont plus fréquentes, particulièrement dans les divisions judiciaires de Mons et de Charleroi.

Un quart des enfants de moins de 6 ans pris en charge dans un hôpital provient de l'arrondissement de Bruxelles.

Durée de la prise en charge

La durée des mesures est variable, allant d'une journée à 365 jours dans les cas extrêmes.

Fig. 2: Durée de placement des enfants de moins de 6 ans en hôpital

| Durée | Nombre d'enfants | % |
|-----------------|------------------|-----|
| Moins d'un mois | 66 | 50% |
| 2 à 3 mois | 57 | 29% |
| 3 à 6 mois | 54 | 10% |
| Plus de 6 mois | 33 | 11% |

(Source: Chiffres de 2014, dans Aide à la jeunesse, 2015).

Motifs d'intervention spécifiques

Les enfants concernés par la problématique sont confrontés à des difficultés multiples puisqu'en moyenne 7 motifs d'intervention sont évoqués. Les motifs d'intervention les plus fréquents sont ceux liés aux difficultés rencontrées par les parents. Il s'agit surtout de difficultés d'ordre psychologique et/ou psychiatrique. Des assuétudes (alcoolisme, toxicomanie) ainsi qu'une immaturité des parents sont également notées.

Par ordre de fréquence, les suspicions de maltraitance (parfois liées à des antécédents) ou la maltraitance avérée (en ce y compris la négligence grave) viennent en second lieu.

Les difficultés matérielles et financières interviennent également comme motifs d'intervention pour les enfants. Il peut notamment s'agir de problèmes de logement (absence ou insalubrité).

Enfin, des difficultés à assumer le rôle parental (par exemple en lien avec une fragilité de l'enfant: maladie chronique, handicap...) et des difficultés relationnelles entre adultes au sein de la famille (violence conjugale) sont mentionnées.

Les hospitalisations pour des raisons autres que des soins de santé sont proportionnellement plus nombreuses dans l'aide contrainte.

*Par enfant,
on compte
en moyenne
7 motifs
d'intervention.*

Prise en charge après le placement à l'hôpital

L'Aide à la jeunesse connaît l'issue de la mesure d'hospitalisation pour moins de la moitié des enfants concernés (par exemple, pour l'année 2014: 109 sur 275).

Dans près d'un tiers des situations, un placement dans une structure «classique» (SASPE, SAAE, PPP, CAU) s'en est suivi (31 sur 109). Pour environ 1/5 des cas connus, un placement en famille d'accueil a suivi le placement à l'hôpital (23 sur 109). Pour un autre cinquième, il y a eu un retour en famille avec accompagnement (MIIF, SAIE, COE). Quelques enfants (5 sur 109) ont accompagné l'un de leurs parents dans un centre d'accueil pour adultes en difficulté.

En 2014, 18% des situations prises en charge initialement par le Service de l'aide à la Jeunesse ont ensuite fait l'objet d'une intervention par un juge (39 cas de judiciarisation).

Différences selon les hôpitaux

Nous souhaitons attirer l'attention sur les réalités très différentes au sein des hôpitaux que nous avons visités (accueil, capacité, personnel disponible...).

D'une manière générale, tous les hôpitaux n'ont ni le même fonctionnement (politique de gestion, financement, frais liés à l'hospitalisation, etc.), ni le même statut (hôpital privé ou public, etc.), ou situation géographique (centre-ville ou décentré, etc.). À tout le moins, ces éléments pourraient expliquer pourquoi certains hôpitaux sont plus confrontés à l'hébergement d'enfants placés que d'autres. Nous y reviendrons plus loin.

*Des réalités
très différentes
d'un hôpital
à l'autre...*

Placement de l'enfant

Ce troisième chapitre nous donne l'occasion de rappeler le cadre légal (international et national) du placement, les procédures existantes et les motifs de placement en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Cadre légal

Différents textes légaux sont à considérer:

- La Convention internationale relative aux droits de l'enfant du 20 novembre 1989;
- Le décret du 4 mars 1991 relatif à l'Aide à la jeunesse;
- L'ordonnance bruxelloise du 29 avril 2004 relative à l'Aide à la jeunesse.

Ces textes consacrent l'importance de la famille dans le développement de l'enfant et rappellent que le placement doit rester une mesure exceptionnelle, de dernier ressort, limitée dans le temps et sujette à révision.

Convention internationale relative aux droits de l'enfant

La Convention relative aux droits de l'enfant contient divers articles qui font référence au placement et, de manière plus générale, au rôle de la famille, notamment dans le développement et l'éducation de l'enfant.

La famille est présentée comme « unité fondamentale de la société et milieu naturel pour la croissance et le bien-être de tous ses membres et en particulier des enfants ». Elle doit « recevoir la protection et l'assistance dont elle a besoin pour pouvoir jouer pleinement son rôle dans la communauté ».

La Convention consacre le droit pour l'enfant de connaître ses parents et d'être élevé par eux, dans la mesure du possible (art. 7) ainsi que le

droit de ne pas être séparé de ses parents, si ce n'est pour préserver son intérêt (art. 9). Quand un placement est nécessaire, le droit au maintien des relations personnelles avec la famille d'origine doit par ailleurs être garanti (art. 9).

La prévention de la séparation de l'enfant de sa famille et la préservation de l'unité familiale doivent être des éléments importants du système de protection de l'enfance.

Quand le placement est envisagé, toujours en dernier ressort, il est important qu'il fasse l'objet d'un examen périodique (art. 25) afin d'évaluer l'adéquation de la mesure et les progrès du traitement tant pour le placement en famille qu'en institution (publique ou privée) d'enfants privés de leur milieu familial (art. 20).

Si la famille est défaillante, inadéquate ou simplement absente, la protection de remplacement pourra être assurée sous la forme d'un « placement dans une famille, de la Kafalah de droit islamique, de l'adoption ou, en cas de nécessité, du placement dans un établissement pour enfants approprié » (art. 20).

Le placement doit rester une mesure exceptionnelle.

Les Lignes directrices du 24 février 2010 relatives à la protection de remplacement pour les enfants des Nations Unies rappellent elles aussi que la famille est la cellule fondamentale de la société et le contexte naturel de la croissance, du bien-être et de la protection des enfants et que la priorité doit être donnée au maintien ou au retour de l'enfant auprès de ses parents. L'État doit soutenir les parents dans leur rôle d'éducation. Par ailleurs, les Lignes directrices préconisent une approche au cas par cas conforme à l'intérêt supérieur de l'enfant concerné. Elles rappellent

également le droit de l'enfant d'être consulté et de voir ses opinions dûment prises en considération. Les Lignes directrices soulignent enfin que le retrait de l'enfant à sa famille doit être une mesure de dernier recours temporaire, dans la mesure du possible, et d'une durée la plus courte possible.

L'État doit
soutenir
les parents
dans leur rôle.

Fédération Wallonie-Bruxelles

Le paysage institutionnel belge est compliqué et les législations en matière de placement aussi. Ainsi, en Communauté française (également dénommée Fédération Wallonie-Bruxelles), c'est le décret du 4 mars 1991 relatif à l'Aide à la jeunesse qui régit la question du placement. À Bruxelles, c'est l'ordonnance du 29 avril 2004 relative à l'Aide à la jeunesse qui est d'application. Et en Communauté flamande, c'est le décret relatif à l'*integrale jeugdhulp* du 12 juillet 2013 qui est d'application.

Le décret de 1991 s'applique d'une part aux jeunes en difficulté et aux personnes qui éprouvent des difficultés dans l'exécution de leurs obligations parentales et d'autre part, aux enfants dont la santé ou la sécurité est en danger ou dont les conditions d'éducation sont compromises par son comportement, celui de sa famille ou de ses familiers (art. 2).

Dans la lignée de la Convention, la philosophie du décret est de faire du placement de l'enfant une mesure de dernier ressort et d'une durée la plus courte possible, quand toutes les autres possibilités d'aide s'avèrent inappropriées.

Ainsi, le décret insiste sur l'importance de la mise en place de mesures d'aide pour la famille, qui doivent prioritairement se dérouler dans le milieu de vie, le placement de l'enfant devant rester l'exception. Les jeunes et leurs familles ont droit à l'aide spécialisée et au respect de leurs droits: droit aux relations personnelles et au maintien du lien

enfant-parents (sauf si cela est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant), droit à la participation, etc.

Le décret institue, pour chaque division/arrondissement judiciaire, un Service de l'Aide à la Jeunesse (SAJ) et un Service de Protection Judiciaire (SPJ) qui propose ou, dans le cas du SPJ, impose des aides. Celles-ci sont complémentaires et supplétives par rapport à l'aide générale telle que proposée par les centres psycho-médico-sociaux (CMPS), les maisons médicales, les centres de santé mentale, les centres publics d'aide sociale (CPAS)...

*L'aide doit
prioritairement
être proposée
dans le milieu
de vie.*

Procédure de placement

En Wallonie, la possibilité de saisir le Tribunal de la jeunesse en vue d'un placement s'effectue sur base des articles 38 et 39 du décret de 1991. Ceux-ci correspondent très largement aux articles 8 et 9 de l'ordonnance bruxelloise. Toutefois, les critères d'intervention du Tribunal, les mesures que celui-ci peut prendre et les modalités de leur mise en œuvre sont différents.

Décret du 4 mars 1991 relatif à l'Aide à la jeunesse

Le décret relatif à l'Aide à la jeunesse distingue les interventions nécessitant, ou non, une décision en urgence.

Le Procureur du Roi peut directement citer l'enfant de plus de 12 ans et ses parents à comparaître devant le Tribunal de la jeunesse s'il estime que l'intégrité physique ou psychique de l'enfant est gravement compromise (mais pas au point d'une intervention dans l'urgence) et à partir

du moment où la famille a refusé l'aide proposée par le Conseiller de l'Aide à la jeunesse (art. 38). Selon les situations, le Tribunal de la jeunesse pourra imposer un accompagnement d'ordre éducatif, un éloignement temporaire du milieu familial ou autoriser l'enfant de plus de 16 ans à s'installer dans une résidence autonome. Le cadre général fixé par le Tribunal sera concrètement mis en œuvre par le directeur de l'Aide à la jeunesse.

Par contre, en cas de péril grave (physique ou psychique), une intervention dans l'urgence en vue d'un placement de l'enfant en dehors du domicile familial est possible (quand les parents ne marquent pas leur accord pour une intervention, art. 39). Le Procureur du Roi pourra alors saisir le juge de la jeunesse dans l'urgence en sollicitant une mesure de placement pour l'enfant pour une durée de 14 jours maximum, qui peut être prolongée de 60 jours par une nouvelle décision. Entre-temps, le Conseiller de l'Aide à la jeunesse va chercher à mettre en place une aide négociée.

Il existe des différences de procédure entre Bruxelles et la Wallonie.

Ordonnance du 29 avril 2004 relative à l'aide à la jeunesse

A Bruxelles, le Procureur du Roi peut saisir le Tribunal de la jeunesse en vue de la prise de mesures d'aide sous contrainte à l'égard d'un jeune ou de sa famille lorsqu'il estime que la santé ou la sécurité du jeune est gravement compromise et que l'aide négociée, qui a dû être préalablement envisagée, a été refusée ou a échoué (art. 8).

Ces mesures peuvent prendre la forme de directives pédagogiques, d'une surveillance du service social assortie d'éventuelles conditions, d'une guidance (familiale, psychosociale, éducative ou thérapeutique)

ou d'un placement. Le Tribunal assure lui-même le suivi des mesures (qui relèvent de l'aide négociée) et peut à tout moment les lever ou les modifier.

Par contre, en cas de nécessité urgente, autrement dit lorsque l'intégrité physique ou psychique d'un jeune est exposée directement à un péril grave, et qu'il est démontré que son intérêt ne permet pas d'attendre l'organisation et la mise en œuvre de l'aide négociée, le Procureur du Roi pourra saisir le Tribunal de la jeunesse en vue de la prise d'une mesure provisoire et contrainte, qui peut par exemple consister en un placement (art. 9). Le juge de la jeunesse entendra le plus rapidement possible les personnes concernées.

En cas de placement, celui-ci aura une durée de 30 jours renouvelable une seule fois. Dès que le Tribunal de la jeunesse a pris cette mesure provisoire urgente, il en avise le Conseiller de l'Aide à la jeunesse, afin que celui-ci tente d'organiser une aide négociée. La mesure provisoire est levée dès l'homologation de cette dernière.

Si l'aide négociée n'a pu être organisée dans le second délai de 30 jours, le Service de l'Aide à la Jeunesse en avertit le Tribunal qui pourra être saisi par le Procureur du Roi en vue de la prise d'une nouvelle mesure.

En résumé, voici ce qui différencie les législations et les procédures en matière de placement en Wallonie et à Bruxelles :

- Délais du placement (min. 14 et max. 74 jours en Wallonie ; 30 jours renouvelable une fois à Bruxelles).
- Gestion du dossier de placement : prise en charge par le Directeur du SPJ en Wallonie (il décide toutes les modalités du placement, le rôle du juge se limitant à déterminer le type de mesure à prendre), et par le juge de la jeunesse à Bruxelles. Ces instances de décisions sont également appelées « mandants » ou « autorités mandantes ».

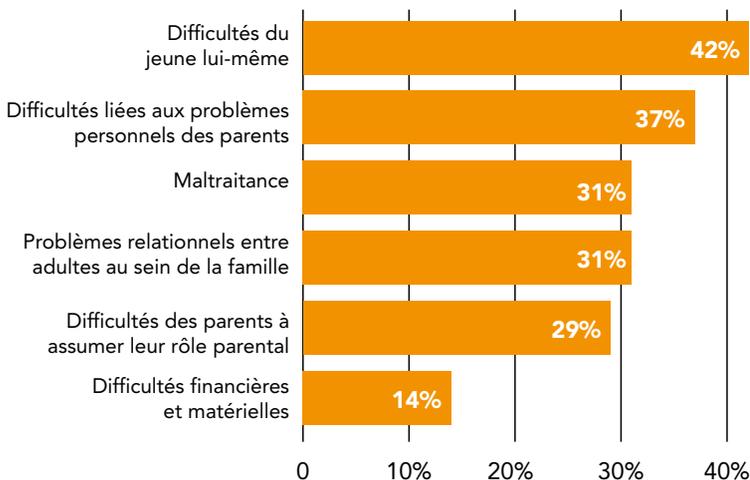
Motifs d'intervention de l'Aide à la jeunesse

En 2013, près de 40.900 jeunes ont été pris en charge par l'Aide à la jeunesse via un placement ou un autre type d'accompagnement (par exemple soutien à domicile).

