

## Étude mixte des besoins d'enfance et des antécédents familiaux : de l'association aux mesures de prévention des hospitalisations. Exploration des conséquences sur les trajectoires en psychiatrie adulte

**Auteur :** Righetti, Giuliano

**Promoteur(s) :** 30632; 30633

**Faculté :** Faculté de Médecine

**Diplôme :** Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique

**Année académique :** 2025-2026

**URI/URL :** <http://hdl.handle.net/2268.2/25495>

---

### Avertissement à l'attention des usagers :

*Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.*

*Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.*

---

Étude mixte des besoins d'enfance et des antécédents familiaux : de  
l'association aux mesures de prévention des hospitalisations.  
*Exploration des conséquences sur les trajectoires en psychiatrie adulte.*

Mémoire présenté par **Giuliano RIGHETTI**

En vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé Publique

Finalité spécialisée en praticien spécialisé de Santé Publique

Année académique 2025 - 2026

Étude mixte des besoins d'enfance et des antécédents familiaux : de  
l'association aux mesures de prévention des hospitalisations.  
*Exploration des conséquences sur les trajectoires en psychiatrie adulte.*

Mémoire présenté par **Giuliano RIGHETTI**

En vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé Publique

Finalité spécialisée en praticien spécialisé de Santé Publique

Promoteur : **Pr Eric CONSTANT**

Co-promoteur : **Mme Sibel AYHAN**

Année académique 2025 – 2026

## Remerciement

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagné et soutenu dans la réalisation de ce mémoire.

Je remercie tout d'abord le Professeur Éric Constant, promoteur de ce mémoire, pour ses conseils, son implication et le cadre scientifique qu'il m'a apporté tout au long de ce travail.

Je remercie également Madame Sibel Ayhan, ma co-promotrice, pour son expertise, sa disponibilité et son implication dans la réalisation de ce mémoire. Son aide, sa présence et ses conseils ont été essentiels.

J'adresse aussi mes remerciements à Monsieur Pirlet, délégué à la Protection des Données du CHU de Liège, pour le temps qu'il m'a accordé et pour son aide concernant les aspects liés au RGPD.

Je remercie Monsieur Olivier Brasseur, responsable du dossier patient informatisé au CHS Notre-Dame-des-Anges, pour son aide dans l'adaptation du DPI et pour son soutien apporté au volet quantitatif de cette étude.

Je souhaite également remercier Madame Yasemin Ayhan, psychologue clinicienne, assistante et doctorante en Psychologie de la santé à l'université de Liège, pour ses conseils et la relecture attentive de cette étude.

Je remercie l'ensemble de la direction du CHS Notre Dame des Anges pour m'avoir offert l'opportunité de mener cette étude au sein de leur institution.

Je remercie ma famille et, tout particulièrement, ma compagne pour sa patience, son soutien et ses encouragements tout au long de ces nombreux mois de travail.

Enfin, je souhaite terminer en mettant en avant les participants à cette étude, qui n'aurait pas pu voir le jour sans leurs témoignages. Je tiens à les remercier chaleureusement, pour m'avoir accordé de leur temps et avoir partagé leurs expériences de vie avec sincérité.

## Table des matières

|                                                                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Préambule                                                                                                              | 1  |
| 2. Introduction                                                                                                           | 2  |
| 2.1. Généralités                                                                                                          | 2  |
| 2.1.1. La santé mentale : enjeu majeur                                                                                    | 2  |
| 2.1.2. Lien entre trajectoires psychiatriques adultes et déterminants précoces                                            | 4  |
| 2.1.3. Notion d'antécédents familiaux psychiatriques comme facteur de risque, mais aussi comme facteur organisationnel    | 6  |
| 2.2. Les hospitalisations psychiatriques et la ré-hospitalisation                                                         | 7  |
| 2.2.1. La ré-hospitalisation comme indicateur de continuité ou d'échec du soin.                                           | 8  |
| 2.3. Le contexte local                                                                                                    | 8  |
| 2.4. Tensions persistantes et zones aveugles : du constat clinique au gap scientifique                                    | 9  |
| 2.5. Cadre d'analyse théorique                                                                                            | 11 |
| 2.6. Question de recherche et objectifs de l'étude                                                                        | 11 |
| 2.7. Hypothèse                                                                                                            | 12 |
| 3. Matériel et Méthode                                                                                                    | 12 |
| 3.1. Type d'étude                                                                                                         | 12 |
| 3.2. Caractéristiques de la population étudiée                                                                            | 12 |
| 3.2.1. Critères d'inclusion                                                                                               | 12 |
| 3.2.2. Critères d'exclusion                                                                                               | 13 |
| 3.3. Méthode d'échantillonnage et échantillon                                                                             | 13 |
| 3.3.1. Taille de l'échantillon                                                                                            | 13 |
| 3.4. Paramètres étudiés, méthodes et outils de collecte des données                                                       | 14 |
| 3.5. Traitement et analyse des données quantitatives                                                                      | 15 |
| 3.6. Aspects réglementaires                                                                                               | 16 |
| 3.6.1. Comité d'éthique                                                                                                   | 16 |
| 4. Résultats                                                                                                              | 17 |
| 4.1. Phase quantitative                                                                                                   | 17 |
| 4.1.1. Statistiques descriptives                                                                                          | 17 |
| 4.1.2. Association entre antécédents psychiatriques familiaux et besoins non satisfaits durant l'enfance                  | 19 |
| 4.1.3. Facteurs associés à la ré-hospitalisation : analyses univariée et multivariée                                      | 19 |
| 4.2. Phase qualitative                                                                                                    | 20 |
| 4.2.1. Au niveau micro : une enfance marquée par l'insécurité affective, la violence et l'absence de fonction protectrice | 21 |

|                                                                                                                                               |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.2.2. Au niveau méso : des environnements de socialisation qui n'ont pas suffisamment joué leur rôle de repérage, de relais ou de protection | 22 |
| 4.2.3. Au niveau macro : banalisation des violences, normes éducatives rigides et invisibilisation de la souffrance infantile                 | 23 |
| 4.2.4. L'articulation micro-méso-macro dans la trajectoire vers l'hospitalisation psychiatrique                                               | 24 |
| 4.2.5. À l'âge adulte, une répétition des schémas relationnels précoces                                                                       | 24 |
| 4.2.6. Les conduites addictives, auto-agressives et suicidaires comme modalités de régulation de la souffrance                                | 25 |
| 4.2.7. Le défaut de soutien durable et l'isolement comme facteurs d'aggravation                                                               | 26 |
| 4.2.8. L'hospitalisation psychiatrique comme espace de contenance, de suspension                                                              | 27 |
| 5. Discussion, perspectives et limites                                                                                                        | 27 |
| 5.1. Les antécédents familiaux psychiatriques comme marqueur fort d'une trajectoire psychiatrique plus lourde                                 | 28 |
| 5.2. Les besoins non satisfaits durant l'enfance : une variable cliniquement centrale, mais statistiquement indirecte                         | 29 |
| 5.3. Lecture micro : l'attachement insécuré, la régulation émotionnelle et l'hospitalisation comme point de rupture                           | 30 |
| 5.4. Lecture méso : un défaut de repérage, de relais et de continuité dans les environnements de proximité                                    | 31 |
| 5.5. Lecture macro : la ré-hospitalisation comme révélateur de vulnérabilités anciennes dans un système encore sous tension                   | 32 |
| 5.6. Perspectives                                                                                                                             | 32 |
| 5.7. Les limites                                                                                                                              | 33 |
| 5.8. Critères de qualité                                                                                                                      | 34 |
| 6. Conclusion                                                                                                                                 | 34 |
| Bibliographie                                                                                                                                 | 36 |
| Annexes                                                                                                                                       | 42 |
| Annexe 1 : Approbation du comité d'éthique                                                                                                    | 42 |
| Annexe 2 : Accord préalable CE C.H.S. Notre Dame des Anges                                                                                    | 47 |
| Annexe 3 : Guide d'entretien                                                                                                                  | 48 |
| Annexe 4 : Représentation graphique des résultats obtenus lors des entretiens                                                                 | 50 |
| Annexe 5 : Mise en correspondance entre les résultats des entretiens et les axes de discussion                                                | 51 |

## Lexique

ACEs : *Adverse Childhood Experiences*, ou expériences défavorables vécues durant l'enfance.

BNS : Besoins non satisfaits durant l'enfance.

DSM-5 : Cinquième édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

DPI : Dossier Patient Informatisé.

E1, E2, E3, .... : Entretien 1, entretien 2, entretien 3, ...

HIC : *High and Intensive Care*.

HSPA : *Health System Performance Assessment*, ou évaluation de la performance du système de santé.

INAMI : Institut national d'assurance maladie-invalidité

PIB : Produit intérieur brut.

DPO : *Data Protection Officer*, ou Délégué à la Protection des Données.

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données.

TAG : Trouble anxieux généralisé.

TOC : Trouble obsessionnel compulsif.

TSPT : Trouble de stress post-traumatique.

TUS : Trouble lié à l'usage de substances.

## Résumé

**Introduction :** La ré-hospitalisation en psychiatrie adulte peut révéler des vulnérabilités anciennes, construites dès l'enfance. L'objectif est d'analyser les liens entre antécédents familiaux psychiatriques, besoins non satisfaits durant l'enfance et trajectoires d'hospitalisation ou de ré hospitalisation, afin d'identifier des pistes de repérage et de prévention précoces.

**Matériel et méthode :** Cette étude mixte séquentielle explicative a été menée auprès de patients adultes hospitalisés en psychiatrie au C.H.S. Notre Dame des Anges. Le volet quantitatif a concerné 196 patients et s'est intéressé aux antécédents familiaux psychiatriques, aux besoins non satisfaits durant l'enfance, aux hospitalisations parentales et au profil d'hospitalisation. Le volet qualitatif repose sur 17 entretiens semi-structurés, analysés de manière thématique.

**Résultats :** Les résultats montrent que les besoins non satisfaits durant l'enfance concernent 36,2 % des participants. Ils sont associés aux antécédents familiaux psychiatriques ( $p = 0,0365$ ), mais pas directement à la ré hospitalisation. À l'inverse, l'âge et les antécédents familiaux psychiatriques ressortent comme associés à la ré hospitalisation. Les entretiens permettent de mieux comprendre ces résultats, en montrant des parcours souvent marqués par des fragilités affectives, familiales et relationnelles présentes depuis l'enfance.

**Conclusion :** Les résultats nuancent l'hypothèse de départ. La ré hospitalisation en psychiatrie adulte ne peut pas être comprise uniquement comme un retour à l'hôpital ou comme un manque d'adhésion aux soins. Elle s'inscrit dans une histoire plus large, où les antécédents familiaux psychiatriques occupent une place importante et où les besoins non satisfaits durant l'enfance aident à comprendre certaines vulnérabilités durables. Ces constats rappellent l'importance de repérer plus tôt les fragilités familiales, affectives et développementales, dans une logique de prévention et de promotion de la santé mentale.

**Mots-clés :** psychiatrie adulte, ré hospitalisation, besoins non satisfaits durant l'enfance, antécédents familiaux psychiatriques, prévention, santé mentale.

## Abstract

**Introduction** : Adult psychiatric readmission may reveal long-standing vulnerabilities that were built from childhood onwards. The aim is to analyse the links between family psychiatric history, unmet childhood needs, and trajectories of hospitalisation or readmission, in order to identify avenues for early detection and prevention.

**Materials and methods** : This explanatory sequential mixed-methods study was conducted among adult psychiatric inpatients at the C.H.S. Notre Dame des Anges. The quantitative component included 196 patients and examined family psychiatric history, unmet childhood needs, parental hospitalizations, and hospitalization profiles. The qualitative component relied on 17 semi-structured interviews, which were analyzed thematically.

**Results** : The results show that unmet childhood needs concerned 36.2% of participants. They were associated with family psychiatric history ( $p = 0.0365$ ), but not directly with readmission. In contrast, age and family psychiatric history appeared to be associated with readmission. The interviews helped to better understand these results by highlighting trajectories often marked by emotional, family and relational vulnerabilities present since childhood.

**Conclusion** : The results qualify the initial hypothesis. Adult psychiatric readmission cannot be understood solely as a return to hospital or as a lack of adherence to care. It is part of a broader life history, in which family psychiatric history plays an important role and unmet childhood needs help to understand some long-lasting vulnerabilities. These findings underline the importance of earlier detection of family, emotional, and developmental vulnerabilities, from a perspective of prevention and mental health promotion.

**Keywords** : adult psychiatry, readmission, unmet childhood needs, family psychiatric history, prevention, mental health.

## 1. Préambule

La ré hospitalisation répétée en psychiatrie constitue un indicateur clinique et organisationnel important. Les réadmissions précoces après une hospitalisation psychiatrique aiguë demeurent fréquentes. Une revue systématique rapporte que jusqu'à 13 % des patients peuvent être réadmis peu après leur sortie, tout en montrant que certaines interventions de transition peuvent réduire une partie de ces réadmissions précoces (1).

Les patients concernés par des ré-hospitalisations répétées sont souvent des personnes plus fragiles. Ils ont généralement déjà connu une ou plusieurs hospitalisations, présentant parfois des troubles plus sévères ou cumulent d'autres facteurs de vulnérabilité clinique. La ré hospitalisation adulte n'est pas considérée comme le moment où la prévention devrait réellement commencer. Elle est plutôt envisagée comme un signal, permettant de revenir sur le parcours du patient et de mieux comprendre les vulnérabilités qui ont pu se construire plus tôt dans son histoire, notamment sur le plan familial, affectif ou développemental (2).

Dans cette perspective, le problème ne se situe pas uniquement au moment où l'adulte arrive ou revient à l'hôpital. L'intérêt est aussi de se demander ce qui, bien plus tôt dans son histoire, aurait pu être repéré, compris ou soutenu. La littérature montre que les enfants de parents présentant des troubles mentaux sévères ont un risque plus important de développer eux-mêmes des troubles psychiatriques. Une méta-analyse réalisée auprès de familles à haut risque décrit qu'environ 32 % de ces enfants développent un trouble mental sévère à l'âge adulte, soit un risque plus de deux fois supérieur à celui des groupes témoins (3).

Les antécédents psychiatriques parentaux ne doivent cependant pas être interprétés dans une logique déterministe. La transmission du risque repose sur des mécanismes à la fois génétiques et environnementaux. Les parents transmettent une part de leur patrimoine génétique, mais aussi un environnement de vie, une manière d'éduquer, d'être en relation et de répondre aux besoins de l'enfant. Selon les situations, cet environnement peut renforcer certaines fragilités ou, au contraire, jouer un rôle protecteur (4). Cette double influence permet de comprendre que certaines vulnérabilités peuvent se construire progressivement, tout au long du parcours de vie. Cela ne veut pas dire que l'enfance détermine

automatiquement une hospitalisation psychiatrique à l'âge adulte, mais qu'elle peut laisser des traces importantes dans la manière dont une personne se construit, entre en relation et fait face aux difficultés.

La question de santé publique devient alors de savoir comment repérer précocement les enfants exposés à ce type de fragilités, notamment lorsqu'il existe des antécédents psychiatriques familiaux ou lorsque certains besoins développementaux ne sont pas suffisamment rencontrés. L'objectif serait de pouvoir proposer des soutiens adaptés plus tôt, avant que ces fragilités ne s'installent durablement et ne participent, plus tard, à des trajectoires psychiatriques plus complexes.

Ce mémoire poursuit donc deux objectifs :

1. Analyser l'association entre les antécédents familiaux psychiatriques, les besoins non satisfaits durant l'enfance et les trajectoires d'hospitalisation ou de ré-hospitalisation en psychiatrie adulte.
2. Identifier, à partir des parcours d'adultes hospitalisés en psychiatrie, ce qui aurait pu être repéré, compris ou soutenu plus tôt dans leur histoire, avec pour intérêt de mettre en avant des pistes de prévention pour les enfants qui vivent avec ce type de fragilités afin d'éviter que ces vulnérabilités ne s'installent durablement jusqu'à l'âge adulte.

