

MESURE D'OBSERVATION PROTECTRICE

RÉFORME DE LA LOI DU 26 JUIN 1990 : PRÉSENTATION ET IMPACT SUR LES SOINS DE SANTÉ MENTALE DES MINEURS

I. Table ronde : La mise en œuvre des MOP dans le quotidien des professionnels

- **Vincent FIASSE** Procureur du Roi de Charleroi.
- **Équipe de « La Kapeline »** (Unité de traitement intensif « For K » à Mons) :
 - **Valentine GODEAU** Pédopsychiatre.
 - **Jennifer HUMBLET** Psychologue.
 - **Manon DELITTE** Psychologue de famille.
 - **Vanessa PANUNZIO** Infirmière en chef.
 - **Allison MEERT** Assistante sociale.
- **Fabienne BOUCHAT** Directrice du SPJ (Service de Protection de la Jeunesse) de Tournai.
- **Thierry BASSO** Responsable d'équipe ambulatoire - SPAD Médias à Mons.

Pour rappel, la loi du 26 juin 1990 relative à la protection imposée à une personne atteinte d'un trouble psychiatrique a été modifiée par la loi du 16 mai 2024. Cette réforme de la loi est entrée en vigueur en janvier 2025. Elle comporte plusieurs modifications importantes qui ont été développées dans notre première matinée du 20 janvier 2026 par Maître Laura Cohen et Monsieur Etienne Joiret.

La matinée de ce 5 février 2026 donne la parole aux intervenants de terrain issus de différents secteurs afin de partager leurs réalités dans ce contexte spécifique de l'application de la nouvelle loi et de ce qu'elle implique pour le patient, sa famille et les intervenants qui l'accompagnent.

Le Parquet de Charleroi (M. Fiasse) : une réalité sous tension

Le Parquet fait face à une augmentation de dossiers de mineurs en danger (8500/an) et des faits de délinquance(5500/an), dont 307 MOP de personnes majeures et 14 MOP de personnes mineures en 2025.

- **L'épreuve des gardes** : Le système de garde (17h-8h30) implique pour le magistrat de garde de traiter toutes les demandes. La journée, les dossiers sont traités par des magistrats spécialisés, ce qui n'est pas le cas durant la nuit. Les magistrats, souvent non

MESURE D'OBSERVATION PROTECTRICE

RÉFORME DE LA LOI DU 26 JUIN 1990 : PRÉSENTATION ET IMPACT SUR LES SOINS DE SANTÉ MENTALE DES MINEURS

spécialisés en jeunesse, gèrent entre autres les demandes de MOP dans un flux croissant de demandes : 30 appels par nuit en moyenne avec une augmentation constatée pour les faits de violences intrafamiliales. Le plus souvent, les demandes de MOP ont par ailleurs lieu la nuit.

- **Les MOP ne constituent pas l'ADN du métier de substitut.** Il s'agit d'un volet plus « civil ». Cette matière demande également d'articuler des réalités différentes : celle du corps médical et celle du parquet.
- **La nouvelle procédure :** la loi prévoit désormais une privation de liberté **en vue** d'un examen médical. Le magistrat doit alors trouver un médecin en capacité de rencontrer la personne, en vue de se positionner et de rédiger un certificat médical circonstancié (CMC). Cette démarche en soi, constitue déjà parfois une première difficulté. La nuit, les médecins traitants ne sont pas disponibles. Il est bien souvent nécessaire de conduire la personne à l'hôpital et cela demande une logistique importante (ambulance, transfert par la police). Ensuite, si les conditions de la MOP sont confirmées par le CMC, une recherche de place s'initie et une négociation importante doit être menée afin de trouver un lieu pour accueillir le/la jeune.

Pour les adultes, le parquet a mis en place une règle en concertation avec les hôpitaux : s'il n'y a pas de place, la MOP est imposée à l'hôpital le plus proche. Cette règle n'est actuellement pas en vigueur pour les jeunes.

