

Table des matières

Introduction	1
Cadre théorique	3
Santé psychique et droits de l'enfant	3
Les adolescents, quelles particularités ?	6
L'abandon de suivi thérapeutique (« drop out »)	8
Problématique	10
Méthodologie	11
Enquête de satisfaction.....	11
Etude du respect des droits de l'enfant	12
Considérations éthiques.....	12
Méthode	13
Résultats	21
Analyses préliminaires	21
Perception de l'abandon de suivi	21
Spécificités des soins psychiques	21
Découvertes : catégorie « Autres »	23
Résultats statistiques	27
Analyse : fréquences d'apparition des droits.....	27
Corrélations avec les scores quantitatifs : alliance et satisfaction	35
Discussion	39
Respect des droits de l'enfant et abandon de suivi	39
Les droits les plus sensibles.....	39
Les groupes les plus sensibles	45
Des droits respectés : un bon indice du degré d'alliance et de satisfaction	46
Dans la pratique : droits dans la santé, droit à la santé	46
Droits, besoins, bonne santé : des notions au carrefour des disciplines	47
Un outil pour la clinique	47
Au-delà du respect : pour une mise en œuvre des droits	48
Limites et forces de l'étude.....	50
Conclusion.....	53
Références	55
Annexe	59

Introduction

La santé est un sujet qui préoccupe beaucoup notre société. A l'égard de l'enfance et de l'adolescence, elle a connu des évolutions considérables depuis un siècle, tant en termes de connaissances sur le développement que de progrès des différentes sciences médicales. Cependant, si l'on porte aujourd'hui une attention croissante à la santé de la jeunesse, la santé psychique, elle, est un aspect moins souvent abordé malgré l'existence de nombreux troubles. Nous avons du reste eu du mal à trouver des statistiques, en Suisse, sur les souffrances psychiques des enfants.

En matière de droits, la Convention internationale relative aux droits de l'enfant (CDE), entrée en vigueur en 1989 et ratifiée par la Suisse en 1997, est peu bavarde sur cet aspect particulier. L'article 24 sur la santé ne mentionne pas du tout la santé psychique ou mentale, il ne développe que les aspects somatiques. On trouve dans d'autres articles des références au « bien-être mental »¹, mais ils sont évoqués au détour de la question du développement plus que de la santé. Ces allusions sont-elles suffisantes pour assurer aux enfants touchés par des souffrances psychiques le bien-être général que la Convention veut garantir à chaque enfant ?

Par ailleurs, si le terme « enfant » dans la CDE désigne toute personne âgée de moins de 18 ans (art. 1), on sait qu'il y a de grandes différences entre les jeunes enfants et les adolescents², qui induisent aussi des besoins différents³. Or l'adolescence est une période particulièrement sensible pour les troubles psychiques, mais aussi un moment favorable pour réparer certaines souffrances. L'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans ses récents *Global Standards for quality health-care services for adolescents* (2015), estime que pour cette tranche d'âge les problèmes de santé psychique sont souvent négligés. En Suisse, les chiffres de l'Office fédéral de la statistique (OFS) sur la santé psychique nous apprennent qu'en 2012 la population des 15-24 ans interrogée sur son bien-être psychique se déclarait moins « paisible » que les adultes (OFS, 2014), c'est-à-dire probablement plus en proie aux souffrances psychiques.

¹ Art. 17 sur le droit à l'information, art. 19 sur la protection contre la violence, art. 25 sur le droit à un examen périodique, art. 27 sur le droit à un niveau de vie suffisant, art. 29 sur l'éducation, art. 32 sur le travail.

² Par commodité, on écrira à chaque fois *l'adolescent*, mais ce terme désigne indifféremment les garçons ou les filles.

³ Cf. CDE art. 5 sur les capacités évolutives de l'enfant.

Ce travail se propose donc d'explorer les questions de droits et de santé psychique chez les adolescents, afin de connaître la place des droits de l'enfant dans ce domaine. Notre intérêt s'est porté plus précisément sur le cadre du soin, dans un contexte de pédopsychiatrie ambulatoire en Suisse, dans le canton de Vaud. Pour étudier cette question, nous avons eu la chance d'avoir accès aux données d'une enquête de satisfaction réalisée auprès de jeunes patients ayant abandonné le suivi contre l'avis du thérapeute⁴.

Notre recherche vise d'une part à voir si les mécontentements des patients adolescents par rapport au suivi reflètent un manque de respect des droits, d'autre part à déceler les éléments qui font, à leurs yeux, qu'un suivi est *child-friendly* ou *youth-friendly*, c'est-à-dire adapté aux enfants et aux jeunes. Nous espérons ainsi mettre en relief quelques enjeux actuels dans ce domaine pour la population adolescente, et offrir l'éclairage des droits de l'enfant au phénomène des abandons de suivi en pédopsychiatrie. Nous osons croire qu'une telle approche pourrait donner quelques pistes nouvelles à la clinique, et qu'une meilleure connaissance des droits de l'enfant pourrait servir d'outil aux professionnels de la santé psychique. Ce faisant, cette approche peut aussi développer l'attention aux droits de l'enfant dans les pratiques.

Le but de ce travail n'est donc pas de pointer les lacunes ou les éventuels faux pas des professionnels, mais de comprendre, grâce à la perspective des droits, ce qui peut être fait pour favoriser une prise en charge la meilleure possible : efficace, mais avant tout respectueuse de l'enfant et soucieuse de son bien-être.

Ce bien-être n'est-il pas, au fond, aussi le but ultime visé par les soins psychiques ?

⁴ Par commodité, on écrira à chaque fois *le* thérapeute, mais ce terme désigne indifféremment les hommes ou les femmes.

Cadre théorique

Un tour d'horizon des normes existantes en termes de droits humains et de droits de l'enfant nous permet de comprendre les enjeux et les particularités de la santé psychique. De même, il paraît utile de s'intéresser à quelques normes édictées par les organismes de santé, principalement l'OMS, laquelle aborde du reste beaucoup la santé sous l'angle des droits humains. Nous examinerons ensuite les spécificités des adolescents, puis la question de l'abandon de suivi.

Santé psychique et droits de l'enfant

Le pan psychique de la santé encore peu commenté

Les principaux traités sur les droits humains⁵, déjà anciens il est vrai, évoquent peu la santé, encore moins la santé psychique : seul le Pacte I relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966) exprime en son art. 12, al. 1 que les « Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ». Même les traités les plus connus sur la santé (Déclaration d'Alma-Ata, 1978 ; Constitution de l'OMS, 1985 ; Charte d'Ottawa, 1986) font à peine allusion à la santé psychique⁶.

Quant aux normes internationales sur les droits de l'enfant, elles sous-entendent de même l'importance du bien-être général, y compris mental⁷, sans approfondir la question. La santé est un thème qui traverse les préoccupations de la CDE, et le Comité des droits de l'enfant (le Comité) a édité deux Observations générales (OG) sur la santé. L'OG 4 sur la santé des adolescents, en 2003, se souciait déjà de la fréquence des troubles mentaux et des maladies psychosociales chez les adolescents (point 22). Elle demandait aux Etats parties d'assurer aux adolescents concernés un traitement médical et « de protéger les adolescents de toutes pressions excessives, y compris du stress psychosocial » (point 29). Elle recommandait également de « mettre en œuvre des mesures visant à prévenir les maladies mentales et à promouvoir la santé mentale des adolescents » (point 39 i). L'OG 15

⁵ Déclaration universelle des droits de l'homme (1948) ; Convention européenne des droits de l'homme (1950) ; Pacte II relatif aux droits civils et politiques (1966).

⁶ Dans les trois textes, il est juste fait mention d'un « état de complet bien-être physique, *mental* et social » (nous soulignons). Voir notamment le premier principe de la Constitution de l'OMS : la santé « ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

⁷ Nous n'entendons pas de différences entre les termes « psychique » et « mental ». Nous parlerons plutôt de santé « psychique », terme souvent utilisé en psychologie. Les traités de droits humains, eux, parlent plus souvent de santé « mentale », c'est pourquoi nous emploierons parfois aussi ce terme.

sur le droit de l'enfant à la santé, datant de 2013, reconnaît « qu'il faudrait prêter une plus grande attention aux problèmes de comportement et sociaux qui nuisent à la santé mentale, au bien-être psychologique et au développement affectif ».

Parmi les différents traités internationaux sur la santé psychique⁸, il semble que seule la Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe de l'OMS (2005) mentionne la CDE (point 5) et stipule que les ministres de la Santé des Etats membres s'engagent à « encourager la spécialisation du personnel travaillant dans le domaine de la santé mentale afin de répondre aux besoins spécifiques de groupes particuliers (par exemple, les enfants, les jeunes, les personnes âgées et les personnes atteintes de problèmes mentaux graves et chroniques) » (OMS, 2005, point 8 xv, nous soulignons). S'il est bien clair que les normes sur la santé mentale s'appliquent aussi aux enfants (puisque'ils sont sujets de droits), on peut s'étonner qu'il y ait si peu de directives spécifiques pour eux, vu les enjeux soulignés par les deux OG notamment⁹.

Les droits dans le cadre d'un traitement

Par ailleurs, la question de la santé (somatique comme psychique) dans le champ des droits humains nous a paru plus souvent abordée à un niveau global, invitant les Etats à garantir des services de santé pour tous. Or, lorsqu'on parle de droit et de santé, il convient peut-être de distinguer deux sujets de réflexion : le droit à la santé et les droits dans la santé. Le premier concerne le droit de tout un chacun à atteindre le meilleur état de santé possible, le deuxième renvoie au respect des droits humains dans le cadre des prises en charge – pour respecter la CDE, il faut aussi s'assurer que les pratiques des professionnels ne violent pas les droits (Lansdown, 2000). Pour être différents, ces deux sujets de réflexion n'en sont pas moins liés : le respect des droits dans la santé contribue certainement à réaliser le droit à la santé. Le Manuel d'application de la CDE met du reste l'article 24 sur la santé en lien avec beaucoup d'autres articles¹⁰ (Unicef, 2002). Kilkelly & Savage (2013) notent également qu'une approche holistique des droits de l'enfant à et dans la santé requiert un système qui relie les droits concernant la santé aux autres

⁸ Déclaration de Hawaï de l'Association mondiale de psychiatrie (1977) ; Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale (1991) ; Recommandation Rec(2004)10 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe (protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux) ; voir art. 29 sur les mineurs ; Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe de l'OMS (2005).

⁹ Notons quand même l'existence de la Recommandation 1632 (2003) de l'Assemblée parlementaire de la Communauté européenne (Adolescence en détresse : une approche sociale et sanitaire du mal-être des jeunes), qui aborde les questions psychiques, sous l'angle des politiques de santé publique.

¹⁰ Notamment art. 5 (évolution des capacités), art. 17 (accès à l'information), art. 18 (responsabilité des parents), art. 19 (protection contre la violence), art. 25 (révision périodique du traitement).

droits. Nous avons ainsi jugé intéressant de nous pencher davantage sur la question *des droits dans la santé*, plus précisément dans le cadre d'un traitement.

En effet, s'il existe passablement de directives sur les politiques et stratégies globales à adopter pour les services de santé psychique pour enfants et adolescents, visant la collectivité des enfants, on en trouve un peu moins sur les bonnes pratiques pendant une consultation, qui se concentreraient plus sur les individus.

On trouve tout de même des recommandations concernant le suivi – mais toujours pour la santé *en général* – émises par l'OMS, laquelle propose des standards pour la qualité des services de santé pour adolescents (WHO¹¹, 2015a et 2015b). Elle met en avant l'importance de la compétence des professionnels, de leur connaissance du développement des adolescents, de leur capacité à interagir avec eux (WHO, 2015a), et de respecter les droits à l'information, à la non-discrimination, à la confidentialité, avec une attitude de non-jugement et de respect (standard 4 des Global Standards for quality health-care services for adolescents, WHO, 2015b)¹².

On trouve des recommandations pour des prises en charge *child-friendly* dans la littérature sur les droits de l'enfant : « Les Etats doivent offrir un environnement sûr aux enfants pour qu'ils puissent exercer leurs droits dans des conditions favorables et respectueuses de leurs besoins propres ; des procédures *child-friendly*, appropriées aux enfants » (Zermatten, 2009, p. 30). On en trouve aussi dans la littérature sur les politiques de santé : Baltag & Mathieson (2010) présentent les aspects clés qui favorisent des services *youth-friendly*, parmi lesquels figure la reconnaissance des droits des jeunes, des besoins différents chez les filles et les garçons. Ces auteurs relèvent que pour les adolescents les plus à risque, les services efficaces sont ceux qui respectent notamment l'intérêt supérieur et les droits. Dans la même ligne, Kilkelly & Savage (2013) rappellent que, selon les lignes directrices du Conseil de l'Europe de 2011, les soins *child-friendly* sont une approche concordant avec les droits de l'enfant.

L'importance du contexte ambulatoire

Les normes en psychiatrie relatives aux droits humains évoquent beaucoup le problème de l'hospitalisation. Dans ce travail, en revanche, nous nous intéressons au contexte des consultations ambulatoires, dans un lieu de soins en particulier : le

¹¹ World Health Organization (Organisation mondiale de la santé).

¹² Ces standards ne concernent pas uniquement le moment de la prise en charge (ils prennent en compte le service de santé dans sa totalité), mais ont l'avantage de s'y attarder.

Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA), qui fait partie d'une institution publique au niveau cantonal, le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). Au SUPEA, près de la moitié des prises en charge en 2014 (environ 1700 sur 3500¹³) étaient des consultations ambulatoires. Il s'agit d'une part importante des souffrances psychiques chez les enfants et adolescents.

Ainsi donc, si la santé des plus jeunes est une préoccupation de plus en plus importante, les particularités de la santé psychique sont encore peu commentées, et il nous semble pertinent de nous intéresser aux éléments qui peuvent rendre une prise en charge adaptée aux enfants, et plus précisément aux adolescents.

Les adolescents, quelles particularités ?

« L'adolescent, ce n'est pas une maladie – et je me suis toujours efforcé d'avoir un regard positif envers les adolescents, de voir qu'il y a dans l'adolescence une promesse magnifique, comme dans l'enfance d'ailleurs. Mais il reste que cette promesse, il faut quand même aider les adolescents à la construire. »

Pierre-André Michaud (2014, p. 68)

Une période charnière

Nous avons choisi de nous concentrer sur l'adolescence, qui semble une étape charnière. Comme le soulignent les propos de Michaud, c'est une période pleine de potentiel, mais aussi délicate. Des changements de taille s'opèrent durant l'adolescence aux niveaux physique, psychologique et social. Marcelli (2002) parle d'une triple tâche pour l'adolescent : se reconnaître et s'accepter dans un corps nouveau ; instaurer de nouveaux rapports avec ses parents qui tiennent compte de cette maturité ; accepter le regard nouveau que l'environnement social va porter sur lui dans ce statut de presque adulte.

La santé psychique des adolescents sous la loupe des différentes disciplines

Les découvertes en **psychologie** ont montré que, sur le plan cognitif, il y a un tournant décisif vers 12 ans : d'après les théories de Piaget, l'enfant passe de la pensée concrète à la pensée formelle, caractérisée notamment par la capacité de penser l'abstrait et de penser à l'avenir (Piaget, 1964). Cet aboutissement cognitif facilite probablement la démarche psychothérapeutique. Sur le plan psychosocial,

¹³ Nombre de patients enfants et adolescents avec au moins une consultation dans l'année. Source : base de données ADISSA, service d'informations du CHUV.

Erickson (1963, cité par Gerrig et Zimbardo, 2008) suggère que la crise prédominante de l'adolescence réside dans la découverte de sa vraie identité, à un moment où l'adolescent doit jouer plusieurs rôles en réponse aux nombreuses interactions de son environnement social en expansion, avec la confusion que cela peut entraîner. De même, les changements physiques liés à la puberté peuvent aussi susciter un sentiment d'étrangeté difficile à vivre. Parfois, certains adolescents traversent cette période dans un état de détresse (Gerrig et Zimbardo, 2008). Des formes variées de psychopathologies se révèlent ou s'aggravent au cours de cette période, caractérisée par une estime de soi fragile et une certaine vulnérabilité psychique.

Par ailleurs, les aspects culturels et environnementaux sont importants dans la santé des adolescents, et on ne peut faire l'économie d'une réflexion **sociologique**. Le stress psychosocial, les injustices sociales peuvent fragiliser l'adolescent et nuire à son bien-être psychique. Selon Marcelli, les fragilités psychiques qui se manifestent à l'adolescence « peuvent aussi provenir des défaillances de l'environnement immédiat, défaillances auxquelles l'adolescent est particulièrement sensible » (2002, p. 765). L'OMS avait déjà exprimé une idée similaire : « C'est dans l'environnement social qu'il faut rechercher beaucoup des causes d'un développement mauvais pour la santé » (OMS, FNUAP, Unicef, 1997, p. 6).

Ensuite, les **neurosciences** ont mis en évidence les changements cérébraux importants à l'adolescence, notamment dans les lobes frontaux, aires sollicitées pour les tâches de planification et pour la régulation émotionnelle (Gerrig et Zimbardo, 2008). Ces connaissances nous aident à comprendre la difficulté que peuvent rencontrer les adolescents à gérer l'intensité et la fréquence de leurs émotions. On sait par ailleurs que la grande plasticité cérébrale caractéristique de cet âge-là en fait une fenêtre d'action intéressante pour le soin de troubles psychiques.

Pour ce qui est des soins, dans le contexte occidental l'apport de la **médecine** a son importance. La psychiatrie dispose, outre des psychothérapies, de traitements psychopharmacologiques qui peuvent, dans certains cas, améliorer la santé.