En plaçant la prévention au centre de la démarche, cette étude vise à déplacer le regard. Il ne s'agit pas seulement de comprendre pourquoi certains adultes reviennent à l'hôpital, mais aussi de s'interroger ce qui aurait pu être repéré, entendu ou soutenu plus tôt dans leur parcours de vie.

## 2. Introduction

### 2.1. Généralités

#### 2.1.1. La santé mentale : enjeu majeur

Longtemps reléguée au second plan des politiques de santé publique, la santé mentale est aujourd'hui reconnue comme une composante essentielle du bien-être global et du développement durable. Cette reconnaissance s'inscrit notamment dans l'Objectif de

développement durable n°3 des Nations Unies (5), qui vise à promouvoir la santé et le bien-être à tous les âges, ainsi que dans les travaux de l'OCDE<sup>1</sup>(6), qui soulignent l'importance d'approches intégrées, préventives et centrées sur les conditions de vie des populations. L'Organisation mondiale de la Santé la définit comme « un état de bien-être mental qui nous permet de faire face aux sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté » (7). Cette définition vient dépasser une vision de la santé mentale uniquement centrée sur les symptômes ou le diagnostic médical. Elle rejoint le modèle biopsychosocial proposé par Engel (8), qui décrit que la santé et la maladie se construisent à partir de l'interaction entre des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux. La santé mentale ne peut donc pas être comprise uniquement comme une question individuelle, elle dépend aussi d'une histoire de vie, d'un contexte social, des liens relationnels et d'un environnement dans lequel la personne grandit et évolue.

Les données épidémiologiques récentes montrent l'ampleur du problème. En 2021, environ 1,1 milliard de personnes vivaient avec un trouble mental dans le monde, soit près d'une personne sur sept, avec une place importante des troubles anxieux et dépressifs (9). Même si la schizophrénie est moins fréquente, celle-ci présente des répercussions importantes sur la vie personnelle, familiale, sociale, scolaire ou professionnelle (10). Ces troubles ont donc un impact à la fois sur les personnes concernées, à travers la souffrance, l'isolement, la stigmatisation ou la perte de fonctionnement, mais aussi sur la société, en raison des coûts liés aux soins, à l'incapacité et aux pertes de productivité (9,11). En Europe, une enquête de 2023 de la commission européenne indique que 46 % des citoyens ont souffert d'un trouble psychosocial ou émotionnel au cours des douze derniers mois, et que la moitié d'entre eux n'a pas consulté de professionnel (12). La Belgique s'inscrit dans cette tendance : l'enquête Sciensano 2018 estimait qu'environ un Belge sur dix présentait de l'anxiété ou des symptômes dépressifs. La dépression représente à elle seule une source importante de charge mondiale de morbidité. En 2021, les troubles dépressifs représentaient environ 56,33 millions d'années

---

<sup>1</sup> OCDE : L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) est une organisation internationale qui produit des analyses comparatives et des indicateurs sur les politiques publiques, y compris dans le domaine de la santé.

de vie ajustées sur l'incapacité, ou *DALYs*<sup>2</sup>, dans le monde (13). Ce chiffre témoigne de l'ampleur de la dépression, non seulement en termes de souffrance, mais aussi en termes de perte de fonctionnement dans la vie quotidienne. Il rappelle aussi l'importance de renforcer la prévention, l'accompagnement et l'accès aux soins. Sur le plan économique, l'impact est également important puisque, selon l'OCDE, le coût des troubles mentaux, en tenant compte des soins et de l'invalidité, représenterait déjà 3,4 % du PIB.

### 2.1.2. Lien entre trajectoires psychiatriques adultes et déterminants précoces

Les trajectoires psychiatriques adultes peuvent être éclairées par des déterminants précoces, notamment les expériences vécues dans l'enfance, l'environnement familial et la sécurité d'attachement. La théorie de l'attachement de Bowlby constitue un cadre pertinent pour comprendre l'influence des premières relations sur les trajectoires psychiques ultérieures (16). Les premières relations avec les personnes qui s'occupent de l'enfant jouent un rôle important dans sa construction. C'est dans ces liens qu'il apprend peu à peu à se sentir en sécurité, à faire confiance aux autres et à construire ses relations. Quand l'environnement est stable et rassurant, l'enfant peut plus facilement gérer ses émotions, demander de l'aide si cela devient nécessaire. À l'inverse, s'il grandit dans un climat d'insécurité, d'incohérence, de négligence ou de manque de protection, ces apprentissages peuvent être fragilisés.

Cela peut ensuite participer, à l'âge adulte, à certaines vulnérabilités psychiques ou à des difficultés à s'engager dans les soins (9,14). Dans cette même logique, Maslow rappelle l'importance des besoins fondamentaux de sécurité, d'appartenance et d'estime dans le développement humain (15). Ainsi, l'attachement et les besoins fondamentaux permettent de comprendre comment certaines expériences précoces peuvent fragiliser la construction de la sécurité affective, de l'estime de soi et du rapport aux autres. La littérature montre que l'attachement insécuré constitue un facteur de vulnérabilité associé à certaines difficultés psychopathologiques et à une régulation émotionnelle moins stable (17,40).

Certaines données suggèrent que les dimensions anxieuses et évitantes de l'attachement influencent différemment l'engagement dans les soins de santé mentale. Un attachement anxieux est plus souvent associé à un recours accru aux services, tandis qu'un attachement

---

<sup>2</sup> DALYs : Un DALY (Disability-Adjusted Life Year) mesure la charge globale des maladies en combinant les années de vie perdues à cause de décès prématurés et celles vécues avec une incapacité. Il quantifie ainsi les années de vie en bonne santé perdues, aidant à évaluer l'impact des maladies sur la population.

évitant tend à être associé à un recours plus limité, à une présence moins régulière aux rendez-vous et à une implication plus distante dans la relation thérapeutique (18, 21).

Ces éléments montrent que ce qui est vécu durant l'enfance ne s'arrête pas toujours à l'enfance, certaines expériences peuvent laisser une trace dans la manière dont une personne se construit, crée des liens avec les autres, fait confiance ou demande de l'aide. C'est dans ce sens que la notion d'adversités vécues durant l'enfance prend tout son sens.

Ici, ces dernières durant l'enfance renvoient à des expériences difficiles, répétées ou marquantes, qui peuvent fragiliser le développement affectif, relationnel ou psychique de l'enfant. Il peut s'agir, par exemple, de violences physiques, psychologiques ou sexuelles, de négligence, d'un manque de sécurité affective ou matérielle, d'une instabilité familiale, de séparations précoces, de la présence de troubles psychiatriques ou d'addictions chez un parent. Ces situations ne touchent pas tous les enfants de la même manière mais leurs impacts dépendent de ce qui a été vécu, de l'intensité des faits, de leurs durées, de leurs répétitions, et aussi de l'âge de l'enfant au moment où cela se produit. La présence, ou non, d'un adulte protecteur autour de lui peut également faire une grande différence. La littérature montre toutefois que leur accumulation est associée, selon une logique dose-réponse, à un risque accru de difficultés psychiques à l'âge adulte, y compris après prise en compte de certains facteurs familiaux, génétiques, épigénétiques et environnementaux (19,20, 42).

Ainsi, les parcours de soins à l'âge adulte gagnent à être analysés non seulement à partir des symptômes actuels, mais aussi à partir des vulnérabilités qui ont pu se construire bien plus tôt dans l'environnement familial. La présence d'un trouble psychiatrique chez un parent peut potentiellement, selon les situations, perturber la disponibilité émotionnelle, la prévisibilité du cadre familial ou la capacité à répondre de manière stable aux besoins fondamentaux de l'enfant. Sans établir ce lien déterministe, ces expériences peuvent fragiliser la sécurité d'attachement, la régulation émotionnelle, la confiance relationnelle et l'engagement dans les soins.

Dans ce prolongement, la notion de "besoins non satisfaits durant l'enfance" (BNS) peut être comprise comme l'accumulation, sur une durée significative, d'expériences au cours desquelles des besoins fondamentaux tels que la sécurité, l'appartenance et l'estime n'ont

pas été suffisamment rencontrés (15). Les données disponibles montrent que les adversités et les carences vécues tôt dans la vie peuvent laisser des traces durables sur la santé mentale à l'âge adulte. Leur impact semble d'autant plus important lorsqu'elles sont nombreuses, répétées ou lorsqu'elles ne sont pas compensées par un soutien protecteur autour de l'enfant. Cette idée rejoint la relation dose-effet décrite dans la littérature : plus les expériences défavorables s'accumulent, plus le risque de difficultés psychiques ultérieures augmente (19,34-38).

Ces expériences peuvent avoir un impact durable sur la manière dont une personne se construit, à faire face à la détresse, cherche un soutien et interagit dans ses relations. Elles peuvent aussi favoriser des stratégies d'adaptation moins protectrices, qui participent ensuite à la vulnérabilité psychique à l'âge adulte (40). Dans ce sens, les BNS durant l'enfance ne doivent pas être vus uniquement comme des événements isolés, ils peuvent plutôt former une sorte de trame de manques affectifs, relationnels ou sécuritaires comme un manque de stabilité, une insécurité matérielle ou affective, une réponse parentale incohérente. Toutes ces fragilités peuvent ensuite se réactiver dans certaines situations de vie, notamment lors de pertes, de conflits ou certaines périodes d'incertitude (15).

Cette articulation entre antécédents familiaux psychiatriques, besoins non satisfaits durant l'enfance et trajectoires de soins constitue l'un des axes centraux de ce travail.

### 2.1.3. Notion d'antécédents familiaux psychiatriques comme facteur de risque, mais aussi comme facteur organisationnel

La notion d'antécédents familiaux psychiatriques peut être appréhendée à un double niveau. D'une part, elle constitue un facteur de risque important, au croisement d'une vulnérabilité génétique, épigénétique et d'environnements familiaux partagés. (4, 22).

D'autre part, les antécédents familiaux psychiatriques peuvent également être envisagés comme des éléments structurant les parcours de soins. Les expériences familiales autour de la souffrance psychique, de la demande d'aide et des contacts avec les soins peuvent influencer la manière dont une personne se représente la psychiatrie. Chez l'enfant ou l'adolescent, les parents occupent souvent une place essentielle dans l'accès aux soins. Selon leur propre rapport à la psychiatrie ou aux services d'aide, ils peuvent soit encourager la

demande de soutien, la retarder ou parfois, même sans le vouloir, la freiner. C'est ce que la littérature appelle le *gatekeeping parental*<sup>3</sup>(23).

La famille a aussi son rôle dans la manière dont l'enfant apprend à reconnaître une souffrance psychique et à en parler. Dans certains contextes, l'enfant peut apprendre qu'il est possible de demander de l'aide, dans d'autres, il peut au contraire apprendre à se taire, à minimiser ce qu'il ressent ou à éviter les professionnels. Ces apprentissages précoces participent à construire le rapport aux soins en santé mentale et peuvent encore influencer, plus tard, les parcours de recours aux soins à l'âge adulte (24). Les antécédents familiaux psychiatriques ne sont donc pas seulement un indicateur de vulnérabilité clinique, ils peuvent aussi influencer la manière dont une personne et son entourage comprennent la souffrance psychique, demandent de l'aide, s'engagent dans les soins ou, au contraire, s'en éloignent. Cette vision doit toutefois rester prudente, il ne s'agit pas de dire que le parcours d'une personne est écrit à l'avance, ni de la réduire à sa simple histoire familiale.

Il s'agit ici de mieux comprendre certains parcours sans les résumer trop vite à des étiquettes comme « patient difficile », « patient chronique » ou « en manque d'adhésion ». En tenant compte de l'histoire de vie, des besoins non satisfaits, de la sécurité affective et de la manière dont la famille a pu se rapporter aux soins, il devient possible de mieux comprendre certaines trajectoires psychiatriques et les fragilités qui les accompagnent.

## 2.2. Les hospitalisations psychiatriques et la ré-hospitalisation

L'hospitalisation aiguë en psychiatrie adulte demeure un point d'attention parce qu'elle se situe à l'intersection de trois tensions majeures : clinique, relationnelle et systémique. Cliniquement, elle intervient au moment où la sécurité est menacée par exemple en présence d'un risque suicidaire, d'une désorganisation psychique, d'une mise en danger ou d'une souffrance devenue difficilement contenable, où la régulation émotionnelle est dépassée. Selon les récits de Maslow, l'hospitalisation vient d'abord répondre à des besoins de base : être protégé, retrouver un cadre et se sentir en sécurité. Avant d'aller plus loin dans un travail thérapeutique, il faut déjà que le patient puisse « se poser », « souffler » et retrouver un minimum de stabilité. Le service d'hospitalisation peut aussi jouer le rôle d'une

---

<sup>3</sup> gatekeeping parental : Le gatekeeping parental signifie que les parents jouent un rôle d'intermédiaire décisif dans l'accès de l'enfant ou de l'adolescent aux soins

« base de sécurité » temporaire, au sens de Bowlby. Quand l'environnement de vie est trop instable, que les liens sont fragilisés ou que la personne ne trouve plus d'appui autour d'elle, l'hôpital peut devenir un lieu contenant. Les repères deviennent plus clairs, le cadre présent et les soignants disponibles. Tous ces éléments doivent permettre au patient de s'apaiser, de se stabiliser et de reprendre progressivement appui.

L'hospitalisation montre aussi les limites du réseau de soins. Certains patients arrivent à l'hôpital parce que les soins ambulatoires peuvent être parfois difficiles d'accès, parce que le suivi s'est interrompu, parce que la coordination entre les professionnels n'a pas été suffisante ou parce qu'il manque encore de nos jours des alternatives de proximité, comme les équipes de crise, les hôpitaux de jour ou les appartements supervisés. L'hôpital devient alors cet espace où plusieurs choses se croisent : la crise psychique, la crise sociale, le cadre sécuritaire, l'adaptation du traitement et la recherche d'un relais pour préparer la suite du parcours. A partir de ce constat, l'hospitalisation aiguë ne doit pas être considérée comme un simple épisode isolé, elle reste indispensable pour sécuriser et éviter le pire, mais elle révèle aussi ce qui a parfois manqué en amont et aussi ce qui doit être mieux organisé en aval.

#### 2.2.1. La ré-hospitalisation comme indicateur de continuité ou d'échec du soin.

La ré-hospitalisation ne doit pas être vue uniquement comme un échec du soin, elle peut faire partie du parcours thérapeutique. Lorsque la ré-hospitalisation arrive rapidement après la sortie, qu'elle n'a pas vraiment été anticipée et qu'elle se répète régulièrement, elle peut montrer que le passage entre l'hôpital et le suivi extérieur reste difficile, voire fragile. Elle est alors le signe que les besoins de sécurité, de continuité et de soutien ne sont pas encore suffisamment présents autour du patient. Dans ce sens, la ré-hospitalisation doit être replacée dans l'histoire du patient et dans ses besoins fondamentaux, l'hôpital doit parfois jouer son rôle utile, comme un lieu de sécurité temporaire. À l'inverse, si le retour à l'hôpital devient fréquent, cela peut nous indiquer que les relais extérieurs ne sont peut-être pas encore suffisamment solides pour soutenir la personne en dehors du cadre hospitalier.

