

Morcellement des politiques publiques et santé mentale de l'enfant dans les 30 premiers mois :

*Plaidoyer pour une prise en charge ambitieuse, globale, universelle et
inconditionnelle des familles*

RAPPORT DE RECHERCHE



UNIVERSITÉ DE NAMUR
Unité Droits de l'Enfant
(V&S - Transitions)

RASSON Anne-Catherine

**CENTRE DE RÉFÉRENCE
EN SANTE MENTALE**
CRéSaM asbl

*LAMBERT Marie (dir.)
RESIBOIS Maxime*

UNIVERSITÉ DE LIÈGE
Faculté des Sciences
Sociales (CRIS)

JACQUET Nicolas

Bien qu'étant issues d'un processus de co-construction, les perspectives et recommandations faites dans le présent rapport ne reflètent pas forcément la position de l'ONE. En conformité avec les lignes directrices édictées par ONE Academy, le genre masculin est utilisé dans ce document comme générique, dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

Comment citer ce rapport :

Résibois, M., Rasson, A.-C., Jacquet, N. & Lambert, M. (2022). La santé mentale de l'enfant dans les 30 premiers mois : plaidoyer pour une prise en charge ambitieuse, globale, universelle et inconditionnelle des familles – L'impact du morcellement des politiques publiques sur la prise en charge des problématiques de santé mentale des enfants de 0 à 30 mois en Wallonie et sur l'effectivité de leurs droits fondamentaux : Rapport final – 31/12/2021. Bruxelles : Office de la Naissance et de l'Enfance/ONE Academy. 113p.

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier toutes les personnes qui ont accepté de nous rencontrer, et tout particulièrement les parents et les enfants. Ils nous ont accueillis dans leur foyer à de nombreuses reprises pour nous partager leur vécu et nous faire part de leur expertise. Nous souhaitons leur témoigner toute notre reconnaissance et notre gratitude.

Nous remercions aussi les professionnels de nous avoir partagé leurs réalités de terrain, et plus spécialement encore, ceux qui nous ont permis de rencontrer les familles.

Nos remerciements s'adressent également aux différents experts rencontrés. Leur précieuse participation nous a permis d'aborder notre terrain de recherche sous différents angles complémentaires.

Ce travail n'aurait en outre pu voir le jour sans l'encadrement et le soutien d'*ONE Academy*. Nous les remercions chaleureusement pour leur confiance.

Enfin, nos remerciements vont aux membres du comité d'accompagnement qui nous ont suivis tout au long de la recherche et à nos relecteurs qui ont eu la gentillesse de parcourir le manuscrit et d'en proposer une analyse critique.

ACRONYMES

Agence pour une Vie de Qualité	AViQ
Association Sans But Lucratif	ASBL
Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe	APCE
Convention relative aux droits de l'enfant	CIDE
Centre Publics d'Action Sociale	CPAS
Centre de Référence en Santé Mentale	CRéSaM
Fonds des Nations Unies pour l'enfance	UNICEF
Intérêt supérieur de l'enfant	ISE
Organisation de coopération et de développement économiques	OCDE
Office de la Naissance et de l'Enfance	ONE
Organisation mondiale de la santé	OMS
Partenaire Enfants-Parents	PEP'S
Service d'Accueil Spécialisé de la Petite Enfance	SASPE
Service d'Action en Milieu Ouvert	AMO
Service de santé mentale	SSM
Université de Liège	ULiège
Université de Namur	UNamur

RESUME DE LA RECHERCHE

Le Centre de Référence en Santé Mentale, en partenariat avec l'Université de Namur (Institut Transitions, Unité « Droits de l'enfant » du Centre de recherche Vulnérabilités et Sociétés, Centre interdisciplinaire des droits de l'enfant) et l'Université de Liège (Centre de recherches et d'interventions sociologiques), a mené une recherche financée par ONE¹ Academy qui analyse l'impact du morcellement des politiques publiques sur la prise en charge des enfants de 0 à 30 mois présentant des problèmes de santé mentale et sur l'effectivité de leurs droits fondamentaux.

Les enjeux en termes de santé mentale pour cette tranche d'âge spécifique sont cruciaux et mobilisent des acteurs de secteurs divers (santé mentale, soins de première ligne, handicap, petite enfance, aide à la jeunesse, protection de la jeunesse, droits sociaux, justice, ...). La prise en charge des jeunes enfants nécessite une réelle collaboration entre ces secteurs, en tenant compte de leurs missions, valeurs, contraintes administratives, réglementations... L'articulation des différents champs ne se fait pas sans mal dans un paysage belge complexe en termes de répartition des compétences et de fragmentation de l'offre.

L'objectif du projet a été de réaliser un état des lieux des difficultés rencontrées sur le terrain dans le suivi et la continuité des soins chez les tout petits, et d'identifier des leviers permettant de dépasser ces difficultés. Il fait également état de l'impact du morcellement des politiques publiques sur les droits fondamentaux de l'enfant et, plus largement, de sa famille.

Après une revue de la littérature relative à la question de recherche, les données ont été récoltées en suivant une méthodologie de recherche qualitative et une approche par entonnoir. Dans un premier temps, nous avons organisé des tables-rondes avec des acteurs en contact avec les professionnels de terrain (institutions, fédérations, coordinations, chefs de service...) ainsi qu'avec des experts dans les domaines de la santé en général et la santé mentale plus spécifiquement, du handicap, de la petite enfance, de l'aide à la jeunesse, de la protection de la jeunesse, des droits sociaux, de la justice, des droits de l'enfant, et/ou des politiques publiques. Ensuite, nous avons mené des entretiens semi-directifs, sur base d'un guide d'entretien élaboré grâce à l'étape précédente avec des professionnels de terrain qui travaillent dans les secteurs de la petite enfance, de la première ligne de soin et/ou de la santé mentale. Enfin, nous avons rencontré des familles dont un ou plusieurs enfants présentaient des problématiques de santé mentale dès la petite enfance. Ces enfants constituent le cœur de cible de notre recherche et sont au centre des analyses réalisées.

¹ Office de la naissance et de l'enfance (ONE).

L'analyse des données récoltées a permis d'identifier une série de huit recommandations que nous présentons dans ce rapport. Celles-ci s'articulent autour de la perception des familles et des professionnels et s'adressent à la fois aux différents niveaux de pouvoir politique ainsi qu'aux services et aux professionnels qui les composent. Les notions-clés de la recherche (approche par les droits, prise en charge précoce des problématiques de santé mentale et continuité des soins) et l'appareillage méthodologique mobilisé (étapes suivies et approche participative) sont aussi présentés de manière approfondie dans le rapport. Au terme de celui-ci, deux documents sont annexés : d'une part, les recommandations de la recherche présentées succinctement et, d'autre part, un tableau qui met chacune des recommandations en corrélation avec les droits de l'enfant pertinents.

INTRODUCTION

« Tellement on a souffert, on a vraiment galéré, j'aimerais que, c'est ça que je dis toujours à l'ASBL ou partout, vraiment faire un site [...] pour trouver un bon médecin, pour trouver des ASBL... [...] Je le répète, moi j'aimerais bien qu'il y ait une ASBL qu'elle soit nationale qui fait tout [...]. Moi ce qui m'énerve c'est que tu es un ballon, "Ah ce n'est pas ici, c'est là-bas", ce n'est même pas loin, quand je téléphone pour lui pour un stage, je dois faire 20 numéros et à la fin je n'ai rien. Tu passes toute la journée à téléphoner, "ah c'est pas nous, c'est là". » (Entretien – Mère).

Ce témoignage d'une mère rencontrée dans la présente recherche pose le cadre des réflexions qui vont suivre. Quand un enfant souffre d'une problématique de santé mentale dès la petite enfance, le morcellement des politiques publiques va constituer un frein majeur pour ses parents ou celles et ceux qui en ont la charge. Les conséquences sont particulièrement graves : violation de droits humains, prise en charge tardive et incomplète de l'enfant, non accès à certains services-clés, souffrance, épuisement parental, « parentalisation » des frères et sœurs, absence d'écoute, sentiment d'illégitimité... Du côté des professionnels, les souffrances sont aussi criantes : manque de ressources, offre inadaptée ou méconnue, innombrables heures supplémentaires, culpabilité, sentiment d'incompétence ou d'être dépassé par le système que l'on ne maîtrise plus, pas de temps pour des interventions ou supervisions, découragement, *burn out* et *turn over*.

La recherche, dont rend compte ce rapport intitulé « Morcellement des politiques publiques et santé mentale de l'enfant dans les 30 premiers mois : plaidoyer pour une prise en charge ambitieuse, globale, universelle et inconditionnelle des familles », a été financée par *ONE Academy* et menée par le Centre de référence en santé mentale, l'Université de Namur (Institut Transitions, Unité « Droits de l'enfant » du Centre de recherche Vulnérabilités et Sociétés et Centre interdisciplinaire des droits de l'enfant) et l'Université de Liège (Centre de recherches et d'interventions sociologiques). Par une recherche qualitative centrée sur l'enfant et sa famille, trois dimensions ont été explorées : (1) la prise en charge de la santé mentale des enfants de 0 à 30 mois et (2) la protection des droits fondamentaux de l'enfant et de ses parents (ou représentants légaux) ainsi que des fratries, et ce, (3) dans un contexte de morcellement des politiques publiques.

PLAN DU RAPPORT

Le rapport est divisé en quatre parties.

Tout d'abord, nous posons le cadre théorique de la recherche en développant les trois marqueurs normatifs qui transcendent les recommandations et constituent le socle sur lequel nous avons bâti notre réflexion (point I).

Ensuite, nous exposons en détail la méthodologie que nous avons suivie (point II).

Viennent alors les huit recommandations qui sont issues de notre recherche (point III). Comme le lecteur pourra le constater, certaines recommandations concernent plus spécifiquement l'une des trois dimensions de la recherche (prise en charge de la santé mentale dans la petite enfance, morcellement des politiques publiques, ou droits de l'enfant), tandis que d'autres sont au croisement de deux, voire des trois dimensions. Même si la partie III constitue la partie centrale du rapport, avoir pris connaissance des deux premiers chapitres permet une compréhension plus fine des recommandations élaborées.

Enfin, la quatrième et dernière partie constitue l'annexe du rapport dans laquelle nous avons intégré un document visuel créé à partir d'une version courte des recommandations (annexe 1) et un tableau mettant les huit recommandations en corrélation avec les droits de l'enfant (annexe 2).

DESTINATAIRES DU RAPPORT

A qui s'adresse le rapport ?

Comme le lecteur pourra le découvrir en prenant connaissance des recommandations, le rapport s'adresse à plusieurs publics :

- Les autorités publiques de tous niveaux : communes, provinces, Région wallonne, Fédération Wallonie-Bruxelles² et État fédéral ;
- Les administrations qui touchent au domaine de l'enfance et de la santé mentale ou qui gravitent autour (lutte contre la pauvreté, sécurité sociale, aide à la jeunesse, protection de la jeunesse, justice...) ;
- Les organisations et professionnels qui coordonnent et supervisent les professionnels de terrain (réseaux de santé mentale, ONE, lieux d'accueil, fédérations, chefs de service...) dans les domaines de la santé, de la santé mentale et/ou de la petite enfance ainsi que dans les domaines connexes ;
- Les professionnels de terrain qui travaillent au quotidien avec les familles ;
- Les familles et entourages concernés par la santé mentale des enfants de 0 à 30 mois ;

² Qui est aussi nommée Communauté française.

- Les chercheurs scientifiques qui travaillent sur les questions du morcellement des politiques publiques, de santé mentale des enfants de 0 à 30 mois et/ou de droits de l'enfant ;
- Toute personne intéressée ou touchée de près ou de loin par ces thématiques.

LIMITES DE LA RECHERCHE

La recherche envisagée était très ambitieuse et les moyens pour la mener n'étaient pas illimités. Des choix ont dès lors dû être posés. Ainsi, si aux prémices de la recherche, nous avons rencontré certains services de l'aide à la jeunesse, de la protection de la jeunesse, du handicap, de la justice ou des droits sociaux, nous nous sommes ensuite recentrés autour des secteurs-clés de nos thématiques de recherche : la petite enfance, les soins de première ligne et la santé mentale. Une série de questions n'ont donc pas été approfondies, telles que l'articulation entre les services du handicap et de la santé mentale, ou les situations où l'intérêt supérieur des enfants est mis à mal par ses parents (ou autres représentants légaux) de telle sorte que des mesures d'aide à la jeunesse ou de protection de la jeunesse sont adoptées. Nous n'avons, par ailleurs, pas non plus étudié et mesuré les considérations financières et économiques de nos réflexions et recommandations, même si certaines d'entre elles n'ont pas de coût particulier. Enfin, nous n'avons pas récolté de données sur d'autres territoires en vue de comparer la situation en Wallonie à celle de Bruxelles, de la Flandre ou d'un autre pays. D'autres recherches pourront utilement être menées pour poursuivre le travail réalisé ici.

Par ailleurs, la crise sanitaire engendrée par le COVID-19 a eu des conséquences sur l'organisation de notre récolte de données. Nous nous sommes constamment adaptés aux obligations légales en vigueur, par exemple en privilégiant les rencontres en ligne, tant pour les tables-rondes (acteurs en contact avec les professionnels de terrain et experts) que pour les entretiens (professionnels de terrain). Afin de respecter les possibilités de chacun et toujours dans le respect des mesures sanitaires, nous avons mené certaines rencontres en présentiel. Nous avons profité d'un moment d'allègement des mesures pour réaliser les entretiens avec les familles en présentiel, en accord avec le Comité d'Accompagnement. Il va de soi qu'au regard de la temporalité de la recherche, qui a débuté en 2020, nous n'avons pas pu étudier l'impact du COVID-19 ou des mesures prises pour lutter contre la pandémie sur nos données, même si le contexte sanitaire a inévitablement eu une incidence sur le vécu des familles et des professionnels entendus.

DEFINITIONS

Avant d'entrer dans le vif du sujet, il importe de définir avec précision les concepts-clés de la recherche.

L'enfant

En vertu de l'article 1^{er} de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant du 20 novembre 1989 (CIDE)³, l'enfant s'entend comme « *tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable* ». En Belgique, conformément aux articles 388 et 488 de l'ancien Code civil, la majorité est acquise à 18 ans.

Les 30 premiers mois de l'enfance

La petite enfance s'envisage en général jusqu'à l'entrée à l'école (UNICEF, 2017). Elle est cependant découpée en périodes distinctes, les deux premières se déroulant de la conception à la naissance, puis de la naissance aux 3 ans de l'enfant. Une attention toute particulière doit être accordée, selon le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), aux 1000 premiers jours, qui vont de la conception à 24 mois (UNICEF, 2017). Dans le cadre de la recherche, les « 30 premiers mois de l'enfant » débutent à la naissance et vont jusqu'à l'âge d'entrée (possible) à l'école. La période prénatale n'est donc pas intégrée dans les 30 premiers mois considérés. Nous estimons néanmoins que la périnatalité est un moment de vulnérabilité en termes d'exposition et de risques pour le fœtus (Cyrulnik et al., 2020). Nous y avons donc égard dans nos recommandations, tout en rappelant que, sur le plan juridique, seul l'enfant né vivant et viable acquiert la personnalité juridique et détient des droits fondamentaux. Le statut de l'embryon ou du fœtus se distingue donc de celui de l'enfant.

La famille

La famille constitue « *l'unité fondamentale de la société* » et « *le milieu naturel pour la croissance et le bien-être de tous ses membres et en particulier des enfants* » (Préambule de la CIDE). Selon le Comité des droits de l'enfant, la « *famille* » doit s'interpréter « *au sens large en englobant les parents biologiques et les parents adoptifs ou les parents nourriciers, ou, le cas échéant, les membres de la famille élargie ou de la communauté, comme prévu par la coutume locale* » (C.D.E., 2013a, §59).

Dans le même sens, lorsque nous utilisons le terme « *famille* » dans ce rapport, il convient d'y inclure non seulement les parents ou autres représentants légaux et les fratries, mais également la famille élargie ou les proches à qui l'enfant est confié⁴ et qui ont « *une responsabilité juridique, professionnelle et éthique et/ou culturelle claire et reconnue s'agissant de la sécurité, de la santé, du développement et du bien-être de l'enfant* » (C.D.E., 2011, §33).

³ Convention internationale relative aux droits de l'enfant adoptée à New-York le 20 novembre 1989. Cette convention a été signée par la Belgique le 26 janvier 1990 et ratifiée le 16 décembre 1991. Elle est entrée en vigueur le 15 janvier 1992.

⁴ Le Comité des droits de l'enfant utilise de son côté l'expression "pourvoyeur de soins" que nous ne retenons pas dans nos travaux.

Les acteurs en contact avec les professionnels de terrain et les professionnels de terrain

Pour éviter les confusions relatives aux concepts de « professionnels de première ligne » et « professionnels de seconde ligne » qui sont compris différemment en fonction des secteurs concernés, nous avons préféré les expressions :

- « Professionnels de terrain », pour tout professionnel qui travaille avec les familles, sur le terrain ;
- « Acteurs en contact avec les professionnels de terrain », pour les acteurs qui ne sont pas à proprement parler directement sur le terrain, mais participent au cadre de travail de ceux-ci : institutions, fédérations, coordinations, chefs de service...

La santé mentale

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé mentale comme « *un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté* » (OMS, 2018) ». Elle souligne également que « *l'aptitude à vivre en harmonie avec un milieu en pleine transformation est essentielle au développement de l'enfant* »⁵.

Au regard des écueils qui ont déjà pu être mis en évidence dans la littérature concernant cette définition de la santé mentale par l'OMS (voir, à ce sujet, Minotte & Gosselin (2012), pp. 15 et suivantes), la santé mentale est entendue, dans ce rapport, comme « *un état d'équilibre psychique et émotionnel qui fait que nous sommes bien avec nous-mêmes, que nous avons des relations satisfaisantes avec autrui et que nous sommes capables de faire face aux exigences de la vie* » (CRéSaM, n.d.; Minotte & Gosselin, 2012, p. 17). Cette définition de la santé mentale ne se limite pas aux troubles de la santé mentale ni à la psychiatrie et inclut les différentes problématiques psychiques que les enfants entre 0 et 30 mois peuvent rencontrer. Les difficultés qui peuvent parfois plus tard être catégorisées comme faisant partie du spectre des troubles autistiques ou du handicap sont donc aussi visées dans nos travaux.

Morcellement des politiques publiques

Le morcellement des politiques publiques⁶ est appréhendé dans une double dimension.

⁵ Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, adoptée par la Conférence internationale de la Santé tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946, signée par les représentants de 61 États le 22 juillet 1946, Préambule.

⁶ Les politiques publiques étant des programmes d'action réfléchis et mis en œuvre par une autorité publique (des élus, un gouvernement...) autour d'un enjeu précis (Fallon, 2014; Turgeon & Savard, 2012).

D'une part, la répartition des compétences entre l'État fédéral, les régions et les communautés est à l'origine d'un morcellement institutionnel/constitutionnel des politiques publiques dans le contexte belge. Les réformes successives de l'État belge, menées depuis le début des années 1970, ont en effet modifié en profondeur sa structure pour aboutir à un système fédéral composé de trois types d'entités qui sont autonomes, chacune exerçant des compétences exclusives⁷ et indisponibles⁸ : l'État fédéral, les trois régions, chacune ayant la tutelle des provinces et des communes qui la composent (article 6, §1er, VIII de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles⁹), et les trois communautés (article 1er de la Constitution).

Cette organisation étatique entraîne une distribution complexe des compétences au sein de l'État, à laquelle les matières relevant de la santé mentale et de la petite enfance n'échappent pas. Sur le territoire wallon, depuis la Sixième réforme de l'État, la Région wallonne, la Fédération Wallonie-Bruxelles, la Communauté germanophone et l'autorité fédérale ont en effet certaines compétences en la matière. Par ailleurs, au sein d'un même niveau de pouvoir, l'exercice des compétences peut différer. Par exemple, en Fédération Wallonie-Bruxelles, trois grands axes des politiques de jeunesse (enseignement, culture, justice) sont motivés par une philosophie et des logiques d'action qui divergent (Jamin et al., 2005).

D'autre part, un morcellement s'opère entre les services et les structures. Celui-ci est notamment lié à la construction en piliers des institutions belges (libéral, catholique, socialiste) et à la tendance actuelle à l'hyperspécialisation des services.

Continuité des soins

La continuité des soins consiste en « *la qualité des soins dans le temps d'une perspective à la fois du patient et du prestataire (Gulliford, Naithani, & Morgan, 2006). Cela inclut à la fois une continuité longitudinale (c'est-à-dire des séries de contacts ininterrompus sur une longue période) et une continuité transversale (c'est-à-dire une cohérence des interventions entre les différents prestataires de services et à l'intérieur de ceux-ci) (Bruce & Paxton, 2002; Thornicroft & Tansella, 1999) » (ADOCARE, 2015, p. 12).*

⁷ Le principe de l'exclusivité des compétences connaît des nuances et des tempéraments détaillés, in Dumont et al, 2015.

⁸ Sauf exceptions : voy. les articles 137, 138 et 189 de la Constitution.

⁹ Loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, *M.B.*, 15 août 1980.

I. LES MARQUEURS NORMATIFS : DROITS DE L'ENFANT ET DROITS HUMAINS, PETITE ENFANCE ET CONTINUITÉ DES SOINS

LES DROITS FONDAMENTAUX DE L'ENFANT

La recherche a pour objectif principal de comprendre comment renforcer la protection concrète et effective des droits de l'enfant en matière de santé mentale dans un contexte de morcellement des politiques publiques. Il était donc nécessaire de rappeler le contexte de l'émergence des droits de l'enfant (paragraphe 1), les principes transversaux au cœur du système de protection consacré et, particulièrement le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant (paragraphe 2 et 3), ainsi que l'articulation entre le droit à la protection de l'enfant et son droit à vivre en famille (paragraphe 4). Les éléments généraux de la protection des droits de l'enfant étant ainsi posés, nous avons ensuite rappelé la nécessité de mettre en œuvre, de façon cohérente, ces droits (paragraphe 5) et le fait que le droit au bien-être et le droit à la santé mentale ont été reconnus dans les instruments juridiques (paragraphe 6).

Résumé : L'enfant comme sujet de droits et de soins

Toute personne, adulte comme enfant, est un sujet de droits fondamentaux et non un simple objet de droits et de soins. Ce postulat concerne tous les domaines de la vie de l'enfant, dont la prise en charge des problématiques de santé mentale au sein des familles.

Cette prise en charge des usagers et des familles concernées doit ainsi s'inscrire dans une « *human rights-based approach* », au cœur de laquelle l'intérêt supérieur de l'enfant et le droit à la participation des usagers sont les principes cardinaux. Dans ce contexte, un équilibre doit être respecté entre, d'une part, le droit à la protection que requièrent les publics en situation de vulnérabilité, tels que des enfants atteints de troubles de la santé mentale dans la toute petite enfance, et, d'autre part, le droit à la participation. Le Comité des droits de l'enfant des Nations Unies précise en ce sens que, dans « ***l'élaboration des politiques publiques en matière de santé mentale, une approche fondée sur les droits doit guider les autorités, ce qui implique notamment la prise en considération de ses intérêts supérieurs et le respect de son droit à la participation*** » (C.D.E., 2013a).

Les différents instruments juridiques consacrant **les droits humains en général et les droits de l'enfant en particulier**, telle la Convention internationale relative aux droits de l'enfant du 20 novembre 1989, constituent le **cadre normatif de référence de nos recommandations. Les droits de l'enfant concernés seront mentionnés au début de chaque recommandation et repris dans un tableau de synthèse au terme du rapport.**

La révolution des droits de l'enfant

Si l'enfant était considéré comme un adulte en miniature sous l'Ancien Régime, sauf les premières années de sa vie (Ariès, 1973¹⁰ ; de Becker et al., 2002 ; Jamin et al., 2005 ; Renchon, 2012 ; Moreau, 2013 ; Rasson 2020), un changement de paradigme s'est opéré au fil des révolutions historiques qui se sont produites en Occident. L'idée de l'enfance comme un âge de la vie ayant des besoins spécifiques a, ainsi, pris une place de plus en plus importante dans les politiques publiques. En Belgique comme en France, à partir du XIX^e siècle, le père de famille, qui détenait jusque-là une puissance paternelle absolue au sein de la famille, a vu ses pouvoirs petit à petit limités. Les États se sont en effet progressivement immiscés dans le cercle familial (Jamin et al., 2005), dans un premier temps par l'intermédiaire des juges et ensuite par l'adoption de diverses législations qui ont organisé un contrôle des familles – enseignement, travail des enfants, aide et protection de la jeunesse notamment (Renchon 2012 ; Moreau 2013 ; Rasson, 2020).

Aujourd'hui, tout enfant, c'est-à-dire « *tout être humain âgé de moins de dix-huit ans* »¹¹, est détenteur de droits fondamentaux, consacrés dans différents instruments juridiques nationaux et internationaux. L'adoption, le 20 novembre 1989, de la CIDE, par l'Assemblée générale des Nations Unies, à l'unanimité, a permis la véritable transformation, la « révolution » de la place de l'enfant dans la sphère juridique (Zermatten, 2005 ; Rasson, 2020).

La CIDE est exceptionnelle à plus d'un titre : quasi universellement ratifiée¹², elle contient à la fois des droits civils et politiques et des droits économiques, sociaux et culturels. Elle marque un tournant important par l'équilibre qu'elle instaure entre les deux pôles de l'enfant, à la fois semblable aux adultes car humain, et en même temps différent de ceux-ci car plus vulnérable. L'on retrouve ainsi dans la Convention tout à la fois des droits « généraux », qui concernent tout le monde, et des droits « spécifiques » qui concernent spécialement les enfants (Youf, 2002 ; Rasson, 2020).

La Convention proclame ainsi « *toute une série de droits-créances*¹³, de « *protection* », mais également les libertés individuelles : droit de participation, liberté d'expression, liberté de pensée, de

¹⁰ Philippe Ariès a appelé « mignotage » le premier sentiment que l'on porte à l'enfant. Il se déroule durant les premières années de vie (souvent jusqu'au septième anniversaire de l'enfant). Une fois cette période passée, il part travailler et vivre avec les adultes.

¹¹ Cf. l'article 1^{er} de CIDE.

¹² Seuls les États-Unis, qui ont signé la Convention, ne l'ont pas encore ratifiée.

¹³ Il est traditionnellement admis que les « droits-libertés » se distinguent des « droits-créances ». Les premiers, qui correspondent pour l'essentiel aux droits civils et politiques, appartiennent aux droits de la première génération tandis que les seconds, qui correspondent pour l'essentiel aux droits économiques, sociaux et culturels, relèvent de la seconde génération des droits fondamentaux. Les droits-libertés, tels que la liberté d'expression, la liberté religieuse, le droit à la vie privée ou encore le droit à la vie, impliqueraient dans le chef des États une abstention, une obligation négative, tandis que les droits-créances, comme par exemple, le droit à la sécurité sociale, le droit au logement, le droit à l'alimentation ou le droit à l'éducation, requièrent une

conscience et de religion, liberté d'association, droit à la vie privée, liberté d'aller et venir. Certes, ces libertés sont exercées suivant l'évolution des capacités de l'enfant, mais il ne fait plus aucun doute que l'enfant visé par la Convention est un sujet de droits, à la fois digne de protection, mais dont l'autonomie et l'autodétermination sont encouragées. L'enfant est titulaire des droits fondamentaux et en détient aussi l'exercice, dans les limites de ses possibilités. » (Rasson, 2020, p. 172). Lorsque dans certains cas, « des facteurs liés au souci de protéger l'enfant (pouvant impliquer une limitation ou une restriction de droits) » doivent être évalués « par rapport à des mesures d'autonomisation (impliquant le plein exercice des droits, sans restriction) [...], la mise en balance des éléments doit être guidée par l'âge et le degré de maturité de l'enfant. Pour évaluer le degré de maturité de l'enfant, il faut tenir compte de son degré de développement physique, affectif, cognitif et social. » (C.D.E., 2013a, §83).

Les droits fondamentaux de l'enfant, tels que consacrés dans la CIDE et dans les textes relatifs aux droits humains sur le plan international et dans le droit interne, constituent **le cadre normatif de référence de la présente recherche**. Ils seront dès lors mobilisés tout au long de nos travaux.

Les principes directeurs de la CIDE

Lors de sa première réunion en 1991, le Comité des droits de l'enfant des Nations Unies¹⁴ a érigé quatre droits de l'enfant en principes généraux de la Convention : le droit à l'égalité et à la non-discrimination (article 2), le droit de l'enfant à ce que son intérêt supérieur soit une considération primordiale dans toute décision qui le concerne (article 3.1), le droit à la vie, à la survie et au développement (article 6) et le droit à la participation (article 12)¹⁵.

Ces principes sont aussi consacrés dans la Constitution aux articles 10, 11 (droit à l'égalité et à la non-discrimination) et à l'article 22*bis* de la Constitution, tel que modifié en 2008, spécialement

obligation positive de la part des États. Notons cependant, pour être parfaitement complet, que cette distinction est régulièrement remise en question dans la littérature scientifique dès lors que de nombreux auteurs démontrent que les droits-libertés comme les droits-créances exigent des obligations à la fois positives et négatives de la part des États et qu'en réalité les droits sont complémentaires, interdépendants et interreliés. Voy. sur cette question, Hennette-Vauchez & Roman, 2015.

¹⁴ Le Comité des droits de l'enfant des Nations Unies est l'organe chargé de surveiller l'application de la CIDE dans tous les pays qui l'ont ratifiée. Il est composé de 18 experts indépendants (article 43 de la CIDE). Son rôle est triple. Tout d'abord, en vertu de l'article 44 de la CIDE, les États doivent soumettre périodiquement des rapports au Comité des droits de l'enfant lequel est chargé, à l'issue de l'examen de ces rapports, d'abord de formuler des observations finales dans lesquelles il attire l'attention sur les développements positifs et les points difficilement conciliables, voire inconciliables avec la CIDE, ensuite d'adresser des suggestions et des recommandations à l'État concerné. A ce jour, le Comité a déjà rendu quatre observations finales à l'égard de la Belgique, en 1995, 2002, 2010 et 2019 (disponibles à l'adresse suivante : www.oejaj.cfwb.be/index.php?id=5390). Le Comité a par ailleurs reçu la compétence, suite à l'adoption par l'Assemblée générale des Nations Unies, le 19 décembre 2011, du Protocole facultatif établissant une procédure de présentation de communications, de recevoir et d'examiner des plaintes individuelles d'enfants pour violation de leurs droits, des plaintes interétatiques ainsi que de mener des procédures d'enquête. Enfin, le Comité publie régulièrement son interprétation des dispositions de la CIDE sous forme d'observations générales concernant des questions thématiques.

¹⁵ Voy. aussi C.D.E., 2003.

dédié aux droits spécifiques de l'enfant (intérêt supérieur de l'enfant, droit au développement et droit à la participation).

Au fil du temps, le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant est devenu le principe cardinal de la protection des droits de l'enfant (Moreau, 2013 ; Rasson, 2020 ; Mathieu & Rasson, 2021). Ce principe, en tant que « *notion ouverte* » (Fierens, 2016), fait cependant l'objet de controverses et reste trop largement méconnu des professionnels et des parents. Il est donc important de s'y arrêter un instant.

Le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant

Le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant, principe-clé du cadre normatif des droits de l'enfant, est un principe juridique ambivalent (Rasson, 2020). Le Comité des droits de l'enfant souligne dans le même sens que « *du fait de sa souplesse, le concept d'intérêt supérieur de l'enfant est adaptable à la situation d'un enfant particulier et à l'évolution des connaissances sur le développement de l'enfant. Cette souplesse laisse toutefois la porte ouverte à des manipulations ; le concept d'intérêt supérieur de l'enfant a été utilisé abusivement : par des gouvernements et d'autres pouvoirs publics pour justifier des politiques racistes, par exemple ; par des parents pour défendre leurs propres intérêts dans des différends relatifs à la garde ; par des professionnels qui n'en ont cure et refusent d'évaluer l'intérêt supérieur de l'enfant en le qualifiant de non pertinent ou de dénué d'importance* » (C.D.E., 2013a, §34).

Dans son observation générale n°14 sur le droit de l'enfant à ce que son intérêt supérieur soit une considération primordiale, le Comité (2013a) tente d'explicitier ce que doit signifier, dans la philosophie des droits humains, la prise en compte de l'intérêt de l'enfant dans toute décision qui le concerne et énonce ainsi une série de lignes directrices.

À titre principal, le Comité rappelle que l'intérêt de l'enfant doit renforcer ses droits et non les réduire ou les faire disparaître. Il souligne ainsi que « *l'évaluation et la détermination de l'intérêt supérieur de l'enfant ont pour objet d'assurer la jouissance pleine et effective des droits reconnus par la Convention et ses Protocoles facultatifs et le développement global de l'enfant* » (C.D.E., 2013a, §82). Les droits de l'enfant, en ce compris la prise en compte de son intérêt, sont en effet universels, indivisibles, interdépendants et indissociables.

Pour le Comité, l'article 3.1 de la Convention se déploie dans trois dimensions : 1) c'est un droit de fond, directement applicable ; (2) c'est un principe juridique interprétatif fondamental suivant lequel lorsqu'une règle juridique peut être interprétée de plusieurs façons, c'est celle qui respecte le plus efficacement l'intérêt de l'enfant qui doit être choisie ; (3) c'est une règle de procédure qui impose aux États, lorsqu'une décision est prise, *d'évaluer* les incidences (positives ou négatives) sur l'enfant

concerné ou les enfants concernés et puis de *déterminer* ce qui est le mieux en vue de la protection de leurs intérêts. Le Comité précise à cet égard que « *les États parties doivent expliquer comment ce droit a été respecté dans la décision, à savoir ce qui a été considéré comme étant dans l'intérêt supérieur de l'enfant, sur la base de quels critères et comment l'intérêt supérieur de l'enfant a été mis en balance avec d'autres considérations, qu'il s'agisse de questions de portée générale ou de cas individuels* » (C.D.E., 2013a, §6). L'évaluation et la détermination de l'intérêt de l'enfant doivent nécessairement être concrètes et non simplement théoriques. Il s'agit de déterminer la teneur de l'intérêt de l'enfant au cas par cas, selon les circonstances, le contexte et les besoins de l'enfant (Mathieu & Rasson, 2021).

Le processus d'évaluation et de détermination de l'intérêt de l'enfant doit être réalisé par des professionnels qualifiés et toute décision qui concerne un enfant doit être « *motivée, justifiée et expliquée* » (C.D.E., 2013a, §97). Le raisonnement juridique doit ainsi être précis et exhaustif.

Concrètement, le Comité impose aux États huit obligations : (1) incorporer l'intérêt supérieur de l'enfant dans toutes les normes qui concernent les enfants ; (2) « ***faire une place à l'intérêt supérieur de l'enfant dans la coordination et l'exécution des politiques aux niveaux national, régional et local*** »¹⁶ ; (3) prévoir des mécanismes de plainte et de recours pour que l'intérêt supérieur de l'enfant puisse être contrôlé dans toute procédure qui le concerne ; (4) intégrer l'intérêt de l'enfant dans l'allocation des ressources qui concernent les droits de l'enfant ; (5) veiller à ce que l'intérêt supérieur de l'enfant soit visé dans la collecte de données ; (6) informer et former les acteurs en lien avec les enfants (dont les professionnels) sur l'intérêt supérieur de l'enfant ; (7) sensibiliser les enfants et les familles à l'intérêt supérieur de l'enfant dans un langage adapté et veiller à ce que l'opinion des enfants soit prise en considération dans ce contexte ; (8) mener des campagnes de sensibilisation pour « *combattre toutes les attitudes et représentations négatives entravant la pleine réalisation du droit de l'enfant à ce que son intérêt supérieur soit évalué et soit une considération primordiale* » (C.D.E., 2013a, §15). Il estime que les cinq paramètres suivants doivent être pris en considération : « *La nature universelle, indivisible, interdépendante et indissociable des droits de l'enfant ; la reconnaissance des enfants en tant que titulaires de droits ; la nature et la portée universelle de la Convention ; l'obligation pour les États parties de respecter, protéger et mettre en œuvre tous les droits consacrés par la Convention ; les effets à court, à moyen et à long terme des actions liées au développement de l'enfant dans le temps.* » (C.D.E., 2013a, §16).

L'expression « *une considération primordiale* » signifie que les droits et intérêts des autres sont aussi importants que ceux de l'enfant mais que, dans la balance, un plus grand poids doit être accordé à ce qui sert au mieux l'intérêt de l'enfant, car il est plus vulnérable que les autres. Pour le Comité,

¹⁶ C'est nous qui soulignons.

« cette position forte est justifiée par la situation particulière de l'enfant : dépendance, degré de maturité, statut juridique et, fréquemment, impossibilité de faire entendre sa voix. Les enfants ont moins de possibilités que les adultes de défendre vigoureusement leurs propres intérêts et ceux qui sont associés aux décisions qui les concernent doivent connaître précisément leurs intérêts. Si les intérêts des enfants ne sont pas mis en exergue, ils tendent à être négligés » (C.D.E., 2013a, §37).

Pour guider les autorités et les acteurs de terrain à évaluer et déterminer l'intérêt supérieur de l'enfant, le Comité identifie différents éléments qui doivent être pris en compte : notamment l'opinion de l'enfant, son identité, la préservation de son milieu familial et le maintien de ses relations, la prise en charge, la protection et la sécurité de l'enfant, la situation de vulnérabilité dans laquelle il se trouve, son droit à la santé et son droit à l'éducation.

Concernant la prise en compte de la parole de l'enfant, le Comité met en lumière le fait que l'article 3.1 de la CIDE entretient des liens tout particuliers, qu'il qualifie même d'« *inextricables* », avec l'article 12 de la Convention qui reconnaît à l'enfant le droit d'être entendu dans toute décision qui le concerne et celui de voir son opinion dûment prise en considération eu égard à son âge et sa maturité (voy. aussi Lansdown, 2016 ; Mathieu & Rasson, 2021). Le Comité relève :

« Les deux articles ont des rôles complémentaires : le premier fixe pour objectif de réaliser l'intérêt supérieur de l'enfant et le deuxième définit la méthode pour entendre l'opinion de l'enfant ou des enfants et la prendre en considération dans toutes les affaires qui les concernent, y compris pour l'évaluation de leur intérêt supérieur. Le paragraphe 1 de l'article 3 ne saurait être correctement appliqué si les prescriptions de l'article 12 ne sont pas respectées. De même, l'article 3 renforce la fonctionnalité de l'article 12, en facilitant le rôle essentiel des enfants dans toutes les décisions intéressant leur vie » (C.D.E., 2013a, §43).

Cette interprétation du Comité est tout particulièrement importante pour éviter une décision « *adulto-centriste* » qui, refusant d'entendre l'enfant et de l'appréhender comme un sujet de droits, le place à nouveau dans une position d'objet à protéger et non d'être humain titulaire de droits (Mathieu & Rasson, 2021).