Parmi l'ensemble des jeunes accompagnés, 93% ont été pris en charge parce qu'ils étaient en difficulté ou en situation de danger, 5% parce qu'ils avaient commis un fait qualifié infraction et 2% pour motifs cumulés.

Suivant une proportion stable d'année en année, en 2013, près de 3 jeunes sur 5 furent aidés dans le cadre de l'aide négociée; 2 jeunes sur 5 furent pris en charge dans le cadre de l'aide contrainte.

Fig. 3: Les motifs d'intervention auprès des jeunes en difficulté ou en danger



Notes: Un jeune peut être pris en charge pour un ou plusieurs motifs
(Source: la Fédération Wallonie-Bruxelles en chiffres, 2015).

Placement de l'enfant à l'hôpital

Le présent chapitre a pour but de tracer les contours du placement d'un enfant à l'hôpital décidé par une autorité mandante, et ce depuis le signalement, l'admission et le placement jusqu'à la fin de celui-ci, en passant par le quotidien à l'hôpital. Il repose sur les témoignages de professionnels recueillis par la CODE dans le cadre de sa mission de recherche.

Procédure de placement à l'hôpital

Il n'existe pas de procédure spécifique au placement d'un enfant à l'hôpital, et les pratiques relayées par les professionnels rencontrés sont différentes en fonction des régions, du personnel, de l'histoire de l'enfant mais aussi des hôpitaux. Ce qui est particulier au fait qu'un enfant se retrouve à l'hôpital, pour une durée plus ou moins longue, et en dehors de raisons strictement médicales, c'est qu'il peut y être amené via le service des urgences ou de pédiatrie ou avoir fait l'objet d'une mesure d'hospitalisation requise par l'Aide à la jeunesse (voyez ci-dessous).

Ceci dit, on se doit de s'interroger sur ce qui peut expliquer l'issue d'une admission aux urgences ou d'une mesure d'hospitalisation par un placement à l'hôpital : est-ce dû au caractère urgent ? Ou au manque de places en centre d'accueil d'urgence ? Certains professionnels rencontrés nous affirment que la saturation des services d'accueil, l'urgence de la situation, le sentiment de sécurité

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

procuré par la structure hospitalière et le fait que l'enfant s'y trouve déjà expliquent le recours au placement à l'hôpital. Autant de points approfondis plus loin.

*Les pratiques
varient
fortement
entre
hôpitaux.*

Pour en revenir aux délais prévus par la procédure tels que décrits plus haut, nous pouvons constater que lorsque celle-ci se déroule le plus « rapidement » possible et si l'instance ne modifie pas sa décision pendant la mise en œuvre de la mesure d'urgence (orientation vers une autre structure, par exemple), un enfant peut rester à l'hôpital jusqu'à 30 ou 60 jours à Bruxelles, ou, en Wallonie, 14 à 74 jours.

Il est délicat pour les équipes hospitalières d'assurer la prise en charge de ces enfants sans savoir pour combien de temps ceux-ci seront placés à l'hôpital. Notre étude suggère que cette donnée puisse être, sinon réduite, du moins précisée afin de clarifier la mission des hôpitaux en cas de placement en urgence.

Notons par ailleurs qu'un enfant admis aux urgences de l'hôpital ouvre la porte à la possibilité d'une mesure de placement à l'hôpital. Autrement dit, une fois à l'hôpital, il est parfois « plus simple », selon les professionnels rencontrés, de confirmer le placement à l'hôpital plutôt que de chercher une autre solution d'accueil (compte tenu de diverses difficultés exposées dans ce rapport), le temps que les modalités d'un accord d'aide soient trouvées avec les parents, et ce d'autant plus s'il y a suspicion de danger pour l'enfant.

Motifs de placement à l'hôpital

Dans sa brochure « Que faire si je suis confronté à une situation de maltraitance d'enfant ? », l'Aide à la jeunesse énonce différents motifs pouvant justifier la décision d'ordonner un placement.

- **La maltraitance physique** peut être définie comme « un traumatisme physique non accidentel infligé à un enfant comme des coups, des brûlures, des morsures, le syndrome du bébé secoué... ».
- **La maltraitance psychologique** se traduit par « des interactions négatives à l'encontre d'un enfant comme le dénigrement systématique, le rejet, les menaces, le chantage affectif, l'humiliation, les insultes répétées, les menaces d'abandon, les critiques constantes, l'absence d'attention bienveillante, les troubles relationnels, le déni des besoins fondamentaux ou de l'existence même de l'enfant, son aliénation dans les situations conflictuelles entre parents ».
- **La maltraitance sexuelle** consiste en « la participation d'un mineur à des activités sexuelles qui sont inappropriées à son âge et à son développement, qu'il subit sous la contrainte par violence ou séduction ou qui transgressent les interdits fondamentaux en ce qui concerne les rôles familiaux ».
- **La négligence** renvoie à « une situation de carence (notamment due à l'immaturation des parents ou à une parentalité inadéquate) qui risque de compromettre le développement somatique et psychologique de l'enfant ».

*Les situations
sont de plus
en plus
complexes.*

- **Diverses situations à hauts risques**, à savoir des situations où la maltraitance n'est pas avérée mais où le contexte de vie de l'enfant est très inquiétant, notamment du fait de conflits extrêmement importants entre les parents, d'assuétudes (alcoolisme, toxicomanie), de pathologie mentale de l'un des parents et/ou d'une situation de grande précarité (logement insalubre, etc.).

Les professionnels rencontrés constatent que les situations sont de plus en plus complexes (cumul de facteurs), que le nombre de personnes en situation de grande précarité est en nette augmentation et que celles-ci combinent différents motifs tels que des problèmes d'assuétudes, une limite des capacités intellectuelles, des problèmes psychiatriques ou encore, un logement insalubre.

Certains enfants placés à l'hôpital – et c'est bien là le cœur de notre étude – ne nécessitent pas de soins de santé, et en tout cas pas des soins de santé requérant un séjour à l'hôpital, encore moins prolongé. Par exemple, un enfant soustrait à ses parents lors d'une dispute conjugale violente et qui fait l'objet d'un placement en urgence à l'hôpital ne présente pas nécessairement des signes justifiant une urgence médicale, même si une prise en charge hospitalière peut s'avérer être la meilleure option pour protéger l'enfant à court terme, et peut malgré tout rester nécessaire pour s'assurer qu'il est effectivement en bonne santé (physique et psychique). Ce genre de paradoxe contribue à créer un flou autour de la mission de l'hôpital qui se définit prioritairement comme un lieu de soins.

Cela peut être source de tensions et d'incompréhensions au sein du corps médical qui ne comprend pas toujours la pertinence d'un séjour à l'hôpital pour un enfant qui ne semble pas nécessiter de soins médicaux.

En même temps, d'autres estiment que l'hôpital peut être un lieu pour réaliser des examens de santé au sens global (tant physique que psychique) et un bilan complet afin de vérifier que l'enfant se porte bien.

Signalement et admission à l'hôpital

Comme précisé plus haut, plusieurs voies d'admission et de placement à l'hôpital sont constatées par les professionnels rencontrés :

- **Service des urgences :** l'enfant est amené par ses parents ou un proche, ou par les forces de police en cas de situation critique (notamment en cas de maltraitance).
- **Maternité/néonatalogie :** le signalement peut avoir lieu en amont de l'accouchement (par exemple : mère toxicomane qui éveille des inquiétudes dans le chef de l'équipe médicale) ou lors de l'accouchement à la maternité ou encore, lorsqu'il s'agit d'un enfant prématuré, au service de néonatalogie.
- **Service de pédiatrie :** un enfant est admis en pédiatrie pour une cause somatique et les membres du service relèvent par la suite des éléments pouvant faire craindre, par exemple, une situation de maltraitance.
- **Placement à l'hôpital demandé par une autorité mandante :** un mandant demande à l'hôpital de prendre en charge un enfant qui nécessite des soins médicaux et/ou un bilan psycho-médico-social.

Dans le cas du placement à l'hôpital demandé par une autorité mandante (Aide à la jeunesse ou juge) il s'agit bien d'une mesure de placement à l'hôpital en tant que telle, contrairement aux trois autres mesures, où l'on constate que le placement intervient dans un second temps (suite à des inquiétudes de la part des services d'Aide à la jeunesse, d'une équipe SOS Enfants ou d'autres intervenants).

Il semblerait que le deuxième cas de figure soit en augmentation selon les professionnels rencontrés, particulièrement suite à la mesure prise par la Ministre de la Santé concernant le raccour-

*un bilan
complet
prend
environ
4 semaines.*

cissement du séjour en maternité. Pour rappel, après un accouchement, un séjour habituel est compris entre 3 et 5 jours maximum, mais il se réduit de plus en plus en raison de la nouvelle législation à l'initiative de la Ministre Maggie De Block.

Un paradoxe nous est rapporté autour du signalement survenant aux urgences (si l'enfant est admis pour une raison somatique) ou à la maternité : les services hospitaliers sont à la fois susceptibles de s'alarmer « trop vite » car n'étant pas nécessairement formés aux situations dites « sociales », mais également « pas assez vite » quand la situation à l'hôpital ne reflète pas nécessairement la réalité vécue en dehors. Cette incertitude, liée à un manque de formation, pèse sur le moral des professionnels et complique par ailleurs les relations avec les familles (méfiance réciproque, etc.).

Durée de séjour à l'hôpital

Un séjour à l'hôpital est dit « à durée excessive » lorsque l'enfant ne nécessite plus de soins médicaux, que le travail d'évaluation médicale et psychosociale est clôturé, et que les conclusions sont remises aux parents et aux autorités mandantes, le cas échéant.

Selon SOS Enfants, une situation de détresse infantile impose :

- Un bilan médical complet ;
- Une évaluation de l'état développemental de l'enfant ;
- Une évaluation de son fonctionnement affectif, cognitif et relationnel ;
- Une évaluation des ressources familiales ;
- Une évaluation des compétences parentales.

L'ensemble de cette évaluation doit permettre de proposer un projet de soins à l'enfant et sa famille tout en tenant compte de sa protection (que ce soit par le biais d'un retour en famille, d'un placement, de tel ou tel accompagnement, etc.).

Temps médical et bilan psycho-médico-social

Les bilans, respectivement médical et psycho-médico-social, ainsi que les éventuels soins médicaux, relèvent du cas par cas.

Mais d'une manière générale, les professionnels rencontrés s'accordent pour dire qu'il faut compter en moyenne 4 semaines (\pm 2 semaines) pour réaliser ces bilans.

Selon que l'enfant se retrouve dans un hôpital bénéficiant des services de professionnels habilités à mener les bilans ou d'une équipe SOS Enfants en interne, et selon la disponibilité des uns et des autres, leur durée pourra varier. À nouveau, la saturation des services intervient ici comme un facteur pouvant expliquer le rallongement des séjours.

Pour plusieurs professionnels interviewés, l'hôpital devrait être prioritairement un lieu de soins, et les bilans pourraient être réalisés en ambulatoire, pour éviter autant que faire se peut de rallonger la durée du séjour à l'hôpital.

Toutefois, dans certains cas, le fait que ces bilans se déroulent dans l'enceinte de l'hôpital peut être bénéfique pour l'enfant et ses parents (en tant que soupape de décompression dans un lieu neutre).

Quelles sont les raisons qui peuvent expliquer pourquoi le séjour d'un enfant placé à l'hôpital devient excessif ?

- Manque de places en institution ou en famille d'accueil ;
- Modification de l'accord dans le cadre de la procédure (passage de l'aide négociée à l'aide contrainte) ce qui rallonge souvent la durée de la procédure et donc du placement ;

*Une situation
de détresse
infantile
nécessite
différentes
évaluations.*

*La saturation des services
peut expliquer le rallongement
des placements.*

- Difficultés à trouver une solution adaptée pour les enfants à profil spécifique (handicap sur le plan physique et/ou psychique, mineur étranger...);
- Manque de structures ambulatoires disponibles;
- Attente de transfert vers un service pédopsychiatrique ou autre.

Ces différentes raisons, surtout si elles s'additionnent, risquent de créer une situation peu confortable pour les professionnels qui ne sont pas à l'abri d'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 crée des embouteillages à différents niveaux, ce qui explique pourquoi certains enfants restent au sein de structures hospitalières de longues semaines, voire de longs mois.

Gestion quotidienne des enfants au sein de l'hôpital

Le quotidien des enfants hébergés à l'hôpital est tributaire du type de prise en charge, et celle-ci peut différer en fonction des hôpitaux. Par exemple, certains hôpitaux ont des équipes SOS Enfants qui assurent un suivi psycho-médico-social, d'autres mettent en place des activités (sorties organisées par l'équipe médicale, etc.) ou intègrent les enfants dans des activités intra hospitalières prévues pour les autres patients en pédiatrie (école à l'hôpital), ou extra hospitalières (journées à la crèche pour les plus jeunes, inscription à des stages pour les plus grands).

Cela étant dit, malgré une bonne volonté manifeste de la part du personnel soignant et une reconnaissance des aspects positifs liés à une hospitalisation (moment de pause, de bilan...), tous les professionnels rencontrés s'accordent pour dire qu'un séjour prolongé à l'hôpital a des conséquences sur le bien-être et le développement de l'enfant d'une part, et sur les professionnels et la qualité de leur prise en charge, d'autre part.

Dans cette section, nous verrons qu'une durée de séjour excessive à l'hôpital peut constituer une situation en inadéquation avec les besoins de l'enfant, et être susceptible d'entraver le développement de l'enfant à différents niveaux. Les difficultés rencontrées par les professionnels, et plus particulièrement celles concernant les relations avec les parents, seront ensuite abordées.

L'hôpital peut être un lieu de répit pour les familles.