- **L'Évaluation Clinique Anticipative** n'est pas utilisée pour les mineurs (elle ne l'a été que de façon très exceptionnelle pour des majeurs). Elle est jugée trop lourde (nécessité d'un avocat durant la nuit/WE) et inefficace.
- **Les situations complexes :** Le Parquet est souvent le dernier recours pour des jeunes qui sont à la croisée des secteurs et pour lesquels plusieurs services considèrent ne pas être suffisamment outillés pour les accueillir. Ces jeunes ont « épuisé » plusieurs équipes ou se trouvent sans réel lieu d'accueil (IPPJ, hôpitaux saturés), créant des situations où la MOP devient une solution par défaut plutôt qu'un choix de soin. Il s'agit fréquemment de situations complexes où beaucoup de mesures d'aide ont été essayées. Le parquet est alors souvent contacté par le SAJ ou le SPJ.

MESURE D'OBSERVATION PROTECTRICE

RÉFORME DE LA LOI DU 26 JUIN 1990 : PRÉSENTATION ET IMPACT SUR LES SOINS DE SANTÉ MENTALE DES MINEURS

- **Mineur de moins de 12 ans :** Lors de la matinée du 29/01 l'intervenante du parquet de Bruxelles a décrit une augmentation des MOP pour les mineurs de moins de 12 ans. Dans le ressort du Parquet de Charleroi, Monsieur le Procureur du Roi souligne que cela relève de l'exception.
- **L'arrondissement de Charleroi ne dispose d'aucun hôpital psychiatrique qui accueille les MOP.** Cette absence de ressource locale complique le travail des Juges et du parquet qui doivent notamment se rendre sur place pour les audiences. La visio est souvent privilégiée pour limiter les déplacements.
- **La prolongation ?** Souvent la mesure est levée.

La Kapeline : entre sécurité et alliance thérapeutique

L'unité accueille des jeunes filles. Elle a traité 41 MOP en 2025 (comparativement, 23 MOP ont été traitées en 2024), signe d'un recours croissant à la contrainte. La demande a doublé avec des impacts significatifs sur le projet thérapeutique du service. 6 à 7 lits sont occupés actuellement par des MOP. Les hospitalisations avec projet et demande ont diminué. Les possibilités de co-construction avec d'autres services (projets time-out) également.

L'entrée est décrite comme un moment de rupture violent. La jeune, transférée par la police, arrive dans un service inconnu, bien souvent sans ses parents.

- **L'équipe observe trois profils de patientes dans le cadre des MOP :**
 - Des jeunes filles sans antécédent psychiatrique, évoluant dans une famille où de multiples conflits parentaux sont observés. Elles se mettent souvent en danger de façon grave. L'engagement dans les soins s'avère souvent difficile, dans la mesure où elles attribuent leurs difficultés au contexte relationnel et familial davantage qu'à une problématique personnelle nécessitant une prise en charge.
 - Des jeunes filles présentant des troubles de l'attachement, plus complexes à accompagner et à traiter car elles répètent les exclusions des hôpitaux et des structures résidentielles. Elles « épuisent » tout le réseau. La MOP offre un temps de répit au réseau, mais comporte le risque d'un isolement progressif de

MESURE D'OBSERVATION PROTECTRICE

RÉFORME DE LA LOI DU 26 JUIN 1990 : PRÉSENTATION ET IMPACT SUR LES SOINS DE SANTÉ MENTALE DES MINEURS

la structure dans l'accompagnement de la situation. Quid après la MOP ? L'idéal serait que tous les mandats soient gelés/maintenus.

- Les jeunes filles présentant une décompensation psychotique sévère nécessitant un traitement. La MOP offre un cadre contenant qui favorise l'apaisement de la jeune et la stabilisation de la situation.