Il précise encore que « *l'évaluation et la détermination de l'intérêt supérieur de l'enfant sont les deux stades de la marche à suivre pour prendre une décision. L'évaluation de l'intérêt supérieur consiste à examiner et mettre en balance l'ensemble des éléments à prendre en considération pour arrêter une décision concernant un enfant ou un groupe d'enfants dans une situation particulière. Elle est effectuée par l'autorité décisionnaire et ses collaborateurs – si possible une équipe pluridisciplinaire – et elle requiert la participation de l'enfant. L'expression « détermination de l'intérêt supérieur » désigne le processus formel, assorti de sauvegardes procédurales rigoureuses, ayant pour objet de*

déterminer l'intérêt supérieur de l'enfant sur la base de l'évaluation de l'intérêt supérieur à laquelle il a été procédé. » (C.D.E., 2013a, §47)

Pour aider les acteurs dans l'évaluation et la détermination de l'intérêt supérieur de l'enfant, le Comité estime qu'il faut établir « une liste non exhaustive et non hiérarchisée des éléments à évaluer par toute autorité décisionnaire amenée à déterminer quel est l'intérêt supérieur d'un enfant [...]. L'établissement d'une telle liste d'éléments permettrait de fournir à l'État ou à l'autorité décisionnaire des orientations pour l'encadrement réglementaire de domaines particuliers concernant les enfants, notamment la famille, l'adoption ou la législation relative à la justice pour mineurs, et d'autres éléments jugés pertinents eu égard à la tradition juridique du pays concerné pourraient au besoin y être ajoutés. Le Comité tient à souligner que tout ajout d'éléments à la liste devrait être effectué en ayant à l'esprit que le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant a pour but ultime d'assurer la jouissance pleine et effective des droits reconnus par la Convention et le développement harmonieux de l'enfant » (C.D.E., 2013a, §§50 et 51). Des listes ont déjà été élaborées par certains chercheurs mais méritent une réflexion approfondie. Si un tel outil concret peut soutenir les autorités et les professionnels, il pourrait aussi être inadapté dans certaines situations concrètes et faire perdre le caractère souple et individuel du principe : « L'intérêt de l'enfant n'a pas de contenu a priori. On ne peut le reconnaître avant d'être confronté à une situation particulière. C'est à cela qu'il sert : à obliger d'abord à faire silence, à éteindre les lumières parasites et à regarder qui est l'enfant. Je me méfie des grilles d'indicateurs et des formules pseudo-mathématiques qui cracheront la formule de l'intérêt supérieur de l'enfant. Remplacez les juges par des ordinateurs, tant que vous y êtes. L'étoile polaire indique une direction et permet une mesure, possible déjà avec des instruments aussi simples qu'un compas ou un sextant. L'intérêt supérieur de l'enfant remplit le même rôle. Il n'est pas un point de vue philosophique à débattre mais une notion juridique, donc un levier pour l'action. » (Fierens, 2016, p. 39).

Quatre balises essentielles dans l'évaluation et la détermination de l'intérêt de l'enfant doivent être, en tout état de cause, retenues : 1/ L'intérêt supérieur de l'enfant implique avant tout le respect et l'effectivité de ses droits et son développement global ; 2/ Dans la balance des droits et intérêts de chacun, les intérêts de l'enfant priment eu égard à sa vulnérabilité ; 3/ L'intérêt de l'enfant doit faire l'objet d'une évaluation concrète et individuelle, qui implique notamment de prendre en compte le caractère évolutif de l'enfance ; 4/ La parole de l'enfant doit être recueillie et son opinion prise en considération eu égard à son discernement (Rasson, 2020; Mathieu & Rasson, 2021).

Enfin, et sans exhaustivité, le Comité des droits de l'enfant insiste sur le fait de veiller à la dimension temporelle, dès lors que la perception du temps diffère suivant que l'on est enfant ou adulte : « les retards dans le processus de décision ou sa durée excessive sont particulièrement préjudiciables aux enfants – en constante évolution ». Il souligne, en outre, le lien entre la prise en

compte de l'intérêt de l'enfant et l'évolution de ses capacités et de son développement (article 5 de CIDE), et précise qu'il est nécessaire de réexaminer cet intérêt « à intervalles raisonnables à mesure que l'enfant se développe et que sa capacité d'exprimer ses vues évolue » (C.D.E., 2013a, §93).

La place des parents et l'équilibre entre le droit à la vie familiale et le droit à la protection¹⁷

Les États doivent aussi permettre aux responsables de l'enfant (parents, famille, tuteurs et tutrices...) de pleinement jouer leur rôle, de garantir sa protection et les soins nécessaires à son bien-être, et d'assurer la mise en place de services chargés de veiller directement à celui-ci. L'article 18 de la CIDE proclame à cet égard : « [...] *La responsabilité d'élever l'enfant et d'assurer son développement incombe au premier chef aux parents ou, le cas échéant, à ses représentants légaux. Ceux-ci doivent être guidés avant tout par l'intérêt supérieur de l'enfant. [...] Les États parties accordent l'aide appropriée aux parents et aux représentants légaux de l'enfant dans l'exercice de la responsabilité qui leur incombe d'élever l'enfant et assurent la mise en place d'institutions, d'établissements et de services chargés de veiller au bien-être des enfants. [...] Les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour assurer aux enfants dont les parents travaillent le droit de bénéficier des services et établissements de garde d'enfants pour lesquels ils remplissent les conditions requises. »*

Dans le même sens, en Belgique, l'autorité parentale est un « droit-fonction » des parents qui doit être exercé dans l'intérêt de l'enfant.

S'agissant des parents, il faut tout d'abord rappeler que la famille constitue « *l'unité fondamentale de la société et le milieu naturel pour la croissance et le bien-être de tous ses membres et en particulier des enfants* » (Préambule de la CIDE). Le Comité des droits de l'enfant souligne le rôle-clé des parents dans la prise en charge des enfants tout-petits et de l'importance de les soutenir et de les accompagner (C.D.E, 2005). Ils constituent un acteur incontournable dans la réponse à la fragmentation des services de la santé. Cette position est particulièrement essentielle pour les parents carencés ou en difficultés (Vander Linden & Roegiers, 2004) car la collaboration entre les intervenants permet précisément d'aller au-delà de la complexité de la situation en faisant se rencontrer des partenaires au niveau de l'enfant et au niveau du ou des adulte(s) (CRéSaM, 2015).

Le Comité des droits de l'enfant insiste par ailleurs sur le respect de l'article 9.1 de la Convention qui consacre le principe du maintien de l'enfant dans son milieu familial, sauf si une séparation est nécessaire dans l'intérêt supérieur de l'enfant (C.D.E., 2013a). Il précise à cet égard qu'une séparation doit être une mesure de dernier ressort et ne devrait pas être autorisée si une

¹⁷ Pour une analyse récente des balises posées par la Cour européenne des droits de l'homme en la matière, voy. La Code (2020).

mesure moins intrusive permet de préserver l'intérêt supérieur de l'enfant. En cas de séparation, le respect de l'article 9.3 de la Convention exige, en outre, de préserver le droit de l'enfant à entretenir des relations personnelles et des contacts directs avec ses deux parents, le respect de son intérêt supérieur traçant encore une fois les limites de ce droit. Le Comité relève enfin que le partage des responsabilités parentales rencontre en général l'intérêt supérieur de l'enfant et que la préservation du milieu familial englobe « *la préservation des attaches au sens large de l'enfant. Ces attaches le lient à sa famille élargie, dont les grands-parents, oncles et tantes, ainsi qu'à ses amis, à l'école et au milieu de vie de l'enfant au sens large* » (C.D.E., 2013a, §70).

Bien évidemment, dans certaines circonstances, « *le souci de préserver le milieu familial peut être en conflit avec l'impératif de protéger l'enfant contre le risque de violence ou de maltraitance de la part de ses parents. Dans une telle éventualité, les divers éléments devront être mis en balance pour dégager la solution répondant à l'intérêt supérieur de l'enfant ou des enfants.* » (C.D.E., 2013a, §81). Cette question complexe entre, d'une part, le droit à la protection de l'enfant et, d'autre part, son droit de vivre en famille fait l'objet de nombreux débats entre les spécialistes. Certains considèrent que les interventions sont parfois trop précoces et ne visent pas suffisamment le retour en famille tandis que d'autres se réfugient derrière la CIDE pour justifier une non-intervention qui était pourtant indispensable au nom de l'intérêt supérieur de l'enfant. Dès lors que nous n'avons pas investigué plus en avant cette question, nous nous limiterons au rappel de ces principes. Une recherche approfondie sur la manière dont les professionnels de terrain se saisissent de ce difficile équilibre viendrait utilement compléter la littérature actuelle en la matière.

La mise en œuvre cohérente des droits de l'enfant

Afin de mettre en œuvre les droits des enfants et de répondre à leurs besoins, de nombreuses structures de l'enfance et de la jeunesse se sont mises en place en Région wallonne et en Fédération Wallonie-Bruxelles (ONE, 2015 ; Pirard et al., 2015), dans un contexte de réformes successives de l'État belge, entraînant dans la foulée une multiplication de normes législatives et administratives ainsi qu'un véritable morcellement des politiques publiques¹⁸ (Guillaume, 2014 ; IWSM, 2009; Vandekerke, 2015).

Si la multiplication des services n'est pas un problème en soi, le Comité des droits de l'enfant estime qu'il y a nécessité « *d'améliorer la coordination de la mise en œuvre de la Convention* » en Belgique (C.D.E., 2019, §9) au moyen de « *stratégies coordonnées et multisectorielles fondées sur les droits* » qui permettent de « *garantir que l'intérêt supérieur de l'enfant est toujours au centre des activités de planification et de fourniture des services [qui] devraient être fondées sur une approche systématique et intégrée* » (C.D.E., 2005, §22). Le Comité pointe notamment, dans le contexte belge,

¹⁸ Les politiques publiques étant des programmes d'actions réfléchis et mis en œuvre par une autorité publique (des élus, un gouvernement...) autour d'un enjeu précis (Fallon, 2014; Turgeon & Savard, 2012).

l'importance de « *renforcer le mandat de la Commission nationale pour les droits de l'enfant afin qu'elle coordonne les activités et mécanismes pertinents établis aux niveaux fédéral, communautaire, régional et local et de définir clairement les rôles et les responsabilités des mécanismes engagés dans la mise en œuvre de la Convention à ces différents niveaux* » (C.D.E., 2019, §9).

Une réponse adéquate au morcellement des politiques publiques est ainsi un enjeu prioritaire au regard de l'effectivité des droits de l'enfant.

Le bien-être et les droits de l'enfant en matière de santé mentale

Le bien-être de l'enfant occupe une place prépondérante dans la CIDE. Selon l'article 3.2, en effet, « *les États parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être, compte tenu des droits et des devoirs de ses parents, de ses tuteurs ou des autres personnes légalement responsables de lui, et ils prennent à cette fin toutes les mesures législatives et administratives appropriées* ».

Lorsque les enfants eux-mêmes sont interrogés sur ce qui nourrit leur bien-être, ils évoquent dix domaines de la vie, catégorisés en six priorités, qui, selon eux, y participent : avoir des relations positives avec la famille et les amis, avoir une perception positive de soi et une identité respectée, avoir les opportunités de participer à des activités épanouissantes, disposer d'un logement et d'un environnement sécurisant, disposer de ce qui est nécessaire en suffisance (argent, biens, consommation), disposer des conditions pour apprendre et se développer. Dans cette sixième dimension, est inclus *le fait de jouir d'une bonne santé* (Moreau, 2015).

S'agissant de la santé, l'article 24 de la CIDE proclame que « *les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation* »¹⁹. L'article 23 de la CIDE consacre quant à lui le fait que « *les États parties reconnaissent que les enfants mentalement ou physiquement handicapés doivent mener une vie pleine et décente, dans des conditions qui garantissent leur dignité, favorisent leur autonomie et facilitent leur participation active à la vie de la collectivité* ».

Selon le Comité, le droit à la santé visé à l'article 24 est « *un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement les services appropriés de prévention, de promotion de la santé et de réadaptation et les services curatifs et palliatifs, assurés en temps voulu, mais aussi le droit pour l'enfant de grandir et de se développer au maximum de son potentiel et de vivre dans des conditions qui lui permettent de jouir du meilleur état de santé possible grâce à la mise en œuvre de programmes qui s'attaquent aux déterminants fondamentaux de la santé. Une approche globale de la santé place*

¹⁹ C'est nous qui soulignons.

la réalisation du droit de l'enfant à la santé dans le cadre plus large des obligations internationales relatives aux droits de l'homme. » (C.D.E., 2013b, §I).

Le droit à la santé des enfants inclut bien évidemment le droit à la « santé mentale ».

Cette expression recouvre de multiples définitions. Nous utiliserons dans nos travaux, comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, la définition que le CRéSaM a construite sur base de la proposition de l'Association canadienne pour la Santé Mentale, qui décrit la santé mentale comme « *un état d'équilibre psychique et émotionnel qui fait que nous sommes bien avec nous-mêmes, que nous avons des relations satisfaisantes avec autrui et que nous sommes capables de faire face aux exigences de la vie* » (CRéSaM, n.d.; Minotte & Gosselin, 2012, p.17)²⁰.

Le droit à la santé mentale des enfants peut aussi être étroitement lié au droit au développement consacré à l'article 6 de la CIDE. Le Comité des droits de l'enfant considère ainsi que « *l'article 6 [qui proclame le droit à la vie, à la survie et au développement] englobe tous les aspects du développement et que la santé et le bien-être psychosocial du jeune enfant sont interdépendants à maints égards. L'une et l'autre peuvent être compromis par des conditions de vie difficiles, la négligence, l'indifférence, les mauvais traitements et des possibilités limitées d'épanouissement.* » (C.D.E, 2005, §10).

Le Comité précise encore que, dans **l'élaboration des politiques publiques en matière de santé mentale, une approche fondée sur les droits doit guider les autorités**, ce qui implique notamment la prise en considération de ses intérêts supérieurs et le respect de son droit à la participation (C.D.E., 2013a, cf. *infra*).

Sur base de ces éléments, il paraît clair que des **réponses structurelles aux problématiques du développement psychique de l'enfant sont indispensables**, ce que la crise COVID-19 a encore fortement rappelé (UNICEF, 2021).

Dans le même sens, le Comité belge pour la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents, dans son mémorandum de 2019, réclame l'augmentation des budgets alloués à la santé mentale dans les programmes de santé à destination des enfants, s'appuyant notamment sur les recommandations du Sommet Ministériel Mondial de 2018 sur la santé mentale organisé par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) au début du mois d'octobre 2018 à Londres et dont les conclusions ont été approuvées par la Belgique (COMSMEA-COMGGKJ, 2019). Le budget en santé mentale doit venir renforcer la prise en charge de l'enfance et de

²⁰ Nous éviterons ainsi divers écueils relatifs à la définition proposée par l'OMS ; voir, à ce sujet, Minotte & Gosselin, 2012, pp.15 et suivantes.

l'adolescence, et particulièrement de la petite enfance (CRéSaM & GT Champ des pratiques cliniques de la petite enfance, 2015b).

L'IMPORTANCE DE LA PRISE EN CHARGE PRECOCE DES TROUBLES DE LA SANTE MENTALE

Résumé : Investir dans la petite enfance (les 30 premiers mois)

Les experts s'accordent aujourd'hui sur l'urgence d'investir dans la petite enfance (C.D.E., 2005 ; A.P.C.E, 2019 ; COMSMEA-COMGGKJ, 2019 ; Lundy, 2011). Comme le Délégué général aux droits de l'enfant le souligne dans son rapport annuel 2019-2020 :

« Les inégalités les plus puissantes, les plus destructrices, les plus lourdes à endurer sont les inégalités d'origine, les inégalités de destin, les inégalités à la naissance. Et pour espérer en venir à bout, il faut impérativement agir dès la petite enfance. » (DGDE, 2020, p. 26).

La période des 30 premiers mois, trop peu subsidiée, est pourtant cruciale en termes de réalisation des droits, avec un impact significatif sur l'avenir de l'enfant, sur le plan personnel, social et éducatif. C'est également le cas du point de vue de son développement psychique (Dechamps et al., 2006 ; Moro, 2015 ; Pirard et al., 2015). Ainsi, les événements traumatiques survenant durant cette période peuvent être à l'origine de problèmes de santé mentale plus tard (Bellis et al., 2017; Berger & Bonneville, 2007; COMSMEA-COMGGKJ, 2019; ONE, 2015; Tremblay, 2010; UNICEF, 2017). À l'inverse, la bientraitance ou une intervention psychologique durant cette période – deux éléments-clés de la réalisation des droits fondamentaux de l'enfant – peuvent avoir des effets bénéfiques qui se prolongent sur le long terme (Bellis et al., 2017; Brunner, 2019; CRéSaM & GT Champ des pratiques cliniques de la petite enfance, 2015b; Delion, 2014; Saïas et al., 2015; Tremblay, 2010). De nombreuses études ont ainsi fait état des multiples bénéfices, y compris économiques, qu'entraîne l'investissement dans cette période de la vie (Barnett & Masse, 2007; Campbell et al., 2014; Cannon et al., 2018; Mcdaid & Park, 2011; Nores & Barnett, 2010).

Précisons enfin que, si nous insistons sur l'importance cruciale d'investir durant cette période, cela n'implique pas le fait qu'il ne faut pas investir aussi dans des politiques relatives à l'enfance et à l'adolescence, qui sont aussi des moments cruciaux dans la vie d'un enfant, ni que nous adhérons à une approche déterministe du développement de l'enfant. En effet, même si *« beaucoup de choses se jouent pendant les 1000 premiers jours, [...] tout ne s'y décide pas »* (Cyrulnik et al., 2020, p.13) et chaque étape du cheminement de vie peut influencer positivement ou négativement le développement de l'enfant, puis de l'adulte qu'il deviendra.

Le respect de l'intérêt supérieur de l'enfant impose de tenir compte du caractère évolutif de ses capacités. L'enfance est en effet divisée en plusieurs temps, dont celui de la petite enfance.

Les experts s'accordent aujourd'hui sur l'urgence d'investir dans la petite enfance. Comme le Délégué général aux droits de l'enfant le soulignait dans son rapport annuel 2019-2020 :

*« La qualité de vie et le vécu quotidien des enfants avant leur entrée dans l'enseignement obligatoire conditionnent ce qu'ils deviendront. De nombreuses études convergentes ont démontré que la qualité de l'éducation reçue, la stimulation aux apprentissages et la sécurité affective dont bénéficie l'enfant durant ses premières années orientent sans conteste son développement général. La qualité du contexte des premiers apprentissages cognitifs, notamment, conditionne fortement tous les apprentissages qui suivront. Si l'on s'en tient au large consensus scientifique qui s'est développé au cours des dernières décennies chez les spécialistes des neurosciences, l'enfant, en grandissant, portera toujours le poids des premiers apprentissages naturels réalisés dans des conditions qui ne sont pas idéales. **Les inégalités les plus puissantes, les plus destructrices, les plus lourdes à endurer sont les inégalités d'origine, les inégalités de destin, les inégalités à la naissance. Et pour espérer en venir à bout, il faut impérativement agir dès la petite enfance.** » (DGDE, 2020, p. 26).*

Le Comité des droits de l'enfant a lui aussi montré une attention particulière à la petite enfance et a rédigé une observation générale spécialement dédiée à cette catégorie d'âge (C.D.E., 2005). Selon lui, parce que tous les droits de la CIDE s'appliquent universellement, les enfants, dès leurs premières années de vie, doivent bénéficier d'un ensemble complet de droits recouvrant presque tous les domaines de leur vie, y compris l'éducation, le jeu, la vie privée, la santé et les soins de santé, ainsi qu'un niveau de vie adéquat et la protection contre toutes les formes d'abus, de négligence et de violence. Le Comité positionne clairement les enfants, y compris les jeunes enfants, en tant que détenteurs de droits et impose aux États le devoir correspondant de respecter, de protéger et de mettre en œuvre ces droits (Lundy, 2011).

Le Comité précise encore que les jeunes enfants doivent recevoir une attention particulière *« en raison de la rapidité de leur évolution ; ils sont plus vulnérables face aux maladies, aux traumatismes ou autres facteurs pouvant perturber leur développement ; ils sont relativement désarmés quand il s'agit d'éviter les difficultés ou de les affronter ; enfin, ils dépendent d'autres personnes qui seules peuvent leur offrir une protection et préserver leurs intérêts »* (C.D.E., 2005, §36).

Si la petite enfance s'envisage jusqu'à l'entrée à l'école, elle est généralement découpée en périodes bien distinctes, les deux premières allant de la préconception à la naissance, puis de la naissance jusqu'aux 3 ans de l'enfant, avec une attention toute particulière à accorder aux 1000

premiers jours (UNICEF, 2017). Cette période est cruciale en termes de réalisation des droits, avec un impact significatif sur l'avenir de l'enfant, sur le plan personnel, social et éducatif.

Le Comité des droits de l'enfant soutient, dans le domaine de la santé mentale, l'investissement « *dans des systèmes de soins primaires facilitant la détection et le traitement précoce des problèmes psychologiques, affectifs et mentaux des enfants* » (C.D.E., 2013b, §IIIB). Il précise encore qu'une prise en charge pertinente des troubles de la santé mentale dans la petite enfance est primordiale : « *les premières années de la vie des jeunes enfants sont fondamentales pour leur santé physique et mentale, leur sécurité affective, leur identité culturelle et personnelle et leurs capacités de développement* » (C.D.E., 2005, §6). L'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe souligne aussi, dans sa résolution n°2291, l'importance de « *consacrer des ressources adéquates à la prévention et à la détection précoce des problèmes de santé mentale, et aux interventions précoces non coercitives, en particulier chez les enfants et les jeunes, sans stigmatisation* » (A.P.C.E, 2019, §7.4). Dans le même sens, le Comité belge pour la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents insiste sur « *l'impact positif du diagnostic et de l'intervention thérapeutique précoce (notamment sur la qualité des interactions précoces caregiver-bébé) sur le développement et la diminution de psychopathologies à des âges plus avancés* » (COMSMEA-COMGGKJ, 2019, p.4).

En psychopathologie, les 30 premiers mois correspondent, d'ailleurs, à un ensemble de classification des maladies (*Zero to Three*, CIM-10, CFTMEA-R2000...) qui lui sont propres (Dechamps et al., 2006). Un bébé peut souffrir psychiquement (Delion, 2014). La petite enfance est en outre une période déterminante pour le développement mental (Pirard et al., 2015) car synonyme de construction des théories infantiles et de la pensée (Moro, 2015). Ainsi, certains événements se déroulant pendant la grossesse, puis tout au long de ces premières années de vie, peuvent être à l'origine de problèmes de santé mentale qui pourront survenir ou être diagnostiqués bien plus tard (Bellis et al., 2017; Berger & Bonneville, 2007; COMSMEA-COMGGKJ, 2019; ONE, 2015; Tremblay, 2010; UNICEF, 2017). En effet, lorsque les capacités de défense d'un enfant face à un événement sont dépassées, son psychisme immature y réagit souvent en mettant en place des défenses rigides, voire pathogènes, au détriment de ses fonctions d'organisation, de construction et de création, pouvant donner lieu à des traumatismes psychiques (Berger & Bonneville, 2007). Les petits enfants perçoivent directement et indirectement ces traumatismes, qu'il s'agisse des leurs, de ceux de leurs parents ou, plus généralement, de ceux d'un groupe déstructuré (faisant par exemple face à un événement collectif) et en subissent alors les conséquences durant les années qui suivent et jusque dans leur vie adulte (Moro, 2015). *A contrario*, la bientraitance, ou une intervention psychologique durant cette période en cas d'événements traumatiques – deux éléments-clé de la réalisation des droits fondamentaux de l'enfant – peuvent avoir des effets bénéfiques qui se prolongent sur le long terme (Bellis et al., 2017;

Brunner, 2019; CRéSaM & GT Champ des pratiques cliniques de la petite enfance, 2015b; Delion, 2014; Saias et al., 2015; Tremblay, 2010).

Par ailleurs, fragmenter les âges de vie de l'enfant, et donc opérer une distinction entre les 30 premiers mois et la suite de la petite enfance, est justifié parce qu'en Belgique, l'on peut constater une différenciation nette entre la prise en charge des enfants préscolarisés et les autres, ce qui modifie dès lors fondamentalement le paysage institutionnel autour de l'enfant. À cela s'ajoute qu'au-delà de 30 mois, de nouveaux registres de pathologie mentale font leur apparition (Dechamps et al., 2006) et de nouveaux services (milieu scolaire, accueil temps libre...) sont organisés. Pour ces différentes raisons et parce qu'il aurait été complexe de mener une étude approfondie et qualitative en intégrant tous ces acteurs complémentaires à partir de la scolarité de l'enfant, nous nous sommes concentrés, dans cette recherche, sur la période des 30 premiers mois.

Notons que si la périnatalité n'est pas habituellement incluse dans ces 30 premiers mois – au contraire des 1000 premiers jours, il reste néanmoins important d'y prêter attention, cette période étant en effet un moment de vulnérabilité en termes d'exposition et de risques pour le fœtus (Cyrulnik et al., 2020), tout en rappelant que seul l'enfant né vivant et viable détient la personnalité juridique et est titulaire de droits humains.

Précisons enfin que, si nous insistons sur l'importance cruciale d'investir durant cette période, cela n'implique pas le fait qu'il ne faut pas investir aussi dans des politiques relatives à l'enfance et à l'adolescence, qui sont aussi des moments cruciaux dans la vie d'un enfant, ni que nous adhérons à une approche déterministe du développement de l'enfant. En effet, même si « *beaucoup de choses se jouent pendant les 1000 premiers jours, [...] tout ne s'y décide pas* » (Cyrulnik et al., 2020, p.13) et chaque étape du cheminement de vie peut influencer positivement ou négativement le développement de l'enfant, puis de l'adulte qu'il deviendra.

L'IMPORTANCE DE LA CONTINUITÉ DES SOINS EN SANTÉ MENTALE

Résumé : Morcellement des politiques publiques : coordination multisectorielle et continuité

Afin de mettre en œuvre les droits des enfants et de répondre à leurs besoins, de nombreuses structures de l'enfance et de la jeunesse se sont mises en place, dans un contexte de réformes successives de l'État belge, entraînant une multiplication de normes législatives et administratives ainsi qu'un véritable morcellement des politiques publiques.

Si la multiplication des services n'est pas un problème en soi, elle requiert une **coordination de la mise en œuvre de la CIDE au moyen de « stratégies coordonnées et multisectorielles fondées sur les droits »** qui permettent de « *garantir que l'intérêt supérieur de l'enfant est toujours au centre des activités de planification et de fourniture des services [qui] devraient être fondées sur une approche systématique et intégrée* » (C.D.E., 2005, §22). La prise en charge de la santé mentale des enfants implique donc **l'instauration d'un réseau coordonné et efficace de professionnels et une collaboration multisectorielle** (A.P.C.E., 2005 ; UNICEF, 2021).

Dans ce tissu d'acteurs et d'institutions multiples, la prise en charge doit se fonder sur **une approche individualisée** (A.P.C.E., 2005, §9), dans laquelle la prise en charge personnelle doit se situer dans la **continuité des soins, dans la relation entre patients et praticiens, dans le soutien et la confiance lors du passage de témoin d'une personne référente à une autre**.

Plusieurs initiatives ont déjà été mises en œuvre pour répondre au morcellement des politiques publiques en matière de santé mentale et de petite enfance et, plus généralement, en matière de droits de l'enfant : création d'organes de coordination, élaboration de protocoles de collaboration et puis, plus spécifiquement, nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents, en 2015, avec la création de réseaux sur les territoires provinciaux. Si ces initiatives présentent des avantages, les familles et professionnels en contact avec les usagers rapportent toujours des besoins qui ne sont pas actuellement couverts du fait de ce morcellement.

Collaborations, coordination, intégration et continuité des soins

Afin de mettre en œuvre les droits des enfants et de répondre à leurs besoins, de nombreuses structures de l'enfance et de la jeunesse se sont mises en place, dans un contexte de réformes successives de l'État belge, entraînant une multiplication de normes législatives et administratives ainsi qu'un véritable morcellement des politiques publiques.

Si la multiplication des services n'est pas un problème en soi, elle requiert une coordination de la mise en œuvre de la CIDE au moyen de « *stratégies coordonnées et multisectorielles fondées sur les droits* » qui permettent de « *garantir que l'intérêt supérieur de l'enfant est toujours au centre des activités de planification et de fourniture des services [qui] devraient être fondées sur une approche systématique et intégrée* » (C.D.E., 2005, §22). La prise en charge de la santé mentale des enfants implique donc l'instauration d'un réseau coordonné et efficace de professionnels et une collaboration multisectorielle (A.P.C.E., 2005 ; UNICEF, 2021).

Dans ce tissu d'acteurs et d'institutions multiples, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (APCE) rappelle, en outre, que la prise en charge doit se fonder sur une approche individualisée (A.P.C.E., 2005, §9), dans laquelle la prise en charge personnelle doit se situer dans la continuité des soins, dans la relation entre patients et praticiens, dans le soutien et la confiance lors du passage de témoin d'une personne référente à une autre. Dans le même sens, plusieurs experts soulignent que l'accompagnement de l'enfant doit être continu, soutenant, le mettant en confiance lors du passage de témoin d'une personne référente à une autre (Brunner, 2019; Pirard et al., 2015).

La continuité des soins peut être définie comme « *la qualité des soins dans le temps d'une perspective à la fois du patient et du prestataire (Gulliford, Naithani, & Morgan, 2006). Cela inclut à la fois une continuité longitudinale (c'est-à-dire des séries de contacts ininterrompus sur une longue période) et une continuité transversale (c'est-à-dire une cohérence des interventions entre les différents prestataires de services et à l'intérieur de ceux-ci)* (Bruce & Paxton, 2002; Thornicroft & Tansella, 1999) » et implique des stratégies au niveau macro, méso et micro (ADOCARE, 2015, p. 12).

Cette continuité des interventions est, selon le Délégué général aux droits de l'enfant, « *absolument essentielle* » dans la période des 30 premiers mois (DGDE, 2020, p. 85).

Une prise en charge pertinente de la santé mentale des enfants de 0 à 30 mois implique donc continuité et cohérence en vue du développement optimal de l'enfant. Elle requiert aussi que les mesures puissent « *être revues ou ajustées en conséquence plutôt que de prendre des décisions définitives et irréversibles. Pour ce faire, [ceux qui décident] devraient non seulement évaluer les besoins physiques, affectifs, éducatifs et autres de l'enfant au moment de la prise de décisions, mais aussi envisager les scénarios possibles de développement de l'enfant et les analyser dans le court terme comme dans le long terme. Dans cette optique, les décisionnaires devraient évaluer la continuité et la stabilité de la situation actuelle et future de l'enfant* » (C.D.E., 2013a, §84).

Le rôle des acteurs de terrain

Au regard de ces constats, les acteurs de terrain mettent en place des solutions de travail collaboratif. Offrir un niveau optimal de prise en charge requiert, en effet, la collaboration entre

professionnels de différentes disciplines (médical, psychologique, social...) et entre les différents services, surtout lorsque les difficultés rencontrées impliquent une variété d'acteurs, comme c'est très souvent le cas (Lambert, 2010; Lambert & Vanderlinden, 2013; Muller, 2018; Nicaise et al., 2020). Ainsi, dans la plupart des services, diverses initiatives ont été développées dans ce sens : notes de collaboration, travail en réseaux, fonctions de liaison, interventions en milieu de vie, outils partagés (agenda, espaces, registres, etc.), guides de bonnes pratiques... (CRéSaM, 2015; IWSM, 2009; Maulet et al., 2017; Vander Linden & Roegiers, 2004). Il serait cependant impossible de rendre compte de tout ce qui existe ici, tant les services ont pu faire preuve d'ingéniosité pour faciliter leur collaboration.

Les structures de coordination et les protocoles

Sur le plan politique et des structures de coordination, il existe une réelle demande d'une meilleure concertation entre l'État fédéral et les entités fédérées d'une part, et les entités fédérées entre elles ainsi qu'avec les pouvoirs décentralisés (provinces et communes) d'autre part, autour des projets en faveur de l'enfance. L'Observatoire de l'Enfance, de la Jeunesse et de l'Aide à la Jeunesse, en a fait sa recommandation première dans son dernier mémorandum (OEJAJ, 2019). L'Observatoire, est, lui-même, un outil transversal pour tout ce qui touche aux politiques publiques de l'enfance, de la jeunesse et de l'aide à la jeunesse au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles (Jamin et al., 2005), de même que la Commission nationale des droits de l'enfant qui assure une coordination des politiques publiques en matière de droits de l'enfant sur l'ensemble du territoire belge.

De nombreux protocoles ont par ailleurs été adoptés en vue de renforcer les collaborations en Fédération Wallonie-Bruxelles²¹, tels que le Protocole d'intervention entre le secteur médico-psychosocial et le secteur judiciaire, le Protocole de collaboration entre les conseiller.ères de l'aide à la jeunesse et les équipes SOS enfants et entre les directeur.ices de la protection de la jeunesse et les équipes SOS enfants, le Protocole de collaboration entre l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) et les conseiller.ères de l'aide à la jeunesse, d'une part, et les directeur.ices de la protection de la jeunesse d'autre part, le Protocole de collaboration entre l'Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées (AWIPH²²) et la Direction Générale de l'Aide à la Jeunesse (DGAJ), le Protocole cadre de collaboration entre les centres publics d'action sociale et les conseillers et directeurs de l'aide à la jeunesse - Direction Générale de l'Aide à la Jeunesse (DGAJ) ou encore le Protocole de collaboration entre les secteurs de l'aide à la jeunesse et de l'enfance de la Fédération Wallonie-Bruxelles et la fondation Child Focus en matière de lutte contre la maltraitance.

²¹ Les Protocoles sont disponibles ici : <http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?id=7784>

²² L'AWIPH est intégrée depuis 2016 à l'AViQ.

Le décret du 18 janvier 2018 portant le Code de la prévention, de l'aide à la jeunesse et de la protection de la jeunesse²³ instaure aussi des espaces de concertation, comme le conseil de prévention visé aux articles 7 et suivants ou le conseil de concertation intrasectorielle visé aux articles 129 et suivants.

La nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents : les réseaux

Un autre outil des politiques publiques pour répondre aux besoins de transversalité en la matière a été la mise en place, d'une part, de la réforme « article 107 » (Conférence Interministérielle Santé Publique, 2009), visant une réorganisation des soins adultes, et, d'autre part, de la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents (Conférence Interministérielle Santé publique, 2015). Ces deux dispositifs ont été conçus avec une approche *bottom-up* (Nicaise et al., 2020), qui permet aux prestataires de soin de choisir volontairement de participer à un réseau par l'intermédiaire d'accords de collaboration à long terme. Ces réseaux offrent une gamme complète de soins en santé mentale à un même groupe cible. Les acteurs s'y engagent solidairement autour d'un principe d'égalité (Conférence Interministérielle Santé publique, 2015; Lorant et al., 2017).

L'approche en réseau modifie la prise en charge de la santé mentale (Nicaise et al., 2020) : elle est davantage centrée sur la personne et moins sur ses troubles, déplace le lieu de maîtrise²⁴ du professionnel vers le bénéficiaire, et implique que les professionnels concernés travaillent en équipe.

Le *Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents* (Conférence Interministérielle Santé publique, 2015) mentionne ainsi que l'offre de soin est insuffisante par rapport aux besoins, que le fonctionnement des soins de santé mentale pour les enfants est non intégré et que les déterminants de la santé et du contexte socio-économique dans ces soins ne sont pas pris suffisamment en compte. Outre l'objectif de prévention précoce et de travail en milieu de vie, par l'instauration d'équipes mobiles, le but visé par la nouvelle politique est une harmonisation maximale entre partenaires de soins en santé mentale et partenaires des secteurs connexes, ainsi qu'entre les niveaux de pouvoir. Elle prévoit par ailleurs que l'enfant/adolescent concerné ou son entourage soit représenté de façon formelle. Par ailleurs, on y constate une réelle volonté, d'une part, d'étudier les besoins locaux pour implémenter une offre de base qui y réponde et soit accessible, et de prévoir, d'autre part, la création de fonctions telles que celle de coordinateur de réseau ou de liaison, qui

²³ Décret du 18 janvier 2018 portant le Code de la prévention, de l'aide à la jeunesse et de la protection de la jeunesse, *M.B.*, 3 avril 2018.

²⁴ Le lieu de maîtrise (ou « *locus of control* ») se définit comme « *la tendance que les individus ont à considérer que les événements qui les affectent sont le résultat de leurs actions ou, au contraire, qu'ils sont le fait de facteurs externes sur lesquels ils n'ont que peu d'influence, par exemple la chance, le hasard, les autres, les institutions ou l'État* » (Larose, F., Terrisse, B., Lefebvre, M.L., & Grenon, V., 2000, p. 5).

permettent un contexte favorable aux rencontres et discussions autour de la conception de chacun sur ce qu'est le soin en santé mentale (Thunus, 2015). L'idée est bien de maximiser les chances de réussite d'une telle entreprise par un financement supplémentaire de la part de tous les gouvernements, et ce, de manière flexible.

La formalisation de réseaux est la « *clé de voute de l'implémentation de cette réforme. Dans chaque province, doit exister un réseau qui implique tous les acteurs concernés, de façon à ce que sur l'ensemble du territoire belge les fonctions attribuées aux réseaux soient opérationnelles : la détection précoce, le screening et l'orientation ; le traitement ; le diagnostic ; l'inclusion dans tous les domaines de vie ; l'échange et la valorisation de l'expertise* » (De Man 2018). Un réseau est défini comme « *un ensemble de prestataires de soins, dispensateurs, institutions et services qui [...] offrent conjointement un ou plusieurs circuits de soins dans le cadre d'un accord de collaboration intra- et extra-muros et ce, à l'intention d'un groupe cible de patients à définir par eux et dans un secteur à motiver par eux* ». Un circuit de soins est, quant à lui : « *l'ensemble de programmes de soins et autres équipements de soins, qui [...] sont organisés par le biais d'un réseau d'équipements de soins qui peuvent être parcourus par le groupe cible ou le sous-groupe cible* » (Conférence Interministérielle Santé publique, 2015).

De la théorie aux besoins concrets des familles

Dans une courte étude relative à la nouvelle politique de santé mentale pour les enfants et les adolescents, Caroline De Man souligne que la réforme, qui s'appuie non seulement sur la CIDE mais également sur la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées, adoptée le à New-York le 13 décembre 2006, « *entend promouvoir le droit des enfants de jouir du meilleur état de santé possible, d'avoir accès aux établissements de soins et ce, sans discrimination* » et place l'enfant et l'adolescent au centre des préoccupations. « *Cette politique entend pallier plusieurs difficultés majeures dans l'offre de soins en matière de santé mentale en Belgique : combler « l'offre insuffisante » par rapport aux besoins des personnes concernées ; lutter contre un « fonctionnement non-intégré » des soins de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent ; et également prendre suffisamment en compte « les déterminants de la santé ainsi que du contexte socio-économique* » (2018).

Plusieurs avantages de la nouvelle politique sont pointés par les acteurs interrogés, dont la plus grande connaissance de l'autre et de ses missions, l'articulation des services, un meilleur accompagnement des enfants ou encore « la richesse apportée par la diversité des secteurs d'origine de ses collaborateurs » (De Man, 2018).

La même étude met aussi en évidence le fait que si, sur le plan des principes, la réforme relative à la politique en matière de santé mentale des enfants et des adolescents suscite l'adhésion, elle est plus complexe en pratique : « *sur le terrain les choses ne sont pas aussi lisses et la mise en œuvre de la*

nouvelle politique ne relève d'aucune évidence » (De Man, 2018). Sont notamment évoqués la crainte de ne pas pouvoir personnaliser la trajectoire de soin avec la participation des personnes concernées, les difficultés relatives au secret professionnel qui n'est pas réglementé pour tous les intervenants de la même façon, la trop grande formalisation des soins qui pourrait empiéter sur la liberté thérapeutique des patients, l'absence de moyens concrets, le « volontarisme forcé », le côté chronophage et énergivore, la complication de la mise en œuvre de la réforme ou encore l'incohérence de la prise en charge des enfants et des adolescents. Un des intervenants interrogés relève que, selon lui, la « faiblesse de cette politique, c'est de laisser croire qu'une bonne organisation collective et rationnelle de l'offre de service permettrait à elle seule d'assurer à tous les enfants et adolescents de recouvrer leur droit au bien-être global. Selon moi, rien n'est moins sûr, la classe politique dans toutes ses composantes ne se sent pas engagée dans son rôle essentiel d'activer les ressources et moyens à une offre sociale garantissant à chacun l'accès à ses droits fondamentaux » (Idem).