#### 2.3. Le contexte local

À l'échelle OCDE, la santé mentale demeure un fardeau considérable : malgré une amélioration partielle post-2020, la prévalence des symptômes dépressifs en 2022 reste au moins 20 % supérieure aux niveaux prépandémiques, y compris en Belgique. En 2019, avant

la crise COVID, environ 3 % de la population présentait un épisode dépressif majeur et près de 5 % un trouble anxieux généralisé. En Belgique, les données récentes montrent que la situation reste variable, on observe une diminution en 2022, puis un nouveau rebond durant l'hiver 2023-2024. En juin 2024, environ 17 % de la population présentait encore des signes d'anxiété et 15 % des signes de dépression (25). Ces chiffres montrent que les besoins en santé mentale restent grandement importants et qu'il est nécessaire de rappeler l'importance de repérer plus tôt des situations de fragilité, mais aussi de mieux organiser les liens entre l'hôpital, l'ambulatoire et les dispositifs de proximité.

D'un point de vue hospitalier, le taux de réadmission psychiatrique à 30 jours était de 17,6 % en 2021. En parallèle, le nombre de journées d'hospitalisation a diminué entre 2012 et 2021, ce qui traduit à une évolution vers des séjours plus courts et vers le développement d'alternatives à l'hospitalisation complète (27). Cette évolution s'inscrit dans la réforme « Article 107 / Psy-107 », qui vise notamment à éviter les hospitalisations qui pourraient être prévenues, à développer des équipes mobiles, des soins psychologiques de première ligne ainsi que des réseaux de soins plus intégrés. Son application reste toutefois variable selon les territoires (6,28). Sur le plan financier, la Belgique consacre beaucoup de ses ressources aux soins de santé, avec des dépenses élevées et une capacité hospitalière supérieure à la moyenne de l'OCDE. Cependant, le reste à charge des patients demeure important et peut compliquer l'accès régulier aux soins psychologiques ou au suivi ambulatoire (27, 29).

Ces éléments placent à l'heure actuelle les unités d'hospitalisation aiguë face à un double enjeu : sécuriser rapidement des situations parfois fragiles, tout en préparant une sortie suffisamment solide pour éviter que l'hôpital ne devienne, faute d'alternatives, le seul lieu de sécurité possible pour le patient. Le HSPA 2024 du KCE<sup>4</sup> reprend d'ailleurs la réadmission à 30 jours comme indicateur de continuité et de qualité des soins (27).

#### 2.4. Tensions persistantes et zones aveugles : du constat clinique au gap scientifique

Dans le contexte belge décrit ci-dessus, les unités d'hospitalisation aiguë accueillent donc des adultes dont les parcours sont parfois marqués par des vulnérabilités anciennes, qu'elles

---

<sup>4</sup> KCE : Le centre fédéral d'expertise des soins de santé. Il analyse les soins de santé et les politiques de santé sur base de données scientifiques. Il formule ensuite des recommandations pour aider les décideurs et les professionnels à améliorer la qualité, l'efficacité et l'accessibilité des soins.

soient familiales, relationnelles, développementales ou sociales. La littérature montre que les déterminants sociaux et les vulnérabilités liées au contexte de vie sont encore peu ou inégalement renseignés dans les dossiers électroniques de santé, ce qui peut limiter leur prise en compte lorsque on essaie de comprendre le parcours d'un patient (26). L'objectif n'est donc pas ici d'évaluer directement l'impact actuel de la maladie psychiatrique d'un parent sur son enfant mais plutôt de partir du récit d'adultes hospitalisés pour revenir sur certains éléments de leur enfance qui auraient pu représenter des signes précoces de fragilités : des besoins non satisfaits, une insécurité affective, des ruptures familiales ou encore des antécédents psychiatriques parentaux.

La démarche reste donc rétrospective, mais elle garde un objectif de prévention. En revenant sur le parcours d'adultes hospitalisés, l'idée est de mieux comprendre ce qui aurait pu être repéré, entendu ou soutenu plus tôt, afin d'envisager des pistes de prévention pour des enfants qui vivent aujourd'hui des fragilités familiales similaires. Si ces éléments ne sont pas pris en compte, alors les difficultés du patient risquent d'être comprises de manière trop simplifiée. Par exemple, une rupture de suivi peut être vue comme un simple « manque d'adhésion », alors qu'elle peut aussi s'expliquer par une histoire de vie marquée par des fragilités plus anciennes.

Ce manque d'identification peut également limiter la capacité des équipes à organiser des transitions de soins réellement adaptées au parcours du patient. En effet, si les besoins qu'ils soient de sécurité, de continuité ou de soutien relationnel ne sont pas suffisamment repérés durant l'hospitalisation, le retour à domicile et le relais vers les dispositifs ambulatoires risquent d'être moins bien préparés. Et pourtant, les périodes de sortie d'hospitalisation sont particulièrement sensibles, et la qualité de la continuité entre l'hospitalier et l'ambulatoire joue un rôle central dans la prévention des réadmissions (30). Les équipes repèrent souvent, sur le plan clinique, que certains patients portent des fragilités anciennes mais ces éléments restent parfois peu structurés dans les données disponibles, notamment lorsqu'il s'agit de l'histoire familiale, du développement ou des besoins vécus durant l'enfance.

Le repérage précoce signifie donc revenir sur les parcours d'adultes hospitalisés pour identifier ce qui était déjà présent plus tôt dans leur histoire. Il s'agit de mieux comprendre les liens entre les besoins non satisfaits durant l'enfance, les antécédents familiaux

psychiatriques et les trajectoires de soins, afin d'alimenter une réflexion plus préventive et plus adaptée.

## 2.5. Cadre d'analyse théorique

L'analyse des résultats est organisée selon une lecture à trois niveaux. Cette grille ne sert pas à collecter de nouvelles données, elle permet surtout d'organiser l'analyse et ainsi faire le lien entre les besoins non satisfaits durant l'enfance, les antécédents familiaux psychiatriques, l'attachement, les adversités précoces et les trajectoires d'hospitalisation en psychiatrie adulte.

Le niveau micro regarde ce qui concerne directement le patient : son histoire, ses relations, ses besoins fondamentaux et son rapport aux soins. Le niveau méso regarde les milieux dans lesquels il a grandi ou évolué, comme la famille, l'école, l'entourage, les services sociaux, les soins ambulatoires ou encore l'hôpital. Le niveau macro permet enfin de re situer ces parcours dans un contexte plus large, en prenant en compte les conditions sociales, l'organisation des soins et les politiques de prévention. Tous ces niveaux permettent de comprendre comment l'histoire personnelle, les environnements de vie et l'organisation des soins peuvent se croiser dans les trajectoires étudiées.

## 2.6. Question de recherche et objectifs de l'étude

Ma question de recherche est la suivante : « Comment les antécédents familiaux psychiatriques et les besoins non satisfaits durant l'enfance s'articulent-ils dans les trajectoires d'hospitalisation en psychiatrie adulte, et dans quelle mesure leur analyse rétrospective permet-elle d'éclairer des pistes de repérage et de prévention plus précoces ? »

À travers cette étude, plusieurs objectifs secondaires sont poursuivis, à savoir :

1. Analyser le lien entre les antécédents familiaux psychiatriques, les besoins non satisfaits durant l'enfance et les trajectoires d'hospitalisation en psychiatrie adulte.
2. Explorer, à partir des récits de vie des patients hospitalisés, la manière dont ces fragilités anciennes peuvent se retrouver dans leur parcours de soins et dans leurs admissions en psychiatrie.
3. Dégager, à partir de cette analyse, des pistes potentielles de repérage et de prévention précoces, afin d'éviter que certaines fragilités ne s'installent durablement et ne participent à des hospitalisations ultérieures.

## 2.7. Hypothèse

L'hypothèse est que les besoins non satisfaits durant l'enfance et les antécédents familiaux psychiatriques sont associés à des trajectoires d'hospitalisation plus défavorables en psychiatrie adulte, notamment à une probabilité plus élevée de ré-hospitalisation.

## **3. Matériel et Méthode**

### 3.1. Type d'étude

Cette recherche adopte un design mixte séquentiel explicatif, articulant un volet quantitatif suivi d'un volet qualitatif, au sein d'une étude monocentrique en psychiatrie adulte conduite selon une logique d'étude de cas. Le premier volet quantitatif vise à estimer l'association entre les besoins non satisfaits durant l'enfance, les antécédents familiaux psychiatriques et le profil d'hospitalisation en psychiatrie adulte. Le deuxième volet, qualitatif repose sur des entretiens semi-structurés réalisés en phase stabilisée, afin de mieux comprendre, à partir des récits des participants, les mécanismes perçus, les trajectoires vécues et les pistes de prévention.

### 3.2. Caractéristiques de la population étudiée

La population étudiée est composée de patients adultes hospitalisés en unité d'hospitalisation aiguë de psychiatrie au C.H.S. Notre Dame des Anges. Elle comprend notamment des personnes adressées par les urgences, par les médecins généralistes, les équipes mobiles ou les services ambulatoires. Elle présente une diversité de tableaux cliniques, avec comorbidités fréquentes.

#### 3.2.1. Critères d'inclusion

##### 1. Composante quantitative (DPI)

- Être âgé de 18 ans ou plus ;
- Être hospitalisé au C.H.S. Notre-Dame-des-Anges en psychiatrie adulte pendant la période d'inclusion ;
- Comprendre le français ;
- Être cliniquement capable de consentir et signer un consentement libre, éclairé et écrit avant toute procédure d'étude.

##### 2. Composante qualitative (entretiens)

- Appartenir à la cohorte quantitative ci-dessus ;
- Présenter une maîtrise fonctionnelle de la langue de l'entretien ;
- Relever du sous-échantillon ciblé selon les facteurs d'intérêt définis par le protocole ;
- Accepter de participer à un entretien semi-structuré réalisé pendant l'hospitalisation, en phase stabilisée.

### 3.2.2. Critères d'exclusion

- Situation clinique aiguë rendant l'entretien impossible (réévaluation possible) ;
- Incapacité légale/clinique à consentir ;
- Non francophone ;
- Refus de participer ou retrait du consentement ;
- Être hospitalisé dans l'unité dont l'investigateur principal assure la responsabilité hiérarchique directe.

### 3.3. Méthode d'échantillonnage et échantillon

L'échantillonnage combine deux éléments.

Pour le volet quantitatif, les patients ont été inclus au fur et à mesure des admissions, lorsqu'ils répondaient aux critères de l'étude. À l'admission, une première information était donnée au patient. Aucune donnée de recherche n'était recueillie avant l'accord du patient. Après l'information, un délai de réflexion était proposé. Ce n'est qu'après la signature du consentement libre et éclairé qu'un court module quantitatif était complété. Les informations recueillies étaient alors ensuite enregistrées dans une base de recherche pseudonymisée. Les données reprises depuis le dossier patient informatisé étaient limitées aux éléments factuels nécessaires pour analyser le parcours d'hospitalisation.

Pour le volet qualitatif, un sous-échantillon de participants est ensuite retenu au sein de cette cohorte. Les personnes sélectionnées sont approchées pendant la même hospitalisation, en phase stabilisée, et, en cas d'accord, participent à un entretien semi-structuré d'une durée indicative d'environ 60 minutes, fractionnable et interrompable à tout moment.

#### 3.3.1. Taille de l'échantillon

Le volet quantitatif repose sur un échantillon final de 196 admissions répondant aux critères d'inclusion et disposant de données exploitables pour les variables principales

étudiées. Pour le volet qualitatif, l'échantillon ne devait pas être représentatif au sens statistique. Il s'agissait surtout de recueillir des récits suffisamment riches et variés pour mieux comprendre la problématique étudiée. Les participants ont été sélectionnés sur base des critères d'éligibilité, mais aussi en fonction de leur pertinence par rapport à la question de recherche. La taille de l'échantillon a donc été guidée par la richesse des entretiens et par la recherche d'une saturation des données, ils ont été poursuivis jusqu'au moment où ils n'apportaient plus réellement d'éléments nouveaux.

### 3.4. Paramètres étudiés, méthodes et outils de collecte des données

Dans le volet quantitatif, les quatre paramètres étudiés concernaient les antécédents familiaux psychiatriques, les besoins non satisfaits durant l'enfance, les hospitalisations parentales et le parcours d'hospitalisation du participant. Ces données ont été recueillies à l'aide d'un court module créé pour cette étude, avec des questions simples de type « oui », « non », « je ne sais pas » et des catégories prévues pour préciser le type d'antécédents ou de besoins rapportés. Ces informations déclarées par les participants ont ensuite été complétées par une extraction minimale du DPI. Celle-ci se limitait aux éléments factuels nécessaires pour comprendre et analyser le parcours d'hospitalisation.

Pour le volet qualitatif, les entretiens semi-structurés ont été construits à partir de la littérature et du cadre d'analyse du mémoire. Le guide d'entretien abordait plusieurs dimensions : le parcours de vie, le vécu de l'enfance, l'environnement familial, les antécédents familiaux psychiatriques, les besoins non satisfaits, les moments de crise ou de rupture, le recours aux soins à l'âge adulte, les ressources mobilisées, les liens que les participants faisaient entre leur enfance et leur parcours de soins, ainsi que des réflexions autour de piste de prévention qu'ils pouvaient évoquer.

L'objectif était de garder un lien cohérent entre le cadre théorique, la question de recherche, les objectifs du mémoire et les résultats analysés. L'analyse qualitative a été menée en parallèle de la collecte des données, dans une logique itérative. Cela a permis d'ajuster et de nourrir le guide d'entretien au fil des échanges, à partir des éléments nouveaux qui apparaissaient dans les récits des participants (31,32).

Après transcription et pseudonymisation, les entretiens ont été importés dans le logiciel Corpus, programme développé à l'Université de Liège, afin de faciliter le codage et l'analyse

du matériau textuel. Ce codage s’est appuyé sur le cadre théorique du mémoire, centré sur les antécédents familiaux psychiatriques, les besoins non satisfaits durant l’enfance et les trajectoires d’hospitalisation en psychiatrie adulte. L’analyse thématique a ensuite été réalisée afin d’organiser les récits autour des thèmes jugés pertinents, en lien avec la question de recherche et le cadre théorique du mémoire (31). Comme le guide d’entretien, l’analyse thématique a évolué tout au long du processus de recherche et s’est enrichie progressivement au fil des entretiens réalisés.

| <u>Volet</u> | <u>Paramètres étudiés</u>                                                                                                                                                                                                                                                                            | <u>Outil de collecte</u>                             |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Quantitatif  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antécédents familiaux psychiatriques ;</li> <li>• Besoins non satisfaits durant l’enfance ;</li> <li>• Hospitalisations parentales ;</li> <li>• Profil d’hospitalisation.</li> </ul>                                                                        | Module quantitatif bref + extraction minimale du DPI |
| Qualitatif   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parcours de vie ;</li> <li>• Vécu de l’enfance ;</li> <li>• Antécédents familiaux en santé mentale ;</li> <li>• Hospitalisation à l’âge adulte ;</li> <li>• Ressources et adaptation ;</li> <li>• Liens perçus ;</li> <li>• Pistes de prévention</li> </ul> | Entretien semi-structuré                             |

### 3.5. Traitement et analyse des données quantitatives

Les données quantitatives ont d’abord été encodées dans Microsoft Excel à l’aide d’un codebook préalablement défini. Un contrôle de cohérence de la base a ensuite été réalisé afin d’identifier les éventuelles erreurs d’encodage, incohérences ou données manquantes. Cette étape relevait de la préparation des données avant leur analyse statistique.

Dans un premier temps, une analyse descriptive a été réalisée afin de caractériser la population étudiée. Les variables qualitatives ont été présentées sous forme d’effectifs et de pourcentages, l’âge, seule variable quantitative continue analysée, a été décrit par la médiane et les percentiles 25–75, sa distribution n’étant pas considérée comme normale. Pour les variables issues de questions à choix multiples, telles que le type d’antécédents

psychiatriques familiaux ou le type de besoins non satisfaits durant l'enfance, chaque modalité a été décrite séparément.