● Protocole :

- Lorsque le magistrat de garde dispose d'un certificat médical circonstancié, il contacte le pédopsychiatre de garde. Il s'agit d'un moment un peu tendu (point de vue partagé par les deux parties), lors duquel deux réalités se confrontent – le besoin de place d'un côté et l'absence de place de l'autre. Par nécessité, le magistrat peut imposer la mesure à l'hôpital. Lorsque le service est complet, il est alors nécessaire de libérer une place. Cette situation est compliquée pour toutes les parties dont les jeunes du service eux-mêmes. Une jeune arrive, une autre jeune doit sortir : un échange en équipe a lieu pour décider de la jeune la « plus prête » à quitter le service anticipativement. C'est souvent une décision compliquée à prendre et mal vécue.
- Le transfert de la jeune vers l'hôpital est réalisé en ambulance (à charge financièrement de la famille), ambulance escortée par la police.
- L'équipe relève que parfois, la jeune arrive à l'hôpital sans savoir qu'elle est hospitalisée sous contrainte. Les informations sont laissées floues pour éviter des complications lors du transfert. La jeune découvre alors la réalité devant le fait accompli.
- La jeune arrive dans l'inconnu. Elle est loin de sa famille (très rarement accompagnée par ses parents). Il s'agit dans un premier temps de rassurer et sécuriser la jeune par une présence, une attitude calme et d'écoute.
- Les accueils se font de jour et de nuit. Dans certains cas, la jeune peut se montrer collaborante, mais dans d'autres, son attitude peut nécessiter la contention. Parfois elle arrive d'un service de pédiatrie ou des urgences psychiatriques.
- Toute jeune mise en observation intègre premièrement la chambre d'isolement qui a pour fonction de permettre un temps d'observation en sécurité. Cette chambre sécurisée est peu attrayante étant donné sa sécurisation. Afin d'assurer sa sécurité, une fouille est également prévue et la jeune doit porter une tenue d'hôpital. Ce protocole a pour objectif de permettre d'accueillir la jeune et de l'observer en sécurité pour elle-même et pour autrui. Bien que l'équipe soit

MESURE D'OBSERVATION PROTECTRICE

RÉFORME DE LA LOI DU 26 JUIN 1990 : PRÉSENTATION ET IMPACT SUR LES SOINS DE SANTÉ MENTALE DES MINEURS

présente, rassurante et accueillante, ce passage nécessaire reste une entrée particulière et potentiellement marquante.

- Le lendemain de son arrivée, la jeune sort de la chambre d'isolement. Selon l'évaluation, si l'équipe reste inquiète, un protocole de grande surveillance est mis en place. La question qui anime l'équipe est également de réévaluer si les trois critères légaux sont remplis.
- Le jour d'arrivée constitue le jour 1 de la MOP. Dans les 10 jours maximum, l'audience doit être fixée. La famille est bien souvent informée par téléphone du moment de l'audience – délai court. L'équipe informe au préalable la famille quant à la procédure etc. La jeune est informée avant l'audience de la décision de l'équipe soignante.
 - **Au plus tard le 10^{ème} jour**, un jugement est prononcé :
 - Soit il confirme et prolonge la mesure
 - 40 jours à partir de son arrivée
 - **Au 25^{ème} jour**, le juge demande l'avis de l'équipe : la jeune pourra-t-elle sortir au 40^{ème} jour ? Ce moment arrive vite. Concrètement, la prolongation de la mesure est privilégiée pour les jeunes présentant une décompensation psychotique qui le nécessite. La prolongation est évitée pour les jeunes du profil 2 => trouble de l'attachement.
 - Soit il met fin à la mesure (critères légaux)
 - Sortie immédiate, parfois sans solution à la sortie. La jeune doit quitter le service directement. Cela induit un vent de panique chez tout le monde, notamment dans le réseau => nécessité pour le réseau de rester présent et mobilisé durant l'hospitalisation.
- **Objectif** : Contrairement à une hospitalisation volontaire, le but n'est pas un travail de fond, mais une **"mise en mouvement"**. Il s'agit de transformer la contrainte en demande de soin pour que la jeune redevienne actrice, surtout dans une vision plus long terme, après la MOP. L'équipe doit allier douceur et cadre sécurisant, tout en gérant le sentiment de "trahison" ressenti parfois par la patiente. L'objectif prioritaire = travailler une demande et un minimum d'alliance afin qu'elle puisse s'inscrire dans une demande de soin et/ou d'aide après la MOP.
- Un bilan cognitif et psycho-affectif est parfois réalisé.