Dans le même sens, dans le cadre d'une évaluation du Protocole de collaboration entre les représentants des équipes SOS Enfants et les conseillers et directeurs de l'aide à la jeunesse précité, il a aussi été mis en évidence le fait qu'un tel protocole était un outil pertinent mais pas suffisamment connu et respecté et qu'il ne permettait pas de rencontrer pleinement les besoins des intervenants en termes de collaboration :

« Il nous semble évident que les attentes entre les acteurs en termes de respect ne peuvent se combler uniquement en partant du général (valeurs et pratiques communes à inscrire dans un protocole) pour aller vers le particulier (les situations des familles) même si certains ajouts dans le protocole semblent porteurs (formalisation de lieux de concertation, rencontres entre les équipes aux moments de la formalisation et de la remise des conclusions, ajouts de délais pour la formalisation, ajout des questions minimales auxquelles doit répondre un bilan,...) mais doivent aussi, et surtout, se combler par le bas en partant du particulier (les situations des familles) pour remonter vers le général (comment prendre en charge ensemble tel ou tel type de situation problématique?). C'est par les rencontres, les discussions autour de cas, les échanges constructifs autour de situations, la création de dispositifs communs ad hoc, ... que peuvent se construire, au fil du temps, des modalités de travail en commun qui permettent à chacun de « s'y retrouver ». Nous pouvons ici lancer un appel à la construction progressive et commune d'une casuistique dans l'analyse et la prise en charge des situations, et à celle de la construction d'une connaissance partagée et cumulée à partir des cas rencontrés qui puisse contribuer à la reconnaissance de chacun dans ses rôles respectifs et à une meilleure prise en charge des familles et des enfants. » (Darquenne, 2014).

Enfin, l'instauration d'un réseau n'agit pas sur les autres difficultés de terrain : « *le manque de place relève... du manque de place* » (Tona, 2018).

C'est sur base de ces marqueurs théoriques que nous avons défini une question de recherche qui a balisé notre démarche méthodologique :

Quel est l'impact du morcellement des politiques publiques sur la prise en charge des problématiques de santé mentale des enfants de 0 à 30 mois en Wallonie et sur l'effectivité de leurs droits fondamentaux ?

II. METHODOLOGIE

LES ETAPES DE LA RECHERCHE

L'appareillage méthodologique que nous avons mobilisé repose sur le modèle des sept étapes de la démarche qualitative en sciences sociales de Raymond Quivy, Luc Van Campenhoudt et Jacques Marquet (Campenhoudt et al., 2017, p. 39) : la question de départ, l'exploration, la problématique, la construction du modèle d'analyse, l'observation, l'analyse des informations et les conclusions. Notons dès à présent que notre méthodologie s'est légèrement écartée du modèle théorique proposé par les auteurs, particulièrement parce que nous avons dès le départ formulé une question de recherche (3^{ème} étape). La raison principale de ce choix réside dans la nature pluridisciplinaire du *consortium* de recherche que nous avons constitué. Chaque partenaire a proposé d'intégrer à la recherche un cadre conceptuel, à savoir le secteur de la santé mentale pour le Centre de Référence en Santé mentale (coordinateur du projet), celui des droits de l'enfant pour l'Université de Namur (partenaire) et le morcellement des politiques publiques pour l'Université de Liège (partenaire). Puisqu'il n'était plus nécessaire de mettre en œuvre les premières étapes de la méthode choisie, nous avons directement formulé notre question de recherche : « *Quel est l'impact du morcellement des politiques publiques sur la prise en charge des problématiques de santé mentale des enfants de 0 à 30 mois en Wallonie et sur l'effectivité de leurs droits fondamentaux ?* »

Nous avons, tout d'abord, réalisé une revue de littérature (2^{ème} étape) sur le morcellement des politiques publiques dans la prise en charge de la santé mentale des enfants de 0 à 30 mois et sur les droits de l'enfant pertinents en la matière. L'objectif de cette étape était d'affiner nos perceptions respectives des différentes matières mobilisées (santé mentale, droits de l'enfant, morcellement des politiques publiques) pour débiter la conception des guides d'entretiens (dimensions et indicateurs, 4^{ème} étape) et l'observation (5^{ème} étape).

Dès le départ, nous avons adopté une posture compréhensive de notre champ de recherche. Le témoignage des différents acteurs qui y évoluent et leurs perceptions étaient au cœur de notre démarche épistémologique. Nous avons donc rencontré une multitude d'acteurs en contact avec les professionnels de terrain (institutions, fédérations, coordinations, chefs de service...), les professionnels de terrain eux-mêmes, et enfin les familles (parents et enfants). Chaque salve d'entretiens et ses analyses nourrissaient la suivante. Nous avons continuellement navigué entre les 4^{ème} et 5^{ème} étapes de la méthode, l'analyse des données récoltées auprès des acteurs en contact avec les professionnels de terrain permettait de construire le guide destiné aux acteurs de terrain, dont les analyses ont par la suite posé le cadre du guide d'entretien destiné aux familles.

Dans un premier temps, nous avons réalisé des entretiens, sous forme de tables-rondes, auprès de trois acteurs-clés de notre champ de recherche, ou selon les auteurs, auprès des « *témoins privilégiés* » (*Idem*, p. 36) :

- 1) Les acteurs institutionnels : celles et ceux qui organisent, coordonnent, gèrent et conçoivent les dispositifs ;
- 2) Les acteurs réseaux : les gestionnaires de soin, les coordinateurs de réseaux, etc. ;
- 3) Les experts universitaires et institutionnels.

A cette étape de la recherche, le champ d'investigation était encore très ouvert. Des témoins privilégiés issus de secteurs diversifiés ont été rencontrés : la santé en général et la santé mentale plus spécifiquement, le handicap, la petite enfance, l'aide à la jeunesse, la protection de la jeunesse, les droits sociaux, la justice, les droits de l'enfant et/ou les politiques publiques. Les témoignages récoltés nous ont permis de saisir les enjeux et les limites du morcellement des politiques publiques dans le domaine de la santé mentale des enfants de 0-30 mois. Nous avons également pu nuancer et compléter les données théoriques. Cette récolte de données nous a aussi permis, « par effet boule de neige », d'identifier les professionnels de terrain à rencontrer dans la seconde phase de l'observation (5^{ème} étape).

Ensuite, nous avons construit un guide d'entretien destiné aux professionnels de terrain que nous avons rencontrés. A ce stade, il a été nécessaire de resserrer le champ d'investigation autour des secteurs les plus proches de la thématique étudiée : petite enfance, première ligne de soin et santé mentale. L'objectif de cette récolte de données était de permettre aux professionnels de terrain de nuancer, compléter, confirmer ou infirmer les dimensions identifiées lors des table-rondes. Nous sommes allés à la rencontre d'intervenants de terrain lors d'entretiens individuels semi-directifs. Cette étape nous a permis de récolter des données davantage concrètes et centrées sur les familles. Une fois encore, par « effet boule de neige », les travailleurs ont pu identifier des familles et des enfants à rencontrer. Par la suite, nous avons construit deux guides d'entretien destinés aux familles (un à destination des parents et l'autre à destination des enfants). L'étape avec les familles était particulièrement cruciale dès lors que les enfants, leurs parents et leurs frères et sœurs constituaient le « *public privilégié* » (*Idem*, p. 37) de notre recherche. La démarche entreprise visait à développer une approche fondée sur les droits, les expériences et le vécu des enfants et des familles.

Au terme de la récolte des données, une analyse approfondie des informations a pu être menée (6^{ème} étape) qui a débouché sur la rédaction de nos conclusions sous la forme de recommandations (7^{ème} étape). Ces conclusions ont été présentées aux différents acteurs rencontrés lors de moments d'échange. L'objectif de ces rencontres était de nous permettre de vérifier ou

« falsifier » la recherche (*Idem*, p. 256) par une démarche de « validité interne » (Drapeau, 2004, p. 81). Elles ont pris la forme d'un *workshop* avec les professionnels et d'entretiens individuels avec les familles, y compris les enfants. Ce retour d'information auprès des enfants que nous avons consultés était par ailleurs indispensable en vue d'assurer une participation éthique et durable, respectueuse de la CIDE (C.D.E., 2009, §45 & Lansdown, 2001)²⁵. Les éléments mis en exergue lors de cette étape de validation ont alors servi à retravailler nos conclusions et ont conduit à la rédaction du rapport final (6^{ème} et 7^{ème} étapes, avec des allers / retours).

Précisons enfin que nous avons rencontré des familles dont l'enfant avait dépassé l'âge de 30 mois. L'objectif de ce ciblage était de ne pas interroger les parents et, le cas échéant, les frères et sœurs pendant la prise en charge de l'enfant durant les 30 premiers mois, mais à l'issue de cette période particulièrement sensible sur le plan émotionnel. Il était en effet crucial, pour des raisons éthiques, que le processus de la recherche n'interfère pas avec la prise en charge de l'enfant. Nous avons aussi veillé à ce que la prise en charge de l'enfant de 0 à 30 mois ne soit pas non plus trop lointaine, pour éviter les biais de mémoire. Concrètement, les enfants présentant des problématiques de santé mentale que nous avons rencontrés, avec leurs familles, avaient entre 4 et 13 ans.

ZOOM SUR LES ENTRETIENS AVEC LES FAMILLES : UNE APPROCHE FONDEE SUR LES DROITS

Les droits de l'enfant comme cadre normatif

Comme nous l'avons souligné dans les repères conceptuels de la recherche, notre démarche repose sur le modèle des droits fondamentaux des enfants, au cœur duquel le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant a été érigé comme principe cardinal.

Pour rappel, nous envisageons le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant au travers de quatre balises fondamentales :

1. Le respect de ses droits et de son développement compte tenu de son âge et de son discernement ;
2. La primauté de l'intérêt supérieur de l'enfant à la lumière de sa vulnérabilité (mais qui laisse, comme exposé *supra* une place aux droits et intérêts des autres protagonistes) ;
3. L'évaluation concrète de l'intérêt de l'enfant et du respect de ses droits ;
4. La participation de l'enfant à l'évaluation et à la détermination de ses intérêts.

²⁵ Voy. *infra* les développements relatifs aux entretiens avec les enfants.

Cette approche fondée sur les droits envisage l'ensemble des droits humains dans une perspective universelle, indivisible, interdépendante et indissociable et met en œuvre les 3 « P » du cadre relatif aux droits de l'enfant (participation, protection et prestations).

Plusieurs auteurs, dont Lundy (2007), montrent aussi l'importance d'un modèle intégré qui permet « *de rendre compte de l'interconnexion entre les différents articles et l'importance du respect de chacun d'entre eux afin de garantir la bonne mise en œuvre de tous les droits de l'enfant* », ce qui inclut les droits participatifs mais aussi les droits de protection : « *si la participation et la protection des enfants peuvent sembler antagonistes et qu'ils seront plus ou moins exacerbés en fonction des postures adoptées (Hanson, 2012), les recherches ont montré un lien clair entre la participation des enfants et le fait qu'ils se sentent en sécurité, l'un impactant positivement l'autre (Osler, 2000 ; Burger, 2017)* » (Louviot, 2019, pp. 8 et 9). Nous avons aussi rappelé, dans le cadre théorique, les liens étroits entre participation et intérêt supérieur de l'enfant.

Bronagh Byrne et Laura Lundy ont, quant à elles, récemment développé un cadre de référence pour l'élaboration de politiques publiques fondées sur les droits de l'enfant, autour de 6 « P » : les principes de la CIDE, le processus d'évaluation de l'impact sur les droits, la participation, les partenariats, le financement public et la publicité / information (2019).

Un tableau des principaux droits de l'enfant concernés par la recherche a été établi au fil de des recommandations et sera repris à la fin du rapport en annexe 2.

La participation

Une approche participative

La participation est au cœur d'une démarche qui développe une « *human rights-based approach* » (Lundy & McEvoy, 2012) et concerne tous les acteurs que nous avons rencontrés, soit, en l'espèce les acteurs en contact avec les professionnels de terrain, les professionnels de terrain, les parents et les enfants. Cette approche respecte par ailleurs les recommandations des organisations internationales, qui se montrent préoccupées s'agissant de la prise en charge de la santé mentale chez les enfants et du respect, en cette matière, de leurs droits (UNICEF Belgique, 2008 ; UNICEF Innocenti, 2017 ; WHO–UNICEF–Lancet Commission, 2018 ; UNICEF, 2019; Conseil de l'Europe, *La santé mentale des enfants et la justice adaptée aux enfants*, 2017 ; ENOC, 2018).

Le droit à la participation des enfants, valeur fondamentale de CIDE (C.D.E., 2009), est consacré à l'article 12 de la Convention en ces termes : « *Les États parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité.* » Selon Michael Freeman, l'article 12 est important non seulement pour son contenu, mais aussi parce qu'il

reconnaît l'enfant comme un être humain à part entière, doté d'une intégrité et d'une personnalité et capable de participer librement à la société (1996, p. 37).

Le droit à la participation des enfants doit pouvoir être exercé dans tous les domaines et notamment celui du bien-être et de la santé sur le plan individuel et normatif (C.D.E., 2009), dans le respect des 9 principes d'une participation éthique et durable :

- (1) Clarté et transparence ;
- (2) Participation volontaire (qui peut être remise en question à tout moment) ;
- (3) Participation respectueuse ;
- (4) Participation pertinente ;
- (5) Environnement et méthodes adaptés aux enfants ;
- (6) Participation inclusive ;
- (7) Participation appuyée par la formation ;
- (8) Sécurité ;
- (9) Participation responsable (C.D.E., 2009 ; Lansdown, 2001; OEJAJ, 2014; La CODE, 2020).

Le Comité des droits de l'enfant a encore souligné en 2019, dans ses observations finales pour la Belgique, « *la nécessité d'accroître la participation de tous les enfants, en particulier en abolissant dans sa législation toutes les limites d'âge concernant le droit de l'enfant d'exprimer son opinion sur toutes les questions qui l'intéressent, et de veiller à ce que cette opinion soit dûment prise en considération, en fonction de l'âge et du degré de maturité de l'enfant* » (C.D.E., 2019, §19.a). Dominique Rossion, de son côté, est convaincue de l'intérêt d'associer les enfants à l'évaluation des politiques publiques « *de manière réfléchie et correctement équilibrée* » (2015, p. 37).

Soulignons également que dans le Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour les enfants et les jeunes (conférence interministérielle Santé publique 2015), la participation constitue l'un des objectifs opérationnels : « *Objectif opérationnel 3. Renforcer et optimiser la participation et le droit de parole effectifs de l'enfant ou du jeune et de son contexte à différents niveaux : micro (usager), méso (système et réseau) et macro (politique)* ». Le Conseil supérieur de la santé, dans son avis n° 9458 montre aussi de façon très éclairante l'importance et les bénéfices de la participation des enfants en matière de santé mentale (2019).

Les rencontres avec les parents

Plusieurs familles ont été rencontrées, issues de territoires différents et aux profils médico-psycho-socio-économiques divers.

Concrètement, l'appareillage méthodologique développé pour les familles a consisté à retracer leur trajectoire sous forme d'une ligne du temps. Nous avons rencontré les parents trois ou quatre fois en fonction de la complexité des trajectoires. Dans un premier temps, pour chaque famille, un entretien introductif a été organisé, au cours duquel toutes les explications relatives à la recherche, ses objectifs, la position de la famille et la méthodologie ont été exposées. Après cet entretien introductif, les familles ont eu un temps de réflexion pour valider, ou non, leur souhait de participer à la recherche. Ensuite, un second entretien approfondi a été mené avec les parents, qui a pu être encore complété et affiné lors d'un troisième entretien dans certaines familles. Enfin, un dernier entretien a été organisé pour discuter les conclusions qui ont émergé de nos analyses des données récoltées lors des rencontres avec les différents participants (professionnels et familles).

En termes d'environnement, les rencontres se sont déroulées, au choix, au domicile des familles ou dans des espaces extérieurs (notamment les locaux de professionnels nous ayant renvoyés vers les familles), dans le respect des normes sanitaires en vigueur. Les familles ont pu être accompagnées par un intervenant si tel était leur souhait. Des outils ont été identifiés et communiqués pour offrir un soutien en cas de difficultés ou de souffrances qui émergeraient lors de l'entretien. Les principes relatifs à la participation ont été communiqués et il fut notamment signalé que l'engagement était volontaire et que l'entretien pouvait être interrompu à tout moment. Les règles en matière de confidentialité (notamment, le RGPD) ont été scrupuleusement respectées.

Idéalement, les enfants n'étaient pas présents tout au long de ce processus. Quand ce n'était pas possible, un environnement sécurisé a été instauré.

Sans entrer ici dans le détail des données qui ont été transmises par les familles et qui ont été reprises dans les recommandations, il est important de signaler que les parents ont tous relevé l'importance pour eux d'être écoutés et de pouvoir raconter leur histoire. Leur offrir un espace de parole dans la recherche a permis de reconnaître leur statut d'experts dans une approche par les droits et a été, selon eux, très bénéfique.

Les rencontres avec les enfants

Le dispositif

Conformément à l'approche par les droits développée dans le cadre conceptuel et au droit à la participation consacré à l'article 12 de la CIDE, nous avons fait le choix de laisser la possibilité aux enfants de s'exprimer également sur leur perception de la trajectoire de soins et de prise en charge dans le cadre d'un processus participatif éthique et durable (cf. les 9 principes susvisés). La littérature scientifique a déjà pu montrer l'intérêt de faire participer les enfants aux recherches scientifiques qui concernent les droits de l'enfant, dans le respect de critères éthiques, tels que l'information et l'adaptation du discours eu égard à l'âge des enfants entendus (Lundy, McEvoy & Byrne, 2011; Lundy

& McEvoy, 2012). Dans ce contexte, l'enfant est perçu comme un être humain qui cherche « à donner une signification au monde qui l'entoure et à s'engager dans des relations. L'enfant veut explorer, comprendre, trouver du sens. Dans cette optique, l'enfant est donc capable de nous donner son « point de vue » sur le monde qui l'entoure » (De Coster, Garau & Kahn, 2014, p.11). Il s'agit d'appréhender l'enfant comme un expert de sa propre vie. La recherche portant cependant sur des enjeux complexes, le rôle attribué aux enfants est uniquement celui d'un « *informateur* », soit une approche dans laquelle ils répondent aux questions des adultes, dans le cadre d'une recherche construite exclusivement par les chercheurs adultes (Rossion, 2015, p.11).

L'opinion exprimée sera ensuite prise en considération, eu égard à son âge et à sa maturité, en vertu de l'article 12 de la CIDE.

La participation de très jeunes enfants aux recherches est également reconnue dans la littérature scientifique. Se fondant notamment sur les observations générales du Comité des droits de l'enfant relatives à la petite enfance et au droit à la participation (C.D.E., 2005 ; C.D.E., 2009), ces auteurs montrent qu'il est parfaitement possible d'entendre de jeunes enfants en adaptant le dispositif à leur âge et à leurs possibilités. Divers médias et diverses méthodologies peuvent en effet être élaborées et ont déjà été testées, telles que les photographies, les dessins, les exercices de classement, la création artistique, l'approche par les « mosaïques » d'Alison Clark, etc. (Lundy, McEvoy & Byrne, 2011; De Coster, Garau & Kahn, 2014 ; OEJAJ, 2014).

Concrètement, nous avons construit notre dispositif à partir des suggestions de la littérature et notamment à partir de l'approche par les mosaïques d'Alison Clarke, soit « *une méthode multiple, participative, réfléchie, adaptable, axée sur les expériences vécues par les enfants et incorporée dans la pratique* » (De Coster, Garau & Kahn, 2014, p. 54 qui font référence à ses travaux publiés en 2001, 2003 et 2005). Les éléments suivants ont guidé notre dispositif :

1. Questions générales sur le bien-être et les émotions, à travers des méthodologies autour de la parole, du jeu, des images et des dessins ;
2. Formulation de questions concrètes et positives ;
3. Questions qui visent essentiellement le présent ;
4. Temps d'échange ponctué de temps de familiarisation, de pause et de jeux.

L'approche par les mosaïques a été développée, de façon limitée : nous avons utilisé les données des parents, nos observations et un échange varié avec l'enfant/les enfants et différents médias (émotions, images, discussions, dessin).

Trois moments se sont succédé :

- Une proposition de discuter avec le chercheur à la fin du dernier entretien avec les parents est formulée directement à l'enfant s'il est présent. Sinon les parents se chargent d'en discuter avec lui/eux.
- Un entretien approfondi est mené au cours duquel un dispositif en 8 étapes a été instauré: (1) accueil et discussion préliminaire avec les parents dans un environnement adapté aux enfants (jeux, livres,...), (2) temps de la confiance et des liens avec les enfants par des jeux ou des lectures, (3) explication de l'activité et de son objectif dans un langage adapté à l'âge de l'enfant et obtention du consentement (ou non) via une image avec des bonhommes « d'accord – souriant », « pas d'accord – mécontent » pour les plus jeunes (le consentement sera redemandé à chaque nouvelle étape), (4) discussions sur les émotions à partir de documents adaptés à l'âge de l'enfant (livre Gaston « La Licorne », roue des émotions²⁶, Kletterbaum²⁷), (5) questions en lien avec la recherche (comment ça va à la maison, à l'école, dans les loisirs, avec papa, maman, les frères et sœurs, avec les copains, avec les professionnels de terrain) auxquelles les enfants ont pu répondre via l'échelle AUQUEI²⁸ (voir figure 1 ci-dessous) – du moins pour les plus jeunes, (6) montrer une affiche visuelle sur les droits de l'enfant et discuter de ce que l'enfant souhaite, (7) proposer de faire un dessin et d'en discuter (voir figure 2 ci-dessous), (8) remerciement et proposition de venir expliquer les résultats de la recherche. Avec les enfants plus âgés, le dispositif a été quelque peu adapté et orienté vers une discussion informelle suivant le même schéma de questions.
- Un dernier entretien de clôture avec des explications sur les conclusions de la recherche a été mené et les enfants ont pu se réexprimer sur les questions de la recherche. A nouveau, le dispositif a été adapté à leurs besoins (images, langage *childfriendly*, discussions ponctuées de pauses, environnement adapté).

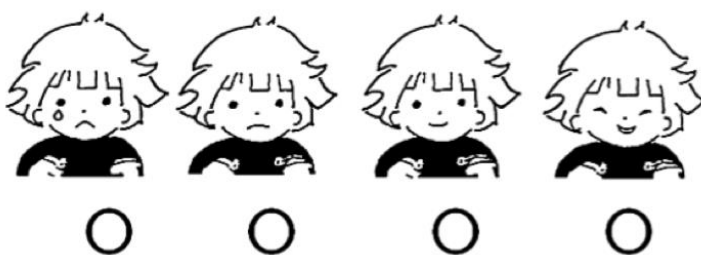


Figure 1 – Échelle AUQUEI

²⁶ Chien Chow Chine, 2018.

²⁷ Voy. De Coster, Garau & Kahn, 2014.

²⁸ Echelle créée par Dazord, Manificat, Escoffier, et al., 2000, et Manificat, Dazord, Cochat, et al., 1997, utilisée notamment par Houssa & Nader-Grosbois, 2018.



Figure 2 - Dessin d'une enfant interrogée durant les entretiens.

Concrètement

Des enfants (entre 4 et 13 ans), présentant un trouble de la santé mentale ou appartenant à la fratrie de ces derniers, ont été rencontrés. Sans entrer ici dans les détails des résultats obtenus, qui ont été intégrés dans les recommandations, deux grands enseignements méritent d'être mis en évidence :

- Les enfants étaient heureux d'être consultés. Ils ont tous dit qu'on ne les écoutait pas assez en général (les adultes) et qu'ils voulaient qu'on écoute plus les enfants. Certains ont répondu à toutes les questions durant de longs entretiens, d'autres ont préféré jouer, tout en répondant de temps en temps à l'une ou l'autre question.
- La consultation des enfants a permis de mettre en évidence certaines données qui n'étaient pas ressorties des échanges avec les adultes (comme par exemple le rôle des fratries dans les trajectoires de soin et le soutien dont ils ont besoin, l'attention que ces fratries portent à leurs parents, le soin à apporter au couple parental,) ou d'en confirmer certaines (comme l'importance des activités extrascolaires, du logement ou les difficiles interactions entre les enfants qui souffrent de troubles de santé mentale et le reste du monde, professionnels ou non, l'accompagnement à donner aux parents qui sont « tristes », « en colère », « fatigués »).

Un exemple : la responsabilité d'un frère de 4 ans (Gabriel*) vis-à-vis de son frère (Yanis*) qui a une problématique de santé mentale (il ne communique pas)²⁹

Les échanges avec les parents

Il ressort des échanges avec les parents que, suite à un traumatisme, Yanis a arrêté de se développer (marche, langage, gestion des émotions, gestion du corps...). Gabriel a de son côté réagi différemment aux circonstances de la trajectoire familiale et se développe normalement. Ainsi, à 4 ans, il communique facilement, est sociable et évolue positivement dans ses apprentissages. Les parents expliquent cependant que Gabriel s'occupe de Yanis, est attentif à lui et se laisse déconcentrer dans ses activités quand son frère a un souci ou a besoin de lui. De façon générale, Yanis est un petit garçon au tempérament intense qui implique un suivi constant, auquel est associé Gabriel. Quand les parents déposent les enfants à l'école, ils demandent explicitement à Gabriel de surveiller Yanis. Ils expliquent aussi que Yanis est souvent jaloux de son frère et le suit beaucoup. A l'école, ce fut difficile pour les deux frères au début mais lorsque Yanis a été retiré de la classe, Gabriel a pu rattraper son retard assez facilement.

L'entretien avec Gabriel

Sur le plan méthodologique, nous avons alterné discussions et pauses (jeux / lectures). Le consentement a été demandé à chaque nouvelle étape et certaines questions ont été posées plusieurs fois.

Lors des entretiens avec les enfants, les éléments relayés par les parents sont largement confirmés :

- Yanis se méfie de nous et reste accroché près de son papa. Il ne nous rejoindra dans nos jeux qu'au terme de la séance. Il ne parle pas (sauf des cris et des chants), se déplace parfois avec difficulté et communique avec des gestes.
- Gabriel de son côté, après nous avoir observé, est venu nous rejoindre. Il a demandé qu'on joue avec lui ou qu'on vienne près de lui quand il dessine. Il est sociable et recherche le contact. Il sait écrire son prénom, les chiffres et faire des dessins assez précis qu'il peut ensuite expliquer en racontant beaucoup d'histoires, en riant, en mimant.
- Gabriel a bien aimé participer aux activités proposées (discuter sur les émotions, sur ses lieux de vie et les adultes qui l'entourent) et sur les images relatives aux droits de l'enfant. Après près de deux heures de jeux et d'échange, il voulait encore continuer.

²⁹ Les prénoms sont des prénoms d'emprunt, cf. *infra*.

- Gabriel, même s'il ne parle pas beaucoup, s'exprime clairement. Il a ainsi pu identifier son émotion du jour (la joie, le tout fou fou et un peu la culpabilité « quand on fait des bêtises »), celle de son frère (la jalousie, confirmée par sa maman : « Yanis est tout le temps jaloux de Gabriel, il veut tout le temps tout faire comme lui, il intervient dans ses jeux, il veut ses chaussures, ses habits etc. »). Il a ensuite donné son consentement et a répondu à des questions précises sur son lieu de vie (la maison), sur l'école, sur les médecins, sur les personnes de l'ONE. Il était très clair dans ses réponses qui ont été confirmées à plusieurs reprises. Ainsi, il est bien chez lui avec Papa, Maman et Yanis. Mais c'est « parfois un petit peu difficile avec Yanis ». A l'école il aime bien sa maîtresse mais avec les copains c'est un peu difficile. Il adore la Partenaire Enfants-Parents (PEP'S) de l'ONE, et aime bien le médecin mais il précise que Yanis ne l'aime pas (la maman a confirmé qu'il n'aimait pas les piqûres et qu'il ne voulait pas être touché).
- Dans les images sur les droits de l'enfant, il s'est principalement arrêté sur l'image qui représente le droit à la protection en s'identifiant tout à la fois comme celui qui protège et qui est protégé, sur les images relatives au sport (surtout celle du basket) et sur l'image avec un grand soleil.
- Enfin, dans le *kletterbaum* (voir ci-dessous), Gabriel a choisi le personnage tout en haut avec un grand sourire (en vert) et a positionné son frère un peu plus bas (en orange), au niveau du personnage qui s'accroche à l'arbre et essaie de grimper tout en souriant. La mère a été particulièrement marquée par le choix de Gabriel tant cela semblait correspondre à leur vécu.



Nos observations

Gabriel est un petit enfant tout à fait joyeux et qui sait très bien s'occuper seul, qui sourit beaucoup, qui aime bien entrer en interaction, montrer ce qu'il fait. Au début, il nous observait un petit peu, mais, assez rapidement, il est entré en interaction. C'est un petit garçon sociable, qui n'a pas peur d'entrer en contact avec des inconnus. Il sait parfaitement répondre aux compétences attendues pour son âge même s'il parle peu.

Il connaît bien les émotions et les choisit avec

facilité. Il a montré un grand intérêt pour les activités de loisirs, le sport (surtout le basket). Il a aussi montré son attention à son frère. Il est facile de constater qu'il a l'habitude d'attendre quand son frère exprime un besoin. Il sait patienter parfois longtemps dans ces moments-là. Il ne s'est pas montré affectueux avec son frère, plutôt pris dans les nouvelles interactions, mais y était attentif. Quand on prenait le temps de discuter avec Yanis, Gabriel patientait calmement en jouant, en dessinant tout en venant nous interpeller de temps à autre. Au regard de ces données, les constats suivants ont pu être formulés :

- La responsabilité qui peut incomber aux fratries même pour des enfants très jeunes qui vont prendre soin de leur frère ou sœur qui a des problèmes de santé mentale. Il s'ensuit le développement de compétences supplémentaires (patience, attention, responsabilisation) mais du coup aussi l'oubli de prendre soin de soi (apprentissages suspendus à l'école, longue attente...). Cette donnée n'était pas ressortie clairement jusqu'à cette étape de la recherche (et a été par la suite confirmée dans d'autres familles) ;
- L'importance du sport, des loisirs et d'un environnement sécurisé à l'école ;

- Les difficultés de communication entre Yanis (et donc les enfants présentant des troubles de la santé mentale) et autrui (comme avec le médecin, ce qui a été confirmé par la maman) ;
- Le rôle de « l'ange gardien » que les enfants reconnaissent aussi, comme la joie de parler de la PEP'S de l'ONE qui a été la personne de référence pour les parents de cette famille-là.

REMARQUES SUR LES TEMOIGNAGES

Comme nous l'avons souligné à plusieurs reprises, les recommandations qui vont suivre ont été construites à partir des témoignages des professionnels et des familles rencontrés. Nous avons eu particulièrement à cœur de rendre compte de leur parole de la façon la plus authentique et la plus complète, dans le respect de la confidentialité des données personnelles. Deux conséquences découlent de ce choix.

D'une part, nous avons anonymisé les personnes et les services. Les prénoms utilisés dans les témoignages sont des prénoms d'emprunt, identifiés par un astérisque. Il se peut qu'une même personne porte un prénom différent dans le rapport et ce, en vue de garantir son anonymat.

D'autre part, les témoignages sont repris dans des tableaux de façon un peu « brute » et sont nombreux. Ce format peut parfois alourdir quelque peu la lecture mais était la seule option, à notre estime, pour rendre compte des longs entretiens menés et respecter la transparence et la spontanéité des témoignages. Nous invitons le lecteur à prendre le temps de s'arrêter sur ces tableaux et de découvrir les parcelles de vie qui nous ont été confiées et qui, bien mieux que nous, présentent, de façon très éclairante et parfois poignante, la réalité des professionnels et des familles rencontrés.

III. RECOMMANDATIONS

1. DEVELOPPER UNE VISION HOLISTIQUE, COLLECTIVE ET PLURIDISCIPLINAIRE COMME FIL ROUGE DE LA TRAJECTOIRE DE PRISE EN CHARGE DES PROBLEMATIQUES DE SANTE MENTALE DANS LES 30 PREMIERS MOIS DE L'ENFANT

Art. 2 CIDE (égalité et non-discrimination)

Art. 3 CIDE (intérêt supérieur de l'enfant et bien-être)

Art. 4 CIDE (mise en œuvre des droits proclamés par la Convention)

Art. 5 CIDE (responsabilité des parents et capacités progressives de l'enfant)

Art. 6 CIDE (vie, survie et développement)

Art. 18 CIDE (aide aux parents et représentants légaux notamment en matière de garde d'enfants)

Art. 23 et 24 CIDE (droits des enfants porteurs d'un handicap et droit à la santé, avec notamment une attention aux soins prénatals et postnatals pour les mères)

Art. 26 et 27 CIDE (sécurité sociale et niveau de vie suffisant, avec un soutien aux parents et aux représentants légaux)

Art. 28, 29 et 31 CIDE (éducation et loisirs)

Une vision holistique

« Le morcellement n'est pas négatif en soi, si ça rime avec spécialisation. Mais le problème est qu'il n'y a pas de coordinateur. » (Table-ronde – Acteur en contact avec les professionnels de terrain)

« Pas de vue globale sur le système parents enfants, les services adultes voient leurs patients adultes pas comme des parents ; les services enfants voient l'ensemble du système mais voient les parents seulement dans leur rôle de parent et pas dans leur rôle d'adulte. » (Table-ronde – Acteur en contact avec les professionnels de terrain)

« Le CPAS ne rencontre les demandes des enfants qu'à travers les parents, d'où l'importance d'avoir une approche holistique. » (Table-ronde – Acteur en contact avec les professionnels de terrain)

« On sait que s'ils ne savent pas où ils vont dormir, comment ils vont se chauffer, ça ne sert à rien d'essayer de réfléchir à la pédagogie. Il y a des besoins basiques avant de pouvoir aller plus loin. » (Table-ronde – Expert)

« L'approche de la santé mentale doit être fondée sur les droits de l'enfant avec des objectifs clairs [...] ce qui implique d'essayer de ne pas mettre toute l'attention sur les systèmes défaillants mais de se centrer sur une approche d'ordre communautaire, avec un focus sur les enfants et les familles [...]. Cela passe aussi par leur donner des conditions de vie dignes, avec revenu décent, dans un logement décent. Veiller aux besoins de base de leur enfant. » (Table-ronde – Expert)

« C'est fréquemment démultiplié : il y a et une précarité sociale et une précarité mentale au sens large : d'investissement, de troubles de l'attachement, d'antécédents traumatiques avec des placements sur plusieurs générations, l'un entraînant l'autre et vice versa. La migration,

pour les mamans qu'on accueille, a aussi cet impact sur la précarité sociale. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« [L'enfant,] on le voit de manière holistique. Sa santé physique, sociale et mentale [...] On ne prend jamais en charge qu'un versant du problème. [...] C'est une évidence. On a des staffs médico-psycho-sociaux toutes les semaines pour tous nos enfants. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« On travaille aussi avec des femmes enceintes, [...] 0-30 c'est aussi moins 9 mois–30 mois, et même avant, pour les parents dans un projet d'enfant, dans un contexte de fragilité psychique chez le parent. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Il faut [...] des soins conjoints, [...] disent les guidelines. [...] si vous ne travaillez rien qu'avec le nourrisson ou rien qu'avec la mère, [...] il y a un décalage. [...] Et donc les soins conjoints, eh ben les lits ont été fermés. [...] on sait que la violence conjugale pendant la grossesse fait se modifier la protéine qui [...] intervient dans la régulation du stress [...] on voit qu'il y a plein de psychopathologies après. [...] C'est réversible [...] Mais, ça se transmet sur 3 générations. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Dans le monde adulte [...] l'enfant [...] existe très, très peu dans l'accompagnement. [...] il y a des équipes mobiles qui vont à domicile [...] accompagner des adultes fragiles, l'enfant, il est là à côté, mais il n'est pas considéré. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« L'enfant est au centre : mais, dans quelles conditions ? Quelle est la santé des parents ? Quel est le réseau ? Le réseau familial, le réseau professionnel ? Avec quelles conditions vivent-ils ? » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Les crèches sont souvent des milieux qui sont dévalorisés par rapport à la santé mentale [...] elles sont encore trop souvent perçues comme des garderies [...] il faut absolument préserver le corps [...] et c'est très, très bien, mais il y a aussi un mental, et [...] ça [...]c'est] un peu délaissé. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Les suivis de grossesse [...] ne sont plus les mêmes. Les gens n'attendaient que du médical, aujourd'hui ils attendent une prise en charge beaucoup plus globale. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Voilà, on n'a pas le choix et si on ne le fait pas... c'est la seule personne [professionnelle de terrain "ange gardien"] qui pourra intervenir pour que les enfants aient le vaccin [...] Parce qu'ils tombent tout le temps malade. Il faut qu'elle soit là. Dans la maison, elle a bien remarqué qu'elle n'était pas équipée qu'elle n'avait rien. On ne savait même pas comment allumer le chauffage, [...] Bon elle est venue mais sa visite c'était vraiment un soulagement parce que c'est comme si vous aviez reçu un ange qui vous explique, "voilà maintenant là je suis là pour vous, pour vous aider et tout ça", elle a commencé à faire pression dans d'autres organismes, elle a même rédigé une attestation de l'ONE pour les enfants qu'ils récupèrent des habits. » (Entretien – Père)

La vie d'un enfant ne peut pas être divisée par secteurs. Ce n'est ni réaliste, ni conforme à ses besoins qui sont multiples et exercent une influence sur sa santé mentale. Ce constat, qui a été relayé tout au long de la récolte des données tant par les professionnels que par les familles, est renforcé par le fait que les droits fondamentaux sont universels, indissociables, interdépendants et intimement liés³⁰. Un respect effectif et concret des droits de l'enfant implique donc une vision holistique de la trajectoire des familles.

³⁰ Déclaration et programme d'action de Vienne, Conférence mondiale sur les droits de l'homme tenue à Vienne en juin 1993, A/CONF.157/23, § 5.

Une prise en charge de la totalité des besoins de l'enfant (prise en charge psycho-médico-sociale et accès aux droits tels que droit au logement, droit à être nourri, droit à la santé, lutte contre la pauvreté, droit à l'accueil, droit aux loisirs, droit au respect de la vie familiale, droit à la protection...) est indispensable. Une attention doit aussi être accordée aux vulnérabilités particulières qui peuvent se cumuler dans certains contextes familiaux. Si la santé mentale concerne tous les êtres humains, peu importe leur profil socio-économique ou leur capital, le développement d'une vision holistique permet d'accompagner les familles au regard de *tous* leurs besoins particuliers.

La vision holistique des trajectoires de l'enfant implique aussi la nécessité de porter une attention particulière aux proches de l'enfant par l'intermédiaire, par exemple, d'un accompagnement administratif et financier pour les parents ou d'une prise en charge psychologique des parents ou des fratries... (voir recommandation 3).