Enfin, du point de vue des **droits** dans le domaine de la santé, la particularité de l'adolescent réside peut-être dans le fait qu'on lui accorde généralement la capacité de discernement, contrairement au jeune enfant. Ainsi, il doit pouvoir décider lui-même de suivre un traitement ou de le refuser. Cependant, dans le même temps, les professionnels ont le devoir de fournir de l'aide à un adolescent qui en a besoin. Il peut donc y avoir une tension entre les notions de protection et

d'autonomie, enjeu récurrent dans le domaine des droits de l'enfant, mais peut-être encore plus manifeste pour l'adolescent, à plus forte raison au sujet de la santé : dans certains cas, la souffrance psychique n'altère-t-elle pas la capacité de discernement ? En Suisse¹⁴, quelques cantons (Berne, Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel, Tessin, Valais et Vaud) ont coédité une brochure sur les droits des patients, qui consacre un sous-chapitre aux patients mineurs, indiquant que la capacité de discernement est reconnue dès l'âge de 10 à 15 ans (brochure *L'essentiel sur les droits des patients*, 2013).

Les différentes disciplines montrent donc l'adolescence comme une période caractérisée par des possibilités accrues, mais aussi par un travail important et parfois douloureux de construction identitaire. Ces éléments ont sûrement leur poids lors de suivis psychothérapeutiques.

L'abandon de suivi thérapeutique (« drop out »)

Notre travail se propose d'étudier une question particulière, fréquente dans les soins psychiques : l'abandon de suivi thérapeutique (*drop out*)¹⁵. Ce phénomène peut révéler, aux yeux des thérapeutes et des patients, un échec de la prise en charge, et, aux yeux des défenseurs des droits de l'enfant, un échec de la réalisation du droit à la santé. En effet, si l'abandon n'implique pas forcément un mauvais pronostic, il suscite tout de même des inquiétudes lorsque l'adolescent a besoin d'aide.

Etudier les échecs

Peu de littérature traite des échecs de suivi chez les enfants et adolescents. Le taux d'abandon dans les consultations ambulatoires pédopsychiatriques serait de 28% à 75% (de Haan, Boon, de Jong, Hoeve, Vermeiren, 2013, cités par Kapp et al., 2015). Malgré l'importante variabilité¹⁶, cela représente un taux assez élevé. Edlund et al. (2002) ont mis en évidence que, dans la population en général, le jeune âge (15 à 24 ans) était associé à l'abandon de suivi. La récente thèse de doctorat de Henzen (2015) sur les facteurs prédictifs des *drop out* dans un centre de crise à Genève

¹⁴ La Suisse n'a pas de législation spécifique pour la santé au niveau fédéral. Les lois existent au niveau cantonal (la Constitution fédérale, en son art. 41, parle du droit à la santé au sens large).

¹⁵ Nous faisons le choix de traduire l'expression anglaise *drop out* par les termes « abandon de suivi thérapeutique » : il nous semble que cela rend compte de l'idée d'une interruption de suivi décidée par le patient, contre l'avis du thérapeute.

¹⁶ Celle-ci serait due, selon Abella et Manzano (2000), à la diversité des définitions de *drop out*.

montre également que le jeune âge est un facteur prédictif d'abandon de suivi, et que les adolescents ou jeunes adultes figurent parmi les patients qui risquent le plus de ne pas adhérer aux soins. Par ailleurs, les abandons de suivi peuvent quand même impliquer un pronostic plus sombre que lorsqu'un terme est conclu entre thérapeute et patient et/ou parents (Abella et Manzano, 2000).

Pour comprendre les raisons de ce phénomène, il est utile d'évaluer la perception de la qualité des soins. L'alliance thérapeutique et la satisfaction globale sont deux aspects qu'on suppose fortement liés à l'abandon de suivi (Kapp, Perlini, Holzer, Halfon, Urban, 2015).

L'alliance thérapeutique

La notion d'alliance thérapeutique est définie comme le vécu subjectif du patient quant à la dimension aidante du traitement ou de la relation au thérapeute (Alexander & Luborsky, 1986, cités par Kapp et al., 2014). Cette notion est commune à tous les types de thérapies (Bordin, 1994) et largement étudiée et reconnue pour la réussite d'une psychothérapie. L'enquête de satisfaction réalisée par Kapp et al. (2015) montre que les moyennes d'alliance thérapeutique des patients enfants et adolescents ayant abandonné le suivi, sans être mauvaises, sont un peu moins élevées que celles de la population consultante non spécifique, dans les mêmes consultations ambulatoires (Kapp et al., 2013).

La satisfaction globale

Selon les recherches de Biering (2010), la satisfaction des adolescents quant aux soins psychiatriques dépendrait de trois composantes universelles : l'organisation des services, la relation entre patients et soignants, et le résultat clinique. Dans les cas d'abandon de suivi, la satisfaction globale est fragile : les moyennes sont nettement moins élevées que chez la population consultante non spécifique (Kapp et al., 2015). Or la satisfaction revêt une certaine importance dans la mesure où elle influence l'utilisation future des services de santé (Fitzpatrick, 1993).

Ces quelques éléments théoriques nous conduisent à penser qu'une étude sur la santé psychique des adolescents, en particulier à travers le cas des abandons de suivi, pourrait développer les connaissances des droits de l'enfant dans ce domaine encore peu évoqué dans les textes internationaux. Il nous semble aussi judicieux d'explorer davantage le phénomène d'abandon de suivi, trop peu étudié chez les adolescents, afin d'améliorer les prises en charge.

Problématique

L'objectif de cette recherche est d'évaluer le respect et l'application des droits de l'enfant dans le cadre des consultations pédopsychiatriques pour des adolescents qui ont abandonné le suivi thérapeutique. Ce travail s'attache donc à explorer comment les droits sont respectés par la structure du service de soins et par les soignants, durant le temps de la prise en charge. Une telle évaluation doit nous permettre d'établir d'éventuels liens entre respect des droits de l'enfant et abandon de suivi, et de comprendre quels sont les éléments importants pour une prise en charge adaptée aux adolescents, qui réponde à leurs attentes, et les considère non seulement comme des patients mais aussi comme des sujets de droits.

Notre question de recherche est donc la suivante :

Quels sont les liens entre respect des droits et abandon de suivi thérapeutique ?

Il s'agit d'observer si, dans cette population qui a abandonné le suivi, et qui est a priori mécontente, les personnes prises en charge ont le sentiment que leurs droits ont été respectés. Plus précisément, nous cherchons à savoir si les motifs d'abandon de suivi (rapportés par les adolescents, parfois leurs parents) font écho à des droits qui n'auraient pas été suffisamment pris en compte.

Nous explorons les données à travers deux sous-questions :

- 1. Quels droits sont le plus souvent mal respectés dans les cas d'abandon de suivi ?**
- 2. Quels liens existent entre respect des droits et alliance thérapeutique/satisfaction globale ?**

1. Premièrement, cette étude a pour but de faire un inventaire des droits mal respectés dans les cas d'abandon de suivi, et de connaître leur fréquence. Il s'agit de voir quels aspects posent le plus de problèmes pour les adolescents qui ont abandonné le suivi. Il convient aussi d'étudier l'influence des caractéristiques sociodémographiques des adolescents (genre et âge) sur le respect de leurs droits.

2. Deuxièmement, il s'agit d'appréhender le respect des droits de manière plus dimensionnelle, en le mettant en lien avec deux notions importantes dans ce domaine, l'alliance thérapeutique et la satisfaction globale. Ces deux notions étant de bons indicateurs de l'importance de l'abandon de suivi, il peut être utile d'éprouver leur relation avec le respect des droits. Le degré d'alliance et le degré de satisfaction (tels que mesurés par un questionnaire) doivent permettre d'évaluer ces liens avec le respect global des droits de l'enfant.

Méthodologie

Ce travail se fonde sur les données d'une recherche déjà réalisée sur la perception de patients enfants et adolescents et de leurs parents en cas d'abandon de suivi. Il s'agit d'une enquête de satisfaction menée dans les consultations ambulatoires du canton de Vaud (service public) en juillet et août 2013, qui visait à identifier et à comprendre les facteurs de risque d'abandon de suivi pour pouvoir améliorer les prises en charge. L'alliance thérapeutique et la satisfaction globale sont notamment explorées pour comprendre le phénomène d'abandon de suivi (Kapp et al., 2015).

Enquête de satisfaction

Cette recherche a été réalisée par l'unité de recherche du SUPEA à Lausanne, au moyen d'entretiens téléphoniques structurés comportant des parties ouvertes. Elle s'adressait à tous les jeunes (de 0 à 18 ans) ayant interrompu un suivi (pour tous types de troubles) en 2012 contre l'avis du thérapeute, ainsi qu'à leurs parents. Les enfants et adolescents dès 10 ans ont été invités à s'exprimer sur leur perception de la prise en charge. De même, les parents ont été interrogés sur ce qu'ils percevaient du ressenti de leur enfant. Sur tous les cas d'abandon de suivi qui ont pu être contactés, 85% des familles ont été d'accord de participer à l'enquête (N=168). Une personne au minimum par famille a répondu à l'entretien.

Le questionnaire utilisé recense notamment les dimensions suivantes, avec des questions de types quantitatif et qualitatif (Kapp et al., 2015) :

- la satisfaction des sujets quant à la qualité de la prise en charge (traduction française du Client Satisfaction Questionnaire CSQ-8) (Sabourin, Pérusse et Gendreau, 1989, cités par Kapp et al., 2014)
- l'alliance thérapeutique (traduction française du Helping Alliance Questionnaire HAQ) (Kermarrec, Kabuth, Bursztejn & Guillemin, 2006, cités par Kapp et al., 2014)
- les motifs (question ouverte) et modalités d'abandon de suivi
- le statut sociodémographique des parents et de l'enfant
- des informations sur la prise en charge (questions fermées et ouvertes)
- l'accord/désaccord de consulter
- l'efficacité du personnel et des soins
- l'aide perçue
- les aspects positifs et ceux à améliorer, et les suggestions (questions ouvertes).

Etude du respect des droits de l'enfant

Notre étude consiste en une relecture de ces données avec une perspective « droits de l'enfant ». L'observation des réponses, et plus particulièrement des réponses ouvertes concernant les **motifs** de l'arrêt ainsi que les **aspects positifs et négatifs** rapportés par les répondants, constitue les données de base de notre travail.

Considérations éthiques

L'enquête de satisfaction de 2013 s'est faite avec l'accord préalable de la commission d'éthique de l'Université de Lausanne pour contacter les jeunes patients et leurs familles. Après avoir été informé du contexte et des buts de l'étude, chaque répondant a été invité à s'exprimer, mais sans obligation (consentement libre et éclairé). Par ailleurs, les personnes ont été informées de la confidentialité des données recueillies et de l'indépendance de leurs réponses avec tout traitement actuel ou futur (Kapp et al., 2015).

Le temps que les participants ont dû consacrer à cette enquête n'était pas excessif (la passation du questionnaire a duré de 20 à 60 minutes par personne).

La préparation et le recueil des données ont été faits dans des conditions conformes aux exigences éthiques en vigueur en Suisse. Ajoutons qu'ils nous semblent aussi en accord avec les principes clés relatés et encouragés par Morrow pour la recherche avec des enfants : *justice, respect, éviter de faire du tort* (Morrow, 2009).

Pour notre recherche sur le respect des droits de l'enfant, nous avons simplement utilisé les réponses déjà existantes. Les adolescents n'ont pas eu à « subir » nos questions sur le respect de ces droits. Par ailleurs, parmi les thèmes proposés par Morrow (2008) concernant la recherche avec des enfants, quelques-uns sont importants pour notre recherche. D'abord, le *but de la recherche* ne semble pas contraire à l'intérêt des répondants ni de la population adolescente en général. La *confidentialité*, quant à elle, a été respectée : toutes les données consultées étaient anonymisées, et nous n'avons personnellement aucun moyen de connaître les noms des répondants. Concernant la *diffusion* des résultats de l'enquête de satisfaction de 2013, elle n'a jusqu'ici eu lieu que sous forme de conférences aux professionnels. Les participants, eux, n'ont pas eu de *restitution*, mais les personnes intéressées ont été informées qu'elles pouvaient demander à connaître le détail des résultats. Quant aux résultats de notre étude sur les droits de l'enfant, ils devraient être restitués au monde pédopsychiatrique, d'une manière qui invite les soignants à

travailler dans le respect des enfants et adolescents. Une restitution aux répondants ferait aussi sens : ils ont donné de leur temps pour l'amélioration générale des services de santé. Une répondante adolescente le dit d'ailleurs : « *Contente qu'une telle étude soit faite dans le but d'une amélioration future des consultations.* » Cette lecture différente des données peut en effet nous aider à en apprendre encore davantage sur « ce que les parents et les enfants pensent qui serait utile pour eux » (Morrow, 2009, p. 18).

Méthode

Pour connaître les liens entre le respect des droits de l'enfant et l'abandon de suivi, il a d'abord fallu circonscrire les données pertinentes de l'enquête de satisfaction : population (ce sont surtout les adolescents qui nous intéressent) et dimensions du questionnaire à prendre en compte. Ensuite, il s'agissait de relire ces données avec le filtre des connaissances sur les droits de l'enfant, grâce à un outil construit pour les besoins de l'étude.

Données pertinentes

En ce qui concerne la population, nous avons choisi de ne garder que les patients de 12 ans et plus, ainsi que leurs parents. L'âge de 12 ans est couramment admis comme le début de l'adolescence, et c'est cette période qui nous semblait la plus intéressante à étudier. Par ailleurs, 12 ans est l'âge où l'on parvient plus facilement à comprendre des questions complexes et à y répondre clairement. Ce choix nous promettait donc un matériel de réponses plus riche. Les situations concernant des adolescents (12 ans et plus) représentent près de 70% (115 sur 168) de la totalité des situations de l'enquête de satisfaction. Pour chaque situation, nous avons trois répondants possibles : l'adolescent, sa mère et/ou son père. Comme il était rare d'avoir les réponses des deux parents à la fois (5% des familles dont le patient avait 12 ans et plus), nous avons pris le parti de ne faire qu'une seule catégorie pour les parents, en privilégiant les réponses des mères, beaucoup plus nombreuses. Cela augmentait l'homogénéité de l'échantillon.

Au final, le nombre de situations où au moins un des deux répondants (adolescent ou parent) a donné une réponse est de 115. Les répondants adolescents sont au nombre de 72, les répondants parents 85.

En ce qui concerne le choix des dimensions étudiées dans le questionnaire, nous avons concentré notre étude sur les questions qualitatives, qui nous renseignaient abondamment sur la perception des répondants pendant le temps de la prise en charge. Plus précisément, nous avons choisi de nous intéresser aux questions touchant les deux dimensions suivantes :

A) les **Motifs d'abandon de suivi**

B) les **Commentaires sur les aspects positifs et négatifs** généraux sur le suivi¹⁷.

Ces deux dimensions nous ont semblé les plus à même de dévoiler le respect/non-respect des droits ainsi que les besoins des adolescents ayant abandonné le suivi.

Dans cette perspective, et pour savoir si le manque de respect des droits est lié à l'abandon de suivi, la dimension des **Motifs** sera sans doute la plus informative.

Cependant les **Commentaires**, bien que ne se référant pas explicitement à l'abandon de suivi, nous ont paru aussi importants car ils apportent beaucoup d'informations sur le vécu de la prise en charge et sur les besoins des adolescents, et permettent de nuancer les résultats. De plus, comme ils concernent les deux premières questions de l'enquête, ils sont susceptibles de nous fournir des réponses spontanées, pas encore sous l'influence des notions mises en avant dans le questionnaire¹⁸. Ainsi, ils nous offrent une vue peut-être plus neutre sur les droits et les besoins qui comptent pour les adolescents.

Outil : grille de lecture « droits de l'enfant »

Pour étudier ces données sous l'angle des droits de l'enfant, nous avons établi une grille de plusieurs droits afin d'évaluer lesquels ont été respectés ou non, et dans quels cas. Ces droits ont été choisis sur la base des textes internationaux de référence, relatifs aux droits humains et droits de l'enfant, pour le domaine de la santé en général et de la santé psychique en particulier¹⁹.

Par ailleurs, une prélecture des réponses ouvertes a permis d'affiner les catégories, en définissant les éléments qui se rattachaient vraisemblablement à ces droits, ceci afin de garder une cohérence dans l'utilisation de la grille pour ces données et ce contexte précis.

¹⁷ Cela inclut les commentaires libres (suggestions finales).

¹⁸ Comme il s'agissait d'une enquête par téléphone, les gens ont répondu aux questions dans l'ordre.

¹⁹ Il s'agit principalement de la CDE, des OG 4 et 15, ainsi que des *Working methods* du Comité des droits de l'enfant pour les rapports périodiques concernant la santé (citées dans le Manuel d'application de la CDE, 2002). Nous nous référons aux recommandations visant la santé en général, qui nous semblent valoir aussi pour la santé psychique, dans une certaine mesure.

Ainsi, il nous a semblé que le droit à la santé au sens large – le fait de « jouir du meilleur état de santé possible » (CDE art. 24, al. 1) – dans le contexte des soins psychiques se trouvait réalisé à travers le respect des droits suivants :

- 1 Droit aux prestations : accès aux services de soins**
- 2 Droit aux prestations : prise en charge de qualité**
- 3 Droit à la vie et au développement – droit à la santé**
- 4 Droit à la non-discrimination**
- 5 Participation : droit d'exprimer son opinion**
- 6 Participation : droit d'être entendu**
- 7 Participation : droit d'avoir accès à l'information**
- 8 Droit à la vie privée**
- 9 Intérêt supérieur comme considération primordiale**
- 10 Prise en compte des capacités évolutives**
- 11 Respect des droits et devoirs des parents**
- 12 Non-violence : droit à la dignité et au respect**
- 13 Non-violence : protection contre la violence**
- 14 Droit à un réexamen périodique**

Autres ?