Dans un second temps, une analyse bivariée a été menée afin d'étudier l'association entre les antécédents psychiatriques familiaux et les BNS durant l'enfance, deux variables qualitatives binaires. Cette association a été testée à l'aide d'un test du  $\chi^2$ , adapté à l'analyse de variables catégorielles.

Enfin, les facteurs associés à la ré-hospitalisation ont été analysés à l'aide d'une régression logistique binaire. La variable dépendante étudiée distinguait les patients hospitalisés pour la première fois de ceux qui avaient déjà connu une ou plusieurs hospitalisations. Dans un premier temps, chaque facteur explicatif a été analysée séparément en analyse univariée. Les résultats sont présentés sous forme d'odds ratios, avec leurs intervalles de confiance à 95 %. Le seuil de significativité a été fixé à  $p < 0,05$ .

Les variables qui étaient significativement associées à la ré-hospitalisation en analyse univariée ont ensuite été reprises dans un modèle multivarié. Finalement, le modèle a donc retenu l'âge et les antécédents familiaux psychiatriques, puisqu'il s'agissait des deux seules variables significatives. L'objectif était de vérifier si ces deux associations restaient présentes lorsqu'elles étaient analysées ensemble, et pas seulement séparément. Les analyses ont été réalisées à partir des données disponibles pour chaque variable. Les données manquantes n'ont pas été remplacées ou estimées, compte tenu du caractère exploratoire de cette étude.

### 3.6. Aspects réglementaires

#### 3.6.1. Comité d'éthique

Cette étude a reçu un avis favorable du Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège le 18 mars 2026, sous la référence 2025/468. Chaque participant a reçu les informations nécessaires sur les objectifs de l'étude, les données recueillies, la confidentialité et la possibilité de refuser ou d'arrêter sa participation à tout moment, sans conséquence sur sa prise en charge. Le consentement libre, éclairé et écrit a été signé avant toute participation. Les données ont ensuite été pseudonymisées et traitées dans le respect des règles relatives à la protection des données personnelles.

## 4. Résultats

Cette étude repose sur deux approches complémentaires. Le volet quantitatif permet d'identifier des associations entre les variables étudiées, tandis que le volet qualitatif permet de mieux comprendre ce que ces associations recouvrent dans les trajectoires de vie et de soins des participants. Les résultats seront donc présentés en deux temps, selon cette même logique.

### 4.1. Phase quantitative

#### 4.1.1. Statistiques descriptives

| Variables                                   | Modalités                                | Fréquence | Pourcentage (%) | Médiane | Percentile (25%-75%) |
|---------------------------------------------|------------------------------------------|-----------|-----------------|---------|----------------------|
| Sexe                                        | Femme                                    | 87        | 44,4            |         |                      |
|                                             | Homme                                    | 109       | 55,6            |         |                      |
| Âge                                         |                                          |           |                 | 49,5    | 39-58                |
| Antécédents psychiatriques familiaux        | Oui                                      | 172       | 87,8            |         |                      |
|                                             | Non                                      | 24        | 12,2            |         |                      |
| Type d'antécédents psychiatriques familiaux | Dépression                               | 81        | 51,6            |         |                      |
|                                             | Dépendance                               | 50        | 31,8            |         |                      |
|                                             | Psychoses                                | 28        | 17,8            |         |                      |
|                                             | Troubles bipolaires                      | 19        | 12,1            |         |                      |
|                                             | Trouble de la personnalité – État limite | 17        | 10,8            |         |                      |
|                                             | Je ne sais pas                           | 5         | 3,2             |         |                      |
|                                             | TAG (Troubles anxieux généralisés)       | 5         | 3,2             |         |                      |
|                                             | TSPT                                     | 2         | 1,3             |         |                      |
|                                             | TOC                                      | 1         | 0,6             |         |                      |
| Première hospitalisation en psychiatrie     | Oui                                      | 30        | 15,3            |         |                      |
|                                             | Non                                      | 166       | 84,7            |         |                      |
| Nombre d'hospitalisations*                  | Une                                      | 30        | 22,4            |         |                      |
|                                             | Deux à trois                             | 33        | 24,6            |         |                      |
|                                             | Quatre à dix                             | 35        | 26,1            |         |                      |
|                                             | Plus de dix                              | 23        | 17,2            |         |                      |
|                                             | Je ne sais pas                           | 13        | 9,7             |         |                      |
| Hospitalisations parentales en psychiatrie  | Oui                                      | 33        | 16,8            |         |                      |
|                                             | Non                                      | 92        | 46,9            |         |                      |
|                                             | Je ne sais pas                           | 71        | 36,2            |         |                      |
| Parent hospitalisé                          | Mère                                     | 11        | 33,3            |         |                      |

|                                |                          |     |      |  |  |
|--------------------------------|--------------------------|-----|------|--|--|
|                                | Père                     | 14  | 42,4 |  |  |
|                                | Sœur                     | 7   | 21,2 |  |  |
|                                | Frère                    | 4   | 12,1 |  |  |
|                                | Grands-parents maternels | 1   | 3    |  |  |
|                                | Grands-parents paternels | 1   | 3    |  |  |
| Besoins non satisfaits         | Oui                      | 64  | 36,2 |  |  |
|                                | Non                      | 113 | 63,8 |  |  |
| Type de besoins non satisfaits | Besoin d'attention       | 44  | 68,8 |  |  |
|                                | Besoin de sécurité       | 37  | 57,8 |  |  |
|                                | Besoin de protection     | 31  | 48,4 |  |  |
|                                | Besoin émotionnel        | 31  | 48,4 |  |  |
|                                | Je ne sais pas           | 6   | 9,4  |  |  |

\*Note : Pour la variable « nombre d'hospitalisations », les données étaient disponibles pour 134 participants, 62 données étaient manquantes. Pour les variables à réponses multiples, plusieurs réponses étaient possibles, les pourcentages sont calculés parmi les participants concernés et peuvent donc dépasser 100 %.

Le tableau présente les principales caractéristiques sociodémographiques et cliniques de l'échantillon retenu pour cette étude. L'échantillon comprend 196 participants. Il est composé d'une majorité d'hommes (55,6 %) et l'âge médian est de 49,5 ans (39–58). Une majorité des participants rapportent des antécédents familiaux psychiatriques (87,8 %). Les antécédents les plus souvent cités concernent surtout la dépression, les dépendances et les psychoses.

Pour le parcours d'hospitalisation, 15,3 % des participants étaient hospitalisés pour la première fois en psychiatrie, tandis que 84,7 % avaient déjà connu au moins une hospitalisation auparavant, une part importante présente donc un parcours déjà marquée par des hospitalisations répétées. En ce qui concerne les hospitalisations parentales en psychiatrie, 16,8 % des participants indiquent qu'au moins un parent a déjà été hospitalisé, contre 46,9 % qui répondent négativement et 36,2 % qui déclarent ne pas le savoir. Cette proportion importante de réponses « je ne sais pas » doit être prise en compte, car elle limite la précision de cette variable.

Enfin, 36,2 % des participants disposant de données exploitables pour cette variable rapportent des besoins non satisfaits durant l'enfance. Parmi ceux-ci, les besoins les plus fréquemment évoqués concernent l'attention (68,8 %), la sécurité (57,8 %), ainsi que les besoins émotionnels et de protection, tous deux rapportés par 48,4 % des participants

concernés. Cet ensemble de caractéristiques met en évidence une population marquée par une forte fréquence d'antécédents psychiatriques, de ré-hospitalisations.

#### 4.1.2. Association entre antécédents psychiatriques familiaux et besoins non satisfaits durant l'enfance

L'analyse croisée entre les antécédents psychiatriques familiaux et les besoins non satisfaits durant l'enfance a été réalisée à partir des participants disposant de données complètes pour ces deux variables (n = 177). Il s'agit d'un croisement entre deux variables qualitatives binaires, analysé à l'aide d'un test du  $\chi^2$ .

| Antécédents psychiatriques familiaux | Besoins non satisfaits : Oui (n = 64) | Besoins non satisfaits : Non (n = 113) | Total* | Test du $\chi^2$  |
|--------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|--------|-------------------|
| Oui                                  | 61 (95,3 %)                           | 96 (85 %)                              | 157    | p-valeur = 0,0365 |
| Non                                  | 3 (4,7 %)                             | 17 (15 %)                              | 20     |                   |

\*Note : Dix-neuf patients se sont abstenus de répondre à la modalité et n'ont donc pas été inclus dans cette analyse.

Cette analyse met en évidence une association significative entre les besoins non satisfaits durant l'enfance et les antécédents familiaux psychiatriques dans cet échantillon (p = 0,0365). Autrement dit, les participants qui rapportent des besoins non satisfaits durant l'enfance déclarent plus souvent des antécédents familiaux psychiatriques.

Ce résultat doit toutefois être interprété avec prudence. Il montre un lien statistique entre deux variables, mais il ne permet pas de dire que l'une explique directement l'autre, ni de déterminer le sens de cette relation.

#### 4.1.3. Facteurs associés à la ré-hospitalisation : analyses univariée et multivariée

|                                         |                | Univarié           |           | Multivarié         |           |
|-----------------------------------------|----------------|--------------------|-----------|--------------------|-----------|
| Variables                               | Modalités      | OR (IC95)          | p-valeur  | OR (IC95)          | p-valeur  |
| Âge                                     |                | 1,03 (1,01-1,06)   | 0,003     | 1,04 (1,01-1,06)   | 0,0015    |
| Sexe                                    | Femme vs Homme | 1,55 (0,89-2,74)   | 0,124     | NA                 | NA        |
| Antécédents psychiatriques familiaux    | Oui vs Non     | 11,12 (5,78-21,71) | p < 0,001 | 12,47 (6,31-25,32) | p < 0,001 |
| Besoins non satisfaits durant l'enfance | Oui vs Non     | 1,40 (0,78-2,64)   | 0,275     | NA                 | NA        |
|                                         | Oui vs Non     | 0,79 (0,39-1,72)   | 0,547     | NA                 | NA        |

|                                            |                       |                  |       |    |    |
|--------------------------------------------|-----------------------|------------------|-------|----|----|
| Hospitalisations parentales en psychiatrie | Je ne sais pas vs Non | 0,92 (0,50-1,71) | 0,790 | NA | NA |
|--------------------------------------------|-----------------------|------------------|-------|----|----|

Pour identifier les facteurs associés à la ré-hospitalisation, une régression logistique binaire a été réalisée. La variable étudiée opposait les patients hospitalisés pour la première fois à ceux qui avaient déjà connu une ou plusieurs hospitalisations. Dans un premier temps, chaque variable a été analysée séparément en analyse univariée. L'âge et le sexe ont également été examinés, car ce sont des variables de base qui peuvent influencer le profil d'hospitalisation.

Les résultats montrent que seul l'âge et les antécédents familiaux psychiatriques sont significativement associés à la ré hospitalisation. À l'inverse, le sexe, les besoins non satisfaits durant l'enfance et les hospitalisations parentales en psychiatrie ne montrent pas d'association significative dans cet échantillon. Le sexe n'a donc pas été retenu dans le modèle multivarié final.

Le modèle final reprend uniquement l'âge et les antécédents familiaux psychiatriques. Lorsque ces deux variables sont analysées ensemble, elles restent toutes les deux associées de manière significative à la ré-hospitalisation. L'âge a un effet plus modéré : chaque année supplémentaire augmente légèrement la probabilité d'être ré hospitalisé. Cependant, les antécédents familiaux psychiatriques apparaissent comme un facteur beaucoup plus marqué, puisqu'ils sont associés à une probabilité nettement plus élevée de ré hospitalisation.

#### 4.2. Phase qualitative

L'analyse des résultats qualitatifs repose sur des données recueillies à travers des entretiens semi-structurés, menés auprès de patients adultes hospitalisés en psychiatrie. Ces entretiens ont été réalisés avec des patients hospitalisés en psychiatrie. Ils ont été invités à revenir, avec leur propre regard, sur leur histoire de vie, leur environnement familial et les besoins qui n'avaient pas toujours été rencontrés durant l'enfance.

Au total, 17 patients ont participé. Les entretiens ont été menés individuellement, dans un cadre calme, pour leur permettre de parler librement de leur vécu et du sens qu'ils donnent à leur parcours. Les entretiens ont duré entre environ 30 minutes et 1 heure, pour une durée variable en fonction de la richesse du récit, du niveau d'élaboration du vécu et de l'état émotionnel des personnes interrogées.

Pour répondre à la question de recherche, la présentation des résultats a été structurée en plusieurs axes thématiques. Cette organisation permet de mettre en évidence, d'une part, la nature des BNS durant l'enfance tels qu'ils sont identifiés et racontés par les participants et, d'autre part, la manière dont ceux-ci établissent eux-mêmes un lien entre ces expériences précoces et leurs souffrances psychiques ultérieures, leurs difficultés relationnelles ainsi que leur recours à l'hospitalisation psychiatrique. Cette structuration vise ainsi à mettre en regard les expériences infantiles rapportées, leurs répercussions à l'âge adulte et les trajectoires de soins psychiatriques, dans une logique de compréhension croisée, à la fois clinique, biographique et préventive.

#### 4.2.1. Au niveau micro : une enfance marquée par l'insécurité affective, la violence et l'absence de fonction protectrice

À l'échelle micro, c'est à dire dans la sphère des relations immédiates de l'enfant, les entretiens montrent de manière marquée que les participants ont grandi dans des environnements familiaux où les besoins fondamentaux ont été largement compromis. La famille devrait normalement être un premier lieu de sécurité, de soutien et de protection. Pourtant, dans plusieurs récits, la famille n'est pas décrite comme un lieu sécurisant, elle apparaît plutôt comme un espace marqué par l'instabilité, la peur, la violence ou le rejet. Plusieurs participants expliquent avoir grandi en restant sur leurs gardes, avec la peur de ce qui pouvait arriver et la difficulté de se sentir réellement protégés par leurs parents. Ces éléments rejoignent le cadre théorique du mémoire, car ils touchent directement à la construction de la sécurité affective et des bases relationnelles de l'enfant. Lorsque celui-ci ne trouve pas suffisamment de sécurité, de protection ou de reconnaissance dans ses premières relations, la construction de ses bases affectives peut être fragilisée. L'un des témoignages les plus explicites l'illustre ainsi : « *C'est des angoisses terribles... j'étais une enfant triste, angoissée, inquiète, tout le temps sur le qui-vive. Jamais en paix. La peur constamment, tout le temps dans la peur* » (E3), « *La figure paternelle en tant que protecteur, pas en tant qu'autorité. Parce que j'ai eu un autoritaire. Et je ne me sentais pas protégée, que du contraire, je me sentais menacée* » (E4). Le manque d'amour et de reconnaissance affective ressort de manière récurrente. Plusieurs participants disent ne pas s'être sentis aimés par leurs parents, ou avoir grandi dans un environnement où les gestes d'affection, les paroles rassurantes et la reconnaissance étaient absents. Ce manque relationnel précoce semble

avoir marqué durablement l'estime de soi, le sentiment de valeur personnelle et la manière de construire les liens à l'âge adulte. Ainsi, une participante affirme : « *Passer la sécurité, le foyer chaleureux accueillant, la sécurité et l'amour. Moi j'ai pas eu d'amour. Je n'ai aucun souvenir d'avoir dit je t'aime à ma mère, même qu'elle me l'ait dit* » (E3), « *Je ne me suis pas sentie aimée par ma mère. Je ne me suis pas sentie aimée par mon papa* » (E11). Ces éléments soutiennent l'idée, d'un déficit affectif durable dans les premières relations d'attachement.