Enfin, dans la prise en charge globale des enfants de 0 à 30 mois et de leur famille, une attention particulière doit être accordée aux moments de transition / rupture qui précèdent et suivent cette période de la petite enfance (période prénatale - postnatale, entrée à l'école). Cette approche holistique est déjà mise en œuvre par une série d'acteurs de terrain (par exemple, certains PEP'S, certains services de néonatalité, certains Services d'Accueil Spécialisés de la Petite Enfance (SASPE), certaines puéricultrices...). Ils ont témoigné de la nécessité de développer ce modèle et de l'intégrer officiellement dans leurs missions. Pouvoir adopter une telle approche requiert cependant que les professionnels soient formés et sensibilisés à son importance (voir recommandation 7) et soient soutenus pour pouvoir la mettre en œuvre dans un cadre de travail adapté (voir aussi recommandations 2, 4, 5, et 6).

Une vision collective, pluridisciplinaire et bienveillante comme fil rouge

« C'est très important la continuité. On est contre le morcellement des politiques publiques car il faut raconter mille fois son histoire, souvent avec une vision responsabilisante. » (Table-ronde – Acteur en contact avec les professionnels de terrain)

« On va chercher des personnes à droite à gauche mais [...] le privé doit remplacer certaines institutions car on a du mal à connecter les différentes personnes. » (Table-ronde – Acteur en contact avec les professionnels de terrain)

« L'idée [...qui] permettrait de faire abstraction de tous les niveaux de pouvoir [...], c'est de dire, "on a un enfant devant nous, il ne va pas bien, que peut-on faire tous ensemble pour qu'il aille mieux ?" [...] Mettre la chaise vide. Sur cette chaise, se trouve la personne pour laquelle on est là tous ensemble. Il faut faire abstraction des lourdeurs administratives, du

secret professionnel, [...] des instructions ministérielles... » (Table-ronde – Acteur en contact avec les professionnels de terrain)

« Pour les petits, le ballotement et le chaos de leur histoire peuvent engendrer une perte d'identité et de l'essence de celle-ci, ce qui va nécessiter un fil rouge [...]. Tous les intervenants doivent y contribuer. » (Table-ronde – Expert)

« Quand ça ne prend pas avec les familles c'est parce que tous les services sont clivés [...]. L'assistante sociale doit d'abord rassembler ce qui existe et n'existe pas, avant de commencer la prise en charge. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Et donc il y avait finalement énormément d'intervenants avec très peu de communication entre eux. [...] On pourrait peut-être imaginer qu'il pourrait y avoir des réunions multidisciplinaires, comme on fait beaucoup avec les personnes âgées. [...] Ici finalement, non seulement on ne fait pas ce genre de réunion, mais l'information ne circule pas vraiment. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Parfois, il y a des gens qui travaillent et puis qui changent, et donc du coup il faut reprendre contact avec la nouvelle personne [...], il faut recommencer, [...] retisser les liens. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Les familles [...] qui ont toujours été rejetées, qui ont toujours eu des regards négatifs sur eux, ils trouvent des gens humains qui les aident [...] ils vont s'accrocher parce que, enfin, il y a quelqu'un qui est humain ! » (Entretien – Professionnel de terrain)

« [...] Ma collègue qui travaille à la périnatale, [...] suit les mamans enceintes et quand il faut que je les rencontre, elle organise une visite avec les parents. On explique aux parents que c'est moi qui prendrai le relais lorsque la maman aura accouché. [...] c'est vrai qu'avec certains collègues ce n'est pas possible parce qu'on ne travaille pas de la même façon » (Entretien – Professionnel de terrain)

« S'il n'y a pas quelque chose de réel qui nous relie d'une manière ou d'une autre, c'est compliqué. [...] Il y avait [...] une fois par an un [...] projet commun. [...] Et puis à un moment donné les subsides ont été coupés par rapport à ce projet-là, [...] et on a essayé de continuer malgré tout à se réunir, et on s'est rendu compte que, petit à petit, l'intérêt des uns et des autres s'est amenuisé. » (Entretien – Professionnel de terrain).

« Si je rentre dans mon pays je vais me faire tuer là-bas.[...] Je disais que les Belges n'étaient pas gentils car quand on ne peut pas aider les gens qui sont en difficulté. Même ici les enfants n'ont pas la nourriture, je n'ai pas d'argent, mon mari n'a pas d'argent qu'est-ce que je vais faire ? Je ne connais personne, personne, personne. Et là-bas à la Croix Rouge on donne de la nourriture déjà expirée. J'en ai marre et je disais vraiment "qu'est-ce que je peux faire" et Madame Joëlle c'était comme un ange qui est venu du ciel, elle nous a rassurés, c'est elle vraiment qui a tout fait pour nous. Je dis toujours merci à Dieu parce que si ce n'était pas elle bon Dieu je ne sais pas. Elle nous a tellement aidés, elle nous a tellement rassurés [...] elle a appelé au téléphone le Monsieur et l'assistant social. » (Entretien - Mère)*

« Je trouve ça dommage qu'en fait nous avons deux ONE. En fait, pendant ma grossesse c'était Madame Géraldine qui suivait ma grossesse et puis comme ma grossesse est terminée, c'est Madame Laurence* qui suit jusqu'à l'âge de 6 ans, la santé de ma fille. Je trouve ça [...] dommage que Géraldine* qui a suivi ma grossesse, pourquoi elle ne peut pas suivre l'enfant avec nous, parce que c'est elle qui a vu le bébé bouger dans mon ventre, qui a poursuivi ma grossesse, pourquoi elle, elle ne peut pas continuer son travail [...] jusqu'à l'âge de 6 ans parce que je trouve ça dommage quoi [...]. Elle doit terminer son travail, jusqu'à quand ma fille elle ait 6 ans en fait c'est vrai que je trouve ça bizarre et puis je me suis dit mais pourquoi Madame Géraldine*, elle ne peut pas voilà quoi... » (Entretien – Mère)*

« Le suivi d'Emma, prématurée, est très bien organisé. On téléphone au service de néonatalogie qui organise tout le programme et les RDV donc il ne faut pas téléphoner à 5 services, donc ça c'est aussi pratique et alors la plupart des tests sont quand même assez bien remboursés même si tout ne l'est pas. [...] Le service de néonatalogie avait dit que c'était a priori pas suffisant ce genre de tests, c'était déjà très bien mais que c'était bien de mettre en place quelque chose*

de plus poussé. Et donc ils ont conseillé d'entourer Emma d'un neuropédiatre, de psychomot, de kiné, etc. Et tout un personnel médical qui s'est mis dans la vie d'Emma*. » (Entretien – Mère)*

« Moi j'arrêterai tout ça, parce que c'est contraignant je ne parle pas de maintenant ça va, mais un moment quand il y a trop d'intervenants, c'est de trop. [...] Ils n'ont pas respecté mon choix et voilà. » (Entretien – Mère et Père)

« Le deuxième rendez-vous s'est très mal passé. Elle ne savait plus qui on était, il a fallu tout réexpliquer et ça je l'avais très mal vécu. [...] On avait vraiment l'impression que la dame n'avait pas lu ses notes avant de nous voir alors qu'il s'était passé plusieurs mois. [...] Le truc le plus dérangeant c'est quand tu vas voir quelqu'un à l'hôpital qu'il n'a pas pris la peine de relire le dossier même 5/10 minutes avant et qu'il ne sait plus ce qu'il a raconté la fois passée et que donc... C'est ce qui fait le plus mal sentir qu'elle s'en fout quoi. "C'est votre premier" ? Oui mais ça c'est de nouveau dans le truc, "lis le dossier quoi", il y a quelqu'un qui vient qui n'a pas envie d'être là, "pitié lis le dossier". » (Entretien – Mère et Père)

« Le problème en Belgique c'est qu'il y a plein d'ASBL, même trop mais ils sont égoïstes chacun il veut se montrer, chacun il veut faire son mode de vie. Moi [...] je disais toujours [...], je veux une réunion parce que moi je ne veux pas que chaque ASBL travaille de son côté je veux que vous travailliez ensemble pour le bien de mon fils. Si vous voulez c'est moi qui guidais. » (Entretien – Mère)

« On a appelé la psychomotricienne qui s'occupe de lui pour son adaptation relationnelle et elle était dans la réunion, sa directrice de l'école et son institutrice et la logopède du PMS et il y avait aussi une psychologue du PMS. Et après eux, maintenant qu'ils ont eu à trouver une école qui n'est pas une école totalement spécialisée, c'est à moitié spécialisé, c'est un nouveau projet et qui est aussi à moitié ordinaire donc ce sont des enfants qui ne sont pas totalement autistes et qui ont des difficultés de trouble de langage et des troubles du comportement. Et eux ils vont insister qu'on trouve une petite place pour son cas parce qu'il n'est pas autiste, c'est juste qu'il a un trouble de comportement de langage. » (Entretien – Père)

Si l'hyperspécialisation des services qui gravitent autour des enfants de 0 à 30 mois répond à une nécessité, elle ne peut pas se faire au détriment d'une prise en charge holistique des problématiques rencontrées par ces enfants et leur famille. La nécessité et le manque d'un fil rouge dans la trajectoire de l'enfant et de sa famille sont apparus de manière criante au cours de nos travaux. Par ailleurs, la recherche a mis en évidence que l'accompagnement global d'une famille est souvent porté par un seul travailleur, « *un ange gardien* » pour reprendre les mots de certains parents, ce qui peut entraîner des conséquences négatives, telles que le manque d'accès à certaines informations ou à certains droits (aucun travailleur n'étant omniscient) ; la dépendance (y compris affective) à ce travailleur avec notamment le non-recours aux droits en son absence (congés, maladie, changement de profession...) ; le poids qui repose sur les seules épaules du travailleur ; la perte, pour la famille, de l'accès aux services lorsque la relation avec le travailleur est mauvaise, décline, ou prend fin (notamment lors de l'arrêt d'un financement public ou privé ou lors de certaines transitions : de la conception à l'arrivée de l'enfant, lors du retour à la maison après l'accouchement, lors de l'entrée à l'école...) ; etc.

La vision holistique de l'enfant et de sa famille doit dès lors être portée par un collectif pluridisciplinaire qui coordonne sa trajectoire de soins, ce qui implique un travail de collaboration. Une approche collective permet non seulement d'offrir un soutien aux professionnels qui font face à des situations humainement difficiles (voir aussi recommandation 5), mais facilite aussi la prise en compte des multiples facettes qui composent la vie d'un enfant, tout en diminuant les risques inhérents à la centralisation du fil rouge dans le chef d'un seul travailleur.

Pour permettre la réussite du système proposé, il est en outre indispensable que l'équipe pluridisciplinaire travaille dans la confiance avec la famille, en étant au plus proche de la famille, bienveillante, pragmatique, respectueuse (notamment en préparant systématiquement ses dossiers pour éviter de faire répéter inlassablement des informations parfois très douloureuses aux familles), non jugeante, qui est conforme aux droits fondamentaux des enfants et de leur entourage, qui respecte les règles en vigueur (notamment en matière de secret professionnel (partagé)³¹, droits du patient³²...). Il est à cet égard indispensable de renforcer la formation et la sensibilisation des professionnels en contact avec l'enfant et sa famille (voir aussi recommandation 7).

Par ailleurs, compte tenu du *turnover* des acteurs de terrain (voir aussi recommandations 5), les professionnels doivent répertorier de manière structurée les collaborations mises en place, afin que toute éventuelle transition soit fluide et ne demande pas au nouveau professionnel de recréer l'entièreté du réseau instauré autour des familles à partir d'une page blanche.

Enfin, *tous les professionnels en contact avec les enfants de 0-30 mois et avec leurs proches*, en ce inclus durant la période prénatale, doivent être sensibilisés au développement d'une prise en charge holistique de l'enfant, en connaissant l'offre locale, en se constituant un réseau et en référant ainsi les familles et les enfants auprès des services et professionnels pertinents suivant leurs besoins.

Une Maison de l'enfance destinée aux usagers et aux professionnels, avec une attention particulière aux 30 premiers mois

« Il faudrait évoluer dans le suivi des personnes vers une situation avec moins de cloisonnements et arrêter d'envoyer les gens vers une série de services, ça ne marche plus. » (Table-ronde – Acteur en contact avec les professionnels de terrain)

« On souhaite [...] qu'il y ait un accord, entre les entités fédérales et fédérées pour éviter les politiques de silo, [...] qui porte sur la priorité petite enfance. » (Table-ronde – Acteur en contact avec les professionnels de terrain)

« Un cadastre des possibilités de prise en charge serait intéressant. [...] Il faudrait avoir un guide [...] qui permettrait de savoir quels services interviennent où, quand, comment, pour

³¹ Art. 458 et 458bis du Code pénal. Sur la question du secret professionnel (partagé), voy. Ligue des droits humains, Santé Mentale. Secret Professionnel et pratiques de réseaux, 2016, https://www.liguedh.be/wp-content/uploads/2016/03/ldh_secret_professionnel.pdf.

³² Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, M.B., 26 septembre 2002.

quelles problématiques... » (Table-ronde – Acteur en contact avec les professionnels de terrain)

« Pour toucher les personnes il faut travailler au niveau communal. C'est à partir de là qu'on peut faire la promotion de la santé, [avec un] dispositif de prévention, faire les relais et analyser les trous dans l'offre, sur le territoire. » (Table-ronde – Acteur en contact avec les professionnels de terrain)

« C'est important de lier la récurrence de la vulnérabilité à l'approche communautaire. En lien avec la vulnérabilité, [...] la nécessité d'"aller vers". [...] Un atout du communautaire est la déspecialisation de l'accueil et des services, donc pas sur base d'un diagnostic mais offrir un lien dans le quartier, puis voir [...] la demande qui émerge. » (Table-ronde – Expert)

« La question de l'hyperspécialisation des services est une vraie question. L'accueil inconditionnel n'est plus garanti. » (Table-ronde – Expert)

« Un projet [...] de la région : ouvrir un lieu [...] où les familles peuvent venir jouer avec des enfants en bas âge et des intervenants qui sont là pour accompagner, et pourquoi pas orienter si nécessaire. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Réunir les gens c'est vraiment très important. [...] C'est important de réunir des professionnels autour des enfants, mais c'est important aussi de réunir les parents. [...] C'est pour ça qu'on fait des rencontres parents-enfants. [...] Parfois, il y a des messages qui passent plus facilement que si c'est nous qui... » (Entretien – Professionnel de terrain)

« L'ONE [...], les gens en ont peur. Pour eux c'est l'œil de Moscou [...] alors que la plupart du temps, c'est pas ça du tout. Mais ça reste avec cette image-là. [...] ils n'en veulent pas non plus, parce qu'ils poussent à la vaccination [...], c'est pas tous, vraiment. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Des gens qui ont été maltraités, [...] en institution, [...] qui ont été abandonnés, et qui ont une image de l'assistant social comme celui qui contrôle, celui qui juge, qui prend des décisions. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Le fait que c'est non contraignant et qu'on ne présente pas un danger, ça rend le travail possible. [...] Quand [...] l'accord n'est pas sincère mais contraint [...] C'est un oui de chantage. On voit alors que le travail est plus compliqué. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« On aimerait bien qu'il y ait une coordination. [...] on pourrait donner un coup de fil, "eh ben, voilà, qu'est-ce qu'on fait avec un tel enfant ?" » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Pour aller rencontrer les familles, leur dire, "vous allez venir dans un service de santé mentale", [...] c'est difficile, parce qu'il y a des stéréotypes par rapport à ça. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Tellement on a souffert, on a vraiment galéré, j'aimerais que, c'est ça que je dis toujours à l'ASBL ou partout, vraiment faire un site [...] pour trouver un bon médecin, pour trouver des ASBL... [...] Je le répète, moi j'aimerais bien qu'il y ait une ASBL qu'elle soit nationale qui fait tout [...]. Moi ce qui m'énerve c'est que tu es un ballon, "Ah ce n'est pas ici, c'est là-bas", ce n'est même pas loin, quand je téléphone pour lui pour un stage, je dois faire 20 numéros et à la fin je n'ai rien. Tu passes toute la journée à téléphoner, "ah c'est pas nous, c'est là". » (Entretien – Mère).

« Oui c'est bien un endroit libre et gratuit. Mais pas dans des endroits comme la commune ou l'ONE. Ça ne me plaît pas. » (Entretien – Père).

Un lieu facilitateur

La concrétisation de cette vision holistique, collective et pluridisciplinaire mériterait une recherche en co-construction avec les usagers et les professionnels.

Il est cependant apparu, lors de la récolte des données, qu'un lieu facilitateur serait un atout majeur, telle l'instauration de Maisons de l'enfance, pour répondre à cette recommandation. Si l'objectif n'est pas ici de concrétiser la Maison de l'enfance idéale, les principes et missions-clés d'un tel lieu facilitateur ont été mis en évidence par les professionnels et les familles rencontrés.

Neufs principes de la Maison de l'enfance

Une liste non-exhaustive de neuf principes a été réalisée sur base des différents échanges.

- Premièrement, et même si cela dépasse le cadre de notre recherche, la Maison de l'enfance devrait concerner toute la période de l'enfance, tout en veillant à la mise en place d'une section dédiée aux 30 premiers mois.
- Deuxièmement, il serait nécessaire d'y adopter une approche holistique de la vie de l'enfant, qui couvrirait les dimensions psycho-médico-sociales et prendrait en compte ses droits et ses besoins ainsi que ceux de sa famille. L'un des avantages de cette approche généraliste est l'absence de représentations parfois stigmatisantes attachées à certains services (par exemple, elle n'aurait pas l'étiquette « pour les fous » associée parfois aux SSM [services de santé mentale], celle « pour les pauvres » associée parfois aux CPAS, etc.). De plus, elle pourrait favoriser un fil rouge qui lie les étapes de la trajectoire de soins de l'enfant. Une réflexion devrait y être menée à propos des moments de transition (voire de rupture) avant et après la période de 0 à 30 mois, en concertation avec les services prénataux et scolaires.
- Troisièmement, la Maison de l'enfance devrait être universelle : il n'y aurait aucune condition d'accès aux services qu'elle propose.
- Quatrièmement, la Maison de l'enfance devrait être inclusive : aucune problématique ne pourrait empêcher son accès et les besoins spécifiques du public devraient être pris en considération via des aménagements raisonnables (en termes par exemple d'accès concret au lieu, de langue...), qui devront être définis ultérieurement en co-construction avec les professionnels concernés.
- Cinquièmement, la Maison de l'enfance devrait être accessible à tous les usagers, notamment par sa gratuité et par de larges plages horaires compatibles avec les réalités des familles.
- Sixièmement, elle devrait idéalement, en fonction des besoins et des possibilités géographiques, se situer localement, à proximité des familles, c'est-à-dire à l'échelon du quartier ou de la commune (et donc être sous la responsabilité de ces dernières), permettant de réduire les inégalités territoriales. Elle pourrait aussi s'envisager sous une forme mobile lorsque le contexte le nécessite.

- Septièmement, elle devrait se penser sur base volontaire : il n’y aurait aucune obligation pour la famille de l’enfant de s’y référer.
- Huitièmement, elle devrait être exempte de toute mission de contrôle. La recherche a pu mettre en évidence le fait qu’il s’agit de l’un des freins au recours aux droits notamment pour les parents qui ont eu des trajectoires lourdes durant l’enfance tel qu’un placement à la suite de maltraitances intrafamiliales (voir recommandation 2).
- Et, neuvièmement, elle devrait être dotée des mêmes qualités que celles décrites ci-dessus concernant l’équipe pluridisciplinaire : vision bienveillante et respectueuse des droits fondamentaux.

Sept missions de la Maison de l’enfance

Sept missions principales de la Maison de l’enfance, non-exhaustives, ont par ailleurs été identifiées.

1. La Maison de l’enfance devrait *répondre aux demandes des usagers et des professionnels de l’enfance*, notamment en proposant ou en réorientant vers des services adaptés aux enfants de 0 à 30 mois (pédiatrie, santé mentale de la petite enfance, psychomotricité, puériculture, logopédie, service social...).
2. La Maison de l’enfance serait chargée de *maîtriser l’offre locale relative à la (petite) enfance, grâce à la réalisation ou la mise à jour d’un cadastre* qui reprenne tous les services qui répondent à toutes les dimensions de la vision holistique de l’enfant. La recherche a montré que c’est un vrai besoin des familles et des professionnels de terrain (en particulier non spécialisés en santé mentale, mais aussi au sein des services spécialisés). La plupart des cadastres existants (quand ils existent) n’ont en effet plus été mis à jour après leur élaboration. Or, les services de soins sont fréquemment renouvelés, entre autres, à cause de la précarité dans laquelle ils évoluent (voir à ce sujet la recommandation 2). Il serait donc nécessaire (en termes de budgets et de missions), non seulement de veiller à la tenue de ce cadastre, mais également de prévoir sa mise à jour régulière.
3. La Maison de l’enfance devrait *s’efforcer de combler les manques dans l’offre locale*, tendant ainsi à diminuer les inégalités territoriales.
4. La Maison de l’enfance devrait être un *espace de rencontres formelles et informelles mis à la disposition des professionnels* de l’enfance. Des projets concrets communs pourraient y être développés. La recherche a en effet mis en avant le besoin de ces rencontres et de projets concrets pour maintenir les collaborations à long terme et leur donner du sens.
5. La Maison de l'enfance devrait être *un lieu de rencontres mis à disposition des familles*, en leur proposant notamment un espace d’échanges sécurisants permettant la solidarité et

la mise en commun de ressources. L'entraide entre familles qui vivent des parcours similaires a en effet été identifiée comme un levier puissant pour améliorer la prise en charge et le respect des droits (voir aussi recommandation 3).

6. La Maison de l'enfance devrait mettre à disposition *une ligne téléphonique* permettant de rapidement répondre aux demandes des familles et des professionnels.
7. La Maison de l'enfance aurait la *responsabilité de faire connaître son existence et ses missions* tant auprès des usagers que des professionnels.

Ne pas réinventer la roue

Notons que la mise en place d'une telle Maison de l'enfance doit se faire en tenant compte des initiatives préexistantes sans *réinventer la roue*. De multiples professionnels réalisent déjà une partie des missions décrites en suivant au moins en partie les principes énumérés (par exemple, consultations ONE, maisons vertes, services d'action en milieu ouvert (AMO), crèches, réseaux enfants-ados...), voire ont tenté ou ont commencé à mettre en place un projet similaire. Il est indispensable de repartir des synergies existantes pour les amplifier et/ou développer et financer des initiatives complémentaires qui tiennent compte des réalités locales et des ressources mises à disposition.

Une seule bannière

Nous recommandons néanmoins de rassembler toutes les initiatives préexistantes et futures sous une seule « bannière », *les Maisons de l'enfance*, pour qu'elles soient plus facilement reconnues et sollicitées par les publics visés, et pour favoriser les synergies entre localités et se renforcer mutuellement. Les principes communs permettraient à cette initiative transversale de répondre à des valeurs communes qui s'inscrivent dans une approche par les droits. De plus, il paraît nécessaire que ces Maisons de l'enfance puissent travailler sur base d'un socle commun afin de mutualiser leurs forces.

Cibles de la recommandation 1

Communes : évaluer, à partir des services présents sur le territoire, la possibilité de mettre en place une Maison de l'enfance garante des principes et missions énoncés en l'adaptant aux besoins particuliers de leur territoire et aux structures locales (publiques et privées) déjà existantes ; créer la Maison de l'enfance à partir de cette évaluation, si nécessaire en développant un service mobile commun avec d'autres communes.

Provinces et État fédéral, régions, communautés : collaborer avec l'échelon communal pour participer à l'évaluation, à la création, au financement et à l'appui des Maisons de l'enfance.

Services en contact avec les 0-30 mois et/ou leur famille : veiller au développement d'une vision holistique des enfants et de leur famille ; engager les travailleurs à développer une vision

collective et pluridisciplinaire comme « fil rouge » de la trajectoire de soins ; contribuer à la mise en place de la Maison de l'enfance sur leur territoire.

Travailleurs de la Maison de l'enfance : veiller à la réalisation des principes et des missions de la Maison de l'enfance en fonction des réalités locales.

Travailleurs en contact avec les 0-30 mois et/ou leur famille : prendre en charge les usagers dans le respect d'une approche holistique et veiller à ce que tous leurs besoins soient entendus et pris en considération (si nécessaire en les orientant vers d'autres professionnels, d'autres services, ou en les référant à la Maison de l'enfance locale) ; veiller à ce qu'un collectif pluridisciplinaire ait la responsabilité d'un fil rouge entre les interventions et reconnaître toute l'importance de celui-ci ; veiller à ce que les collaborations mises en place soient répertoriées de manière structurée ; veiller aux périodes de transition entre la période prénatale et postnatale et au moment de l'entrée à l'école.

2. METTRE FIN AU NON-RECOURS AUX DROITS EN RENFORÇANT L'OFFRE DE SERVICES A DESTINATION DES ENFANTS DE 0 A 30 MOIS ET EN LA RENDANT VISIBLE, ACCESSIBLE ET ADAPTEE PARTOUT ET POUR TOUS

Art. 2 CIDE (égalité et non-discrimination)

Art. 3 CIDE (intérêt supérieur de l'enfant et bien-être)

Art. 4 CIDE (mise en œuvre des droits proclamés par la Convention)

Art. 5 CIDE (responsabilité des parents et capacités progressives de l'enfant)

Art. 6 CIDE (vie, survie et développement)

Art. 18 CIDE (aide aux parents notamment en matière de garde d'enfants)

Art. 23 et 24 CIDE (droits des enfants porteurs d'un handicap et droit à la santé, avec une attention aux soins prénatals et postnatals pour les mères)

Art. 26 et 27 CIDE (sécurité sociale et niveau de vie suffisant, avec un soutien aux parents)

Art. 28, 29 et 31 CIDE (éducation et loisirs)

« Dans le soutien aux familles, il y a aussi tout le soutien au niveau des conditions d'accès à des congés parentaux, congés de maternité, garde d'enfant en milieu d'accueil... Cinquante pourcents des parents ne peuvent pas payer les crèches. » (Table-ronde – Expert)

« Non-recours au droit, non-recours à l'aide, non-recours aux soins. Changer son fusil d'épaule. Retourner vers les publics non atteignables. [...] Tous les droits de l'enfant sont bafoués, droits des adultes, non-recours à l'emploi, allocations sociales en-dessous du seuil

de pauvreté, logement, énergie, épanouissement social et culturel, etc. » (Table-ronde – Acteur en contact avec les professionnels de terrain)

« Tous les enfants quels qu'ils soient, où qu'ils vivent, doivent avoir les mêmes droits d'accessibilité aux services de soins ; malheureusement, on n'est pas tous égaux par rapport à ça. » (Table-ronde – Acteur en contact avec les professionnels de terrain)

« L'offre reste insuffisante par rapport aux besoins. » (Table-ronde – Acteur en contact avec les professionnels de terrain)

« Pour ces questions organisationnelles, avec l'organisation de l'État et les questions budgétaires, les enfants sont rarement au bon moment au bon endroit. » (Table-ronde – Acteur en contact avec les professionnels de terrain)

« On devrait intervenir à 0 [mois] voire avant et on n'a que 3 personnes formées sur 15 dans notre équipe. » (Table-ronde – Acteur en contact avec les professionnels de terrain)

« Impression d'être baladés : quand on contacte par exemple un SSM, on nous dit qu'il n'y a pas de possibilité de rendez-vous avant 6 mois. Mais le temps de l'enfant n'est pas le même que le temps de l'adulte [...]. Mêmes difficultés avec les services d'aide précoce. » (Table-ronde – Acteur en contact avec les professionnels de terrain)

« Il y a de plus en plus de services ou intervenants dans le domaine de l'enfance et de la jeunesse, on a compris qu'il y avait quelque chose à faire. Mais [...] foisonnement et donc on ne s'y retrouve pas. » (Table-ronde – Expert)

« On ne doit pas créer du nouveau mais utiliser tout ce qui existe et le rendre plus efficient. » (Table-ronde – Expert)

« Ces réponses au morcellement dont on délègue la responsabilité aux professionnels se font souvent dans des cadres temporaires ou marginaux par rapport au cadre légal, dans des projets pilotes... » (Table-ronde – Expert)

« On a des listes d'attente qui croulent pour accueillir d'autres enfants dans un état de danger mais on n'a pas la possibilité. Quand un jeune enfant à la maison est en danger mais que tu ne peux pas l'accueillir, c'est très difficile. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« On ne vous dit pas, "c'est important la santé mentale du jeune enfant" [...] y a surtout pas de politique où on dit "on va prioriser cette santé mentale-là". [...] Ni pour la santé mentale des femmes, [...] des pères [...] des petits, où il y a encore toute cette fenêtre de réversibilité. [...] L'argent investi là, vous le récupérez [...] un économiste, [...] Eckman, [...] a montré le retour sur l'économie, et puis y a eu des études au Royaume-Uni, sur [...] ce que ça coûte si on traite maintenant [...] et ce que ça va coûter si on laisse aller les choses ; c'est sans commune mesure évidemment. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Le fait que les services comme le CPAS, etc. se mettent vraiment en branle quand il y a un service qui est connecté avec la famille, c'est ce qu'elle a dit. Elle dit au service, "je suis l'ONE je m'occupe de cette famille", tout s'accélère plus vite et donc le fait d'être en lien avec un service est vraiment un sésame pour l'accès à toute une série de services et droits. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« On travaillait avec [...] une psychomotricienne qui travaille au lien parents-enfant via le jeu. [...] Elle a jeté l'éponge parce qu'elle ne trouvait plus de subsides. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Une des pierres d'achoppement, je ne sais pas ce qui est disponible. [...] Il y a une question d'information [...] de ce qui est disponible [...] dans quelles conditions je peux faire appel, leurs spécificités. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Parfois on prend en charge des enfants qui devraient être pris en charge par un service de l'AViQ [Agence pour une Vie de Qualité] alors que nous on est un service de l'ONE. Et c'est frustrant de devoir fonctionner avec des dons pour prendre en charge et avoir l'aide

nécessaire pour ces enfants [...] de ne pas avoir la reconnaissance à cet égard. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Il n’y a pas assez d’offres par rapport à la demande [...] ces enfants restent stagner chez nous plus longtemps car on ne sait pas les mettre ailleurs. Je vous dis ça pour la maladie mentale, mais pour les enfants placés par le juge c’est le même problème [...] parce qu’on ne trouve pas de centre d’accueil pour eux. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« La santé mentale, c’est le parent pauvre, mais la petite enfance aussi, donc on cumule. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Un truc par rapport aux centres, [...] ça coute super cher. [...] c’est super spécifique, donc ils doivent faire des bilans, et ces bilans-là sont très très mal remboursés. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Ce que j’aimais bien à S. c’est que tout est gratuit. [...] Ici tout est payant. On est partis au [service spécialisé], 35 euros et on est sur la liste [d’attente], la navette c’est quand même 18 euros, il n’y a aucune ASBL qui est gratuite. » (Entretien – Mère)

« C’est une amie, une cliente qui nous connaissait d’avant qui voyait bien la difficulté et qui m’a dit il y a un programme Vivacité qui fait des trucs avec des enfants gratuit. Parce que je n’avais absolument pas les moyens, ça c’est aussi un gros problème j’estime. » (Entretien – Mère)

« Pour moi c’était une honte d’aller au CPAS, mais on ne s’en sortait pas. [...] On est arrivé dans cette maison, il fallait tout refaire. [...] Pendant 5 ans on a vécu la pauvreté que je n’ai jamais connue. Et quand vous allez au CPAS à chaque fois ils vous demandent quelque chose et ils vous demandent ça tutututute et ils te rentrent dans l’os. Depuis qu’on a Ilyas et qu’on a acheté cette maison, on avait plus de vie privée, c’était plus, on était nus devant tout le monde. Le CPAS il devait connaître tout tout. C’était dur quand tu dois aller chercher le panier, demander le mazout. » (Entretien – Mère)*

« Par rapport à ce qui se fait ici qu’au [pays d’origine] ce n’est pas la même chose. [...] On est au début, on ne connaît pas grand-chose, peut-être qu’il y a des choses qui se font. Nous on ne connaît pas, on n’a pas de pistes pour savoir il faut faire telle chose et telle chose. Par exemple, quand on était là si je savais que mes enfants auraient été pris en charge par ma mutuelle, ils allaient déjà bénéficier de ça depuis longtemps, parce que je n’avais pas ça, je ne maîtrisais pas ça. [...] Par exemple, au niveau du CPAS, quand quelqu’un introduit une demande. Ça prend beaucoup de temps. Quand on prête, on t’annonce que tu es éligible et que tu dois encore attendre 1 mois. Du coup c’est déjà un problème [...]. Moi, j’avais eu de la chance d’avoir une maison, mais [...] c’est difficile, de payer les frais et de payer le loyer si je n’avais pas un bailleur si compréhensif parce que ça allait être la catastrophe, parce qu’on était en plein hiver et qu’ils devraient être au chaud et qu’on devait payer l’électricité, payer le gaz. [...] Je me retrouve avec 0 euro même pas 1 cent. » (Entretien – Père)

« Et ce serait bien des associations qui donneraient des trucs pour le bébé gratuits, parce que des fois il y a des familles qui n’ont pas beaucoup d’argent parce que des fois il y a des familles, il y a des parents qui ne savent pas compléter la liste. » (Entretien – Mère)

« Ma femme m’a raconté que les enfants sont tombés malades pendant 4 mois et il y a eu des difficultés pour manger et quand il faisait froid ça ne chauffait pas et que les enfants allaient développer une pneumonie. » (Entretien – Père)

« Elle m’a demandé “mais où est-ce que tu dors avec les enfants, à la maison il n’y a rien ?”. “C’est pas possible, vous avez fait une année comme ça avec les enfants”. J’ai dit “oui” et puis c’est elle qui a commencé à appeler les organismes. Nous on ne savait même pas, elle a fait des efforts pour qu’on voit avec les frigos, les cuisinières, les habits pour les enfants, la nourriture. [...] Comme elle m’a parlé de tout, elle est devenue comme mon amie, elle a

commencé à me parler, à me conseiller tu vois et m'a demandé si je peux faire des formations. » (Entretien – Mère)

« Toute la partie 0-3 ans est un gouffre financier sur plein de domaines différents. [...] Là j'ai eu de la chance parce que la logopède ne me demande pas beaucoup voilà elle était au courant de la situation, la psy même chose, planning familial au début que j'allais c'était 10 euros parce que vraiment je n'avais pas les moyens, 6 ans après c'est toujours 10 euros. Donc ces services-là ont été magnifiques, l'aspect financier c'est une horreur. [...] La classe sociale dans laquelle vous allez naître va tout déterminer mais à côté de ça, ça devrait être universel. » (Entretien – Mère)

« Il n'y a rien pour eux et tout est cher. Jusqu'à maintenant il n'y a rien. Moi je voulais un stage pour lui, dès que vous dites autiste, c'est foutu. [...] Moi c'est des activités sport. Il y a beaucoup de portes qui se ferment, on va dire "oh c'est un autiste", "au revoir". » (Entretien – Mère).

« Pourtant je vous jure je donnerais tout pour mes enfants, ils [ne] font même plus de sport parce qu'on a plus les moyens, ni la force, on est épuisés. » (Entretien Mère)

« Quand vous êtes dans une école spécialisée voilà tu n'as rien à dire c'est fini, vous voyez. Il n'y a rien d'autre derrière qui peut être mis en place, tout ce que tu fais à l'extérieur de l'école, c'est ton problème. C'est du luxe, allez faire de la logopédie, c'est du luxe. On a fait pour lui de la musique, c'était du luxe. On payait 300 et quelques tous les 3 mois. Parce qu'il aimait bien, un jour, les outils c'est incroyable, un jour je l'ai même filmé je me souviens j'entendais chantonner, je croyais c'était dans l'autre maison, la radio ou mon mari, en tout cas il faisait comme ça "ayyyyyeyh" et c'était magnifique et j'ai montré à tout le monde et c'était magnifique. » (Entretien – Mère)

« Il a eu ce retard [dans la prise en charge du trouble de la santé mentale] parce qu'il n'était pas encore mutualisé [c'est-à-dire qu'il n'avait pas accès à la mutuelle]. » (Entretien – Père)

« Il y avait une piscine qui prenait les enfants handicapés, c'est une association j'ai été la voir, "il est autiste ?", oulalala quand déjà vous dites autiste c'est mauvais. Ils nous disent "il parle ?", "non", "il écoute ?", "non", "alors on ne peut rien faire pour lui". Ils veulent des enfants handicapés qui écoutent et qui savent faire tout ce qu'on leur dit c'est tout. C'est quoi ? » (Entretien – Père)

« On a tout fait, tout ce qu'on nous a conseillé, on a tout payé car on avait les moyens pour nous libérer de la culpabilité. » (Entretien – Père)

« Je me pose des questions, si je ne savais pas lire ni écrire, je ferais comment ? » (Entretien – Père)

« L'AMO c'est les seuls qui l'ont pris, les seuls avec qui Martin a passé un stage sinon Martin* c'est l'école, la maison, il ne connaît pas grand-chose et la psychomotricité en groupe que l'on fait à S. et il y a la musique que l'on a arrêté parce que ça coûte cher, la logopède alors il y avait le choix entre la logopède et la musique. » (Entretien – Mère)*

« Ce serait bien qu'on organise des petites fêtes pour les bébés, des événements pour les bébés. Qu'on puisse payer l'entrée et qu'on puisse partager des moments émotionnels avec la petite. À l'extérieur, ce serait bien pour qu'on puisse faire sortir les bébés de 16 mois. Ce serait bien qu'on fasse ça partout dans la Belgique et que voilà pour les tout petits ce serait bien. Comme ça nous les parents on peut améliorer encore plus son évolution et qu'on puisse partager des bons moments. » (Entretien – Mère)

« [L'institutrice explique] "Monsieur moi j'ai beaucoup d'enfants dans mon école et j'aime bien ton fils parce que je vois qu'il est gentil, il est attachant, il est tout près de moi mais je ne saurais pas prendre soin de lui comme il ne comprend pas certaines choses que je lui dis. Du coup si je commence à prendre soin de lui les autres seront dépaysés." Et elle m'a expliqué qu'ils n'ont plus de subventions, qu'on a coupé parce que normalement dans son cas il devrait avoir quelqu'un qui prend soin de lui personnellement. [...] Ma femme ne veut pas entendre

parler de cette école spécialisée, parce que pour elle l'enfant sera placé chez les invalides du coup elle pleure tout le temps. » (Entretien – Père)

« Et ce qu'elle a vécu et qu'on lui dise maintenant tant pis tu vas aller dans une école spécialisée, pour elle c'est comme si son fils ne peut pas être utile à la société, elle va encore perdre un de ses enfants. Il fallait faire ce travail-là pour lui expliquer que c'était pour son bien et que si on le laisse comme ça, il ne va rien apprendre et que ça va devenir une maladie, c'est mieux à cet âge, ils ont découvert cette histoire, c'est mieux qu'on puisse l'orienter. C'était un peu difficile pour la faire comprendre, enfin elle a compris que c'est pour le bien du petit. » (Entretien – Père)

« Et moi je disais que Nelson était abandonné parce qu'il rentrait toujours avec les habits sales chaque fois, la dame m'a expliqué qu'il y a beaucoup d'enfants, qu'elle n'arrive pas à gérer Nelson* en classe qu'il faut qu'on cherche un autre endroit pour Nelson*. Je devais l'accepter. » (Entretien – Mère)*

« Je voudrais plus de jeux pour moi, beaucoup jouer. » (Entretien – Enfant)

« Amédée il a des problèmes avec ses nerfs. Il faut du sport gratuit pour qu'il puisse se défouler et au moins il ne s'énerve pas sur ses sœurs. On a de la gym que 2h à l'école. Il faudrait autre chose. » (Entretien – Enfant)*

Le non-recours aux droits est un phénomène décrivant toute personne qui peut prétendre à un droit – prestation, allocation, service... – mais qui n'en bénéficie pas par méconnaissance/non-proposition, refus, nonaccès, etc. Or, il a été mis en évidence que ce phénomène du non-recours aux droits est une réalité quotidienne en Wallonie et constitue un frein important pour l'effectivité des droits fondamentaux de l'enfant et de son entourage.