Le but étant d'avoir une vision d'ensemble, il nous a paru plus riche de retenir un grand nombre de droits (N=14). Bien sûr, ces catégories sont plus perméables qu'il n'y paraît. Comme nous le verrons, certains aspects des réponses peuvent être rattachés à plusieurs catégories.

Par ailleurs, l'ordre dans lequel les droits sont présentés ici importe peu. Il s'agit avant tout de regrouper ceux qui semblent apparentés, éventuellement de refléter la

chronologie probable de leur apparition lors d'une prise en charge, mais non de donner un ordre d'importance.

Nous allons maintenant détailler ces droits afin de préciser les aspects qu'ils peuvent toucher dans le contexte qui nous occupe. *(Pour la grille détaillée, voir annexe.)*

En ce qui concerne le droit aux prestations, nous avons jugé utile de distinguer deux aspects différents de la prestation de soins. Le **droit aux services de soins** concerne surtout l'accès aux services (disponibilité, accessibilité), ainsi que la qualité et l'organisation des structures.

Quant au **droit à une prise en charge de qualité**, il concerne également une prestation, mais désigne plutôt la prise en charge lors du suivi, à savoir surtout la compétence du personnel soignant, notamment ses connaissances des particularités de l'enfance/adolescence, son savoir-faire et son expérience.

Le droit à la vie, à la survie et au développement évoqué dans les traités nous paraît, dans le contexte des soins psychiques en Suisse romande, viser d'abord le **droit au développement**. La survie des patients est en effet rarement compromise dans le cadre du traitement, alors que la possibilité de se développer est indispensable pour permettre une vie acceptable. En ce sens, ce droit nous semble intimement lié au **droit à la santé**, puisque la bonne santé psychique est un facteur important pour un développement harmonieux. Il s'agit d'améliorer l'état de santé psychique. Dans ce contexte particulier, les deux droits coïncident donc, même si tous les droits de la grille contribuent à mettre en œuvre le droit à la santé. Le droit à la vie et au développement est l'un des quatre principes généraux de la CDE énoncés par le Comité.

Dans la santé comme dans tous les domaines de la vie de l'enfant, chacun a **droit à la non-discrimination** : d'une part, les enfants ont le droit d'être aussi bien traités que les adultes ; d'autre part, en tant qu'individu, un enfant a le droit d'être traité comme tous les autres enfants. C'est aussi l'un des quatre principes généraux.

On a coutume de parler de droits à la participation lorsqu'on évoque les droits de s'exprimer, d'être entendu et de recevoir de l'information. Ensemble, ces droits peuvent favoriser la capacité d'agir chez l'enfant ainsi que la possibilité d'influencer les décisions. Pour la santé psychique, il nous a pourtant paru prudent de garder une

catégorie spécifique pour chacun de ces trois droits, le respect de l'un n'impliquant pas toujours le respect des deux autres.

Le **droit d'exprimer son opinion** indique non seulement le droit de s'exprimer mais aussi le droit de choisir de *ne pas* s'exprimer. Dans le domaine de la santé, ce droit doit permettre à l'enfant de participer activement aux décisions le concernant, de consentir à un traitement ou de le refuser : ainsi, cela comprendrait également le fait de consentir ou non à suivre une psychothérapie.

Le **droit d'être entendu** est souvent lié au droit de s'exprimer : il désigne notamment le fait de voir son opinion prise en considération et respectée dans tous les sujets qui intéressent l'enfant. Dans notre cas, cela concerne vraisemblablement aussi l'opinion de l'enfant sur la pertinence ou la nécessité d'un suivi. Par ailleurs, les soins psychiques nous semblent offrir une particularité : l'écoute de l'enfant n'est pas seulement un droit qui lui permet de participer et qui aide à déterminer son intérêt supérieur (voir *infra*), c'est aussi un droit en soi, et surtout un aspect fondamental du traitement. Avec la parole, l'écoute devient l'outil essentiel de la thérapie. Dans ce contexte particulier, les droits de s'exprimer et d'être entendu sont donc quasiment un prérequis admis. Le respect des opinions de l'enfant est aussi un des quatre principes généraux de la CDE énoncés par le Comité.

Quant au **droit à l'information**, il doit permettre à l'enfant de recevoir une information adaptée, avec une aide permettant de la mettre à profit, sur la santé en général, sur son dossier médical, sur ses droits dans ce cadre. Dans notre cas, vu l'âge des répondants (12 ans et plus), il convient de préciser que nous entendons bien l'information délivrée à l'adolescent plutôt qu'à ses parents, sauf si le manque d'information est « généralisé ». Le manque d'information aux parents entrerait, selon les choix que nous avons opérés, plutôt dans la catégorie du respect des droits et devoirs des parents (voir *infra*).

Le **droit à la vie privée** renvoie surtout aux questions de secret professionnel et de confidentialité, particulièrement importante lorsqu'on travaille avec des adolescents, qui peuvent être vus sans leurs parents. S'agissant de psychothérapies, où l'écoute et la parole – parfois la confiance – ont un rôle majeur, ces questions de respect de la vie privée et de confiance sont évidemment cruciales.

Lors de toute prise de décision ou action qui concerne l'enfant, son **intérêt supérieur** doit être évalué et devenir une considération primordiale (CDE art. 3, al. 1). Cela implique pour un soignant d'avoir une attitude centrée sur l'adolescent et d'agir en étant attentif à ses besoins et à son bien-être, toujours en vue de son intérêt (CDE art. 3, al. 2). L'intérêt de l'enfant doit en effet primer celui des adultes parce que l'enfant, en plein développement, peut être plus vulnérable dans certaines circonstances ²⁰. La souffrance psychique nous semble être l'une de ces circonstances, même si elle fragilise à tout âge. C'est l'un des quatre principes généraux de la CDE énoncés par le Comité.

La **prise en compte des capacités évolutives** est aussi importante dans le domaine de la santé : le fait de s'adapter à l'âge et au développement du patient, de se mettre à son niveau, est nécessaire pour adopter des approches thérapeutiques adéquates.

Le Comité accorde également de l'importance au **respect des droits et devoirs des parents**. Les soignants devraient reconnaître le rôle des parents, respecter leur responsabilité d'élever leur enfant et d'assurer son développement, et respecter la vie privée et familiale – sauf si ce n'est pas dans l'intérêt supérieur de l'enfant.

En ce qui concerne la non-violence, nous avons cru bon de distinguer la violence qui pourrait être exercée dans le cadre du traitement de celle subie en dehors de ce cadre et dont il faut protéger l'enfant. Les soignants ont en effet des responsabilités à ce sujet.

Nous avons nommé la première catégorie **droit à la dignité et au respect**. Si les violences physiques paraissent tout de même peu probables dans le cadre d'une consultation pédopsychiatrique, en revanche l'enfant peut tout à fait se sentir maltraité psychologiquement si on lui manque de respect ou de considération, s'il se sent jugé ou s'il ne se sent pas reconnu comme une personne digne d'être respectée, comme un sujet détenteur de droits.

Deuxièmement, le personnel soignant doit fournir une **protection contre la violence** subie en dehors de la consultation lorsqu'il soupçonne que l'enfant en est victime.

²⁰ Cf. OG 14 sur l'intérêt supérieur, point 37 : « 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. »

Nous avons pensé que cette protection devait aussi être activée dans les cas de violence auto-infligée, pas rares dans les situations de souffrance psychique (automutilation, idéations suicidaires²¹).

Enfin, il en va des soins psychiques comme des soins somatiques et d'autres situations sortant de l'ordinaire pour l'enfant (le placement, par exemple) : dans tout suivi, l'enfant a **droit à un réexamen périodique**, une réévaluation régulière de sa situation, tenant compte de sa perception du temps et de son développement.

Nous avons enfin décidé de ménager une place pour des notions nouvelles, qui émergeraient des données et se révéleraient fréquentes dans le cadre des soins psychiques, proposant d'**autres droits ou besoins** que ceux de notre grille. Cette catégorie ouverte autorise d'autres éléments que ceux prévus, qui n'apparaîtraient pas formulés dans les textes internationaux. Elle nous renseigne sur l'avis des adolescents au sujet des questions et des besoins qu'ils jugent prioritaires dans le cadre d'une consultation ambulatoire, et nourrit ainsi la réflexion.

Codage des données

Cette grille établie, nous avons lu toutes les réponses aux questions ouvertes concernant les deux dimensions choisies (**Motifs d'abandon de suivi** et **Commentaires sur les aspects positifs/négatifs** de la prise en charge), et nous avons déterminé si leur contenu faisait écho à l'un ou plusieurs des 14 droits définis. La tâche n'était pas toujours aisée, car l'enquête ne portait pas sur la question des droits. Pour déceler les aspects qui touchaient aux droits, nous avons prêté attention aux besoins exprimés et relevé tout ce qui indiquait un mécontentement ou au contraire une satisfaction. Nous avons ensuite tenté de traduire ces besoins sur le plan des droits. Chaque réponse a donc été évaluée pour chaque variable, c'est-à-dire chaque droit.

Plus spécifiquement, il a été procédé au codage comme suit :

- Si rien dans la réponse ne faisait écho au droit en question, on n'a pas codé ce droit.
- Si la réponse faisait écho à un droit mal respecté, on a codé ce droit par -1.
- Si la réponse faisait écho à un droit bien respecté, on a codé ce droit par 1.

²¹ La question du suicide peut aussi être rattachée, et de manière évidente, au droit à la vie (droit n° 3 : droit à la vie et au développement).

Pour la dimension Motifs, seuls les droits non respectés ont été pris en compte. Nous avons en effet jugé que les droits bien respectés étaient moins pertinents pour une dimension témoignant des mécontentements qui sont source d'abandon de suivi. Du reste, peu d'aspects positifs apparaissaient dans les réponses à cette question.

A chaque fois, il a été tenu compte des *Autres besoins* n'apparaissant pas dans la grille. Les plus récurrents d'entre eux ont été ajoutés à la grille dans un deuxième temps, pour être codés comme les autres droits.

Test de la grille de lecture

Pour vérifier la pertinence de notre grille, nous l'avons « testée » pour quelques cas (15 sur 115) auprès de deux psycho-criminologues et d'une étudiante en droits de l'enfant. Cet exercice avec des personnes de disciplines différentes a stimulé l'interdisciplinarité. Nous avons confronté nos interprétations des réponses et nos choix de codage. La relative concordance des codages et la bonne concordance de nos interprétations confirment le bien-fondé et l'utilité de la grille. Si certaines notions sont classées dans des catégories différentes selon les codeurs, elles sont le plus souvent comprises de la même manière, et une logique commune a permis de rediscuter certains choix. Les discussions ont montré que beaucoup de besoins récurrents concernent plusieurs droits, nous conduisant à affiner encore la grille.

Analyses statistiques

Cette opérationnalisation permet, avec un moyen relativement simple (codage, puis calcul statistique) d'évaluer le respect des droits en général et de quelques droits en particulier selon la perception des répondants. Une fois le codage effectué, il est en effet possible de calculer la proportion de cas qui font allusion à au moins un droit de la grille, la fréquence d'apparition des droits non respectés et des droits respectés, et la corrélation entre respect/non-respect des droits de l'enfant en général (grâce à la somme des droits respectés/non respectés pour chaque cas) et alliance thérapeutique, ou satisfaction globale, dont les moyennes avaient déjà été calculées pour l'enquête de satisfaction²². Les données sociodémographiques de l'enquête (genre et âge) nous permettent également d'observer les éventuelles différences entre les groupes.

²² Lors de l'analyse des données quantitatives de l'enquête de satisfaction, les auteurs (Kapp et al., 2015) ont mesuré l'alliance thérapeutique et la satisfaction globale, puis calculé la moyenne de chacun de ces deux aspects. Un score plus élevé en alliance/satisfaction correspond à plus d'alliance et de satisfaction.

Résultats

Sur tous les droits que nous avons choisi d'évaluer, certains sont beaucoup plus souvent évoqués que d'autres²³. De plus, parmi ces droits « majoritaires », il en est qui sont globalement bien respectés tandis que d'autres le sont moins. Nous avons concentré notre attention sur les réponses des adolescents, mais nous ferons parfois référence à celles de leurs parents lorsqu'elles apportent un éclairage intéressant.

Analyses préliminaires

La lecture des données qualitatives a révélé une foule d'informations que nous n'avions pas prévues et que nous présentons en guise de premières constatations, car elles nous renseignent à la fois sur les abandons de suivi et sur les spécificités du traitement ambulatoire en pédopsychiatrie.

Perception de l'abandon de suivi

Plusieurs répondants estimaient que le thérapeute était d'accord avec l'arrêt du suivi, parfois même partie prenante. Parmi les 68 adolescents qui ont émis une réponse dans la dimension des Motifs, 6 (8,8%) ne perçoivent pas du tout l'arrêt du suivi comme un abandon. Sur les 83 parents ayant répondu, 10 sont dans le même cas (12%). Quelques-uns de ces cas donnent comme motif d'arrêt le fait que le problème était résolu : « *On n'avait pas vraiment grand-chose à parler, ça allait mieux* », dit un garçon ; « *Le temps que j'ai eu avec cette psychologue m'a beaucoup aidée et ça m'a suffi* », explique une jeune fille. Pour ces répondants, l'arrêt semble plutôt perçu comme l'aboutissement logique du processus thérapeutique : quand il n'y a plus de problème, pourquoi continuer une thérapie ? Le droit au développement et à la santé semble en effet respecté.

Spécificités des soins psychiques

Quelques aspects qui nous paraissent spécifiques au domaine de la santé psychique, et qu'on ne trouve pas développés dans les textes internationaux, sont venus enrichir les catégories de droits de notre grille et les exemplifier. Nous en dressons ici les éléments les plus fréquents. (*Voir aussi annexe.*)

²³ Nous dirons qu'un droit est « évoqué » lorsque les propos du répondant font allusion à des notions qui s'y rattachent et que l'on peut déduire des réponses qu'il a été bien respecté ou mal respecté. Il s'agit bien sûr d'une évocation implicite puisque les droits ne sont pas mentionnés comme tels, mais cela nous permet d'exprimer en peu de mots le fait qu'un droit a été codé.

Le RYTHME DES CONSULTATIONS

Commentaires de deux adolescentes :

« Quand j'allais, c'était difficile de se voir toutes les semaines car pas beaucoup de disponibilités de moi et la thérapeute : trop d'espace entre les rencontres. »

« Le temps : la fréquence des rendez-vous devrait être plus soutenue, cadrée ; la durée des séances, 60 min et pas plus, ce n'est pas sympa quand il y a un problème et qu'il faut boucler et revenir la semaine suivante. »

D'après ces adolescentes, la fréquence des rendez-vous n'était pas adaptée à leur situation. D'autres répondants manifestent aussi le besoin qu'on individualise la prise en charge. Cette question du rythme pourrait se rattacher au droit aux prestations de services, car elle est liée aux disponibilités, mais elle nous a semblé plus proche des enjeux de l'**intérêt supérieur**. En effet, si l'intérêt supérieur doit présider à toute décision concernant l'enfant, en étant évalué « au cas par cas »²⁴, il nous semble, par renversement, que le fait de s'ajuster à ses besoins particuliers est aussi dans l'intérêt supérieur de l'enfant²⁵.

Le TYPE DE TRAITEMENT

Commentaire d'un adolescent :

« La thérapeute a voulu me donner des médicaments alors qu'elle n'était pas médecin : je n'aime pas que ça se distribue comme des bonbons, c'est pas normal. »

Commentaire d'un parent :

« Au début le suivi m'a apporté beaucoup de pistes et a davantage aidé mon fils que le psychodrame. »

Ces exemples montrent qu'il n'y a pas un traitement idéal. Les adolescents ne sont pas toujours preneurs pour la médication. Parfois, certains parents ont besoin ou envie d'une thérapie familiale tandis que pour d'autres celle-ci serait néfaste. Là encore, il faudrait pouvoir s'ajuster aux différentes situations, dans l'**intérêt supérieur** de l'adolescent. Aussi, c'est dans cette dernière catégorie que nous avons classé ce type de propos.

²⁴ OG 14 point 32 : « Le concept d'intérêt supérieur de l'enfant [...] devrait être ajusté et défini au cas par cas, en fonction de la situation particulière de l'enfant ou des enfants concernés, selon les circonstances, le contexte et les besoins des intéressés. »

²⁵ OG 14 point 53 : il faut respecter le « principe selon lequel l'enfant ou les enfants concernés doivent avoir la possibilité d'influer sur la détermination de leur intérêt supérieur ».

Motif d'arrêt du traitement donné par un parent :

« Ça ne creusait pas vraiment les problèmes assez profond, pas assez efficace. »

Motif d'arrêt du traitement donné par une adolescente :

« Le problème ne s'est pas réglé, [...] je ne voyais pas d'amélioration. »

Commentaire d'un parent :

« La (1re) psychiatre en question ne faisait pas avancer notre fille dans le bon sens (à la place de s'améliorer, ça s'est empiré). »

Alors que la prise en charge devrait favoriser l'amélioration de l'état de santé et le développement de l'adolescent, les propos de ces répondants laissent penser qu'elle est parfois inapte à résoudre le problème. Le manque de résultats voire la dégradation de la situation psychique, régulièrement évoqués comme motifs d'abandon du suivi, semblent faire obstacle au **droit au développement et à la santé**. C'est ainsi que nous les avons compris.