#### 4.2.2. Au niveau méso : des environnements de socialisation qui n'ont pas suffisamment joué leur rôle de repérage, de relais ou de protection

Au niveau méso, c'est-à-dire dans l'articulation entre les différents milieux de vie de l'enfant, les entretiens mettent en évidence un défaut de relais et de protection. Plusieurs participants rapportent que des signes étaient visibles, mais qu'ils n'ont pas donné lieu à une intervention structurante ou suffisamment contenante. Autrement dit, les espaces censés faire interface entre la souffrance vécue dans la sphère familiale et une possible aide extérieure n'ont pas toujours permis de repérer, d'entendre ou de transformer cette souffrance en soutien concret. Cela rejoint le cadre théorique mobilisé : lorsque les liens entre les différents milieux de socialisation sont fragiles, l'enfant peut rester seul avec ce qu'il vit : « *En sixième primaire, l'institutrice a tiré la sonnette d'alarme en disant : écoutez, votre fille ne parle plus... mes parents ont dit : ben si, chez nous elle parle. Mais ici elle ne parle plus* » (E4). Une autre explique qu'à 12 ans, lorsqu'un médecin lui a demandé si sa mère la frappait, elle a nié pour ne pas mettre en péril l'équilibre familial : « *J'ai dit non, non, elle me frappe pas... je voulais pas être celle qui allait détruire la famille* » (E16). Ce niveau est également traversé par la question du silence et de l'absence de parole. Plusieurs participants expliquent qu'ils n'ont pas parlé, soit parce qu'ils ne se sentaient pas autorisés à le faire, soit parce qu'ils anticipaient que cela ne changerait rien, soit encore parce qu'ils craignaient d'être séparés de leurs proches. Le problème n'est donc pas uniquement l'absence de dispositifs, mais aussi l'absence de conditions relationnelles permettant effectivement à l'enfant de les mobiliser : « *Tout ce qui se passe à la maison reste à la maison. On obéissait parce qu'on savait bien que si on désobéissait, ça aurait des répercussions* » (E3), « *J'aurais jamais confié ça à une inconnue... une assistante sociale ou quelqu'un, puisque déjà dans le milieu familial personne ne savait* » (E5). Ces extraits montrent bien que les espaces intermédiaires n'ont pas constitué, pour ces personnes, des lieux suffisamment sécurisant pour rompre le silence.

#### 4.2.3. Au niveau macro : banalisation des violences, normes éducatives rigides et invisibilisation de la souffrance infantile

Au niveau macro, les récits montrent que certaines souffrances vécues dans l'enfance ont aussi été influencées par le contexte social et les normes de l'époque. Plusieurs participants décrivent des environnements où la violence éducative était banalisée, où l'enfant devait se taire, obéir, « être fort », ou ne pas parler de ce qui se passait à la maison.

Dans ces contextes, la souffrance de l'enfant pouvait facilement rester invisible. Les besoins affectifs, la peur, l'insécurité ou les violences intrafamiliales étaient parfois peu reconnus, voire considérés comme faisant partie de la vie familiale ordinaire. Ces éléments mettent en lumière le fait que certaines trajectoires ne relèvent pas uniquement d'histoires individuelles, mais aussi de normes sociales plus larges qui ont rendu la souffrance moins visible et moins dicible : « *Quand j'ai appelé la police, on m'a répondu : je suis désolé mais avant on avait les enfants comme ça* » (E13), « *Mon père me disait souvent que tout ce qui se passe à la maison reste à la maison* » (E3). Ces formulations illustrent bien une culture de banalisation et de clôture familiale qui dépasse la seule dynamique intrafamiliale.

Le niveau macro apparaît aussi dans certaines représentations autour du genre, de l'autorité ou de la réussite sociale. Certains entretiens décrivent des attentes fortes : réussir, ne pas montrer sa fragilité, tenir « coûte que coûte », ne pas décevoir, ou encore rester à la place attendue dans la famille. Ces éléments montrent que les parcours d'hospitalisation ne peuvent pas être compris uniquement comme la conséquence d'un trouble individuel. Ils s'inscrivent aussi dans un contexte social plus large, avec des normes et des attentes qui peuvent peser sur la personne, rendre la souffrance moins visible et retarder la demande d'aide. Une participante, par exemple, explique combien la question de l'échec et de la réussite a structuré son rapport à elle-même : « *J'ai une peur de l'échec qui est incroyable chez moi... j'ai l'impression que ma sœur c'est la réussite et que moi j'ai raté* » (E11). Une autre participante explique que, dans sa famille, la valeur d'un enfant semblait surtout dépendre de ce qu'il faisait : être utile, travailler, obéir, ne pas poser problème (E12). Tous cela montre que les récits ne parlent pas uniquement de familles en difficulté, ils montrent aussi un contexte plus large, avec des normes sociales et familiales où la souffrance psychique de l'enfant est peu entendue, ou parfois minimisée. Elle peut alors être perçue comme une

faiblesse, un échec ou quelque chose qu'il faut cacher, plutôt que comme un signal d'alarme, de détresse.

#### 4.2.4. L'articulation micro-méso-macro dans la trajectoire vers l'hospitalisation psychiatrique

L'intérêt du cadre théorique est de montrer que l'hospitalisation psychiatrique ne peut pas être réduite à un événement ponctuel ou à une décompensation isolée. Les entretiens suggèrent au contraire une trajectoire où interagissent les trois niveaux : des atteintes précoces dans les relations immédiates, des insuffisances de repérage ou de soutien dans les environnements intermédiaires, et des normes sociales ou familiales qui rendent la souffrance peu audible. Plusieurs participants établissent eux-mêmes ce lien entre leur histoire développementale et leur parcours psychiatrique, en décrivant l'hospitalisation comme l'aboutissement d'un long processus de fragilisation plutôt que comme une rupture soudaine : « *Absolument. Si j'avais pas vécu tous ces trucs... ça me poursuit, il n'y a pas un jour où je n'y pense pas* » (E4), « *Franchement, je pense que oui, parce que sous la même étoile... et si j'avais eu un encadrement et de l'amour, ça aurait été moins difficile* » (E8). À l'âge adulte, cette articulation se traduit par des répétitions relationnelles, des vulnérabilités émotionnelles majeures, des conduites auto-agressives ou addictives, et une difficulté persistante à se sentir en sécurité dans le lien. Plusieurs personnes décrivent des relations de couple marquées par la violence, l'emprise ou la dépendance affective, comme si les schémas précoces restaient actifs dans les choix relationnels ultérieurs. D'autres évoquent la scarification, les troubles alimentaires, les consommations ou les tentatives de suicide comme des réponses à une souffrance installée de longue date : « *J'ai toujours mis une couche pour ne pas avoir aucune émotion... je ne pleurais pas parce que je voulais pas qu'elle gagne* » (E5), « *Les consommations m'ont permis de tenir le coup... maintenant je me rends compte qu'elles m'amènent aussi des choses négatives* » (E12). L'hospitalisation apparaît alors comme un moment où les stratégies de survie ne suffisent plus, et où les fragilités construites au fil du parcours deviennent trop difficiles à contenir seul.

#### 4.2.5. À l'âge adulte, une répétition des schémas relationnels précoces

L'analyse des entretiens montre que les atteintes vécues au niveau micro durant l'enfance ne restent pas confinées à cette période, mais semblent se rejouer à l'âge adulte dans les relations affectives, conjugales et familiales (44). Plusieurs participants décrivent des

parcours marqués par la répétition de liens violents, asymétriques ou marqués par l'emprise, comme si les modèles relationnels précoces avaient constitué une matrice durable de leurs attachements ultérieurs. Cette répétition ne doit pas être interprétée comme un simple « choix » individuel, mais comme le prolongement d'apprentissages affectifs précoces dans lesquels la violence, l'humiliation, l'abandon ou l'insécurité avaient été intégrés comme des formes presque ordinaires du lien : « *J'ai été une femme battue pendant plus de 30 ans de ma vie. Parce que j'étais battue dans l'enfance et après l'enfance j'ai continué à être battue et pour moi c'était comme si c'était normal parce que j'avais été battue toute ma vie donc j'avais pas conscience que c'était pas normal de recevoir des coups* » (E8), « *Je suis tombée sur un pervers narcissique alcoolique et cocaïnoman... après ça je suis sortie avec un autre qui me frappait tout le temps... et maintenant je suis avec quelqu'un depuis deux ans et demi, lui c'est plus psychologique* » (E17). Cette répétition relationnelle peut être relue comme le produit de trajectoires où aucun espace tiers n'a réellement permis de mettre à distance les premiers modèles de violence ou d'emprise. Faute d'élaboration, les schémas précoces semblent se réactiver dans la vie conjugale, familiale ou sociale. Plusieurs entretiens montrent également que cette répétition s'accompagne d'une difficulté à se protéger, à poser des limites ou à reconnaître la nocivité d'une relation au moment où elle se met en place : « *Je souffre de dépendance affective, peur de l'abandon... moi j'ai pas besoin de faire une psychothérapie pour comprendre les raisons, je les connais depuis toujours, elles font partie de mon squelette* » (E3), « *J'avais voulu faire tout le contraire de ce que mes parents avaient fait. Mais ce qui s'est passé pendant mon enfance... pour moi, tout le monde me dit non, c'est pas vrai, mais pour moi, moi je fais mériter ce qui m'arrive* » (E17). Ces récits montrent que la répétition ne concerne pas seulement les événements, mais aussi les représentations de soi : se sentir coupable, mériter la violence, devoir se taire ou « tenir ».

#### 4.2.6. Les conduites addictives, auto-agressives et suicidaires comme modalités de régulation de la souffrance

Les entretiens mettent en évidence que de nombreuses conduites problématiques à l'âge adulte comme la consommation de substances, les scarifications, la boulimie, les automutilations, les tentatives de suicide apparaissent moins comme des symptômes isolés que comme des tentatives de régulation d'une souffrance psychique ancienne, souvent enracinée dans les expériences précoces (46). Ces comportements sont décrits par les

participants comme des moyens de « tenir », d'anesthésier les affects, de faire taire l'angoisse, ou encore de déplacer la douleur psychique vers le corps : « *Les consommations m'ont permis de tenir le coup. Pour effacer tout ce que j'avais en tête et pour continuer de survivre* » (E1), « *Le but recherché c'est un peu m'anesthésier, le corps, les émotions négatives elles partent... mais après on ressent surtout la descente* » (E6). Ces propos suggèrent que les consommations ne sont pas d'abord vécues comme des comportements forcément récréatifs, mais comme des stratégies de survie psychique (47,48). Les conduites auto-agressives apparaissent elles aussi dans plusieurs récits comme un prolongement de cette tentative de régulation (45). Elles permettent de faire exister une douleur, de se punir, ou de reprendre un certain contrôle sur une souffrance devenue envahissante : « *À l'époque je me scarifiais... j'ai compris que le fait de faire ça c'était simplement que la douleur se concentrait ailleurs* » (E14), « *Moi je me fais du mal en consommant de l'alcool. Et la boulimie... c'était déjà mon refuge quand il y avait de la violence à la maison* » (E3). Les idées suicidaires et les passages à l'acte reviennent également dans de nombreux entretiens comme le point d'aboutissement d'une accumulation, plutôt que comme un surgissement brutal (44). L'un des participants résume ce processus de saturation en disant : « *J'ai trouvé mon amie pendue et là tout est remonté... je n'ai pas su tout canaliser, c'était trop fort* » (E6), « *J'avais laissé des lettres... parce que je me suis dit au moins vous auriez compris la démarche. Je n'arrive plus à vivre avec tout ça* » (E13). Ces éléments montrent que les conduites suicidaires sont à lire dans un continuum de souffrance ancienne, réactivée par de nouveaux événements.

#### 4.2.7. Le défaut de soutien durable et l'isolement comme facteurs d'aggravation

Un autre résultat majeur concerne l'insuffisance ou la fragilité des soutiens mobilisables à l'âge adulte. Même lorsque certaines personnes ressources existent ponctuellement, elles apparaissent souvent instables, insuffisantes, ou trop sollicitées pour constituer un appui réellement contenant. On y décrit un isolement massif, un épuisement du réseau, voire la disparition progressive des liens de confiance : « *Personne. J'ai trouvé les personnes de confiance dans mes thérapeutes ici... mais sinon je suis seule, seule, et ça c'est dur* » (E9), « *Je n'ai personne. J'ai eu énormément de monde autour de moi... une fois que je me suis retrouvée dans la chaise, ça a été fini. J'étais comme un poids* » (E15). Ces récits

montrent que la vulnérabilité psychique peut s'aggraver lorsqu'aucun environnement relationnel suffisamment stable ne permet de contenir la souffrance.

Ce défaut de soutien ne concerne pas uniquement l'entourage intime, il touche aussi les liens sociaux plus larges. Certains évoquent des réseaux amicaux appauvris, des familles distantes ou critiques, et parfois des contextes où la personne ne se sent plus reconnue dans sa place sociale. Le travail, la parentalité, la vie de couple ou les amitiés perdaient alors leur fonction structurante, laissant place à un vide ou à une désaffiliation progressive : « *Quand on ne fait plus rien, c'est compliqué... on se dévalorise, on vous traite de fainéant* » (E9), « *Je voudrais ré-accrocher à la société mais je ne sais pas comment faire... j'ai l'impression qu'on m'a mise dans une valise* » (E11). Tous ces propos font écho au cadre théorique en montrant que le trouble psychique ne se déploie pas seulement dans la sphère intrapsychique, mais dans une dynamique de désinsertion relationnelle et sociale qui se renforce avec le temps.

#### 4.2.8. L'hospitalisation psychiatrique comme espace de contenance, de suspension

L'hospitalisation psychiatrique apparaît dans les entretiens comme un espace ambivalent. Elle est parfois vécue comme une rupture difficile, marquée par la honte, le sentiment d'échec ou la peur d'être assimilé à la figure du parent malade (48). Mais elle est aussi décrite par plusieurs comme un lieu de suspension, de protection ou de mise à distance temporaire des pressions extérieures : « *Pour moi c'est un échec d'être hospitalisée... mais en même temps ici c'est peut-être le seul endroit où je ne suis pas jugée* » (E7), « *Je pense que je suis au bon endroit... c'est ma bulle de liberté à l'heure actuelle* » (E16). Du côté des patients, plusieurs reconnaissent que l'hospitalisation constitue un moment où les stratégies habituelles de survie ne suffisent plus et où un cadre extérieur devient nécessaire (49).

## **5. Discussion, perspectives et limites**

L'hypothèse de ce mémoire postulait que les BNS durant l'enfance et les antécédents familiaux psychiatriques étaient associés à des trajectoires d'hospitalisation plus défavorables en psychiatrie adulte, en particulier à la ré-hospitalisation. Les résultats obtenus invitent à nuancer cette hypothèse plutôt qu'à la rejeter. En effet, sur le plan quantitatif, les antécédents psychiatriques apparaissent comme le facteur le plus fortement associé à la ré-hospitalisation, avec un odds ratio élevé et robuste après ajustement, alors que les BNS

durant l'enfance n'apparaissent pas significativement associés à cette variable dans le modèle final. En revanche, les BNS durant l'enfance sont significativement associés à la présence d'antécédents psychiatriques, les résultats ne montrent pas que ceux-ci entraînent directement la ré hospitalisation. Ils suggèrent plutôt que ces expériences précoces s'inscrivent dans des parcours plus larges de vulnérabilité psychiatrique.

L'apport du volet qualitatif est ici essentiel, car il permet de dépasser une lecture purement statistique car il permet d'aller au-delà des chiffres. Les récits montrent que plusieurs participants font eux-mêmes le lien entre leur parcours de vie durant l'enfance, les manques affectifs, les violences vécues et leur parcours de soins à l'âge adulte. L'ensemble des résultats invite donc à une lecture nuancée : les vulnérabilités précoces ne déterminent pas automatiquement la ré hospitalisation, mais elles peuvent participer à la construction de trajectoires plus fragiles, dans lesquelles la crise et le recours à l'hospitalisation deviennent plus probables.