Hypothèses justifiant le non-recours aux droits

Les professionnels et les familles ont partagé plusieurs hypothèses pouvant expliquer ce non-recours aux droits : manque de connaissance de la part des professionnels ou des familles de l'offre existante, manque de lisibilité de cette offre, manque d'accessibilité (financière, géographique, horaire...) à l'offre existante, manque de places dans les services existants, nombre insuffisant de certains services ou de certaines professions (neuropédiatres, pédopsychiatres, pédopsychologues...), conditionnalité des services (conditions d'entrée comme l'âge, la situation socioéconomique, la situation géographique, un type de pathologie particulier ou son absence, etc.), peur des institutions perçues comme institutions de contrôle (aide à la jeunesse, centres publics d'action sociale (CPAS), communes, ONE,...), impact de la trajectoire personnelle du parent dans ses relations avec les professionnels et dans la prise en charge de son enfant, inadaptabilité des services existants aux problématiques de santé mentale de la petite enfance (manque de bienveillance, de sensibilité, de connaissances...)...

Dans plusieurs récits qui nous ont été exposés, nous avons constaté que ce sont des projets caritatifs ou des soutiens solidaires ponctuels qui ont permis aux familles d'avoir accès aux droits (accès à la psychomotricité, à la logopédie, à un accompagnement administratif et financier, besoins

primaires tels que logement, nourriture...). Dans d'autres cas, il a fallu l'intervention d'une personne-ressource pour ouvrir l'accès aux services, en général un professionnel très investi dans son travail et œuvrant au-delà de ses missions particulières. A titre d'illustration, on peut évoquer une famille qui était en contact avec un assistant social d'un CPAS qui ne s'est pas occupé de leur dossier. C'est l'arrivée de la PEP'S de l'ONE au sein de la famille, un an plus tard, qui leur a permis d'avoir accès aux différents services et, notamment, à une prise en charge de leur enfant de 4 ans qui souffrait d'un trouble de santé mentale depuis ses 2 ans.

Impact du non-recours aux droits

Le fait que les familles n'aient pas suffisamment accès aux services est particulièrement problématique dans la période des 30 premiers mois. En effet, celle-ci est cruciale en termes de réalisation des droits, avec un impact significatif sur l'avenir de l'enfant, sur le plan personnel, social, éducatif et psychique. Il n'est dès lors pas normal qu'un enfant doive attendre l'équivalent de la moitié de sa vie (comme cela peut être le cas lorsque la liste d'attente d'un service est de 6 mois) pour qu'on aille à la rencontre de ses difficultés, qui sont alors susceptibles de s'aggraver. Cela pose également des problèmes aux travailleurs, qui doivent dans ces cas-là opérer dans l'urgence, sous la pression de listes d'attente ou faire face à celles des autres services qui pourraient/devraient prendre le relais.

Évaluation de l'offre

Il paraît dès lors essentiel de réaliser une évaluation de l'offre locale des services notamment grâce à un cadastre (voir recommandation 1) de l'offre à destination des enfants de 0-30 mois (couvrant, toujours dans cette logique d'une approche holistique, toutes les dimensions qui affectent la santé mentale de l'enfant et de sa famille, et donc notamment les lieux d'accueil, les activités de repos et de loisirs, les services de soins généralistes, ceux de soins spécialisés et les services administratifs et financiers) pour en vérifier l'adéquation avec les besoins. Cette évaluation doit, entre autres, être attentive à ce qu'il y ait en suffisance des services inclusifs, inconditionnels, universels et accessibles tant géographiquement (avec une offre au plus près des familles) qu'en termes d'horaires, ou de finances (par exemple en adaptant le prix et en permettant la gratuité lorsque c'est nécessaire). Il faut ainsi s'assurer qu'il y ait des *services adaptés à tous les enfants, quelle que soit leur problématique ou celle de leurs proches*.

Financement de l'offre

Sur tous les territoires où l'offre est insuffisante, il est indispensable de financer les services (création ou complétion de l'offre) afin de répondre aux besoins identifiés. Le recours aux subsides privés, qui est actuellement indispensable comme l'ont expliqué de nombreux professionnels ainsi que les familles, n'est pas une réponse suffisante pour garantir l'effectivité des droits : il est précaire, soumis à des aléas et inégalitaire.

De plus, il faudrait questionner les modalités de financement des services du secteur des soins en santé mentale, certains types de financement étant aussi à l'origine du non-recours aux droits. Ces services sont, en effet, trop souvent conditionnés, à tout le moins en partie, à des subsides limités dans le temps (en particulier dans le cadre d'appels à projets qui ne sélectionnent finalement que l'une ou l'autre initiative, même si les autres répondaient elles aussi à un besoin). L'arrêt des subsides et la création de nouveaux appels à projets conduisent certains services à devoir fermer et d'autres à ouvrir. Cette situation nuit à la lisibilité de l'offre, au maintien de collaborations dans la durée et fait disparaître une offre de soins qui fonctionne ainsi que l'expertise qui s'y est développée. Par ailleurs, cela génère une insécurité d'emploi, facteur de stress important qui a un impact sur la qualité de l'accompagnement proposé aux familles et mène à la perte du fil rouge (voir à ce sujet la recommandation 1). Par conséquent, il semble impératif de revoir les budgets alloués à la santé mentale de la petite enfance, afin de rendre plus structurels les subsides accordés à ces initiatives.

Au-delà de l'existence des services

Lorsque le problème identifié est plus global, notamment en ce qui concerne l'insuffisance des professionnels spécialisés dans la santé mentale des enfants de 0 à 30 mois, il est nécessaire d'agir à une échelle plus large, par exemple sur la formation des professionnels qui peuvent se spécialiser dans la petite enfance ou encore sur une politique de valorisation de ces filières.

Il est aussi primordial de sensibiliser et former les professionnels pour qu'ils soient outillés à accueillir les enfants, notamment ceux qui présentent un trouble de la santé mentale, ainsi que leurs proches (voir recommandation 7). Les familles ont évoqué à plusieurs reprises que ce manque de sensibilisation de certains professionnels (tous secteurs confondus) les avait conduites à arrêter de fréquenter certains lieux ou certains services. Sans agir *a minima* sur ces différents axes (évaluation et financement de l'offre, sensibilisation des professionnels), il paraît impossible de pouvoir agir contre le non-recours aux droits.

Cibles de la recommandation 2

Communes : mettre fin au non-recours aux droits ; dans cet objectif, réaliser un état des lieux des besoins en matière de petite enfance, notamment à destination des enfants de 0 à 30 mois, qui repose sur des critères d'accessibilité, d'inclusivité, d'égalité, d'universalité et de lisibilité ; collaborer avec les autres niveaux de pouvoir et les acteurs existants.

Tous les niveaux de pouvoir : mettre fin au non-recours aux droits en dégagant les moyens suffisants pour combler les manques – notamment en rendant les subsides structurels et pérennes – et en élargissant l'offre de services.

Services en contact avec les 0-30 mois et/ou leur famille : veiller à élargir le périmètre et l'accessibilité des services offerts s'ils sont insuffisants sur le territoire.

Travailleurs en contact avec les 0-30 mois et/ou leur famille : relayer à la hiérarchie et/ou aux autorités les manquements dans l'offre locale et les freins qui mènent au non-recours aux droits.

3. INTEGRER LES PROCHES DE L'ENFANT (Y COMPRIS LES FRATRIES) DANS LA TRAJECTOIRE DE SOINS EN RECONNAISSANT LEUR EXPERTISE ET EN LES ACCOMPAGNANT

Préambule CIDE: « Convaincus que la famille, unité fondamentale de la société et milieu naturel pour la croissance et le bien-être de tous ses membres et en particulier des enfants, doit recevoir la protection et l'assistance dont elle a besoin pour pouvoir jouer pleinement son rôle dans la communauté. Reconnaisant que l'enfant, pour l'épanouissement harmonieux de sa personnalité, doit grandir dans le milieu familial, dans un climat de bonheur, d'amour et de compréhension »

Art. 3 CIDE (intérêt supérieur de l'enfant et bien-être)

Art. 5 CIDE (responsabilité des parents et capacités progressives de l'enfant)

Art. 6 CIDE (vie, survie et développement)

Art. 7 CIDE (droit de connaître ses parents et d'être élevés par eux)

Art. 8 et 16 CIDE (droit à l'identité et droit à la vie familiale)

Art. 9 CIDE (droit de ne pas être séparé de ses parents sauf si c'est nécessaire dans l'intérêt supérieur de l'enfant)

Art. 12 CIDE (droit à la participation des enfants)

Art. 18 CIDE (aide aux parents notamment en matière de garde d'enfants)

Art. 23 et 24 CIDE (droits des enfants porteurs d'un handicap et droit à la santé, avec notamment une attention aux soins prénatals et postnatals pour les mères)

Art. 26 et 27 CIDE (sécurité sociale et niveau de vie suffisant, avec un soutien aux parents)

Art. 28, 29 et 31 CIDE (éducation et loisirs)

« L'approche de la pathologie psychiatrique infantile n'est pas que l'approche de l'enfant mais est celle de la famille et du contexte psychosocial qu'il y a autour [...], l'enfant dépendant de ses parents et du système social autour ». Cet extrait, issu d'un entretien avec un professionnel de terrain, introduit parfaitement la recommandation n° 3 qui vise à rappeler que le premier cercle de protection est, sauf exception, la famille.

La recherche a montré combien les problématiques de santé mentale qui touchent un enfant de 0 à 30 mois affectent quotidiennement les dynamiques familiales, et comment, dès la naissance,

l'enfant peut être aux prises avec la santé mentale de ses parents. Il en résulte, d'une part, que, tout comme l'enfant concerné qui doit rester au centre des préoccupations, ses proches développent une véritable expertise sur ces problématiques et, d'autre part, que ces proches ont parfois également besoin de soutien et d'accompagnement. Or, si certains professionnels de la petite enfance travaillent en étroite collaboration avec les familles, l'expertise des proches, et particulièrement des parents et des fratries, n'est en général pas suffisamment prise en compte. Ils ne sont par ailleurs pas assez soutenus et accompagnés. Par conséquent, nous recommandons de reconnaître et valoriser l'expertise des familles ainsi que de les soutenir et les accompagner.

Reconnaître et valoriser l'expertise des familles

« On ne prend pas assez en compte les familles et la participation et l'écoute des familles au quotidien. » (Table-ronde – Acteur en contact avec les professionnels de terrain)

« Mais il faut s'approprier l'un l'autre, connaître la réalité de l'autre, dans les deux sens. C'est important d'expliquer notre réalité à nous de professionnel aux familles. [...] Si on veut en faire des partenaires, il faut qu'ils sachent ce qu'on fait, nos difficultés, nos freins... » (Table-ronde – Expert)

« Il faut absolument légitimer les parents dans leur rôle, leur permettre d'exercer leur parentalité, mais aussi reconnaître leurs compétences là où elles commencent et s'arrêtent, sans leur en demander trop. Construire de la coparentalité. Pour pas qu'ils se sentent discrédités, mis en échec, et se démobilisent par rapport à quelque chose qui leur semble inaccessible. On peut faire le pari qu'il y a toujours quelque chose à exploiter chez les parents pour garder le lien. » (Table-ronde – Expert)

« Maintenant, c'est aussi pour ça qu'il faut tisser un lien de confiance déjà en anténatal, parce que peut-être que c'est une nouvelle expérience d'une certaine forme d'accompagnement qui a manqué à tous ces parents. Et que de faire cette expérience dans le concret, dans leur chair, dans leur vie, leur permettra après de faire plus confiance à d'autres services si on doit interpellé d'autres services. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Est-ce que ces parents sont bien informés ? Parce que [...] ils vont chez un pédopsychiatre qui parfois les prend de haut ou, malheureusement, les expédie ou qui les reçoit seulement 6 mois plus tard, parce qu'il n'a pas le temps avant, malheureusement. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Les parents et les patients remettent en question ce que le médecin leur dit [...] on doit presque se justifier parfois aussi. [...] Les parents ont l'impression qu'ils ont besoin d'avoir beaucoup de données scientifiques [...], dans leurs recherches, pour être d'accord avec ce qu'on leur dit. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« On est fort aussi dans l'étiquetage en ce qui concerne les enfants, en ce qui concerne les parents. [...] Il faudrait que sa famille soit parfaite à côté, [...] il faut [...] qu'on rebondisse sur

les ressources plutôt que de se concentrer sur les difficultés. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Même si on dit à un enfant qu'il doit faire de la psychomotricité, c'est important d'inclure le parent [...] pour reconnaître le travail avec les parents, soutenir les parents, pour que l'enfant ait l'autorisation de s'investir dans l'activité. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« [...]J'ai] parfois l'impression qu'on a vraiment tissé un lien avec un parent. [...] Et puis, tout d'un coup, [...] on n'a plus de nouvelles, plus rien [...] c'est difficile [...] cette discontinuité à laquelle je dois faire face. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« C'était une situation tellement lourde et tellement difficile que j'avais l'impression d'être sur un bateau que je dois guider mais que je ne pilote pas. [...] Je n'ai pas l'impression d'avoir pris beaucoup de décisions par moi-même. » (Entretien - Mère)

« On a été une fois [à l'ONE] pour le truc obligatoire. [...] On a été très mal reçus [...] et là l'ONE, on ne va pas dire qu'ils m'ont forcée mais on a fait un vaccin à ma fille que je ne voulais pas qu'on fasse. Et en fait, je suis d'accord qu'il y a le côté psychologique, j'étais en burn-out, dépression post-partum, tout ce que vous voulez voilà, j'étais avec un bébé dans les bras, on a ouvert une seringue de vaccin, je lui ai demandé si c'était ce vaccin-là, elle m'a dit oui, "ah tiens mais celui-là je ne voulais pas faire", "Ah mais il est déballé on va le faire hein". J'avais mon bébé dans les bras et on lui a fait une piqûre contre mon avis, enfin je sais que ça paraît énorme [...] ce moment où j'étais censée être une maman qui protège son bébé qui ne se laisse pas faire, bah voilà [...], on a fait un vaccin à ma fille contre mon avis parce qu'on l'avait déballé quoi, mais je n'en ai rien à foutre qu'elle l'ait déballé. Mais à ce moment-là il n'y a plus possibilité de... parce que déjà il y a l'autorité ONE, médecin, [...] tout ce que vous voulez, parce qu'on ne donne pas assez l'autorité à la maman. » (Entretien – Mère)

« Ils ne me croyaient pas les ASBL, les médecins et tout ça, ça m'a énervée, ils ne vous croient jamais, même pour mon fils, quand il avait un an j'ai déjà remarqué que ce n'était pas un enfant ordinaire quoi. Et ils me répondaient que j'exagérais, c'est parce qu'on est ses parents [...] C'est ça que je disais, vous êtes spécialistes mais je connais mon enfant. C'est moi qui vis 24h sur 24 avec lui, vous vous le voyez une fois par an. [...] Nous on le savait, on leur avait déjà dit plusieurs fois, on voyait bien qu'il [leur fils] était choqué de la journée. On voyait bien que quand il revenait il n'était pas bien, c'est seulement à la réunion de parents qu'ils nous ont dit que l'école n'était pas adaptée pour lui. » (Entretien – Mère)

« On est tombé sur deux gardiennes [...] merveilleuses qui là aussi m'ont écoutée, ont vu les problèmes chez Jack, ont réussi à l'accompagner dans son développement [...]. Elles l'ont préparé à l'accueil à l'école. » (Entretien – Mère)

« Elle a compris la détresse, elle a confirmé que maman n'était pas folle, qu'il y avait bien quelque chose qui n'allait pas. Ça c'est énorme et ça c'est quelque chose que personne n'arrivait [à faire]. » (Entretien – Mère)

« Déjà à l'accouchement on ne respecte pas ce que vous avez demandé. Moi j'avais demandé qu'on laisse le cordon ombilical pendant 1 minute parce qu'il y a des bonnes hormones qui se libèrent avec l'accouchement [...]. Ce sont des choses très banales qui n'ont aucune conséquence négative ou quoi que ce soit et on ne fait pas, on ne fait pas, on ne vous écoute pas. » (Entretien – Mère)

« Ici j'en ai une [cliente] qui vient d'accoucher, je lui ai dit tu tapes du poing sur la table, c'est ton bébé c'est ta chose, c'est ta chambre. Vous sortez c'est tout ! Tu as payé, tu es là et c'est toi qui décides. Je leur explique parce qu'on a les hormones, on se sent impuissante parce que c'est nouveau, on a un bébé. Et on ne sait pas comment faire. Même si on est préparée et confiante, à ce moment-là, on ferait tout et n'importe quoi tant qu'on nous le dit quoi. » (Entretien – Mère)

« Au départ oui, je prévenais les profs que s'il y avait des anniversaires et qu'il allait y avoir des ballons ça allait être très compliqué pour ma fille, je n'allais pas dire à la prof, "pas de ballons !", mais je la préviens quand même, j'insistais bien et la première fois, "bah oui en

effet” ah bah oui, fallait m’écouter hein. Et au fur et à mesure avec plein de petites choses comme ça elles ont compris et au final ma fille joue avec des ballons. » (Entretien – Mère)

« On a dit un peu trop, on s’est un peu trop confié et si j’avais su je ne l’aurais pas fait. Parce que ça n’a servi à rien. » (Entretien - Père)

« Tous les problèmes qu’il a eus on en parle à la pédiatre et la neuropédiatre, personne n’écoute. Tant pis pour eux nous on est allés voir les autres et c’est comme ça qu’on a avancé. » (Entretien – Père)

« Par exemple moi la pédiatre, elle est [...] vraiment impeccable. [...] Vous téléphonez, vraiment [elle] répond à vos questions parce que c’est une pédiatre spécialisée dans les enfants avec handicap quoi, qui sont différents. Ce qui fait vraiment, c’est une dame qui vous aide quoi, elle est à l’écoute. » (Entretien – Mère)

« Les professionnels c’est eux qui devraient écouter la parole des gens parce que les enfants ils sont avec les parents. » (Entretien – Père)

« Pour nous c’est quand même une chance, comme ils écoutent quand même une petite portion de notre histoire, il y a ceux-là qui s’ouvrent, qui nous proposent de l’aide et surtout dans la réunion où on était, ils étaient très respectueux, ils demandaient notre avis, notre décision à la fin, ils disaient “Est-ce que malgré”, ils nous font le diagnostic de l’enfant mais ils nous proposent des solutions. » (Entretien – Père)

« Sa sœur elle était contente toujours parce que malgré qu’il ne soit plus dans la même classe, elle veillait sur lui de loin et le voyait quoi. [...] Sa sœur en fait l’idée d’être médecin, c’est à cause de son frère, elle nous a dit “je veux être médecin pour guérir mon frère”. En fait quand il est resté à l’école en deuxième année, elle le surveillait, elle était toujours fière que voilà, elle partait volontiers à l’école. » (Entretien – Mère)

« J’ai fait un dessin où je m’occupe de Ugo* [frère]. [...] Oui des fois [...] comme il aime bien dessiner, je fais des petits trucs pour l’aider. [...] Avant quand j’étais plus petite aussi je faisais des petits points et il repassait en même temps. [...] Oui parce que même des fois comme quand je travaillais avec lui pour la logopède. [...] Je faisais avec les affaires de la logopède [...] et j’inventais des autres trucs. » (Entretien – Enfant).

« Moi j’ai peut-être un peu plus aidé Mathis* [frère]. Depuis [qu’on est] petits, je peux [faire ...] des petites choses pour qu’il apprenne les affaires et tout et maintenant je suis fière de moi parce qu’il a vraiment grandi et [...] maintenant comme il sait bien parler et tout. » (Entretien – Enfant)

« Si les docteurs ne nous écoutent pas, ils ne savent pas nous soigner. » (Entretien – Enfant)

« Ben oui c’est eux [les parents] qui voient leur fils [frère]. Mais les autres, les médecins, ils le voient une fois par an. Ils ne sont pas à la maison. » (Entretien – Enfant)

L’expertise des familles n’est pas suffisamment reconnue et valorisée par certains professionnels qui les considèrent davantage comme objets de soins que comme sujets. Les témoignages récoltés font état de postures paternalistes à l’égard des familles, d’un manque d’écoute des besoins réels, ou encore de situations au cours desquelles certains professionnels prennent pour de la défiance le fait que ces proches posent des questions, essayent de comprendre, ou se renseignent ailleurs, parfois simplement parce que les informations n’étaient pas suffisantes pour une bonne compréhension. Dans plusieurs cas, les demandes que les parents ont formulées pour la prise en charge de leur enfant n’ont pas été écoutées, parfois par manque de connaissance de la problématique vécue (voir aussi recommandation 7), ce qui a pu entraîner des épisodes de violences institutionnelles

(telle qu'une vaccination non consentie d'un enfant qui présentait des signes autistiques). Ils ont aussi parfois regretté de s'être confiés et ont eu l'impression que leur parole avait été utilisée contre eux. A l'inverse, certains professionnels se sont montrés à l'écoute, ont considéré les parents et les enfants dans leur rôle d'expert du vécu, ce qui a suscité un sentiment de légitimité et d'apaisement pour les familles concernées. Si les professionnels de terrain sont, bien entendu, les experts dans leur domaine de connaissances et d'expériences professionnelles, les proches d'un enfant qui présente une problématique de santé mentale en sont les premiers soignants et sont, avec lui, les plus grands experts de son vécu, puisqu'ils l'accompagnent quotidiennement.

Il paraît essentiel que l'enfant et ses proches soient reçus de façon bienveillante et non-paternaliste et que leur expertise soit prise en compte, respectée et valorisée. Dans cette optique, il est nécessaire de prendre le temps d'informer les familles en adoptant un langage adapté à leur niveau de littératie³³, afin de permettre un consentement éclairé sans jamais décider à leur place, en les considérant réellement comme sujets et non objets de soins et en veillant aux intérêts supérieurs de l'enfant. Il est aussi important d'informer l'enfant, même très jeune, dans un langage adapté « *child friendly* ». Sans cela, il semble impossible de respecter le cadre normatif des droits humains et des droits de l'enfant ainsi que les règles en vigueur telle que la loi sur les droits du patient³⁴ qui impose, conformément à son article 12, d'associer le mineur aux décisions prises par ses parents, suivant son âge et sa maturité. Il a pu être mis en évidence lors des entretiens avec les enfants³⁵ qu'ils sont parfaitement conscients, même très jeunes, des émotions que ressentent leurs parents et du fonctionnement du système familial.

Notons à ce sujet que la relation que les professionnels entretiennent avec les proches est constituée d'enjeux multiples qui peuvent conditionner la manière dont l'enfant et ses proches la vivent et donc parfois mener à des phénomènes de rupture. S'il est complexe d'agir sur ces ressentis subjectifs qui font partie du processus de soin, il semble important d'en tenir compte et de mettre en place certains garde-fous lorsque ces phénomènes de rupture interviennent. Pour pouvoir mettre en œuvre cette recommandation, les professionnels doivent avoir été formés en suffisance (voir recommandation 7).

³³ La littératie est l'« aptitude à lire, à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie quotidienne » (le Robert en ligne).

³⁴ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.*, 26 septembre 2002.

³⁵ Pour rappel, nous avons interrogé des enfants de 4 ans à 13 dans le cadre de notre dispositif méthodologique. Voy. la partie méthodologie pour plus de précisions sur ce point.

Veiller à ce que les proches de l'enfant soient accompagnés

« Quand on retrace les trajectoires, on voit aussi des parents qui depuis longtemps n'en peuvent déjà plus, qui disent, "occupez-vous en". » (Table-ronde – Acteur en contact avec les professionnels de terrain)

« Le maintien du lien est la priorité ; à force de vouloir maintenir dans le milieu de vie alors que les parents ne se sentent pas capables [...], on les met en échec, on les épuise... Parfois, retirer l'enfant peut permettre au parent de prendre sa place dans ce qu'il est et dans ce qu'il est capable d'amener à l'enfant. [...] Il faut [...] lui laisser sa place [...] le valoriser, et lui permettre de développer cette parentalité. » (Table-ronde – Expert)

« Les unités mères enfants pour les petits enfants : elles sont organisées par le fédéral et soutenues par l'ONE. Très très rarement on va avoir une double subsidiation. C'est pour la mère mais pas pour l'enfant qui n'existe pas. On a besoin de plus de cohérence dans la prise en charge de cette situation et de veiller à l'enfant et à la maman. Si l'on pressent des soucis de santé mentale chez la mère, l'enfant risque d'être affecté. Il faut pouvoir prendre en charge la maman et l'enfant : double subsidie. » (Table-ronde – Expert)

« L'image qu'on utilise, c'est la poupée russe. Pour que le parent puisse s'occuper de l'enfant, il faut qu'on s'occupe du parent. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Il y a la maternité [...] qui [...] nous interpelle, en disant, " [...] une maman [...] a l'air vraiment [...] très fragile au niveau psychiatrique. [...] Est-ce que vous pouvez [...] prendre le temps de voir un peu ce dont cette maman-là aura besoin avec son bébé pour la sortie ?". » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Je ne sais pas faire des démarches. Madame Nathalie* fait des démarches pour moi, parce qu'elle sait à quel point c'est compliqué, elle sait que je vais dire "oui, oui je vais le faire, oui, oui, oui", le papier il doit être quelque part il doit être signé, il n'est pas fait quoi. Ce n'est pas de la volonté c'est de l'oubli vraiment, je n'y pense absolument plus. » (Entretien – Mère)

« [Il y a] aussi la culpabilité d'une maman en situation d'un enfant handicapé [...]. Elle est tellement exacerbée que ça en fait des situations hyper compliquées. Quand on arrive à la gérer et qu'on l'a soignée on peut beaucoup plus se concentrer sur notre enfant parce que moi ça été une galère pendant quelques années d'arrêter de culpabiliser [...] et même encore là vu que maintenant on parle plus d'autisme et de [...] de troubles développementaux. C'est moi qui ai créé ses neurones hein, c'est moi qui ai fait des crises d'angoisse pendant l'accouchement, qui ai fait un déni pendant la grossesse. [...] Ça fait tellement du bien d'être écoutée car on se sent tellement seule après. » (Entretien – Mère)

« Parce que lui il aime tout ce qui est stylos, tout ce qui est cahiers, il aime dessiner, il aime écrire, il voit quelque chose à l'intérieur qu'il ne comprend pas il te pose la question. Il va appeler papa 1000 fois la journée, "Papa c'est quoi ?". Il veut apprendre [...] je lui disais avant de partir le matin, "surveille ton frère". [...] S'il est sur des dessins, il dessine soit il a une imagination, il veut faire quelque chose mais quand il voit son frère passer, il a tendance à regarder son frère. [...] Et puis le résultat final, 2 semaines que l'on n'a pas mis son frère à l'école. Il a fait des progrès énormes. » (Entretien – Père)

« Je n'arrivais plus à dormir ça n'allait pas du tout du tout, c'est la psychiatre de l'hôpital et la pédiatre (responsable) qui ont cherché des trucs pour me soutenir moi, un peu me rassurer, une fois que je serais partie il y aurait quelqu'un qui viendrait voir comment ça va, et c'est le [SSM], on nous a proposé [ce service], au moment où j'ai évoqué de vouloir être hospitalisée avec ma fille. » (Entretien – Mère)

« J'ai eu dur à dire que je n'avais plus besoin parce que j'avais peur, j'avais énormément perdu confiance en moi et j'avais l'impression d'avoir besoin d'eux, j'en ai pleuré quand je leur ai dit que je ne voulais plus qu'ils viennent et en même temps [...] je me demandais ce qu'ils font, qu'est-ce qu'ils m'apportent, je ne savais même pas expliquer ce qu'ils ont fait pour moi ou pas, c'était juste de savoir qu'il y avait quelqu'un, c'était une présence professionnelle, qu'ils connaissaient les enfants et qu'ils pouvaient me dire si [ce que] je faisais était bien ou mal,

pour moi c'était ça. Pour moi c'est tout à fait l'inverse de ce que vous cherchez, vous cherchez des gens qui ont besoin pour l'enfant et là c'était pour la maman. » (Entretien – Mère)

« Je n'acceptais pas de ne pas être normale, au niveau psychologique, j'ai laissé traîner le truc le plus longtemps possible on a bien failli se séparer. » (Entretien – Mère)

« Elle m'a dit, "oui tu rentres aux urgences immédiatement", et donc là ils m'ont fait monter directement à la maternité [...]. Bonjour les dégâts et en deux secondes j'avais compris que j'avais perdu mon bébé. [...] Nous dans notre tête elle ne va pas vivre, on va la perdre et donc nous en je ne sais combien de temps on est tous les deux persuadés qu'on l'a perdue. On est tous les deux en train de pleurer car on pense avoir perdu notre fille et la gynéco nous dit, nous parle, en ne pensant pas une seconde que l'on croit ça. [...] Il y a quand même une infirmière qui a compris que je n'étais pas bien et qui m'a fait une échographie et m'a dit "écoutez on entend son cœur" et elle a écrit un petit mot sur l'échographie : "regardez Lou vous fait un bisou". » (Entretien - Mère)*

« Ils ne nous ont jamais parlé de tous les problèmes qu'il pourrait y avoir donc là psychologiquement ils nous ont couvés. [...] Le service néonate c'était un rapport avec les parents très, très bienveillant, très chaleureux, c'était une équipe très jeune et on avait l'impression que c'était vraiment leur vocation. [...] La néonate ils ont ce petit côté marrant, vraiment ils ont une super équipe. [...] On était bien, là moi je me sentais en sécurité. [...] Ils devraient un peu généraliser ce suivi qu'ils font pour les grands prémats, peut-être pas le faire systématiquement et de manière aussi complète mais ça mènera peut-être à une piste. » (Entretien – Père et Mère)

« J'ai subi un avortement après la naissance de ma fille. Et heureusement parce qu'au final c'est au planning familial que j'ai eu ma psy pour l'après-grossesse, parce que je suis tombée enceinte après elle et ce n'était pas possible dans l'état où j'étais, et ce planning a sauvé ma vie, a sauvé ma fille. » (Entretien – Mère)

« C'est là où on se rend compte que le papa on ne l'aide pas, ça c'est un truc horrible, que ce soit dans la grossesse, après on n'aide pas les papas, les papas ils ne savent pas. [...] On ne leur explique pas, ils ne savent pas. [...] Sébastien [professionnel de terrain] en soutien pour maman ça déleste un peu papa quoi parce que merde ce qu'il a traversé c'est horrible. Il a dû soutenir sa femme, s'occuper du bébé et lui il n'a pas d'aide en plus. Maintenant on se rend compte que peut-être un congé de paternité... » (Entretien – Mère)*

« C'est fatigant le fait de se répéter tout le temps, de dire la même chose c'est quand même fatigant, mais au plus profond de moi je sens un soulagement. Pour moi c'est comme si je me confiais à quelqu'un qui va garder le secret pour moi et ce qui me rongait à l'intérieur, je le partage avec quelqu'un et peut-être que lui aura une piste de solution qui pourra m'orienter pour m'apaiser. » (Entretien – Père)

« Je suis très reconnaissante de la concierge de l'école de notre fille aînée. Elle venait la chercher, qu'il neige, qu'il pleuve, n'importe quand. Elle venait la chercher à 8h et la ramenait l'après-midi. Je restais à la maison moi, je vous ai dit, une semaine à la maison, une semaine à l'hôpital [grossesse à risque]. Et elle ne demandait rien du tout. Ce qui fait des belles rencontres c'était rare. » (Entretien – Mère)

« Une nounou ce serait bien, imaginez que j'ai accouché, j'ai par exemple mon bébé d'1 mois, Adam [le papa] il travaille et je dois amener mon bébé en bus, comment je vais faire ? [...] Parce que moi je n'ai pas beaucoup d'entourage qui vient à la maison pour garder la petite, je suis toute seule. » (Entretien – Mère)*

« L'écoute attentive je l'ai trouvée avec le groupe de mères. Je ne l'ai pas trouvée des professionnelles, pas de l'ONE, pas des médecins, pas des écoles, pas des gardiennes quoi que. Mais je l'ai trouvée dans des mamans qui étaient toutes perdues et qui avaient créé ça. [...] Elles m'ont sauvé la vie, elles m'ont poussée dans de la bienveillance. [...] Il y en a beaucoup qui ont des enfants avec des problèmes qui ont trouvé des solutions, qui ont mis des trucs en place, qui sont ouvertes à tout échange. [...] Il y a vraiment une liberté totale de parole, elles

sont merveilleuses. [...] Si je n'avais pas eu ça on n'en serait pas là. Parce que si en plus j'étais pas tombée sur des gens comme ça j'aurais frappé ma fille. » (Entretien – Mère)

« C'est grâce au réseau [amical, social] qu'on a trouvé des super professionnels, grâce aux recommandations des connaissances et du réseau qu'on a trouvé un bon neuropédiatre. [...] C'est toujours avec les conseils personnels qu'on trouve les meilleurs professionnels. » (Entretien – Père).

« Une maman qui accouche c'est naturel, c'est un bébé en pleine santé vous pouvez sortir au bout de 2 jours, heu moi au bout de 2 jours tout ce que j'avais envie c'était de me jeter sous un train, si j'avais été une mère célibataire bah ma fille et moi on serait pas là hein et je trouve ça horrible que même en demandant de rester à l'hôpital on ne veuille pas, il y a une détresse alors on n'est pas capable de dire. » (Entretien - Mère)

« C'est vrai à la maternité, oui les infirmières vont venir vous aider à laver le bébé et vous montrer un peu, mais par contre c'est le côté psychologique en fait, on oublie le côté psychologique que ça peut faire à une femme, en plus on perd des neurones en accouchant. On n'est plus soi-même quoi et cette reconstruction-là, il n'y a personne qui s'en occupe. » (Entretien - Mère)

« C'est ça aussi qui est difficile parce que quand vous accouchez et que vous vous retrouvez comme ça vous vous dites bah c'est logique il y a quelqu'un qui va m'aider et puis en fait il n'y a personne et puis quoi c'est moi qui suis mal tombée ? C'est le médecin qui ne m'aime pas ? » (Entretien - Mère)

« Vous êtes toujours sur les nerfs, on a failli partir jusqu'au divorce, non franchement je vais dire, c'était toujours la guerre parce que c'était trop. [...] Parce que mon mari et moi vraiment on est cassés hein. » (Entretien – Mère)

« On a besoin de temps pour les rendez-vous et le suivi de Aya [enfant née prématurément]. Moi j'en ai car je ne travaille plus mais sinon c'est impossible à suivre. » (Entretien – Mère)*

« [Ma femme] avait aussi besoin de venir parce qu'elle a besoin d'un psychologue pour ce qu'elle a vécu. Vraiment besoin de venir d'essayer de dire un peu les choses. » (Entretien – Père)

« Une vie de chien, je vais résumer, même eux ils souffrent énormément avec ça parce qu'on n'a plus de vie, plus de sport, physiquement. [...] On va donner pratiquement tout au petit et les autres on fait attention mais pas autant. » (Entretien – Mère et Père)

« En fait c'est pour ça que je voulais demander. Que je passe un peu plus de temps avec maman et papa, parce que j'avais demandé à maman mais elle n'a pas su. [...] Elle a dit qu'une autre fois elle va parler avec moi mais qu'elle ne sait pas. » (Entretien – Enfant)

« Jérôme [frère] [...] me manque à l'école. Comme ça il peut jouer avec moi. [...] parce qu'en fait [...] je ne peux pas courir, ceux que je connais ils courent beaucoup et les jeux c'est toujours pour courir. » (Entretien – Enfant)*

« Je ne l'ai jamais dit à mes parents mais j'ai vécu un peu de harcèlement. » (Entretien – Enfant)

« Mes parents ce n'est plus vraiment un couple. Ils ont pas le temps. Je suis inquiète pour eux. Ils ne vont pas toujours très bien. » (Entretien – Enfant)

Il n'est jamais facile d'élever et d'accompagner un enfant, en particulier lors des premières années de sa vie. C'est plus complexe encore lorsque l'enfant rencontre des difficultés telles qu'une problématique en santé mentale, qui affecte tout le système familial. Or, les proches de l'enfant, et notamment les fratries, ne sont pas assez pris en compte et soutenus. Pourtant, le développement de l'enfant, particulièrement durant les 30 premiers mois, est inévitablement influencé par la relation qui

l'unit à ses proches. C'est l'une des raisons pour lesquelles la relation parent-enfant fait souvent partie intégrante de l'accompagnement des tout-petits dans le secteur de la santé mentale, lorsque les moyens et les cadres de travail le permettent.

Accompagner les parents

Il s'ensuit qu'une attention particulière doit être portée aux parents de l'enfant et, notamment, à leur santé mentale à eux, que ce soit de manière préventive ou curative. Une des pistes mises en évidence concerne la reconnaissance et la simplification du processus de valorisation de leur statut d'aidants proches. Une autre piste vise la sensibilisation et la formation des professionnels en contact avec les familles sur les besoins et l'accompagnement *des parents* d'enfants de 0 à 30 mois présentant des problématiques de santé mentale. Même si ces professionnels n'ont pas la possibilité de répondre au besoin d'accompagnement des proches, ils doivent y demeurer attentifs, pour les rediriger le cas échéant.

Conformément à la vision holistique que nous préconisons (voir recommandation 1), l'accompagnement des proches se décline en de multiples facettes autour de la famille (fratries, parentalité, couple...) et de ses besoins et droits (santé mentale, logement, finances, administratif, santé physique...). Veiller sur les proches peut se faire grâce à l'intervention de structures spécialisées, mais aussi grâce à des groupes d'aide par les pairs (soutien par les amis, familles, autres parents qui rencontrent/ont rencontré les mêmes difficultés...), ceux-ci devant alors être mieux reconnus et valorisés.

Accompagner les fratries

Parmi les proches de l'enfant, il paraît important d'insister sur la fratrie. Il est assurément nécessaire de reconnaître son rôle, et ce, dès le plus jeune âge. Ainsi, par exemple, dans les données récoltées, un enfant de 4 ans a pu exprimer le rôle de soutien qu'il joue vis-à-vis de son frère souffrant d'un trouble de la santé mentale. Quand ils étaient tous les deux en classe ensemble, en deuxième maternelle, le premier n'a pu s'épanouir et développer ses apprentissages qu'après le départ du second, qui accaparait son attention et dont il devait s'occuper. Dans une autre famille, la sœur d'un enfant présentant un trouble psychique est tombée en dépression lorsque son frère a quitté l'école après plusieurs années de scolarité ensemble. Elle avait en effet construit son identité au sein de l'établissement scolaire dans la relation avec son frère et s'est retrouvée seule et sans repères après ce départ. Plusieurs années après, il lui manque toujours.

Ces exemples illustrent le fait que la fratrie est, elle aussi, confrontée aux difficultés vécues par la famille, tout en manquant parfois de soutien de la part de parents qui sont dépassés ou accordent plus d'attention – de façon compréhensible – à l'enfant qui vit une problématique de santé mentale.

Il s'ensuit alors parfois des difficultés scolaires, relationnelles, voire l'apparition de troubles de santé mentale, qu'il faut pouvoir identifier et accompagner.

Un des leviers peut être trouvé dans le statut juridique d'aidant proche qui n'est toujours pas accessible aux mineurs non émancipés. Même si ce n'est pas une solution idéale, force est de reconnaître que, dans les faits, certains mineurs sont des aidants proches. Ils devraient alors pouvoir bénéficier du statut d'aidant proche et recevoir un soutien et un accompagnement à long terme dans ce cadre privilégiant une approche globale (systémique) et une aide gratuite et non contraignante (La CODE, 2019).