Commentaire d'un adolescent :

« J'ai bien aimé, mais au bout d'un moment (genre la 3e fois) c'était un peu répétitif. »

Motif d'arrêt du traitement donné par une adolescente :

« J'ai préféré remonter la pente moi-même, car j'avais l'impression qu'on tournait un peu en rond. »

Si ces propos peuvent aussi sembler proches du droit au développement et à la santé, ils nous ont paru exprimer plus précisément le problème du manque de bilan et de remise en question des professionnels. C'est pourquoi nous avons classé tous les propos de ce type dans la catégorie du **droit à un examen périodique**.

Découvertes : catégorie « Autres »

La catégorie *Autres* de notre grille a mis en évidence de nouveaux besoins, peut-être aussi caractéristiques des soins psychiques.

D'abord, les jeunes manifestent le **besoin d'avoir une relation de qualité et de confiance avec le thérapeute**. Ce besoin n'est hélas pas toujours satisfait. Parfois

cette mauvaise relation est clairement décrite comme motif d'abandon de suivi, d'autres fois elle apparaît au détour d'autres réponses.

Motif d'arrêt du traitement donné par un adolescent :

« Si on avait discuté, ça aurait pu aller, mais j'étais sur la défensive. Deux mauvais caractères (moi et la thérapeute), je suis sûr que ça aurait pu aller bien. »

Commentaire d'une adolescente :

« Je ne peux pas dire que tout ce qu'elle fait est mauvais, c'est le mauvais feeling. »

Motif d'arrêt du traitement donné par une adolescente :

« Pas eu le feeling avec aucun des thérapeutes (j'ai changé de thérapeute et arrêté du jour au lendemain pour cette raison), bien que parler me faisait du bien. La thérapeute aidait, donnait des conseils, mais j'aurais aimé plus de feeling. »

Une simple incompatibilité de caractères peut suffire à compromettre la thérapie, même lorsque le travail est bon. La seule compétence du soignant (droit à des prestations de qualité) ne suffit pas toujours à assurer l'efficacité d'une thérapie. Ce besoin semble se construire également par le respect des droits à la participation (la relation serait favorisée si l'adolescent peut s'exprimer, se sentir entendu et bien informé) et a des répercussions sur l'intérêt supérieur (une relation de qualité a des chances d'être dans l'intérêt de l'enfant). Néanmoins, comme ce besoin est très souvent évoqué par les termes précis de « relation » ou « feeling », il nous est apparu comme un besoin caractéristique, essentiel pour les répondants.

Ensuite, si cette relation est bonne, le **besoin de stabilité** est régulièrement évoqué : il est difficile pour un patient de devoir changer de thérapeute.

Commentaire d'une adolescente :

« Il ne faut pas changer de thérapeute car ce n'est pas facile de recommencer, de faire confiance à un autre. »

Commentaire d'un parent :

« Inconvénient : les thérapeutes ne sont pas là pour des années, donc si on en a besoin longtemps et que ça change, c'est dommage (de devoir recommencer, si le feeling ne passe pas). »

La stabilité est liée aux prestations de services – l'organisation de la structure peut entraîner des changements de thérapeute – mais aussi à l'intérêt supérieur – lequel

peut ne plus être une considération primordiale en cas de changement. Nous avons considéré ce besoin comme une catégorie à part entière parce que la stabilité et la continuité nous semblent des dimensions importantes dans une prise en charge pour des jeunes gens, et parce que ce besoin reflète une préoccupation récurrente chez les répondants.

Puis, les répondants font souvent allusion au **besoin de bienveillance**. Nous avons choisi ce terme (il n'apparaît pas tel quel dans les réponses) et nous l'utilisons dans son sens d'altruisme, pour rendre compte des concepts rencontrés : importance d'un accueil qu'on pourrait dire *friendly* (qui met à l'aise), d'un climat chaleureux et sécurisant, d'une attitude sympathique, ouverte et attentive de la part du thérapeute (compréhension, empathie).

Commentaire d'un adolescent :

« La psychologue, elle était super cool, elle accueillait les gens bien, on se sentait à l'aise avec elle. »

De nombreux cas comme celui-ci affirment leur satisfaction d'avoir été bien accueillis, ce qui tend à montrer que c'est un élément qui compte.

Chez d'autres, c'est au contraire le manque de bienveillance qui est montré du doigt :

Motif d'arrêt du traitement donné par une adolescente :

« Je m'attendais à parler avec une personne moins froide, et que ça aille mieux, qu'elle soit présente dans ce que je disais. »

Motif d'arrêt du traitement donné par un parent :

« J'étais en insécurité avec ce thérapeute. J'avais peur que si mon fils faisait une bêtise le thérapeute ne l'enfonce encore plus. [...] C'est le sentiment que j'avais (que ce n'était pas *secure*). »

La bienveillance pourrait être une compétence requise dans le travail psychothérapeutique, d'autant plus importante avec des jeunes gens : une forme de savoir-être. Cependant, nous la considérons comme une nouvelle sous-catégorie du droit à la non-violence. Le manque de bienveillance ou l'absence de sentiment de sécurité peuvent être ressentis comme une brutalité, à plus forte raison dans les cas de souffrance psychique, où le professionnel est normalement là pour faire du bien. Ainsi, faire preuve de bienveillance serait une forme de bienveillance, de non-violence par excellence.

Finalement, un autre besoin est apparu à travers les réponses des adolescents et des parents : le **besoin d'être guidé**, d'être orienté pour résoudre le problème, d'avoir un retour.

Motif d'arrêt du traitement donné par une adolescente – ses attentes :

« Qu'on me donne plus de pistes, d'explications, comment réfléchir, agir dans certaines situations. »

Commentaires de deux adolescentes :

« C'est nous qui avons tendance à parler, ce n'est pas eux qui nous disent quoi faire (dommage). »

« Pendant les consultations, le patient voudrait plus d'échanges avec le thérapeute, pas simplement parler tout seul. »

Le fait de ne pas imposer une solution est une technique thérapeutique : il est important que le patient parvienne à trouver seul la solution. Cependant, les répondants expriment régulièrement le besoin de se sentir aidés de manière plus active. Ce besoin peut concerner le droit à l'information (recevoir des explications, des réponses)²⁶, le droit au développement (avoir une solution pour guérir), ou le besoin d'une bonne relation avec le thérapeute (avoir un véritable échange, et non seulement recevoir une oreille attentive). Mais il pourrait aussi constituer un nouveau droit : une sorte de droit à la « coopération » ou à la solidarité de la part des professionnels, un peu comme le devoir des parents de donner à l'enfant « l'orientation et les conseils appropriés à l'exercice des droits » (CDE art. 5).

Pour conclure ces résultats préliminaires, on peut relever quelques notions importantes qui se dessinent déjà :

- le besoin de l'adolescent qu'on s'ajuste à sa situation individuelle (rythme des consultations, type de traitement, choix du thérapeute), qui nous semble intimement lié au concept de l'intérêt supérieur
- l'importance de voir l'état de santé psychique s'améliorer, et de pouvoir se développer
- la nécessité d'avoir une relation de qualité avec son thérapeute
- le besoin d'être traité avec bienveillance.

²⁶ Cf. CDE art. 24, al. 2 e) : les Etats doivent faire en sorte que parents et enfants « bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information ».

Résultats statistiques

Afin d'avoir une vue d'ensemble des données et d'évaluer le respect des droits de l'enfant dans cet échantillon des « abandons de suivi », nous proposons maintenant quelques résultats descriptifs. Cette approche met en évidence les droits le plus fréquemment évoqués.

Nous nous concentrons désormais sur les réponses des adolescents.

Analyse : fréquences d'apparition des droits

En premier lieu, nous nous sommes demandé si les réponses faisaient souvent allusion à au moins un des droits de la grille de lecture, qu'ils soient respectés ou non.

Un certain nombre d'adolescents n'ont pas donné de réponse pour l'une ou l'autre des deux dimensions (Motifs et Commentaires). Nous avons retranché ces cas afin de connaître la proportion de cas où au moins un droit de la grille était évoqué.

Pour les Motifs, 4 cas sur 72 (5,5%) n'ont émis aucun commentaire. Sur les 68 cas restants, 33 répondants ont évoqué un ou plusieurs droits (49%). (Voir figure 1.)

Cette proportion est beaucoup plus importante pour la dimension des Commentaires : après déduction des cas non-répondants (aussi 4 cas sur 72), il reste 62 cas qui ont évoqué un ou plusieurs droits (91%). (Voir figure 2.)

Fig. 1 : proportion des droits évoqués dans les Motifs, N=68

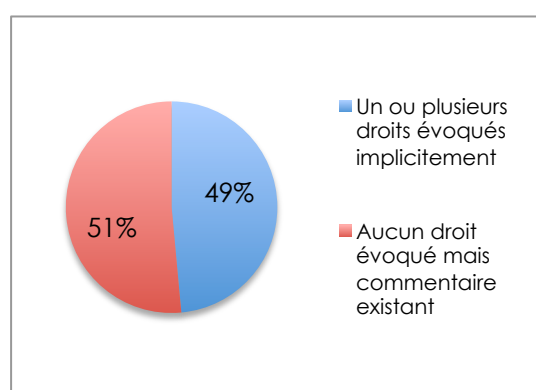
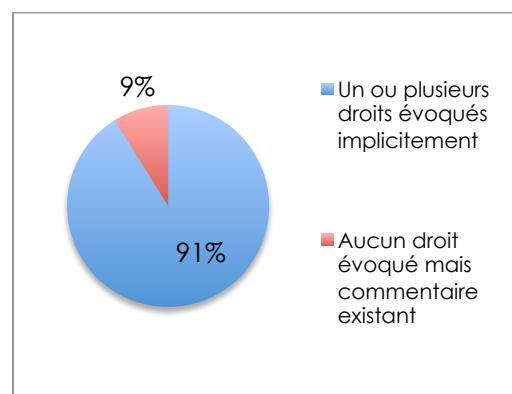


Fig. 2 : proportion des droits évoqués dans les Commentaires, N=68



Ces proportions – même celle de la dimension Motifs²⁷ – nous paraissent passablement élevées vu que les répondants n'ont pas été interrogés sur le sujet des droits.

²⁷ Il est à noter que cette dimension n'a fait l'objet que de cotations négatives.



Pour les calculs de pourcentages suivants, nous avons à chaque fois retranché les cas non-répondants afin d'obtenir une proportion ne tenant compte que des réponses à disposition.

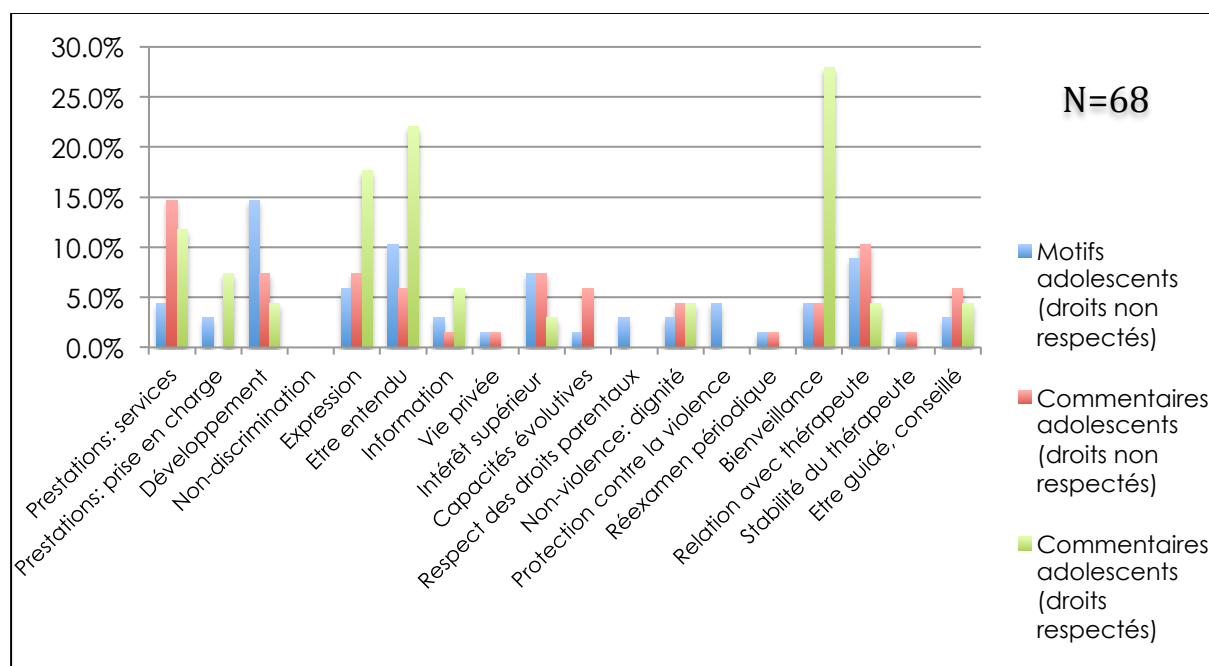
Fréquence des droits mal respectés et des droits bien respectés

Dans la dimension **Motifs** (raisons de l'abandon de suivi), selon les propos des adolescents qui ont répondu (N=68), les droits de l'enfant les plus souvent mal respectés sont le droit au développement (évoqué dans 14,7% des cas comme motif d'abandon), le droit d'être entendu (10,3%), le besoin d'avoir une relation de qualité avec le thérapeute (8,8%) et l'intérêt supérieur (7,4%). (Voir figure 3, en bleu.)

Pour les **Commentaires** sur les aspects **négatifs**, on constate que le droit aux prestations de services (14,7%), le besoin d'une bonne relation avec le thérapeute (10,3%), le droit au développement, le respect de l'intérêt supérieur et le droit de s'exprimer (7,4% chacun) sont les droits les moins bien respectés selon les adolescents. Il est à noter que les adolescents, dans cette dimension, ne mentionnent jamais le manque de compétence du thérapeute – en fait, d'après nos observations, c'est davantage une opinion de parents. (Voir figure 3, en rouge.)

Les **Commentaires** sur les aspects **positifs**, eux, montrent que le besoin de bienveillance est l'élément positif le plus souvent évoqué (27,9%), suivi par le droit d'être entendu (22,1%) et le droit de s'exprimer (17,6%). (Voir figure 3, en vert.)

Figure 3 : les droits les moins bien respectés et les mieux respectés (N=68)



Si l'on compare les versants positif et négatif de chaque droit, on note que le droit aux prestations de services, le droit au développement, l'intérêt supérieur, les capacités évolutives et la bonne relation avec le thérapeute sont plus souvent mal respectés que bien respectés. Au contraire, pour le besoin de bienveillance, le droit d'être entendu, le droit de s'exprimer, le droit à l'information et le droit à une prise en charge de qualité, le respect pèse plus lourd que le non-respect.

Les droits non respectés apparaissant dans les Motifs et dans les Commentaires ne sont donc pas tous les mêmes : tous les droits mal respectés ne sont pas forcément motifs d'abandon. Par exemple, le droit aux prestations de services est le plus critiqué dans les Commentaires (14,7%), mais il est rarement un motif d'abandon (4,4% des cas). Il en va de même pour la prise en compte des capacités évolutives et le besoin d'être guidé, qui sont assez souvent critiqués mais ne sont pas des motifs fréquents d'abandon. A l'inverse, les droits mal respectés qui sont motifs d'abandon ne sont pas toujours critiqués à la même fréquence dans les Commentaires. C'est le cas du droit au développement et du droit d'être entendu.

Pour résumer, on constate que les quatre droits suivants, lorsqu'ils sont mal respectés, sont les principaux motifs d'abandon :

	Motifs d'abandon	Commentaires
Développement/santé	14,7%	négatifs > positifs
Etre entendu	10,3%	négatifs < positifs
Relation avec thérapeute	8,8%	négatifs > positifs
Intérêt supérieur	7,4%	négatifs > positifs

Il convient peut-être aussi de distinguer deux types d'observations : les droits qui présentent des pics, et les droits qui sont évoqués de manière constante dans les deux dimensions.

Les pics

Le droit aux prestations de services (le plus critiqué dans les commentaires) et le droit au développement (fréquent motif d'abandon), le droit d'être entendu (assez fréquent motif d'abandon) et le besoin d'une bonne relation avec le thérapeute sont souvent perçus comme mal respectés dans l'une et/ou l'autre dimension.

Le besoin de bienveillance, le droit d'être entendu, et le droit de s'exprimer sont souvent perçus comme bien respectés dans les Commentaires positifs.

Les constantes

L'intérêt supérieur et la relation avec le thérapeute sont deux besoins pour lesquels on observe un pourcentage non négligeable de non-respect dans les deux dimensions (deux fois 7,4% pour l'intérêt supérieur ; 8,8% et 10,3% pour la relation), et un faible pourcentage de respect dans les Commentaires positifs (2,9% et 4,4%).

Il en ressort que les quelques droits les plus présents sont le **droit au développement**, le **droit d'être entendu**, l'**intérêt supérieur** et le **besoin d'une bonne relation avec le thérapeute**. On peut aussi relever le **besoin de bienveillance** et le **droit de s'exprimer**, (souvent perçus comme bien respectés dans les Commentaires positifs) et le **droit aux prestations de services** (souvent mal coté dans les Commentaires négatifs).

Quant aux droits les moins représentés (droit à la non-discrimination, droit à un examen périodique, prise en compte des capacités évolutives, respect des droits parentaux), s'ils sont minoritaires, ils ne sont cependant pas totalement absents²⁸.

Ces observations faites, il nous paraît encore intéressant de voir si le respect des droits de l'enfant est nuancé par certaines particularités sociodémographiques.