### 5.1. Les antécédents familiaux psychiatriques comme marqueur fort d'une trajectoire psychiatrique plus lourde

Le premier enseignement majeur de cette étude est le poids des antécédents psychiatriques familiaux dans les trajectoires de soins, dans l'échantillon, 87,8 % des participants les rapportent. Cette variable est très fortement associée à la ré-hospitalisation, même lorsque l'âge est pris en compte dans le modèle final (OR ajusté = 12,47 - IC95 : 6,31–25,32) avec une  $p$  - valeur < 0,001. L'âge reste aussi associé de manière significative à la ré-hospitalisation dans le modèle final, mais son effet est plus modéré (OR ajusté = 1,04 - IC95 : 1,01–1,06) avec une  $p$  - valeur = 0,0015. Cela montre que l'âge joue un rôle central, mais qu'il n'a pas le même poids que les antécédents familiaux psychiatriques. Ce résultat indique que ceux-ci ne doivent pas être considérés comme un simple élément de contexte mais qu'ils apparaissent plutôt comme un marqueur important de vulnérabilité, pouvant accompagner des parcours psychiatriques plus lourds, plus anciens et plus répétitifs.

Cette observation rejoint le cadre théorique présenté plus haut, notamment les travaux sur les ACEs concernant les enfants de parents présentant des troubles mentaux sévères. Les antécédents familiaux psychiatriques doivent être compris à deux niveaux. D'un côté, ils peuvent renvoyer à une vulnérabilité transmise en partie sur le plan génétique et de l'autre,

ils s'inscrivent aussi dans un environnement familial, relationnel et émotionnel qui peut être plus instable ou moins sécurisant.

Le résultat quantitatif démontre que ces antécédents ne sont pas seulement un élément de l'histoire du patient. Ils apparaissent aussi comme un marqueur important de trajectoires de soins plus complexes, souvent plus anciennes, et davantage marquées dans la répétition des hospitalisations. Cette lecture peut toutefois être enrichie par l'apport de l'épigénétique, tel que discuté dans un article écrit récemment par le professeur Constant (51). Il rappelle que certaines perturbations environnementales, en particulier lorsqu'elles surviennent durant des périodes critiques du développement, peuvent induire des modifications biologiques durables susceptibles de recalibrer les systèmes de réponse au stress et d'influencer la vulnérabilité ultérieure face à des expositions traumatiques ou à des décompensations psychiques.

Les antécédents familiaux psychiatriques ne doivent pas être compris uniquement comme un héritage génétique ou comme le résultat d'un climat familial difficile. Ils peuvent plutôt être vus comme une image de plusieurs éléments qui s'entrecroisent : des facteurs biologiques, des relations familiales, un environnement de vie et le développement de l'enfant. Il faut toutefois rester prudent, cette étude ne permet pas de démontrer l'existence d'un mécanisme épigénétique chez les participants pour autant. Ce cadre théorique nous aide à mieux comprendre en complément pourquoi certaines vulnérabilités peuvent s'inscrire dans le temps et parfois se transmettre ou se répéter d'une génération à l'autre.

## 5.2. Les besoins non satisfaits durant l'enfance : une variable cliniquement centrale, mais statistiquement indirecte

Les BNS durant l'enfance apparaissent plutôt comme un marqueur de vulnérabilité développementale, que comme un facteur direct de ré hospitalisation. S'ils ne sont pas significativement associés à la ré hospitalisation dans le modèle final, leur lien avec les antécédents psychiatriques familiaux suggère qu'ils participent plus en amont à la construction de trajectoires psychiques fragiles. Cette interprétation est cohérente avec les ACEs, Maslow et la théorie de l'attachement, les carences précoces touchant la sécurité, la protection ou la reconnaissance, qui n'agissent pas seulement comme des événements passés, mais comme des expériences susceptibles d'altérer durablement les capacités de régulation émotionnelle, le rapport à la sécurité et les modalités ultérieures de recours au

soin (40). Dans les récits, les BNS durant l'enfance ne sont pas décrits comme de simples souvenirs du passé, ils apparaissent plutôt comme quelque chose qui continue à peser sur la manière dont les participants se perçoivent, entrent en relation avec les autres et traversent les moments de crise.

La notion d'épigénétique de nouveau, permet aussi d'éclairer cette compréhension. Des expériences répétées d'insécurité, de négligence ou de traumatisme peuvent laisser des traces durables sur les systèmes de réponse au stress, surtout lorsqu'elles surviennent à des périodes importantes du développement (51). Cela ne permet pas de démontrer directement un mécanisme biologique chez les participants mais ce cadre aide à comprendre pourquoi les BNS durant l'enfance restent importants sur le plan clinique, même s'ils ne ressortent pas comme un facteur directement associé à la ré hospitalisation dans le modèle statistique. Ici, dans cette perspective, ils peuvent être compris comme une rencontre de plusieurs dimensions : l'histoire familiale, le développement psychique et une plus grande sensibilité aux ruptures, aux crises à l'âge adulte. Ils ne permettent non pas à eux seuls d'expliquer la ré hospitalisation, mais ils peuvent aider à comprendre certaines fragilités qui se construisent dans le temps. Cette lecture a aussi un intérêt préventif : si ces fragilités peuvent s'inscrire dans la durée, cela ne veut pas dire qu'elles sont irréversibles, cela souligne au contraire que certaines marques peuvent être modulées par des interventions sociales, psychologiques et environnementales adaptées.

### 5.3. Lecture micro : l'attachement inséure, la régulation émotionnelle et l'hospitalisation comme point de rupture

Les résultats qualitatifs soutiennent fortement le cadre de l'attachement, dans la mesure où les participants décrivent des enfances marquées par l'insécurité affective, la violence, l'imprévisibilité, l'absence de protection et un défaut de contenance parentale. La famille n'apparaît pas toujours comme ce lieu de sécurité. Pour plusieurs participants, elle est plutôt associée à la peur, à l'instabilité, au rejet ou au fait de devoir rester constamment sur ses gardes. Tous ces éléments rejoignent la théorie de Bowlby, selon laquelle les personnes qui sont censées rassurer l'enfant sont peu présentes, instables ou parfois menaçantes, l'enfant peut avoir plus de mal à se sentir en sécurité, à faire confiance et à demander de l'aide. Avec le temps, cela peut aussi fragiliser la gestion des émotions et l'estime de soi.

À l'âge adulte, ces fragilités peuvent se retrouver dans la manière dont ils appréhendent la souffrance, en évoquant des conduites auto-agressives, des consommations, ou encore la répétition de relations difficiles dans le couple ou la famille. Dans ces situations, l'hospitalisation psychiatrique peut être vue comme un moment de rupture, lorsque la personne n'arrive plus à tenir seule et que l'entourage ou le réseau ne suffisent plus. L'hôpital devient alors, temporairement, une forme de base de sécurité de remplacement. Cela permet aussi de comprendre pourquoi les besoins non satisfaits durant l'enfance sont très présents dans les récits. Ce n'est peut-être pas la variable « BNS » prise seule qui explique la réhospitalisation, mais plutôt la manière dont ces manques précoces ont pu influencer le rapport à la sécurité, à la détresse, aux liens et aux soins.

#### 5.4. Lecture méso : un défaut de repérage, de relais et de continuité dans les environnements de proximité

De nombreux participants rapportent que des signes étaient visibles dans l'enfance, mais qu'ils n'ont pas donné lieu à une intervention protectrice suffisante. L'école, les proches ou certains professionnels semblent parfois avoir perçu une difficulté, sans pour autant parvenir à la transformer en soutien effectif. D'autres fois, les participants eux-mêmes disent ne pas avoir parlé, par peur de détruire la famille, de ne pas être crus, ou de perdre leurs repères. Le problème n'est pas seulement de savoir si un dispositif existe, il faut aussi que l'enfant se sente suffisamment en confiance pour pouvoir parler, être entendu et demander de l'aide.

Cette idée est importante dans la discussion, car elle évite de tout ramener au patient ou à sa famille. Elle nous rappelle aussi que l'enfant évolue dans plusieurs environnements : l'école, une maison médicale, le médecin traitant, les services de santé mentale, l'aide à la jeunesse ou encore d'autres dispositifs sociaux. Dans le contexte wallon, cela pose surtout la question du lien entre ces acteurs : comment ils communiquent, comment ils se coordonnent et comment ils peuvent faire relais lorsqu'un enfant montre des signes de fragilité. La réforme des soins de santé mentale en Belgique a renforcé les logiques de réseau, de continuité et de soins davantage ancrés dans le milieu de vie. A l'heure actuelle, les résultats montrent que le repérage précoce et le partage des informations utiles restent encore des défis très concrets sur le terrain (6, 28, 50).

### 5.5. Lecture macro : la ré-hospitalisation comme révélateur de vulnérabilités anciennes dans un système encore sous tension

Ce niveau permet enfin de relire les résultats à l'échelle des normes sociales, des représentations collectives et des logiques organisationnelles du système de soins. Les entretiens montrent que certains ont grandi dans des univers où la violence éducative était banalisée, où l'on parlait peu de ce qui se passait à la maison, où la souffrance psychique n'était ni nommée ni légitimée, et où l'enfant devait « tenir ». Ces récits rejoignent la littérature sur les ACEs, mais aussi les travaux sur les déterminants sociaux de la santé mentale. Ils rappellent que certaines trajectoires psychiatriques ne s'expliquent pas uniquement par des fragilités individuelles, elles s'inscrivent aussi dans des contextes familiaux, sociaux et culturels qui peuvent rendre la souffrance moins visible, retarder la demande d'aide et compliquer l'accès à un soutien adapté.

Dans le contexte belge, comme il a été présenté dans l'introduction, le système évolue vers des séjours plus courts, plus de prises en charge ambulatoires et une attention plus grande à la continuité des soins. Pourtant, la ré-hospitalisation à 30 jours reste un indicateur important, car elle montre que certains parcours restent encore fragiles. Les résultats rappellent donc une chose essentielle : une ré-hospitalisation ne peut pas être comprise uniquement comme une sortie qui n'a pas fonctionné ou comme un manque d'observance du patient. Elle peut aussi être comprise comme l'aboutissement de vulnérabilités anciennes insuffisamment repérées, insuffisamment travaillées ou insuffisamment relayées dans le réseau. En Wallonie, où les ressources ambulatoires, l'intensité du travail en réseau et l'accessibilité des prises en charge restent hétérogènes selon les territoires, cela renforce l'intérêt d'une lecture préventive et territorialisée des trajectoires psychiatriques.

### 5.6. Perspectives

La principale perspective de ce mémoire est de déplacer le regard en amont des hospitalisations adultes, vers l'enfance, la famille et les milieux de vie. Si la ré-hospitalisation est le point de départ de l'analyse, les résultats montrent que certaines fragilités semblent se construire bien plus tôt, dans des contextes où l'insécurité affective, les carences de protection et les difficultés psychiatriques familiales semblent fortement présentes. L'enjeu n'est donc pas seulement de mieux accompagner les adultes quand ils arrivent à l'hôpital, il est aussi de se demander comment peut-on intervenir plus tôt, dès l'enfance, avant que ces

fragilités ne s'installent dans le temps. Cette approche rejoint les principes de promotion de la santé portés par l'OMS, qui définit l'importance d'agir sur les milieux de vie, les communautés, les déterminants de santé et les ressources des personnes (52).

Dans le contexte wallon et belge, cela invite à renforcer les actions dans les lieux où les enfants grandissent et évoluent. Il s'agit notamment de mieux soutenir et accompagner les familles, de renforcer le rôle de l'ONE et de la promotion de la santé à l'école, mais aussi de repérer plus tôt les situations de fragilité. Cela suppose également que les différents acteurs puissent mieux travailler ensemble et dans cette logique, les soins psychologiques de première ligne soutenus par l'INAMI représentent aussi un levier important, surtout lorsqu'ils permettent d'atteindre les enfants et les adolescents avant que les difficultés ne s'aggravent. Cette approche doit rejoindre les logiques européennes sur les stratégies qui privilégient l'action précoce dans les milieux de vie de l'enfant. Ainsi, la perspective la plus cohérente issue de ce travail est celle d'une action plus précoce, intersectorielle et promotrice de santé, visant à renforcer dès l'enfance les ressources relationnelles, sociales et émotionnelles qui protègent la santé mentale.

### 5.7. Les limites

Ce mémoire présente certaines limites qu'il convient de souligner. Tout d'abord, le fait que l'étude soit menée dans une seule institution limite la portée des résultats. Ce qui est observé dans ce contexte ne peut donc pas être généralisé directement à d'autres hôpitaux ou à d'autres territoires. La taille de l'échantillon constitue aussi une limite. Elle peut réduire la puissance des analyses quantitatives et rendre certaines associations plus difficiles à mettre en évidence, surtout pour des variables complexes comme les besoins non satisfaits durant l'enfance. Il faut également tenir compte du fait que le recueil des participants repose en partie sur des éléments rétrospectifs en revenant sur des expériences anciennes, parfois vécues durant l'enfance. Leur récit peut donc être influencé par la mémoire, par le temps écoulé, mais aussi par la manière dont ils comprennent aujourd'hui leur propre parcours.

Une autre limite concerne la mesure des besoins non satisfaits durant l'enfance. Le fait de les recueillir sous une forme simple, en oui/non/je ne sais pas, permettait de garder un outil court et utilisable dans le contexte de l'étude. En revanche, cette manière de faire ne permet pas de préciser l'intensité des besoins non satisfaits, leur durée, leur répétition ou le moment où

ils sont apparus dans l'histoire de vie. De la même manière, le critère utilisé pour distinguer première hospitalisation et ré hospitalisation reste utile, mais il ne suffit pas à lui seul à décrire toute la complexité des trajectoires psychiatriques.

Enfin, l'analyse qualitative permet de mieux comprendre les parcours, mais elle repose sur ce que les participants ont choisi de raconter, sur leur manière de vivre les choses et sur le contexte de l'entretien. Elle dépend aussi du regard du chercheur au moment de l'analyse. Ces limites ne retirent pas l'intérêt du travail, mais elles obligent à rester prudent. Les résultats doivent donc être compris comme une première contribution pour mieux lire les trajectoires psychiatriques adultes à partir de fragilités parfois présentes depuis plus longtemps dans l'histoire de vie.

### 5.8. Critères de qualité

Cette étude mixte repose sur plusieurs critères de qualité. La réflexivité a été particulièrement prise en compte, dans la mesure où ma position professionnelle en psychiatrie adulte pouvait influencer la manière d'aborder la problématique. Une attention particulière a donc été portée à la manière d'interpréter les résultats, afin de limiter autant que possible les biais d'interprétations. La solidité de l'étude repose surtout sur la cohérence entre la question de recherche, le cadre théorique, le guide d'entretien, les variables étudiées et les méthodes d'analyse utilisées. La transférabilité des résultats reste limitée, car l'étude a été menée dans un seul centre. Cependant, la description du terrain, de la population étudiée et du contexte permet de mieux comprendre dans quels types de situations ou de contextes proches ces résultats peuvent faire sens. Enfin, le choix d'un design mixte séquentiel explicatif apparaît pertinent au regard des objectifs poursuivis, puisqu'il permet à la fois d'estimer des associations et d'en approfondir la compréhension à partir des récits des participants (32).

## **6. Conclusion**

Ce mémoire avait pour objectif d'examiner les liens entre les besoins non satisfaits durant l'enfance, les antécédents psychiatriques familiaux et les trajectoires d'hospitalisation en psychiatrie adulte, en particulier la ré hospitalisation. À travers cette approche mixte, ce travail cherchait à mieux comprendre deux dimensions. D'un côté, analyser les associations observées dans les données quantitatives et de l'autre, de comprendre comment les patients eux-mêmes relient leur histoire de vie à leur parcours psychiatrique.