Facteurs de risques complémentaires

Notons que plusieurs facteurs de risques complémentaires ont été identifiés au cours de nos travaux. Nous les mentionnons ici, sans exhaustivité. D'autres travaux mériteraient de les compléter et de les approfondir.

- Premièrement, la période prénatale peut être une période à risques. Si l'accompagnement des parents, et notamment des mères, durant la grossesse devrait être renforcé. Il convient à ce sujet d'être attentif à l'élaboration de dispositifs comme celui envisagé dans la proposition de loi relative à l'instauration d'une protection juridique prénatale déposée à la Chambre des représentants le 13 février 2020³⁶ : ces dispositifs portent atteintes aux droits des personnes concernées de façon disproportionnée³⁷.
- Deuxièmement, durant les 30 premiers mois de l'enfant, il convient de porter une attention toute particulière aux parents qui peuvent développer une dépression du *post-partum* ou d'autres troubles particuliers de santé mentale en lien avec la naissance d'un enfant. A cet égard, la réduction de la durée de séjour à la maternité après la naissance d'un enfant a été dénoncée à plusieurs reprises tant par les professionnels que par les familles. Un retour précoce n'est en effet pas souhaitable pour tous les parents, notamment les plus fragiles d'entre eux (Gauthier Vandeleene et Hervé Avalosse, 2021). Le développement d'une meilleure articulation entre le secteur de la santé mentale des enfants et adolescents et celui de la santé mentale des adultes, trop souvent cloisonnés devrait être, dans ce contexte, favorisé.

³⁶ Proposition de loi modifiant le Code civil en vue d'instaurer une protection juridique prénatale, Développements, Doc., Ch., 2019-2020, n°55-1029/001.

³⁷ Voy. à propos de la protection juridique prénatale : Organe d'avis de la Commission nationale des droits de l'enfant, 2021.

- Troisièmement, les périodes de transition sont à surveiller, par exemple lors du retour à la maison après l'accouchement ou lors de certains paliers d'âge comme l'entrée à l'école (voir recommandation 1).
- Quatrièmement, les familles monoparentales doivent recevoir un soutien spécifique et adapté à leurs besoins.

Cibles de la recommandation 3

Tous les niveaux de pouvoir : accompagner les proches de l'enfant, notamment en valorisant le soutien par les pairs, en renforçant le statut d'aidant proche en général et en menant une étude approfondie en vue de son extension aux mineurs (de façon très exceptionnelle, avec des conditions strictes conformément aux recommandations de la CODE (2019)³⁸) et en sensibilisant les professionnels au respect de la loi sur les droits du patient et des règles relatives au secret professionnel.

Services en contact avec les 0-30 mois et/ou leur famille : veiller au développement d'une vision des usagers comme sujets de soins et de droits, et reconnaître l'expertise des proches au sein du service ; prendre connaissance et communiquer au sujet du statut d'aidant proche et mettre en place des initiatives de soutien par les pairs ; sensibiliser les professionnels au respect de la loi sur les droits du patient et des règles relatives au secret professionnel.

Travailleurs en contact avec les 0-30 mois et/ou leur famille : mettre en œuvre une approche par les droits dans la prise en charge des familles ; se familiariser avec la vision de l'utilisateur comme sujet de soins et de droits ; respecter la loi sur les droits du patient et notamment l'article 12³⁹ et les règles relatives au secret professionnel ; avoir une attention aux besoins des proches de l'enfant ainsi qu'aux périodes de transition ; rediriger les proches vers de l'aide (institutionnalisée ou non) si nécessaire et développer les initiatives de soutien par les pairs.

³⁸ Nous soulignons que nous estimons qu'*a priori* aucun enfant ne devrait être aidant proche. Néanmoins, dès lors que ce phénomène existe, il convient de l'encadrer après avoir mené une recherche approfondie spécialement dédiée à cette thématique.

³⁹ [Art. 12](#). § 1er. Si le patient est mineur, les droits fixés par la présente loi sont exercés par les parents exerçant l'autorité sur le mineur ou par son tuteur.

§ 2. Suivant son âge et sa maturité, le patient est associé à l'exercice de ses droits. Les droits énumérés dans cette loi peuvent être exercés de manière autonome par le patient mineur qui peut être estimé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts.

4. PREVOIR DANS LES MISSIONS DES TRAVAILLEURS DE TERRAIN UN TEMPS NECESSAIRE POUR UNE PRISE EN CHARGE HOLISTIQUE DES ENFANTS ET DE LEURS FAMILLES

Art. 2 CIDE (égalité et non-discrimination)

Art. 3 CIDE (intérêt supérieur de l'enfant et bien-être)

Art. 4 CIDE (mise en œuvre des droits proclamés par la Convention)

Art. 5 CIDE (responsabilité des parents et capacités progressives de l'enfant)

Art. 6 CIDE (vie, survie et développement)

Art. 18 CIDE (aide aux parents notamment en matière de garde d'enfants)

Art. 23 et 24 CIDE (droits des enfants porteurs d'un handicap et droit à la santé, avec une attention aux soins prénatals et postnatals pour les mères)

« Sur le terrain, phénomène de ping-pong entre les services [...], grande énergie pour faire face aux rendez-vous, aux finances, aux demandes administratives. Très terre à terre mais certaines familles doivent parfois partir la veille pour un rendez-vous. » (Table-ronde – Acteur en contact avec les professionnels de terrain)

« Et puis, pour l'accompagnement, l'ONE a été partout. [...] Demain je vais accompagner cette maman au PMS. [...] Et donc je vais la chercher. Et alors, pour la psychomotricité [...] j'allais la chercher, parce que pour moi c'est très important que cet enfant vienne. Et après... Ah, oui, comme son enfant [...] a peur [...] des changements, elle ne voulait pas venir en bus parce qu'il pleurerait dans le bus. Et alors, c'est pas loin, donc j'allais la chercher, [...] parce que je voulais que cet enfant vienne ici, et il fallait que je m'implique. C'est pour ça que j'avais le siège voiture, ici, comme ça je le prenais tous les jours au matin, j'allais le chercher. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« La consultation psychosociale est là depuis longtemps, ça fonctionne [...] et la demande ne faiblit pas. Mais [...] on n'a pas toujours envie de savoir dans les consultations, on ne gratte pas beaucoup plus loin. Certains vont dire rapidement que ça ne va pas ; je suis sûre que je passe à côté de situations qui le nécessiteraient. [...] Je dois les repérer. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« C'est étroitement lié à la conscience professionnelle et aux personnes. Quand on discute avec d'autres institutions ils nous disent : ce n'est pas notre job. [...] Ça dépend de la philosophie de l'institution. [...] Ici on se mobilise beaucoup mais les autres n'ont pas les mêmes possibilités. On sent que ça fait bouger des choses pour les familles. Par exemple, des familles sont arrivées avec des situations administratives catastrophiques, pas de mutuelle... Les parents ne savaient pas prendre soin des enfants ni d'eux-mêmes car ils ne recevaient pas de remboursement. Puis après, ils ont eu la possibilité de prendre soin des enfants et de prendre soin des parents [...]. Et après, effet boule de neige et impact sur tout le reste. [...] Au départ, on n'est pas là pour gérer ça, [...] ce genre de problème, mais ça a un tel impact sur la parentalité. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« On a reçu notre papier avec nos heures supplémentaires, et c'est vrai que [...] on en a beaucoup. [...] Nous on a une coordinatrice très gentille, mais avec ça on est à plus de 100 heures. [...] Parce que [...] on va mettre l'humain avant l'administratif, [...] on le fera [...]

après. [...] Et alors, ça va augmenter nos heures de travail. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Et on doit aller chercher nous-mêmes toutes les idées. Quand j'étais chez la neuropédiatre, [...] elle aurait pu dire je vais vous diriger, allez là ou là-bas, et bien non elle ne nous a rien dit. » (Entretien – Père)

« Les réunions, c'est moi qui ai obligé qu'ils fassent des réunions mais ils ne travaillent pas ensemble, "ah mais j'ai téléphoné mais il ne m'a pas répondu", jusqu'à maintenant. Ce qui fait que c'est moi qui ai exigé les réunions. » (Entretien – Mère)

« Il a vraiment fallu que l'équipe l'accompagne [la mère], la porte et soutienne son autonomie [...] et finalement l'équipe de santé mentale et l'équipe de pédiatrie se sont réunies pour réfléchir à comment faire pour organiser la sortie de [l'enfant], tout en protégeant [la mère] [...] donc de nouveau c'est un point chouette de voir que ces services discutent ensemble pour réfléchir. » (Entretien – Père)

« Comme je vous l'ai dit Madame Charlotte m'a suivie pendant ma grossesse et me suivra pour la suivante. Madame Charlotte* suivait ma grossesse et m'a proposé d'autres services parce qu'on se tracassait un peu parce qu'automatiquement c'était notre premier enfant, on allait vers l'inconnu. » (Entretien – Mère)*

« Ce serait bien que quelqu'un [un professionnel] vienne observer Sam [frère autiste], le filme et puis montre aux autres [professionnels], pour voir comment c'est à la maison. » (Entretien – Enfant)

Les données récoltées ont mis en évidence qu'il arrive fréquemment que les familles partagent avec les professionnels de la petite enfance des problématiques, parfois perçues comme des « bombes », face auxquelles ceux-ci se sentent démunis. Par exemple, un psychologue reçoit une famille pour réaliser un accompagnement psychologique qui s'avère impossible car la famille rencontre des difficultés de logement qui pourraient même conduire au placement de l'enfant ; une pédiatre rencontre des parents qui lui avouent soudainement en fin de rencontre qu'ils se sentent dépassés et ne savent plus comment gérer ; une PEP'S de l'ONE ne peut prendre en charge les problématiques particulières des enfants qu'en soutenant les parents dans leurs démarches pour vivre dans un logement décent, nourrir leur famille, se déplacer, chercher un emploi, régler des tâches administratives, obtenir des aides sociales ; une psychologue d'un SSM reçoit des confidences sur des faits de violences, de mendicité....

Deux facteurs ont été identifiés dans les données pour expliquer les difficultés pointées par les travailleurs.

D'une part, il n'est pas simple d'accueillir et de réagir à la demande de la famille lorsqu'elle sort du champ de compétence, lorsqu'il s'agit de santé mentale de la petite enfance, qui a ses spécificités propres (voir aussi recommandation 7), ou lorsqu'il s'agit de violences, de mendicité, de précarité, etc.

D'autre part, le service ou l'institution du travailleur ne propose pas forcément de possibilités de prise en charge adaptées à cette demande ou, pour les professionnels indépendants, il n'est pas toujours possible d'y répondre de manière réaliste (nombre de patients à prendre en charge trop important, manque de connaissance/compréhension de l'offre, etc.). L'offre étant relativement complexe et souvent saturée, notamment s'agissant de la prévention et de la prise en charge de la santé mentale (voir recommandations 1 et 2), les professionnels rapportent leur difficulté à trouver des partenaires vers qui rediriger ces demandes. Comme déjà évoqué *supra*, plusieurs facteurs sont à l'origine de ce constat, tels que les longues listes d'attente ou le besoin, pour les bénéficiaires, d'être en confiance avec les partenaires vers qui ils se tournent.

Cette absence de prise en charge holistique et de réponse aux besoins qui ressortent du champ de compétence des professionnels est particulièrement exacerbée lorsqu'ils n'ont pas de temps disponible pour développer un réseau solide et de confiance.

Certains professionnels expliquent également que, pour mener leurs missions à bien et accompagner au mieux l'enfant dont ils prennent soin, ils sont amenés à sortir de leurs missions strictement définies. Cette partie, parfois importante, de leur travail n'étant pas prévue dans leur cahier des charges, ils sont alors contraints de prester de nombreuses heures supplémentaires.

Deux pistes de solution devraient être mises en œuvre pour répondre à ces difficultés.

Tout d'abord, il est nécessaire de *prévoir directement, dans les missions et le temps de travail* des professionnels en contact avec les enfants de 0 à 30 mois, des périodes leur permettant de se consacrer aux demandes qui sortent de leurs missions premières, mais qui relèvent d'une *prise en charge holistique de la famille*. Les professionnels ne devraient pas forcément y répondre eux-mêmes, mais auraient un temps disponible pour pouvoir accompagner l'enfant et sa famille vers d'autres services qui pourront prendre le relais. Ils pourraient ainsi les assister dans des démarches administratives, passer des appels téléphoniques, les aider à se déplacer pour se rendre auprès des services compétents dans la mesure des possibilités, etc.

Ensuite, les professionnels de terrain devraient avoir *le temps et les moyens de tisser et d'entretenir les liens avec les partenaires du réseau* développé autour de l'enfant et de sa famille. Les données de la recherche ont montré combien celui-ci est nécessaire pour travailler dans la transversalité (voir recommandations 1 et 5).

Le temps consacré à la vision holistique des familles devrait être alloué aux professionnels *sans conditions* : ils recevraient la confiance de leur hiérarchie pour l'utiliser de la façon la plus adéquate en vue de répondre aux diverses demandes des usagers.

Tout cela ne peut être possible qu'en dégageant du temps de travail, et donc, en particulier dans les services déjà fortement sollicités, en engageant de nouveaux collaborateurs, ce qui ne peut se faire qu'avec des moyens supplémentaires. Ces moyens doivent être appréhendés comme un investissement pour l'avenir. Ils permettront en effet une réponse plus adaptée aux besoins des familles, qui intervient plus tôt dans leur trajectoire, ce qui peut limiter l'effet boule de neige qui engendrerait des accompagnements plus longs, plus complexes et donc plus coûteux.

Cibles de la recommandation 4

Tous les niveaux de pouvoir : augmenter ou distribuer différemment les moyens alloués à la prise en charge des enfants de 0 à 30 mois, tout particulièrement lorsqu'ils rencontrent des problématiques de santé mentale, à destination de tous les professionnels en contact avec la famille, afin de libérer des périodes dédiées à répondre aux demandes des familles dans une vision holistique de la prise en charge.

Services en contact avec les 0-30 mois et/ou leur famille : veiller à élargir les missions du personnel (grâce aux moyens complémentaires alloués) afin de répondre aux besoins des familles dans une vision holistique.

Travailleurs en contact avec les 0-30 mois et/ou leur famille : utiliser le temps de travail complémentaire pour prioritairement accompagner les familles dans toutes leurs demandes, dans une vision holistique, et pour créer autour d'eux un solide réseau de confiance.

5. SOUTENIR LES TRAVAILLEURS DE TERRAIN EN LEUR PERMETTANT D'AVOIR DES TEMPS D'ÉCHANGE FORMELS ET INFORMELS, D'INTERVISION ET DE SUPERVISION

Art. 2 CIDE (égalité et non-discrimination)

Art. 3 CIDE (intérêt supérieur de l'enfant et bien-être)

Art. 4 CIDE (mise en œuvre des droits proclamés par la Convention)

Art. 6 CIDE (vie, survie et développement)

Art. 23 et 24 CIDE (droits des enfants porteurs d'un handicap et droit à la santé)

« Les services sont surchargés. Pas la priorité de penser à la coordination car on déborde avec les cas cliniques. Est-ce qu'on a assez de temps pour penser cette coordination ? » (Table-ronde – Acteur en contact avec les professionnels de terrain)

« Être attentif à voir comment dans le terrain, l'interdisciplinarité, les liens de réseau [...] peuvent se développer pour permettre aux familles d'assurer le développement d'une bonne

santé/santé mentale des enfants. » (Table-ronde – Acteur en contact avec les professionnels de terrain)

« Il y a un souhait des équipes de développer ces échanges mais en réalité la culture de l'intervision et de la supervision est très peu développée. Les équipes parlent dans les couloirs mais ne mènent pas de discussions/réflexions formelles à cet égard et donc ce n'est pas assez structurel. Pour la petite enfance c'est très important. » (Table-ronde – Expert)

« Un jour j'avais que des situations de violence conjugale, je n'en pouvais plus, j'avais mal partout tellement je recevais le stress. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« J'ai fait [...] de la supervision pour les TMS de l'ONE [...] ces personnes prenaient [...] sur leur temps pour faire ces supervisions, alors qu'elles avaient déjà des agendas surchargés, [...] elles devaient le rattraper après pour pouvoir assumer tous les suivis qu'elles avaient [...], il y avait alors là, possibilité d'avoir un échange sur le travail et les difficultés qu'elles rencontrent [...] dans des situations qui sont parfois très lourdes. Et moi quand j'ai fait ça, je me suis dit que c'était vraiment indispensable qu'elles aient ce temps de supervision. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Donc l'articulation, la réflexion et la coordination se font autour de ce temps-là le lundi après-midi, mais à travers des contacts réguliers aussi, puisqu'on est régulièrement dans l'unité. Donc il y aura des échanges informels par ailleurs. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« On a une réunion hebdomadaire, [...] un temps de supervision [...] mensuel [...] des réunions institutionnelles aussi. C'est vraiment quelque chose qui fait partie de notre dispositif [...] comme point vraiment central. Pour tous les moments [...] importants dans le décours d'un suivi. Les temps de crise, [...] comment on peut penser la fin [...] les moments aussi où il y a lieu de réinviter l'intervenant [...] quand on sent que les choses se délitent un peu... » (Entretien – Professionnel de terrain)

« On se réunit autour d'une famille, et on parle d'une situation. Et ça, ça fait du bien, parce que [...] on a une approche complémentaire, mais on apprend aussi à connaître les autres services et donc c'est parfois plus facile d'envoyer une famille dans un service quand on connaît. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Il [...] faut du temps pour voir qu'il y a quelque chose qui ne va pas. Et il faut du temps pour qu'on puisse en parler avec les parents. Et donc, j'aime bien de pouvoir croiser les regards d'autres professionnels. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Quand une gardienne est là et me raconte qu'elle aussi, [...] elle est justement en burn-out et je lui dis tu ne dois pas t'obliger à aller travailler, je suis désolée, c'est un rôle beaucoup trop important. Oui mais ses patrons l'obligent à aller travailler. Dans ces milieux-là il n'y a pas d'aide pour ces travailleurs et ça c'est problématique. [...] C'est la même chose avec les infirmiers. Comment vous pouvez être sympa quand ils se font raboter les aides, les machins, les trucs quand ils sont mal payés et ne dorment pas et on leur demande encore d'être souriant et joyeux. C'est une blague ou quoi ? Et ça c'est un problème gouvernemental, on ne peut pas négliger la grossesse et l'accouchement, ce n'est pas possible ça ne crée que des problèmes. » (Entretien – Mère)

Les situations humainement et/ou émotionnellement très difficiles rencontrées par les travailleurs en contact avec les enfants de 0 à 30 mois souffrant d'une problématique de santé mentale entraînent parfois un sentiment de solitude important. A mesure que ces situations se répètent et sans soutien (surtout à défaut d'outils adéquats, voir recommandation 7), le professionnel peut se démotiver, voire jeter l'éponge. C'est l'une des explications pointées du doigt à propos du renouvellement (*turnover*) élevé chez ces professionnels, à côté des financements de projets limités

dans le temps, des subsides non structurels, etc. (voir aussi recommandations 1 et 4). Les risques de *burn out*, de dépression ou d'épuisement ont aussi été mis en évidence, avec un impact évident sur les prises en charge et, donc, sur les droits des enfants concernés.

Ce constat est exacerbé dans un contexte de morcellement des politiques publiques, qui implique dans le chef des professionnels des temps de collaboration et de coordination s'ajoutant à un emploi du temps déjà surchargé. Comme déjà relevé, les professionnels ne sont par ailleurs pas suffisamment outillés et formés pour faire face aux demandes parfois très complexes des usagers que certains perçoivent comme des « bombes » qui explosent devant eux (voir recommandations 1 et 4).

Pouvoir bénéficier de temps de pause et de recul est un des leviers mis en évidence dans la recherche pour faire face à ces difficultés. Ces temps de pause et de recul peuvent prendre trois formes différentes, qui sont complémentaires.

Premièrement, le soutien informel entre pairs, à travers un temps d'échange avec un ou plusieurs collègues au sujet d'une situation rencontrée, permet de partager son ressenti ainsi que de bénéficier des avantages d'une écoute bienveillante et d'un recul indispensable (diminution des émotions négatives, amélioration de la résolution de problèmes, créativité, etc.).

Deuxièmement, il est indispensable d'organiser des interventions, c'est-à-dire des échanges formalisés autour des situations vécues, et ce, entre collègues qui peuvent être d'une même fonction et/ou d'une même équipe et/ou d'un même service, mais aussi de différents horizons. Elles permettent, elles aussi, une prise de recul pour les professionnels. La formalisation des échanges offre, en outre, la garantie d'avoir du temps en suffisance et un espace sécurisé pour venir déposer son vécu, et permet généralement de bénéficier de conseils ou d'outils de la part des collègues sur les problématiques et inquiétudes rencontrées.

Troisièmement, les supervisions offrent un regard extérieur et expert sur ce qui est partagé. Il s'agit d'échanges formalisés avec une personne spécialement formée à accompagner le travailleur qui rencontre ce type de situations. La supervision peut se faire collectivement et/ou individuellement.

Quelle que soit la forme que prend le soutien offert aux professionnels, il est primordial de leur accorder les moyens de tisser et d'entretenir les liens avec les partenaires du réseau développé autour de l'enfant et de sa famille (voir recommandations 1 et 4).

Malgré la pertinence des dispositifs décrits, les professionnels ne sont pas suffisamment informés des possibilités d'accéder à ces moments d'échange, de recul et d'accompagnement, ainsi que des bénéfices qui en découlent. La plupart d'entre eux, et particulièrement ceux qui travaillent dans des services surchargés (voir aussi recommandation 2), n'ont, en outre, pas le temps de bénéficier

de moments d'échanges formels ou informels, s'ils ne sont pas prévus dans leur cadre de travail. Ils sont alors obligés de les organiser, eux-mêmes et à leurs frais, en-dehors de leurs heures de travail.

Par ailleurs, il a pu être observé que lorsqu'ils sont organisés par l'employeur, les moments d'échange, d'intervision ou de supervision ne sont pas toujours pertinents au regard des besoins du travailleur. Par exemple, une institution organise une supervision collective alors que le travailleur aurait besoin d'un accompagnement personnalisé et d'une supervision individuelle. Un autre exemple concerne une intervention qui est organisée avec des collègues qui ne rencontrent pas les mêmes problématiques, et une partie non-négligeable du moment d'intervention est perçue comme inutile ou inefficace par le travailleur.

Par conséquent, il est nécessaire de prévoir, dans l'horaire de travail des professionnels en contact avec les enfants de 0 à 30 mois et leur famille, des temps d'échange informels, d'intervision ou de supervision en suffisance. La forme que revêt le temps d'échange doit pouvoir être choisie, librement et individuellement par les professionnels (soutien informel entre collègues, interventions, ou supervisions collectives ou individuelles – le choix du superviseur étant laissé à leur seule discrétion). Dans ce contexte (tout comme c'est le cas pour la recommandation 4), il est nécessaire de dégager du temps de travail, et donc d'engager de nouveaux collègues, ce qui ne peut se faire qu'avec un investissement complémentaire (voir recommandation 2), dont les retours sur investissement peuvent être nombreux à court, moyen et long termes (moins de renouvellement, meilleur accompagnement des familles, bien-être au travail, efficacité renforcée, ...).

Cibles de la recommandation 5

Tous les niveaux de pouvoir : augmenter ou distribuer différemment les moyens alloués aux professionnels accompagnant les enfants de 0 à 30 mois qui rencontrent des problématiques de santé mentale et/ou leurs proches afin de permettre de libérer des périodes dédiées aux échanges informels et formels ; prévoir systématiquement un budget pour les supervisions/intervisions.

Services en contact avec les 0-30 mois et/ou leur famille : prévoir dans les missions et le temps de travail des professionnels des périodes permettant de bénéficier de temps d'échanges informels, d'intervisions et/ou de supervisions ; laisser le libre choix de la forme que revêt le soutien aux professionnels ; prévoir un budget permettant l'accès à une supervision.

Travailleurs en contact avec les 0-30 mois et/ou leur famille : participer aux échanges entre pairs, aux interventions et/ou aux supervisions organisées formellement ou informellement en fonction des besoins et des situations rencontrées.

6. SOUTENIR LES COLLABORATIONS ENTRE PROFESSIONNELS NOTAMMENT PAR LA MISE A DISPOSITION D'OUTILS REFLEXIFS SUR LES VALEURS, REPRESENTATIONS, STRATEGIES ET CADRES REGLEMENTAIRES DES UNS ET DES AUTRES

Art. 2 CIDE (égalité et non-discrimination)

Art. 3 CIDE (intérêt supérieur de l'enfant et bien-être)

Art. 5 CIDE (capacités progressives de l'enfant)

Art. 6 CIDE (vie, survie et développement)

Art. 12 CIDE (droit à la participation)

Art. 23 et 24 CIDE (droits des enfants porteurs d'un handicap et droit à la santé)

Art. 42 CIDE (éducation aux droits de l'enfant)

« CPAS et aide à la jeunesse, par exemple, n'ont pas l'habitude de parler ensemble. Ils ne connaissent pas leurs méthodologies, leurs référentiels... » (Table-ronde – Expert)

« Mais ça ne va pas car tout le monde n'est pas d'accord de faire du communautaire, et on ne parle pas la même langue. Si on utilise toutes ces réunions qui prennent du temps pour essayer d'avoir de vrais objectifs communs honnêtes, assumés, pour orienter l'action, ce serait chouette. » (Table-ronde – Expert)

« Le morcellement des politiques publiques, et notamment des responsables et décideurs en matière de tout ce qui tourne autour des tout-petits, et notamment aide à la jeunesse, protection de la jeunesse, et santé mentale, ce sont des responsabilités différentes, ministres différents, cabinets différents [qui] tirent tous dans des sens différents. Au niveau de la base, ça se ressent aussi et je pense qu'on en paye le prix : nous sommes de moins en moins dans la possibilité d'inventer une manière de travailler commune, car chacun a une hiérarchie ou un décret qui va exactement dans le sens contraire de ce qui aiderait le voisin. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« On peut avoir des cadres de travail différents [...] si on a un objectif commun qui est le même. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« C'est vrai qu'avec des collègues ça ne va pas parce qu'on ne travaille pas de la même façon. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Alors si chacun s'arrête à dire, "oui mais moi c'est pas possible mon cadre ne me le permet pas", alors on va juste arriver à un bras de fer et rien d'intéressant, mais si on peut partager des choses, ce serait bien. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Les questions, vous savez si j'avais confiance en eux, les questions, il y aurait beaucoup de choses mais vous savez, moi je vous le dis déjà, c'est pas que je suis négative mais j'ai déjà tenté vous savez. [...] [Il faut que] les ASBL travaillent ensemble quoi. À quoi bon il y a 1000 ASBL et chacun veut se montrer quoi. [...] Et chacun travaille pour sa paroisse. Parce qu'il y en a pas un qui va dire "oh oui je connais ça qui va mieux que nous". » (Entretien – Mère et Père)

La recherche a mis en avant combien il pouvait être difficile de travailler en collaboration avec les autres professionnels dans la prise en charge d'un enfant de 0 à 30 mois qui présente un trouble de santé mentale. Parmi les raisons évoquées, il y a notamment la difficulté à trouver un langage

commun. Les professionnels de la petite enfance ont en effet des valeurs, des représentations et des stratégies qui parfois vont diverger, particulièrement lorsqu'ils dépendent de services ou de secteurs différents. Si ces différences sont normales, et mêmes bénéfiques compte tenu des apports complémentaires qu'elles offrent dans l'accompagnement de l'enfant et sa famille, elles constituent un frein aux collaborations, pourtant indispensables pour l'effectivité de la prise en charge et des droits. Certains acteurs rencontrés ont aussi mis en évidence que ce constat ne peut être perçu comme une simple question de langage ou de représentations mais que ce sont parfois les missions et les cadres légaux et réglementaires des différents secteurs qui constituent un frein aux collaborations. A titre d'illustration, les seuils d'âge diffèrent d'un secteur à un autre, ce qui complexifie le travail de concertation sur le terrain et la prise en charge des enfants à la croisée des secteurs. Si des initiatives ont été menées pour tenter de lever ces freins, elles n'ont pas encore suffisamment abouti sur le terrain. A cela s'ajoute un phénomène de « chasses gardées » et d'« espaces dédiés » qui peut rendre difficile une prise en charge intégrée et transversale.

Il serait donc primordial de développer des outils réflexifs d'analyse mis à disposition des travailleurs. Ceux-ci pourraient, lorsqu'ils se rencontrent et en ressentent le besoin, les utiliser et faire vivre le débat autour de leurs cadres normatifs respectifs. L'objectif ne serait pas forcément de tomber d'accord et partager une vision commune, mais bien de prendre conscience des points communs et des différences ainsi que des enjeux sous-jacents. Parmi les éléments autour desquels peuvent s'articuler les débats, citons notamment le fait de travailler pour un service universel/généraliste ou conditionnel/spécialisé (c'est-à-dire avec ou sans condition d'accès, que ce soit l'âge, une certaine pathologie, un critère socio-économique...); le fait de mettre la priorité sur le(s) parent(s), l'enfant, la dyade (triade) parent(s)-enfant, ou la famille dans sa globalité; le fait de mettre l'accent sur le droit à la protection de l'enfant ou sur son droit à vivre en famille; le fait de considérer que l'enfant peut avoir une vie psychique (et des difficultés de santé mentale) ou non; les représentations concernant la détection précoce et le diagnostic de problématiques en santé mentale chez l'enfant de 0-30 mois (voir aussi recommandation 7); le fait de travailler dans la prévention ou dans le soin; le fait de développer explicitement une approche par les droits et de se référer à la CIDE et à l'intérêt supérieur de l'enfant ou de la vivre intuitivement et implicitement (voir recommandation 7); le fait de considérer que les parents et/ou les enfants ont des droits ou des devoirs; etc.

Dans ce cadre, il apparaît que le langage des droits de l'enfant et des droits humains au sens large pourrait être un référentiel commun (voir recommandation 7).

Cibles de la recommandation 6

Tous les niveaux de pouvoir : développer des outils réflexifs sur les valeurs, représentations, stratégies et cadres réglementaires, sur base des retours des professionnels en contact avec les enfants

de 0-30 mois et avec leurs familles (approche *bottom-up* : les soutenir sans injonction) ; communiquer largement sur cet outil une fois créé ; identifier les leviers et les freins dans les cadres légaux et réglementaires pour une meilleure prise en charge des enfants de 0 à 30 mois et de leur famille et un plus grand respect de leurs droits.

Services en contact avec les 0-30 mois et/ou leur famille : sensibiliser les professionnels à être attentifs aux freins potentiels des collaborations fondés sur les différences en termes de langage, de représentations, de valeurs, de missions, de fonctionnements, de cadres légaux et être explicites et transparents dans les échanges ; communiquer à propos de l'outil développé auprès des professionnels et encourager son utilisation lorsque nécessaire.

Travailleurs en contact avec les 0-30 mois et/ou leur famille : être attentifs aux freins potentiels des collaborations fondés sur les différences en termes de langages, de représentations, de valeurs, de missions, de fonctionnements, de cadres légaux et être explicites et transparents dans les échanges ; se familiariser avec l'outil une fois développé et le mobiliser lorsque la collaboration autour d'une situation semble difficile.

7. FORMER ET SENSIBILISER AUX DROITS DE L'ENFANT ET A LA SANTE MENTALE LES PROFESSIONNELS EN CONTACT AVEC LES ENFANTS DE 0-30 MOIS

Art. 3.1 CIDE (intérêt supérieur de l'enfant)

Art. 4 CIDE (mise en œuvre des droits proclamés par la Convention)

Art. 5 CIDE (responsabilité des parents et capacités progressives de l'enfant)

Art. 6 CIDE (vie, survie et développement)

Art. 12 CIDE (droit à la participation)

Art. 23 et 24 CIDE (droits des enfants porteurs d'un handicap et droit à la santé, avec notamment une attention aux soins prénatals et postnatals pour les mères)

Art. 42 CIDE (éducation aux droits de l'enfant)

Formation et sensibilisation aux droits de l'enfant

« Pour préparer cette réunion, j'ai été voir les infos à [l'égard des droits de l'enfant] et elles sont évidentes quand je les lis. Est-ce qu'il y a une connaissance implicite ? Ici j'ai fait une

démarche plus explicite sur les droits de l'enfant. » (Table-ronde – Acteur en contact avec les professionnels de terrain)

« Les intervenants de terrain, en ce compris les juristes, ne connaissent pas les droits fondamentaux et les droits de l'enfant. Ou alors ils sont mobilisés à la grosse louche, en ce inclus l'intérêt de l'enfant, qui ne veut pas dire grand-chose. » (Table-ronde – Expert)

« Les professionnels [...] qui travaillent avec et pour les enfants, ne sont pas suffisamment formés aux droits de l'enfant. [...] Cette lacune participe aussi au morcellement et aux approches différentes. » (Table-ronde – Expert)

« L'approche de la santé mentale doit être fondée sur les droits de l'enfant avec des objectifs clairs. Pour sortir de la vision centrée sur une approche biomédicale. » (Table-ronde – Expert)

« [En parlant du délégué du Service d'aide à la jeunesse] Moi je l'ai invité [...] à un atelier [...] sur les droits du bébé. [...] Il est arrivé en me disant, "connais pas moi ça" [...] donc on essaye de les inviter, de leur montrer comment on travaille, de faire un atelier sur le droit du bébé... [...] Mais [...] il faut autre chose en plus. [...] Il faut que la formation de base des gens [...]intègre] toutes ces données. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Dans le service, [...] il y a une partie des droits de l'enfant qu'on connaît de manière un petit peu plus précise, [...] mais [...] ça reste [...] pas très, très formalisé. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Ça reste une normalité pour moi, le droit de l'enfant [...] c'est pas encore assez connu, comme les droits du patient [...] peut-être connu de façon superficielle, [...] mais je pense qu'on ne les connaît pas assez bien. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Impression que pour ces tout-petits, c'est comme s'ils n'avaient pas droit à la parole ; et comme ils sont non scolarisés, on ne les entend pas. » (Table-ronde – Acteur en contact avec les professionnels de terrain)

« On connaît les droits de l'enfant, mais on ne les retranscrit pas non plus spécialement dans notre rapport. [...] En réunion d'équipe, on ne parle jamais des droits de l'enfant. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« [À propos des droits de l'enfant :] On s'en sert souvent pour légitimer le fait qu'un enfant puisse voir son parent ou l'inverse, quand il y a placement, ou quand des familles mettent le veto sur les séances thérapeutiques enfant-parent. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« On l'a travaillée [la Convention relative aux droits de l'enfant] surtout dans le droit de l'enfant d'avoir un accompagnant avec lui [...] parce qu'on a beaucoup réfléchi notamment à avoir un accompagnant, un parent 24h/24 même en néonatalogie, on a proposé des chambres mère-enfant dès la naissance du prématuré. [...] On l'avait ressortie [la Convention relative aux droits de l'enfant] de façon officielle pour justifier que les parents devaient pouvoir rester en néonatalogie au moment où on a fait les chambres de néonatalogie. C'était notre démarche de pouvoir proposer ces chambres mère-enfant dès la prématurité, ces chambres koala aussi pour les enfants un peu plus fragiles mais surveillés où la maman pouvait rester. Donc, pas de séparation maman-enfant, ça c'est quelque chose qui nous paraît essentiel. Et donc on s'était basé, en tout cas là-dessus, sur la charte [la Convention relative aux droits de l'enfant] » (Entretien – Professionnel de terrain).

« Dans les trois mois où Kesiah était hospitalisée, il y a toute une série d'exams médicaux qui ont été faits et on ne demandait pas le consentement [...] il y avait un test d'encéphalogramme qui a été fait, sans consentement, le vaccin a été fait sans consentement. » (Entretien - Père et Mère)

« Allez, dites-nous nos droits. Moi je ne sais pas nos droits, c'est écrit sur papier noir/blanc mais il n'y a pas de droit. [...] Pourquoi vous ne me dites pas depuis le début que j'ai droit à ça ? » (Entretien – Mère)

La recherche a pu montrer que la plupart des professionnels mettent en œuvre les droits humains et les droits de l'enfant dans leur travail quotidien. Ils semblent bien vivants et prégnants sur le terrain, dans la plupart des cas, mais de façon implicite. Les acteurs utilisent en général des expressions comme le « bien-être » de l'enfant ou les « besoins » de l'enfant (ou des parents) plutôt que de mobiliser les notions d'« intérêt supérieur de l'enfant » ou de « droits de l'enfant » lors de leurs discussions ou prises de décision. Ils ne connaissent pas, pour la majorité d'entre eux, les textes relatifs aux droits de l'enfant ou en ont une vague connaissance. Il a également pu être constaté que la majorité des professionnels se concentrent sur certains droits précis, en lien avec leur domaine d'expertise, plutôt que sur une compréhension globale et holistique de ceux-ci.

Le discours explicite sur les droits de l'enfant est donc très peu présent et certains professionnels s'inscrivent encore dans une logique de charité et non dans une approche par les droits. Plus fondamentalement, les droits humains, ainsi que certaines législations particulières (telles que les règles relatives au secret professionnel (partagé), aux droits du patient...), semblent relativement peu connus, compris ou mobilisés formellement. Seul « l'intérêt de l'enfant » est parfois mentionné, sans réelle compréhension de ce que signifie l'expression conformément à la CIDE. Les professionnels ont d'ailleurs, à plusieurs reprises, explicitement relevé un manque de formation à cet égard.

Or, le manque d'intégration explicite ou formelle des droits de l'enfant dans la prise en charge des enfants de 0 à 30 mois présentant une problématique de santé mentale entraîne alors, dans certaines circonstances, une violation de droits fondamentaux, qui va différer d'une institution à une autre, chacune d'entre elles se positionnant dans un contexte qui lui est propre. La mobilisation de ces droits peut, par ailleurs, comme en ont témoigné certains participants, permettre de débloquer certaines situations et renforcer l'effectivité des droits. Plusieurs intervenants y sont sensibles et sont demandeurs que les juristes informent mieux les intervenants à ce propos.

Une sensibilisation et une formation aux droits de l'enfant (et aux droits humains en général) constituent donc un levier particulièrement pertinent pour offrir une prise en charge des enfants de 0 à 30 mois et de leur famille conforme à leurs droits. Elles offrent en effet un cadre normatif commun aux professionnels (voir recommandation 6), qui permettrait de développer une approche par les droits et un plus grand respect des usagers comme sujets de droits (voir recommandations 2 et 3) et favoriserait la vision holistique (voir recommandation 1).