Analyse générale des besoins de l'enfant

Depuis les années cinquante, de nombreux pédiatres et psychiatres, parmi lesquels on retiendra notamment John Bowlby et Terry Brazelton, ont pu démontrer à quel point la satisfaction de différents besoins est nécessaire au bon développement de l'enfant. Aujourd'hui encore, la plupart des auteurs s'accordent pour dire que tous les enfants présentent une série de besoins essentiels de différents ordres, sans pour autant présenter une hiérarchie entre eux, à savoir :

- **Physique :** respirer, manger, boire, dormir, avoir une bonne hygiène...;
- **Moteur :** bouger et se servir adéquatement de sa musculature ;
- **Intellectuel et éducatif :** à ce niveau, on retrouve des besoins d'expériences et de découvertes adaptés à la fois au développement (puisque à chaque âge correspondent des échanges, jeux et activités diverses) et aux différences individuelles ;
- **Social :** tout enfant a besoin d'une communauté (et de son soutien) ainsi que d'une culture ; il a besoin de vivre dans un milieu où il est intégré, accepté, aidé dans ses démarches. La langue, le type de civilisation, la culture, la religion ou les aspirations laïques, les valeurs y participent. Mais aussi la famille, l'école, les activités récréatives... D'une manière générale, le processus de socialisation (rencontrer, communiquer, échanger) consiste à « apprendre à vivre ensemble » ;

- **Affectif:** le besoin de relations chaleureuses et stables est un besoin vital de l'enfant, confirmé par tous les travaux scientifiques. Il procède de la nécessité d'être aimé et d'aimer. On sait par exemple que le nourrisson établit de façon très précoce une différence entre ses parents et les autres personnes. Durant les 3 à 5 premières années de sa vie, il a besoin d'une relation privilégiée avec un adulte « réconfortant principal »;
- **Protectionnel:** le besoin de protection, de sécurité et d'autorégulation concerne aussi bien la sphère affective et psychologique que physique. Ici, l'enjeu est d'être protégé, et par là de se sentir en confiance. Une stabilité du milieu de vie et des relations familiales et sociales humanisantes est en effet nécessaire à tout enfant. Elle génère une sensation de sécurité et une estime de soi positive, véritables colonnes vertébrales psychiques de l'enfant qui lui permettront, petit à petit, de conquérir une autonomie sociale. Ce besoin suppose aussi de l'espace et du temps, notamment pour permettre à l'enfant de s'autonomiser (apprendre à manger seul, s'habiller seul...);
- **Individualité:** chaque enfant est unique, notamment dans son comportement émotionnel, relationnel et dans ses apprentissages. Aussi a-t-il besoin d'interactions individualisées, autrement dit non uniformisées. Parallèlement, il est très important que l'organisation de la vie de l'enfant tienne compte de son évolution et de ses capacités de de communication.

Selon la plupart des auteurs, il est délicat de vouloir établir une hiérarchie parmi cet ensemble. Cette idée est par ailleurs inscrite dans la Convention relative aux droits de l'enfant. En effet, pour un enfant (en particulier s'il est très jeune), ces différents besoins doivent

*Le besoin
de relations
chaleureuses
et stables est
un besoin vital
de l'enfant.*

être considérés comme primaires au sens d'indispensables à sa survie et à son développement harmonieux. La littérature sur la théorie de l'attachement indique que le besoin des nourrissons de s'attacher à un adulte et de bénéficier d'interactions valorisantes et stables peut être plus vital que le besoin d'être nourri...

Cas particulier d'un séjour de longue durée à l'hôpital

Les enfants séjournant à l'hôpital pour de longues durées ne peuvent pas toujours bénéficier de l'attention et des stimulations nécessaires à leur bon développement.

En effet, si les besoins physiques (bien se nourrir, se reposer, bonne hygiène) sont respectés (même si ce n'est pas toujours au rythme de l'enfant), il s'avère que les besoins affectifs, protectionnels et d'individualité (volet psychologique) sont ceux qui risquent d'être négligés, malgré la bonne volonté du personnel soignant et éducatif, simplement par manque de disponibilité et/ou à cause de l'environnement propre à l'hôpital : milieu aseptisé, absence de sorties, peu de variations dans les stimuli, gestes techniques, manque de temps, d'espace, uniformité dans l'habillement du personnel (blouses blanches)...

Les longs séjours à l'hôpital ont un impact sur le développement de l'enfant.

En particulier en ce qui concerne le tout-petit, pour qui chaque jour est crucial dans son développement, et pour qui une grande attention est essentielle. Outre les points repris plus haut, il conviendrait d'établir un lien de confiance entre l'enfant et un ou deux adultes référents ou « réconfortants principaux ». À tout le moins, cela requiert disponibilité, attention et patience. Rappelons aussi qu'en milieu hospitalier, le personnel soignant est en rotation régulière (jour, nuit, week-end et garde).

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.

Le fait de se trouver dans un lieu médical peut aussi devenir une source d'anxiété pour un enfant qui ne comprend pas pourquoi il doit y rester alors qu'il n'est pas malade. À ce propos, un article portant sur les conséquences d'une hospitalisation pour l'enfant qui a été victime d'abus sexuel avait été rédigé à l'initiative de deux cliniciens d'une équipe SOS Enfants. Il en ressortait que : « séparé de sa famille, alors qu'il n'est ni malade, ni accidenté, et placé dans un milieu qu'il ne connaît pas, en présence de personnes étrangères et d'enfants malades, il [l'enfant] peut se sentir privé de liberté et ressentir cette situation comme une punition. Ayant perdu ses points de repères habituels, fondamentaux à son équilibre, il est insécurisé, ne comprend pas les raisons de son admission et éprouve des sentiments de culpabilité. Une fois hospitalisé, l'enfant peut souffrir de solitude affective et de malaises psychosomatiques, il peut s'identifier aux enfants malades et adopter une conduite régressive. Il peut changer d'état d'âme et se montrer triste, passif, inhibé ou insupportable, provocateur et agressif. » (ONE, 1996).

Quoi qu'il en soit, si les auteurs ont pu mettre en avant certaines limites liées à l'hospitalisation, l'article soulignait également les aspects « bénéfiques » que peut comporter une telle prise en charge comme le fait qu'elle offre malgré tout un cadre structurant à des fins de protection, d'investigation clinique et/ou de traitement. La CODE tient à souligner ces aspects positifs liés à l'hospitalisation, particulièrement dans les situations où l'enfant est en danger.

Cet article de SOS Enfants rappelle aussi l'importance de la présence d'une école au sein de l'hôpital, celle-ci jouant « un rôle essentiel dans

*Les activités
(pré)scolaires
et (ré)créatives
sont essentielles
pour l'enfant.*

l'humanisation de l'hospitalisation et l'observation particulière de l'enfant». En effet, maintenir « des activités scolaires et créatives peut être une source de sociabilité, de bien-être et de soutien moral pour l'enfant ».

Même si certains enfants nécessitent des soins médicaux lors de leur placement à l'hôpital, la majorité d'entre eux, *a fortiori* lorsqu'ils sont en durée excessive de séjour, ne sont pas des enfants qui doivent rester alités. Les (jeunes) enfants 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.

S'il n'y a pas d'équipe habilitée à s'en occuper au quotidien, ce sont les professionnels du service pédiatrique (personnel infirmier, assistants sociaux) qui prennent sur leur temps de travail et décident sur base volontaire de s'occuper de ces enfants.

Concernant les tout-petits, certains hôpitaux ont 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. Notons que cette prise en charge est source de stress pour les professionnels rencontrés.

Certains
hôpitaux
ont développé
des bonnes
pratiques.

Lorsque l'enfant est en âge de marcher, cela pose d'autres problèmes: surveiller les déplacements de l'enfant, s'assurer qu'il n'ait accès à rien de dangereux, gérer les possibles crises de colère, etc.

En ce qui concerne les enfants âgés d'un an à 3 ans environ, il est beaucoup plus difficile de trouver des occupations qui soient adéquates et stimulantes. 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 pour que l'un ou l'autre enfant en bas âge puisse y passer la journée, mais le manque de places se fait également sentir à ce niveau-là.

Concernant les enfants en âge d'être scolarisés, ils ont la possibilité de fréquenter soit 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 (cela nécessite l'accord des autorités mandantes et pose des questions concernant la prise en charge des déplacements). Certains hôpitaux ont aussi opté pour une troisième option : installer une école dans l'enceinte de l'hôpital, mais à l'extérieur du bâtiment permettant aux enfants de sortir sans devoir en faire la demande aux autorités. Notons toutefois que cette activité ne sera pas mise en œuvre les week-ends, les jours fériés et en période de vacances scolaires...

Les risques sont que les enfants circulent sans surveillance dans le service et ailleurs (car l'hôpital est un lieu ouvert), qu'ils perturbent le travail des professionnels (en « jouant » avec les appareils médicaux et autres fournitures, ou dérangeant des consultations ou des soins en faisant irruption dans une pièce), qu'ils vivent mal la cohabitation avec des enfants malades dits « aigus » (c'est-à-dire nécessitant des soins médicaux assez lourds, et donc ayant besoin de calme et bénéficiant souvent, eux, d'une présence parentale importante), que leurs besoins ne soient pas entendus, etc.

Par ailleurs, les équipes pédiatriques doivent parfois assumer différentes tâches qui ne font pas partie de leurs fonctions : gérer les relations et les tensions avec les parents lors de certains

*Certains
hôpitaux ont
des accords
avec les crèches
avoisinantes.*

placements (visites non autorisées par exemple), assumer l'apprentissage de l'hygiène de base aux enfants (se brosser les dents, s'habiller et manger de manière autonome), organiser des sorties, gérer des difficultés de comportement...

Les professionnels sont soumis à un stress important et sont en permanence en tension entre les besoins de l'enfant et leur manque de disponibilité, la multiplication des demandes de placement 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.

Maltraitance institutionnelle : « 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... » (ONE)

Relations avec les parents

La gestion des relations entre les parents, l'enfant et le service pédiatrique peut être source de difficultés. Un médecin nous a rappelé qu'un tel service est un lieu qui laisse habituellement de la place aux parents auprès de leur enfant. Donc, quand ils sont absents, c'est un manque qu'il faut pouvoir gérer avec l'enfant. À l'inverse, si le ou les parents sont présents alors que l'enfant est placé, plusieurs questions peuvent se poser : « Est-il ou sont-ils autorisés à voir leur enfant ? Comment garantir la protection de l'enfant à l'hôpital (lorsqu'il y a un risque d'abus et/ou d'enlèvement par exemple) ? Comment proposer un accompagnement pour que le ou les parents puissent investir le lien envers leur enfant ? ».

Plusieurs situations particulières nous ont été rapportées par les professionnels rencontrés : kidnapping d'un enfant par l'un de ses parents à l'hôpital ; parents autorisés à voir un de leurs enfants mais pas l'autre car ils sont sous des régimes de placement différents ; inversement, enfant autorisé à voir un de ses parents et pas l'autre...

Les professionnels soulignent également que l'hôpital peut être un lieu privilégié pour travailler un lien parent(s)-enfant et que cela peut être rendu plus facile à l'hôpital que dans un lieu d'accueil car les modalités de visite y sont plus souples. En ce sens, cela peut constituer un aspect positif pour l'enfant et sa famille à ne pas négliger.

Prises en charge à la sortie de l'hôpital

En théorie, plusieurs possibilités d'hébergement peuvent être envisagées en fonction de chaque situation. Actuellement, les solutions de placement vers lesquelles se tournent les autorités mandantes sont :

- Le retour en famille avec un accompagnement ;
- Le placement dans l'entourage proche de l'enfant : milieu familial élargi, ressources autour des parents, parrain/marraine... ;
- Le placement en institution ;
- Le placement en famille d'accueil.

En réalité, les possibilités de placement après un éventuel séjour à l'hôpital sont limitées. En effet, les professionnels du secteur rencontrés nous renvoient le constat d'un « système saturé », d'une « pénurie de places » et d'un « manque cruel de services d'accompagnement ». Notons que nous ne disposons pas de chiffres à ce sujet.

Sujets de préoccupation des professionnels

Ce cinquième chapitre fait le point sur les sujets de préoccupation qui animent les professionnels rencontrés (hôpitaux, SAJ/SPJ/TJ) et qui ont été relevés lors des entretiens.

Il s'agit d'un relevé non exhaustif et, si certaines considérations sont partagées par plusieurs professionnels, d'autres n'engagent parfois que leur auteur et non la majorité d'entre eux. Notons que nous avons volontairement omis de mentionner les noms des personnes et institutions concernées afin de respecter la confidentialité des propos.

Inquiétudes générales

Confrontés à la problématique des enfants placés à l'hôpital et y séjournant pour de longues durées, les professionnels des milieux hospitaliers et des autorités mandantes rencontrés qualifient la situation de très préoccupante.

Selon eux, un manque de prise en charge préventive, une situation socio-économique globale en dégradation (absence ou insalubrité du logement parfois liée à d'autres problématiques : limites intellectuelles, troubles psychiques, addictions, etc.) et un délitement du soutien social à la parentalité sont des facteurs qui peuvent expliquer, sinon l'augmentation, à tout le moins la stagnation du nombre d'enfants se retrouvant placés à l'hôpital. Les professionnels rencontrés constatent également que les « cas d'école » se font très rares et que les situations sont de plus en plus complexes (cumul de facteurs).

*Le flou de
la mission
de l'hôpital
envers ces enfants
apporte
de la confusion
et de la tension.*

L'impact de ces hospitalisations excessives sur le développement et le bien-être des enfants concernés est lourd de conséquences, avec en premier lieu des troubles de l'attachement et du développement. Une inquiétude particulière concerne les tout-petits, pour lesquels le « temps qui passe » est vital. Les structures hospitalières dénoncent une tension constante autour de la prise en charge de ces enfants, entre les autorités mandantes, les parents et les

autres services hospitaliers. En outre, le flou régnant autour de la mission de l'hôpital envers ces enfants provoque de la confusion et participe de la tension, auquel s'ajoute le « bricolage » opéré autour de la prise en charge financière de ces enfants.

Notons aussi un stress important des professionnels autour de leur responsabilité et du risque encouru tant lié au fait de prendre une mauvaise décision que de ne pas en prendre du tout. Pour éviter de se voir reprocher de ne pas être intervenu dans une situation potentiellement dangereuse ou « à risque », des professionnels signalent et tirent la sonnette d'alarme ce qui entraîne, dans un contexte d'urgence, un accroissement de la judiciarisation de situations.

En aval, le manque de places dans les structures d'accueil, les difficultés de communication et de collaboration entre les différents acteurs impliqués, ainsi que les délais de procédure sont les principales raisons avancées par les professionnels rencontrés comme pouvant expliquer ces durées excessives et les difficultés liées à l'« après hôpital ».

Enfin, les professionnels rencontrés soulignent que les situations à risque (en ce compris la maltraitance et la négligence) relèvent de problématiques très complexes qui nécessitent des nuances et de la prudence tant dans leur prise en charge que dans les solutions qui pourront y être apportées.