Les résultats ne vont pas totalement dans le sens de l'hypothèse de départ, mais ils ne la rejettent pas non plus. Ils invitent plutôt à la nuancer. Les antécédents familiaux psychiatriques apparaissent comme le facteur le plus fortement associé à la ré-hospitalisation. Ils peuvent donc être compris comme un marqueur important de trajectoires plus lourdes, plus anciennes et plus répétées. A contrario, les BNS durant l'enfance ne sont pas directement associés à la ré-hospitalisation dans le modèle final mais leur lien significatif avec les antécédents familiaux psychiatriques montre qu'ils peuvent intervenir de manière plus indirecte, dans la construction de fragilités qui s'installent dans le temps.

Les entretiens vont dans le même sens. Plusieurs participants expliquent leur souffrance actuelle à partir d'une histoire plus ancienne, marquée entre autres par l'insécurité, les manques affectifs, les violences ou l'absence de protection suffisante. Cela montre que la ré-hospitalisation ne peut pas être regardée comme un événement isolé mais plutôt dans un parcours plus long, où se croisent l'histoire familiale, les relations, les difficultés psychiques et le contexte de vie dans lequel la personne évolue.

Pour la santé publique, l'intérêt de cette étude est donc de rappeler que la prévention ne doit pas commencer uniquement au moment de la crise ou de la sortie d'hospitalisation. Elle doit aussi être pensée plus en amont, au niveau de l'enfance, du repérage précoce des vulnérabilités et de la promotion de la santé mentale dans les milieux de vie. En ce sens, ce travail plaide pour une approche plus précoce, plus globale et plus préventive des trajectoires psychiatriques.

## Bibliographie

1. Vigod SN, Kurdyak PA, Dennis CL, Leszcz T, Taylor VH, Blumberger DM. Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*. 2013;202(3):187-194. doi:10.1192/bjp.bp.112.115030.
2. Berardelli I, Sarubbi S, Rogante E, Erbuto D, Cifrodelli M, Giuliani C, et al. Exploring risk factors for re-hospitalization in a psychiatric inpatient setting: a retrospective naturalistic study. *BMC Psychiatry*. 2022;22:821. doi:10.1186/s12888-022-04472-3.
3. Rasic D, Hajek T, Alda M, Uher R. Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: a meta-analysis of family high-risk studies. *Schizophrenia Bulletin*. 2014;40(1):28-38. doi:10.1093/schbul/sbt114.
4. Jami ES, Hammerschlag AR, Bartels M, Middeldorp CM. Parental characteristics and offspring mental health and related outcomes: a systematic review of genetically informative literature. *Translational Psychiatry*. 2021;11:197. doi:10.1038/s41398-021-01300-2.
5. United Nations. Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages [En ligne]. New York: United Nations; s.d. Disponible sur : site des Nations Unies.
6. OECD. Belgian mental health reform. In: *Mental health promotion and prevention: best practices in public health*. Paris: OECD Publishing; 2025. doi:10.1787/88bbe914-en.
7. World Health Organization. Santé mentale [En ligne]. Genève: World Health Organization; 2025. Mise à jour le 8 octobre 2025.
8. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-136.
9. World Health Organization. Mental disorders [En ligne]. Genève: World Health Organization; 2025. Mise à jour le 30 septembre 2025. Disponible sur: site de l’OMS.
10. World Health Organization. Schizophrenia [En ligne]. Genève: World Health Organization; 2025. Mise à jour le 6 octobre 2025. Disponible sur: site de l’OMS.

11. World Health Organization. Over a billion people living with mental health conditions: services require urgent scale-up [En ligne]. Genève: World Health Organization; 2025. Disponible sur: site de l’OMS.
12. European Commission. Flash Eurobarometer 530: Mental Health. Brussels: European Commission; 2023.
13. Rong J, Wang X, Cheng P, Li D, Zhao D. Global, regional and national burden of depressive disorders and attributable risk factors, from 1990 to 2021: results from the 2021 Global Burden of Disease study. *The British Journal of Psychiatry*. 2025;227(4):688-697. doi:10.1192/bjp.2024.266.
14. McKay MT, Kilmartin L, Meagher A, Cannon M, Healy C, Clarke MC. A revised and extended systematic review and meta-analysis of the relationship between childhood adversity and adult psychiatric disorder. *Journal of Psychiatric Research*. 2022;156:268-283. doi:10.1016/j.jpsychires.2022.10.015.
15. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychological Review*. 1943;50(4):370-396.
16. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books; 1969.
17. Mikulincer M, Shaver PR. An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*. 2012;11(1):11-15. doi:10.1016/j.wpsyc.2012.01.003.
18. Adams GC, Wrath AJ, Meng X. The relationship between adult attachment and mental health care utilization: a systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2018;63(10). doi:10.1177/0706743718779933.
19. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*. 2017;2(8):e356-e366. doi:10.1016/S2468-2667(17)30118-4.
20. Daníelsdóttir HB, Aspelund T, Shen Q, Halldorsdottir T, Jakobsdóttir J, Song H, et al. Adverse childhood experiences and adult mental health outcomes. *JAMA Psychiatry*. 2024;81(6):586-594. doi:10.1001/jamapsychiatry.2024.0039.
21. Smith AEM, Msetfi RM, Golding L. Client self-rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance: a systematic review. *Clinical Psychology Review*. 2010;30(3):326-337. doi:10.1016/j.cpr.2009.12.007.

22. Zhou M, Pettersson E, Brikell I, Larsson H, Lichtenstein P. Intergenerational transmission of psychiatric conditions and psychiatric, behavioral, and psychosocial outcomes in offspring. *JAMA Network Open*. 2023;6(12):e2347471. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.47471.
23. Reardon T, Harvey K, Baranowska M, O'Brien D, Smith L, Creswell C. What do parents perceive are the barriers and facilitators to accessing psychological treatment for mental health problems in children and adolescents? A systematic review of qualitative and quantitative studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2017;26(6):623-647. doi:10.1007/s00787-016-0930-6.
24. DuPont-Reyes MJ, Villatoro AP, Phelan JC, Painter K, Link BG. Familial transmission of mental health help-seeking: does it "run in the family"? *SSM - Population Health*. 2024;27:101695. doi:10.1016/j.ssmph.2024.101695.
25. For a Healthy Belgium. Anxiety and depression [En ligne]. Brussels: Federal Public Service Health, Food Chain Safety and Environment; 2024. Disponible sur: For a Healthy Belgium.
26. Chen M, Tan X, Padman R. Social determinants of health in electronic health records and their impact on analysis and risk prediction: a systematic review. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2020;27(11):1764-1776. doi:10.1093/jamia/ocaa143
27. Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), Sciensano, INAMI, SPF Santé publique. Performance du système de santé belge : rapport 2024. Bruxelles : KCE ; 2024. KCE Report 376B. Disponible sur : Belgique en bonne santé.
28. Federal Ministry of Public Health. Mental health care delivery system reform in Belgium. Brussels: Federal Ministry of Public Health; 2019. EU Compass presentation.
29. OECD. Health at a glance 2023: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2023. doi:10.1787/7a7afb35-en.
30. Hegedüs A, et al. Effectiveness of transitional interventions in improving patient outcomes and service use after discharge from psychiatric inpatient care: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*. 2020;10:969. doi:10.3389/fpsy.2019.00969.
31. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse thématique. In: L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris: Armand Colin; 2012. p. 231-314.

32. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*. 2001;358(9280):483-488. doi:10.1016/S0140-6736(01)05627-6.
33. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998;14(4):245-258. doi:10.1016/S0749-3797(98)00017-8.
34. Petruccelli K, Davis J, Berman T. Adverse childhood experiences and associated health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*. 2019;97:104127. doi:10.1016/j.chiabu.2019.104127.
35. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*. 2012;9(11):e1001349. doi:10.1371/journal.pmed.1001349.
36. Li M, D'Arcy C, Meng X. Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological Medicine*. 2016;46(4):717-730. doi:10.1017/S0033291715002743.
37. Baldwin JR, Wang B, Karwatowska L, Schoeler T, Tsaligopoulou A, Munafò MR, et al. Childhood maltreatment and mental health problems: a systematic review and meta-analysis of quasi-experimental studies. *American Journal of Psychiatry*. 2023;180(2):117-126. doi:10.1176/appi.ajp.20220174.
38. Teicher MH, Samson JA. Annual research review: enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2016;57(3):241-266. doi:10.1111/jcpp.12507.
39. Dvir Y, Ford JD, Hill M, Frazier JA. Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harvard Review of Psychiatry*. 2014;22(3):149-161. doi:10.1097/HRP.0000000000000014.
40. Zhang X, Li J, Xie F, Chen X, Xu W, Hudson NW. The relationship between adult attachment and mental health: a meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2022;123(5):1089-1137. doi:10.1037/pspp0000437.
41. Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieveise R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control,

- prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*. 2012;38(4):661-671. doi:10.1093/schbul/sbs050.
42. Zhou L, Sommer IEC, Yang P, Sikirin L, van Os J, Bentall RP, et al. What do four decades of research tell us about the association between childhood adversity and psychosis: an updated and extended multi-level meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*. 2025;182(4):360-372. doi:10.1176/appi.ajp.20240456.
  43. Angelakis I, Gillespie EL, Panagioti M. Childhood maltreatment and adult suicidality: a comprehensive systematic review with meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2019;49(7):1057-1078. doi:10.1017/S0033291718003823.
  44. Fereidooni F, Daniels JK, Lommen MJJ. Childhood maltreatment and revictimization: a systematic literature review. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2024;25(1):291-305. doi:10.1177/15248380221150475.
  45. Cattane N, Rossi R, Lanfredi M, Cattaneo A. Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC Psychiatry*. 2017;17:221. doi:10.1186/s12888-017-1383-2.
  46. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*. 1997;4(5):231-244. doi:10.3109/10673229709030550.
  47. Hawn SE, Cusack SE, Amstadter AB. A systematic review of the self-medication hypothesis in the context of posttraumatic stress disorder and comorbid problematic alcohol use. *Journal of Traumatic Stress*. 2020;33(5):699-708. doi:10.1002/jts.22521.
  48. Mehta D, Scott JG, Carter LM, Greville J, Williams DJ, Coghlan D, et al. Child maltreatment and long-term physical and mental health outcomes: an exploration of biopsychosocial determinants and implications for prevention. *Child Psychiatry & Human Development*. 2021. doi:10.1007/s10578-021-01258-8.
  49. Engström I, Hansson L, Ali L, Berg J, Ekstedt M, Engström S, et al. Relational continuity may give better clinical outcomes in patients with serious mental illness: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2023;23(1):952. doi:10.1186/s12888-023-05440-1.
  50. Nicaise P, Giacco D, Soltmann B, Pfennig A, Miglietta E, Lasalvia A, et al. Healthcare system performance in continuity of care for patients with severe mental illness: a comparison of five European countries. *Health Policy*. 2020;124(1):25-36. doi:10.1016/j.healthpol.2019.11.004.

51. Constant E. Importance de l'épigénétique dans la transmission trans- et intergénérationnelle du traumatisme des victimes de violence [manuscrit non publié]. Liège: Centre Hospitalier Notre-Dame des Anges; s.d.
52. World Health Organization. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Ottawa: World Health Organization; 1986.

## Annexes

### Annexe 1 : Approbation du comité d'éthique

#### Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 18 mars 2026

Monsieur le Prof. E. CONSTANT  
Monsieur le Giuliano RIGHETTI  
C.H.S. Notre Dame des Anges  
LIEGE

Cher Collègue,

Vous trouverez ci-joint l'avis d'approbation de l'étude :

**"Étude mixte des besoins d'enfance et des antécédents familiaux : de l'association aux mesures de prévention des hospitalisations. Exploration des conséquences sur les trajectoires en psychiatrie adulte."**

Dans le cadre des responsabilités qui lui sont imposées par la loi du 07 mai 2004, Le Comité d'Ethique souhaite vous faire part des recommandations suivantes :

- aucun patient ne peut être inclus dans l'étude avant la réception de la lettre d'approbation;
- nous souhaitons être informés de la date de début effectif de l'étude dans votre site (date d'inclusion du 1<sup>er</sup> patient);
- nous attachons une grande importance à la protection de la vie privée des patients/volontaires sains et nous comptons sur vous pour :
  - assurer un archivage sûr des documents sources (conservation sous clefs),
  - assurer la protection par mot de passe des bases de données éventuellement créées pour la gestion de vos résultats, refuser, si ces données doivent être transmises à un tiers, de transmettre non seulement des données directement identifiantes (attention à l'anonymisation des copies d'examens ou protocoles d'examens) mais également toute association de données qui pourraient permettre la ré-identification du patient (attention à l'association initiales, date de naissance et sexe encore trop souvent retrouvée dans les CRF).
- nous devons impérativement être informés :
  - de tout événement indésirable grave, suspect et inattendu (SUSAR) survenu chez l'un de vos patients ou volontaire sain,
  - du renouvellement de l'assurance (request in progress: attestation to be furnished before starting the study) quand celle-ci arrive à échéance,
  - du déroulement de l'étude, et ce annuellement,
  - de la clôture de l'étude avec rapport des résultats obtenus.
- aucun changement ne peut être apporté au protocole sans l'obtention d'un avis favorable du Comité d'Ethique;
- qu'il relève de votre responsabilité de veiller à ce que tout dommage, lié de manière directe ou indirecte à l'expérimentation, encouru par un patient inclus par vos soins soit pris en charge financièrement par le promoteur soit directement, soit via le recours à l'assurance "étude";
- tout courrier/courriel de suivi que vous nous transmettez doit bien évidemment reprendre les références de l'étude et sera accompagné de votre évaluation actuelle de la balance risques/bénéfices si ce courrier est en rapport avec la sécurité du patient (amendement, nouvelle brochure d'investigateur, déviation de protocole, nouvelle information pouvant affecter la sécurité du sujet, SAE, etc....)
- Le protocole sera enregistré dans la base de données ClinicalTrials.org avant le démarrage.

---

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE

Président : Professeur D. LEDOUX

Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET

Secrétariat administratif : 04/323.21.58

Coordination scientifique: 04/323.22.65

Mail : [ethique@chuliege.be](mailto:ethique@chuliege.be)

Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

**Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)**



Sart Tilman, le 18 mars 2026

Monsieur le **Prof. E. CONSTANT**  
Monsieur le **Giuliano RIGHETTI**  
**C.H.S. Notre Dame des Angès**  
**LIEGE**

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique  
**Nr EudraCT ou Nr belge : B7072026000012 ; Notre réf: 2025/468**

Cher Collègue,

J'ai le plaisir de vous informer que le Comité d'Ethique a donné une réponse favorable à votre demande d'avis intitulée :

**"Étude mixte des besoins d'enfance et des antécédents familiaux : de l'association aux mesures de prévention des hospitalisations. Exploration des conséquences sur les trajectoires en psychiatrie adulte. "**

Vous trouverez, sous ce pli, le formulaire de réponse reprenant, en français et en anglais, les différents éléments examinés et approuvés et la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs,

Prof. D. LEDOUX  
Président du Comité d'Ethique

Copie à la **Direction de l'AFMPS**

---

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE  
Président : Professeur D. LEDOUX  
Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET  
Secrétariat administratif : 04/323.21.58  
Coordination scientifique: 04/323.22.65  
Mail : [ethique@chuliege.be](mailto:ethique@chuliege.be)  
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

Notre Dossier nr : *Our File nr* : 2025 / 468  
Nr EudraCT : B7072026000012

COMITE D'ETHIQUE HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE  
(707)

Approbation d'une demande d'étude clinique  
*Approval form for a clinical trial*

Après examen des éléments suivants : *Having considered the following data* :

Protocole, Titre, *Title*

**Étude mixte des besoins d'enfance et des antécédents familiaux : de l'association aux mesures de prévention des hospitalisations. Exploration des conséquences sur les trajectoires en psychiatrie adulte.**

Numéro d'étude, *Study Number* :

**Nr EudraCT ou Nr belge: B7072026000012**

Promoteur, *Promoter*: ULIEGE

| Liste des documents approuvés    |                   |               |
|----------------------------------|-------------------|---------------|
| Demande d'avis "Loi 7 mai 2004"  | 02/02/2026        |               |
| Protocole complet                | v2                | 07/03/2026    |
| Résumé du protocole en Français  | v3                | 07/10/2025    |
| Attestation assurance            | Ethias            |               |
| FIC destiné à                    | Participants      | v3 07/03/2026 |
| CV de l'investigateur principal  | RIGHETTI Giuliano |               |
| GCP de l'investigateur principal | RIGHETTI Giuliano |               |
| Questionnaires                   | Guide d'entretien |               |

Notre Dossier nr : Our file nr : 2025 / 408

Approbation d'une demande d'étude clinique (suite)  
*Approval form for a clinical trial (following page)*

Protocole

Étude mixte des besoins d'enfance et des antécédents familiaux : de l'association aux mesures de prévention des hospitalisations. Exploration des conséquences sur les trajectoires en psychiatrie adulte.