Formation et sensibilisation à la santé mentale des enfants de 0-30 mois

« Certains acteurs ont du mal à dire, "je fais de la santé mentale" (aide à la jeunesse, ONE...), comme si la santé mentale n'était que l'affaire des soins spécialisés. [...] Quand chaque

secteur pourra se dire "nous faisons de la santé mentale", le morcellement sera moindre. » (Table-ronde – Acteur en contact avec les professionnels de terrain)

« Les travailleurs sociaux ne sont pas toujours assez formés en matière de santé mentale, surtout pour la petite enfance. » (Table-ronde – Acteur en contact avec les professionnels de terrain)

« Dans les crèches, endroits où les enfants passent le plus de temps, on ne donne pas assez d'outils, de formations [...] pour les puéricultrices [qui] ne savent pas vers qui se tourner. » (Table-ronde – Acteur en contact avec les professionnels de terrain)

« De nombreux professionnels enseignants, éducateurs, travailleurs sociaux... qui sont hors santé mentale mais ont un rôle à jouer pour soutenir les enfants et familles, n'ont aucune connaissance en santé mentale ou en ont une vision négative. » (Table-ronde – Expert)

« Il y a [...] toutes les pathologies du post-partum, qui vont être déterminantes pour la santé globale du jeune enfant. [...] Il faut des services spécialisés. [...] Et que la première ligne sache bien [...] identifier la dépression du post-partum. [...] C'est 20 % de prévalence, il y a moins de la moitié qui est diagnostiquée, et sur cette moitié-là, il y a 1/3 qui est correctement traitée. [...] les médecins généralistes [...] les sages-femmes, [...] les TMS qui reçoivent les mères avec leur petit [...] doivent apprendre à repérer les signaux. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Dans leur formation d'infirmière, elles avaient une formation très technique, mais peu liée à ces questions-là, et donc ça amenait pas mal de burn-out, etc., dans le service. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« La plupart du temps quand on rencontre un enfant, c'est qu'il y a quelque chose à l'école qui a été observé. Or, si on avait l'occasion de travailler avec cet enfant avant l'entrée à l'école, on pourrait éviter que des choses se cristallisent et se nouent et soient encore plus difficiles à améliorer. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Sur la santé mentale des tout-petits, il n'y a rien du tout. [...] Les signes inquiétants niveau santé mentale, on n'est pas formé pour ça. Tout ce qui concerne les troubles autistiques chez les enfants, ça n'a pas été abordé non plus de manière bien précise pendant notre cursus. [...] Quand on commence à travailler, on se rend compte que dans la pratique, on a plus de chance de rencontrer un enfant autiste que certaines pathologies hyper rares dont on nous a parlé. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« J'ai en souvenir une [...] petite fille de 2 ans-et-demi-3 ans. [...] Le médecin ne m'a jamais soutenu en consultation. [...] Cette famille [...] a surtout senti que moi je jugeais [...] et elle ne m'a plus fait confiance, elle n'est plus venue. [...] j'ai revu cette famille par la suite [...], il y avait quelque chose qui bloquait dans son développement. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Un trouble anxieux chez l'enfant, ça existe, de l'autisme aussi, et pas se dire "ça passera avec l'âge" parce qu'on ne l'a pas identifié. Et c'est ce qui se dit, hein ! Même les pédiatres le disent. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Il faut un réseau d'aval qui soit également fiable et conséquent. C'est ce qui manque de manière criante pour le moment. [...] Ceux qui vont à domicile, ceux qui hébergent... Tout le réseau petite enfance : crèches, maisons maternelles, maisons d'accueil, [...] les missions d'intervention intensive en famille. [...] Il y a une nécessité d'avoir des relais. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« La première des recommandations [...] est d'avoir des formations communes. [...] Quand l'enfant [...] ne parle pas, c'est extrêmement difficile, et extrêmement peu d'acteurs de terrain de première ligne sont formés à comprendre, à décoder, à s'intéresser même, au langage du nourrisson qui n'est pas un langage verbal. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Des collègues [...] vont me dire, "[...] Comment va l'enfant ?". [...] Des situations compliquées ne vont pas tout de suite se refléter sur l'enfant. Parfois c'est plus tard qu'on va

voir [...] des séquelles. Alors, je dis, "ben, je ne vois rien", [...] eh ben alors, "c'est pas ton affaire, ne te mêle pas de ça". Même le corps médical. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Les conseils que vous donnez [...] par rapport à l'alimentation d'un enfant [...] avec un trouble c'est tout à fait différent. [...] Ou, dans le jeu [...] il faut aller plus en finesse. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Sauf que quand vous regardez l'étude du service d'aide de l'autisme, on ne déclare l'autisme que vers 7-8 ans, pourquoi ? "Parce qu'il faut laisser le temps, faut voir avant l'école, avant ci, avant ça" bah oui c'est bien. Du coup on arrive à 7-8 ans avec des enfants autistes, je ne vais pas dire irrécupérables mais on se comprend. Mais la situation s'est lourdement aggravée toute la période où justement le système neuronal se développe énormément dans les 3-4 ans, elle a été gâchée, il n'y a pas ces connexions qui peuvent se faire, ma fille ne les a pas eues non plus et du coup elle a été suivie énormément et elle a encore des lacunes, et pourtant on l'a prise en charge à 2 ans ½. » (Entretien – Mère)

« Voilà, quand on s'occupe de ma fille, vraiment faut m'écouter parce que je ne vais pas revenir. On lui a fait une prise de sang, on l'a traumatisée [...] et, même moi, ça m'a traumatisée. [...] On est allé [là] exprès pour ses problèmes, pour qu'on soit compris, ne vous inquiétez pas, ils ont l'habitude, on explique bien que c'est la seule [prise de sang] qu'on va pouvoir faire pour le moment, on peut pas la rater, oui voilà elle risque de s'énerver, elle a peur de la douleur [...] on a mis une aiguille comme ça qui sortait de son bras, pas de tuyaux, le sang il sortait de l'aiguille fin voilà. [...] Ma fille hurlait, parce qu'il y a du sang, un truc pareil dans son bras en plus si on bouge ça fait mal on le sait tous, et en plus la femme qui continuait, maman qui ne réagissait pas et papa qui devait tenir la fille. J'avais envie de tout casser, mon homme est parti en furie avec ma fille en larmes jusqu'à l'auto, il a fallu 2h pour la calmer. » (Entretien – Mère)

« On a vu qu'ils tâtonnaient, qu'ils n'osaient pas utiliser le mot autisme, voilà ils étaient très..., et puis je les ai regardés j'ai dit "il n'y a pas de problème hein". "Moi je veux savoir, je veux savoir" mais il y a tellement de gens dès qu'on parle de handicap, trouble, autisme, les gens tout de suite ... » (Entretien – Mère)

« On a parlé avec la pédiatre si tu te souviens et l'ONE, et il n'y a personne qui a réagi. Et la pédiatre a dit déjà pour ses yeux, il voyait normalement et d'un seul coup son œil qui partait de l'autre côté. » (Entretien – Mère)

Les connaissances actuelles autour des enjeux de la santé mentale des tout-petits de 0 à 30 mois, tels que la notion de vie psychique chez l'enfant, l'identification de signes de souffrance ou de difficultés psychologiques telles qu'ils se manifestent chez ces tout-petits qui n'ont pas encore accès à la parole, ne sont pas toujours partagées et ce, y compris au sein du secteur de la santé mentale. De nombreux spécialistes de la santé mentale n'ont en effet pas été formés à la prévention, à la détection et à la prise en charge des enfants durant les 30 premiers mois de leur vie. Cette absence de formation peut alors conduire au développement de représentations qui vont fortement différer d'un professionnel à un autre et rendre le travail collaboratif plus complexe (voir aussi recommandation 6). C'est par exemple le cas pour ce qui concerne la question de la détection précoce : être formé à la santé mentale des tout-petits (1) permet d'avoir une attention particulière aux grandes étapes du développement chez le bébé et à ses éventuels signes de souffrance (par exemple, un enfant qui ne soutiendrait pas le regard, un enfant qui serait très calme et ne pleurerait jamais, etc.), (2) invite à

comprendre ce qui se passe pour l'enfant et (3), le cas échéant, à mettre en place un suivi préventif et curatif pertinent dès les premiers mois de la vie.

De la même manière, il est apparu que les acteurs qui n'ont pas une formation en santé mentale mais qui sont en contact avec les enfants de 0 à 30 mois et leur famille n'ont pas toujours conscience de l'influence qu'ils peuvent avoir sur la santé mentale des usagers, que ce soit par leur possibilité d'agir sur les différentes facettes de l'enfant (voir recommandation 1) ou dans leur manière d'être en relation avec eux. En effet, des notions telles que l'accueil et l'accompagnement, l'écoute bienveillante et non jugeante, les réactions aux situations humainement et/ou émotionnellement délicates, ou la prise en compte et la mise en place des garde-fous face aux phénomènes de ruptures propres au cheminement en santé mentale, sont des notions importantes dans ce type de formations.

Par ailleurs, les témoignages récoltés font état d'un nombre insuffisant de professionnels spécialisés pour les tout-petits de 0 à 30 mois. Les formations de base des professionnels des secteurs concernés devraient intégrer un volet qui leur soit spécifiquement dédié. Enfin, il serait nécessaire de rendre les filières destinées aux tout-petits plus attrayantes en sensibilisant à l'importance de ces fonctions ou en développant diverses motivations (*incentives*) permettant d'attirer davantage de professionnels.

Formation et sensibilisation aux droits de l'enfant et à la santé mentale des 0-30 mois durant le cycle de base, les stages et en formation continue

« Favoriser les immersions intersectorielles [...] permet une meilleure connaissance des autres secteurs et services, et permet de construire, échanger autour de représentations différentes et évoluer vers une culture commune. » (Table-ronde – Acteur en contact avec les professionnels de terrain)

« Chacun doit [...] avoir un minimum de connaissances sur les autres problématiques et un maximum de connaissance des autres services existants [...], pour pouvoir détecter les signes qui font dire qu'on a un signal d'alerte. » (Table-ronde – Expert)

Qu'il s'agisse de sensibilisation et formation aux droits de l'enfant, ou de sensibilisation et formation à la santé mentale des enfants de 0 à 30 mois, il est nécessaire de prévoir une sensibilisation dans les cycles de base (y compris les stages) et dans la formation continue. En effet, tous les professionnels qui peuvent être en contact avec un enfant de 0 à 30 mois présentant un trouble de la santé mentale ou avec sa famille (voir recommandation 1), et donc notamment des secteurs de la santé en général, de la petite enfance, de l'aide sociale, des loisirs, de l'aide à la jeunesse, de la protection de la jeunesse, de la justice, etc., devraient être formés aux droits de l'enfant et en santé mentale des tout-petits. Le but n'est pas qu'ils en développent une expertise, mais qu'ils soient sensibilisés à ces enjeux et aux connaissances actuelles afin d'en faire des outils au service de

l'accompagnement des enfants de 0 à 30 mois et de leur famille. Les professionnels dont les missions s'articulent prioritairement ou en partie autour du tout-petit (puéricultrices, pédiatres, sages-femmes, milieux d'accueil, médecins généralistes, PEP'S...) devraient plus spécifiquement bénéficier d'un cours plus approfondi sur ces questions et, lorsque c'est possible, d'un stage dans des services spécialisés en santé mentale des enfants de 0 à 30 mois. Inversement, le secteur spécialisé dans la santé mentale pourrait utilement être sensibilisé aux réalités des professionnels de première ligne en contact avec les familles.

Plus largement, il est primordial que tous les professionnels en contact avec des tout-petits soient formés aux droits de l'enfant dès la formation initiale et qu'ils soient invités à développer une culture des droits de l'enfant dans leurs pratiques.

Une fois sur le marché du travail, les travailleurs devront recevoir un rappel ou un approfondissement de ces matières en lien avec leurs réalités quotidiennes au travers de la formation continue. Les formations pouvant coûter (très) cher, une réflexion est également à mener sur des moyens de concilier cette nécessité capitale et la réalité financière des services. Nous épinglons deux pistes qui ont été évoquées au cours de la recherche : inciter les services qui ont développé une expertise à en former d'autres, et permettre à des travailleurs de venir en immersion dans des « services-experts ».

Cibles de la recommandation 7

Tous les niveaux de pouvoir et tous les établissements de l'enseignement supérieur et de promotion sociale : intégrer les droits humains, les droits de l'enfant et la santé mentale des enfants de 0 à 30 mois dans les formations de base, les stages et la formation continuée des travailleurs en contact avec les enfants de 0-30 mois et/ou leur famille.

Services en contact avec les 0-30 mois et/ou leur famille : veiller à ce que les travailleurs en contact avec les enfants et/ou leurs proches aient accès à une formation continuée autour des droits humains, des droits de l'enfant et de la santé mentale des 0-30 mois ; réfléchir à la création de formations à destination d'autres services ou à s'ouvrir à la possibilité d'accueillir d'autres travailleurs en immersion.

Travailleurs en contact avec les 0-30 mois et/ou leur famille : suivre des formations autour des droits humains, des droits de l'enfant et de la santé mentale des 0-30 mois.

8. SENSIBILISER LA SOCIÉTÉ AUX PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ MENTALE DES ENFANTS

Art. 2 CIDE (égalité et non-discrimination)

Art. 3.1 CIDE (intérêt supérieur de l'enfant)

Art. 4 CIDE (mise en œuvre des droits proclamés par la Convention)

Art. 6 CIDE (vie, survie et développement)

Art. 12 CIDE (participation)

Art. 23 et 24 CIDE (handicap et santé)

Art. 42 CIDE (éducation aux droits de l'enfant)

« La santé mentale définie comme le bien-être, c'est une notion pas encore partagée au sein de la population générale. » (Table-ronde – Acteur en contact avec les professionnels de terrain)

« Actions de formation, [...] sensibilisations [...] entre familles et professionnels, pour parler le même langage, par exemple une formation sur l'autisme, sur les problèmes de comportements... belle porte d'entrée pour ouvrir le dialogue, pour penser la famille comme partenaire central. » (Table-ronde – Acteur en contact avec les professionnels de terrain)

« Sensibiliser [...] le grand public car les premières personnes en lien avec les enfants, ce sont les parents. » (Table-ronde – Acteur en contact avec les professionnels de terrain)

« Il y a effectivement besoin de [...] sensibiliser le public sur la prise en charge en thérapie des tout petits. » (Table-ronde – Acteur en contact avec les professionnels de terrain)

« Mettre en place des formations de psychoéducation à destination des familles / tuteurs / familles d'accueil, autour de l'attachement. » (Table-ronde – Acteur en contact avec les professionnels de terrain)

« Notre idée c'était, vraiment de faire des cycles de [...] conférences pour les parents avec des petits thèmes, [...] Qu'est-ce que ça veut dire, "mon bébé pleure" [...] Est-ce que je dois m'inquiéter parce que mon enfant ne parle pas encore à l'âge de deux ans ? [...] Parce qu'on a l'impression que ça [...] manque [...] dans l'entourage des [...] parents. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Parce qu'il y a des choses qu'on ne peut pas [...] ou qu'on n'oserait pas dire aux parents. [...] Comme la santé mentale, ce n'est pas quelque chose d'extrêmement populaire, c'est très difficile d'aborder certaines thématiques. [...] Si [...] tout le monde se rendait compte qu'en fait on est tous plus ou moins concernés, on aurait vachement plus facile nous dans les crèches, à aborder certaines choses qui sont primordiales pour l'enfant. » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Mais, c'est très compliqué, car le parent : "Quoi ? Mon enfant a un problème ? Non, non, non, du tout !". Déjà, il nous faut du temps pour voir un problème de santé mentale. Ça demande du temps, ça demande de l'observation, ça demande aussi une qualité de regard [...] donc on essaye au centre de santé mentale, et les parents n'ont jamais été, jamais. Parce que ce n'était pas possible pour eux, c'était inimaginable que leur enfant ait un

problème. "Et puis, un centre de santé mentale, mais qu'est-ce que c'est que ça ?" » (Entretien – Professionnel de terrain)

« Dans un magasin, un vendeur m'a demandé de calmer mon fils ou sinon il allait me montrer comment on dresse un enfant. » (Entretien – Père et Mère)

« Ça fait du bien d'être entendue [...]. Parce qu'il faut changer ça, la société change, les enfants changent, les handicaps légers on est tout à fait d'accord sont importants et tellement plus nombreux maintenant parce qu'on n'en parlait pas avant, mais du coup voilà les gosses devaient se fier au moule et on fait rentrer un éléphant dans une cage de singe quoi. » (Entretien - Mère)

« Je demande juste à ce qu'on comprenne ma fille. Parce que, c'est réducteur ce que je vais dire, c'est très bizarre mais un enfant trisomique c'est visible. L'humain se sent tout de suite obligé de parler gentiment, c'est un peu réducteur mais ça va il y a un truc visible. [...] Les handicaps invisibles c'est une calamité, parce que le nombre de fois, "Bah elle est normale ta fille", "mais en fait c'est la mère qui est folle". [...] "C'est un enfant roi, on laisse tout faire et elle ne l'engueule jamais" alors qu'en fait je fais. » (Entretien – Mère)

« Tu dis que "ta fille est handicapée c'est bizarre" fin mais non mais non, elle a un handicap invisible, pas sévère, ok d'accord, mais il y a quelque chose donc faut arrêter aussi de "ce n'est pas visible, ce n'est pas grave donc machin elle peut aller en école normale". » (Entretien – Mère)

« On l'a protégée de tous les problèmes qu'elle avait, elle avait un problème avec le bruit et les sons forts donc on va lui mettre un casque anti-bruit. Elle aime pas qu'on la touche donc on va demander aux enfants de ne pas trop la toucher parce qu'elle est différente. [...] Alors je suis tout à fait d'accord que tout ça a été mis en place récemment les inclusions d'enfant à problème, à difficulté. [...] Maintenant ça change hein c'est tout l'inverse, on s'adapte à ma fille bah voilà c'est dommage hein quand je vous dis "ce n'est pas l'école à s'adapter à l'enfant", je suis désolée si [...]. » (Entretien – Mère)

« [...] Il ne savait pas trop quelque chose, jusqu'à maintenant il y a des biscuits que c'est nous qui devons les ouvrir. La moindre des choses que vous trouvez c'est banal, pour nous c'était éprouvant. [...] Même prendre quelque chose, il ne savait pas. C'est le regard. Je retourne pour un Quick, lui il ne sait pas que c'est les assiettes des autres, la première assiette qu'il a trouvée [il s'est servi], je ne vous dis pas toutes les insultes. » (Entretien - Mère)

« Il y a 2 ans seulement qu'on commence à sortir sinon on ne partait chez personne, déjà qu'on était insultés dans tous les sens, parce que lui il fait ses crises, il nous mordait et tout ça et les gens ils ont tendance facilement à juger les gens et à dire voilà. "Vous avez mal éduqué votre enfant". » (Entretien – Mère)

« Moi ce qui me détruit, ce qui me casse le plus c'était le regard des autres. [...] Quand je pars avec lui, je préfère ne pas aller parce que je reviens toujours en pleurs parce que les gens ils vous détruisent, c'est pas que blesser, c'est... » (Entretien – Mère)

« Moi je vais dire qu'on est quand même en 2021, on est loin de ça. Les gens ici ils sont tellement ignorants et je crois qu'ils se contentent de ça et moi ce n'est pas un souhait et j'aurais aimé quelqu'un qui est bien placé, qu'il a un enfant handicapé, comme ça il va savoir ce que ça fait. Ils ne se rendent même pas compte de notre souffrance. » (Entretien – Mère)

« Je veux qu'ils [les politiques, les gens de la société] passent vraiment une journée avec nous ou une semaine pour qu'ils sachent vraiment et qu'ils partent par ici par là et qu'ils se rendent compte. » (Entretien – Mère)

« Il y a un dessin animé, je ne sais pas si vous l'avez vu, un petit court métrage sur un enfant autiste. On est tombé dessus, elle l'a mis, mon homme et moi étions en train de manger. On s'est retourné on n'a plus lâché l'écran. J'étais limite en larmes, parce que la petite fille passe en bateau sur des herbes hautes et donc elle fait ça, et donc j'ai reconnu ma fille mais un truc de fou je vous jure et elle n'arrive pas à dire "encore" et le petit garçon qui l'accompagne et au début il voit qu'elle est bizarre, il a pas vraiment envie d'aller avec elle en bateau quoi et

donc il râle et tout ce que vous voulez et puis quand il arrive à comprendre, on voit le sourire sur ce garçon. » (Entretien - Mère)

« On devrait apprendre le langage des signes aux enfants, pourquoi on n'intègre pas ça à l'école ? Je suis désolée, c'est un langage comme un autre et ça peut être utile pour tout le monde et ça permet l'intégration en plus des personnes avec des handicaps. [...] [Par exemple] un flic qui va pouvoir arriver à comprendre quelqu'un avec le langage des signes ça peut aussi aider une personne. » (Entretien - Mère)

« De la bienveillance, apprendre la bienveillance aux enfants quoi. L'empathie, la différence. » (Entretien - Mère)

« Une autre fois, on avait été à la psychomot. Et là Milo [frère] il a fait des choses, il a frappé... Une dame, une vieille comme ça, elle est venue sur papa et elle lui a dit que c'était pas bien de laisser faire, de ne pas se fâcher. "Vous l'avez mal éduqué". Elle était très énervée. Une autre dame, une plus jeune, est arrivée et a montré la pancarte. Elle lui a dit "Mais maman, pourquoi tu crois qu'il sort de là ? Parce que l'enfant il a des problèmes". Et du coup la dame, la vieille dame, elle a compris et elle a dit pardon. » (Entretien - Enfant)*

« C'était un opticien. [...] On avait dit qu'il était autiste et voilà c'était un monsieur parce que d'habitude on avait une dame qu'on connaît bien. [...] Et puis Loan [le frère] était en train de toucher et le monsieur il a commencé à se fâcher. On lui a dit qu'il était autiste et il l'a pris et l'a secoué et après il a commencé à se fâcher dessus. Alors Papa il a dit, plus jamais lui. » (Entretien - Enfant)*

Tant les professionnels que les familles ont relevé le manque de connaissance et de compréhension de la société face aux problématiques de santé mentale, en général, ou concernant les enfants de 0 à 30 mois en particulier.

Les professionnels éprouvent dès lors certaines difficultés lorsqu'ils veulent aborder avec les proches de l'enfant le sujet de la santé mentale de leur enfant. Les termes « santé mentale », ou tout autre terme associé, peuvent effrayer les proches et mener à des réactions de déni qui sont alors parfois délétères puisqu'elles retardent le moment d'un accompagnement adapté lorsqu'il est nécessaire. De plus, la communication avec les professionnels des autres secteurs qui sont en contact avec l'enfant peut également s'avérer complexe, en particulier lorsqu'ils n'ont pas été sensibilisés ou formés à ce sujet (voir recommandation 7), avec pour résultat un discours contradictoire qui peut abîmer la relation du professionnel avec l'enfant et ses proches.

Par ailleurs, les proches d'un enfant de 0 à 30 mois qui rencontre des problématiques de santé mentale se retrouvent parfois dans des situations où les difficultés vécues par l'enfant (relationnelles, de comportement...) sont mal comprises par les autres (familles, amis, inconnus) et stigmatisées par des propos ou attitudes jugeantes, culpabilisantes... Lorsque la situation devient trop difficile à vivre, les proches de l'enfant peuvent entrer dans un processus d'évitement des lieux où ces situations sont vécues (parcs, magasins, crèches...), privant alors l'enfant de l'accès à des activités qui participent pourtant à son développement et au respect de ses droits comme le droit aux loisirs ou la prise en charge de sa santé et de son développement (voir aussi recommandation 2). Or une approche inclusive

requiert que ce soient la société et l'environnement qui s'adaptent à l'enfant et non l'inverse. Il est donc primordial d'agir sur les formes d'exclusion que subissent les enfants qui rencontrent des problématiques de santé mentale et notamment les tout-petits.

La société doit ainsi être sensibilisée aux problématiques de santé mentale en général et des enfants de 0 à 30 mois en particulier. Il paraît incompréhensible qu'un domaine tel que celui de la santé mentale, dont les problématiques peuvent toucher potentiellement tout le monde à une période de sa vie et dont les coûts sociaux augmentent toujours plus d'année en année, ne fasse pas plus souvent l'objet de campagnes de communication. C'est encore plus vrai pour les enfants et notamment les très jeunes enfants, compte tenu de l'influence que les discriminations, exclusions, préjugés et stigmatisations peuvent avoir à long terme sur les adultes qu'ils deviendront. La pandémie COVID-19 est un exemple éclairant de ce constat : on n'a jamais autant parlé de la santé mentale des enfants sans pour autant mener de campagnes de sensibilisation vers la population.

Cibles de la recommandation 8

Tous les niveaux de pouvoir, institutions et administrations : développer des campagnes de sensibilisation à large échelle sur la santé mentale et ses représentations en partenariat avec les experts, institutions, acteurs de terrain, représentants des patients et familles ; développer des outils de sensibilisation plus particulièrement dédiés à la santé mentale des enfants de 0-30 mois en vue de lutter contre les discriminations, préjugés, exclusions et stigmatisations dont ils sont la cible.

ANNEXE 1 : RECOMMANDATIONS SYNTHETISEES

La santé mentale dans les 30 premiers mois de l'enfant : plaidoyer pour une prise en charge ambitieuse, globale, universelle et inconditionnelle des familles

L'impact du morcellement des politiques publiques sur la prise en charge des problématiques de santé mentale des enfants de 0 à 30 mois en Wallonie et sur l'effectivité de leurs droits fondamentaux

Les recommandations formulées ci-après ont été formulées à la suite d'une recherche financée par ONE Academy et menée par le CRéSaM, l'UNamur et l'ULiège. Elles se fondent sur trois postulats : l'usager doit être appréhendé comme un sujet et non un objet de droits et de soins ; la coordination multisectorielle au niveau local et la continuité des soins sont indispensables ; et il est nécessaire et urgent d'investir dans les services dédiés aux 30 premiers mois de l'enfant. Plus d'informations sont disponibles dans le rapport de recherche quant aux définitions des termes employés, au cadre normatif dans lequel s'inscrit ce travail, à la méthodologie ayant permis d'édicter ces recommandations, aux cibles qu'elles visent ainsi qu'aux réalités qu'elles recouvrent.

1. DEVELOPPER UNE VISION HOLISTIQUE, COLLECTIVE ET PLURIDISCIPLINAIRE COMME FIL ROUGE DE LA TRAJECTOIRE DE PRISE EN CHARGE DES PROBLEMATIQUES DE SANTE MENTALE DANS LES 30 PREMIERS MOIS DE L'ENFANT

« Tellement on a souffert, on a vraiment galéré, j'aimerais que, c'est ça que je dis toujours à l'ASBL ou partout, vraiment faire un site [...] pour trouver un bon médecin, pour trouver des ASBL... [...] Je le répète, moi j'aimerais bien qu'il y ait une ASBL qu'elle soit nationale qui fait tout, ce n'est pas qu'un. Moi ce qui m'énerve c'est que tu es un ballon, "Ah ce n'est pas ici, c'est là-bas", ce n'est même pas loin, quand je téléphone pour lui pour un stage, je dois faire 20 numéros et à la fin je n'ai rien. Tu passes toute la journée à téléphoner, "ah c'est pas nous, c'est là" ». » (Entretien – Mère).

2. METTRE FIN AU NON-RECOURS AUX DROITS EN RENFORÇANT L'OFFRE DE SERVICES A DESTINATION DES ENFANTS DE 0 A 30 MOIS ET EN LA RENDANT VISIBLE, ACCESSIBLE ET ADAPTEE PARTOUT ET POUR TOUS

« Toute la partie 0-3 ans est un gouffre financier sur plein de domaines différents. [...] Là j'ai eu de la chance parce que la logopède ne me demande pas beaucoup voilà elle était au courant de la situation, la psy même chose, planning familial au début que j'allais c'était 10 euros parce que vraiment je n'avais pas les moyens, 6 ans après c'est toujours 10 euros. Donc ces services-là ont été magnifiques, l'aspect financier c'est une horreur. [...] La classe sociale dans laquelle vous allez naître va tout déterminer mais à côté de ça, ça devrait être universel. » (Entretien – Mère)

3. INTEGRER LES PROCHES DE L'ENFANT (Y COMPRIS LES FRATRIES) DANS LA TRAJECTOIRE DE SOINS EN RECONNAISSANT LEUR EXPERTISE ET EN LES ACCOMPAGNANT

« Ils ne me croyaient pas les ASBL, les médecins et tout ça, ça m'a énervé, ils ne vous croient jamais, même pour mon fils, quand il avait un an j'ai déjà remarqué que ce n'était pas un enfant ordinaire quoi. Et ils me répondaient que j'exagérais, c'est parce qu'on est ses parents. [...] C'est ça que je disais, vous êtes spécialiste mais je connais mon enfant. C'est moi qui vis 24h sur 24 avec lui, vous vous le voyez une fois par an. » (Entretien – Mère)

« *Moi j'ai peut-être un peu plus aidé Mathis* [frère]. Depuis petit, je peux prendre [...] des petites choses pour qu'il prenne les affaires et tout et maintenant je suis fière de moi parce qu'il a vraiment grandi et [...] maintenant comme il sait bien parler et tout.* » (Entretien – Enfant)

4. PREVOIR DANS LES MISSIONS DES TRAVAILLEURS DE TERRAIN UN TEMPS NECESSAIRE POUR UNE PRISE EN CHARGE HOLISTIQUE DES ENFANTS ET DE LEURS FAMILLES

« *On a reçu notre papier avec nos heures supplémentaires, et c'est vrai que [...] on en a beaucoup. [...] Nous on a une coordinatrice très gentille, mais avec ça on est à plus de 100 heures. [...] Parce que [...] on va mettre l'humain avant l'administratif, [...] on le fera [...] après. [...] Et alors, ça va augmenter nos heures de travail.* » (Entretien – Professionnel de terrain)

5. SOUTENIR LES TRAVAILLEURS DE TERRAIN EN LEUR PERMETTANT D'AVOIR DES TEMPS D'ECHANGE FORMELS ET INFORMELS, D'INTERVISION ET DE SUPERVISION

« *J'ai fait [...] de la supervision pour les TMS de l'ONE [...] ces personnes prenaient [...] sur leur temps pour faire ces supervisions, alors qu'elles avaient déjà des agendas surchargés, [...] elles devaient le rattraper après pour pouvoir assumer tous les suivis qu'elles avaient [...], il y avait alors là, possibilité d'avoir un échange sur le travail et les difficultés qu'elles rencontrent [...] dans des situations qui sont parfois très lourdes. Et moi quand j'ai fait ça, je me suis dit que c'était vraiment indispensable qu'elles aient ce temps de supervision.* » (Entretien – Professionnel de terrain)

6. SOUTENIR LES COLLABORATIONS ENTRE PROFESSIONNELS NOTAMMENT PAR LA MISE A DISPOSITION D'OUTILS REFLEXIFS SUR LES VALEURS, REPRESENTATIONS, STRATEGIES ET CADRES REGLEMENTAIRES DES UNS ET DES AUTRES

« *Mais ça ne va pas car tout le monde n'est pas d'accord de faire du communautaire, et on ne parle pas la même langue. Si on utilise toutes ces réunions qui prennent du temps pour essayer d'avoir de vrais objectifs communs honnêtes, assumés, pour orienter l'action, ce serait chouette.* » (Table-ronde – Expert)

7. FORMER ET SENSIBILISER AUX DROITS DE L'ENFANT ET A LA SANTE MENTALE LES PROFESSIONNELS EN CONTACT AVEC LES ENFANTS ET LEURS PROCHES

« *J'étais avec un bébé dans les bras, on a ouvert une seringue de vaccin, je lui ai demandé si c'était ce vaccin-là, elle m'a dit oui, "ah tiens mais celui-là je ne voulais pas faire", "Ah mais il est déballé on va le faire hein". J'avais mon bébé dans les bras et on lui a fait une piqure contre mon avis, fin je sais que ça paraît énorme [...] ce moment où j'étais censée être une maman qui protège son bébé qui ne se laisse pas faire bah voilà euh non fin voilà, on a fait un vaccin à ma fille contre mon avis parce qu'on l'avait déballé.* » (Entretien – Mère)

« *La première des recommandations [...] est d'avoir des formations communes. [...] Quand l'enfant [...] ne parle pas, c'est extrêmement difficile, et extrêmement peu d'acteurs de terrain de première ligne sont formés à comprendre, à décoder, à s'intéresser même, au langage du nourrisson qui n'est pas un langage verbal.* » (Entretien – Professionnel de terrain)

8. SENSIBILISER LA SOCIETE AUX PROBLEMATIQUES DE SANTE MENTALE DES ENFANTS

« *Moi ce qui me détruit, ce qui me casse le plus c'était le regard des autres. [...] Quand je pars avec lui, je préfère ne pas aller parce que je reviens toujours en pleurs parce que les gens ils vous détruisent, c'est pas que blesser c'est...* » (Entretien – Mère)

ANNEXE 2 : TABLEAU DES DROITS DE L'ENFANT AU REGARD DES OBSERVATIONS ET DES RECOMMANDATIONS DE LA RECHERCHE

Article	Droit fondamental	Constats et recommandations
Préambule	La famille = unité fondamentale de la société et milieu naturel pour la croissance et le bien-être de tous ses membres et en particulier les enfants	Recommandation 3 : reconnaître l'expertise des familles et les accompagner.
Article 1	Un enfant = 0-18 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Enfant = sujet de droits : pas encore bien perçu et compris. • La recherche est limitée aux 0-30 mois. • Importance de la petite enfance reconnue par tout le monde. Importance d'y investir de façon massive. • Une attention sera portée sur la situation prénatale mais sur le plan conceptuel les droits fondamentaux de l'enfant ne lui appartiennent qu'à partir de sa naissance. Ce sont dès lors les droits humains de la maman qui sont au cœur du processus à ce moment-là.
Article 2	Le droit à l'égalité et à la non-discrimination	Recommandations 1, 2, 4, 5, 6 et 8. Le droit à l'égalité et à la non-discrimination traverse l'ensemble du rapport et est particulièrement prégnant dans les questions de non-recours aux droits et de prise en charge équitable des familles.
Article 3.1	L'intérêt supérieur de l'enfant (ISE)	Recommandations 1 à 8. Le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant permet la prise en compte de la vulnérabilité de l'enfant, entre protection et autonomie. C'est une porte d'entrée vers les droits de l'enfant mais avec certaines limites. <ul style="list-style-type: none"> • Peu usité formellement même s'il vit sur le terrain. • Inconnu ou mal compris par de nombreux acteurs. • Invoqué explicitement dans certains cas.
Article 3.2	Le bien-être de l'enfant	Recommandations 1 à 8. <ul style="list-style-type: none"> • En lien étroit avec l'ISE. Rôle important des parents et des intervenants sur ce plan. • Plus vivant sur le terrain (les besoins des enfants et des protagonistes). • Risque de paternalisme et d'essentialisme si appréhendé en-dehors d'une approche par les droits.
Article 4	Mesures	Recommandations 1, 2, 4, 5, 7, 8

		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Systèmes juridiques au cœur du morcellement.</i> • <i>Responsabilités des politiques.</i> • <i>Valeurs et règlements différents.</i> • <i>Passer de la théorie à la pratique : meilleure connaissance des réalités du terrain, financements...</i> • <i>Se donner les moyens des politiques comme celle des réseaux enfants-ados.</i> • <i>Promouvoir les droits de l'enfant.</i>
Article 5	Capacité évolutive des enfants	<p>Recommandations 1 à 4, 6 et 7.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Focus sur la toute petite enfance.</i> • <i>Donner une place aux enfants eu égard à leur développement progressif (parole, expertise, soutien).</i> • <i>Question du diagnostic précoce.</i>
Article 6	Droit à la vie, à la survie et au développement	<p>Recommandations 1 à 8</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Au cœur de la santé mentale des tout-petits.</i> • <i>Le droit au développement englobe la santé et le bien-être psychosocial du jeune enfant qui sont interdépendants à maints égards.</i> • <i>Besoin d'une prise en charge continue et cohérente, d'un fil rouge.</i> • <i>Vision holistique de la trajectoire et de la famille.</i>
Article 7, 8, 9 et 16	Unité familiale et protection contre la maltraitance	<p>Recommandation 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Vision holistique de la famille.</i> • <i>Protection vs vie familiale : contradictions entre les positions et difficultés de trouver le point d'équilibre au nom de l'ISE.</i> • <i>Manque de connaissance de la vision systémique des droits de l'enfant.</i> • <i>Prise en charge holistique de la famille : expertise et accompagnement.</i>
Article 12	Participation	<p>Recommandations 3 et 6 à 8</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Un des principes fondamentaux dans le système des droits de l'enfant (tant pour les familles que pour les professionnels ou la société).</i> • <i>En lien étroit avec ISE.</i> • <i>Parole de l'enfant et sujet de droits.</i> • <i>Posture que l'on adopte à l'égard des enfants même dans la petite enfance (détenteur de droits).</i> • <i>Prise en compte des fratries : expertise et accompagnement.</i>
Article 18	Responsabilité et accompagnement des parents	<p>Recommandations 1 à 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Trouver le juste équilibre entre les droits et responsabilités de chacun.</i>

		<ul style="list-style-type: none"> • Les droits de l'enfant ou les devoirs des parents ? Mauvaise compréhension et connaissance du cadre des droits humains. • Soutien et accompagnement aux parents = obligation de la CIDE. • Services de garde dont l'accueil de la petite enfance et valorisation / refinancement. • Objectifs de l'autorité parentale : ISE et bien-être. • Résoudre certaines difficultés du morcellement qui a un impact sur les parents (non-recours aux droits). • Accompagnement holistique des familles.
Article 23	Handicap	Recommandations 1 à 8 : articulation handicap et santé mentale (définition du handicap large dans le domaine des droits fondamentaux qui inclut la santé mentale).
Article 24	Santé, services médicaux et de rééducation	Recommandations 1 à 8 : au cœur de la recherche <ul style="list-style-type: none"> • Secteur central : première ligne et santé mentale. • Problématique du fil rouge et de la prise en charge continue et cohérente. • Ruptures des trajectoires. • Vision holistique : nécessité pour certains acteurs de faire du médical et du social. • Besoin de + de formation, d'échanges (in)formels, de supervision, d'intervision. • Renforcer l'offre et agir sur le non-recours aux droits.
Articles 26, 27, 28, 29, 31	Sécurité sociale, niveau de vie décent, éducation, loisirs	Recommandations 1 à 3 : vision holistique de la trajectoire et des familles <ul style="list-style-type: none"> • Accès aux droits vs non-recours aux droits. • Ex : lutte contre la pauvreté, logement, nourriture, soins, éducation, accès aux loisirs. • Intégration des enfants (et agir sur les freins aux exclusions) notamment sur la question des loisirs et de l'accueil.
Article 42	Éducation aux droits de l'enfant	Recommandations 6, 7 et 8 <ul style="list-style-type: none"> • Un des leviers pour créer un langage et des représentations plus cohérentes. • Permettrait de basculer de la vision paternaliste et essentialiste à une approche fondée sur les droits : si on ne connaît pas, on ne peut pas mettre en œuvre. • Permettrait de mettre en œuvre une prise en charge respectueuse des différents droits de l'enfant autour de ses intérêts supérieurs tels que définis par le C.D.E. • (In)former en matière de secret professionnel (partagé) et de droits du patient.

BIBLIOGRAPHIE

LEGISLATION

Législation internationale

Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées, adoptée le à New-York le 13 décembre 2006.

Déclaration et programme d'action de Vienne, Conférence mondiale sur les droits de l'homme tenue à Vienne en juin 1993, A/CONF.157/23.

Convention internationale relative aux droits de l'enfant adoptée à New-York le 20 novembre 1989.

Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, adoptée par la Conférence internationale de la Santé tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946, signée par les représentants de 61 États le 22 juillet 1946.

Législation nationale

Constitution.

Art. 458 et 458bis du Code pénal.

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

Décret spécial du 3 avril 2014 relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française, *M.B.*, 25 juin 2014.

Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.*, 26 septembre 2002.

Loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, *M.B.*, 15 août 1980.

Proposition de loi modifiant le Code civil en vue d'instaurer une protection juridique prénatale, Développements, *Doc. Parl.*, Ch., 2019-2020, n°55-1029/001.

Proposition de loi spéciale relative à la Sixième Réforme de l'État, *Doc. Parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/1.

Parlement Wallon. (2020). Question orale de Mme Vandorpe à Mme Morreale, sur « les soins de santé mentale et psychique ». In Compte rendu intégral : Séance publique de commission - Commission de l'emploi, de l'action sociale et de la santé. Mardi 19 mai 2020 (Vol. 119, pp. 5-7). http://nautilus.parlement-wallon.be/Archives/2019_2020/CRIC/cric119.pdf.