MESURE D'OBSERVATION PROTECTRICE

RÉFORME DE LA LOI DU 26 JUIN 1990 : PRÉSENTATION ET IMPACT SUR LES SOINS DE SANTÉ MENTALE DES MINEURS

- **Vision Systémique** : La famille est centrale. La dynamique familiale est souvent complexe (rupture, vécu traumatique transgénérationnel...). Elle permet d'éviter une lecture strictement individuelle du symptôme. Rencontre 1 à 2x durant la MOP avec la psychologue famille afin de renforcer et soutenir les compétences parentales et de les impliquer dans la recherche de solution.
- **Le traitement volontaire sous condition** : Tout le monde doit y croire et signer (jeune, parents, intervenants, médecin...). En réalité, cela reste compliqué à mettre en place. Qui assure le fil rouge ?
- **Equipe d'intensification – Ombrelle de la Kapeline**. Cette équipe assure une transition au terme de l'hospitalisation.
- **Le danger de l'hospitalisme (référence à Spitz)** : L'équipe observe ce syndrome chez les jeunes hospitalisées. Elle insiste sur le fait que l'hospitalisation doit constituer un temps – le temps du soin - et donner lieu à un prolongement dans d'autres lieux répondant aux autres besoins de la jeune. Elle alerte sur les dangers observés de ces hospitalisations à long terme, sans perspective, qui provoquent un **cercle vicieux**. La jeune peut se sentir abandonné par la société et exclu, ce qui crée/alimente les symptômes.
- **Autres cercles vicieux** : Une fois la jeune en sécurité à La Kapeline, la situation d'urgence s'apaise. Ce temps de stabilisation permet à l'ensemble des intervenants de retrouver une certaine disponibilité. Paradoxalement, cette évolution rend parfois plus difficile l'identification d'une solution d'orientation adaptée. Le passage par la psychiatrie peut également complexifier les recherches de relais, les autres services se questionnant sur l'adéquation de leur service au regard des besoins de la jeune. Les hospitalisations de 6 mois/ 1an augmentent encore cet effet.
- **La sortie forcée** : Pour éviter que la jeune ne se "fixe" dans l'hôpital, l'équipe doit parfois forcer la sortie, même sans solution parfaite, pour préserver son développement psychique et son inscription dans le réseau.

6

SPJ Tournai : le manque de choix comme protection

- Le SPJ relève de l'aide contrainte, mais cela reste de l'aide.
- Une directrice au SPJ de Tournai a 400 dossiers environ, dont 7 MOP de 40 jours. Cela constitue un ratio peu élevé malgré les problématiques en santé mentale, qui sont en augmentation majeure.