Service de : C.H.S. Notre Dame des Anges  
Clinical unit

Chef de Service : Prof. E. CONSTANT  
Director of the clinical unit

Expérimentateur principal : Giuliano RIGHETTI  
Principal investigator

Par décision collégiale, le Comité d'Éthique (voir liste des membres en annexe) :  
By collegial decision, the Ethics Committee (see enclosed list of the members) :

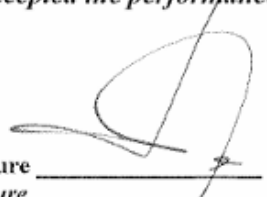
Oui/Yes Non/No

■ estime que l'étude peut être réalisée  
*has accepted the performance of the study*

☒ X

☐

Signature  
Signature



Nom : Prof. D. LEDOUX Président  
Printed name :

Date, Date :

18/03/2026

*The Ethics Committee states that it is organized and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures*

Cette approbation ne signifie pas que le comité prend la responsabilité de l'étude.  
*This approval does not mean that the Ethics Committee takes the responsibility of the study*

MEMBRES DU COMITE D'ETHIQUE MEDICALE  
HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE

|                                                                                                                                                                        |                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Monsieur le Professeur <b>Didier LEDOUX</b><br>Intensiviste, CHU                                                                                                       | <b>Président</b>      |
| Monsieur le Docteur <b>Etienne BAUDOUX</b><br>Expert en Thérapie Cellulaire, CHU                                                                                       | <b>Vice-Président</b> |
| Monsieur le Docteur <b>Guy DAENEN</b><br>Honoraire, Gastro-entérologue, membre extérieur au CHU                                                                        | <b>Vice-Président</b> |
| Monsieur le Professeur <b>Pierre FIRKET</b><br>Généraliste, membre extérieur au CHU                                                                                    | <b>Vice-Président</b> |
| Monsieur <b>Resmi AGIRMAN</b><br>Représentant des volontaires sains, membre extérieur au CHU                                                                           |                       |
| Madame <b>Viviane DESSOUROUX</b><br>Représentante des patients, membre extérieure au CHU                                                                               |                       |
| Madame <b>Régine HARDY</b> / Madame la Professeure <b>Adélaïde BLAVIER</b> (suppléante)<br>Psychologue, CHU                      Psychologue, membre extérieure au CHU |                       |
| Madame <b>Céline KEMPENEERS</b><br>Pédiatre, CHU                                                                                                                       |                       |
| Madame <b>Sophie KESSELER</b><br>Infirmière, CHU                                                                                                                       |                       |
| Monsieur le Professeur <b>Maurice LAMY</b><br>Honoraire, Anesthésiste-Réanimateur, membre extérieur au CHU                                                             |                       |
| Madame <b>Marie LIEBEN</b><br>Philosophe, membre extérieure au CHU                                                                                                     |                       |
| Monsieur <b>Jacques LOMBET</b><br>Pédiatre, Citadelle                                                                                                                  |                       |
| Madame <b>Patricia MODANESE</b><br>Infirmière cheffe d'unité, CHU                                                                                                      |                       |
| Madame la Professeure <b>Anne-Simone PARENT</b><br>Pédiatre, CHU                                                                                                       |                       |
| Monsieur <b>Stéphane ROBIDA</b><br>Juriste, membre extérieur au CHU                                                                                                    |                       |
| Madame <b>Isabelle ROLAND</b><br>Pharmacienne, CHU                                                                                                                     |                       |
| Madame la Docteure <b>Isabelle RUTTEN</b><br>Radiothérapeute, membre extérieure au CHU                                                                                 |                       |
| Monsieur le Professeur <b>Vincent SEUTIN</b><br>Pharmacologue, membre extérieur au CHU                                                                                 |                       |

## Annexe 2 : Accord préalable CE C.H.S. Notre Dame des Anges



A la bonne attention de

**Monsieur Le Professeur Eric Constant**  
Directeur Médical

**Monsieur Martin Joassart**  
Directeur Général

**Monsieur Giuliano Righetti**  
Chef d'unité

Le 28.09.2025

**Concerne :** Master en santé publique : Exploration des conséquences des antécédents familiaux de troubles psychiatriques sur les besoins non satisfaits durant l'enfance.

Messieurs,

Le Comité d'éthique de la Clinique Notre-Dame des Anges est favorable à l'adaptation limitée et strictement encadrée du dossier du patient informatisé (DPI) afin de faciliter pour les besoins de l'étude l'identification des patients ayant eu un parent hospitalisé en psychiatrie.

Dr Nadine Delvenne  
Présidente du Comité d'éthique

## Annexe 3 : Guide d'entretien



### Exploration des conséquences des antécédents familiaux de troubles psychiatriques sur les besoins non satisfaits durant l'enfance.

#### Guide d'entretien semi structuré

**Objectif :** Recueillir, au moyen d'entretiens semi-dirigés, le récit des expériences relatives aux antécédents familiaux de troubles psychiatriques et aux besoins non satisfaits durant l'enfance, et analyser comment leur interaction est associée au risque d'hospitalisation psychiatrique à l'âge adulte. Explorer les mécanismes d'adaptation qui accompagnent ces trajectoires.

#### **Trame :**

##### **1. Introduction & mise en confiance**

Pouvez-vous me dire comment se passe votre journée aujourd'hui à l'hôpital ?

##### **2. Parcours de vie**

Si vous regardez votre vie jusqu'à aujourd'hui, quels sont les moments importants qui vous reviennent ?

(=> Relance : Et ensuite ? Qu'est-ce qui vous a marqué ? Qui était présent ?)

##### **3. Antécédents familiaux en santé mentale**

Dans votre famille proche, y a-t-il eu des difficultés liées à la santé mentale ? Comment l'avez-vous vécu ?

(=> Relance : Quels types de difficultés ? Comment cela se passait à la maison ? On en parlait ?)

##### **4. Vécu de l'enfance & besoins non rencontrés**

Lorsque vous repensez à votre enfance, de quoi aviez-vous le plus besoin pour bien vous sentir ? Et qu'est-ce qui vous a manqué ?

(=> Relance : Avez-vous vécu des situations difficiles ou manquantes dans la famille ?)

##### **5. Hospitalisations à l'âge adulte**

Comment êtes-vous arrivé(e) à cette hospitalisation (et aux précédentes, s'il y en a eu) ?

(=> Relance : Que s'est-il passé juste avant ?)

##### **6. Ressources et adaptation**

Quand ça ne va pas, qu'est-ce qui vous aide à faire face à la situation ?

(=> Relance : Avez-vous des personnes de confiance, sur qui vous appuyer, des activités ou des lieux qui vous aident, vous rassurent ?)

##### **7. Transmission familiale**

Quand vous regardez votre parcours et votre histoire familiale, voyez-vous des liens entre ce que vous avez vécu plus jeune et vos difficultés actuelles ?

(=> Relance : Qu'auriez-vous aimé recevoir comme conseils ?)

##### **8. Prévention**

Pour vous, qu'est-ce qui aurait pu prévenir ou diminuer les difficultés que vous avez rencontrées ?

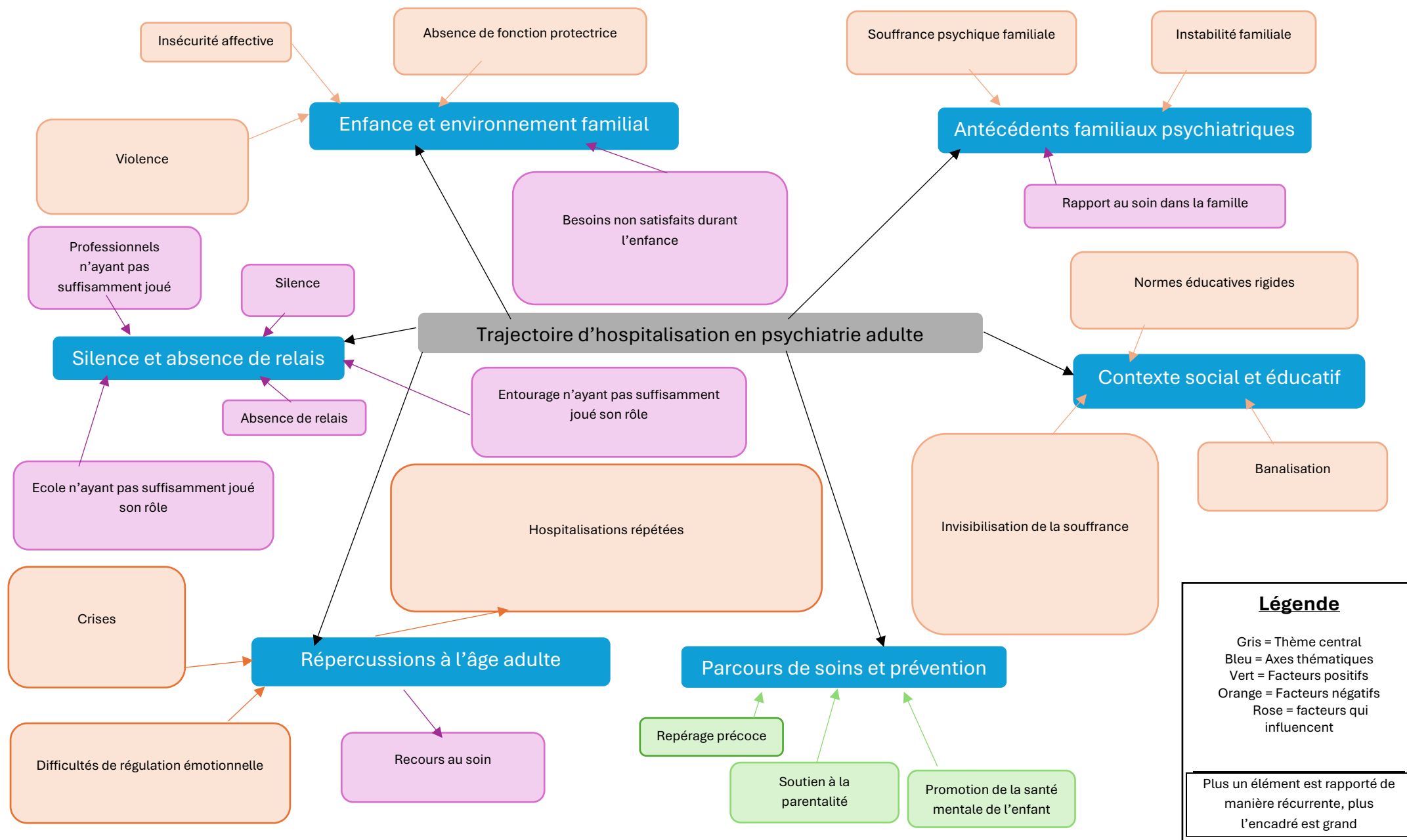
(=> Relance : Quels conseils donneriez-vous ?)

#### **9. Clôture**

Y a-t-il un autre élément ou quelque chose d'important que vous souhaiteriez ajouter ou dont nous n'avons pas parlé ?

#### **10. Remerciement**

## Annexe 4 : Représentation graphique des résultats obtenus lors des entretiens



## Annexe 5 : Mise en correspondance entre les résultats des entretiens et les axes de discussion

Le tableau ci-dessous met en relation les éléments récurrents issus des entretiens avec les axes interprétatifs développés dans la discussion.

| Thème de la discussion                             | Axe thématique issu des entretiens   | Éléments issus des entretiens                                                                                                                                                                        | Interprétation dans la discussion                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Les antécédents familiaux psychiatriques</b>    | Antécédents familiaux psychiatriques | <ul style="list-style-type: none"> <li>la souffrance psychique familiale ;</li> <li>l'instabilité familiale ;</li> <li>le rapport au soin dans la famille.</li> </ul>                                | Le marqueur d'une vulnérabilité psychiatrique durable, au croisement d'une histoire familiale marquée par la souffrance psychique et de trajectoires de soins plus lourdes et plus répétitives.                     |
| <b>Les besoins non satisfaits durant l'enfance</b> | Répercussion à l'âge adulte          | <ul style="list-style-type: none"> <li>les crises ;</li> <li>la difficulté de régulation émotionnelle ;</li> <li>le recours au soin ;</li> <li>les hospitalisations répétées.</li> </ul>             | La vulnérabilité développementale à expression indirecte, qui participe à la construction progressive de trajectoires psychiques plus fragiles sans apparaître comme un facteur direct isolé de ré-hospitalisation. |
| <b>La lecture micro</b>                            | Enfance et environnement familial    | <ul style="list-style-type: none"> <li>l'insécurité affective ;</li> <li>la violence ;</li> <li>l'absence de fonction protectrice ;</li> <li>les besoins non satisfaits durant l'enfance.</li> </ul> | La fragilisation de l'attachement et des capacités de régulation émotionnelle, avec retentissement sur la sécurité relationnelle, la gestion de la détresse et les modalités ultérieures de recours au soin.        |
| <b>La lecture méso</b>                             | Silence et absence de relais         | <ul style="list-style-type: none"> <li>le silence ;</li> <li>l'absence de relais ;</li> <li>l'école ;</li> <li>l'entourage ;</li> </ul>                                                              | Le défaut de repérage, de relais et de continuité dans les environnements de proximité, limitant la transformation précoce des difficultés en soutien effectif et protecteur.                                       |

| Thème de la discussion  | Axe thématique issu des entretiens | Éléments issus des entretiens                                                                                                                                      | Interprétation dans la discussion                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                         |                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>les professionnels n'ayant pas suffisamment joué leur rôle.</li> </ul>                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>La lecture macro</b> | Contexte social et éducatif        | <ul style="list-style-type: none"> <li>la banalisation ;</li> <li>les normes éducatives rigides ;</li> <li>l'invisibilisation de la souffrance.</li> </ul>         | Les vulnérabilités anciennes inscrites dans un contexte social et institutionnel où la souffrance psychique reste insuffisamment reconnue, et où la ré-hospitalisation peut apparaître comme l'aboutissement d'un parcours insuffisamment relayé. |
| <b>Perspective</b>      | Parcours de soins et prévention    | <ul style="list-style-type: none"> <li>le repérage précoce ;</li> <li>soutien à la parentalité ;</li> <li>la promotion de la santé mentale de l'enfant.</li> </ul> | La nécessité de déplacer la prévention en amont vers l'enfance, la famille et les milieux de vie, dans une logique de promotion de la santé mentale et de réduction des vulnérabilités précoces.                                                  |