Conférence Interministérielle Santé publique. (2009). Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins. <http://www.psy107.be/files/Wallonie.pdf>.

Conférence Interministérielle Santé publique. (2015). *Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents*. https://www.psy0-18.be/images/Guide_0-18/GUIDE-EA_definitif_20150330.pdf.

TRAVAUX DU COMITE DES DROITS DE L'ENFANT ET DE L'ASSEMBLEE DU CONSEIL DE L'EUROPE

C.D.E., Observations finales concernant le rapport de la Belgique valant cinquième et sixième rapports périodiques, 2019, CRC/C/BEL/CO/5-6.

C.D.E., Observation générale n°15 sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible, 2013b, CRC/C/GC/15.

C.D.E., Observation générale n°14 sur le droit de l'enfant à ce que son intérêt supérieur soit une considération primordiale (art. 3, par. 1), 2013a, CRC/C/GC/14.

C.D.E., Observation générale n°13 sur le droit de l'enfant d'être protégé contre toutes les formes de violence, 2011, CRC/GC/2011/13.

C.D.E., Observation générale n°12 sur le droit de l'enfant d'être entendu, 2009, CRC/C/GC/12.

C.D.E., Observation générale n°7 sur la mise en œuvre des droits de l'enfant dans la petite enfance, 2005, CRC/C/GC/2005/7/Rev. 1.

C.D.E., Observation générale n°5 sur les mesures d'application générales de la Convention relative aux droits de l'enfant, 2003, CRC/GC/2003/5.

A.P.C.E., Résolution 2291 (2019) « Mettre fin à la contrainte en santé mentale : nécessité d'une approche fondée sur les droits humains ».

A.P.C.E., Résolution 1460 (2005), « Pour une meilleure réponse aux besoins de la santé mentale en Europe ».

DOCTRINE

ADOCARE, Les soins psychiatriques pour adolescents en Europe: situation actuelle, recommandations et lignes directrices par le réseau ADOCARE, décembre 2015, <https://www.adocare.eu/wp-content/uploads/2015/12/ADOCARE-FR-2015.pdf>

Ariès, P. (1973). L'enfance et la vie familiale sous l'Ancien Régime (Le Seuil).

Barnett, W. S., & Masse, L. N. (2007). Comparative benefit–cost analysis of the Abecedarian program and its policy implications. *Economics of Education Review*, 26(1), 113–125. <https://doi.org/10.1016/j.econedurev.2005.10.007>

Beudelot, L., Bullens, Q., Cordier, D., Debluts, D., Dubois, F., Dupont, J., Ferrard, N., Fraiteur, J., Gérard, M., Guillaume, F., Godeau, I., Hoornaert, F., Humblet, P., Huppert, D., Jadin, P., Haye, S. La, Magos, V., Marneffe, C., Meerseman, C., ... Vilet, J. (2013). *Points de repère pour prévenir la maltraitance*. Yapaka.be. https://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/publication/ta-31-reperes2020-web_1.pdf

Bellis, M., Hughes, K., Hardcastle, K., Ashton, K., Ford, K., Quigg, Z., & Davies, A. (2017). The impact of adverse childhood experiences on health service use across the life course using a retrospective

- cohort study. *Journal of Health Services Research and Policy*, 22(3), 168–177.
<https://doi.org/10.1177/1355819617706720>
- Benahmed, N., Devos, C., San Miguel, L., Vinck, I., Vankelst, L., Lauwerier, E., Verschueren, M., Obyn, C., Paulus, D., & Christiaens, W. (2014). *Synthèse : L'organisation des soins après l'accouchement*. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_232Bs_soins_postnatal_Synthese.pdf
- Berger, M., & Bonneville, E. (2007). *Protection de l'enfance : l'enfant oublié*. Yapaka.be.
https://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/publication/ta_berger_mai07.pdf
- Brunner, S. (2019). Recommandations pour les professionnel-le-s de la santé et de l'action sociale : La promotion de la santé psychique dans la petite enfance.
https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/5-grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit/empfehlungen/kinder-und-jugendliche/Fiche_d_information_PSCH_2019-03_-_La_promotion_de_la_sante_psychique_dans_la_petite_enfance.pdf
- Byrne, B. & L. Lundy (2019) Children's rights-based childhood policy: a six-P framework, *The International Journal of Human Rights*, 23:3, 357-373.
- Campbell, F., Conti, G., Heckman, J. J., Moon, S. H., Pinto, R., Pungello, E., & Pan, Y. (2014). Early Childhood Investments Substantially Boost Adult Health. *Science*, 343(6178), 1478–1485.
<https://doi.org/10.1126/science.1248429>
- Campehouth, L. Van, Marquet, J., & Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales* (5e ed.). Dunod.
- Cannon, J. S., Kilburn, M. R., Karoly, L. A., Mattox, T., Muchow, A. N., & Buenaventura, M. (2018). Investing Early: Taking Stock of Outcomes and Economic Returns from Early Childhood Programs. *Rand Health Quarterly*, 7(4), 6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30083418>
- Cantwell, N. (2011), La genèse de l'intérêt supérieur dans la Convention relative aux droits de l'enfant *J.D.J. fr.*, n°303.
- Cantwell, N. (2016), « The concept of the best interests of the child : what does it add to children's human rights? », *The best interests of the child - A dialogue between theory and practice*, Strasbourg, Editions du Conseil de l'Europe.
- Cartuyvels, Y. (2005). Engagement, décision et acte dans le travail avec les familles : Intervention en réseau et gestion des risques : les paradoxes de la (dé)responsabilisation. In Y. Cartuyvels, F. Collin, J.-P. Lebrun, J. De Munck, J.-P. Mugnier, & M.-J. Sauret (Eds.), *Engagement, décision et acte : dans le travail avec les familles* (pp. 15–47). Yapaka.be.
https://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/ta_acte.pdf
- Chien Chow Chine, A. (2018), *Gaston La Licorne. Mes émotions*, Hachette.
- Clark, A. (2001). *Les jeunes enfants en tant qu'experts : écouter à travers l'approche mosaïque*. Enfants d'Europe, n°1, 6-9.
- Clark, A., McQuail, S., & Moss, P. (2003). *Exploring the Field of Listening to and Consulting with Young Children*. Thomas Coram Research Unit. Department for Education and Skills creating

- opportunity, releasing potential, achieving excellence. Research Report RR445. Queen's Printer 2003.
- Clark, A. (2005). Ways of seeing: using the Mosaic approach to listen to young children's perspectives. In Clark, Kjørholt, & Moss, P. (eds.). *Beyond Listening. Children's perspectives on early childhood services*. Bristol: Policy, Press, pp. 29-49.
- Clark, A., & Statham, J. (2005). Listening to young children. Experts in their own lives. *Adoption & Fostering*, Vol. 29, n°1, 45-56.
- Clit, R. (2019). Réseau, Processus, Cadre. *Revue De Psychothérapie Psychanalytique De Groupe*, 73(2), 133–144. <https://www.cairn.info/revue-de-psychotherapie-psychanalytique-de-groupe-2019-2-page-133.htm>
- COMSMEA-COMGGKJ. (2019). *Memorandum COMSMEA - Memorandum COMGGKJ*. http://www.reseau-sante-kirikou.be/wp-content/uploads/2019/05/comggkj_comsmea_memorandum_def.pdf
- Conseil de l'Europe (2017), *La santé mentale des enfants et la justice adaptée aux enfants*, Rapport de séminaire, <http://www.assembly.coe.int/LifeRay/SOC/Pdf/DocsAndDecs/2018/20180424-ChildMentalHealth-FR.pdf>.
- Conseil Supérieur de la Santé (2019), *Avis n° 9458. Participation des enfants et adolescents dans le domaine des soins de santé mentale*, https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/2019_0710_css_9458_participation_vweb.pdf
- CRéSaM. (n.d.). *Références et définitions*. Retrieved April 23, 2020, from <http://www.cresam.be/sante-mentale/reperes/>
- CRéSaM. (2015). *Les services de santé mentale dans la cité. Actes du colloque de la Semaine de la santé mentale, Namur, 8 octobre 2015*. <http://www.cresam.be/wp-content/uploads/2019/05/services-de-santé-mentale-dans-la-cite-actes.pdf>
- CRéSaM, & GT Champ des pratiques cliniques de la petite enfance. (2015a). Faire offre d'une prise en charge individuelle du bébé. *Jeunes Enfants et Parents En Souffrance Psychique : Quels Dispositifs Adaptés à La Singularité de Chaque Situation ?*, 1–9. http://www.cresam.be/wp-content/uploads/2017/11/synthese_petiteenfance.pdf
- CRéSaM, & GT Champ des pratiques cliniques de la petite enfance. (2015b). Travail à domicile, bébés en souffrance et parentalité affectée par des troubles psychiatriques. *Jeunes Enfants et Parents En Souffrance Psychique : Quels Dispositifs Adaptés à La Singularité de Chaque Situation ?*, 1–9. http://www.cresam.be/wp-content/uploads/2017/11/pe_seminaire_17_novembre.pdf.
- Cyrulnik, B., Benachi, A., Filliozat, I., Dugravier, R., Ansermet, F., Casso-Vicarini, N., Dehaene-Lambertz, G., Lazimi, G., Gratier, M., Lemieux, J., Marinopopoulos, S., Mutel-Laporte, N., Shankland, R., Wendland, J., Delorme, R., Storme, L., & Mogstad Slinde, T. (2020). *Les 1000 premiers jours. Là où tout commence*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
- Darquenne, R. (2014), *Evaluation des collaborations entre les conseillers et les directeurs de l'aide à la jeunesse d'une part et les équipes SOS-Enfants d'autre part*,

http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&hash=41b190ef8ed24253288b76111d7e80ed82ab58c5&file=fileadmin/sites/ajss/upload/ajss_super_editor/DGAJ/Documents/Rapport_final_evaluation_collaboration_entre_SOS_et_AJ.pdf

- David, O., Le Grand, É., & Loncle, P. (2012). Systèmes locaux et action publique : l'exemple des jeunes vulnérables. *Agora Débats/Jeunesses*, 62(3), 81–95. <https://doi.org/10.3917/agora.062.0081>
- Dazard, A., Manificat, S., Escoffier, C., et al. (2000). Qualité de vie des enfants : intérêt de son évaluation. Comparaison d'enfants en bonne santé et dans des situations de vulnérabilité (psychologique, sociale, somatique). *Encéphale*, 26(5), 46–55.
- de Becker, E., Geubelle, F., Haesevoets, Y.-H., Huybrechts, A., Magos, V., Mulkay, F., Parmentier, B., Sion, V., & Werbrouck, D. (2002). *L'aide aux enfants victimes de maltraitances*. https://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/ta_guide.pdf
- Dechamps, Appelboom, Charlier, Mercier, & Gauthier. (2006). *La santé mentale chez l'enfant*. https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/ONE_organisme_scientifique/Rech_2006n_4_La_sante_mentale_chez_l_enfant.pdf
- De Coster, L., Garau, E. & Kahn, S. (2014). « Enquête exploratoire sur le point de vue des enfants de 0 à 6 ans sur la qualité de l'accueil et de l'éducation qui leur sont dispensés ». Recherche commanditée et subventionnée par l'Observatoire de l'Enfance, de la Jeunesse et de l'Aide à la Jeunesse (OEJAJ). <http://www.oejaj.cfwb.be/>
- Delion, P. (2014). *L'enfant difficile*. Yapaka.be. <https://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/publication/ta-74-enfantdifficile-delion-web.pdf>
- De Man, C. (2018), Nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents. Un modèle à suivre ?, *J.D.J. n° 371*.
- DGDE (2020), *Rapports Covid-19 et d'activités 2019-2020*, <http://www.dgde.cfwb.be>
- Délégué général aux droits de l'enfant et l'Observatoire de l'Enfance (2020), Droits de l'enfant face à l'épidémie du Covid-19. Enjeux du confinement et du déconfinement. Recommandations du Délégué général aux droits de l'enfant et de l'Observatoire de l'Enfance, de la Jeunesse et de l'Aide à la jeunesse, http://www.dgde.cfwb.be/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&hash=fdb861e48cbb590a38dc260753e18780a9f01174&file=fileadmin/sites/dgde/upload/dgde_super_editor/dgde_editor/documents/covid/DGDE_OEJAJ_RECOM_COVID_1.06.20.pdf
- Dieu, A.-M. (2015). Locale : Clés pour une politique d'enfance et de jeunesse au niveau local. In Alliance nationale des mutualités chrétiennes (Ed.), *L'enfance et la jeunesse au cœur des politiques de bien-être* (Vol. 316, pp. 11–13). Éducation Santé. <http://educationsante.be/revue/316/>
- Drapeau, M. (2004), Les critères de scientificité en recherche qualitative, *Pratiques psychologiques* 10, pp. 79–86.
- Dumont, H., El Berhoumi M. & Hachez I. (dir.), *La sixième réforme de l'État: l'art de ne pas choisir ou l'art du compromis?*, Bruxelles, Larcier, 2015, p. 116 et suiv.

- ENOC (2018), *La santé mentale des enfants et des jeunes en Europe*, <https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport-enoc-fr-num-28.09.18.pdf>
- Esping-Andersen, G. (1990). *Les trois mondes de l'État-providence*. Presses universitaires de France.
- Fallon, C. (2014). *Evaluation des politiques publiques*. https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/174699/1/EPP_2014.pdf
- Fierens, J. (2013), Le droit belge : l'enfant et ses multiples visages, *Le droit de l'enfant au respect*, Limal, Anthemis.
- Fierens, J. (2014), Grandir avec les droits de l'enfant : surmonter les obstacles pour un avenir durable, *J.D.J.*, n°337.
- Fierens, J. (2016), Alpha ursae minoris - The North Star and the child's best interests among competing interests, in *The best interests of the child - A dialogue between theory and practice*, Strasbourg, Editions du Conseil de l'Europe.
- Freeman, M. (1996). Children's education: A test case for best interests and autonomy in R. Davie, & D. Galloway (Eds.), *Listening to children in education* London, England, pp. 29–48.
- Garin, H., & Lorant, V. (2019). La réforme du système de soins de santé mentale en Belgique : le défi de son implémentation dans un contexte pluraliste. Analyse du réseau d'influence des acteurs. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:19438>
- Gérard, M. (2013). Repères pour prévenir la maltraitance. In L. Beudelot, Q. Bullens, D. Cordier, D. Debluts, F. Dubois, J. Dupont, N. Ferrard, J. Fraiteur, M. Gérard, F. Guillaume, I. Godeau, F. Hoornaert, P. Humblet, D. Huppert, P. Jadin, S. La Haye, V. Magos, C. Marneffe, C. Meerseman, ... J. Vilet (Eds.), *Points de repère pour prévenir la maltraitance* (pp. 5–29). Yapaka.be. https://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/publication/ta-31-reperes2020-web_1.pdf
- Gérard, M. (2014). *Guide pour prévenir la maltraitance*. Yapaka.be. <https://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/publication/ta-71-guidemaltraitance-gerard-web.pdf>
- Guillaume, J.-F. (2014). Par le petit bout de la lorgnette : Les politiques publiques de jeunesse en Belgique francophone vues sous l'angle des services d'information des jeunes. *Agora Débats/Jeunes*, 66(1), 23–38. <https://doi.org/10.3917/agora.066.0023>
- Hennette-Vauchez, H., & Roman, D. (2015), *Droits de l'Homme et libertés fondamentales*, Paris, Dalloz.
- Houssa, M., & Nader-Grosbois, N., (2018), *Réalisation d'enquêtes quantitatives par questionnaire auprès de jeunes enfants (5-8 ans) : Rapport final de recherche*, Recherche commanditée et subventionnée par l'Observatoire de l'Enfance, de la Jeunesse et de l'Aide à la Jeunesse (OEJAJ). <http://www.oejaj.cfwb.be/>
- IWSM. (2009). Synthèse des cinq réunions organisées par l'IWSM et le Gerseu autour de la question de l'intervention clinique en milieu de vie adressée au jeune enfant de 0 à 6 ans. <http://www.cresam.be/wp-content/uploads/2020/01/petite-enfance-synthese-5-runions-2009.pdf>

- Jamin, C., Perrin, N., Guillaume, J., Martiniello, M., & Verjans, P. (2005). *Les politiques publiques en matière d'enfance et de jeunesse au 20ème siècle en Belgique et en Communauté française de Belgique*. Observatoire de l'Enfance, de la Jeunesse et de l'Aide à la Jeunesse, Communauté française de Belgique. <https://doi.org/http://hdl.handle.net/2268/57213>
- La Code (2020), Enfants placés et relations familiales : pour un meilleur respect des droits fondamentaux, [https://www.lacode.be/IMG/pdf/Le droit aux relations familiales dans les situations de placement - version longue FINAL.pdf](https://www.lacode.be/IMG/pdf/Le_droit_aux_relations_familiales_dans_les_situations_de_placement_-_version_longue_FINAL.pdf)
- La Code (2020), La participation des enfants, parlons-en ! Contours et balises d'un droit de l'enfant, [http://www.lacode.be/IMG/pdf/ETUDE La participation des enfants parlons-en 2020-2.pdf](http://www.lacode.be/IMG/pdf/ETUDE_La_participation_des_enfants_parlons-en_2020-2.pdf)
- La Code (2019), Les jeunes aidants proches, des enfants encore trop invisibles, [https://www.lacode.be/IMG/pdf/Analyse CODE Les jeunes aidants proches des enfants encore trop invisibles 2019.pdf](https://www.lacode.be/IMG/pdf/Analyse_CODE_Les_jeunes_aidants_proches_des_enfants_encore_trop_invisibles_2019.pdf)
- Larose, F., Terrisse, B., Lefebvre, M.-L., & Grenon, V. (2000). L'évaluation des facteurs de risque et de protection chez les enfants de maternelle et de premier cycle de l'enseignement primaire: l'échelle des compétences éducatives parentales (ECEP). *La revue internationale de l'éducation familiale; recherche et interventions*, 4(2), 103-127.
- Lambert, M. (2010). Synthèse du groupe de travail « Intervention en milieu de vie avec les jeunes enfants » autour de la question diagnostique 2009-2010. IWSM. [http://www.cresam.be/wp-content/uploads/2017/11/rapport iwsm pedopsy synthese 2010 ml .pdf](http://www.cresam.be/wp-content/uploads/2017/11/rapport_iwsm_pedopsy_synthese_2010_ml_.pdf)
- Lambert, M., & Vanderlinden, A. (2013). *Résumé du travail réalisé avec le groupe « Champ des pratiques cliniques de la petite enfance » : décembre 2011 - décembre 2012*. CRéSaM. [http://www.cresam.be/wp-content/uploads/2017/11/rapport cresam pe resume 2013 ml av .pdf](http://www.cresam.be/wp-content/uploads/2017/11/rapport_cresam_pe_resume_2013_ml_av_.pdf)
- Lansdown, G. (2001), *Promouvoir la participation des enfants au processus décisionnel démocratique*, Innocenti Insight.UNICEF, Centre de Recherche Innocenti, Florence.
- Lansdown, G. (2016), Best interests of the child and the right to be heard », *The best interests of the child - A dialogue between theory and practice*, Strasbourg, Editions du Conseil de l'Europe.
- Ligue des droits humains (2016), Santé Mentale. Secret Professionnel et pratiques de réseaux. https://www.liguedh.be/wp-content/uploads/2016/03/ldh_secret_professionnel.pdf
- Lorant, V., Grard, A., & Nicaise, P. (2016). Implementing a Nation-Wide Mental Health Care Reform: An Analysis of Stakeholders' Priorities. *Community Mental Health Journal*, 52, 343–352. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10597-015-9932-y>
- Lorant, V., Grard, A., Van Audenhove, C., Helmer, E., Vanderhaegen, J., & Nicaise, P. (2016). Assessment of the priority target group of mental health service networks within a nation-wide reform of adult psychiatry in Belgium. *BMC Health Services Research*, 16(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1434-2>

- Lorant, V., Nazroo, J., & Nicaise, P. (2017). Optimal Network for Patients with Severe Mental Illness: A Social Network Analysis. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(6), 877–887. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0800-7>.
- Louviot, M. (2019), La participation des enfants à l'école sous le prisme des droits de l'enfant. *Education et socialisation*, n°53.
- Lundy, L. (2007). «Voice» is not enough : conceptualising article 12 of the United Nation Convention on the Rights of the Child. *British educational research journal*, 33(6), 927-942.
- Lundy, L., McEvoy, L. & Byrne, B. (2011), Working With Young Children as Co-Researchers: An Approach Informed by the United Nations Convention on the Rights of the Child, *Early Education & Development*, 22:5, 714-736.
- Lundy, L., McEvoy, (2012), Children's rights and research processes: Assisting children to (in)formed views, *Childhood*,19: 129.
- Manificat, S., Dazord, A., Cochat, P., et al. (1997), Évaluation de la qualité de vie en pédiatrie : comment recueillir le point de vue de l'enfant. *Arch Pediatr* , 4(12), 1238—46.
- Marneffe, C. (2004). *Malaise dans la protection de l'enfance : La violence des intervenants*. Yapaka.be. https://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/ta_malaise.pdf
- Mathieu, G. & Rasson A.-C. (2021). _Le droit de la famille à l'aune du respect de l'intérêt supérieur de l'enfant, *Act. dr. fam.*, 167-189.
- Maulet, N., Bouvy, A.-F., & Bazier, G. (2017). *Travail en réseau et offre intégrée des services périnataux*. https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/ONE_organisme_scientifique/Rapport_de_recherche_ONE_Travail_en_reseau_suivi_postnatal_Synthese.pdf
- Mcdaid, D., & Park, A.-L. (2011). Investing in mental health and well-being: findings from the DataPrev project. *Health Promotion International*, 26(suppl 1), i108–i139. https://academic.oup.com/heapro/article/26/suppl_1/i108/685848
- Minotte, P., & Gosselin, C. (2012). *Handicap mental et Santé mentale*. IWSM. <http://www.cresam.be/wp-content/uploads/2019/03/handicap-mental-et-santé-mentale.pdf>
- Mistiaen, P., Cornelis, J., Detollenaere, J., Devriese, S., & Ricour, C. (2019). Organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique. *KCE Reports*. <https://kce.fgov.be/fr/organisation-des-soins-de-santé-mentale-pour-les-adultes-en-belgique>
- Moreau, L. (2015). Données : Indicateurs de bien-être des enfants et des jeunes : soutenir une vision globale et intégrée de l'enfance et de la jeunesse. In Alliance nationale des mutualités chrétiennes (Ed.), *L'enfance et la jeunesse au cœur des politiques de bien-être* (Vol. 316, pp. 17–19). Éducation Santé. <https://educationsante.be/indicateurs-de-bien-etre-des-enfants-et-des-jeunes-soutenir-une-vision-globale-et-integree-de-lenfance-et-de-la-jeunesse/>
- Moreau, Th. (2013), Intérêt et droits de l'enfant ou les deux éléments constitutifs du droit de l'enfant au respect. L'exemple du placement et de la privation de liberté, Th. MOREAU, A. RASSON-ROLAND et M. VERDUSSEN (dir.), *Le droit de l'enfant au respect*, Limal, Anthemis, pp. 145 à 176.
- Moro, M. R. (2015). *La violence envers les enfants, approche transculturelle*. Yapaka.be. https://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/publication/ta-79-moro-web_def.pdf

- Mugnier, J.-P. (2005). Je sais que tu sais que je sais... Quand ce qui est su doit être dit. In Y. Cartuyvels, F. Collin, J.-P. Lebrun, J. De Munck, J.-P. Mugnier, & M.-J. Sauret (Eds.), *Engagement, décision et acte : dans le travail avec les familles* (pp. 61–77). Yapaka.be. https://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/ta_acte.pdf
- Muller, I. (2018). Les limites de l'organisation de la première ligne. *Santé Conjuguée*, 85, 16–18. <https://www.maisonmedicale.org/Les-limites-de-l-organisation-de-la-premiere-ligne.html>
- Ndibu Muntu Keba Kebe, N., Chiochio, F., Bamvita, J.-M., & Fleury, M.-J. (2020). Variables associated with interprofessional collaboration: A comparison between primary healthcare and specialized mental health teams. *BMC Family Practice*, 21(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1076-7>
- Nicaise, P., Grard, A., Leys, M., Van Audenhove, C., & Lorant, V. (2020). Key dimensions of collaboration quality in mental health care service networks. *Journal of Interprofessional Care*, 1–9. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820.2019.1709425>
- Nores, M., & Barnett, W. S. (2010). Benefits of early childhood interventions across the world: (Under-) Investing in the very young. *Economics of Education Review*, 29(2), 271–282. <https://doi.org/10.1016/j.econedurev.2009.09.001>
- OEJAJ (2014), La participation des enfants aux décisions publiques. Pourquoi et comment impliquer les enfants, <http://www.oejai.cfwb.be>
- OEJAJ (2019). 20 mesures clés recommandées par l'observatoire de l'Enfance, de la Jeunesse et de l'aide à la Jeunesse aux prochains gouvernements communautaires et régionaux : mémorandum 2019. http://www.oejai.cfwb.be/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&hash=3e5c0b5e2cbf7252f3b9f0d5d32e5b11bd1749da&file=fileadmin/sites/oejai/upload/oejai_super_editor/oejai_editor/documents/Memorandum2019_OEJAJ.pdf
- OMS (2018). Santé mentale : renforcer notre action. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- ONE. (2012). Comment promouvoir le développement de l'enfant comme Sujet ? Synthèse des séminaires organisés dans le cadre des États Généraux de l'Enfance 2011-2012. https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRESENTATION/États_generaux_de_l_e_nfance/Synthese_et_recommandations_EGE_Avril_2012_one.pdf
- ONE. (2015). L'ONE dans le réseau de prévention en santé mentale. *Salon Soins-Santé*, 1–18.
- Organe d'avis de la Commission nationale pour les droits de l'enfant (2021), Avis relatif à la proposition de loi 55-1029/001 modifiant le Code civil en vue d'instaurer une protection juridique prénatale, https://ncrk-cnde.be/IMG/pdf/adv_placement_fr-3.pdf.
- Pirard, F., Dethier, A., François, N., & Pools, É. (2015). *Les formations initiales des professionnel-le-s de l'enfance (0-12 ans) et des équipes d'encadrement : enjeux et perspectives*. https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/ONE_organisme_scientifique/formations_initiales_pro_rapport_123.pdf

- Rasson, A.-C. (2020), L'«intérêt de l'enfant», clair-obscur des droits fondamentaux de l'enfant, *L'étranger, la veuve et l'orphelin...Le droit protège-t-il les plus faibles ? Liber amicorum Jacques Fierens*, G. MATHIEU, N. COLETTE-BASECQZ, S. WATTIER et M. NIHOUL (coord.), Bruxelles, Larcier.
- Rasson-Roland, A. & Rasson, A.-C. (2011), Les droits constitutionnels des enfants, in *Les droits constitutionnels en Belgique. Les enseignements jurisprudentiels de la Cour constitutionnelle, du Conseil d'État et de la Cour de cassation*, M. VERDUSSEN & N. BONBLED (dir.), Bruxelles, Bruylant, 1599-1636.
- Renchon J.-L. (2012), Les évolutions de notre regard sur l'enfant. Les cent ans de la loi sur la protection de l'enfant (1ère partie), *J.T.*, 377-383.
- Renson, A. (2015). « Soins de santé ». In M. Uyttendaele & M. Verdussen (Eds.), *Dictionnaire de la Sixième Réforme de l'État*. Larcier, 797–825.
- Rossion, D., (2015) « La participation des enfants et des jeunes dans l'évaluation des politiques publiques », *En'jeux*, n°4, OEJAJ, Bruxelles.
- Saïas, T., Delawarde, C., & Briffault, X. (2015). De la réaction à la transformation sociale : une analyse discursive des publications du collectif Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans. *Annales Medico-Psychologiques*, 173(6), 481–487. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2013.04.018>
- SPF Santé Publique. (2015). *Appel à candidatures : projets pilotes « accouchement avec séjour hospitalier écourté »* Table des matières. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/appe_l_projet_pilote_-_accouchements.pdf
- Thunus, S. (2015). Changements institutionnels dans le champ de la santé mentale en Belgique : Dynamiques écologiques et sociales. In CRéSaM (Ed.), *Les services de santé mentale dans la cité. Actes du colloque de la Semaine de la santé mentale, Namur, 8 octobre 2015* (pp. 31–51). <http://www.cresam.be/wp-content/uploads/2019/05/services-de-santé-mentale-dans-la-cite-actes.pdf>.
- Tona, S. (2018), Maggie et la mécanique des réseaux : approche critique, *J.D.J.* n° 371.
- Tremblay, R. E. (2010). Developmental origins of disruptive behaviour problems: The « original sin » hypothesis, epigenetics and their consequences for prevention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 51(4), 341–367. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02211.x>
- Turgeon, J., & Savard, J.-F. (2012). Politique Publique. In L. Côté & J.-F. Savard (Eds.), *Le Dictionnaire encyclopédique de l'administration publique*. http://www.dictionnaire.enap.ca/Dictionnaire/17/Index_par_mot.enap?by=word&id=14
- UNICEF Belgique (2008), *Les droits des enfants et des jeunes en services psychiatriques en Belgique (services k)*.
- UNICEF (2017). *Orientation des programmes de l'UNICEF relatifs au développement de la petite enfance*.
- UNICEF Innocenti (2017), *Adolescents' Mental Health: Out of the shadows- Evidence on psychological well-being of 11-15-year-olds from 31 industrialized countries*.

- UNICEF (2019), *Leading minds for children and young people, convening the world's leading thinkers to explore the future of childhood*, <http://leading-minds.co/>
- UNICEF (2021), Communiqué de presse « Au moins un enfant ou un jeune sur sept a été soumis à des mesures de confinement pendant la majeure partie de l'année écoulée, au détriment de sa santé mentale et de son bien-être. À l'approche du premier anniversaire de la pandémie, l'UNICEF appelle les gouvernements à investir davantage dans les services de santé mentale », <https://www.unicef.org/fr/communiqués-de-presse/au-moins-1-enfant-ou-un-jeune-sur-7-soumis-a-des-mesures-de-confinement>
- Vandekeere, M. (2015). Réflexions : Les promesses de la transversalité. In Alliance nationale des mutualités chrétiennes (Ed.), *L'enfance et la jeunesse au cœur des politiques de bien-être* (Vol. 316, pp. 10–11). Éducation Santé. <http://educationsante.be/revue/316/>
- Vandeleene, G. et Avalosse, H. (2021), *Évolution de la durée de séjour en maternité : vers davantage de courts séjours*, https://www.mc.be/media/21_0654_studiedienst_magazine_A4_FR_CM-info285_Soins%20de%20santé_tcm49-71605.pdf
- Vander Linden, R., & Roegiers, L. (2004). *Prévenir les troubles de la relation autour de la naissance*. Yapaka.be. https://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/ta_naissance.pdf
- WHO–UNICEF–Lancet Commission (2018), *The voices of children in the global health debate*.
- Youf D. (2002), *Penser les droits de l'enfant*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Youf D. (2011), Seuils juridiques d'âge : du droit romain aux droits de l'enfant, *Sociétés et jeunesses en difficulté. Revue pluridisciplinaire de recherche*, n° 11.
- Zermatten J. (2005), *L'intérêt supérieur de l'enfant*, Sion, Institut international des droits de l'enfant.

TABLE DES MATIERES

Remerciements	1
Acronymes	2
Résumé de la recherche.....	3
Introduction	5
Plan du rapport.....	6
Destinataires du rapport	6
Limites de la recherche	7
Définitions	7
L'enfant.....	8
Les 30 premiers mois de l'enfance.....	8
La famille	8
Les acteurs en contact avec les professionnels de terrain et les professionnels de terrain	9
La santé mentale	9
Morcellement des politiques publiques.....	9
Continuité des soins	10
I. Les marqueurs normatifs : droits de l'enfant et droits humains, petite enfance et continuité des soins.....	11
Les droits fondamentaux de l'enfant	11
La révolution des droits de l'enfant	12
Les principes directeurs de la CIDE	13
Le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant	14
La place des parents et l'équilibre entre le droit à la vie familiale et le droit à la protection	18
La mise en œuvre cohérente des droits de l'enfant	19
Le bien-être et les droits de l'enfant en matière de santé mentale	20
L'importance de la prise en charge précoce des troubles de la santé mentale	22

L'importance de la continuité des soins en santé mentale	26
Collaborations, coordination, intégration et continuité des soins	26
Le rôle des acteurs de terrain.....	27
Les structures de coordination et les protocoles.....	28
La nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents : les réseaux.....	29
De la théorie aux besoins concrets des familles	30
II. Méthodologie	33
Les étapes de la recherche.....	33
Zoom sur les entretiens avec les familles : une approche fondée sur les droits	35
Les droits de l'enfant comme cadre normatif.....	35
La participation.....	36
Remarques sur les témoignages	45
III. Recommandations	46
1. Développer une vision holistique, collective et pluridisciplinaire comme fil rouge de la trajectoire de prise en charge des problématiques de santé mentale dans les 30 premiers mois de l'enfant	46
Une vision holistique	46
Une vision collective, pluridisciplinaire et bienveillante comme fil rouge	48
Une Maison de l'enfance destinée aux usagers et aux professionnels, avec une attention particulière aux 30 premiers mois	51
Cibles de la recommandation 1.....	55
2. Mettre fin au non-recours aux droits en renforçant l'offre de services à destination des enfants de 0 à 30 mois et en la rendant visible, accessible et adaptée partout et pour tous	56
Hypothèses justifiant le non-recours aux droits	60
Impact du non-recours aux droits.....	61
Évaluation de l'offre	61
Financement de l'offre	61
Au-delà de l'existence des services.....	62
Cibles de la recommandation 2.....	62

3. Intégrer les proches de l'enfant (y compris les fratries) dans La trajectoire de soins en reconnaissant leur expertise et en les accompagnant	63
Reconnaître et valoriser l'expertise des familles	64
Veiller à ce que les proches de l'enfant soient accompagnés	68
Cibles de la recommandation 3.....	73
4. Prévoir dans les missions des travailleurs de terrain un temps nécessaire pour une prise en charge holistique des enfants et de leurs familles.....	74
Cibles de la recommandation 4.....	77
5. Soutenir les travailleurs de terrain en leur permettant d'avoir des temps d'échange formels et informels, d'intervision et de supervision	77
Cibles de la recommandation 5.....	80
6. Soutenir les collaborations entre professionnels notamment par la mise à disposition d'outils réflexifs sur les valeurs, représentations, stratégies et cadres réglementaires des uns et des autres.....	81
Cibles de la recommandation 6.....	82
7. Former et sensibiliser aux droits de l'enfant et à la santé mentale les professionnels en contact avec les enfants de 0-30 mois	83
Formation et sensibilisation aux droits de l'enfant	83
Formation et sensibilisation à la santé mentale des enfants de 0-30 mois.....	85
Formation et sensibilisation aux droits de l'enfant et à la santé mentale des 0-30 mois durant le cycle de base, les stages et en formation continue	88
Cibles de la recommandation 7.....	89
8. Sensibiliser la société aux problématiques de santé mentale des enfants.....	90
Cibles de la recommandation 8.....	93
Annexe 1 : Recommandations synthétisées.....	94
1. Développer une vision holistique, collective et pluridisciplinaire comme fil rouge de la trajectoire de prise en charge des problématiques de santé mentale dans les 30 premiers mois de l'enfant	94
2. Mettre fin au non-recours aux droits en renforçant l'offre de services à destination des enfants de 0 à 30 mois et en la rendant visible, accessible et adaptée partout et pour tous	94

3. Intégrer les proches de l'enfant (y compris les fratries) dans la trajectoire de soins en reconnaissant leur expertise et en les accompagnant	94
4. Prévoir dans les missions des travailleurs de terrain un temps nécessaire pour une prise en charge holistique des enfants et de leurs familles.....	95
5. Soutenir les travailleurs de terrain en leur permettant d'avoir des temps d'échange formels et informels, d'intervision et de supervision	95
6. Soutenir les collaborations entre professionnels notamment par la mise à disposition d'outils réflexifs sur les valeurs, représentations, stratégies et cadres réglementaires des uns et des autres.....	95
7. Former et sensibiliser aux droits de l'enfant et à la santé mentale les professionnels en contact avec les enfants et leurs proches	95
8. Sensibiliser la société aux problématiques de santé mentale des enfants	95
Annexe 2 : Tableau des droits de l'enfant au regard des observations et des recommandations de la recherche	96
Bibliographie	99
Législation.....	99
Législation internationale.....	99
Législation nationale	99
Travaux du comité des droits de l'enfant et de l'assemblée du conseil de l'europe	100
Doctrine	100
Table des matières	110

La nécessité de la prise en charge d'une problématique de santé mentale chez un très jeune enfant constitue une source d'angoisses pour sa famille, d'autant plus qu'elle doit faire face à une fragmentation de l'offre de service. Comment, dans ce contexte, assurer la continuité des soins chez les tout-petits ? Comment articuler les différents acteurs institutionnels et les multiples sphères de compétences ?

Le Centre de Référence en Santé Mentale (CRéSaM), en partenariat avec l'Université de Namur (Unité « Droits de l'enfant » du Centre de recherche Vulnérabilités et Sociétés, Institut Transitions) et l'Université de Liège (Centre de recherches et d'interventions sociologiques), a mené une recherche soutenue par ONE Academy qui analyse l'impact du morcellement des politiques publiques sur la prise en charge des enfants de 0 à 30 mois présentant des problèmes de santé mentale et sur l'effectivité de leurs droits fondamentaux.

Les données ont été récoltées en suivant une méthodologie de recherche qualitative et une approche par entonnoir. Dans un premier temps, l'équipe de recherche, en étroite collaboration avec ONE Academy, a organisé des tables-rondes avec des acteurs en contact avec les professionnels de terrain, ainsi qu'avec des experts dans les domaines de la santé en général et de la santé mentale plus spécifiquement, du handicap, de la petite enfance, de l'aide à la jeunesse, de la protection de la jeunesse, des droits sociaux, de la justice, des droits de l'enfant, et/ou des politiques publiques. Ensuite, des entretiens semi-directifs ont été menés avec des professionnels directement en contact avec les familles, issus des secteurs de la petite enfance, de la santé et de la santé mentale. Enfin, les chercheurs ont rencontré des familles dont un ou plusieurs enfants présentaient des problématiques de santé mentale dès la petite enfance. Ces enfants constituant le cœur de cible de cette approche ont été placés au centre de la recherche.

L'analyse des données récoltées a permis d'identifier huit recommandations présentées dans ce rapport.

La recherche a notamment permis de mettre en avant l'impact de la répartition des compétences et de la tendance à l'hyperspécialisation des professionnels sur le recours aux droits et la qualité de la prise en charge de très jeunes enfants confrontés à une problématique de santé mentale. Les chercheurs insistent sur la nécessité de développer une vision holistique de la santé mentale des tout-petits ainsi qu'une approche pluridisciplinaire, de penser une offre de services universelle, intégrée et accessible, et de veiller au respect des droits fondamentaux des enfants et de leurs familles. Enfin, sensibiliser l'ensemble de la société aux problématiques de santé mentale des enfants apparaît comme un enjeu fondamental au vu de l'effet des représentations sur le vécu des familles tout au long de la trajectoire de soin.

RAPPORT DE RECHERCHE ET OUTILS DISPONIBLES SUR LE SITE DE L'ONE :

<https://www.one.be/professionnel/recherches/one-academy/>

OU SUR SIMPLE DEMANDE À L'ADRESSE :

oneacademy@one.be



Chaussée de Charleroi 95 - 1060 Bruxelles
Tél. : +32 (0)2 542 12 11 / Fax : +32 (0)2 542 12 51
info@one.be - ONE.be

ONE.be