*Le quotidien
des enfants
à l'hôpital repose
le plus souvent sur
les bonnes volontés
du personnel.*

Concernant la prise en charge au sein du milieu hospitalier

Mission de l'hôpital

S'agissant du placement, la mission de l'hôpital n'est pas clairement définie : jusqu'où prend-il en charge un enfant ? Quel suivi thérapeutique peut-il apporter ? Quel est son rôle vis-à-vis des parents en matière de droit de visite ? Qui est responsable de la sortie de l'enfant ? Quel est le mandat des professionnels médico-psy pour effectuer certains examens/bilans ? Dans quel cadre légal ? Est-ce le rôle de l'hôpital d'être l'instrument qui assure l'aspect protectionnel d'une mesure de placement (on pense aux situations d'enfants repris par un parent à l'hôpital à l'encontre d'une décision de justice) ? Toutes ces questions, et d'autres, renvoient à des incertitudes génératrices de stress et de tensions au sein du service concerné, mais également avec les autres services de l'hôpital (urgences, maternité, etc.) et les autorités mandantes.

Disparité des pratiques entre les hôpitaux visités

Tous les hôpitaux concernés par la problématique n'offrent pas les mêmes conditions de prise en charge. Certains ont des équipes SOS Enfants en interne, d'autres non. Certains accueillent beaucoup d'enfants et d'autres moins, voire pas du tout (raisons historiques, spécialisation,

caractère public ou privé de l'hôpital, etc.). Les équipes hospitalières plus spécialisées dans la prise en charge de la maltraitance sont parfois « victimes de leur succès » et se retrouvent avec un trop grand nombre de cas d'enfants, ce qui influence directement la qualité de la prise en charge. Certains hôpitaux sont plus interventionnistes que d'autres en la matière.

Personnel encadrant (service de pédiatrie ou de pédopsychiatrie)

De manière générale, un manque de personnel spécifique et formé est souligné car les enfants requièrent un encadrement spécialisé qui n'est pas souvent disponible selon les dires des équipes hospitalières elles-mêmes (y compris au sein des hôpitaux plus spécialisés dans la prise en charge de ces enfants). De plus, même si des professionnels étaient présents en suffisance pour les soins médicaux ou les suivis psycho-médico-sociaux, il peut manquer de personnel en charge de la « vie quotidienne » (éducateur, puériculteur...). Ces manques peuvent entraîner une maltraitance institutionnelle (bébés qui ont un besoin vital d'attention, d'être pris dans les bras, enfants qui ont besoin de se dépenser mais personne de disponible pour encadrer leurs sorties, etc.) et illustrent le fait que l'hôpital n'est pas équipé pour apporter un encadrement satisfaisant pour la prise en charge de ces enfants à long terme.

*L'hôpital ne
peut constituer
un lieu de vie
adéquat pour
un enfant.*

Vie quotidienne

Il est difficile pour l'équipe hospitalière d'organiser des activités pour les enfants (sorties en plein air, crèche, école, loisirs) sans avoir les ressources humaines nécessaires pour encadrer ces activités et sans connaître la durée durant laquelle ils seront pris en charge dans le

service. En pratique, l'organisation d'une sortie de l'hôpital pose une série de questions: « Qui va assurer les trajets? Avec quel véhicule le cas échéant? Quelle responsabilité est engagée? ». Par conséquent, certains enfants n'ont pas la possibilité de sortir de l'hôpital pendant de longues périodes. Il est alors souvent fait appel aux bonnes volontés de chacun et chacune, entraînant des tâches qui ne relèvent pas des profils de fonction du personnel soignant non formé à ces situations, ce qui par ailleurs n'est pas sans risque de tensions en interne.

Malaise lié à l'exigence de rentabilité

La perspective selon laquelle « un lit inoccupé disparaîtra à terme » peut participer du paradoxe de la prise en charge d'enfants qui ne devraient *a priori* pas se retrouver à l'hôpital (et *a fortiori* pour des durées excessives). Ces prises en charges se retrouvent néanmoins dans les statistiques d'occupation du service. À quel point les professionnels subissent-ils une incitation soit au turn-over soit à la « suroccupation » à tout prix? Cette question fut soulevée lors des entretiens menés par la CODE.

Illusion de sécurité

« Lorsqu'un enfant est placé à l'hôpital, on dirait que le problème est réglé, ou moins urgent, mais ce n'est pas le cas ! ». Le placement d'un enfant à l'hôpital, même s'il se veut en urgence et donc temporaire, n'est pas une solution adéquate car il a un impact sur l'enfant. De plus, l'hôpital étant un lieu ouvert et accessible à tous, il n'est pas aisé de gérer d'éventuelles demandes du mandant en ce qui concerne les visites de proches (limitation ou non autorisation). Cette sécurité est illusoire : même si la sécurité « physique » de l'enfant est assurée autant que possible, la sécurité « affective » de l'enfant ne peut être garantie sur le long terme.

Raccourcissement de la durée de séjour post-partum

Cette mesure pose problème car le risque de sorties précoces 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. Cette nouvelle mesure incite en effet les professionnels à plus de prudence : l'après-accouchement va trop vite, ils sont inquiets et risquent davantage de garder l'enfant à l'hôpital. Et par ailleurs, si les hôpitaux mettent en place un suivi post-partum à domicile, il se peut que les travailleurs médico-sociaux qui iront faire des soins à domicile – souvent plus concentrées sur les soins à prodiguer à l'enfant que par la mère – soient confrontés à des situations sociales très particulières auxquelles ils ne sont pas forcément préparés, et qui d'ordinaire auraient pu bénéficier d'un service d'accompagnement à domicile par les Services de l'Aide à la Jeunesse.

Conclusion

En fonction par exemple de l'âge des enfants concernés ou de la disponibilité dans un service de pédiatrie, il arrive que des fratries soient « dispersées » entre différents lieux (hôpitaux ou autres lieux d'hébergement).

Bien que l'hôpital puisse parfois être un lieu de répit pour la famille (plus neutre qu'un lieu de placement et permettant aux parents d'être davantage présents), les professionnels rencontrés soulignent l'inadéquation du milieu hospitalier pour répondre aux besoins de l'enfant, particulièrement pour ceux en très bas âge.

Une fois les questions de soins de santé et les éventuels bilans psycho-médico-sociaux réalisés, la structure hospitalière ne peut constituer un lieu de vie adéquat pour un enfant.

Concernant le travail de l'Aide à la jeunesse

Difficultés structurelles

Le manque de moyens et de ressources a un impact sur la qualité du travail des professionnels de l'Aide à la jeunesse. Le nombre de dossiers pris en charge par délégué est devenu trop important pour que chaque dossier puisse être traité dans des délais raisonnables. De plus, les Services de l'Aide à la Jeunesse ne sont accessibles ni 24h/24, ni 7j/7. 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.

*C'est souvent
la solution
la plus rapide
qui est
privilegiée.*

Malaise lié à la saturation du système de places

Les travailleurs SAJ/SPJ dénoncent une dérive qualifiée de « loi de l'offre et la demande » où les intervenants en arrivent à modifier quelque peu la présentation d'une situation dans un dossier à soumettre aux structures d'accueil (hôpital ou autre) pour s'assurer que l'enfant sera pris en charge. « La réalité c'est que quand on essaye de trouver une place, on est heureux d'avoir une place. On n'est pas très regardant. La priorité, c'est effectivement d'avoir un lieu d'accueil ». Au bout de la chaîne, le risque est d'avoir des lieux d'hébergement qui feraient une « sélection » parmi les enfants qui sont en attente d'être confiés.



Responsabilité professionnelle

Suite à différentes affaires ayant mis en cause la responsabilité de professionnels, il persiste un stress généralisé autour du risque d'accidents liés à la dégradation de certaines situations plus sensibles, notamment avec des jeunes enfants, ce qui pourrait expliquer en partie le réflexe du recours à l'hôpital.

Complexification des situations

Le cumul des motifs, qui est fréquent dans ce genre de contexte, renvoie les professionnels à une impasse. À défaut d'un lieu pouvant assurer la prise en charge d'un enfant en tenant compte de toutes ses caractéristiques, 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.

Missions des services

Comment trouver le juste milieu entre « travailler à la demande » et « s'imposer » aux parents en termes de prévention ? Comment éviter l'écueil du « contrôle social » ? Ce jeu d'équilibriste peut mettre les professionnels de l'Aide à la jeunesse en difficulté dans leur travail.

Concernant les services d'accueil

Selon les membres d'un SASPE que nous avons pu rencontrer, s'il est nécessaire d'augmenter les places en structures d'accueil, il faut aussi veiller à « dégager la sortie ». Car les chiffres indiquent que les enfants restent de plus en plus longtemps en institution. Ainsi, dans certains SASPE, la durée moyenne de placement est de 3 ans alors qu'elle devrait normalement être d'une année. Les professionnels rencontrés soulignent aussi qu'il existe trop peu de partenaires spécialisés en santé mentale dans le secteur de l'Enfance.

*La solution
d'accueil doit
tenir compte
de l'intérêt
de l'enfant.*

Par ailleurs, et sans entrer ici dans le débat « institution versus famille d'accueil », nous tenons à souligner que la solution d'accueil doit être la plus adaptée à l'enfant.

D'une manière générale, la complexification des situations nécessite de garder une flexibilité au « cas par cas » : les solutions qui peuvent sembler adéquates en théorie doivent être évaluées pour chaque enfant.

Concernant la collaboration entre les différents intervenants

Les sujets de préoccupation relatifs aux relations entre les différents intervenants concernent principalement la communication et les conséquences que des entraves à celle-ci peuvent avoir sur le bien-être de l'enfant.

Difficultés de communication

Les professionnels des milieux hospitaliers rencontrés relaient de grandes difficultés pour communiquer avec la ou les personne(s) en charge du suivi du dossier (SAJ ou SPJ). Cela peut s'expliquer par les temporalités différentes des intervenants, ainsi que par la surcharge de dossiers à gérer du côté des Services de l'Aide à la Jeunesse. À l'inverse, il nous est rapporté qu'il n'est pas toujours aisé pour les travailleurs de l'Aide à la jeunesse d'obtenir des retours du personnel soignant lorsque l'enfant est suivi ou encadré par de nombreux professionnels différents.

*Les professionnels évoquent
des problèmes de communication
entre intervenants.*

Par ailleurs, lorsque les informations sont effectivement transmises (soins médicaux, bilans avec observations des rapports parents-enfants à l'hôpital, etc.), certains professionnels du monde hospitalier se plaignent de ne pas être suffisamment entendus, et qu'il ne soit pas tenu compte de leurs avis, et ce malgré le fait qu'ils aient passé du temps à observer l'enfant et sa famille (particulièrement pour les périodes longues de placement à l'hôpital) et qu'ils bénéficient donc d'une connaissance privilégiée de la situation.

Secret professionnel

Le respect du secret professionnel peut avoir pour conséquence d'allonger les délais car le même travail doit parfois être refait plusieurs fois par des intervenants différents dès lors que toutes les informations ne sont pas transmises d'un intervenant à l'autre. La question est donc de savoir comment assurer le respect du secret professionnel tout en permettant un passage d'informations qui permettrait de gagner du temps au profit de l'intérêt de l'enfant.

Placement à l'hôpital et droits de l'enfant

La Convention relative aux droits de l'enfant est un traité international adopté le 20 novembre 1989 par l'Assemblée générale des Nations Unies. Ce texte constitue un outil essentiel de défense et de promotion des droits de l'enfant.

*Le placement
d'un enfant
indique un échec
d'autres mesures.*

La Convention se veut indivisible et les droits reconnus par elle sont interdépendants. Cela signifie qu'il faut la lire comme un tout, et que chaque article doit être compris à la lumière des autres articles et de l'ensemble. Ces droits sont inhérents à la dignité humaine et s'inscrivent dans le respect du développement harmonieux de chaque enfant. L'intérêt supérieur de l'enfant (art. 3) en constitue le principe directeur. Cela signifie que lorsqu'on réfléchit à une décision qui concerne un enfant (sa vie de famille, sa santé, son éducation ou autre), il faut d'abord et avant toute chose penser à lui et à son intérêt propre.

De nombreux articles de la Convention concernent, soit directement, soit de manière plus transversale, la question du placement d'enfants à l'hôpital. Ils sont analysés ci-après, dans l'ordre des articles de la Convention.

Citons également la Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé, dite « Charte EACH », qui porte plus spécifiquement sur les droits de l'enfant à l'hôpital. Elle contient d'intéressantes balises en la matière, et recoupe divers droits consacrés par la Convention.

Convention internationale relative aux droits de l'enfant

Dès son Préambule, la Convention relative aux droits de l'enfant définit la famille comme « unité fondamentale de la société et milieu naturel pour la croissance et le bien-être de tous ses membres et en particulier des enfants », et insiste dès lors pour qu'elle puisse recevoir « la protection et l'assistance dont elle a besoin pour pouvoir jouer pleinement son rôle dans la communauté ».

Au regard de la présente étude, la CODE considère qu'aujourd'hui, tout n'est pas mis en place afin que les familles soient protégées et assistées dans leur mission en amont, c'est-à-dire avant le placement. En effet, comment ne pas se dire que le placement d'un enfant, d'autant plus s'il intervient à l'hôpital, indique un échec d'autres mesures d'accompagnement et de prise en charge ?

Par ailleurs, lorsqu'un enfant est placé (notamment à l'hôpital), il est nécessaire de mettre en place les conditions qui permettent la poursuite des relations avec sa famille, avec la perspective d'un retour, sauf si c'est contraire à son intérêt.

Principe de non-discrimination (art. 2)

Les États doivent garantir les droits énoncés dans la Convention à tout enfant, sans distinction aucune, indépendamment « de toute considération de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou autre de l'enfant ou de ses parents ou représentants légaux, de leur origine nationale, ethnique ou sociale, de leur situation de fortune, de leur incapacité, de leur naissance ou de toute autre situation ».

Les enfants placés à l'hôpital doivent *a minima* bénéficier des mêmes droits que les autres enfants. Compte tenu de leur vulnérabilité, ils doivent par ailleurs bénéficier d'une attention spécifique de la part des autorités.

Intérêt supérieur de l'enfant (art. 3)

L'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale dans toutes les décisions qui concernent les enfants.

Cet intérêt supérieur peut être apprécié de manières très différentes en fonction des contextes et des interlocuteurs, et il est important qu'une analyse individualisée soit réalisée pour chaque situation.