²⁸ Sauf la non-discrimination, qui n'est évoquée que chez quelques parents.

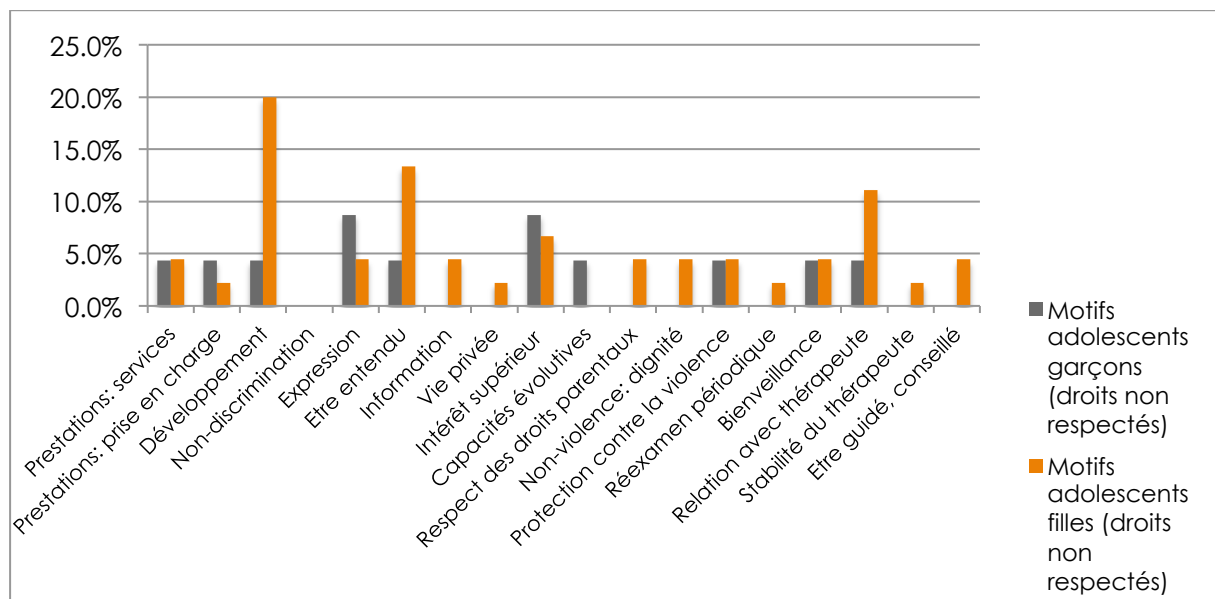
Caractéristiques sociodémographiques

Genre

Nous avons scindé la population en deux groupes (filles et garçons) afin de connaître les différences éventuelles entre les genres. Après avoir retranché les non-répondants, nous avons calculé le pourcentage de cas où les droits sont respectés/bafoués dans chaque groupe.

Chez les filles, les mécontentements des **Motifs** de l'abandon de suivi sont principalement le droit au développement (20% des filles), le droit d'être entendu (13,3%) et le besoin d'avoir une relation de qualité avec le thérapeute (11,1%), tandis que chez les garçons, ces mêmes droits sont moins évoqués (4,3% de mentions pour chacun de ces droits). En revanche, les garçons sont plus mécontents que les filles au sujet du droit d'expression (8,7% contre 4,4%). (Voir Figure 4.)

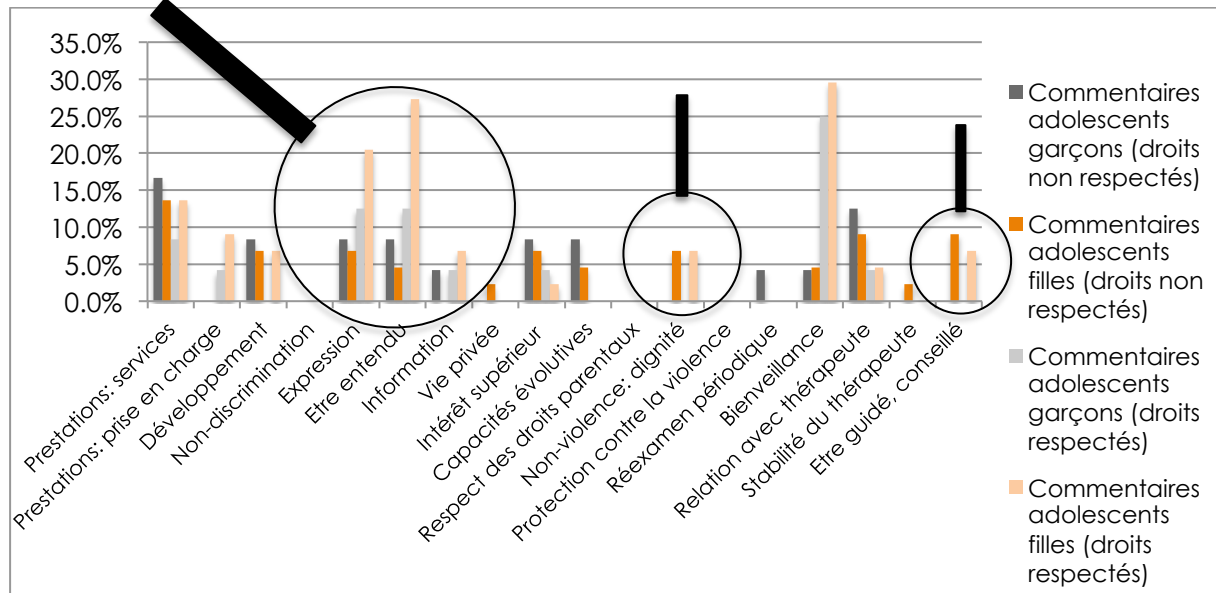
Figure 4 : les droits les moins bien respectés – Motifs (garçons : N=23 ; filles : N=45)



En ce qui concerne les **Commentaires sur les aspects négatifs et positifs**, les filles manifestent de manière générale davantage leur satisfaction (pourcentages presque systématiquement plus élevés chez ces dernières), tandis que les garçons manifestent davantage leur mécontentement (pour une majorité de droits). Seules les filles cotent le droit à la dignité et le besoin d'être guidé, en bien comme en mal. Enfin, les filles se sentent notablement mieux entendues que les garçons (27,3% contre 12,5%) – ce qui présente une différence avec les résultats des Motifs – et

mieux autorisées à s'exprimer (20,5% contre 12,5%). On ne note pas de grandes différences pour le droit au développement, l'intérêt supérieur et le besoin d'une bonne relation avec le thérapeute. (Voir figure 5.)

Figure 5 : les droits les moins bien respectés et les mieux respectés – Commentaires (garçons : N=24 ; filles : N=44)



Il est difficile de tirer des conclusions des données ressortant des deux dimensions, car elles sont parfois contradictoires. On peut cependant conclure de ces observations que, si les filles sont dans l'ensemble plus satisfaites que les garçons, deux droits mal respectés sont susceptibles de leur faire abandonner le suivi : le droit au développement et le droit d'être entendu.

Concernant les principaux motifs d'abandon de suivi, on peut résumer les différences entre les genres de la façon suivante :

Motifs d'abandon	Genre	Commentaires	Genre
Développement/santé	14,7%	plus de filles ☹	négatifs > positifs
Etre entendu	10,3%	plus de filles ☹	négatifs < positifs plus de filles ☺
Relation avec thérapeute	8,8%	plus de filles ☹	négatifs > positifs plus de garçons ☹
Intérêt supérieur	7,4%	plus de garçons ☹	négatifs > positifs

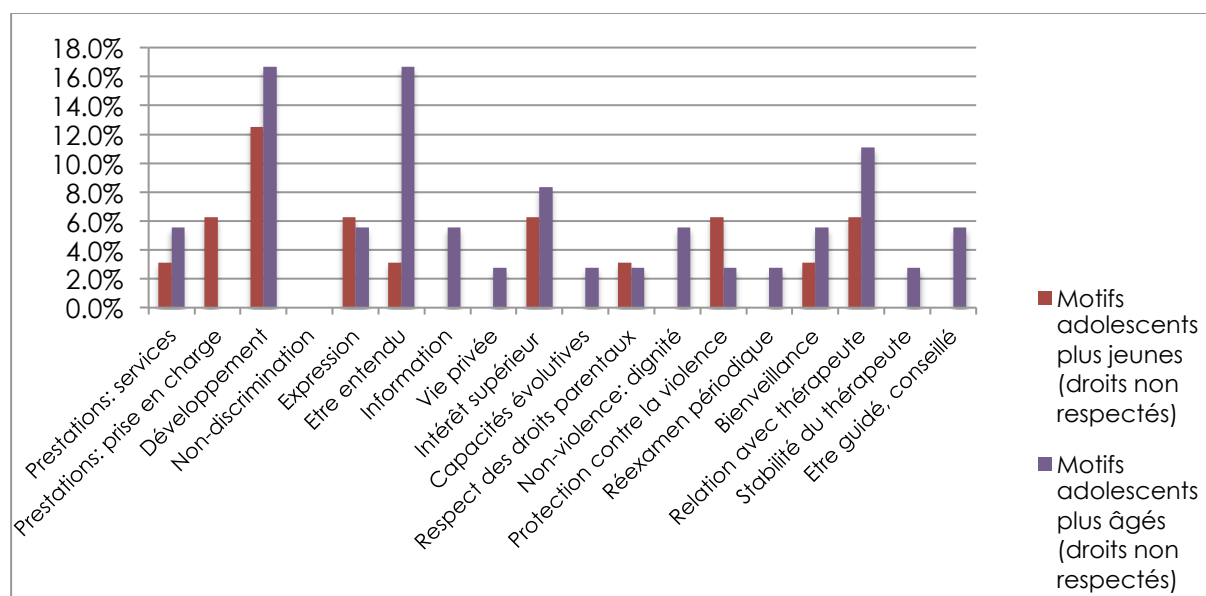
Age

Pour déceler d'éventuelles différences entre les adolescents plus jeunes et les plus âgés, nous avons séparé l'échantillon en deux groupes, grâce au calcul de la médiane (16,5 ans).

Après avoir retranché les cas non-répondants, on observe de grandes différences dans la dimension **Motifs** pour plusieurs droits. Le droit d'être entendu, le droit à l'information, le droit à la dignité, le besoin d'être guidé et la relation avec le thérapeute sont plus largement évoqués par les plus âgés. Les droits à une prise en charge de qualité et à la protection contre la violence sont en revanche beaucoup plus souvent évoqués par les plus jeunes. (Voir figure 6.)

Figure 6 : les droits les moins bien respectés – Motifs

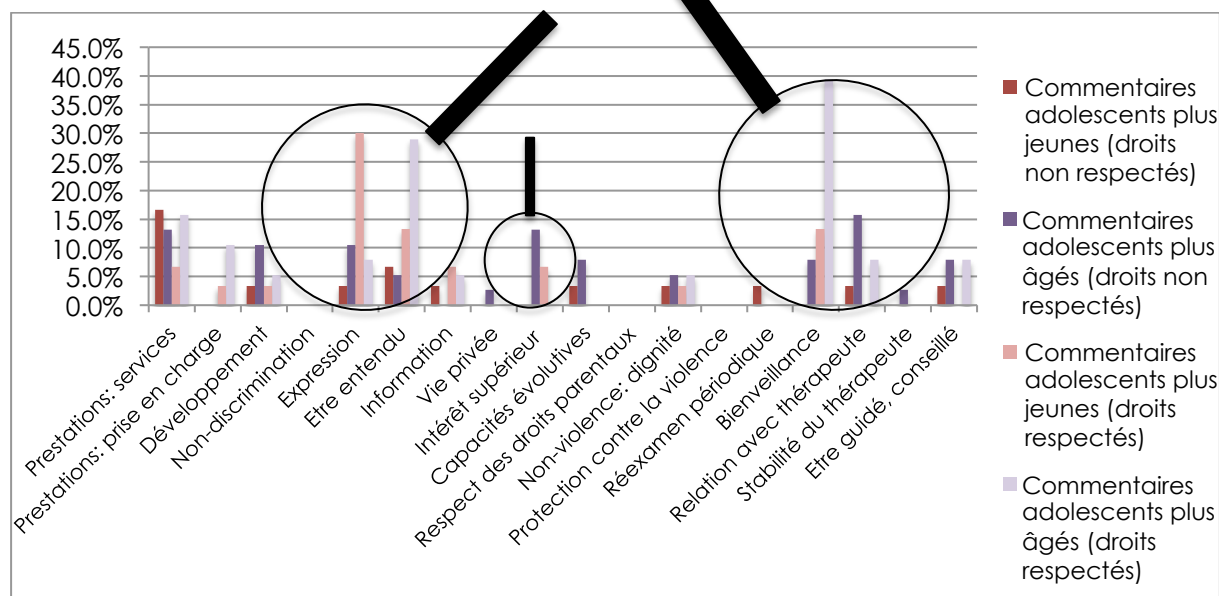
(plus jeunes : N=32 ; plus âgés : N=36)



Pour la dimension **Commentaires**, les plus âgés cotent globalement plus largement dans les deux versants – droits respectés et droits non respectés. On observe que le droit d'expression est moins respecté dans les réponses des plus âgés, tandis que les plus jeunes sont nombreux à mentionner leur satisfaction. Il en va de même pour l'intérêt supérieur. La tendance est inversée pour le droit d'être entendu : ce sont les grands qui sont le plus satisfaits. Quant au besoin de bienveillance, il est coté positivement dans 39,5% des cas chez les plus âgés contre 13,3% chez les plus jeunes. La relation avec le thérapeute est dite plus souvent mal respectée chez les plus

âgés. On ne note pas de grandes différences pour le droit au développement. (Voir figure 7.)

Figure 7 : les droits les moins bien respectés et les mieux respectés – Commentaires (plus jeunes : N=30 ; plus âgés : N=38)



Comme pour les différences de genre, il est difficile de tirer des conclusions des données ressortant des deux dimensions, mais on constate que les adolescents plus âgés sont plus sensibles aux droits mettant en jeu la communication avec le thérapeute (droit d'être entendu, droit d'expression, droit à l'information, relation avec le thérapeute, besoin d'être orienté).

Concernant les principaux motifs d'abandon de suivi, on peut résumer les différences entre les âges de la façon suivante :

	Motifs d'abandon	Age	Commentaires	Age
Développement/santé	14,7%	plus de grands ☹	négatifs > positifs	plus de grands ☹
Être entendu	10,3%	plus de grands ☹	négatifs < positifs	plus de grands ☹
Relation avec thérapeute	8,8%	plus de grands ☹	négatifs > positifs	plus de grands ☹
Intérêt supérieur	7,4%	plus de grands ☹	négatifs > positifs	plus de grands ☹

Dans les **Commentaires** sur les aspects positifs/négatifs, en revanche, les corrélations entre respect global des droits de l'enfant et alliance thérapeutique, si elles sont significatives, sont un peu moins fortes. Un grand nombre de droits non respectés correspond tout de même à une alliance thérapeutique moins bonne ($r=-.370$, $p=.002$), et à l'inverse, un grand nombre de droits respectés correspond à une meilleure alliance thérapeutique ($r=.391$, $p=.001$).

Genre

En scindant les groupes filles et garçons, on constate que les corrélations entre respect des droits et alliance thérapeutique sont plus significatives chez les filles :

- Motifs : $r=-.639$, $p<.001$
- Commentaires négatifs : $r=-.428$, $p=.003$
- Commentaires positifs : $r=.426$, $p=.004$

Pour les garçons, il n'y a pas de corrélations significatives, mais la corrélation dans la dimension des Motifs montre tout de même une tendance :

- Motifs : $r=-.368$, $p=.077$
- (Commentaires négatifs : $r=-.239$, $p=.261$)
- (Commentaires positifs : $r=.332$, $p=.113$)

Age

Par ailleurs, les corrélations les plus significatives s'observent dans le groupe des adolescents plus âgés :

- Motifs : $r=-.705$, $p<.001$
- Commentaires négatifs : $r=-.479$, $p=.003$
- Commentaires positifs : $r=.422$, $p=.010$

Pour les plus jeunes, il n'y a pas de corrélations significatives, mais la corrélation dans la dimension des Motifs montre tout de même une tendance :

- Motifs : $r=-.372$, $p=.033$
- (Commentaires négatifs : $r=-.251$, $p=.159$)
- (Commentaires positifs : $r=.239$, $p=.180$)

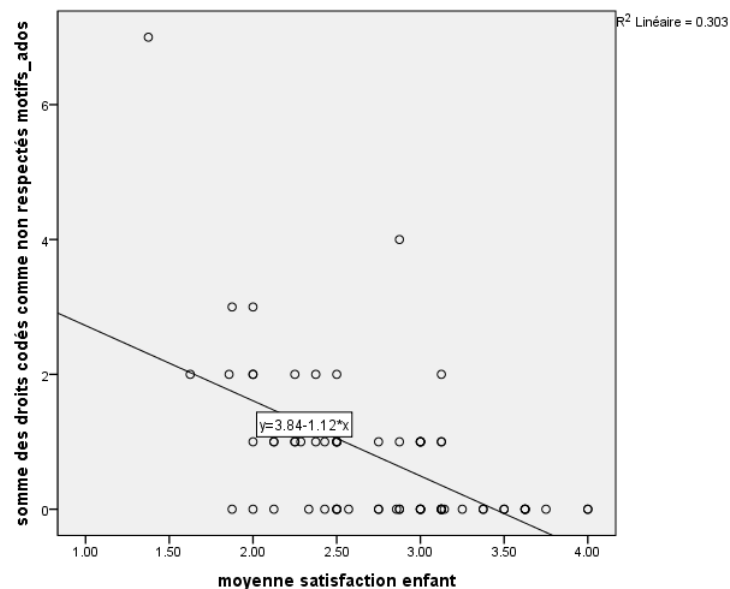
Satisfaction globale et respect des droits de l'enfant

« Je voulais juste plus. C'était pas le seul endroit où j'allais dans la semaine, c'est l'un des endroits où je suis allé en dernier et j'y étais moins bien qu'aux autres. »

Un adolescent de 16 ans et demi (Motifs d'abandon)

On constate pour la question des **Motifs** une forte corrélation négative entre la somme des droits non respectés et la moyenne de satisfaction globale ($r=-.550$, $p=.001$) : quand un grand nombre de droits ne sont pas bien respectés, la satisfaction est plus mauvaise. (Voir figure 9.)