MESURE D'OBSERVATION PROTECTRICE

RÉFORME DE LA LOI DU 26 JUIN 1990 : PRÉSENTATION ET IMPACT SUR LES SOINS DE SANTÉ MENTALE DES MINEURS

- **Le déni de soin** : La directrice souligne une frustration majeure : Les jeunes peuvent parfois reconnaître leur mal-être tout en refusant le soin. Elle déplore que l'on ne puisse pas imposer les soins par un autre moyen que la MOP. L'inquiétude est importante quant aux mises en danger que cela induit.
- **Au SPJ de Tournai, l'équipe observe également une augmentation des difficultés en santé mentale chez les parents.** Comment mobiliser les parents alors qu'eux-mêmes sont en grande difficulté ?
- **La réalité quotidienne du SPJ est le manque de place dans tous les domaines.** Les listes d'attente sont longues. Cette situation contribue notamment à l'augmentation des hospitalisations dites « sociales », qui constituent davantage une réponse transitoire qu'une solution adaptée à long terme. Par ailleurs, les SRG rencontrent des difficultés pour orienter les jeunes vers les soins nécessaires, en raison de la saturation du secteur, particulièrement en ce qui concerne l'accès aux psychologues et aux pédopsychiatres.
- **Le "Gel" des mandats** : Une piste intéressante a été évoquée : pendant une MOP, les autres mandats devraient être "gelés"/ « maintenus » pour permettre à tous les acteurs de se poser et de réfléchir ensemble, plutôt que de se retirer par épuisement.

7

SPAD Mons : la transition vers l'âge adulte

- **Le "Gap" des 18 ans** : 25% des sans-abris ont moins de 25 ans. Le secret professionnel de l'aide à la jeunesse crée une rupture d'information lors du passage au secteur adulte. Le relais ado/adultes est pourtant essentiel.
- **Triangulation** : L'importance de se mettre autour de la table (CPAS, SAJ, équipes mobiles) pour ne pas "psychiatriser" trop vite et partager les responsabilités. Les SIS (Séances d'Intervention Systémique) sont des outils-clés pour organiser le plan d'aide avec l'usager. Des concertations peuvent être organisées par le SPAD.
- **La sensibilisation des professionnels** : Tout le monde a son jargon, ses repères, ses limites, son cadre, ... Comment le secteur fonctionne, comment il s'articule, comment les services peuvent-ils être activés ? L'entrée en soin est importante, elle peut

MESURE D'OBSERVATION PROTECTRICE

RÉFORME DE LA LOI DU 26 JUIN 1990 : PRÉSENTATION ET IMPACT SUR LES SOINS DE SANTÉ MENTALE DES MINEURS

déterminer ensuite la prise en charge. La pluridisciplinarité est essentielle. Le SPAD organise des staff info mensuel afin de permettre aux acteurs de se connaître et de s'articuler avec plus d'aisance.

- **Les solutions vers le monde adulte sont à investir et à connaître afin de faciliter la continuité des soins** et peut-être d'ouvrir à d'autres pistes de solution à partir de 16 ans.

Conclusion

Le sentiment général est que la MOP, bien qu'outil indispensable, devient délétère si elle sert à combler les failles d'un réseau saturé.

- **Temporalités divergentes** : Le temps de la justice (40 jours) ne correspond pas au temps de l'attente en structure (1 an).
- **Piste d'avenir** :
 - ✓ Recentrer les interventions autour d'un projet construit « par et pour le jeune », qui constituerait un fil rouge tout au long de son parcours, afin d'éviter qu'il ne soit orienté d'un secteur à l'autre en fonction des seules disponibilités de places.
 - ✓ Assurer le maintien des mandats durant les périodes de MOP et/ou d'hospitalisation, afin de garantir la continuité de l'accompagnement.
 - ✓ Renforcer la fonction de « fil rouge » à l'issue de la MOP, notamment par l'intervention d'équipes mobiles chargées de soutenir la construction et la coordination d'un réseau d'aide et de soins autour du jeune. Cette perspective soulève toutefois la question de l'intervention des équipes mobiles dans des situations relevant d'une aide sous contrainte. Certaines expériences développées à Bruxelles semblent aller dans ce sens et mériteraient d'être explorées davantage.
 - ✓ Développer les articulations avec le secteur adulte en améliorant la connaissance mutuelle des dispositifs existants et en favorisant les

MESURE D'OBSERVATION PROTECTRICE

RÉFORME DE LA LOI DU 26 JUIN 1990 : PRÉSENTATION ET IMPACT SUR LES SOINS DE SANTÉ MENTALE DES MINEURS

collaborations, dans l'intérêt du jeune et de la continuité des soins lors du passage à l'âge adulte.