Dans le cadre de décisions de placement, l'équilibre entre droit de vivre en famille et droit à être protégé peut être particulièrement délicat, et l'intérêt de l'enfant doit être un guide en la matière.

De plus, les aménagements au sein tant des structures hospitalières que de placement doivent être pensés en fonction et autour de cet intérêt.

*Les enfants placés
doivent bénéficier
des mêmes droits
que les autres
enfants.*

Droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux (art. 7)

La Convention consacre le droit pour l'enfant de connaître ses parents et d'être élevé par eux, dans la mesure du possible. Quand cela ne l'est pas, de manière concertée ou non, des solutions alternatives doivent être trouvées.

Droit à ne pas être séparé de ses parents (art. 9)

L'enfant a le droit de ne pas être séparé de ses parents contre leur gré, à moins que les autorités compétentes ne décident que cette séparation est nécessaire dans son intérêt. La Convention précise que, dans tous les cas, les parties intéressées doivent avoir la possibilité de participer aux délibérations et de faire connaître leurs points de vue.



Par ailleurs, l'article 9 consacre, en cas de séparation avec ses parents (ou avec l'un d'eux), le droit pour l'enfant d'entretenir régulièrement des relations personnelles et des contacts directs avec eux (encore une fois sauf si c'est contraire à son intérêt supérieur).

Cette question des relations entre enfants placés et familles est particulièrement complexe. La CODE y a consacré deux études, en concertation avec de nombreux professionnels (voyez la section « Pour aller plus loin »).

Droit à la participation (art. 12)

L'enfant qui est capable de discernement a le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, ses opinions devant être prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité.

Il doit avoir la possibilité d'être entendu dans toute procédure judiciaire ou administrative l'intéressant, soit directement soit par l'intermédiaire d'un tiers.

L'idée est qu'en fonction de son âge et de sa maturité, l'enfant peut être un partenaire des décisions qui le concernent.

Dans le cas des placements d'enfants à l'hôpital, tout comme dans toute situation de placement en institution ou en famille d'accueil, la participation des enfants semble très faible voire nulle. Il serait pourtant important de récolter la parole des enfants placés, notamment à l'hôpital.

Droit à l'information (art. 17)

L'enfant a le droit de recevoir une information adaptée qui vise à promouvoir son bien-être ainsi que sa santé physique et mentale.

*L'équilibre
entre droit
de vivre
en famille
et droit à être
protégé peut
être délicat.*

La question du droit à l'information est une question transversale au placement d'enfants à l'hôpital (soins donnés, bilans réalisés, accès au dossier), et il reste du chemin à parcourir en la matière. Notons que certains hôpitaux ont développé une information adaptée aux enfants (ex. : dépliants explicatifs des examens médicaux...).

Par ailleurs, l'avocat de l'enfant peut être un interlocuteur en matière d'information, à tous les stades de la procédure. Toutefois, cet interlocuteur n'est pas souvent présent pour accompagner l'enfant. Une meilleure information tant de l'enfant, que de sa famille et que des professionnels quant à la possibilité d'avoir recours à un avocat devrait être mise en place.

Responsabilité des parents et aide de l'Etat (art. 18)

Les parents (ou autres représentants légaux) sont considérés comme premiers responsables de l'éducation et du développement de leur enfant. Ils doivent être guidés par l'intérêt supérieur de l'enfant.

L'État doit accorder l'aide appropriée aux parents et aux représentants légaux de l'enfant, et assurer la mise en place d'institutions, d'établissements et de services chargés de veiller au bien-être des enfants (dont l'accueil préscolaire).

S'agissant des placements à l'hôpital, malgré diverses initiatives positives, il est manifeste que l'État n'a jusqu'à présent pas mis en place, de manière structurelle, des prises en charge adaptées pour veiller au bien-être des enfants concernés.

De manière générale, rappelons que l'hôpital n'est pas un lieu de séjour adéquat pour l'enfant notamment parce qu'il ne permet pas d'activités adaptées (jouer, courir, aller dehors...), d'autant plus s'il n'a pas ou plus besoin de soins médicaux.



Droit d'être protégé contre toute forme de violence ou de négligence (art. 19)

L'enfant a le droit d'être protégé contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalité physique ou mentale, d'abandon, de négligence, de mauvais traitements et d'exploitation, y compris la violence sexuelle.

Et dans ce cadre, l'État doit mettre en place des procédures et des programmes pour fournir le soutien nécessaire et à l'enfant et à ses parents ou, le cas échéant, aux adultes en ayant la charge.

Rappelons que le décret du 4 mars 1991 s'applique d'une part aux jeunes en difficulté et aux personnes qui éprouvent des difficultés dans l'exécution de leurs obligations parentales et, d'autre part, aux enfants dont la santé ou la sécurité est en danger ou dont les conditions d'éducation sont compromises par son comportement, celui de sa famille ou de ses familiers.

*L'enfant
a le droit
d'être protégé.*

Il est important de préciser que si l'hôpital permet une prise en charge immédiate lorsque l'enfant doit être protégé rapidement ou dans l'urgence, il s'accompagne d'un paradoxe lié au fait que l'enfant semble être « en sécurité », mais de manière toute relative, puisque l'hôpital n'est pas un lieu adapté au séjour de l'enfant lorsque les soins et/ou un bilan psycho-médico-social ne sont plus nécessaires.

Droit de l'enfant séparé de sa famille à une protection et à une aide spéciale de l'Etat (art. 20)

Tout enfant qui est temporairement ou définitivement privé de son milieu familial, ou qui dans son propre intérêt ne peut être laissé dans ce milieu, a droit à une protection et une aide spéciale de l'État.

Cette protection peut prendre diverses formes précisées par la Convention: placement dans une famille, adoption ou, en cas de nécessité, placement dans un établissement approprié pour des enfants.

Les séjours qui s'éternisent peuvent constituer de la maltraitance institutionnelle, ce que dénoncent notamment les professionnels rencontrés.

Droit à la santé (art. 24)

L'enfant a le droit de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation.

Concernant les enfants placés à l'hôpital, ce droit est pris en charge par les professionnels de la santé à travers le traitement des soins nécessaires. L'hôpital peut ainsi être un lieu adapté aux enfants quand des soins ou des examens sont nécessaires.

Par contre, un placement prolongé dans une structure hospitalière peut avoir des conséquences importantes en matière de santé (mentale ou autre), avec une urgence particulière pour les tout-petits (besoins vitaux d'être sécurisés, ce qui suppose notamment le fait d'être portés et pris dans les bras). Les séjours à l'hôpital ne doivent donc pas dépasser les durées utiles aux soins et aux bilans.

L'hôpital n'est pas un lieu d'hébergement de « longue durée » adapté pour les enfants.

Examen périodique du traitement (art. 25)

L'enfant placé a le droit à l'examen périodique de son placement. C'est bien ce que la législation de la Fédération Wallonie-Bruxelles précise en matière de décisions de placement, même si en pratique, cet examen

relève parfois de l'entérinement d'une mesure précédente comme en témoignent des associations qui accompagnent les familles.

Droit à un niveau de vie suffisant (art. 27)

L'enfant a le droit à un niveau de vie suffisant pour permettre son développement physique, mental, spirituel, moral et social.

C'est aux parents (ou autres responsables légaux) qu'incombe en premier lieu la responsabilité d'assurer, dans les limites de leurs possibilités et de leurs moyens financiers, les conditions de vie nécessaires au développement de l'enfant. L'État doit aider à la mise en œuvre de ce droit, et offrir une assistance matérielle et des programmes d'appui (logement, alimentation, vêtements...).

Droit à l'éducation (art. 28)

En matière de droit à l'éducation, force est de constater que les pratiques varient beaucoup en fonction des hôpitaux. Certains ont organisé un enseignement scolaire à l'hôpital (l'enfant reste alors dans l'enceinte de l'hôpital), d'autres ont des partenariats avec des écoles extérieures mais il faut alors pouvoir assurer les trajets (avec des questions comme la prise en charge, éventuellement par des bénévoles, et la responsabilité de ceux-ci). À côté de cela, si l'enfant est placé dans un hôpital qui se situe loin de son école habituelle, il ne pourra le plus souvent plus (ou difficilement) y aller après son placement.

*Fréquenter l'école
dès le maternel
participe à une
meilleure égalité
des chances.*



Rappelons que l'école n'est obligatoire qu'à partir de 6 ans. La question de l'éducation se pose dès lors plus particulièrement pour les enfants en âge d'obligation scolaire. Néanmoins, pour les enfants plus jeunes, il est impératif de prévoir des solutions d'accueil adaptées. Rappelons aussi que le fait de fréquenter l'école dès le maternel participe à une meilleure égalité des chances.

Droit aux loisirs, à la culture (art. 31)

L'enfant a le droit au repos et aux loisirs, autrement dit il est essentiel qu'il puisse se livrer à des activités ludiques, sportives et récréatives propres à son âge, et participer librement à la vie culturelle et artistique.

Malgré diverses activités mises en place par certains hôpitaux, force est de constater que le droit aux loisirs est rarement à l'œuvre à l'hôpital. Les activités ont le plus souvent lieu dans l'enceinte hospitalière alors qu'il est important que l'enfant puisse sortir de l'hôpital. Par ailleurs, notons qu'il s'agit rarement d'activités sportives.

Placement comme mesure de dernier ressort (art. 37)

Le placement doit être une mesure de dernier ressort, et d'une durée la plus courte possible.

Cette prescription constitue une trame de fond pour toutes les décisions de placement. Elle est également un fil conducteur du décret de 1991, qui insiste sur l'importance de la mise en place de mesures d'aide pour la famille, prioritairement dans le milieu de vie.

Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé (EACH)

La Charte EACH (« European Association for Children in Hospital ») a été rédigée en 1988 lors de la Conférence européenne des associations « Enfants à l'hôpital ». Elle est inspirée de la résolution de 1986 sur une Charte européenne des enfants hospitalisés adoptée par le Parlement européen.

Le document comprend dix articles qui mettent en évidence les droits et besoins de l'enfant hospitalisé. En dépit de son caractère non contraignant, la Charte EACH est devenue au fil du temps un texte de référence en la matière.

Pour conclure

Le premier objectif poursuivi par la mission de recherche demandée à la CODE par la Ministre de l'Enfance et le Ministre de l'Aide à la jeunesse était d'analyser les raisons pour lesquelles un placement à l'hôpital est décidé en Fédération Wallonie-Bruxelles, ce qui supposait entre autres de faire le point sur les autorités compétentes pour prendre la décision de la mesure de placement, mais aussi sur la procédure via laquelle le signalement est effectué. Le but était entre autres de comprendre si, quand et pourquoi un placement à l'hôpital est cohérent par rapport aux besoins (physiques ou psychologiques) d'un enfant. Cela a nécessité une analyse de la situation dans la perspective des droits de l'enfant.

Le deuxième objectif poursuivi concernait la question de la durée de séjour à l'hôpital. La durée de placement à l'hôpital a été définie comme « excessive » lorsque l'enfant ne nécessite plus de soins médicaux requérant sa présence à l'hôpital, que les bilans (psycho-médico-social, médical ou autre) ont été réalisés (si ces bilans s'avèrent nécessaires), et que leurs résultats ont été transmis aux parents et, le cas échéant, aux autorités mandantes.

De notre analyse, il ressort que lorsque la situation le nécessite, diverses mesures peuvent être adoptées par les autorités pour éloigner un enfant de son milieu de vie, parmi lesquelles le placement de l'enfant. De telles mesures, aux enjeux toujours délicats, sont encadrées par l'Aide à la jeunesse, dont la mission est définie par le décret du 4 mars 1991 et l'ordonnance du 29 avril 2004 en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Aujourd'hui, à Bruxelles et en Wallonie, certains enfants font l'objet d'une mesure de placement dans un hôpital et y séjournent parfois pour de

L'hôpital ne peut devenir un lieu d'hébergement à long terme.

longues périodes. Ces placements à l'hôpital, qui sont inadéquats pour répondre aux besoins des enfants sur le long terme, sont dénoncés par de nombreux professionnels en ce qu'ils peuvent entraîner une maltraitance institutionnelle (aux nombreuses implications) à l'égard de ces enfants. Cette problématique a fait l'objet d'une proposition de résolution parlementaire le 3 février 2016 relative aux bébés hospitalisés faute de places dans une structure adaptée, dits « bébés parqués ».

Autant le placement de l'enfant à l'hôpital constitue une mesure d'aide possible si elle intervient de manière temporaire à des fins de protection ou de réalisation d'un bilan psycho-médico-social, autant il

importe que cette mesure reste subsidiaire, c'est-à-dire qu'elle soit la dernière alternative et que tout soit mis en place pour accompagner les familles en amont pour éviter le placement de l'enfant.

Les motifs justifiant un placement sont nombreux.

Tout au long de son travail, la CODE a tenté de rendre compte de cette réalité (chiffres, impacts, sujets de préoccupation, etc.) et

relaye ci-après des pistes de réflexion, et des recommandations, afin d'éviter ou de limiter les conséquences liées à cette situation.

Rappelons que cet état des lieux a été réalisé au départ d'entretiens menés avec des professionnels de différents secteurs dans un temps court (avril-mai 2016). Il ne peut donc prétendre à l'exhaustivité, en ce qui concerne la diversité des profils rencontrés et la zone géographique couverte.

Les principaux constats dressés par les professionnels rencontrés sont les suivants :

L'accompagnement des acteurs concernés est insuffisant.

- 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 reste compliquée.
- L'hôpital est, par définition, un établissement de soins où le personnel soignant prend en charge des personnes malades ou victimes de traumatismes. Il ne peut en aucun cas devenir un lieu d'hébergement à long terme pour des enfants, car ceux-ci pourraient alors devenir victimes d'une maltraitance institutionnelle due à l'inadéquation du lieu avec leurs besoins.
- Le nombre d'enfants concernés par un placement à l'hôpital en Fédération Wallonie-Bruxelles pour de longues périodes inquiète les professionnels. En effet, selon les chiffres de l'Aide à la jeunesse, c'est environ 300 enfants entre 0 et 6 ans qui font l'objet d'une mesure d'hospitalisation chaque année en Fédération Wallonie-Bruxelles et ce sont autant d'enfants qui sont susceptibles de subir des conséquences de ces placements « à rallonges » dans un lieu inadéquat. Notons que le caractère préoccupant de cette situation n'est pas tributaire du nombre d'enfants concernés : même s'il ne s'agissait que d'un enfant, il conviendrait de remédier à cette situation.
- Les motifs justifiant un placement sont nombreux (problèmes de santé mentale de la part du ou des parents, assuétudes, maltraitements physiques et/ou psychiques, abus sexuels, etc.). Certains relèvent de conditions socio-économiques (pauvreté, précarité, absence de logement) pour lesquelles une aide préventive permettrait d'éviter des placements. Rappelons aussi le rôle plus global

de l'État qui est de veiller à prendre des mesures structurelles qui visent à la réduction des inégalités et donc à l'amélioration du vécu des familles.