Figure 9 : corrélation entre somme des droits non respectés dans les Motifs et moyenne de la satisfaction globale



Le même cas que pour l'alliance fait figure d'intrus (en haut à gauche), et nous avons vérifié l'impact qu'il avait sur le résultat : la corrélation ne change pas beaucoup lorsqu'on enlève ce répondant (elle reste forte et significative).

Les **Commentaires**, quant à eux, montrent une corrélation significative uniquement pour les droits non respectés, et elle est d'intensité moyenne ($r=-.378$, $p=.001$) : si le manque de respect des droits correspond à une satisfaction moins élevée, on ne peut pas dire que le respect des droits, lui, soit lié à une meilleure satisfaction globale ($r=.200$, $p=.102$).

Genre

Concernant la question des Motifs, la différence entre les genres est faible (garçons : $r=-.599$, $p=.003$; filles : $r=-.558$, $p=.001$). Pour les Commentaires négatifs, on trouve une corrélation d'intensité moyenne et significative uniquement chez les filles : $r=-.481$ et $p=.001$ (pour les garçons : $r=-.169$, $p=.439$).

Age

Là aussi, on observe peu de différences entre les deux groupes d'âge dans les Motifs (plus jeunes : $r=-.581$, $p<.001$; plus âgés : $r=-.611$, $p<.001$). Quant aux Commentaires négatifs, ils montrent une corrélation significative seulement chez les plus âgés : $r=-.541$ et $p=.001$ (pour les plus jeunes : $r=-.145$, $p=.427$).

Pour conclure, les calculs de corrélations mettent en évidence que là où beaucoup de droits sont mal respectés, tant l'alliance thérapeutique que la satisfaction globale sont moins bonnes, mais que c'est surtout plus significatif pour les filles et les adolescents plus âgés.

Résumé des résultats

Les résultats préliminaires ont montré que pour cette population d'adolescents ayant abandonné le suivi thérapeutique, les enjeux les plus importants se jouaient autour de l'**intérêt supérieur**, du **droit au développement et à la santé**, de la **relation avec le thérapeute**, et du **besoin de bienveillance**.

Quant aux résultats statistiques, ils ont fait ressortir certains droits, plus souvent évoqués par les adolescents : il s'agit avant tout du **droit au développement**, du **besoin d'une bonne relation avec le thérapeute**, de l'**intérêt supérieur** et du **droit d'être entendu**.

Concernant les autres droits souvent évoqués, on peut dire que le besoin de bienveillance est très souvent perçu comme bien respecté, tandis que le droit aux prestations de services est souvent perçu comme mal respecté.

Par ailleurs, les **filles** sont particulièrement sensibles au respect du droit au développement et du droit d'être entendu, et les adolescents **plus âgés** sont plus sensibles aux droits qui mettent en jeu la communication avec le thérapeute.

Enfin, on constate que **lorsque beaucoup de droits sont perçus comme mal respectés, l'alliance thérapeutique et la satisfaction globale sont moins bonnes**.

Discussion

Le grand nombre de droits explorés a fourni une abondance d'informations, qui nous présente une réalité complexe. C'est pourquoi les réflexions suivantes prétendent dessiner des tendances plus qu'affirmer des certitudes.

Nos remarques n'ont pas pour but de stigmatiser les soignants : nous ne perdons pas de vue que les réponses nous renseignent sur les *perceptions* des personnes interrogées, c'est-à-dire sur la manière dont elles ont vécu la prise en charge, avec leurs représentations. Cela ne constitue pas une réalité absolue²⁹. Cependant, ces perceptions ne doivent pas être sous-estimées : elles nous permettent de savoir ce qui a le plus marqué les adolescents. Par ailleurs, si les soignants ne sont pas toujours responsables d'un sentiment de manque de respect chez les patients, dans certaines situations ils pourraient être bien placés pour y remédier, ou du moins favoriser un meilleur exercice des droits.

Respect des droits de l'enfant et abandon de suivi

Cette étude avait pour but d'établir d'éventuels liens entre respect des droits de l'enfant et abandon de suivi dans les consultations pédopsychiatriques. Nous discutons ici ces liens à travers la dimension des Motifs d'abandon, et utilisons la dimension des Commentaires pour nuancer la réflexion.

En préambule, notons que, dans les deux dimensions, la relativement grande proportion de cas qui évoquent des droits montre que le respect des droits humains, à tout le moins des notions qu'ils recouvrent, revêt une certaine importance dans de telles prises en charge.

Les droits les plus sensibles

Les statistiques de fréquences ont fait ressortir que le manque de respect de certains droits en particulier constituait un mécontentement entraînant l'abandon de suivi.

Il s'agit principalement du **droit au développement et à la santé**, du **droit d'être entendu**, du **besoin d'une bonne relation avec le thérapeute** et de l'**intérêt supérieur**.

D'autres droits perçus comme mal respectés sont des motifs d'abandon mais, vu le nombre peu élevé de répondants (N=68), les pourcentages sont trop bas pour qu'on puisse en tirer des conclusions fiables.

²⁹ Qui plus est, cette perception subit l'effet du temps : l'enquête a eu lieu, pour certains répondants, plusieurs mois après l'arrêt de la prise en charge, avec le risque que les souvenirs se transforment.

Par ailleurs, il faut noter que même les pourcentages de ces droits les plus sensibles restent relativement bas, ce qui doit rassurer sur la qualité des services de pédopsychiatrie ambulatoire de cette région. Ce constat réjouissant doit tout de même être tempéré par un autre : les pourcentages des droits respectés, dans les Commentaires positifs, ne sont pas beaucoup plus élevés.

Le droit au développement et à la santé

Les propos des adolescents montrent que le manque de respect à ce droit est le motif d'abandon le plus fréquent. Dans les Commentaires, ce droit est moins critiqué, cependant il demeure plus souvent mal respecté que bien respecté.

Les mécontentements concernent surtout l'efficacité du traitement (amélioration de l'état psychique). Ce constat rejoint les conclusions que Biering (2010) a tirées des études existantes sur les perceptions des patients enfants et adolescents : le résultat clinique est l'une des trois composantes³⁰ influençant la satisfaction des adolescents quant aux soins psychiatriques. Dans notre cas, dire que le droit au développement ou à la santé n'est pas respecté quand le suivi n'a pas eu le succès attendu peut paraître un raccourci, d'autant que le succès est souvent moins flagrant dans les soins psychiques et demande plus de temps. A ce sujet, le professeur O. Halfon, directeur du SUPEA au CHUV à Lausanne, a relevé lors d'une conférence que « dans les traitements psychiatriques les médicaments et psychothérapies ont un effet d'amélioration de la vie mais pas d'effet curatif » (décembre 2015). Voilà qui peut expliquer cette impression que le suivi est inutile. Cependant, cela doit nous questionner sur les moyens de mise en œuvre du droit à la santé. En amont, la société pourrait notamment réfléchir à sa perception de la souffrance psychique en général et à sa marge de manœuvre pour la soulager.

Par ailleurs, le fait que le manque de respect à ce droit conduise fréquemment à l'abandon de suivi ne signifie pas que sa pleine réalisation serait suffisante pour prémunir contre l'abandon. L'« amélioration de la vie » passe probablement aussi par la réalisation des autres droits.

Le droit d'être entendu

Le sentiment de ne pas être suffisamment ou correctement entendu et écouté est également un important motif d'abandon. Pourtant, les Commentaires montrent que ce droit est beaucoup plus souvent perçu comme bien respecté que mal

³⁰ Cf. p. 9 du présent travail, sur la « satisfaction globale ».

respecté. Ce paradoxe peut s'expliquer par le caractère particulier de l'écoute dans le cadre thérapeutique : une écoute qui doit *soigner*, aider à comprendre, plus que recueillir un avis en général. Les données révèlent que l'adolescent se sent bien écouté par le thérapeute, mais que parfois son avis n'est pas pris en compte dans les choix de traitement ou les décisions, ou qu'il ne se sent pas correctement compris. Bien sûr, les adolescents qui consultent pour des troubles psychiques n'ont pas toujours conscience de leur maladie, ou ne voient pas que leurs symptômes posent problème. Cependant, si l'on comprend le droit d'être entendu selon l'article 12 de la CDE, il convient de tenir compte des souhaits et demandes de l'enfant – ce qui n'implique pas de les satisfaire aveuglément et systématiquement – et d'entendre et de comprendre son point de vue pour ne pas le négliger. Quelle que soit sa capacité de discernement, « on ne peut guère se passer de l'opinion de l'enfant dans les politiques sanitaires, comme dans les pratiques médicales et hospitalières » (Zermatten, 2009, p. 43). Une telle attitude nous semble apte à favoriser l'écoute et le succès thérapeutiques, notamment en donnant au patient l'impression qu'il est partie prenante de sa guérison, comme le décrit Marcelli :

« La manière dont l'adolescent pourra être entendu et accompagné par un médecin déterminera sa capacité à devenir un < sujet > actif dans l'appropriation et la préservation de sa santé ou au contraire un < patient > objet de soin soumis à la fatalité et à la maladie [...]. Cette < pédagogie de la relation de soin >, caractéristique du cadre de soin que le médecin se donne et des besoins propres au < sujet adolescent >, constitue la base de la psychiatrie de l'adolescent, fait son originalité fondamentale et explique les particularités des prises en charge à cette période de la vie. » (Marcelli, 2002, p. 765)

Si l'adolescent ne se sent pas entendu, on s'expose à un risque, car il reste toujours au patient un ultime moyen de décider... Abandonner un suivi malgré les conseils d'un thérapeute n'offre-t-il pas précisément à l'adolescent, outre la satisfaction de contredire un adulte et ainsi de s'affirmer, la possibilité de prendre une décision ? N'est-ce pas là une manière de dire plus fort ce que le soignant n'a pas su entendre, à savoir que le suivi ne fait pas ou plus sens ? Dans un contexte où les soignants détiennent tout le savoir et beaucoup de pouvoir, l'abandon de suivi peut être une manière pour l'adolescent de reprendre du pouvoir, et de ne plus être patient au sens étymologique du terme, c'est-à-dire passif, « supportant » un traitement, mais agissant. Le fait d'être vu comme une personne plutôt que comme un patient est du reste un des concepts importants selon le point de vue des adolescents

(Biering, 2011). Peut-être serait-il bon d'écouter aussi le fait qu'un adolescent n'a plus besoin de traitement, pour permettre une fin de suivi harmonieuse.

Nous pouvons en tout cas conclure qu'il s'agit d'un droit qui compte pour nombre d'adolescents, globalement bien respecté, mais aussi d'un droit « à risque » : alors même que l'écoute et la parole sont reconnues comme le cœur d'un traitement psychothérapeutique, les adolescents ne se sentent pas toujours suffisamment entendus.

Le besoin d'avoir une relation de qualité avec le thérapeute

Le besoin d'une relation de qualité entre patient et thérapeute est souvent perçu comme mal respecté tant dans les Motifs que dans les Commentaires, où l'on observe un pourcentage non négligeable de non-respect contre un faible pourcentage de respect. Ces résultats confirment l'analyse des données complètes de cette enquête de satisfaction (à travers tous les items qualitatifs et quantitatifs), qui a montré que la relation avec le thérapeute est, plus clairement que d'autres facteurs, en lien avec l'abandon de suivi dans les cas où elle est de mauvaise qualité (Kapp et al., 2015). Abella et Manzano (2000) suggéraient aussi que, chez les enfants et les adolescents, la relation avec le thérapeute est un des facteurs d'abandon de suivi. De même, Biering (2010) a montré que cette relation est l'une des trois composantes influençant la satisfaction des adolescents. Les adolescents font donc difficilement abstraction de l'aspect relationnel. On l'a vu, une simple incompatibilité de caractères peut suffire à compromettre la thérapie même lorsque le travail est bon. La relation est à ce point importante que même la bienveillance du thérapeute, bien cotée par les adolescents, ne suffit pas à compenser une mauvaise relation et à prévenir l'abandon de suivi – certains adolescents disent avoir été traités avec bienveillance mais n'avoir pas eu de feeling avec le thérapeute. Il s'agirait donc d'un besoin incontournable. Cela ne surprend pas dans le sens où, dans les soins psychiques, l'outil de travail est précisément la relation.

L'intérêt supérieur

Chaque adolescent est différent, de même que chaque situation : tout le monde n'a pas les mêmes besoins. Le Comité le rappelle dans son OG 14 sur l'intérêt supérieur, qu'il décrit comme un « concept dynamique nécessitant une évaluation adaptée au contexte spécifique » (point 1). Dans les soins psychiques, il semble que l'individualisation de la prise en charge soit le meilleur garant de l'intérêt supérieur

de l'enfant. Il n'y a pas de vérité universelle : ce qui semble apprécié, c'est davantage le fait, pour l'adolescent, qu'on s'adapte à ses besoins. D'après les propos des répondants, les services de soins devraient s'ajuster au rythme et au type de traitement souhaités, aux demandes concernant le thérapeute souhaité, au degré de motivation. Nous avons pu mettre en évidence à travers les réponses que le manque d'attention à ces notions, sans être alarmant, était récurrent. Il y a en effet une bonne concordance entre les dimensions Motifs et Commentaires négatifs. De plus, le manque de respect n'est pas compensé par les résultats des Commentaires positifs. Pourtant, une psychothérapie n'est-elle pas le lieu par excellence où le fait d'être centré sur l'enfant est d'une importance capitale ? Si l'intérêt supérieur est une notion difficile à définir – tant il dépend justement de la situation – et plus facile à juger après coup, il devrait tout de même intéresser les professionnels, car il offre des pistes pour une pratique respectueuse de l'adolescent. Par ailleurs, une particularité des prises en charge pour enfants et adolescents est la nécessité d'être attentif aussi à l'intérêt de leurs parents, car leur propre intérêt en dépend en partie. C'est une réalité à prendre en compte pour définir l'intérêt supérieur. Du reste, d'après Abella et Manzano, la motivation parentale, dans un suivi, est « considérée par la plupart des auteurs comme reliée significativement à la rupture » (2000, p. 151), et l'on constate plus précisément que les abandons de suivi sont davantage initiés par les mères (Kapp et al., 2015).

Le besoin de bienveillance

Le besoin de bienveillance, au contraire des droits ci-dessus, n'est pas un motif fréquent d'abandon de suivi. Nous le mentionnons parce que, dans les Commentaires, c'est le besoin le plus souvent perçu comme bien respecté par les répondants³¹. Biering (2011) a aussi montré que le sentiment de sécurité et la douceur (*tough love*) sont un des concepts importants selon le point de vue des adolescents. Il semble donc compter pour eux, et il nous paraît important de continuer à encourager des pratiques *child-friendly* : dans la santé psychique peut-être plus que dans la santé somatique, le manque de bienveillance peut être ressenti comme une violence, et nuire au développement et au bien-être. Le respect de ce besoin contribue sans doute aussi au succès d'une prise en charge.

³¹ C'est à la fois beaucoup par rapport aux autres droits, et peu en termes absolus de pourcentage : au fond, seuls 27,9% des cas perçoivent et apprécient cette bienveillance.

Pourtant, si cet aspect paraît nécessaire – une sorte de minimum requis –, il est non suffisant pour garantir un suivi satisfaisant. En effet, il nous faut constater que cette bienveillance n'a pas empêché, pour notre population, l'abandon de suivi.

Interdépendance et indivisibilité des droits

Si certains droits sont apparus comme plus sensibles que d'autres, il est aussi ressorti de cette étude que, bien souvent, ces droits sont *interconnectés*, confirmant les explications du Comité sur la nature interdépendante et indivisible des droits³². Les analyses préliminaires ont d'ailleurs montré que beaucoup de notions traversent plusieurs droits. C'est aussi le cas des besoins (catégorie *Autres*) émergeant des réponses. Ainsi, le non-respect d'un droit est susceptible d'entraîner le non-respect d'autres droits. La bonne nouvelle est que l'inverse est sans doute aussi vrai.

Par exemple, droit d'être entendu et droit de s'exprimer marchent souvent de concert (ils se trouvent du reste côte à côte dans la CDE). Un adolescent qui se sent entendu se sentira encouragé à s'exprimer (les pourcentages sont similaires pour les deux droits). Dans les propos des répondants, on s'aperçoit que le besoin d'une bonne relation avec le thérapeute a partie liée avec le respect des droits à la participation (une relation sécurisante favorise la prise de parole) et avec le respect de l'intérêt supérieur (lorsque la relation est mauvaise, l'adolescent gagnerait à pouvoir changer de thérapeute). Lorsque le traitement n'est pas efficace (droit au développement), l'intérêt supérieur doit inciter à réfléchir à un autre traitement. Enfin, les adolescents font des suggestions pour améliorer les services : si on sait les entendre, on peut offrir de meilleures prestations. Or le droit aux prestations de services est le droit le plus mal coté dans les Commentaires. C'est aussi, d'après les conclusions de Biering (2010), l'une des trois composantes influençant la satisfaction des adolescents (« organisation des services »).