- ✓ Sensibiliser les professionnels aux risques d'étiquetage et aux préjugés susceptibles d'influencer les orientations et les prises en charge. Face à des situations complexes, chaque acteur est appelé à assumer sa part de responsabilité et à contribuer, dans une logique de complémentarité, à la construction de réponses adaptées.

II. Échanges avec la salle

Comment faire intervenir la famille dans le processus des MOP et au sein du réseau ?

L'entretien au sein de l'unité psychiatrique est organisé avec le réseau et la famille. Cependant, la temporalité ne le permet parfois pas. L'entrée tardive de la jeune, un vendredi, implique que le paramédical intervient après le week-end. Si l'audience est fixée le lundi et que la mesure est levée, la sortie est immédiate, sans que la famille ait pu être, réellement, incluse dans la boucle d'information.

Les services d'intensification comme l'Ombrelle permettent heureusement de faire le lien entre l'hospitalier et l'ambulatoire.

9

Les parents sont-ils invités à l'audience ?

Oui. L'invitation est envoyée par pli judiciaire. L'audience étant souvent fixée rapidement, l'unité de soins informe les parents lors d'un entretien informel afin de s'assurer qu'ils aient l'information dans les temps.

L'audience se réalise parfois en visio (ou au tribunal en cas d'impossibilité matérielle). La qualité des échanges peut en être affectée.

Des jeunes font-ils l'objet d'une MOP plusieurs fois dans leur vie ?

Oui, c'est fréquent lorsqu'il n'existe pas de solution pérenne. Ces jeunes se remettent en danger et sont à nouveau hospitalisés.

Quels seraient les avantages et inconvénients de la procédure de MOP et de l'hospitalisation classique ?

Une hospitalisation volontaire permet deux visites de l'institution, elle prévoit un processus de préadmission lors duquel la demande est travaillée avec l'adolescente, afin de pouvoir lui donner une place centrale dans une optique de soins.

MESURE D'OBSERVATION PROTECTRICE

RÉFORME DE LA LOI DU 26 JUIN 1990 : PRÉSENTATION ET IMPACT SUR LES SOINS DE SANTÉ MENTALE DES MINEURS

Souvent, la MOP est sollicitée en cas de situation complexe et de mise en danger. Elle permet de mettre en sécurité. Elle peut alors devenir un levier qui permette de travailler la demande de la jeune durant la mesure.

Poursuivre les mesures de protection judiciaire est-il possible pendant la MOP ?

Rester pro-actif et associer les délégués sur le réseau à reconstruire est important pour préparer « l'après ». Sur le terrain, lorsque la MOP est initiée, une forme d'apaisement se fait ressentir pour le réseau en manque de solution, mais induit alors aussi une solitude de l'hospitalier. Assurer la continuité des liens avec le réseau pendant la MOP est profitable afin que chaque acteur se sente moins isolé. Un agent de liaison ou une équipe mobile pourrait intervenir comme un tiers à cette fonction.

Qu'est-ce qui fonctionne et qu'est-ce qui peut être amélioré pour éviter les MOP ?

Il paraît essentiel de connaître le parcours du jeune, de tracer un fil rouge, en tenant compte des ressources à disposition.

- Certaines MOP pourraient être évitées si le parcours du jeune était mieux tracé et compris, de façon à pouvoir prodiguer des soins adéquats en amont.
- Le travail en première ligne est primordial, dès les premiers signes de souffrance psychologique (centres PMS et sensibilisations dans les écoles).
- La MOP est une sorte de compte à rebours et toutes les équipes ne sont pas mobilisables directement. Le risque est de ne pas être en mesure de pérenniser les soins par la suite. Il est utile de bien connaître l'existant pour réaliser un travail de réseau qui a du sens.