- Un manque d'attention portée à l'adéquation de la solution d'accueil est à noter, non pas par manque de professionnalisme ou de bonne volonté des divers acteurs mais par manque de temps et de moyens : le système étant saturé (manque de places), c'est la solution « disponible » qui est adoptée et non pas toujours la plus adéquate pour l'enfant.
- Une diversité des pratiques en matière de prise en charge des enfants placés à l'hôpital est à relever. Certains hôpitaux sont plus outillés que d'autres, notamment par la présence d'une équipe SOS Enfants en leur sein.
- Un manque de mise en réseau et de circulation de l'information existe à différents niveaux : entre les professionnels et les familles, entre les professionnels de la Santé et ceux de l'Aide à la jeunesse, etc. Peuvent s'ensuivre malentendus et crispations qui ne servent pas les intérêts de l'enfant.
- Plus généralement, l'accompagnement au sens large (formation pour les uns, soutien pour les autres) de l'ensemble des acteurs concernés (enfants, familles, professionnels, autorités mandantes) est insuffisant.
- Il existe diverses initiatives tout à fait intéressantes susceptibles de favoriser les conditions de placement ainsi que l'accompagnement des familles (par exemple, des protocoles de collaboration entre

Des bonnes pratiques sont mises en place.

services de l'AJ et hôpitaux, des lieux de rencontres entre professionnels, etc.), mais elles sont souvent ponctuelles, restent peu soutenues par les pouvoirs subsidiants, et peu diffusées. Il conviendrait à cet égard de faire connaître toutes les pratiques locales qui ont été mises sur pied et de les soutenir financièrement.

- Nous déplorons un manque important de données concernant 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, solutions d'accueil adoptées).
- L'impact d'un séjour excessif à l'hôpital sur les enfants, particulièrement ceux en bas âge (troubles de l'attachement, retards de développement, etc.), est conséquent.

Cette liste non exhaustive relève autant de points d'attention sur les droits de l'enfant malmenés: 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), etc.

Recommandations

La problématique des enfants placés à l'hôpital est complexe et fait intervenir de nombreux acteurs aux temporalités différentes. Apporter une solution « clef sur porte » relève de la gageure, et ne peut s'envisager sans la nécessité d'une réflexion de fond afin que l'adoption de nouvelles mesures soit la plus pertinente. Il n'est pas nécessaire d'opérer un virage à 180° et de disperser les moyens et les énergies en repartant de zéro : des dispositifs existent déjà ou se développent sur base d'initiatives de professionnels du terrain. Dès lors, il est essentiel de mutualiser les ressources existantes, de les augmenter, et d'apporter un cadre neuf dans lequel ces dispositifs existants pourront s'articuler le plus efficacement possible.

Dans ce sens, les professionnels de tous bords émettent un souhait affirmé : qu'il ne soit plus fait de « bricolage ». Ils demandent expressément que le problème soit pris à bras-le-corps et qu'un suivi soit assuré sur le plan politique (voyez le chapitre suivant).

La CODE précise que les recommandations formulées ci-après constituent un tout qui doit s'envisager avec chacune des nuances qui y sont apportées. De plus, la problématique des enfants confiés à l'hôpital recouvrant plusieurs secteurs qui relèvent de niveaux de compétences d'autorités différentes (compétences fédérales, communautaires ou régionales), nos recommandations ont été pensées de manière transversale et sans préciser quel niveau de compétence était concerné.

Par contre, leur présentation suit une logique linéaire et non-séquencée, tenant compte du temps de l'enfant. Elles visent à limiter la durée des placements d'enfants à l'hôpital, voire à les éviter, si c'est au détriment de l'enfant. Rappelons que, dans certains cas, la prise en charge hospitalière peut être légitime et dans l'intérêt de l'enfant.

Les recommandations sont présentées selon trois axes :

- **La prévention générale (1) :** Quelles mesures peuvent être prises pour éviter les placements ?
- **La prévention spécifique (2) :** Quelles mesures adopter pour éviter le placement à l'hôpital si celui-ci n'est pas nécessaire ?
- **La prise en charge à l'hôpital (3) :** Quelles mesures prendre pour améliorer les conditions d'hébergement à l'hôpital et éviter la prolongation excessive du séjour de l'enfant confié à l'hôpital ?

Plusieurs recommandations concernent **la mise en réseau (4)**.

Les modalités de procédure du placement (5) sont également repensées dans le meilleur intérêt de l'enfant.

Prévention générale

Mettre en œuvre une politique de prévention

Afin de permettre aux parents d'élever leurs enfants et de favoriser le maintien en famille dans les meilleures conditions possibles, il est nécessaire de mettre en œuvre une politique préventive d'accompagnement à la parentalité en investissant respectueusement dans le milieu familial, en attribuant des moyens de soutien efficaces, et en se basant sur les compétences et les aspirations des parents et des enfants.

Donner la priorité et les moyens aux lieux qui renforcent les liens familiaux

En matière d'Aide à la jeunesse, il est nécessaire de réfléchir à comment bâtir une alliance avec les familles qui serve à la fois l'enfant en difficulté, voire considéré en danger, et le projet familial. Parmi ces mesures, il faut donner la priorité et les moyens aux lieux de proximité, de prévention et de soutien qui renforcent les liens familiaux. Il convient que ces lieux soient librement choisis et rendus accessibles à tous.

Agir sur la pauvreté

La pauvreté affecte tous les droits de l'enfant, qui sont indivisibles et indissociables. L'État a l'obligation de soutenir les parents dans l'exercice de leurs responsabilités, en prenant des mesures favorables à cet exercice dans les domaines du logement, des revenus, de l'emploi, de l'accueil, de la participation...

La pauvreté et la grande précarité constituent des motifs qui peuvent être à l'origine du placement d'un enfant (par manque d'accès au travail, au logement, aux réseaux d'aide, etc.). Ce constat est confirmé par les chiffres de l'Aide à la jeunesse, qui indiquent que 14% des enfants pris en charge par ce secteur le sont pour le motif de difficultés matérielles ou financières de leur famille (et la moitié d'entre eux suite à des problèmes de logement). La pauvreté peut aussi empêcher ou freiner le retour en famille.

La CODE rappelle que la seule pauvreté ne peut jamais servir de justification pour retirer un enfant de son milieu familial ou pour empêcher son retour en famille.

Former les professionnels aux droits de l'enfant

Les professionnels doivent être davantage formés aux difficultés et aux dénis de droit auxquels les enfants et les familles sont confrontés, en concertation avec les familles elles-mêmes. La formation doit être initiale et continue. La mise en place de formations croisées, reposant sur un échange de savoirs, et accessibles financièrement, est essentielle.

Améliorer les modalités d'accès aux structures d'hébergement et les modalités de visite

En cas de placement d'un enfant en institution ou en famille d'accueil, il est essentiel que les modalités d'accès et de rencontre entre le lieu du placement et la famille d'origine puissent être facilitées au maximum (faible distance géographique, accessibilité par les transports, et flexibilité des horaires).

Il est nécessaire de travailler la question du lien enfants-parents, et donc de réfléchir à l'aménagement des conditions de visite dans les lieux d'hébergement.

Augmenter les moyens des structures d'hébergement

Dans l'attente de politiques structurelles de prévention visant à réduire au maximum les causes des placements et les placements eux-mêmes, les professionnels rencontrés réclament une augmentation de la capacité des services d'accueil d'urgence ainsi qu'une diversification de l'offre des structures existantes afin de s'adapter au mieux aux profils des enfants et aux capacités des parents, en priorité pour les 0-3 ans (mais pas uniquement). Un moyen pour augmenter le nombre de solutions pourrait être de mettre en place des partenariats avec des structures non spécialisées dans l'accompagnement d'enfants placés qui pourraient bénéficier d'une équipe ambulatoire (places en crèche durant la journée, etc.).

De même, il est nécessaire d'augmenter la capacité d'accueil de structures spécialisées qui accueillent les enfants à profils spécifiques (troubles psychologiques, du comportement, etc.). Et pour participer à la diversification de l'offre, pourquoi ne pas intégrer des compétences spécialisées dans les structures non spécialisées ?

Les situations de ces enfants doivent être appréhendées au cas par cas, et demandent de faire preuve de souplesse dans la solution proposée.

La CODE rappelle qu'il est primordial de travailler en amont du placement et d'y investir des moyens conséquents avant d'envisager l'augmentation du nombre de places dans les services de l'Aide à la jeunesse (institutions et familles d'accueil).

Soutenir et développer les structures d'hébergement parent(s)-enfant(s)

De nombreux professionnels rencontrés ont déploré la suppression d'anciennes unités « mère-enfant » dans les hôpitaux, et ont insisté sur le fait qu'il fallait favoriser le développement de maisons parent(s)-enfant (et pas seulement « mère-enfant » afin d'inclure le père), et ce dans le cadre de projets d'accompagnement à la parentalité.

De telles structures sont essentielles afin d'aider certains parents en difficulté à créer un lien et une relation adéquate avec leur bébé durant les premières semaines après l'accouchement. Ces unités sont d'autant plus importantes que la durée du séjour à l'hôpital pour la mère qui vient d'accoucher se limite dorénavant à 3 jours dans certains cas, délai qui ne permet plus au personnel soignant de cerner d'éventuelles difficultés, et de proposer un accompagnement adapté.

Soutenir et développer les services d'accompagnement (en ambulatoire)

Si le souhait est d'éviter le placement d'un enfant et de permettre son retour en famille le plus tôt possible, il est nécessaire de soutenir et d'augmenter les moyens existants ainsi que le nombre de dispositifs en ambulatoire (c'est-à-dire extérieurs à l'hôpital). Il serait, par exemple, important de développer des Missions d'intervention intensive en famille (MIIF) pour les enfants en bas âge dans tous les services concernés (en amont et en aval).

Prévention spécifique

Prénatalité/Périnatalité: Informer et outiller les professionnels aux situations à risque

L'information des professionnels sur les situations potentiellement à risque peut leur permettre de mieux réagir. Cela peut aider à éviter la crise et l'urgence à la naissance, et à relayer les inquiétudes auprès

des intervenants de l'Aide à la jeunesse, si nécessaire, bien avant qu'un placement en urgence ne soit envisagé.

Différentes structures de soutien à la parentalité offrent des services de sensibilisation aux futurs parents. La difficulté est de rendre ces lieux visibles, accessibles et non stigmatisants. Pour ce faire, il est indispensable d'offrir plus de moyens aux dispositifs existants. Les services de suivi de l'ONE sont des structures utiles à cet égard qui gagneraient à être soutenues. Ainsi, les travailleurs médico-sociaux (TMS) de l'ONE sont en première ligne pour accompagner le jeune enfant et sa famille et peuvent apporter un soutien médico-social aux familles dans divers contextes.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, il existe deux équipes SOS Enfants prénatales. Si ces structures bénéficient d'un subside spécifique pour développer des projets d'accompagnement avant la naissance, il est question qu'elles soient intégrées au nouveau pôle périnatal de l'ONE. Ce projet offrirait un soutien, à partir de la grossesse jusqu'aux 3 ans de l'enfant, pour les familles qui présentent plusieurs vulnérabilités.

Toujours dans un souci de prévention des situations d'urgence, il est indispensable d'informer les gynécologues et les médecins généralistes qui consultent en dehors des hôpitaux afin de pouvoir sensibiliser les futures mères.

La réalisation d'un diagnostic précoce est proposée par des professionnels comme solution pour éviter la multiplication des interlocuteurs et pour assurer une bonne redirection vers des partenaires du réseau (médecins traitants, ONE, plannings familiaux...) en vue d'un éventuel accompagnement.

La CODE souhaite toutefois attirer l'attention du lecteur sur le risque de dérives du contrôle social que ces diagnostics précoces sont susceptibles d'entraîner. Pour éviter cet écueil, la CODE recommande que les parents soient associés au mieux à la démarche d'accompagnement

et que les craintes et observations des professionnels soient formulées de manière adéquate et transparente aux parents.

Aménager la période post-partum

Les professionnels rencontrés déplorent le raccourcissement du séjour à l'hôpital après l'accouchement et suggèrent, si une marche arrière n'était pas envisageable, que les conditions de sortie des mères qui viennent d'accoucher soient assouplies pour éviter des situations de stress tant pour les parents que pour les professionnels. De plus, une fois de retour à la maison, il faut développer des équipes mobiles liées aux hôpitaux qui peuvent venir à domicile (en lien avec un éventuel suivi de l'ONE).

Lieux de rencontre et d'accompagnement à la parentalité, en particulier pour la petite enfance

Pour les parents qui ne bénéficient pas d'un système de soutien autour d'eux et/ou de la possibilité de confier leur enfant à une crèche (pour rappel, en Fédération Wallonie-Bruxelles, ils sont 7/10 dans cette situation), il existe des lieux qui peuvent accueillir les jeunes enfants de 0 à 3 ans et les parents, et leur offrir une assistance ou un accompagnement dans leur parentalité. Ces espaces sont généralement appelés « lieux de rencontre enfants-parents ». Toutefois, selon les professionnels rencontrés, ils ne sont pas assez nombreux et pas assez connus. L'information sur les services qu'ils proposent devrait se faire dès la maternité.

Augmenter les moyens des acteurs concernés par le placement d'enfants

Il est demandé aux politiques des secteurs de l'Aide à la jeunesse, de l'Enfance et de la Santé d'allouer des moyens supplémentaires pour que les travailleurs de chaque secteur puissent assurer le suivi des placements et la prise en charge des enfants. Il est nécessaire de renforcer les équipes à tous les niveaux, tant au sein de l'Aide à la jeunesse qu'au sein des équipes SOS Enfants et des services d'hébergement et d'accompagnement, et ce afin de pouvoir assurer une prise en charge adéquate.

Placement à l'hôpital

S'il s'avère qu'un enfant se trouve confié à un hôpital, les professionnels rencontrés suggèrent un aménagement des modalités de prise en charge adéquate.