Parmi les droits moins souvent évoqués, on constate que besoin d'être guidé et droit d'être entendu sont parfois liés : on peut se demander si le droit d'être entendu est bien respecté lorsque le thérapeute ne fait qu'écouter sans donner de retour à son patient (lequel peut avoir l'impression de ne pas être pris au sérieux). Respecter le droit à un examen périodique va dans le sens de l'intérêt supérieur de l'adolescent, comme l'indique l'OG 14 sur l'intérêt supérieur : « Toutes les décisions relatives aux soins, au traitement, au placement et aux autres mesures intéressant l'enfant doivent être réexaminées périodiquement » (point 93). Enfin, les besoins de la catégorie

³² Voir aussi Kilkelly & Savage (2013).

Autres – relation avec le thérapeute, stabilité du thérapeute, bienveillance, être guidé – nous sont apparus souvent liés entre eux, peut-être parce qu'ils participent tous à la construction d'une alliance thérapeutique.

Dans la santé psychique, le droit d'être entendu et l'intérêt supérieur sont donc non seulement importants mais ils sont aussi reliés à plusieurs autres droits. Nous sommes tentée de dire qu'ils « méritent » leur statut de principes généraux.

On peut en revanche s'étonner de voir que d'autres droits « réputés » sensibles pour les adolescents (WHO, 2015b) ne sont pas apparus plus fréquemment : par exemple le droit à la confidentialité (vie privée), le droit à l'information, les capacités évolutives. Dans notre population en tout cas, ces droits ne semblent pas si mal respectés. Cela ne signifie pas qu'il ne faille pas s'en préoccuper (il y a quand même des répondants qui sont mécontents), mais il est heureux de constater qu'ils ne sont pas trop mal respectés dans le suivi.

Les groupes les plus sensibles

Il semble que les filles et les adolescents plus âgés (plus de 16 ans et demi) soient des groupes particulièrement sensibles au respect des droits fréquemment évoqués dans les Motifs d'abandon.

Par exemple, alors que les filles sont dans l'ensemble plus satisfaites que les garçons dans les Commentaires, elles abandonnent plus souvent le suivi parce que le droit au développement ou le droit d'être entendu ne sont pas respectés. Étonnamment, ce sont elles aussi qui perçoivent souvent le droit d'être entendu comme bien respecté dans les Commentaires. Il n'est donc peut-être pas le plus préoccupant. Le besoin d'une relation de qualité est aussi plus mal coté par les filles dans les Motifs, mais ce constat est nuancé par les Commentaires, où c'est l'inverse : ce sont les garçons les moins satisfaits. L'intérêt supérieur fait figure d'exception : il est un motif d'abandon plus fréquent pour les garçons que pour les filles.

Pour les quatre droits sensibles, ce sont les adolescents plus âgés qui sont le moins satisfaits. Mais comme pour les filles, si le droit d'être entendu est un important motif d'abandon, il est en même temps souvent perçu comme bien respecté dans les Commentaires. Alors que les résultats dévoilant les droits les plus sensibles peuvent sans doute valoir aussi pour les enfants en général, nous avons ici un indice d'une particularité adolescente : le fait d'être plus âgé correspondrait à une plus grande exigence vis-à-vis de certains droits, et le manque de respect à ces droits ne se laisse pas compenser par le respect des autres droits.

Il est pourtant difficile de savoir si ces groupes sont tout simplement plus sensibles à ces droits ou si les soignants se comportent différemment envers les patients selon le genre, ou l'âge. On peut simplement en déduire qu'il serait bon de prêter une attention d'autant plus soutenue à ces deux groupes : filles et adolescents plus âgés.

Des droits respectés : un bon indice du degré d'alliance et de satisfaction

Dans cette population ayant abandonné le suivi, il ressort de la dimension des Motifs que lorsque beaucoup de droits sont perçus comme mal respectés, les moyennes d'alliance thérapeutique et de satisfaction globale sont moins bonnes. Pour l'alliance thérapeutique, ce sont surtout les filles et les adolescents les plus âgés qui semblent concernés, ce qui alimente encore les préoccupations mentionnées ci-dessus au sujet de ces deux groupes. Les Commentaires montrent la même tendance, bien que la corrélation soit moins forte.

Ces résultats étayent les remarques précédentes sur le lien entre non-respect des droits et abandon de suivi. On peut en effet induire, à travers les notions de l'alliance thérapeutique et de la satisfaction globale, elles-mêmes liées à l'abandon de suivi, que le non-respect global des droits entretient lui aussi un lien avec l'abandon de suivi.

Dans le versant positif des Commentaires, les résultats montrent qu'un grand nombre de droits respectés correspond aussi à une meilleure alliance thérapeutique. On peut donc se demander si le respect des droits n'est pas, parmi d'autres, un facteur de protection. Ce serait là une question à approfondir. En revanche, on constate qu'un bon respect des droits n'est pas significativement lié à une meilleure satisfaction globale.

Ces remarques, si elles ne permettent pas d'affirmer que le respect des droits peut prévenir l'abandon de suivi, montrent que le manque de respect n'y est pas étranger.

Dans la pratique : droits dans la santé, droit à la santé

En conséquence, une approche *child-friendly*, respectueuse des droits, semble propice à une prise en charge de bonne qualité. Elle peut même augmenter la qualité du suivi (Kilkelly & Savage, 2013). Le respect des droits dans la santé, en favorisant le succès d'une prise en charge, favoriserait donc le droit à la santé.

Droits, besoins, bonne santé : des notions au carrefour des disciplines

Les concepts de la santé psychique et ceux des droits de l'enfant n'ont pas trop de peine à se rencontrer. Par exemple, les résultats quantitatifs de l'enquête ont mis en évidence que les facteurs influençant le plus l'alliance thérapeutique et la satisfaction globale (fait d'être rassuré au premier entretien, satisfaction quant à la fréquence des rendez-vous, temps pour poser des questions, Kapp et al., 2015) font écho à des concepts chers aux droits de l'enfant (accueil *child-friendly*, intérêt supérieur, droits de s'exprimer et d'être entendu). L'application des droits de l'enfant vise à favoriser la santé et le bien-être : c'est bien là aussi l'objectif des soins psychiques et de la santé en général. C'est dans ce but également que les services de soins médicaux ont édicté des règles concernant le droit des patients, qui doivent leur permettre de faire entendre leur voix et d'être acteurs dans leur prise en charge. La capacité d'agir des adolescents au bénéfice de soins psychiques dépend aussi du regard de la société sur la santé psychique et sur l'adolescence, des choix qu'elle lui laisse grâce aux règles – parfois tacites – qu'elle met en place. Le fait de « jouir du meilleur état de santé possible » (CDE art. 24, al. 1) passe sans doute par toutes ces exigences issues de différentes disciplines. Et le manque d'attention à leurs points communs pourrait expliquer en partie l'abandon de suivi.

Un outil pour la clinique

Il nous semble que l'attention aux droits de l'enfant en général, et à certains droits en particulier, pourrait constituer un outil pour la pratique clinique.

Si dans notre pays les professionnels sont bien au fait des particularités psychosociales et développementales de l'enfance et de l'adolescence ainsi que de leurs besoins, ils sont peut-être moins renseignés sur les exigences de la CDE.

A cet égard la Suisse, qui a pourtant ratifié la CDE il y a près de vingt ans (en 1997), n'a toujours pas légiféré les droits de l'enfant dans le domaine de la santé, malgré l'obligation édictée par l'article 3 alinéa 2 : « Les Etats parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être [...] et ils prennent à cette fin toutes les mesures législatives et administratives appropriées. » D'après l'OG 15 sur la santé des enfants, les Etats sont en effet « tenus d'introduire dans leur législation nationale, de mettre en œuvre et de faire appliquer les normes adoptées sur le plan international qui concernent le droit de l'enfant à la santé ». Le Comité s'est du reste inquiété, dans ses récentes Observations finales à la Suisse (2015), « de

ce que les activités de formation aux droits de l'enfant pour les professionnels qui travaillent avec ou pour les enfants ne sont pas systématiques ou sont incomplètes » (point 20). Il ne s'agit pas d'une question de bons sentiments mais de devoirs, légaux et philosophiques, que la Suisse a vis-à-vis des enfants. Lansdown (2000), commentant la mise en œuvre des droits de l'enfant et de la santé, précise que le respect des droits n'est pas une option, comme une faveur envers les enfants, mais que les droits engendrent des obligations.

Un cadre légal faciliterait le travail des professionnels. C'est d'eux que dépend une prise en charge de l'enfant respectueuse de ses droits. Comme le soulignent Kilkelly & Savage (2013), les professionnels sont les instruments de la protection des droits de l'enfant, et c'est aussi à eux de les promouvoir et de les instaurer.

Au-delà du respect : pour une mise en œuvre des droits

Nous avons, jusqu'ici, beaucoup parlé de *respect* des droits. Or l'application des droits va plus loin que le simple respect. Une bonne mise en œuvre des droits humains oblige l'Etat qui en est le garant à trois niveaux : l'obligation de *respecter*, l'obligation de *protéger*, et l'obligation de garantir et de *donner effet* (<http://www.humanrights.ch/fr/service/connaissances/obligations/>), qu'on a coutume de résumer par le trio de vocables anglais *respect, protect, fulfill* (respecter, protéger, instaurer).

Il nous paraît pertinent, pour notre réflexion, de transposer ces obligations étatiques au niveau des personnes ou des structures de soins, non pas d'un point de vue juridique³³, mais d'un point de vue philosophique, afin de favoriser l'esprit de la CDE.

« Respect » – respecter les droits

Un Etat partie à un traité sur les droits humains doit lui-même respecter les droits, c'est-à-dire éviter d'entraver de manière active l'exercice des droits des individus.

Pour des personnes ou pour un service, il n'est pas toujours évident de savoir comment agir. On pourrait pallier le manque de lignes directrices en faisant une charte au sein des services, comme l'a fait l'UMSA, Unité multidisciplinaire de santé des adolescents (actuelle DISA, Division interdisciplinaire de santé des adolescents)³⁴ sous l'impulsion du professeur P.-A. Michaud : la charte est affichée à l'entrée de

³³ La CDE est un traité qui lie les Etats, non les personnes.

³⁴ Il s'agit d'un service de consultation pour les adolescents (santé somatique) rattaché au Département médico-chirurgical de pédiatrie du CHUV.

l'unité, et insiste notamment sur l'intérêt de renforcer l'autonomie des patients et leur capacité de prendre des décisions (Michaud, in Baltag & Mathieson, 2010).

« Protect » – protéger les droits

La protection constitue un pas de plus : il ne s'agit pas seulement de respecter les droits, mais aussi de les protéger contre les abus des tiers. A son niveau, l'Etat doit prendre les précautions nécessaires pour prévenir un risque avéré d'atteinte aux droits humains et, si un droit devait être finalement violé, il devrait veiller à ce que réparation soit obtenue (Human Rights Watch, *ibid.*).

En s'inspirant de cette conception, on peut encourager les soignants à être attentifs aux éventuelles violations des droits de leurs patients, perpétrées par d'autres qu'eux. A ce sujet, il nous a semblé que les soignants protégeaient plus souvent qu'on ne croit leurs patients contre la violence. Le mécontentement de certains parents qui se sont sentis soupçonnés de maltraitance n'est-il pas un signe que le professionnel de la santé s'est préoccupé de protéger l'adolescent ?

« Fulfill » – instaurer les droits

Ce terme traduit l'ultime étape : le fait d'*instaurer* un droit, de prendre des mesures positives pour en promouvoir l'exercice. Il consiste à garantir que les droits humains d'un individu peuvent être effectifs, en créant les conditions nécessaires à la jouissance réelle d'une garantie de droits humains (Human Rights Watch, *ibid.*).

Dans notre étude, nous avons constaté que le droit de s'exprimer aurait parfois gagné à être davantage instauré. Par exemple, ce droit n'est pas favorisé si les conditions de rencontre impressionnent l'adolescent (c'est le cas quand il y a trop de professionnels en même temps). Le fait de ne pas poser de questions à un adolescent qui ne sait pas quoi dire ou le fait de poser des questions qui mettent mal à l'aise n'aident pas non plus l'expression. Enfin, un adolescent obligé de se rendre à une consultation contre son gré ne se sent sûrement pas encouragé à s'exprimer.

En revanche, à un niveau plus large, il faut noter que l'enquête de satisfaction est une excellente manière de donner effet au droit de s'exprimer, en accord avec une recommandation du Comité dans son OG 15 sur la santé des enfants, à savoir « que des évaluations de la qualité des soins dispensés par les établissements de soins soient effectuées régulièrement » (point VI E 2 d) e). Une telle démarche permet aux adolescents de participer à l'amélioration des prises en charge, et doit se poursuivre.

Ainsi, si le respect des droits ne prévient peut-être pas à lui seul un abandon de suivi – on l'a vu avec les corrélations –, le fait d'aller un peu plus loin, en protégeant et en instaurant ces droits, pourrait peut-être contribuer à limiter ce phénomène.

Limites et forces de l'étude

Population

Le nombre de répondants adolescents (N=68) n'est pas très élevé, de sorte que les pourcentages bas ne concernent parfois qu'un ou deux cas. C'est d'autant plus vrai lorsqu'on scinde cette population en deux groupes (pour le genre et l'âge). Ainsi, il est difficile de généraliser les résultats. De plus, il s'agit d'un contexte précis (des consultations ambulatoires, en Suisse romande), et les résultats ne sont pas forcément applicables à un contexte différent.

Par ailleurs, après le temps qui sépare la fin d'une prise en charge et l'enquête de satisfaction, les souvenirs des répondants ont pu se transformer, nous livrant une réalité approximative. Toutefois, bien que peu objective, celle-ci informe des traces qu'un suivi a laissées dans l'esprit d'un adolescent. Que cela soit exagéré ou non importe peu : cela témoigne des attentes et des besoins de cet adolescent.

Enfin, la définition de l'abandon de suivi est subjective : il s'agit de l'appréciation du thérapeute concernant les patients qui arrêtent le suivi de leur propre chef tandis que lui-même juge que le suivi devrait se poursuivre. Or, nous l'avons vu dans les résultats, les perceptions entre thérapeute et patient sur la nature de l'arrêt du suivi ne coïncident pas toujours, même si cela reste exceptionnel.

Biais

Le questionnaire de l'enquête de satisfaction propose des items mettant en avant certaines notions (telles que la relation avec le thérapeute, le changement de thérapeute, l'accueil, l'efficacité), qui peuvent orienter les réponses des participants. Cependant, toutes les notions n'ont pas suscité le même engouement chez les répondants : les notions qui resurgissent souvent semblent donc importantes. En outre, les réponses des Commentaires sur les aspects positifs/négatifs ne subissent pas cette influence d'une logique « d'adultes », puisqu'il s'agissait des deux premières questions posées. Qui plus est, notre outil de travail – la grille de droits – a été établi de manière indépendante : hormis pour la catégorie *Autres*, les droits ont

été choisis sur la base des directives des références internationales sur la santé, et non sur les notions contenues dans le questionnaire.

La question des droits

Les participants n'ont pas été interrogés sur la question des droits de l'enfant : ils ne « répondent » pas à nos questions, mais à celles d'une enquête de satisfaction. Leurs réponses n'offrent donc probablement pas une vision complète de la problématique du respect des droits. Ce n'est pas parce qu'un droit n'est pas évoqué qu'il n'a pas été mal respecté. D'un autre côté, cette manière de faire présente un avantage : n'ayant pas connaissance du sujet sur lequel nous les interrogeons, les répondants ne sont pas portés à produire des réponses conformes à nos attentes.

Un grand nombre de droits

Peut-être aurait-il été plus instructif de choisir un nombre de droits plus restreint (en regroupant les droits ayant des affinités, par exemple) : les pourcentages auraient été plus élevés et les résultats plus aisés à interpréter. Il nous semble toutefois que cette manière de faire aurait gommé certaines spécificités et que nous aurions perdu en finesse (les droits à la participation, par exemple, montrent des résultats différents les uns des autres). Par ailleurs, la grille de droits elle-même peut être une source d'informations utile pour les professionnels : elle présente l'avantage de répertorier les droits importants dans la santé.

Une réalité complexe

L'exercice du codage nous a montré que le respect des droits de l'enfant n'est pas toujours facile à déterminer. La réalité est plus complexe que ne le montre le codage (1 ou -1) : tous les droits ne sont pas « respectés » ou « bafoués » de manière égale, il y a différents degrés. Parfois, un droit pourrait simplement être *mieux* respecté. Le respect mais aussi la protection et l'instauration des droits ne peuvent être appréhendés avec une vision dualiste. En outre, le fait d'utiliser des catégories « rigides » (alors que les droits sont souvent liés) réduit encore la réalité. Notre démarche visait surtout à repérer les droits et besoins qui n'étaient pas suffisamment pris en compte, afin d'attirer l'attention et de donner des pistes de réflexion.

Subjectivité du chercheur

Le travail de codage contient une part d'interprétation. Il n'est pas si facile de jauger si un droit a été ou non mal respecté à travers des propos parfois ambigus, du fait justement que l'enquête ne portait pas sur la question des droits. Nous avons fait l'effort de nous placer à chaque fois du point de vue du répondant. Il n'en reste pas moins que ce travail est tributaire de la subjectivité du chercheur. Nous avons tout de même pris soin de faire tester la grille de lecture par trois personnes. Ainsi, si le travail effectué traduit un regard particulier, il offre aussi la garantie que les données ont été vues plusieurs fois avec le plus d'ouverture, d'attention et d'objectivité possible. Par ailleurs, c'est aussi le moyen de proposer un point de vue nouveau qui, nous l'espérons, aura pu nourrir les observations faites par les spécialistes de la santé psychique. Nous avons également tenté de nous laisser instruire par les répondants eux-mêmes, grâce à la catégorie *Autres droits*. Les adolescents ont ainsi participé, sans le savoir, à reconstruire la grille des droits importants dans ce domaine, et à nous proposer de nouvelles questions.

Compte tenu de toutes ces remarques, les résultats doivent être considérés avec précaution. Cependant, ils nous semblent offrir des indices particulièrement intéressants sur la place des droits de l'enfant dans la santé psychique, et sur les défis qui l'attendent peut-être : les droits mis en relief par nos observations sont probablement ceux pour lesquels il faudrait être vigilant, notamment pour prévenir les abandons de suivi. Plusieurs de nos résultats ont confirmé l'importance de notions déjà mises en évidence par des recherches en psychologie. Quant aux éléments nouveaux que nous avons pu faire ressortir, ils fournissent au monde pédopsychiatrique quelques arguments pour orienter les pratiques dans le sens des droits de l'enfant, et d'un meilleur droit à la santé.

Conclusion

La santé psychique des adolescents est un champ plus vaste qu'il n'y paraît, qui comporte des enjeux parfois différents de ceux de la santé somatique en termes de droits de l'enfant. Le présent travail n'est qu'une approche, un état des lieux très partiel de la question des droits dans ce domaine concernant l'adolescent. Il espère enrichir les connaissances en droits de l'enfant. Il se veut, en même temps, une manière de faire connaître les droits aux praticiens de ce milieu, et d'élargir leur champ d'action.

Découvertes

Cette étude a mis en évidence que certains mécontentements sources d'abandon de suivi, dans le contexte ambulatoire, s'apparentaient à des droits qui auraient pu être mieux respectés. La situation n'est pas inquiétante quantitativement, mais les données révèlent que certains aspects peuvent être améliorés. Cette vue d'ensemble invite à être attentif aux droits de l'enfant en général dans la santé psychique, et à quelques droits en particulier. L'efficacité des traitements est importante, mais il ne faut pas oublier de prendre en compte le bien-être présent de l'adolescent, son besoin de confiance envers le thérapeute, et son besoin de participer aux décisions : autant d'éléments témoins d'une prise en charge respectueuse de l'enfant, qu'on peut appeler *child-friendly*. Si les pratiques vont déjà dans ce sens-là, il manque peut-être des lignes directrices qui s'appuient sur les droits et qui précisent les besoins propres aux adolescents.

Défis à venir

Dans cette ligne, il serait important de mieux faire connaître les droits de l'enfant aux professionnels. La santé psychique est un domaine où les droits de l'enfant sont souvent respectés, mais ne sont peut-être pas encore conscientisés comme dans d'autres domaines où la réflexion « droits de l'enfant » est déjà présente (par exemple le domaine du placement). Une sensibilisation aux exigences de la CDE serait sans doute profitable et permettrait de concrétiser, dans l'esprit des soignants et des patients, la notion de sujet de droits.

On l'a vu, les buts des droits de l'enfant et des soins psychiques ne diffèrent pas fondamentalement. L'ouverture à des notions issues d'autres champs disciplinaires pourrait renforcer les compétences pour mieux atteindre ces buts.

Ainsi, la connaissance des droits de l'enfant pourrait constituer un outil pour les professionnels, apte à les aider dans des décisions délicates ou à les sortir de certaines impasses, en remettant la voix de l'enfant au centre. Ce serait une manière de donner du sens aux droits de l'enfant dans ce domaine. Surtout, cet outil ferait coup double : si les professionnels utilisent les droits pour guider leur pratique, la mise en œuvre des droits eux-mêmes en sera renforcée.

Perspectives

Il serait sûrement très instructif d'étudier le respect des droits de l'enfant dans d'autres contextes que les soins ambulatoires, par exemple l'hospitalisation, les centres de crise, les prises en charge par les équipes mobiles : d'autres problèmes, mais probablement aussi d'autres bonnes pratiques pourraient émerger, qui élargiraient les perspectives de mise en œuvre des droits.

Par ailleurs, il nous semblerait judicieux de choisir l'un ou l'autre droit en particulier pour mener une recherche plus approfondie. Ce pourrait être le droit d'être entendu, qui nous a semblé particulièrement intéressant : les résultats contrastés montrent que c'est un droit pour le moins complexe dans le contexte de la santé psychique (écoute thérapeutique n'est pas nécessairement écoute au sens large), et probablement indispensable, vu ses liens avec de nombreux autres droits.

Enfin, les droits des patients ne se cantonnent pas au moment et au contenu d'une prise en charge. On gagnerait sans doute à réfléchir à la préparation au suivi et à la pertinence de continuer un suivi auquel l'adolescent est hostile : le droit à la santé et à des services de prestations doit rester un droit, et ne pas devenir un devoir pour l'adolescent. Si le respect des droits ne peut pas toujours empêcher l'abandon de suivi, il pourrait au moins, en augmentant le bien-être des patients, leur donner le message qu'ils peuvent revenir le jour où ils en auront besoin.

Nous avons postulé dans ce travail que, pour la santé psychique, droit à la santé et droit au développement se rejoignent. Au fond, il nous semble que la CDE évoque à juste titre la *santé mentale* davantage dans le cadre du *développement* : le bien-être psychique est en effet nécessaire à l'enfant pour qu'il ait la possibilité de se développer. Les soignants ont donc une grande responsabilité. Et peut-être que l'attention aux droits de l'enfant pourrait les aider dans ce métier, pas facile, de *soigner*. Sûrement qu'elle pourrait aider les enfants et les adolescents dans leur métier à eux, pas forcément plus facile : celui de *grandir*.

Références

- Abella, A., et Manzano, J. (2000). Les ruptures de traitement (drop-out) en pédopsychiatrie : une revue. *Schweizer Archive of Neurology and Psychiatry*, 15(3), 86-92.
- Baltag, V., & Mathieson, A. (2010). Youth-friendly health policies and services in the European region : Sharing experiences.
- Biering, P. (2010). Child and adolescent experience of and satisfaction with psychiatric care : A critical review of the research literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(1), 65-72.
- Biering, P., & Jensen, V. H. (2011). The concept of patient satisfaction in adolescent psychiatric care : a qualitative study. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*, 24(1), 3-10.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance : New directions. *The working alliance : Theory, research, and practice*, 13-37.
- Confédération suisse, Office fédéral de la statistique OFS. (2014). Statistiques de la santé 2014. Neuchâtel. *Statistiques de la Suisse*, ch. 14.
- Edlund, M. J., Wang, P. S., Berglund, P. A., Katz, S. J., Lin, E., & Kessler, R. C. (2002). Dropping out of mental health treatment: patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *American Journal of Psychiatry*.
- Fitzpatrick, R. (1993). Scope and measurement of patient satisfaction. *Measurement of patients' satisfaction with their care* (Fitzpatrick, R., Hopkins, A., ed.). London : Royal College of Physicians, 1-17.
- Gerrig, R., et Zimbardo, P. (2008). Psychologie (18e éd.) (Serge Nicolas, trad.). (Ouvrage original publié en 2008 sous le titre : Psychology and Life, 18th international edition. Pearson Education).
- Henzen, A. (2015). *Facteurs prédictifs des drop-outs dans un centre de crise à Genève* (Doctoral dissertation, University of Geneva).
- Kapp, C., Perlini, T., Stéphan, P., Urrego, A. R., Vallon, M., Macias, M., ...Halfon, O. (2013). La qualité des soins dans les consultations ambulatoires pédopsychiatriques du canton de Vaud. *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry*, 164(1) : 26-30.

- Kapp, C., Perlini, T., Baggio, S., Stéphan, P., Urrego, A. R., Rengade, C. E., ...Halfon, O. (2014). Qualités psychométriques du Consumer satisfaction questionnaire (CSQ-8) et du Helping alliance questionnaire (HAQ). *Santé Publique*, 26(3), 337-344.
- Kapp, C., Perlini, T., Holzer, L., Halfon, O., Urban, S. (2015). Factors influencing quality indicators of outpatients from child and adolescent mental health services (CAMHS). 16th international Escap Congress, From Research to clinical practice : linking the expertise, Madrid, Spain 20-24 June 2015
<http://www.escap2015.com/index.php/programme> récupéré le 2 décembre 2015.
- Kilkelly, U., & Savage, E. (2013). Child-friendly healthcare : A report commissioned by the ombudsman for children.
- Lansdown, G. (2000). Implementing children's rights and health. *Archives of disease in childhood*, 83(4), 286-288.
- Marcelli, D. (2002). La spécificité de la psychiatrie de l'adolescent. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 186(4), 759-778.
- Morrow, V. (2008). Ethical dilemmas in research with children and young people about their social environments. *Children's Geographies*, 6(1), 49-61.
- Morrow, V. (2009). The ethics of social research with children and families in Young Lives : practical experiences : Young Lives Working Paper 53.
- OMS, FNUAP, Unicef. (1997). Action en faveur de la santé des adolescents : vers un plan d'action : recommandations d'un groupe d'étude conjoint.
- Piaget, J. (1964). *Six études de psychologie*. Paris, Denoël/Gonthier.
- Unicef. (2002). Manuel d'application de la Convention relative aux droits de l'enfant. *Publications des Nations Unies, Bureau régional pour l'Europe, Atar Roto Presse, Genève*, 42. (Ouvrage original publié en 2002 sous le titre : *Implementation Handbook for the Convention on the Rights of the Child* – 1^{re} édition juillet 1999 – édition entièrement révisée 2002).
- World Health Organization. (2015a). Core competencies in adolescent health and development for primary care providers : including a tool to assess the adolescent health and development component in pre-service education of health-care providers.
- World Health Organization. (2015b). Global standards for quality health-care services for adolescents : a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents.

Zermatten, J. (2009). Le droit de l'enfant d'exprimer son opinion et d'être entendu (art. 12 CDE). *Le droit des enfants de participer. Norme juridique et réalité pratique: contribution à un nouveau contrat social*. Sion : IUKB/IDE, 13-44.

Conférences

Halfon, O., A propos du syndrome Severe Mood Dysregulation introduit dans le DSM-5, regard épistémologique sur les classifications actuelles en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Conférence du SUPEA donnée au CHUV à Lausanne le 1er décembre 2015.

Michaud, P.-A. (2014). Le soin aux adolescents, des aspects légaux aux enjeux éthiques. Actes du colloque La révolution silencieuse, 25 ans des droits de l'enfant, Ville de Genève, 67-75.

Normes et législations

Assemblée générale des Nations Unies. (1948). Déclaration universelle des droits de l'homme. *Résolution 217A (III), Paris, 10*.

Assemblée générale des Nations Unies. (1966). Pacte international relatif aux droits civils et politiques. Adopté par l'Assemblée générale dans sa résolution, 2200, 171.

Assemblée parlementaire de la Communauté européenne. (2003, 22 octobre) Adolescence en détresse : une approche sociale et sanitaire du mal-être des jeunes.

Comité des droits de l'enfant. (2003). *Observation générale n° 4 La santé et le développement de l'adolescent dans le contexte de la Convention relative aux droits de l'enfant*.

Comité des droits de l'enfant. (2013). *Observation générale n° 14 sur le droit de l'enfant à ce que son intérêt supérieur soit une considération primordiale*.

Comité des droits de l'enfant. (2013). *Observation générale n° 15 Le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible*.

Comité des droits de l'enfant. (2015). *Observations finales sur les 2e à 4e rapports périodiques combinés de la Suisse*.

Comité des ministres du Conseil de l'Europe. (2004). *Recommandation Rec(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux*.

Conseil de l'Europe. (1950). Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, dénommée depuis Convention européenne des droits de l'homme (1950).

Constitution fédérale de la Confédération suisse, du 18 avril 1999
(Etat le 14 juin 2015).

Déclaration de Hawaï. (1977). Les lignes directrices en éthique adoptées par l'Association mondiale de psychiatrie, 1977. *BMJ*, 2, 1204-5.

L'essentiel sur les droits des patients. 2013 (Berne, Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel, Tessin, Valais et Vaud) http://www.aspr-svg.ch/ocm/ocmaddins/images/CustomData/DDP_oct_2013.pdf
récupéré le 30 décembre 2015.

Nations Unies. (1989). Convention internationale relative aux droits de l'enfant.

Nations Unies. (1991). Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale (résolution 46/119 de l'Assemblée générale, du 17 décembre 1991, annexe).

Organisation mondiale de la santé. (1978, septembre). Déclaration d'Alma-Ata. In *Conférence internationale sur les soins de santé primaire, tenue à Alma-Ata (URSS) du* (Vol. 6).

Organisation mondiale de la santé. Bureau régional de l'Europe. (1985). *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*. OMS (Organisation mondiale de la santé).

Organisation mondiale de la santé (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. *Ottawa : OMS, Santé et Bien-être social. Canada. CPHA*.

Organisation mondiale de la santé. (2005). Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe : relever les défis, trouver des solutions : première Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale 12-15 janvier 2005.

Service de l'information des Nations Unies. (1976). *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*.

Grille de lecture détaillée

En noir : notions extraites de la CDE et des OG 4 et 15, parfois des OG 12, 13 et 14

En rouge : éléments spécifiques à la santé psychique découverts à la lecture des données

Droit aux prestations : accès aux services de soins (CDE art. 3 ; 24 ; 26)

- bénéficier d'un accès aux services (disponibilité, rapidité pour avoir un rendez-vous, souplesse pour les horaires, accessibilité, coûts financiers), d'une bonne qualité des structures (ressources linguistiques, interprètes : le langage est très important dans les prises en charge psychothérapeutiques)

Droit aux prestations : prise en charge de qualité (CDE art. 3)

- être traité par un personnel soignant compétent (notamment concernant les particularités de l'enfance/adolescence) ayant savoir-faire et expérience, capable de poser le bon diagnostic, apte à travailler en réseau avec les professionnels et à demander des conseils aux collègues si besoin

Droit à la vie et au développement, droit à la santé (CDE préambule ; art. 6 ; 24 ; 29)

- pouvoir se développer le plus harmonieusement possible, s'épanouir, développer ses aptitudes mentales et physiques ; pouvoir jouir du meilleur état de santé possible, améliorer son état de santé, en évitant que le suivi ne stagne ; avoir des entretiens suffisamment approfondis

Droit à la non-discrimination (CDE art. 2)

- ne pas être moins bien traité que les adultes ; en tant qu'enfant/adolescent, être traité comme tous les autres enfants/adolescents

Participation : droit d'exprimer son opinion (CDE art. 12-13)

- pouvoir s'exprimer ou choisir de ne pas s'exprimer ; pouvoir participer activement aux décisions, y compris celle d'aller à la première consultation ; pouvoir consentir à un traitement ou le refuser, s'exprimer sur le choix du traitement, le type de prise en charge ; participer aux décisions concernant la planification et la fourniture des services de santé nécessaires ; s'exprimer sur le choix du thérapeute

Participation : droit d'être entendu (CDE art. 12)

- voir son opinion prise en considération, respectée (sur le fait de maintenir ou non un suivi quand on ne considère pas la prise en charge pertinente/nécessaire ou qu'on y est hostile) ; être écouté ; être correctement compris

Participation : droit d'avoir accès à l'information (CDE art. 17 ; 24 ; 29)

- recevoir de l'information sur la santé en général ; sur son dossier médical (information adaptée, avec aide permettant de mettre à profit l'information) ; sur ses droits dans le cadre de la santé ; **savoir qu'on peut retourner à la consultation si besoin**

Droit à la vie privée (CDE art. 16)

- pouvoir compter sur le secret professionnel, la confidentialité

Intérêt supérieur comme considération primordiale (CDE art. 3)

- dans le cadre d'une prise de décision ou d'une action : être assuré que les soignants ont une attitude centrée sur l'adolescent ; prennent des décisions qui privilégient son intérêt, son bien-être ; **individualisent la prise en charge : s'ajustent aux besoins du patient, adaptent le rythme des rencontres, les activités, le type de traitement ; ne manquent pas de prendre une décision lorsque c'est nécessaire ; tiennent compte de l'intérêt du patient pour décider de maintenir ou non un suivi (si le patient juge qu'il n'a pas ou plus de problèmes, la prise en charge n'a pas de sens)**

Prise en compte des capacités évolutives (CDE préambule ; art. 5 ; 14)

- bénéficier d'une prise en charge qui s'ajuste à l'âge et au développement, qui se mette au niveau de l'enfant/adolescent

Respect des droits et devoirs des parents (CDE pré. ; art. 3 ; 5 ; 14 ; 18 ; 24)

- bénéficier d'une prise en charge qui reconnaisse l'importance du rôle des parents ; qui respecte leur responsabilité d'élever leur enfant et d'assurer son développement, et de le guider dans l'exercice de ses droits ; qui respecte la vie privée et familiale (sauf si ce n'est pas dans l'intérêt supérieur de l'enfant)

Non-violence : droit à la dignité, au respect (CDE préamb. ; art. 19 ; 29 ; 39)

- être traité et reconnu comme un sujet de droits, non comme un objet ; être respecté dans son statut d'individu et ses valeurs ; **ne pas être jugé**

Non-violence : protection contre la violence (CDE préambule ; art. 19 ; 34)

- être protégé contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales ; se voir garantir l'intégrité physique, psychologique, morale et spirituelle

Droit à un réexamen périodique (CDE art. 25)

- bénéficier d'une réévaluation régulière de la situation qui tienne compte de sa perception du temps et de son développement, avec une vision dynamique, **et évite que ça finisse par « tourner en rond ».**