L'idée est de diminuer au maximum la durée de séjour à l'hôpital pour que ce dernier ne devienne pas un lieu d'hébergement à long terme. Cependant, pour certains hôpitaux bénéficiant d'expertises (équipes SOS Enfants en interne, convention de collaboration avec des partenaires SOS Enfants ou autre), il devrait être envisagé qu'ils puissent bénéficier de lits pour ces enfants (création d'un indice spécifique), avec les moyens nécessaires assortis (budget, profils professionnels *ad hoc*, etc.).

Définir la mission et le mandat de l'hôpital

Un hôpital est un établissement de soins où le personnel soignant prend en charge des personnes malades ou victimes de traumatismes urgents ou trop complexes que pour être traités à domicile ou dans le cabinet d'un médecin. Il est donc utile de se poser la question de la pertinence du placement d'un enfant à l'hôpital si celui-ci ne requiert pas ou plus de soins médicaux particuliers, et si le bilan psycho-médico-social peut se faire en dehors de l'hôpital. Il est essentiel de favoriser un continuum de prise en charge de l'enfant qui dépassera l'enceinte de l'hôpital.

Prise en charge et suivi par une équipe pluridisciplinaire

Si l'hôpital bénéficie d'un partenariat avec une équipe SOS Enfants intramuros, celle-ci pourra, comme c'est le cas actuellement, établir les divers bilans nécessaires et travailler le lien avec les parents pendant la durée de prise en charge à l'hôpital. Sans équipe SOS Enfants en interne, des partenariats entre équipes SOS Enfants ou d'autres professionnels externes et hôpitaux existent ou peuvent être créés.

Création d'un indice propre aux situations dites « médico-psycho-sociales »

La création d'un indice propre aux situations dites « médico-psycho-sociales » permettrait que des moyens spécifiques soient attribués à certains lits (de sorte à favoriser l'engagement de professionnels spécifiques comme des éducateurs spécialisés et des puériculteurs). Ceci garantirait une prise en charge plus adaptée, bien que celle-ci ait lieu au sein de l'hôpital. Le bilan pourrait être réalisé par une équipe pluridisciplinaire (pédiatre, pédopsychiatre, psychologue, assistant social, éducateur et infirmier) qui permettrait d'acquiescer une vue d'ensemble de la situation.

Mettre en place et soutenir des plates-formes de concertation

Afin d'assurer des prises en charge qui soient à la fois complètes et adaptées, il est proposé de mettre en place des plates-formes de concertation entre professionnels (et soutenir celles qui existent déjà), avec l'idée de pouvoir faire le lien entre les différents intervenants, de rassembler les expertises de chacun au service de l'intérêt de l'enfant et de mettre en place un projet cohérent de mesures d'aide avec l'enfant et ses parents.

Actuellement, la collaboration entre les différents intervenants n'est pas toujours aisée et peut manquer de coordination. En tant que garant de la continuité du suivi de l'enfant tout au long de son accompagnement par l'Aide à la jeunesse, le Conseiller du SAJ, le Directeur du SPJ ou le juge de la jeunesse à Bruxelles pourraient coordonner la plate-forme de concertation afin de favoriser la collaboration et le passage d'informations (en respectant les règles de déontologie afférentes à chaque profession) entre les différents professionnels, et ce dans l'intérêt de l'enfant.

Permettre un système de permanence 24h/24 au SAJ pour les cas d'urgence

Une des raisons qui expliquent le recours au placement à l'hôpital est le fait que, dans une situation d'urgence, les professionnels ont le réflexe de se tourner vers un lieu susceptible de prodiguer des soins ouvert

24h/24, c'est-à-dire essentiellement le service des urgences d'un hôpital. Il serait utile que les Services de l'Aide à la Jeunesse aient les moyens financiers et humains de pouvoir réagir 24h/24 aux situations d'urgence.

Généraliser un équivalent du système des Délégués Permanents Ordonnance à l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles

La mise en place d'un système de Délégués Permanents Ordonnance (DPO) dans les Services de l'Aide à la Jeunesse à Bruxelles a permis d'accélérer les prises de contact entre travailleurs du SAJ et personnel soignant des hôpitaux et de construire des relations de confiance (ce sont toujours les mêmes DPO qui sont en contact avec les hôpitaux), spécifiquement pour les situations de placement en urgence. Il existe par ailleurs actuellement des services de permanence spécialisée au sein des Services de l'Aide à la Jeunesse qui répondent aux situations d'urgence. Toutefois, nous proposons qu'un système de permanence spécifique aux situations de placement d'urgence puisse être adopté dans l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Il est en effet souhaitable que des canaux de communication privilégiés puissent exister pour ces cas d'urgence (« téléphone rouge »). Ce mécanisme favoriserait la rapidité de la prise en charge et l'expertise en la matière pour spécialiser des délégués à ces cas d'urgence. Il y a lieu d'améliorer l'information des partenaires hospitaliers à ce propos.

Mise en place d'un système uniformisé de collecte des données

Afin de définir des politiques adaptées, il est nécessaire de disposer de données complètes sur la problématique du placement de longue durée à l'hôpital.

L'Aide à la jeunesse dispose de données centralisées et exhaustives sur les jeunes pris en charge par ses services, à la différence des hôpitaux. Les données chiffrées de l'AGAJ traitées dans la présente étude constituent donc une base pertinente pour contribuer à un état des lieux de

la situation. Ce travail de collecte de données doit être poursuivi et approfondi auprès des professionnels du terrain (services AJ, hôpitaux, institutions de placement, etc.). En effet, les données nécessitent d'être analysées selon des variables harmonisées: durées de séjour, motifs d'intervention, causes de prolongation, solutions d'accueil à la sortie de l'hôpital, adéquation de la solution d'accueil...

La CODE rappelle par ailleurs que tout dispositif d'encodage des données doit se faire dans le respect de la vie privée et des règles de confidentialité, et ne peut en aucun cas constituer une mesure de contrôle social qui porte préjudice à l'enfant.

Mise en réseau et communication

Encourager le travail en réseau et les lieux de rencontres intersectoriels

Des rencontres entre autorités mandantes, travailleurs sociaux, personnel soignant en hôpital, professionnels de l'Enfance, etc. doivent être favorisées. Cela passe notamment par une identification claire des rôles et missions de chaque intervenant (en précisant le cadre de travail de chacun, et notamment les spécificités temporelles). Des initiatives intéressantes émanant du terrain ont déjà vu le jour. Elles doivent être poursuivies et encouragées.

Pour soutenir ce travail de mise en réseau, il est indispensable de réaliser une cartographie du réseau des structures et des services existants pour chaque arrondissement.

Favoriser la communication entre intervenants autour du placement

La généralisation d'une pratique comme celle des Délégués Permanents Ordonnance (DPO) peut optimiser la communication entre les intervenants.

Pour rappel en lien avec la question du secret professionnel, certains professionnels rencontrés ont relevé que le manque de communication relative au contenu du dossier d'un enfant pouvait être une cause de rallongement du temps nécessaire à la prise en charge de celui-ci. Le travail doit être recommencé et les entretiens se multiplient. Bien qu'il faille garder à l'esprit qu'un passage du SAJ au SPJ (autrement dit de l'aide concertée à l'aide contrainte) implique un changement d'accompagnement et dans le rapport avec les parents de l'enfant, il est nécessaire de réfléchir à des aménagements pour que le temps de l'enfant ne soit pas tributaire des délais de procédure.

Mise en place de personnes de référence

Attribuer une ou des personnes de référence à chaque enfant permettrait de préserver la continuité de l'histoire de l'enfant, garantir la centralisation de l'information et faire le lien entre les différents acteurs. Certains professionnels rencontrés suggèrent que ce fil rouge puisse être garanti par le Conseiller (SAJ), le Directeur (SPJ) ou le Juge de la jeunesse à Bruxelles, ou encore par un travailleur social qui intervient dans la mesure de placement de l'enfant. Avoir une vue globale de l'histoire de l'enfant permet de veiller à son intérêt en priorité, d'éviter autant que faire se peut à la fois les « cassures » dans son parcours et les situations de parents qui donnent le change devant différentes instances qui ne communiqueraient pas entre elles.

Procédure

Accompagnement prénatal pour les situations à risque

Il est suggéré que certains parents en difficulté puissent profiter du fait que la situation soit analysée sans que ne soit prise une mesure de prise en charge *stricto sensu*. Ceci permettrait également d'éviter un placement et une éventuelle judiciarisation d'une situation qui pourrait ne pas l'être. Notons toutefois le risque de contrôle social et de stigmatisation de certaines catégories de population.

Uniformiser les délais liés à une décision de placement entre le décret et l'ordonnance

Actuellement, l'article 39 du décret du 4 mars 1991 relatif à l'Aide à la jeunesse prévoit, en Fédération Wallonie-Bruxelles, un délai de 14 jours de placement prolongeable par un deuxième délai de 60 jours (soit 74 jours au total). À Bruxelles, l'article 9 de l'ordonnance du 29 avril 2004 relative à l'Aide à la jeunesse énonce un délai de 30 jours renouvelable une fois (soit 60 jours au total). Les professionnels rencontrés proposent que, dans la réforme du décret de l'Aide à la jeunesse, ces délais soient uniformisés. Par exemple, 30 jours prolongeables par 45 jours (soit 75 jours au total), ou 30 jours renouvelables une fois (soit 60 jours au total).

Cette mesure ne vise pas à résoudre la question des séjours injustifiés ou à durée excessive à l'hôpital, mais constitue des délais plus raisonnables compte tenu de la réalité de terrain tout en balisant le temps de la mission de chaque intervenant. Selon les professionnels, 14 jours est un délai trop court pour déterminer la solution la plus adéquate pour l'enfant, pour parvenir à trouver une solution acceptable et acceptée par les parents, etc.

Évaluation

L'impact des différentes politiques et mesures prises sur base du présent rapport doit être évalué de manière systématique, en associant les personnes intéressées, à savoir les familles et les enfants eux-mêmes, les autorités mandantes, les hôpitaux, les institutions et les familles d'accueil.

Il convient de prévoir des modalités d'évaluation pour toute mesure adoptée ou outil mis en place visant à résoudre la problématique des enfants placés à l'hôpital.

Poursuite des recherches

Afin d'approfondir les connaissances sur cette délicate thématique, il nous semble utile de poursuivre les recherches en développant les axes suivants :

- Rencontre de représentants des enfants et des familles (d'origine et d'accueil);
- Rencontre de personnes travaillant en institutions d'accueil, de responsables du suivi de familles d'accueil et de responsables de services d'accompagnement;
- Récolte de données chiffrées auprès de l'ensemble des hôpitaux en Fédération Wallonie-Bruxelles selon un encodage uniformisé pour obtenir des données communes;
- Analyse de la situation sur l'ensemble du territoire;
- Approfondissement de l'analyse des conséquences liées à des durées de séjour excessives d'hospitalisation;
- Etude prospective comparée d'éventuelles « bonnes pratiques »;
- Elargissement de la tranche d'âge aux adolescents (0-18 ans).

Suivi par le politique

Pour rappel, le présent document est une synthèse du rapport de recherche réalisé de mars à juillet 2016 à la demande des Ministres de l'Enfance et de l'Aide à la Jeunesse. Il se veut une contribution active aux réflexions menées en la matière au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Depuis le dépôt de ce rapport, nous avons été heureux d'apprendre, par communiqué de presse (17 octobre 2016), que diverses mesures répondant à plusieurs recommandations formulées par la CODE allaient être mises en œuvre à divers niveaux en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Ainsi, les Ministres de l'Enfance et de l'Aide à la Jeunesse ont annoncé avoir travaillé conjointement afin d'apporter des solutions concrètes à la problématique des enfants placés à l'hôpital, et ce dans une approche globale prévoyant diverses mesures de prévention. Des moyens importants (7 millions d'euros) ont été dégagés dans le budget 2017 de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Les mesures seront réparties géographiquement et affectées aux zones géographiques où les besoins sont les plus criants, à savoir Bruxelles, Mons et Charleroi.

Nous résumons ces mesures ci-après :

- Refinancement des Services d'Accueil Spécialisés de la Petite Enfance (SASPE) et ouverture de 28 places supplémentaires ;
- Création de deux nouveaux Centres d'accueil d'urgence (CAU), de 8 places chacun, ce qui permettra la prise en charge d'environ 150 enfants ;
- Création de nouvelles places résidentielles en Services d'accueil et d'aide éducative (SAAE), affectées aux jeunes enfants afin de désengorger les structures spécialisées telles que les SASPE, qui n'ont pour vocation qu'un accueil limité dans le temps (1 an) et dont les durées de placement sont actuellement d'environ 3 ans ;

- Recrutement de nouvelles familles d'accueil d'urgence, qui permettront 80 prises en charge annuelles;
- Création de 30 lieux de rencontre parents-enfants destinés aux parents en difficulté ayant pour objectif de renforcer des relations familiales de qualité et d'offrir un temps de répit aux familles;
- Ouverture de 20 places supplémentaires dans des crèches à proximité des hôpitaux.

Nous espérons que ces mesures seront mises en œuvre durablement afin de permettre que de meilleures solutions soient trouvées pour les enfants concernés.

La CODE ne manquera pas de suivre l'évolution de ce dossier avec la plus grande attention.

Pour aller plus loin

Législation

- Le texte de la Convention relative aux droits de l'enfant est disponible sur le site du Haut-Commissariat aux droits de l'homme des Nations Unies (1989) : www.ohchr.org
- Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.*, 26 septembre 2002.
- Décret du 4 mars 1991 relatif à l'Aide à la jeunesse, *M.B.*, 12 juin 1991.
- Ordonnance du 29 avril 2004 relative à l'Aide à la jeunesse, *M.B.*, 1^{er} juin 2004.
- Décret du 12 mai 2004 relatif à l'Aide aux enfants victimes de maltraitance, *M.B.*, 14 juin 2004.
- *Decreet van 12 juli 2013 betreffende de integrale jeugdhulp*, *M.B.*, 13 septembre 2013.

Chiffres

- « La Fédération Wallonie-Bruxelles en chiffres », 2015, www.directionrecherche.cfwb.be
- « Les enfants de moins de 6 ans ayant fait l'objet d'une mesure d'hospitalisation prise par un conseiller de l'Aide à la jeunesse, un directeur de l'Aide à la jeunesse ou un juge de l'Aide à la jeunesse en application du décret du 4 mars 1991 ou de l'ordonnance bruxelloise du 29 avril 2004 », 23 novembre 2015.
- « Les enfants de moins de 6 ans ayant fait l'objet d'une mesure d'hospitalisation entre le 1^{er} janvier 2014 et le 16 novembre 2015 - Note complémentaire au rapport du 23 novembre 2015 relatif

aux enfants de moins de 6 ans ayant fait l'objet d'une mesure d'hospitalisation - Les hospitalisations pour d'autres raisons que des problèmes de santé ou la nécessité de réaliser un bilan médico-psychologique», 11 janvier 2016.

Autres documents utiles

- Aide à la jeunesse
 - « Les Clés du SAJ. Questions d'intervenants », 2012.
 - « Que faire si je suis confronté à une situation de maltraitance d'enfant ? M'appuyer sur un réseau de confiance », Brochure destinée aux professionnels, 2013.
 - www.aidealajeunesse.cwfb.be
- CODE
 - « Droits de l'enfant et relations enfants placés-familles. Partie I : État de la situation des enfants de 0 à 12 ans placés dans le cadre de l'Aide à la jeunesse en Fédération Wallonie-Bruxelles et analyse de la législation », 2012.
 - « Droits de l'enfant et relations enfants placés-familles. Partie II : Enjeux, pratiques et facteurs influençant les relations dans les situations de placement en Fédération Wallonie-Bruxelles », 2013.
 - www.lacode.be
- ONE
 - « L'hospitalisation de l'enfant victime d'abus sexuel : protection, soins, crise et passage », 1996.
 - « État des lieux de la situation des enfants hospitalisés dans le service de pédiatrie du CHU St-Pierre pour raison de maltraitance », SOS Enfants, document non publié, avril 2016.
 - www.one.be
- BARTHELEMI, E., MEERSSEMAN, C., & SERVAIS, J.-F.,
« Confidentialité et secret professionnel : enjeux pour une société démocratique », Yapaka, Temps d'Arrêt, 2011.

- DUCLOS, G., « L'estime de soi. Un passeport pour la vie », Paris, Ed. de l'Hôpital Saint-Justine, 2011.
- GUEDENEY, N. & GUEDENEY, A., « L'attachement : approche clinique et thérapeutique », Elsevier Masson, 2016.
- SWALUË, A., « Du placement d'enfants : Définir et quantifier pour réaliser les droits des enfants placés », 2013, En'jeux (working paper de l'Observatoire de l'Enfance, de la Jeunesse et de l'Aide à la Jeunesse), www.oejaj.cfwb.be
- UNICEF Belgique, « Dessine-moi l'hôpital. L'hôpital à travers le regard des enfants », Projet What do you think?, 2006, www.unicef.be
- La Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé, dite Charte EACH, (European Association for Children in Hospital) est disponible en français sur le site de l'Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola (1993): www.hudorf.be
- Communiqué de presse de la Ministre Alda Greoli, « De nouvelles places d'accueil pour mettre fin à la situation des enfants dits « parqués » », 17 octobre 2016.

Sitographie

- Child Right Connect: www.childrightsconnect.org
- CODE: www.lacode.be
- Commission de déontologie de l'Aide à la jeunesse: www.deontologie.cfwb.be
- Délégué général aux droits de l'enfant de la Fédération Wallonie-Bruxelles: <http://www.federation-wallonie-bruxelles.be/dgde>
- Direction générale de l'Aide à la jeunesse: www.aidealajeunesse.cfwb.be

- Infor Jeunes: www.jeminforme.be
- Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI):
www.inami.fgov.be
- Observatoire de l'Enfance, de la Jeunesse et de l'Aide à la Jeunesse (OEJAJ): www.oejaj.cfwb.be
- Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE): www.one.be
(pour un aperçu des lieux de rencontre enfants-parents existants en Fédération Wallonie-Bruxelles, voyez la rubrique « Un lieu de rencontre enfants-parents ? »).
- Portail officiel d'informations en matière de justice en Belgique:
www.belgium.be/fr/justice
- *SOS Enfants*: www.one.be/parents/une-equipe-sos-enfants/
- Sparadrap (association française active en matière de santé et d'hospitalisation d'enfant): www.sparadrap.org
- Yapaka: www.yapaka.be

Liste des acronymes

- **AJ:** Aide à la jeunesse
- **AMO:** Aide en milieu ouvert
- **CHU:** Centre Hospitalier Universitaire
- **CODE:** Coordination des ONG pour les droits de l'enfant
- **CAU:** Centre d'accueil d'urgence
- **COE:** Centre d'orientation éducative
- **CPAS:** Centre public d'action sociale
- **CPMS:** Centre psycho-médico-social
- **DGAJ:** Direction générale de l'Aide à la Jeunesse
- **DPO:** Délégué permanent ordonnance
- **EACH:** European Association for Children in Hospital
- **FWB:** Fédération Wallonie-Bruxelles
- **IPPJ:** Institution publique de protection de la jeunesse
- **MIIF:** Mission d'intervention intensive en famille
- **ONE:** Office de la Naissance et de l'Enfance
- **PPP:** Projet pédagogique particulier
- **PSE:** Service de promotion de la santé à l'école
- **SAAE:** Service d'accueil et d'aide éducative (service de placement en institution)
- **SAIE:** Service d'aide et d'intervention éducative (aide en milieu de vie)
- **SAJ:** Service de l'Aide à la Jeunesse
- **SASPE:** Services d'Accueil Spécialisés de la Petite Enfance (pouponnière)
- **SIIF:** Service d'intervention intensive en famille (aide en milieu de vie)
- **SPJ:** Service de Protection judiciaire
- **TJ:** Tribunal de la Jeunesse
- **TMS:** Travailleurs médico-sociaux



Lexique

Aide sociale spécialisée: aide complémentaire et supplétive à l'aide sociale générale (qui, elle, émane notamment des CPAS, des CPMS, des PSE et des AMO). Comme son nom l'indique, cette aide est dispensée par des services spécifiques en fonction des publics. Il peut s'agir, par exemple, d'un service de médiation de dettes, de l'aide à domicile pour les personnes âgées, d'une institution de placement, d'une famille d'accueil, etc.

Aide négociée: aide individuelle négociée par le Conseiller de l'Aide à la jeunesse avec les intéressés. Si l'aide concerne un enfant de plus de 14 ans, son accord est indispensable. Le plan d'aide fait l'objet d'une évaluation/révision annuelle.

Aide contrainte/imposée: aide individuelle mise en œuvre par le Directeur de l'Aide à la jeunesse, sur base d'une décision du Tribunal de la jeunesse.

Aide à la Jeunesse: service de la Fédération Wallonie-Bruxelles qui a pour mission d'apporter une aide spécialisée aux jeunes en difficulté, aux personnes qui éprouvent des difficultés à remplir leur rôle de parents ainsi qu'aux enfants en danger, c'est-à-dire dont la santé ou la sécurité sont en danger ou dont les conditions d'éducation sont compromises. L'Aide à la jeunesse apporte également sa contribution dans la prise en charge des jeunes ayant commis des faits qualifiés « infraction ». Enfin, l'Aide à la jeunesse met en œuvre une politique de prévention générale et développe des actions de prévention à l'égard des problématiques rencontrées de manière récurrente au niveau de l'aide individuelle.

Arrondissement judiciaire: compétence territoriale des SAJ et SPJ. Depuis 2014, il existe 6 arrondissements judiciaires en Fédération Wallonie-Bruxelles : Brabant Wallon, Bruxelles, Liège, Luxembourg, Mons-Charleroi et Namur.



Communautés : la Belgique compte différents niveaux de pouvoirs politiques : fédéral, régional, communautaire, provincial et communal. Les Communautés sont compétentes pour les matières dites « personnalisables », qui concernent donc les personnes en fonction de leur appartenance à une des quatre régions linguistiques du pays. C'est à ce titre qu'elles gèrent les matières liées à l'Aide et à la Protection de la jeunesse.

Conseiller : dirige le Service de l'Aide à la Jeunesse (SAJ). Sa tâche est double : d'une part, l'aide individuelle aux jeunes en difficulté ou en danger, ainsi qu'à leur famille et d'autre part, la prévention générale. Il est chargé de recueillir l'accord des parents et du mineur dans le programme d'aide négociée (conformément au décret du 4 mars 1991 relatif à l'Aide à la jeunesse). Il est assisté de travailleurs sociaux, appelés « délégués ».

Déjudiciarisation : action qui vise à éviter le recours aux juges et tribunaux ou à réduire leur intervention.

Directeur : dirige le Service de Protection judiciaire (SPJ) et assure la mise en œuvre des mesures ordonnées par le juge pour ce qui concerne l'aide contrainte et la protection de la jeunesse.

Équipes SOS Enfants : équipes de l'ONE qui ont pour mission d'assurer la prévention et le traitement des situations de maltraitance infantile ; il en existe 14 en Fédération Wallonie-Bruxelles. Elles assurent la prise en charge pluridisciplinaire de situations dans lesquelles des enfants sont victimes de maltraitance (physique, psychologique ou sexuelle) ou dans un contexte à risques ou de négligence. Ces équipes sont composées de médecins, de psychologues, d'assistants sociaux et de juristes.

Juge de la jeunesse: magistrat du Tribunal de la jeunesse qui intervient notamment lorsque des mineurs sont en danger de par leur comportement ou le comportement d'autrui à leur égard, ou encore parce que les parents ne respectent pas leurs obligations parentales.

Mandant (ou Autorité mandante): personne ou autorité qui délivre un mandat à un mandataire qui agira donc en son nom et sera détenteur des mêmes pouvoirs. Par exemple, les autorités administratives (SAJ et SPJ) et judiciaires (Tribunal de la jeunesse).

Mesure d'aide: mise en œuvre d'une décision prise par un Conseiller ou un Directeur de l'Aide à la jeunesse.

Ordonnance: mesure provisoire prise par le juge de la jeunesse en audience de cabinet dans les situations d'urgence à l'égard d'un jeune en danger (art. 39 du décret de 1991 relatif à l'Aide à la jeunesse).

Ordonnance bruxelloise: législation applicable au secteur de l'Aide à la jeunesse pour la Région bilingue de Bruxelles-Capitale.

Prise en charge dans le milieu de vie: toute forme d'aide apportée aux enfants sans qu'ils soient retirés de leur cellule familiale d'origine ou milieu familial de vie.

Prise en charge en dehors du milieu de vie: toute forme d'hébergement en dehors de la cellule familiale d'origine.

Soins de santé: services dispensés par un praticien professionnel en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé d'un patient, de modifier son apparence corporelle à des fins principalement esthétiques ou de l'accompagner en fin de vie.

Service agréé: organisme subsidié habilité à intervenir afin d'apporter une aide aux enfants.

Service de l'Aide à la Jeunesse (SAJ): autorité publique, intervenant uniquement dans le cadre protectionnel, qui, par ses conseils ou ses actions, propose une aide aux jeunes en difficulté ou en danger ainsi qu'à leurs familles. Le SAJ est dirigé par le Conseiller de l'Aide à la jeunesse.

Service de première ligne: service d'aide qui pourvoit l'aide sociale générale. Cette aide peut être matérielle, sociale, juridique, médicale, médicosociale ou psychologique : centres psychomédicosociaux (CPMS), maisons médicales, centres de santé mentale, centres publics d'action sociale (CPAS) et divers services psycho-sociaux de proximité.

Service de deuxième ligne: service répondant aux problèmes qui demandent un examen approfondi, un traitement ou un service spécialisé ; les aides à apporter sont généralement plus complexes que celles fournies par les services de première ligne.

Service de Protection Judiciaire (SPJ): service chargé de la mise en œuvre des mesures d'aide contrainte décidées par le Tribunal de la jeunesse. Le SPJ est dirigé par le Directeur de l'Aide à la jeunesse.

Travailleurs médico-sociaux (TMS): professionnels de la santé publique, le plus souvent infirmiers ou assistants sociaux, qui proposent un soutien médico-social aux familles, dans divers contextes (notamment ONE).

Tribunal de la jeunesse: chambre spéciale du Tribunal de première instance qui est compétente pour les mineurs et leurs parents. Il est présidé par le Juge de la jeunesse.

Membres de la CODE

- Amnesty International :
www.amnesty.be
- ATD Quart-Monde :
www.atd-quartmonde.be
- BADJE (Bruxelles Accueil
et Développement pour la
Jeunesse et l'Enfance) :
www.badje.be
- Conseil de la Jeunesse :
www.conseildela jeunesse.be
- Défense des enfants
International (DEI) Belgique :
www.defensedesenfants.be
- ECPAT (End Child Prostitution,
Child Pornography and
Trafficking of Children for
sexual purposes) Belgique :
www.ecpat.be
- Famisol : www.famisol.be
- Forum – Bruxelles contre
les inégalités : www.fblp.be
- Ligue des droits de l'Homme :
www.liguedh.be
- Ligue des familles :
www.laligue.be
- Plan Belgique :
www.planbelgique.be
- Réseau Wallon de Lutte
contre la Pauvreté :
www.rwlp.be
- Service droit des jeunes
de Bruxelles : www.sdj.be
- UNICEF Belgique :
www.unicef.be

En Fédération Wallonie-Bruxelles, des enfants sont confiés à un hôpital dans le cadre d'une mesure de placement décidée par une autorité mandante (aide à la jeunesse ou juge), dans la plupart des cas lorsque l'on suspecte ou constate de la maltraitance ou de la négligence.

Ces enfants, dits « parqués », séjournent parfois durant de longues périodes à l'hôpital (c'est-à-dire plusieurs semaines voire plusieurs mois), et ce alors qu'ils ne nécessitent pas ou plus de soins de santé. Si le plus souvent ils ont été placés à l'hôpital dans l'urgence, ils y restent par manque d'alternatives adéquates.

La problématique de ces enfants se situe à la croisée des thématiques de l'enfance, de l'aide à la jeunesse et de la santé. Elle est bien connue des professionnels de terrain, tout en étant relativement invisible du grand public.

La recherche de la CODE s'articule autour d'une analyse de la situation actuelle en Fédération Wallonie-Bruxelles ainsi que des besoins et droits des enfants placés à l'hôpital. Elle s'appuie sur des entretiens menés avec une cinquantaine de professionnels des différents secteurs concernés.



**COORDINATION DES ONG
POUR LES DROITS DE L'ENFANT**

Rue du Marché aux Poulets 30 | B-1000 Bruxelles
T.-F. +32 (0)2 223 75 00 | info@lacode.be | www.lacode.be

LES MEMBRES DE LA CODE



AVEC LE SOUTIEN DE



FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES