

**MAZ.**

Modellversuch zur Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen  
Recherche-pilote pour l'évaluation et l'atteinte d'objectifs dans le cadre de mesures de placement  
Progetto sperimentale per la valutazione ed il raggiungimento degli obiettivi nell'ambito di provvedimenti stazionari

## **Rapport final destiné à la Commission des projets pilotes et l'Office fédéral de la justice**

### **Résumé des résultats les plus importants et conclusions du projet pilote pour l'évaluation et l'atteinte d'objectifs dans le cadre de mesures de placement (MAZ.-REO)**

Soumis par

Marc Schmid<sup>1</sup>, Michael Kölch<sup>2</sup>, Jörg M. Fegert<sup>2</sup> et Klaus Schmeck<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Clinique de pédopsychiatrie, Recherche, Schanzenstrasse 13, CH-4056 Bâle

<sup>2</sup>Clinique universitaire de pédopsychiatrie/psychothérapie, Steinhövelstrasse 5, DE-89075 Ulm

<sup>3</sup>Clinique de pédopsychiatrie, Schaffhauser Rheinweg 55, CH-4058 Bâle

Avec le soutien de l'équipe MAZ. (par ordre alphabétique):

**Equipe MAZ.:** Barbara Bailey, Giliane Braunschweig, Bettina Breymaier, Eric Francescotti, Sarah Jäggi, Nils Jenkel, Pia Niklaus, Hilde Peccoraro-Rapprich, Kaspar Scheidegger, Bettina Zampedri

**Equipe d'évaluation Ulm:** Claudia Dölitzsch, Ferdinand Keller, Alexander Küttner, Christa Lohrmann, Anja Voit-Prestel, Simon Schlanser, Hanneke Singer

Membre de l'équipe de direction MAZ.1: Daniel Gutschner (Berne)

Membre de l'équipe de direction MAZ.2: Christian Perler (Yverdon)

**Adresse de correspondance:**

Dr Marc Schmid  
Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik  
Forschung  
Schanzenstrasse 13  
CH-4056 Basel  
marc.schmid@upkbs.ch

## **Avant-propos**

Ce rapport final est un résumé retraçant l'analyse des résultats les plus importants et les plus pertinents pour les institutions socio-éducatives, les services placeurs et le programme de politique d'aide à la jeunesse. Grâce à un procédé particulier de collecte de données, ce projet pilote a dans l'ensemble apporté plus d'informations que celles pouvant figurer dans ce résumé. Ainsi, un rapport exhaustif paraîtra sous la forme d'un ouvrage, qui illustrera l'ensemble des résultats dans leur contexte théorique de manière différenciée.

Afin de faciliter la lisibilité du rapport, et du fait que plusieurs groupes d'âges et de professions sont souvent concernés, seule la forme masculine est utilisée dans l'ensemble du rapport, même si un groupe mixte est concerné.

## Contenu

1	Introduction.....	8
2	Les bases du projet pilote.....	9
2.1	Situation initiale.....	9
2.2	Objectifs centraux du projet pilote.....	11
2.3	Problématique.....	11
3	Méthodologie.....	13
3.1	Recrutement de l'échantillon.....	14
3.1.1	Recrutement des institutions.....	15
3.1.2.1	Première phase de recrutement pour MAZ.1 (2007-2009).....	15
3.1.2.2	Deuxième phase de recrutement pour MAZ.2 (2009-2010).....	16
3.1.2	Institutions participantes.....	17
3.1.3	Recrutement des participants à l'étude.....	19
3.1.4	Etablissements participants.....	20
3.2	Procédures des tests utilisés.....	21
3.2.1	Développement de l'outil de fixation et de réalisation des objectifs.....	21
3.2.2	Instrument de screening BARO.....	23
3.2.3	Procédures de tests assistées par ordinateur.....	25
3.2.3.1	Child Behavior Checklist.....	25
3.2.3.2	Severity of Dependence Scale (SDS).....	29
3.2.3.3	Axe VI du MAS (système multiaxial).....	30
3.2.3.4	MAYSI-2.....	31
3.2.3.5	Youth Psychopathic Traits Inventory (YPI).....	33
3.2.3.6	Questions criminologiques.....	34
3.2.4	Entretiens cliniques.....	35
3.2.4.1	Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS).....	35
3.2.4.2	SCID-II (entretien clinique structuré en vue du diagnostic de troubles de la personnalité).....	35
3.2.4.3	Europ-ASI.....	35
3.2.4.4	Inventaire de traumatismes d'Essen (ITE).....	36
3.2.5	Test d'intelligence CFT-20-R.....	36
3.2.6	Aperçu des questionnaires utilisés.....	37
4	Description de l'échantillon.....	38
4.1	Pays natal.....	40

4.2	Bases légales des mesures de placement.....	41
4.3	Antécédents.....	44
4.3.1	Placements antérieurs.....	44
4.3.2	Situation familiale et droit de garde.....	45
4.3.3	Vulnérabilités psychosociales de la famille d'origine.....	46
4.3.4	Événements traumatiques.....	48
4.4	Ecole et formation professionnelle .....	54
4.5	Suivis pédopsychiatriques .....	55
4.6	Expertises et délits .....	56
4.7	Etude de représentativité.....	61
5	Résultats .....	63
5.1	Aspect dimensionnel de la psychopathologie – affection psychique (échelles d'Achenbach).....	63
5.1.1	Hétéroévaluation avec le CBCL.....	63
5.1.1.1	Comparaison avec une population normale .....	63
5.1.1.2	Psychopathologie des enfants et des adolescents .....	64
5.1.1.3	Différences entre les régions linguistiques.....	65
5.1.1.4	Différences d'âge et de sexe .....	65
5.1.2	Hétéroévaluation avec le YABCL .....	67
5.1.3	Autoévaluation avec l'YSR .....	68
5.1.3.1	Comparaison avec une population normale .....	68
5.1.3.2	Psychopathologie des enfants et des adolescents .....	69
5.1.3.3	Différences entre les régions linguistiques.....	70
5.1.3.4	Différences d'âge et de sexe .....	71
5.1.4	Autoévaluation avec l'YASR .....	73
5.1.5	Hétéroévaluation vs autoévaluation .....	75
5.1.5.1	Comparaison entre l'autoévaluation et l'hétéroévaluation des enfants et des adolescents.....	75
5.1.5.2	Comparaison entre l'hétéroévaluation et l'autoévaluation des jeunes adultes.....	78
5.1.6	Synthèse des résultats sous l'aspect dimensionnel des manifestations psychopathologiques.....	81
5.2	Fréquence des maladies psychiques .....	83
5.2.1	Comorbidité des troubles psychiques .....	87
5.2.2.1	Prévalence des maladies psychiques selon le fondement juridique .....	90
5.2.2.2	Prévalence des troubles psychiques en fonction de la durée de séjour .....	91
5.2.3	Prévalence des troubles liés à la consommation de substances.....	91

5.3	Domaines problématiques dans le BARO.....	93
5.4	Résultats du Massachusetts Youth Screening Instrument (MAYSI-2).....	97
5.5	Qualité de vie.....	98
5.5.1	Comparaison avec un échantillon normal.....	98
5.5.2	Evaluation des domaines constitués pour le projet pilote du QQV élargi.....	101
5.6	Facteurs influençant une fin de mesure anticipée .....	102
5.6.1	Influence de la problématique psychique .....	103
5.6.2	Influence des traits de personnalité psychopathique .....	103
5.6.3	Influence de la fréquence des placements antérieurs hors du foyer familial .....	104
5.6.4	Régression logistique binaire de la cessation irrégulière de la mesure de placement.....	104
5.6.5	Résumé .....	106
5.7	Atteintes des objectifs communs - Gain en compétences générales.....	107
5.7.1	Réalisation des objectifs individuels.....	110
5.7.2	Comportement visé convenu .....	114
5.7.3	Changements et réalisation des comportements visés.....	115
5.8	Changement de la problématique psychique dimensionnelle dans le Child Behavior Checklist et procédures de passation associées.....	121
5.8.1	Changements enregistrés en hétéroévaluation .....	122
5.8.2	Changements enregistrés en auto-évaluation .....	125
5.8.3	Résumé .....	129
6	Résumé et discussion sur les résultats les plus importants.....	130
6.1	Les enfants, les adolescents et les jeunes adultes dans les foyers ont des problématiques psychique et psychosociale importantes.....	130
6.1.1	Accumulation de facteurs de risque psychosociaux et biologiques .....	131
6.1.2	Dimension des vulnérabilités extrêmement importantes dans les questionnaires psychométriques .....	132
6.1.3	Forte prévalence de maladies psychiques (comorbidité élevée) .....	133
6.1.4	Difficulté marquée dans l'intégration sociale.....	134
6.1.5	Différences entre les régions linguistiques.....	134
6.2	L'aide socio-éducative en foyer et l'exécution des mesures en milieu institutionnel sont efficaces en Suisse .....	135
6.2.2	Plus de 80 % des jeunes atteignent leurs objectifs individuels .....	136
6.2.3	Réduction significative de la problématique psychique en auto- et hétéro-évaluation.....	137
6.3	L'aide socio-éducative en foyer ne fonctionne pas aussi bien avec tous.....	137
6.3.1	Environ un sixième des mesures a été interrompu .....	137

6.3.2	Amélioration moindre et rare atteinte des objectifs pour les jeunes ayant des problèmes spécifiques.....	138
6.4	Adéquation et utilisation future des outils du projet pilote.....	139
6.4.1	L'outil de fixation et de réalisation des objectifs .....	139
6.4.2	Le BARO .....	141
6.4.3	La batterie de tests psychométriques .....	142
6.4.4	Changement durable grâce à l'implémentation d'EQUALS – Développement de l'outil de fixation et de réalisation des objectifs.....	142
6.5	Atouts et faiblesses méthodologiques du projet pilote .....	143
6.5.1	Atouts du projet pilote .....	144
6.5.2	Défauts du projet pilote et limitations .....	148
7	Conclusions pour la pratique de l'éducation en foyer, la formation des professionnels et le travail des autorités de placement.....	154
7.1	Organisation de l'éducation en foyer et de l'exécution des mesures institutionnelles.....	154
7.1.1	Sensibilisation à la vulnérabilité psychique, implémentation de procédures de dépistage psychopathologique et bilans pédopsychiatriques simples.....	154
7.1.2	Prise en considération des maladies psychiques dans l'organisation quotidienne socio-éducative. Soutien de l'épanouissement personnel des collaborateurs grâce à la construction de structures sur lesquelles repose leur stabilité psychique et des discussions de cas ciblées.....	155
7.2	Collaboration entre les institutions socio-éducatives et les services pédopsychiatriques/-psychothérapeutiques.....	156
7.2.3	Constitution et utilisation d'offres de soutien spécifiques pour les intervenants socio-éducatifs .....	157
7.3	Autorités de placement.....	158
7.3.1	Sensibilisation aux vulnérabilités psychiques, relations et ruptures accablantes dans le contexte des mesures de placement.....	158
7.3.2	Placement sur mesure.....	160
7.3.3	Placement en temps utile.....	161
7.3.4	Participation des familles concernées.....	163
7.5	Dimension politique .....	166
7.6	Aperçu des futurs axes de recherche dans le domaine de l'aide à l'enfance et de l'exécution des mesures.....	170
7.6.1	Problématiques négligées sur le plan épidémiologique.....	170
7.6.2	Analyse coûts-bénéfices .....	170
7.6.3	Etude de catamnèse .....	171
7.6.4	Recherche sur l'effet des thérapies en milieu ouvert dans l'aide à l'enfance.....	171

7.6.5	Recherche sur l'adéquation des indications au placement et les pratiques de placement.....	172
7.6.6	Recherche à l'interface de l'aide à l'enfance institutionnelle et l'exécution des mesures .....	173
7.7	Durabilité du projet pilote pour l'éducation en foyer et l'exécution des mesures .....	174
7.7.1	Description épidémiologique représentative des jeunes dans l'éducation en foyer et les mesures institutionnelles comme base pour la planification des besoins.....	174
7.7.2	Sensibilisation du domaine aux problématiques psychosociale et psychique des jeunes placés.....	174
7.7.3	Vers une utilisation des objectifs et des résultats plus marquée dans l'éducation en foyer.....	175
7.7.4	Des résultats probants soutenus par la recherche épidémiologique pour revaloriser l'éducation en foyer .....	175
7.7.5	La preuve que la recherche dans le cadre de l'éducation en foyer et de l'exécution des mesures institutionnelles est possible à plus large échelle .....	176
7.7.6	La prouve qu'une assurance qualité continue dans l'aide à l'enfance et dans l'exécution de mesures est réalisable.....	176
7.7.7	Les instruments du projet pilote soulignent la nécessité d'un diagnostic standardisé au début d'une mesure .....	177
7.7.8	Création d'une base de données durable qui peut refléter le changement dans la pratique de l'éducation en foyer (niveaux scientifique et politique en matière d'aide à l'enfance d'EQUALS) .....	177
8	Conclusion .....	178
9	Remerciements.....	181
10	Bibliographie.....	182

*«La plupart des adultes s'occupent trop des problèmes que les adolescents posent et trop peu des problèmes auxquels les adolescents sont confrontés.»*

*Ute Claas, criminologue*

## **1 Introduction**

En 2006, dans le cadre des modifications du droit pénal des mineurs, le «projet pilote pour la mise en application d'un instrument d'évaluation en droit pénal des mineurs dans le sens de l'article 9 du nouveau DPMIn, ainsi qu'un instrument de réalisation d'objectifs dans le sens de l'article 19 du nouveau DPMIn», a été soumis à la Commission des projets pilotes pour examen. Cette soumission a été suivie d'une autorisation au cours de la même année. Les questions centrales du projet pilote ont été de: vérifier s'il est possible de répondre de manière économe à, d'une part, l'exigence du droit pénal des mineurs concernant une évaluation complète de la situation personnelle, ceci conformément à l'article 9 du droit pénal des mineurs (conditions de vie actuelles, santé psychique et physique, niveau de fonctionnement psychosocial), et d'autre part, selon l'article 19 (évaluation annuelle), au contrôle régulier de l'évolution au sein d'une institution socio-éducative; développer des outils d'évaluation psychométrique spécifiques convenant aussi bien à l'évaluation de jeunes qu'au contrôle de l'évolution.

Pour la première fois dans l'ensemble des trois régions linguistiques de Suisse, l'étendue des données relatives à l'évaluation de la situation personnelle des jeunes permet de répondre à des questions épidémiologiques pertinentes en matière d'aide à l'enfance et à la jeunesse, ainsi qu'en termes d'exécution de mesures chez les jeunes adultes. La réalisation d'une étude de l'évolution comprenant deux périodes d'évaluation à un an d'intervalle, permet en outre de documenter les effets de mesures socio-éducatives sur un échantillon représentatif. Une fois les outils et les tests sélectionnés, et l'instrument de réalisation d'objectifs développé, le projet pilote a été mis en œuvre avec succès en Suisse alémanique (MAZ.1). En 2009, après renouvellement de la demande à la Commission (MAZ.2), le projet pilote a été étendu à la Suisse romande et au Tessin. De plus, le recrutement a également été élargi en Suisse alémanique, aussi bien pour renforcer le potentiel informatif du projet pilote grâce à un échantillon plus important, que pour inclure davantage de filles dans l'étude et ainsi générer une base de données pertinente correspondante. Troisièmement, il a ainsi été possible de prolonger l'application de la procédure du projet pilote dans le travail éducatif quotidien de l'institution.

La contribution des institutions participantes a été l'une des caractéristiques importantes du projet pilote, ceci à travers une implication partielle dans le développement des outils de collecte de données visant à quantifier l'évolution des participants. Elles ont par ailleurs été informées de l'avancée du projet pilote à travers des feed-back réguliers (newsletters) et des rapports annuels, que le donneur d'ordre et le Conseil scientifique ont également reçus. Le 23 mars 2012 à Berne, les professionnels ont pris publiquement connaissance de l'ensemble des résultats du projet pilote (MAZ.1 et 2).



## 2 Les bases du projet pilote

### 2.1 Situation initiale

Le nouveau droit pénal des mineurs est entré en vigueur en Suisse en janvier 2007. Il définit deux exigences essentielles relatives à l'exécution des mesures de placement:

- selon l'art. 9, les enfants et adolescents placés doivent faire l'objet d'une évaluation complète concernant leur situation personnelle et individuelle ainsi que leur santé psychique et physique;
- selon l'art. 19, l'évolution des mesures ainsi que celle du développement de l'enfant ou de l'adolescent doivent faire l'objet de contrôles annuels.

L'attention se porte donc sur une orientation et une forme individuelles de mesures, qui tient compte de la spécificité des conditions de vie et de la situation personnelle initiale des enfants et adolescents placés, ainsi que sur le contrôle continu de l'efficacité de ces mesures.

C'est surtout pour cette raison que cette réorientation du droit pénal des mineurs est très importante: les facteurs individuels et les antécédents des jeunes assistés ont un effet considérable sur le succès des mesures. De nombreuses études ont par exemple montré que le cadre éducatif en institution est plus rapidement confronté à ses limites face à des jeunes souffrant de troubles psychiques, et rencontre comparativement moins de succès chez ce groupe cible (Schmidt et coll., 2002; Hebborn-Brass, 1991). Les résultats sont particulièrement médiocres chez les enfants et adolescents qui souffrent de troubles complexes et qui présentent des comportements asociaux très marqués. La prévalence de troubles pédopsychiatriques parmi les jeunes délinquants est très élevée (Fazel et coll., 2008; Colins et coll., 2011). Une étude menée par Cauffman (2004), chez 18 607 sujets, a montré que 70% des adolescents et 81% des adolescentes placés se situent à plus d'un écart-type au-delà de la moyenne, dans au moins une échelle de symptômes du questionnaire de screening MAYSI-2 (Grisso, 2004).

Dans l'ensemble, les méta-analyses portant sur les effets de l'intervention, qu'elle soit éducative en institution ou dans le cadre de l'exécution des peines prononcées à l'encontre de mineurs, ou à travers le traitement psychiatrique de jeunes délinquants, ne rapportent que de très faibles impacts. Ceci en particulier lorsque la conduite conforme à la loi constitue le critère principal d'analyse de l'effet. Parmi les quatre méta-analyses incluant plus d'une centaine d'études individuelles, l'intensité de l'effet se situe entre 0,10 et 0,30 (les tailles des effets inférieures à 0,20 sont considérées comme négligeables et les tailles des effets comprises entre 0,20 et 0,50 sont estimées faibles) (Hellinckx et Grietens, 2003).

Ceci s'oppose au très grand succès généralement attribué à l'intervention éducative en institution, en particulier lorsqu'il s'agit de la préservation du bien-être de l'enfant et de sa protection contre les mauvais traitements et les négligences (Winokur et coll., 2009). Il existe aussi de nombreuses études qualitatives et quantitatives démontrant que l'intervention éducative amène un gain de ressources et une diminution des contraintes (Schmidt et coll., 2002, Macsenaere et Knab, 2004; Wolf, 2007; Gabriel et coll., 2007). Il convient toutefois de considérer de manière critique le taux d'échec très élevé observé dans le domaine de l'intervention éducative en institution, qui se situe toujours aux alentours de 20% ou plus (Baur et coll., 1998; Schmidt et coll., 2002; Schmid, 2007, 2010, 2012).

Les problèmes centraux de toute recherche en matière d'éducation en institution résident dans l'hétérogénéité de la situation initiale de la population étudiée, puis dans les différentes définitions de l'effet que l'on souhaite atteindre et finalement, dans la manière dont on désire le mesurer (Gabriel et coll., 2007; Wolf, 2007). Dans leur méta-analyse portant sur l'efficacité de l'intervention éducative en institution, Gabriel et ses collaborateurs (2007) déplorent que seules très peu d'études utilisent une large banque de données empiriques, et que beaucoup se livrent à des extrapolations de résultats, rendant ainsi difficile toute comparaison inter-études. De plus, de nombreuses recherches se limitent à l'étude d'une période très brève, alors qu'elles prétendent étudier un processus éducatif sur le long terme comme peut l'être celui d'une préparation à une vie indépendante (émancipée ou au sein de la famille d'origine), au-delà de l'aide apportée.

Les exigences du droit pénal des mineurs suisse, telles qu'elles ont été redéfinies en 2007, se situent dans un contexte où l'assurance qualité des mesures institutionnelles d'aide à la jeunesse devient un thème de plus en plus important au cours de ces dernières années. La question de l'effet de mesures (institutionnelles) éducatives, c'est-à-dire l'efficacité des résultats, n'est pas seulement pertinente en termes de coûts assurés par la société pour les mesures de placement. Au niveau individuel en effet, il existe la nécessité et le devoir éthique d'offrir aux mineurs des mesures appropriées pour leur permettre de réaliser l'objectif d'une réinsertion sociale. En matière d'intervention éducative, les méthodes permettant de garantir à la fois une assurance qualité et des mesures fiables sont controversées, et jusqu'à présent on ne dispose que de peu de connaissances scientifiques malgré un débat déjà ancien (Merchel, 2005). Alors que la qualité des structures et des processus doit être plus clairement définie et évaluée, la définition de la qualité des résultats en éducation (sociale), et à plus forte raison sa mesure, est extrêmement difficile et controversée. La procédure de reconnaissance de l'Office fédéral de la justice, destinée au contrôle régulier de la qualité des structures et des processus de mesures socio-éducatives, a été couronnée de succès et largement acceptée par les institutions. Jusqu'à présent, les procédures de mesure de la qualité des résultats n'ont pas été établies à grande échelle.

Afin que des mesures et des outils d'assurance qualité soient acceptés au niveau institutionnel, il est important que, d'une part, le quotidien et les diverses problématiques des enfants et adolescents puissent y être appréhendés. D'autre part, si l'on souhaite une évaluation qui aille au-delà du cas particulier et de chacune des institutions, la qualité méthodologique et la généralisabilité des instruments de mesure doivent être suffisamment bonnes, ceci pour permettre de tirer des conclusions valides sur l'efficacité de l'intervention au sein d'une multitude d'institutions.

Avec le nouveau droit pénal des mineurs suisse, il est de toute importance pour les institutions de pouvoir fournir une description détaillée des conditions de vie des enfants/adolescents et une définition de la qualité des résultats. Au moment de son entrée en vigueur toutefois, on ne disposait d'aucune procédure établie permettant d'appliquer ces exigences à l'exécution quotidienne des mesures. Les procédures de tests psychométriques, les instruments d'évaluation de la santé psychique ou physique, de même qu'une évaluation complète de la situation personnelle et des antécédents des enfants et adolescents n'étaient pas disponibles sous forme standardisée, ce qui compliquait leur évaluation. Le contrôle annuel de la réussite d'une mesure constitue un objectif ne pouvant être atteint qu'en fixant des paramètres permettant de détecter des modifications. Mesurer une évolution nécessite de définir des objectifs pour pouvoir quantifier et représenter le degré de réalisation de ces objectifs.

## **2.2 Objectifs centraux du projet pilote**

Le projet pilote a été conçu aussi bien pour sélectionner et mettre en application des procédures psychométriques standardisées appropriées qui visent à décrire les mineurs, que pour développer des procédures d'évaluations de l'évolution des mesures. Il a fallu les implémenter au niveau institutionnel pour en évaluer leur adéquation et aussi permettre aux institutions de répondre aux deux exigences centrales du nouveau droit pénal des mineurs, soit l'évaluation et le contrôle de l'évolution. Les instruments utilisés sont sensés aider à planifier et à contrôler l'évolution des mesures éducatives. L'aspect participatif permet à l'enfant/adolescent de prendre conscience de son évolution à travers des illustrations qui peuvent le motiver au changement, mais aussi de définir des objectifs communs avec ses éducateurs. Pour les institutions, les besoins éducatifs, de même que les résultats et les évolutions se doivent d'être représentés de manières spécifique et généralisable, ceci aussi dans la perspective des négociations relatives à la prise en charge des frais.

Parallèlement, le projet pilote doit aussi évaluer dans quelle mesure il est possible d'obtenir une application satisfaisante et durable de ces instruments, qui servent à la réalisation d'objectifs éducatifs et à la description différenciée des enfants et adolescents bénéficiant de mesures de placement.

Un autre objectif central a en outre été défini. Au début du projet pilote, il n'existait en effet en Suisse aucune étude épidémiologique pertinente au sujet des caractéristiques psychosociales et des besoins éducatifs que les jeunes présentent dans le cadre des institutions socio-éducatives. Le monde professionnel a donc exprimé le souhait de disposer d'une description aussi détaillée que possible des enfants et adolescents placés dans les différents types d'établissements de placement. Etant donné l'absence de statistiques au niveau fédéral, il est impossible de tirer des conclusions fiables à l'échelle fédérale, ne serait-ce que sur des données relativement faciles à recueillir telles que le nombre de placements hors du foyer familial, le cadre juridique, etc. (cf par ex.: Voll, 2006; Huwiler, 2006). Ceci a conduit le projet pilote à devoir aussi répondre à des questions épidémiologiques (par ex.: fréquence des troubles psychiques) relatives aux enfants bénéficiant d'un encadrement éducatif en institution.

## **2.3 Problématique**

Sur le plan épidémiologique et dans une perspective socio-éducative, les problématiques particulièrement intéressantes portent surtout sur les difficultés d'intégration sociale et les besoins éducatifs qui en découlent. Du point de vue pédopsychiatrique, elles portent avant tout sur la fréquence de maladies psychiques ainsi que sur leurs facteurs de risque et de protection:

1. Quels facteurs de risque psychosociaux présentent les enfants et adolescents en institutions socio-éducatives?
2. Combien d'entre eux présentent des antécédents d'expériences traumatiques?
3. Combien d'entre eux présentent des troubles psychiques?
4. Combien d'enfants et d'adolescents placés hors de leur milieu familial souffrent d'une ou de plusieurs maladies psychiques?
5. Quelles sont les maladies psychiques les plus fréquentes chez les jeunes en institutions?

6. A quel point la vie sociale des enfants, adolescents et jeunes adultes est-elle entravée? Dans quels domaines présentent-ils un besoin de soutien éducatif?

Dans le plan d'étude longitudinal que nous avons choisi, l'évolution des mesures de placement a été observée à deux moments séparés d'un intervalle maximum d'un an. Il est ainsi possible de tirer des conclusions sur l'effet de l'éducation en institution. L'intérêt est d'accroître les compétences, mais aussi de diminuer les affections psychiques. Etant donné l'idée de base du projet pilote, les objectifs individuels choisis et le degré de réalisation de ces derniers constituent aussi une part importante des analyses menées et des conclusions du projet pilote.

Nous avons analysé les questions suivantes:

1. Quelle est l'étendue des changements, dans le sens d'un accroissement des compétences générales?
2. Combien d'enfants et d'adolescents atteignent leurs objectifs individuels? Combien d'entre eux évoluent dans le sens de leurs objectifs?
3. Les affections psychiques diminuent-elles chez les mineurs en institution et les jeunes adultes entre les deux périodes d'évaluation?
4. Quels facteurs et variables influencent l'évolution de la mesure?
  - 4a) Quels facteurs influencent l'atteinte d'objectifs, au niveau individuel et général?
  - 4b) Quels facteurs s'accompagnent d'interruptions précipitées des mesures de placement?

### 3 Méthodologie

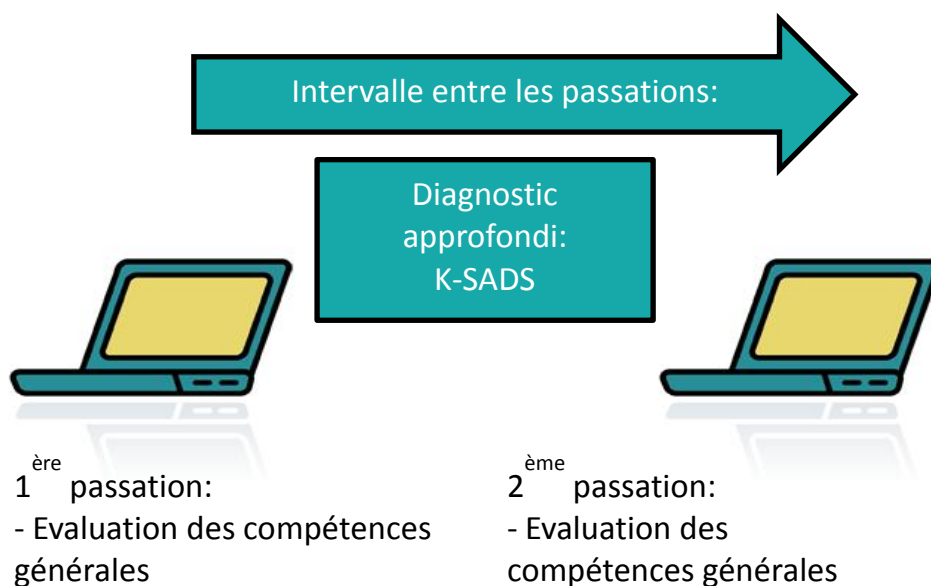
Avant le début de l'étude, tous les documents ont été soumis à la Commission d'éthique des cantons de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne (Ethikkommission Beider Basel, EKBB). Elle a ensuite autorisé la réalisation de l'étude. Avant le début de chaque évaluation individuelle, le personnel socio-éducatif a demandé les consentements écrits des mineurs participants et de leurs représentants légaux. Concernant la participation des jeunes adultes, seuls leurs consentements écrits étaient requis.

Dans le cadre du projet pilote, la collecte des données s'est faite en suivant deux approches. La première, soit la passation des questionnaires psychométriques, ainsi que la définition d'objectifs et l'évaluation du degré de réalisation, a été réalisée sur ordinateur grâce à un logiciel complexe développé par une société externe permettant de visualiser et d'imprimer les résultats immédiatement à la fin de l'examen. Ce procédé a eu lieu au début et à la fin des examens dans le cadre de la mesure de l'évolution. Entre ces deux mesures, la seconde approche a été utilisée, soit une évaluation complète du participant à l'aide d'un entretien clinique standardisé, appelée ci-après « diagnostic approfondi ». Ce sont les collaborateurs du projet pilote qui se sont rendus dans les divers établissements pour mener des entretiens de plusieurs heures avec chaque participant et son référent, ceci afin d'exclure une maladie psychique ou d'établir des diagnostics.

Déroulement des examens:

1. Demande du consentement écrit.
2. Première passation de tests psychométriques assistée par ordinateur, évaluation en commun des compétences générales et définition des objectifs individuels.
3. Diagnostic approfondi au cours d'un entretien personnel au sein de l'établissement: réalisation d'un entretien clinique directif, de la procédure de screening BARO et passation de questionnaires évaluant le degré de traumatisme du participant.
4. Entretien de feed-back: des questions restant en suspens sont discutées et les observations cliniques sont restituées au participant et à son éducateur référent.
5. Deuxième passation de tests assistée par ordinateur. Evaluation en commun des compétences générales ainsi que des progrès relatifs aux objectifs individuels.
6. Transmission des données au centre d'évaluation à Ulm en vue du traitement et de l'analyse des données.

L'article 19 du droit pénal des mineurs exigeant des évaluations annuelles, l'intervalle entre les deux collectes de données réalisées sur ordinateur a été fixé à un an, ou moins si le jeune quittait l'institution auparavant. Les effets de l'action éducative en institution se manifestant sur le long terme, il a semblé judicieux de choisir un intervalle aussi grand que possible entre les deux évaluations, sans trop risquer d'abandons en cours. En raison des nombreuses sorties anticipées, et de la participation de foyers d'observation/ d'urgence dans lesquelles les durées des séjours sont plus courtes, l'intervalle moyen entre les deux périodes d'évaluation a finalement été de neuf mois.



Plan d'étude: processus détaillé de collecte des données

### 3.1 Recrutement de l'échantillon

Le recrutement des enfants, des adolescents et des jeunes adultes dans les établissements de placement s'est déroulé en deux phases (MAZ.1 et MAZ.2). Comme l'illustration «*deux phases de recrutement pour MAZ.1 et MAZ.2*» l'indique, la première phase de recrutement d'établissements pour MAZ.1 a eu lieu entre 2007 et 2009, uniquement parmi les établissements de Suisse alémaniques. Après la décision de l'Office fédéral de la justice (OFJ) en faveur d'une prolongation et d'une extension de l'étude, il a été possible de réaliser la deuxième phase de recrutement pour MAZ.2 entre 2009 et 2010 une nouvelle fois en Suisse alémanique, ainsi que pour la première fois en Suisse romande et au Tessin.

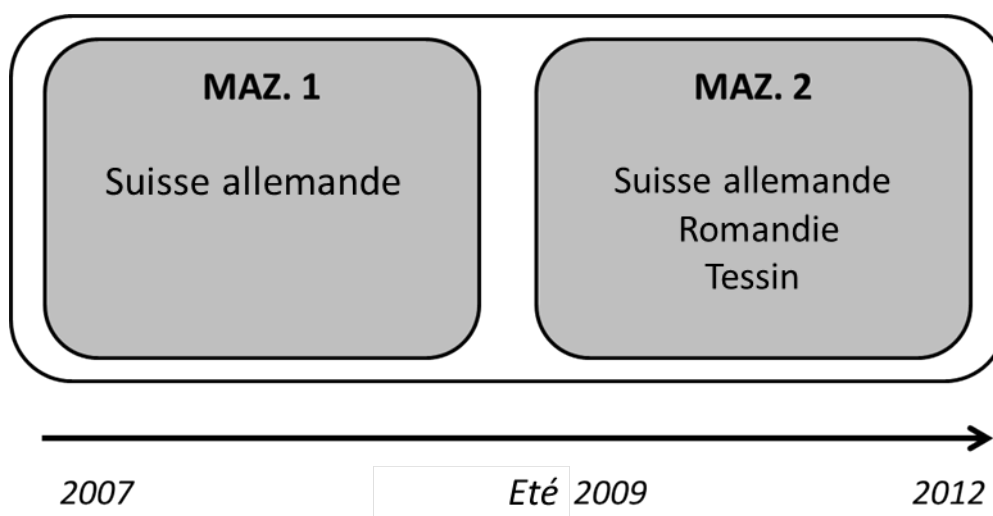


Illustration: Deux phases de recrutement pour MAZ.1 et MAZ.2

La sélection de l'échantillon s'est faite sur la base d'un premier critère, soit seules les institutions disposant d'une certification de l'OFJ étaient susceptibles de participer. Ensuite, les participants appartiennent aux deux sexes, sont âgés de 6 à 26 ans et vivront probablement dans leur institution respective pendant au moins 1 à 3 mois. La communication doit pouvoir se faire en allemand ou, dans le cas de MAZ.2, en français ou en italien. La participation à l'étude nécessite un consentement éclairé écrit de la part des jeunes ainsi que de la part des représentants légaux dans le cas de mineurs. De plus, l'étude MAZ. a eu pour objectif de faire participer les jeunes des établissements de placement indépendamment de la base juridique des mesures (pénale ou civile).

### **3.1.1 Recrutement des institutions**

Afin d'atteindre le plus grand nombre possible d'établissements de placement de l'aide à la jeunesse présentant de grandes différences en matière de structures d'âge, de concepts et de clientèle, tous les établissements suisses reconnus par l'OFJ ont été contactés. Il existe en Suisse, toute région linguistique confondue, 169 institutions disposant de 3 793 places d'accueil (situation en 2005). L'OFJ reconnaît les établissements socio-éducatifs remplissant une ou plusieurs conditions réglementées dans la loi fédérale sur les prestations de la Confédération dans le domaine de l'exécution des peines et des mesures (LPPM, RS341) ainsi que dans l'ordonnance correspondante (LPPM, SR341.1). Outre les conditions au sens strict de la loi, les qualités telles que l'assistance pédagogique et la formation du personnel font aussi l'objet d'un contrôle.

La clientèle ciblée par les institutions socio-éducatives reconnues par l'OFJ est constituée d'enfants et adolescents ne pouvant plus vivre au sein de leur milieu d'origine en raison de problèmes psychiques et/ou sociaux qui en découlent. Les exigences de leurs problématiques sont trop importantes pour permettre un traitement ambulatoire et nécessitent donc un traitement institutionnel plus soutenu. Parmi les établissements d'éducation figurent des institutions proposant ou non des possibilités de scolarisation ou de formation pour enfants et adolescents, ainsi que des centres d'exécution de mesures pour jeunes adultes reconnus par la loi fédérale sur les prestations de la Confédération dans le domaine de l'exécution des peines et des mesures. Le classement et la typologie des établissements seront abordés de manière plus détaillée plus loin dans ce chapitre.

#### **3.1.2.1 Première phase de recrutement pour MAZ.1 (2007-2009)**

Le recrutement de MAZ.1 s'est exclusivement centré sur les institutions de Suisse alémanique. Lors d'une première étape, un total de 89 établissements d'éducation figurant sur la liste d'établissements reconnus par l'OFJ (section exécution des peines et mesures) et 8 autres établissements intéressés par l'étude ont été contactés. L'ensemble des 97 établissements a reçu une première information sous la forme d'une plaquette et les responsables d'établissement ont été invités à quatre réunions d'information identiques. Outre les responsables d'établissements, le Ministère public des mineurs a également reçu la lettre d'information. Une deuxième étape a donc consisté à mener les quatre réunions d'information identiques à l'intention des représentants des institutions éducatives ou thérapeutiques. En tout, 55 établissements ont été représentés aux réunions qui ont eu lieu dans la région de Bâle (centre d'exécution de mesures Arxhof), à Berne (foyer d'éducation Lory), à Zurich (centre d'exécution de mesures Uitikon) ainsi qu'en Suisse orientale (maison d'éducation de

Bellevue). Onze autres établissements ont signifié leur intérêt, sans qu'ils ne puissent participer aux réunions d'information. L'invitation a de plus été adressée à 7 représentants du Ministère public des mineurs. Une présentation complète du plan d'étude a été élaborée et a constitué la base de discussion en vue d'un échange avec les personnes présentes. Parmi les 66 établissements intéressés, 31 ont participé à l'étude MAZ.1.

Une troisième étape a consisté à informer les éducateurs sociaux des 31 établissements participants de manière détaillée. Un collaborateur ou une collaboratrice de l'équipe MAZ. s'est alors rendu(e) dans l'établissement pour dispenser les informations et les instructions relatives au déroulement, au recrutement des jeunes, à la sécurité des données et à l'utilisation des instruments de l'étude MAZ. Cette formation a en outre inclus une initiation au programme informatique.

En résumé, le recrutement au niveau institutionnel pour MAZ.1 a inclus 31 établissements parmi les 97 contactés en Suisse alémanique, soit un tiers de tous les établissements du groupe visé dans le cadre de MAZ.1. Parmi ces 31 établissements, un établissement ne figure pas sur la liste des établissements d'éducation reconnus par l'OFJ.

### **3.1.2.2 Deuxième phase de recrutement pour MAZ.2 (2009-2010)**

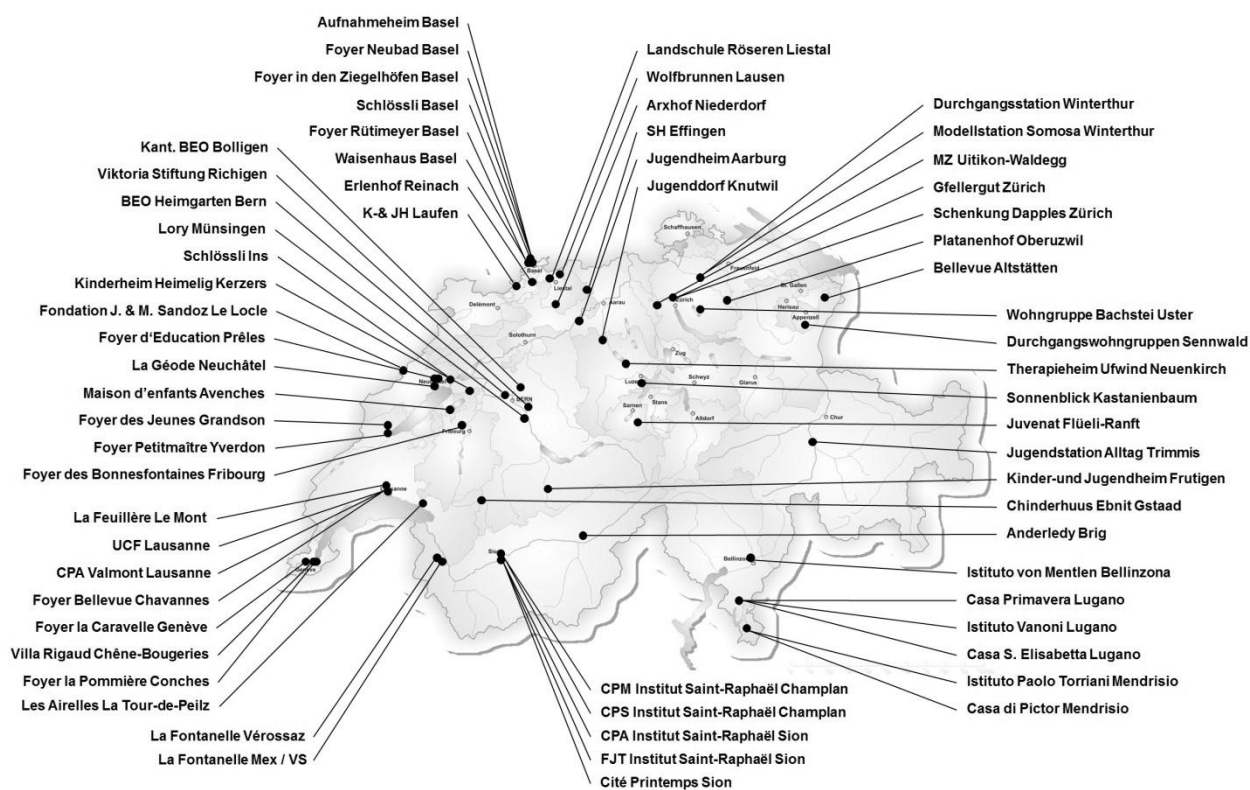
Lors de la deuxième phase de recrutement pour MAZ.2, des contacts ont été établis avec les institutions de Suisse alémanique ayant déjà manifesté leur intérêt lors de MAZ.1, mais n'ayant pas pu participer pour diverses raisons, ainsi qu'avec les 31 établissements participant déjà à MAZ.1. En tout, 19 établissements de Suisse alémanique, comprenant 7 nouveaux établissements et 12 déjà connus dans le cadre de MAZ.1 ont été recrutés pour MAZ.2.

En Suisse romande et au Tessin, le recrutement pour MAZ.2 a été réalisé de manière similaire à MAZ.1 (→ *la première phase de recrutement pour MAZ.1*). En Suisse romande, trois réunions d'information ont eu lieu : à Palézieux (fondation de Serix) ; à Yverdon (foyer Petitmaître) et à Genève (Fondation Officielle de la Jeunesse). En tout, 80 institutions ont reçu une première information sous la forme d'une plaquette. Parmi les 73 établissements d'éducation reconnus par l'OFJ en Suisse romande, 20 ont participé à l'étude. Au Tessin, 6 établissements parmi 7 potentiels ont donné leur accord.



### 3.1.2 Institutions participantes

L'échantillon total (MAZ.1 et MAZ.2) comprend donc 64 établissements au total, dont 38 en Suisse alémanique, 20 en Suisse romande et 6 au Tessin (voir «*Carte de l'ensemble des établissements participants*»).



Carte de l'ensemble des établissements participants

Le tableau «*nombre d'établissements participants par région linguistique et cantons représentés*» indique la répartition géographique des 64 établissements participants dans 15 cantons sur 26 et dans 3 régions linguistiques sur 4. Dans la liste des établissements d'éducation reconnus par l'OFJ figurent des établissements situés dans 19 cantons. Aucun établissement des cantons d'Appenzell Rhodes-Intérieures, Glaris, Nidwalden, Schaffhouse, Soleure, Uri et Zoug n'est donc représenté dans le projet MAZ. De plus, aucun établissement des cantons de Schwyz, Appenzell Rhodes-Extérieures, Jura et Thurgovie s'est inscrit à l'étude MAZ.

Tableau: nombre d'établissements participants par région linguistique et cantons représentés

	Etablissements participants	Total OFJ
<b>Romandie</b>		
NE	2	7
VD	8	24
VS*	7	9
GE	3	22
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>62</b>
<b>Tessin</b>		
TI	6	7
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>Suisse alémanique</b>		
BS	6	14
BL	5	8
AG	2	4
SG	3	5
ZH	6	34
LU	3	6
BE*	8	13
OW	1	1
GR	1	1
FR*	2	2
VS*	1	1
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>89</b>

\* Cantons bilingues

L'écho dans le paysage institutionnel peut essentiellement être qualifié de très positif. Les quelques établissements intéressés ayant décliné leur participation après les réunions d'information ont motivé leurs refus. Le tableau suivant indique les motifs de non-participation classés en fonction de la fréquence à laquelle ils ont été mentionnés.

Tableau: motifs de non-participation à l'étude MAZ.

Motifs de non-participation	Nombre de fois où le motif a été mentionné			
	Tessin	Suisse alémanique	Suisse romande	Total
Absence de ressources (temps et personnel) pouvant être consacrées à l'étude MAZ. actuellement	1	16	13	30
La clientèle ne correspond pas à l'intervalle d'âge fixé	0	0	11	11
Mise en application d'une évaluation et d'un développement de qualité propre à l'établissement	0	5	1	6
Critique relative à l'analyse statistique des processus de développement et au manque de durabilité	0	2	3	5
Absence d'infrastructure informatique	0	3	0	3
La contribution exigée des jeunes en termes de temps est estimée trop contraignante	0	2	0	2
Motif inconnu	0	14	19	33

### 3.1.3 Recrutement des participants à l'étude

Dans chaque établissement, l'équipe MAZ. a informé l'ensemble de l'équipe socio-éducative des objectifs, du déroulement et des procédures de tests psychométriques de l'étude. Lors de cette formation, le recrutement des adolescents a été discuté de manière approfondie, car chaque établissement a eu le devoir d'informer les mineurs et leurs représentants légaux de l'étude MAZ., et de les motiver à y participer. Nous avons transmis à tous les établissements les informations destinées aux participants, après accord de la Commission d'éthique, les informant de manière détaillée des objectifs et du déroulement de l'étude MAZ., ainsi que de la protection des données et de la couverture d'assurance.

Le choix du procédé exact de recrutement des jeunes a été laissé aux établissements. La plupart des institutions ont directement informé les représentants légaux de l'étude et recruté les jeunes lors de leur admission ou durant un entretien (à l'aide de l'information officielle pour les participants), ou ont directement contacté les jeunes de manière individuelle. Quelques rares établissements ont organisé une réunion des représentants légaux. Certaines institutions ont exprimé le souhait de pouvoir participer au projet pilote uniquement avec des sous-groupes, mais ont alors tenté de recruter si possible tous les enfants et adolescents desdits sous-groupes.

Il n'a finalement pas été possible de vérifier si les établissements se sont adressés à tous les jeunes placés chez eux avec la même ferveur. Toutes les institutions ont néanmoins été informées de l'importance de l'aspect représentatif de l'échantillon et du fait qu'elles ne devaient faire aucune discrimination et recruter si possible l'ensemble des jeunes pour le projet pilote.

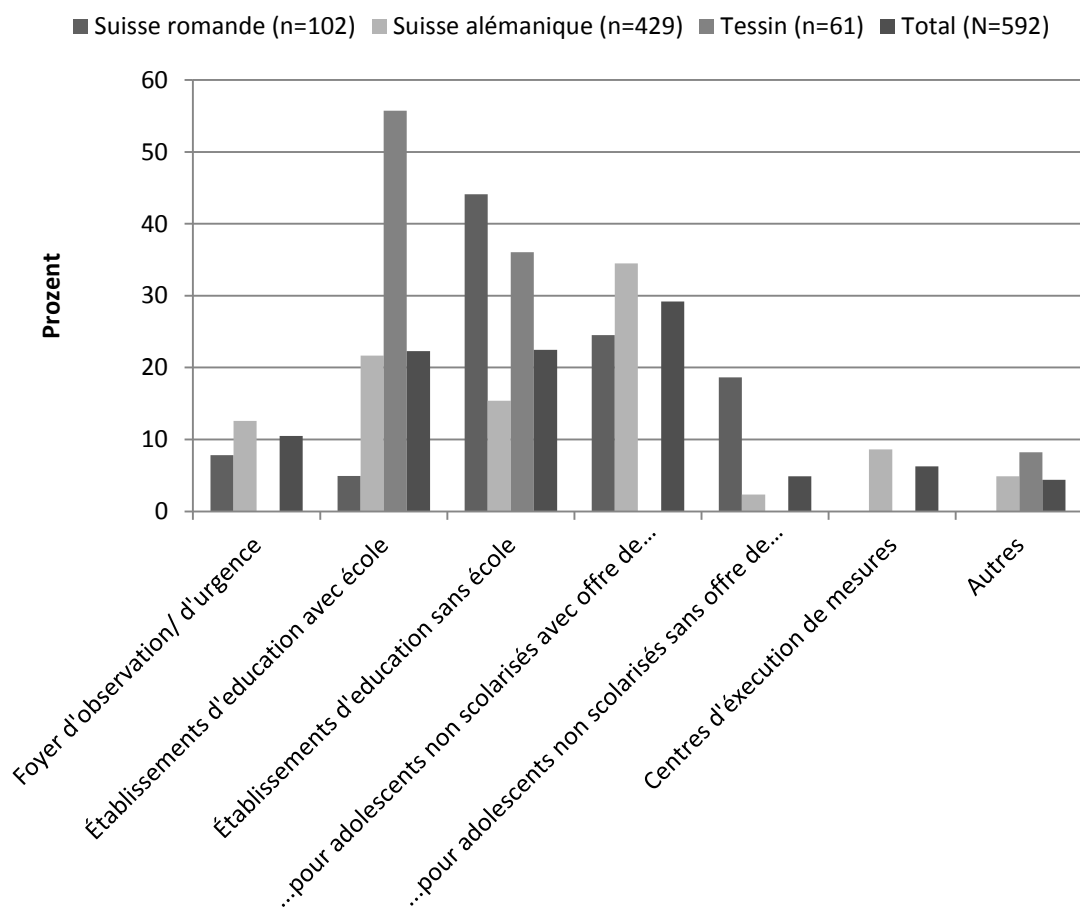
Parmi les 64 établissements participants au projet pilote, un total de 592 enfants, adolescents et jeunes adultes âgés de 6 à 26 ans ont été recrutés. Leur répartition parmi les trois régions

linguistiques a été la suivante: 429 en Suisse alémanique (MAZ.1 et MAZ.2), 102 en Suisse romande et 61 au Tessin.

### 3.1.4 Etablissements participants

L'illustration «*Nombre de jeunes par type d'établissements*» représente le nombre de jeunes parmi les 592 participants en fonction du type d'établissements dans lequel ils sont placés. Représentant 29 % de l'échantillon total, la plupart des jeunes participants vivent dans un établissement d'éducation pour adolescents non scolarisés avec offre de perfectionnement/ateliers. Les enfants d'âge scolaire placés dans des établissements d'éducation avec ou sans école interne suivent de près, avec 22 % de l'échantillon total. 11 % des jeunes se trouve dans un foyer d'observation/ d'urgence, 6 % de l'échantillon total dans l'un des deux centres d'exécution de mesures pour jeunes adultes, et 5 % finalement dans un établissement d'éducation pour adolescents non scolarisés sans offre interne de perfectionnement/ateliers. Dans la dernière rubrique «Autres» figurent les établissements ne se trouvant pas sur la liste des établissements d'éducation reconnus par l'OFJ et un établissement tessinois avec 5 adolescentes, le seul de l'échantillon total à appartenir à la catégorie «Accompagnement à domicile, logement avec assistance, logement externe».

Illustration: Nombre de jeunes par type d'établissements



La comparaison des trois régions linguistiques montre que les centres d'exécution de mesures pour jeunes adultes représentés dans l'échantillon se situent uniquement en Suisse alémanique. En revanche, au Tessin, aucun établissement d'éducation pour adolescents non scolarisés n'a participé au projet MAZ. Parmi les jeunes participants Tessinois, 92 % sont placés dans un établissement d'éducation avec ou sans école. En Suisse romande, la plus grande proportion (40 %) des enfants et adolescents se trouvent dans un établissement d'éducation sans école interne. Dans l'échantillon suisse alémanique, tous les types d'établissements sont représentés. La plupart des jeunes (30 %) se trouvent dans un établissement d'éducation pour adolescents non scolarisés avec une offre de perfectionnement/ateliers. Ceci est associé à un âge moyen supérieur que celui des échantillons romands et tessinois.

La constitution de l'échantillon total donne une image représentative des différents types d'institutions en Suisse. Il y a à la fois de petites institutions, et d'autres plus importantes ayant une palette d'offres de formations professionnelles. Les établissements les plus grands disposent de plus de 56 places, les plus petits de 7 places.

Concernant les résultats relatifs à la typologie des établissements, il est important de noter qu'il existe de nombreux facteurs de confusion contribuant probablement à des différences entre les types d'établissements. Ainsi, l'âge est une variable importante. Elle influence aussi bien l'accès aux différents types d'institutions que la survenue d'actes délinquants et le développement de conduites de dépendances. Dans les institutions de placements d'ordre purement pénal, les jeunes placés ayant commis de graves délits sont forcément plus nombreux. Tous les types d'établissements présentent de grandes différences en termes d'offres (par ex. accès à des suivis psychothérapeutiques au sein de l'institution).

## 3.2 Procédures des tests utilisés

### 3.2.1 Développement de l'outil de fixation et de réalisation des objectifs

#### Outil de fixation et de réalisation des objectifs

(Singer, Prestel, Keller, Kölch et Fegert, 2007)

#### Description

L'outil de fixation et de réalisation des objectifs est une procédure assistée par ordinateur; l'éducateur-référent réalise le test avec l'enfant, l'adolescent ou le jeune adulte en se basant sur un dialogue constructif et en tenant compte de ses ressources. Il comprend deux composantes:

Huit à onze **compétences générales** déterminées à l'avance (trois sont optionnelles)

- Capacité de communication
- Traitement et gestion des conflits
- Gestion et expression des affects
- Engagement / fiabilité/ respect des règles
- Indépendance / autonomie (choses pratiques de la vie) / autonomisation
- Comportement à l'école / en formation
- Capacités relationnelles
- Empathie
- **En option:** usage de stupéfiants; conduites de dépendance non liées à des substances; réflexion sur le délit

Trois **objectifs individuels**, à choisir librement.

## Outil de fixation et de réalisation des objectifs

(Singer, Prestel, Keller, Kölch et Fegert, 2007)

<b>Qui réalise le test?</b>	L'éducateur référent mène un entretien semi-structuré de réalisation d'objectifs avec le jeune devant un PC/laptop. Ils insèrent ensemble les résultats de cet entretien dans le programme informatique.
<b>Instructions</b>	<p><i>Compétences générales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• objectifs et compétences prédéfinis;</li><li>• pôle positif prédéfini;</li><li>• pôle négatif prédéfini;</li><li>• évaluation de l'état actuel sur une échelle de Likert à 7 niveaux;</li><li>• évaluation de la motivation et de la concordance entre le jeune et l'éducateur référent;</li><li>• réévaluation de l'état actuel en matière de compétences générales après un an ou à la sortie.</li></ul> <p><i>Objectifs individuels:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• choix commun de l'objectif;</li><li>• définition du pôle positif;</li><li>• définition du pôle négatif;</li><li>• définition de l'état actuel;</li><li>• évaluation de l'état actuel sur une échelle de Likert à 7 niveaux;</li><li>• définition de l'état visé;</li><li>• évaluation de l'état visé sur une échelle de Likert;</li><li>• définition des responsabilités;</li><li>• évaluation de la motivation et de la concordance entre le jeune et l'éducateur référent;</li><li>• réévaluation de l'état actuel après un an ou à la sortie.</li></ul>
<b>Durée de test</b>	Env. 60 min.
<b>Réalisation</b>	A l'aide d'un ordinateur; à travers le dialogue.
<b>Analyse</b>	L'analyse ou un résumé des données apparaissent dans le programme informatique.

Afin de rendre l'outil éducatif de réalisation et de fixation des objectifs aussi adéquat et pratique que possible, il a été développé en étroite collaboration avec des représentants d'institutions socio-éducatives, de services de placement et d'associations professionnelles. Ceux-ci ont été interviewés et les entretiens ont été retranscrits en détail et soumis à une analyse de contenu qualitative selon Mayring (1989).

Lors de la discussion avec le personnel travaillant en milieu éducatif institutionnel et avec les autorités de placement dans le cadre du développement dudit outil, nous avons attaché la plus grande importance aux aspects suivants:

1. la possibilité d'une utilisation quotidienne;
2. l'équilibre entre le travail quotidien et les objectifs plus généraux de la société;
3. la participation de l'enfant/adolescent;
4. la prise en compte des solutions et des ressources;
5. des critères qualitatifs suffisamment élevés;
6. l'objectivation des progrès au niveau des individus de plus grands échantillons, comparaison des objectifs;

## 7. la possibilité d'une représentation graphique facile à retenir et à interpréter.

L'objectif central a été de représenter l'effet de l'action éducative menée au quotidien, ce sur quoi elle se concentre, ce qui rend donc nécessaire une certaine standardisation des processus de fixation des objectifs individuels.

La divergence, souvent contrariante, entre les grands objectifs sociaux très abstraits de l'éducation en institution (autonomie et émancipation) et les problèmes quotidiens souvent très concrets (par ex.: se lever le matin et arriver à l'heure à l'école) doit également être résolue: il est certainement plus motivant de se réjouir en évaluant régulièrement de petits progrès, que de s'épuiser à réaliser des objectifs trop grands et abstraits. Il est important de souligner que les grands objectifs sociaux peuvent finalement aussi être atteints en travaillant de manière conséquente et avec succès à de petits objectifs intermédiaires, et que seuls de nombreux petits succès peuvent garantir une participation active au sein de la société.

Un autre aspect important lors de la conception de l'outil de fixation et de réalisation des objectifs a été d'assurer la participation des jeunes lors de la définition d'objectifs et du développement du processus éducatif. Il a donc été nécessaire de structurer, dans une certaine mesure, la définition d'objectifs éducatifs à l'aide d'une procédure assistée par ordinateur. Ainsi, nous pensons favoriser le processus éducatif, ou plus précisément créer de bonnes conditions de départ pour un futur travail éducatif. Le fait de favoriser la participation des jeunes et de leurs représentants légaux ne se résume pas à une bonne intention, mais il semble aussi promouvoir l'efficacité de mesures éducatives et considérablement faciliter le travail commun à moyen terme (Wolf, 2007; Sierwald et Wolff, 2008).

La méthode Delphi a été appliquée aux résultats des interviews, dont il est finalement ressorti un outil de fixation et de réalisation des objectifs comprenant 8 objectifs généraux et 3 optionnels (réflexion sur les délits, drogues et dépendance non liée à des substances) et trois objectifs individuels au maximum qui représentent bien la pratique de différentes formes d'éducation en institution.

### **3.2.2 Instrument de screening BARO**

La version originale BARO (Baasis Rads Onderzoek) a été développée en 1999 aux Pays-Bas par Doreleijers (Doreleijers, 1999, 2000, 2005), traduite en allemand en 2000 par Gutschner et en même temps adaptée au contexte suisse (BARO.ch; Gutschner, 2001; Gutschner et Doreleijers, 2004; Gutschner et coll., 2006). Il s'agit d'une procédure de screening (dépistage) permettant une évaluation initiale standardisée de jeunes délinquants à l'aide de l'évaluation de la santé psychique, des conditions de vie présentes et d'autres facteurs psychosociaux importants. Cet instrument fournit une aide substantielle par rapport aux décisions ultérieures à prendre dans le processus judiciaire, notamment en termes d'assistance pédagogique et/ou thérapeutique.

**Basis Raads Onderzoek (BARO.ch)**  
(Doreleijers, 1999; version allemande Gutschner, 2004)

<b>Description</b>	<p>Le BARO.ch est un entretien visant à évaluer la santé psychique, les conditions de vie présentes, le niveau de fonctionnement psychosocial et les facteurs de risque et de protection. Il poursuit trois objectifs:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. l'évaluation initiale standardisée du jeune placé hors de son milieu familial;</li><li>2. l'identification de troubles psychiques et l'indication à une expertise pédopsychiatrique;</li><li>3. une aide au processus décisionnel concernant des mesures complémentaires.</li></ol>
<b>Qui est interviewé?</b>	<p>L'entretien est mené aussi bien avec le jeune qu'avec un tiers (dans ce cas l'éducateur référent).</p>
<b>Domaines</b>	<p>Les domaines suivants sont systématiquement abordés dans le cadre d'un entretien semi-structuré:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• délit: à l'aide de différentes questions adressées au jeune et à l'éducateur référent, on évalue l'existence d'un ou de plusieurs délits, commis ou reprochés, ainsi que la succession concrète des faits, le vécu associé au délit et les contacts antérieurs avec la justice;</li><li>• situation sociale: il s'agit d'évaluer le contexte social de vie dans lequel le jeune est intégré;</li><li>• fonctionnement au sein de la famille: on se renseigne sur le degré d'entente du jeune avec chaque membre de sa famille et d'autres personnes de références, ainsi que sur la manière dont s'organisent les relations et le quotidien au sein de la famille;</li><li>• école/travail: la situation scolaire ou professionnelle, passée et présente, la capacité à participer ainsi que les relations sociales avec les camarades de classe et les enseignants/ les supérieurs hiérarchiques sont relevées;</li><li>• loisirs/amis: on y évalue la capacité à organiser les loisirs ainsi que les relations avec les pairs et à l'argent;</li><li>• dépendance: on se renseigne sur la consommation de nicotine, d'alcool et d'autres drogues, ainsi que sur les inquiétudes de l'éducateur référent. De même, on explore la dépendance au jeu non liée à des substances;</li><li>• affects: on relève les troubles intériorisés et la labilité émotionnelle;</li><li>• comportement: on y explore les conduites du jeune à l'aide de différentes questions;</li><li>• développement et antécédents: cet aspect comprend le développement pendant l'enfance (psychomotricité, développement cognitif, comportement problématique) ainsi que les antécédents médicaux, psychiatriques et socio-éducatifs.</li></ul>
<b>Durée de test</b>	<p>Env. 60 min.</p>
<b>Réalisation</b>	<p>L'entretien personnel est mené par un(e) psychologue.</p>



**Analyse et feed-back**

D'une part, l'intervieweur peut évaluer les domaines traités pendant l'entretien (cf schéma d'analyse) à l'aide d'un index des facteurs préoccupants. Pour cela, les différentes sources (jeune, éducateur, dossier, etc.) sont mises à contribution. La fiche d'analyse présente un bon aperçu sur la manière dont le développement du jeune dans les différents domaines doit ou non susciter des préoccupations.

D'autre part, l'interviewer peut répondre à 10 questions (non présentées ici) au sujet de cette estimation; ces questions sont analysées par un programme informatique et doivent servir à évaluer l'éventualité d'un trouble psychique chez le jeune. La procédure BARO.ch ne permet pas d'établir de diagnostic spécifique conforme au DSM-IV ou à la CIM-10, mais indique simplement la présence éventuelle d'un trouble et le besoin d'un examen plus approfondi du jeune à ce sujet.

Le feed-back de la procédure BARO.ch se fait dans le cadre du feed-back général du diagnostic approfondi et il est possible de discuter la nécessité ou non de franchir de nouvelles étapes, comme un examen approfondi sous forme de bilan psychologique par exemple.

### **3.2.3 Procédures de tests assistées par ordinateur**

#### **3.2.3.1 *Child Behavior Checklist***

Le Child Behavior Checklist CBCL (groupe de travail Child Behavior Check List en allemand, 1998) est l'outil de screening le mieux établi et le plus répandu dans le monde pour l'évaluation de troubles comportementaux chez l'enfant et l'adolescent. Différentes versions de ce test existent, destinées à différents groupes d'âge et à un emploi en auto- ou hétéro-évaluation. Dans l'ensemble, 120 questions appartenant à huit sous-échelles de symptômes évaluent les troubles psychopathologiques. Cet instrument de screening ne permet pas d'établir de diagnostic, mais le profil établi à partir de ces huit sous-échelles fournit un bon aperçu de l'ensemble des troubles psychopathologiques de l'enfance et de l'adolescence.

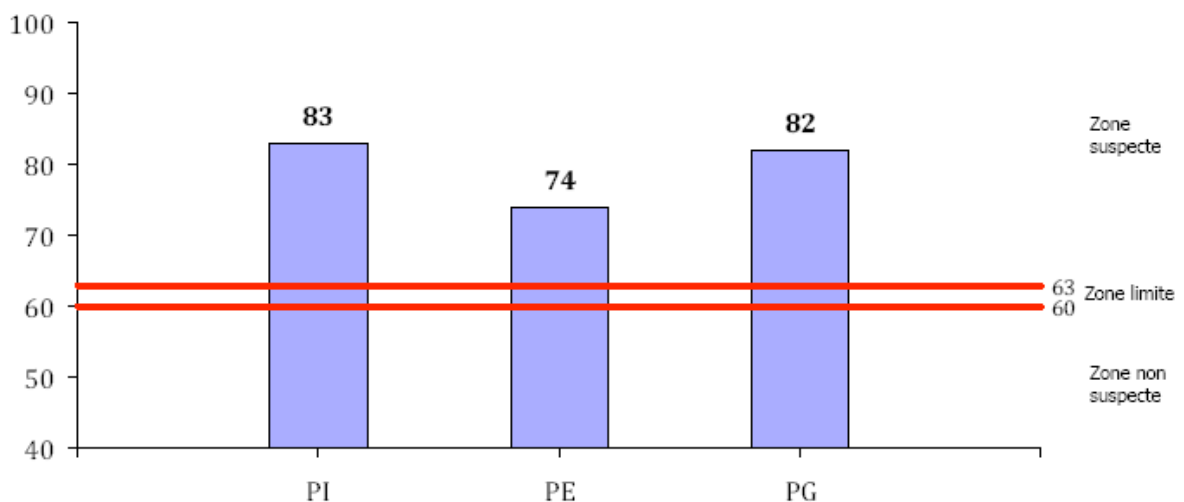
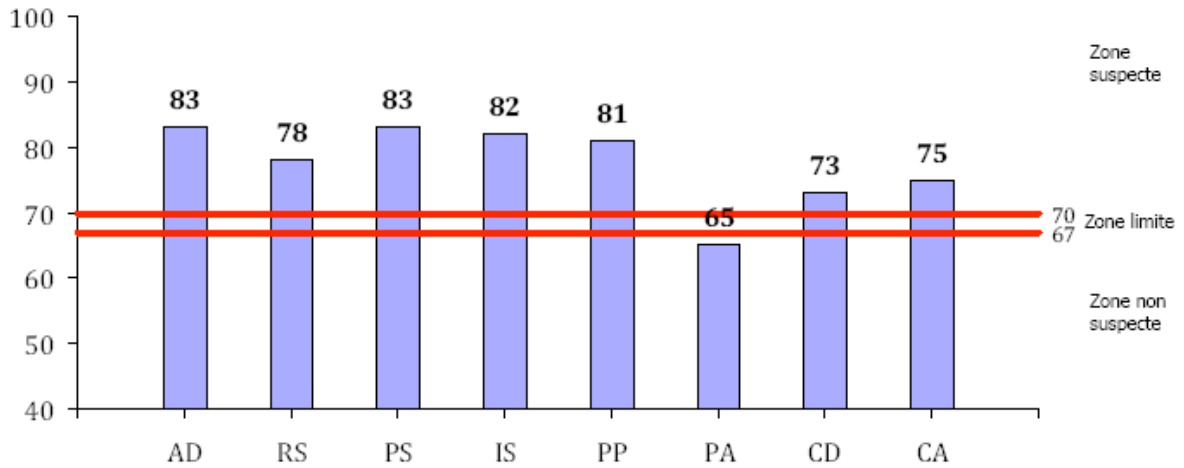
Dans la présente étude, le CBCL a été utilisé pour l'hétéro-évaluation de participants âgés de 12 à 18 ans, le YABCL (Young Adult Behavior Checklist) pour celle des participants âgés de 19 à 25 ans; le YSR (Youth Self Report) a été utilisé pour l'auto-évaluation d'adolescents et le YASR (Young Adult Self Report) pour celle de jeunes adultes.

**Child Behavior Checklist (CBCL)**  
**Youth Self Report (YSR)**  
 Thomas M. Achenbach  
 (Groupe de travail Child Behavior Check List en allemand, Döpfner et coll., 1998)

<b>Description</b>	<p>Le Child Behavior Checklist (CBCL) est un des instruments les plus répandus et utilisés à travers le monde pour l'<b>évaluation de troubles comportementaux</b> chez l'enfant et l'adolescent (de moins de 18 ans).</p> <p>Le Youth Self Report (YSR) est un questionnaire d'auto-évaluation pour les adolescents âgés de 11 à 18 ans et correspond au CBCL.</p> <p>120 questions sont classées en 8 sous-échelles. Les résultats du CBCL et du YSR ne fournissent aucun diagnostic, mais indiquent d'éventuels aspects problématiques. Lorsque certaines sous-échelles donnent lieu à des scores très élevés, il est recommandé de procéder à un examen psychologique.</p>
<b>Important</b>	CBCL et YSR jusqu'à 18 ans. Alternative à partir de 18 ans: YABCL et YASR
<b>Qui effectue le test?</b>	<p>CBCL: l'éducateur référent</p> <p>YSR: l'adolescent(e)</p>
<b>Instructions</b>	«Voici une liste de caractères et de comportements pouvant apparaître chez des jeunes. Pour chaque caractéristique, veuillez indiquer si elle a été observée <b>actuellement ou au cours des 3 derniers mois</b> (réponses possibles: 0 = ne s'applique pas, 1 = plutôt ou parfois vrai et 2 = très ou souvent vrai).»
<b>Sous-échelles</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Retrait social (RS)</li> <li>2. Plaintes somatiques (PS)</li> <li>3. Anxiété/ dépression (AD)</li> <li>4. Immaturité sociale (IS)</li> <li>5. Problèmes de pensée (PP)</li> <li>6. Problèmes attentionnels (PA)</li> <li>7. Comportement délinquant (CD)</li> <li>8. Comportement agressif (CA)</li> </ol>
<b>Durée de test</b>	15-20 min.
<b>Réalisation</b>	Lors des périodes d'évaluation t 1 et t 2; informatisée.
<b>Analyse</b>	<p>L'analyse du test est réalisée à l'aide d'un programme informatique.</p> <p>Echelles globales: troubles internalisés (RS, PS, AD); troubles externalisés (CD, CA); score total (y compris IS, PP, PA)</p> <p><b>3 niveaux de manifestations pour l'analyse des sous-échelles et échelles globales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ niveau de manifestations normales;</li> <li>▪ seuil clinique (transition entre les manifestations normales et les manifestations cliniques);</li> <li>▪ niveau de manifestations cliniques.</li> </ul>

Exemple d'analyse informatisée dans le projet pilote:

Nom de code	Nom	Code-Ofs	Age	Tdm
macri	⋄, s£Š«	MARCR 1 940623 1-TI 2-AFR	15	t1



- Les manifestations au niveau de sous-échelles individuelles ayant un score  $T \geq 70$  (ou  $\geq 63$  dans le cas des échelles globales) sont estimées d'ordre **clinique**. Au sein de la population normale, seuls 2 % des jeunes examinés présentent de tels scores.
- Il existe un **seuil clinique** situé entre les scores  $T$  de 67 et 70 (ou entre 60 et 63 dans le cas des échelles globales); ce seuil correspond à une transition **entre les manifestations normales et les manifestations cliniques**.
- Les manifestations au niveau de sous-échelles ayant un score  $T \leq 67$  (ou  $< 60$  dans le cas des échelles globales) sont estimées **normales**.

La description suivante des échelles évaluées par le questionnaire peut aussi être imprimée sur demande:

<b>Child Behavior Checklist (CBCL)</b> <b>Thomas M. Achenbach, traduction par Fambonne et coll. 1998.</b>				
Nom de code	Nom	Code-Ofs	Age	Tdm
macri	⌋'E-□, sEš«	MARCR 1 940623 1-TI 2-AFR	15	t1
<b><u>Sous-échelles</u></b>				
<b>Anxiété/dépression (AD)</b>	Cette échelle rend compte du manque de confiance en soi, de l'anxiété et de la tristesse qui habitent un mineur de manière subjective. Dans cette échelle, le mineur obtient un résultat de 83 et se situe dans Zone suspecte			
<b>Retrait social (RS)</b>	Cette échelle reflète une attitude marquée par la timidité et l'importance du besoin de rester seul(e). Dans cette échelle, le mineur obtient un résultat de 78 et se situe dans Zone suspecte			
<b>Plaintes somatiques (PS)</b>	Cette échelle traduit l'étendue des plaintes somatiques chez un mineur (maux de tête, maux de ventre, nausées). Dans cette échelle, le mineur obtient un résultat de 83 et se situe dans Zone suspecte			
<b>Immaturité sociale (IS)</b>	Cette échelle indique si un mineur rencontre des difficultés avec ses pairs (si un mineur est p.ex. souvent victime de moqueries). Dans cette échelle, le mineur obtient un résultat de 82 et se situe dans Zone suspecte			
<b>Problèmes de pensée (PP)</b>	Cette échelle illustre les étrangetés et particularités de pensées et de comportement chez un mineur. Dans cette échelle, le mineur obtient un résultat de 81 et se situe dans Zone suspecte			
<b>Problèmes d'attention (PA)</b>	Cette échelle traduit l'influçabilité d'un mineur et les difficultés de concentration qu'il rencontre. Dans cette échelle, le mineur obtient un résultat de 65 et se situe dans Zone non suspecte			
<b>Comportements délinquants (CD)</b>	Cette échelle reflète la difficulté que rencontre un mineur à se conformer aux règles et aux lois. Dans cette échelle, le mineur obtient un résultat de 73 et se situe dans Zone suspecte			
<b>Comportements agressifs (CA)</b>	Cette échelle rend compte de la fréquence à laquelle un mineur prend part à des rixes, menace d'autres personnes et se bat. Dans cette échelle, le mineur obtient un résultat de 75 et se situe dans Zone suspecte			
<b><u>Échelles principales</u></b>				
<b>Problématique internalisée (PI)</b>	Cette échelle regroupe celles du Retrait social, des Plaintes somatiques et de l'Anxiété/ dépression. Dans cette échelle, le mineur obtient un résultat de 83 et se situe dans Zone suspecte			
<b>Problématique externalisée (PE)</b>	Cette échelle regroupe celles des Comportements délinquants et des Comportements agressifs. Dans cette échelle, le mineur obtient un résultat de 74 et se situe dans Zone suspecte			
<b>Problématique globale (PG)</b>	Somme de tous les items à l'exception des problèmes d'allergie et d'asthme. Le score global du mineur est de 82 et se situe dans Zone suspecte			

### 3.2.3.2 *Severity of Dependence Scale (SDS)*

<b>Description</b>	Le <b>SDS</b> évalue le comportement de dépendance des consommateurs de substances illégales (cannabis, cocaïne, opiacés, amphétamines). L'échelle comprend 5 questions. Les questions évaluent la perte de contrôle, l'inquiétude relative à la consommation ainsi que le souhait d'arrêter la consommation. Nous y avons ajouté des questions sur la fréquence de consommation.
<b>Qui effectue le test?</b>	Auto-évaluation anonyme de l'adolescent.
<b>Instructions</b>	«Veuillez cocher»
<b>Exemple de question</b>	Avez-vous eu, au cours des 12 mois précédant la mesure, l'impression de ne plus contrôler votre consommation de cannabis?  Jamais/presque jamais (0 pt)    parfois (1 pt)    souvent (2 pt)    toujours ou presque toujours (3 pt)
<b>Durée de test</b>	Env. 5 min.
<b>Réalisation</b>	Lors de la période d'évaluation t1; informatisée.
<b>Analyse Informatisée</b>	Les réponses sont pondérées de manière à ce qu'un score maximal de 20 points puisse être atteint.  Score limite: 3 points ou plus (il n'existe aucun seuil officiel pour le cannabis; voir Kraus et Augustin, 2005; Kraus, Augustin et Orth, 2005).

Pas de feed-back!

### 3.2.3.3 Axe VI du MAS (système multiaxial)

<p style="text-align: center;"><b>Evaluation globale de l'adaptation psychosociale / évaluation globale et évaluation du niveau de fonctionnement psychosocial. MAS VI (Remschmidt et Schmidt, 1994)</b></p>
--

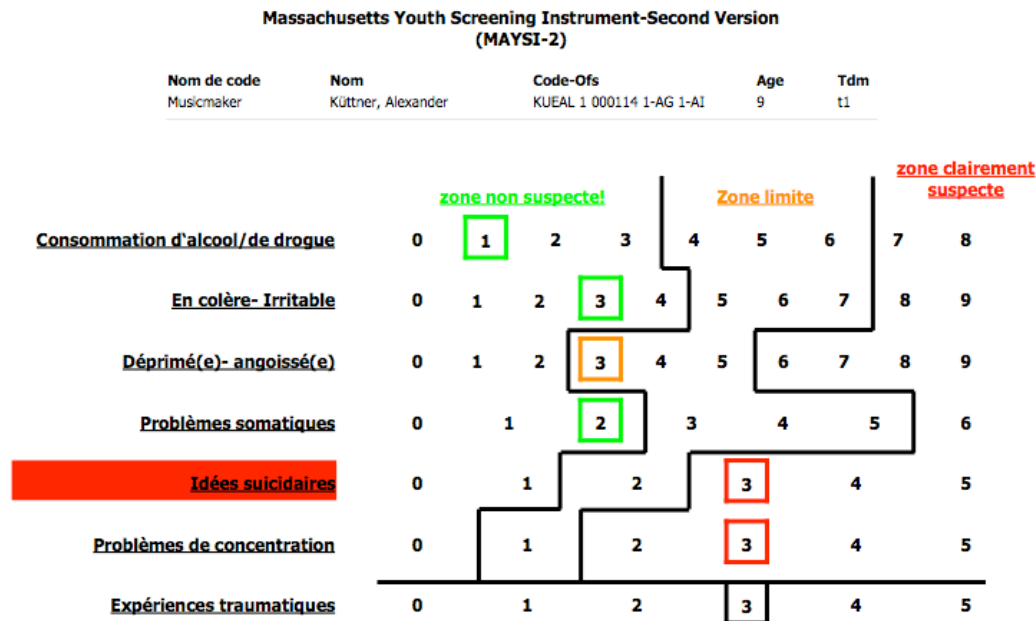
<b>Description et instructions</b>	<p>L'évaluation doit refléter les capacités de performances psychiques, sociales et scolaires/professionnelles <b>au cours des trois derniers mois</b>.</p> <p>Des déficits d'origine physique ou environnementale ne doivent pas être codés.</p> <p>Le codage se fait explicitement sur la base de compétences et non sur la base de déficits.</p> <p>L'évaluation doit se baser sur le degré avec lequel la jeune personne réussit à maintenir des relations relativement harmonieuses avec ses parents, frères/sœurs, enseignants et autres adultes, à se comporter de manière appropriée par rapport à son âge et au contexte social, à accomplir des travaux ménagers raisonnables, à quitter le foyer sans problème, à répondre aux exigences scolaires/professionnelles correspondant à son âge et à ses capacités intellectuelles, à créer des relations solides avec des jeunes du même âge (y compris partage d'activités) et à s'engager dans différentes activités de loisir.</p> <p>(version modifiée du texte explicatif d'après le modèle de Remschmidt, H., Schmidt, M., Poustka, F. (éditeurs): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO / Hans Huber, Berne 2001)</p>
<b>Qui effectue le test?</b>	L'éducateur référent
<b>Domaines</b>	<p>L'évaluation se rapporte aux domaines suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• les relations avec les membres de la famille, les jeunes du même âge et les adultes en dehors de la famille;</li><li>• la maîtrise de situations sociales (indépendance, capacité à gérer la vie quotidienne, hygiène personnelle et discipline);</li><li>• l'adaptation en milieu scolaire et professionnel;</li><li>• les centres d'intérêt et les loisirs.</li></ul>
<b>Durée de test</b>	Env. 5 min.
<b>Réalisation</b>	Lors des périodes d'évaluation t 1 et t 2; informatisée.
<b>Analyse</b>	<p>La classification se fait sur l'échelle suivante et n'est suivie d'aucune autre analyse.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>(1) Adaptation sociale excellente ou bonne dans tous les domaines</li><li>(2) Adaptation sociale satisfaisante avec difficultés transitoires ou faibles seulement dans un ou deux domaines</li><li>(3) Légère difficulté sociale avec difficultés faibles dans au moins un ou deux domaines</li><li>(4) Difficulté sociale modérée dans au moins un ou deux domaines</li><li>(5) Difficulté sociale évidente dans au moins un ou deux domaines</li><li>(6) Difficulté sociale évidente concernant la plupart des domaines</li><li>(7) Difficulté sociale profonde et grave dans la plupart des domaines</li><li>(8) Besoin d'assistance considérable</li><li>(9) Besoin d'assistance permanente (prise en charge 24 h sur 24)</li></ol>

### 3.2.3.4 MAYSI-2

<b>Massachusetts Youth Screening Instrument-Second Version (MAYSI-2)</b> (Grisso et Barnum, 2000) Traduit pour le projet pilote, équipe MAZ., 2007 / Schmid et coll. in press
---

<b>Description</b>	<p>Le MAYSI-2 est une procédure de screening comprenant 52 questions réparties en 7 échelles qui permettent de relever les troubles psychiques et l'abus de substances chez les adolescents soumis à des mesures.</p> <p>Le MAYSI-2 ne permet d'établir aucun diagnostic psychiatrique, mais permet par exemple de dégager un risque accru de comportements particulièrement critiques dans le quotidien institutionnel, tels que le comportement agressif ou la tendance au suicide.</p>
<b>Qui effectue le test?</b>	L'adolescent(e)
<b>Instructions</b>	«Voici quelques questions concernant des choses qui peuvent parfois arriver. Pour chaque question, coche OUI ou NON selon que cet item s'applique à toi ou non <b>au cours de ces derniers mois</b> . Réponds à toutes les questions de manière aussi précise que possible.»
<b>Echelles</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Consommation d'alcool et de drogues</li><li>2. Colère-irritabilité</li><li>3. Dépression-anxiété</li><li>4. Plaintes somatiques</li><li>5. Pensées suicidaires</li><li>6. Troubles de la pensée</li><li>7. Expériences traumatiques</li></ol>
<b>Durée de test</b>	10-15 min.
<b>Analyse Informatisée</b>	<p><b>3 niveaux de manifestations pour l'analyse des échelles de 1 à 6:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Un résultat correspondant au niveau de manifestations clairement cliniques (zone clairement suspecte/Warning) signifie que, par rapport aux autres jeunes soumis à des mesures, l'adolescent(e) a atteint un résultat particulièrement élevé du point de vue clinique quant à l'échelle concernée. Ce domaine de problèmes psychiques doit recevoir la plus haute priorité.</li><li>• Les résultats correspondant au <b>seuil clinique</b> (zone limite/Caution) signifient qu'une signification clinique est possible.</li><li>• Le <b>niveau de manifestations normales</b> comprend des résultats n'indiquant aucun déficit de la part du participant.</li><li>▪ <b>L'échelle 7</b> «Expériences traumatiques» n'est pas incluse dans les scores correspondant aux trois niveaux, mais ne fait qu'indiquer de possibles expériences traumatiques.</li></ul>

Exemple d'analyse informatisée:



Dienstag, 25. August 2009

12.08.2009

1 / 1

**Consommation d'alcool et de drogues:** décrit la consommation d'alcool et de drogues portant préjudice aux capacités de fonctionnement psychosocial des adolescents.

**Colère-irritabilité:** décrit une fixation excessive sur des affects liés à la colère et à la vengeance ainsi qu'une tendance générale à l'irritabilité, la frustration et la tension en relation avec la colère.

**Dépression-anxiété:** évalue des symptômes dépressifs et anxieux qui peuvent se manifester sous forme d'agitation et d'abattement, par exemple.

**Plaintes somatiques:** comprend des questions sur différents symptômes somatiques de l'anxiété. Un score élevé peut avoir différentes origines pouvant être liées à une dépression et à l'anxiété, ou également à une expérience traumatique ou des troubles de la pensée. Mais des douleurs ou des plaintes somatiques peuvent aussi indiquer une maladie organique.

**Pensées suicidaires:** renseigne sur l'idée ou l'intention de se blesser ainsi que sur de forts symptômes dépressifs pouvant inclure un risque suicidaire accru.

**Troubles de la pensée** (uniquement pour les garçons): évalue la probabilité de problèmes psychiques comprenant des troubles de la perception de la réalité. En ce qui concerne les filles, les questions de cette échelle ne sont pas analysées en raison de l'absence de standards.

**Expériences traumatiques:** précise si l'adolescent a, au cours de sa vie, été exposé à une expérience traumatique ayant eu sur lui un impact particulièrement important par rapport à d'autres adolescents. Les questions concernent des événements ou affects de la vie entière et non des derniers mois comme c'est le cas des 6 autres échelles.



### 3.2.3.5 Youth Psychopathic Traits Inventory (YPI)

**Youth Psychopathic Traits Inventory (YPI)**  
(Andershed, Kerr, Stattin et Levander, 2002)  
Version allemande: Schmeck, Hinrichs et Fegert, 2005

<b>Description</b>	Le YPI est un questionnaire d'auto-évaluation pour adolescents à partir de 12 ans visant à évaluer les traits de personnalité psychopathique. Le YPI se caractérise par des questions sur des caractères de personnalité psychopathiques qui ne sont pas péjoratives, mais formulées de manière à plaire aux adolescents présentant ces caractères, à bien pouvoir les intégrer dans leur image de soi. Ceci diminue donc la probabilité de répondre aux questions dans le sens des conventions sociales. 50 questions sont classées en 10 échelles.										
<b>Qui effectue le test?</b>	L'adolescent(e)										
<b>Instructions</b>	«Ce questionnaire comprend une série d'items ayant rapport avec ce que tu penses ou ressens au sujet de certaines choses. Lis chaque item avec attention et décide à quel point l'item te correspond. Pour chaque item, tu peux choisir entre quatre différentes réponses (totalement faux, plutôt faux, un peu vrai, tout à fait vrai). Réponds à chaque item en pensant à la manière dont tu te sens ou dont tu penses le plus souvent, pas seulement comment tu te sens actuellement.»										
<b>Echelles</b>	<table><tr><td><b>1. Charme superficiel</b></td><td><b>6. Faible émotionnalité</b></td></tr><tr><td><b>2. Sentiment de supériorité</b></td><td><b>7. Insensibilité</b></td></tr><tr><td><b>3. Mensonge</b></td><td><b>8. Recherche d'excitation</b></td></tr><tr><td><b>4. Manipulation</b></td><td><b>9. Impulsivité</b></td></tr><tr><td><b>5. Froideur</b></td><td><b>10. Irresponsabilité</b></td></tr></table>	<b>1. Charme superficiel</b>	<b>6. Faible émotionnalité</b>	<b>2. Sentiment de supériorité</b>	<b>7. Insensibilité</b>	<b>3. Mensonge</b>	<b>8. Recherche d'excitation</b>	<b>4. Manipulation</b>	<b>9. Impulsivité</b>	<b>5. Froideur</b>	<b>10. Irresponsabilité</b>
<b>1. Charme superficiel</b>	<b>6. Faible émotionnalité</b>										
<b>2. Sentiment de supériorité</b>	<b>7. Insensibilité</b>										
<b>3. Mensonge</b>	<b>8. Recherche d'excitation</b>										
<b>4. Manipulation</b>	<b>9. Impulsivité</b>										
<b>5. Froideur</b>	<b>10. Irresponsabilité</b>										
<b>Durée de test</b>	10-15 min.										
<b>Réalisation</b>	Lors des périodes d'évaluation t 1 et t 2; informatisée.										
<b>Analyse</b>	L'analyse du test est réalisée à l'aide d'un programme informatique et reste anonyme.										

### 3.2.3.6 Questions criminologiques

#### Questions criminologiques (d'après Boers et Reinecke, 2006)

<b>Description</b>	Les questions criminologiques recueillent des informations sur le passé délictuel de l'adolescent sous forme d'auto-évaluation. L'anonymat de l'analyse permet de préciser le chiffre noir de la criminalité.
<b>Qui effectue le test?</b>	L'adolescent(e)
<b>Instructions</b>	«Les adolescents font parfois des choses interdites. Nous en décrivons quelques-unes dans ce qui suit. Coche celles auxquelles tu as déjà été confronté et, le cas échéant, combien de fois. Tes réponses seront traitées de manière anonyme: elles ne seront pas transmises à ton établissement!»
<b>Domaines</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Dommages à la propriété</li><li>▪ Vol</li><li>▪ Violence</li><li>▪ Trafic de drogue</li><li>▪ Consommation et production de médias à contenu violent ou pornographique</li><li>▪ Harcèlement sexuel, viol</li></ul>
<b>Durée de test</b>	Env. 10 min.
<b>Réalisation</b>	Lors de la période d'évaluation t1; informatisée.
<b>Analyse</b>	L'analyse du test est réalisée à l'aide d'un programme informatique et reste anonyme. En raison de la mesure de la peine prévue par le droit pénal allemand pour les délits isolés, la gravité du délit peut être classée selon des critères utilisés dans plusieurs études.

### 3.2.4 Entretiens cliniques

#### 3.2.4.1 *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS)*

<b>Description</b>	Le <b>K-SADS</b> est un entretien clinique semi-structuré servant à poser un éventuel diagnostic de troubles psychiques.
<b>Durée de test</b>	1 à 3 h.
<b>Réalisation</b>	L'entretien de screening est mené par l'interlocuteur de l'équipe MAZ. avec l'éducateur puis avec l'adolescent. L'étape suivante consiste à récapituler l'auto-évaluation et l'hétéro-évaluation: en cas de problèmes dans un domaine, celui-ci sera approfondi à l'aide d'un questionnaire détaillé.
<b>Domaines</b>	Troubles affectifs Troubles psychotiques Troubles anxieux Troubles des conduites Consommation abusive de substances et autres troubles (anorexie, boulimie, tics)

#### 3.2.4.2 *SCID-II (entretien clinique structuré en vue du diagnostic de troubles de la personnalité)*

<b>Description</b>	Le SCID-II est un entretien clinique semi-structuré servant à poser un éventuel diagnostic de troubles de la personnalité.
<b>Durée de test</b>	Env. 30 min.
<b>Réalisation</b>	L'entretien est mené par l'interlocuteur de l'équipe MAZ avec l'adolescent et l'éducateur.

#### 3.2.4.3 *Europ-ASI*

<b>Description</b>	L' <b>Europ-ASI</b> comporte des questions sur le type et la gravité des consommations d'alcool et de drogue.
<b>Durée de test</b>	Env. 10 min.
<b>Réalisation</b>	Les questions sont posées par l'interlocuteur de l'équipe MAZ. uniquement à l'adolescent.

#### **3.2.4.4 Inventaire de traumatismes d'Essen (ITE)**

<b>Description</b>	L'ITE est un questionnaire informatisé portant sur des événements traumatisants.
<b>Durée de test</b>	Env. 10 min.
<b>Réalisation</b>	Le questionnaire est rempli par le jeune en présence de l'interlocuteur de l'équipe MAZ.

#### **3.2.5 Test d'intelligence CFT-20-R**

<b>Description</b>	Le <b>CFT-20-R</b> est un test d'intelligence non verbale.
<b>Qui effectue le test?</b>	L'adolescent
<b>Instructions</b>	Les instructions sont données par l'interlocuteur de l'étude MAZ.
<b>Que mesure ce test?</b>	Le CFT-20-R évalue le niveau intellectuel général. Cette intelligence de base peut être décrite comme la capacité de reconnaître des rapports figurés et des problèmes de logique de différents niveaux de complexité et de les traiter en un temps donné. Les tâches étant non verbales et concrètes, les personnes ayant de mauvaises connaissances en français/allemand/italien et des lacunes en lecture et en écriture ne sont pas désavantagées.
<b>Analyse</b>	Un quotient d'intelligence est calculé.
<b>Durée de test</b>	60 min.
<b>Réalisation</b>	Le test peut se faire en groupe de 8 adolescents au maximum et est dirigé par une personne de l'équipe MAZ.

### 3.2.6 Aperçu des questionnaires utilisés

P r o c é d u r e  i n f o r m a t i s é e	Nom	Auteurs	Type	Hétéro (H)/auto-évaluation (A)	t1/t2
	<b>CBCL</b> Child Behavior Checklist	Achenbach, Th. M.; groupe de travail Child Behavior Check List en allemand, Döpfner, M. et coll. Köln: KJFD (1991; 1998).	Q* (PC)	H (réfèrent)	t1+t2
	<b>YABCL</b> Young Adult Behavior Checklist	Döpfner, M. et coll. (1998)	Q (PC)	H (réfèrent)	t1+t2
	<b>YSR</b> Youth Self-Report	Döpfner, M. et al. (1994)	Q (PC)	A (jeune)	t1+t2
	<b>YASR</b> Young Adult Self-Report	Döpfner, M. et coll. (1998)	Q (PC)	A (jeune adulte)	t1+t2
	<b>QQV (ILK)</b> Questionnaire d'évaluation de la qualité de vie chez l'enfant et l'adolescent	Mattejat, F. / Remschmidt, H. (1998)	Q (PC)	A et H (adolescent et réfèrent pour soi)	t1+t2
	<b>SMA</b> Axe 6 du système multiaxial	Remschmidt, Schmidt, Poustka (2006)	Q (PC)	H (réfèrent)	t1+t2
	<b>SDS (1995)</b> Severity of Dependence Scale	Gossop, M. et coll. (1995). Addiction, 90 (5), 607-614	Q (PC)	A (jeune)	t1
	<b>MAYSI-2</b> Massachusetts Youth Screening Instrument	Grisso Th., Barnum R. (édition révisée 2006)	Q (PC)	A (jeune)	t1+t2
	<b>JTCI-R</b> Junior Temperament Character Inventory	Goth, K. & Schmeck, K. 2009	Q (PC)	A (jeune)	t1+t2
	<b>YPI</b> Youth Psychopathic Traits Inventory	Andershed et coll., 2002	Q (PC)	A (jeune)	t1+t2
<b>Questions criminologiques</b>	Boers, K. & Reinecke, J. 2006	Q (PC)	A (jeune)	t1	
<b>Outil de fixation et de réalisation des objectifs</b>		EO** (PC)	A et H (jeune avec réfèrent)	t1+t2	

\*Q = Questionnaire  
\*\*EO = échelle de réalisation des objectifs

D i a g n o s t i c a p p r o f o n d i	Nom	Auteurs	Type	Hétéro (H)/auto-évaluation (A)
	<b>BARO.ch</b> Basis Raads Onderzoek	Doreleijers, Th.A.H. (1999). Version allemande Gutschner D. (2004).	Entretien	A et H (jeune/référent avec MAZ.)
	<b>K-SADS</b> Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia	Delmo, C. et coll. (2005) 5 <sup>e</sup> édition de la version de recherche allemande, étendu au diagnostic CIM-10, juillet 2000/juillet 2001	Entretien	A et H (jeune/référent avec MAZ.)
	<b>Europ-ASI (2003)</b> European Addiction Severity Index est intégré par nos soins au Kiddie-SADS	McLellan T. (5 <sup>e</sup> Ed., 1992); Dt. Version: Gsellhofer B., Küfner H., Vogt M., Weiler D.	Entretien	A (jeune avec MAZ.)
	<b>SCID-II</b> Entretien clinique structuré pour DSM-IV	Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). Göttingen: Hogrefe	Entretien	A et H (jeune/référent avec MAZ.)
	<b>ITE</b> Inventaire de traumatismes d'Essen	Tagay S., Stoelk B., Möllering A., Erim Y., Senf W. (2004).	Questionnaire (PC)	A (jeune avec MAZ.)
	<b>CFT-20-R</b> Echelle d'intelligence de base 2	Weiss, R.H. (2006), Göttingen: Hogrefe	Test de groupe paper&pencil	A (jeune avec MAZ.)

## 4 Description de l'échantillon

La représentation des résultats privilégie une description de l'échantillon total et des échantillons spécifiques aux trois régions linguistiques (Suisse alémanique, Suisse romande, Tessin) et ne différencie pas MAZ.1 et MAZ.2.

### Caractéristiques de l'échantillon

Les données centrales relatives aux jeunes des trois régions linguistiques (Suisse alémanique, Suisse romande, Tessin), ainsi que de l'échantillon total sont représentées dans le tableau «*aperçu des participants en fonction des régions linguistiques*». En tout, 592 participants issus de 64 établissements des trois régions linguistiques ont été inclus dans l'étude. Avec 190 filles et 402 garçons, le critère de recrutement d'un tiers de filles a pu être atteint de justesse. Le sexe féminin est sous-représenté au sein de l'échantillon total (32 %), mais ceci correspond à la plupart des études épidémiologiques menées au sein de populations de foyers et à la réalité de l'occupation des établissements.

L'âge moyen des adolescents de l'échantillon total est de 16,1 ans (SD=3,07). L'intervalle d'âges est de 6 à 26 ans

Tableau: Aperçu des participants en fonction des régions linguistiques

		Suisse alémanique		Suisse romande		Tessin		Total	
		Fréquence							
		n	%	n	%	n	%	N	%
<b>Etablissements</b>		38	56,3 %	20	31,3 %	6	9,4 %	64	100 %
<b>Participants</b>		429	72,5 %	102	17,2 %	61	10,3 %	592	100 %
<b>Sexe</b>	<b>féminin</b>	123	28,7 %	39	38,2 %	28	45,9 %	190,00	32,1 %
	<b>masculin</b>	306	71,3 %	63	61,8 %	33	54,1 %	402	67,9 %
		Moyenne / écart-type (SD)							
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<b>Âge</b> Intervalle 6-26 ans		16,7	2,80	14,6	2,93	14,0	3,30	16,1	3,07

La comparaison des trois régions linguistiques fait ressortir une moyenne d'âge nettement plus basse au Tessin (14,0 ans) que dans l'échantillon total (16,1 ans). En revanche, l'âge moyen le plus élevé (16,7 ans) a été observé dans l'échantillon de Suisse alémanique du fait de l'inclusion d'institutions d'exécution de mesures pour jeunes adultes. L'âge moyen en Suisse romande est de 14,6 ans. Les différences de répartition des sexes se retrouvent aussi dans les établissements tessinois, dans lesquels les adolescentes sont les plus représentées (46%) par rapport aux autres régions linguistiques. En Suisse romande, les adolescentes représentent 38 %. En Suisse alémanique, la proportion d'adolescentes a été la plus faible (2 %).

En Suisse romande et au Tessin, les adolescents ne se distinguent pas des adolescentes du point de vue de leur âge. En Suisse alémanique, les adolescents sont en moyenne plus âgés que les adolescentes. Deux différences se retrouvent dans l'illustration «Répartition de l'âge au sein de l'échantillon total en fonction du sexe». D'une part, l'échantillon total comprend un plus grand nombre de filles d'âge moyen. D'autre part, le groupe d'âge de 19 ans et plus est en majorité composé de jeunes adultes de sexe masculin. Ceux-ci font partie de l'échantillon suisse alémanique et ont été largement recrutés dans les centres d'exécution de mesures. Il n'existe pas d'offre comparable en matière d'exécution de mesures pour de jeunes femmes de cet âge. Représentant tout juste 2%, les femmes âgées de plus de 20 ans sont placées au Tessin et vivent dans un établissement pour jeunes mères.

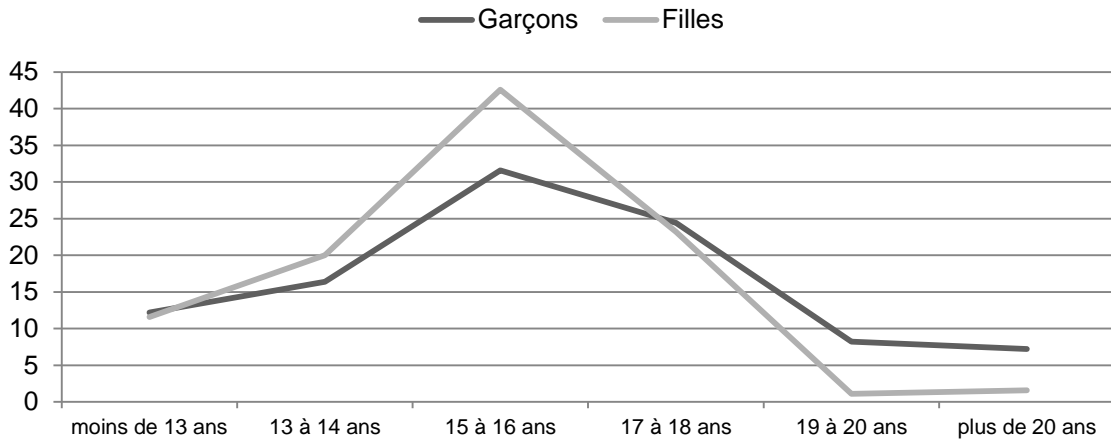


Illustration: Répartition de l'âge au sein de l'échantillon total en fonction du sexe (N=592)

#### 4.1 Pays natal

Près de quatre cinquièmes (78 %) des jeunes de l'échantillon total sont nés en Suisse. On peut présumer que ceux qui sont nés hors de Suisse font partie d'une première génération vivant en Suisse: probablement immigrés en Suisse à partir de leur pays d'origine et ayant des parents nés à l'étranger.

Les pays d'origine suivants ont été indiqués pour les 130 jeunes nés hors de Suisse: Portugal (14 jeunes), Brésil (12 jeunes), Serbie et Monténégro (8 jeunes), Allemagne et Turquie (6 jeunes chacun) ainsi qu'Albanie, Bosnie et Herzégovine, République Dominicaine, Italie, Colombie et Congo (5 jeunes chacun). Les autres pays d'origine ne sont pas tous cités ici, car ils concernent un faible nombre de jeunes. Aucune différence significative relative aux sexes n'a été trouvée. La catégorie *né en Suisse* comprend 76 % de filles et 79 % de garçons.

La comparaison des trois régions linguistiques ne conduit pas non plus à une différence significative: l'enquête montre que 73 %, 80 % et 79 % des jeunes placés respectivement en Suisse romande, au Tessin et en Suisse alémanique sont nés en Suisse.



## 4.2 Bases légales des mesures de placement

Ce sont généralement des bases légales provenant du droit civil ou du droit pénal qui engendrent les placements en établissement. Il est également possible que ce placement soit volontaire avec l'aide des autorités. Pour commencer ce chapitre, nous souhaitons énumérer les articles des textes de loi dont retournent les différentes catégories.

Les bases légales de droit civil ou tutélaire d'un placement en établissement sont les articles du Code civil (CC) sur la protection de l'enfant Mesures protectrices (art. 307), la Curatelle éducative (art. 308), le Retrait du droit de garde (art. 310) ainsi que le placement d'un mineur selon Privation de liberté à des fins d'assistance (art. 314a), Privation de liberté à des fins d'assistance en cas de curatelle (art. 405a) et Mise sous tutelle (art. 406).

Le droit pénal des mineurs en Suisse est un droit spécial orienté sur la prévention spécifique et ne peut être appliqué que sur un groupe d'auteurs dont l'âge est limité. La prévention spécifique implique des besoins particuliers en termes de pédagogie et/ou de traitement. L'âge défini par le nouveau droit pénal des mineurs est de 10 à 18 ans. A partir de 18 ans, le jugement des jeunes se fonde sur le droit pénal des adultes, dans la mesure où le délit a été commis à 18 ans révolus (Aebersold, 2007, p. 48-49).

Les placements sur une base pénale selon le droit pénal des mineurs (DPMIn) sont le placement (art. 15), la privation de liberté (art. 25 al. 1) ainsi que la privation de liberté qualifiée (art. 25 al. 2). Les personnes ayant commis un crime ou un délit entre 18 et 25 ans seront jugées selon le droit pénal des adultes (DP) au titre du Traitement des addictions (art. 60) ainsi que Mesures applicables aux jeunes adultes (art. 61).

Dans la fiche de renseignements de l'étude MAZ., les éducateurs référents ont indiqué sur quelle base légale les jeunes ont été placés. Les résultats montrent que la moitié des placements des jeunes résulte d'une mesure civile et un quart d'une mesure pénale. Comme l'illustration «Base légale du placement en fonction des régions linguistiques» l'indique, les 21 % restant constituent la catégorie «Autre». Dans cette catégorie, le «placement volontaire» avec aide des autorités a été cité en majorité. Cela signifie que les parents ont volontairement donné leur accord pour le placement de leur enfant dans une institution.

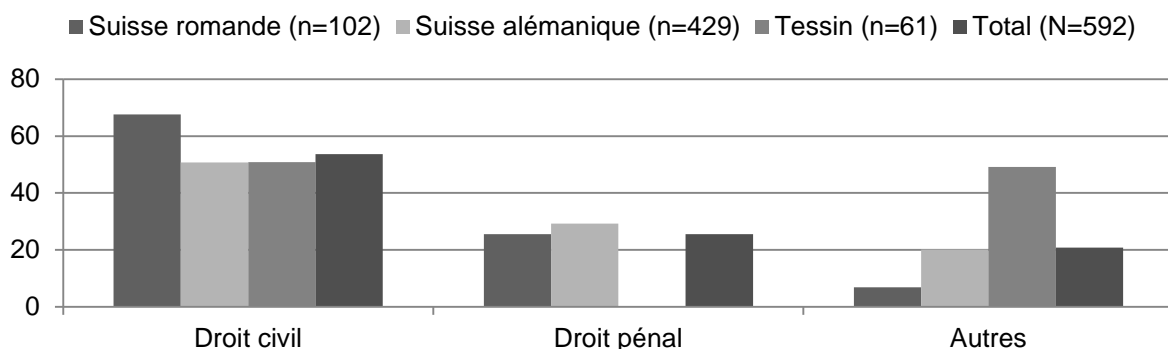


Illustration: Base légale du placement en fonction des régions linguistiques

La comparaison en fonction des régions linguistiques de l'illustration «Base légale du placement en fonction des régions linguistiques» montre qu'au Tessin, aucun placement pénal n'a eu lieu. Sur les 61 jeunes au total au Tessin, la moitié a été placée pour des raisons de droit civil. L'autre moitié se situe dans la catégorie «Autre», dont 41 % ont été placés volontairement selon les informations fournies par les éducateurs référents. Contrairement au Tessin, en Suisse romande, cette catégorie «Autre» représente seulement 8 % de l'échantillon. Mais la plupart des jeunes en Suisse romande ont été placés sur des bases civiles (70 %).

Comme l'indique l'illustration «Catégorie d'âge en fonction de la base légale», les jeunes placés sur un plan civil ont une moyenne d'âge de 14,7 ans et sont trois ans plus jeunes que ceux qui sont placés en vertu du droit pénal. Ceux-ci ont en moyenne 17,9 ans.

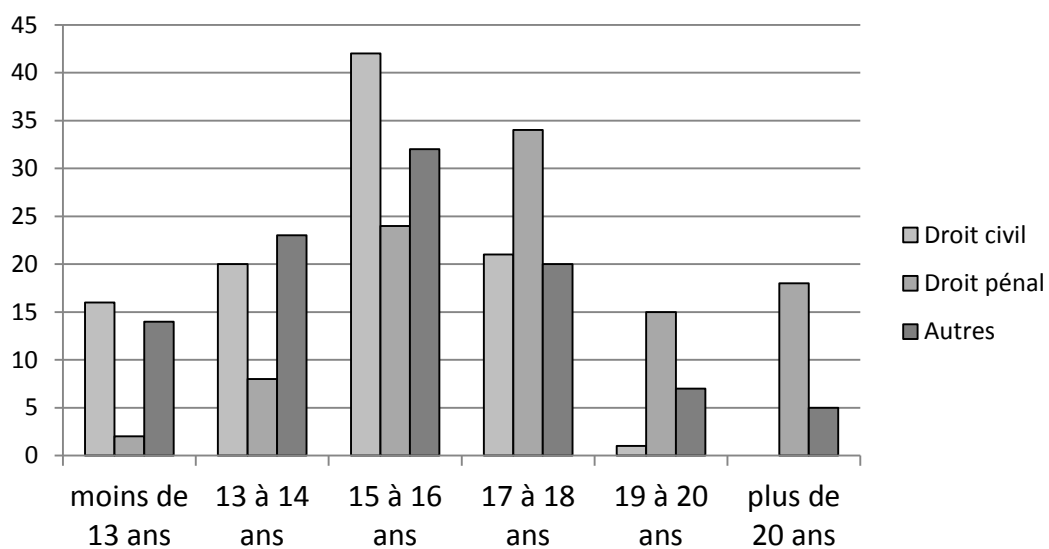


Illustration: Catégorie d'âge en fonction de la base légale en fréquences absolues (N=592)

Comme on pouvait s’y attendre, beaucoup plus de jeunes hommes (34 %) que de jeunes femmes (8 %) se trouvent dans l’échantillon total parmi les jeunes placés pour des raisons pénales. La différence de sexe parmi les jeunes placés sur des bases civiles n’est elle pas significative. L’illustration «Répartition des sexes et des régions linguistiques en fonction des bases légales» montre également que pour les 7,5 % de jeunes femmes placées sur un plan pénal, le pourcentage est plus élevé en Suisse romande qu’en Suisse alémanique.

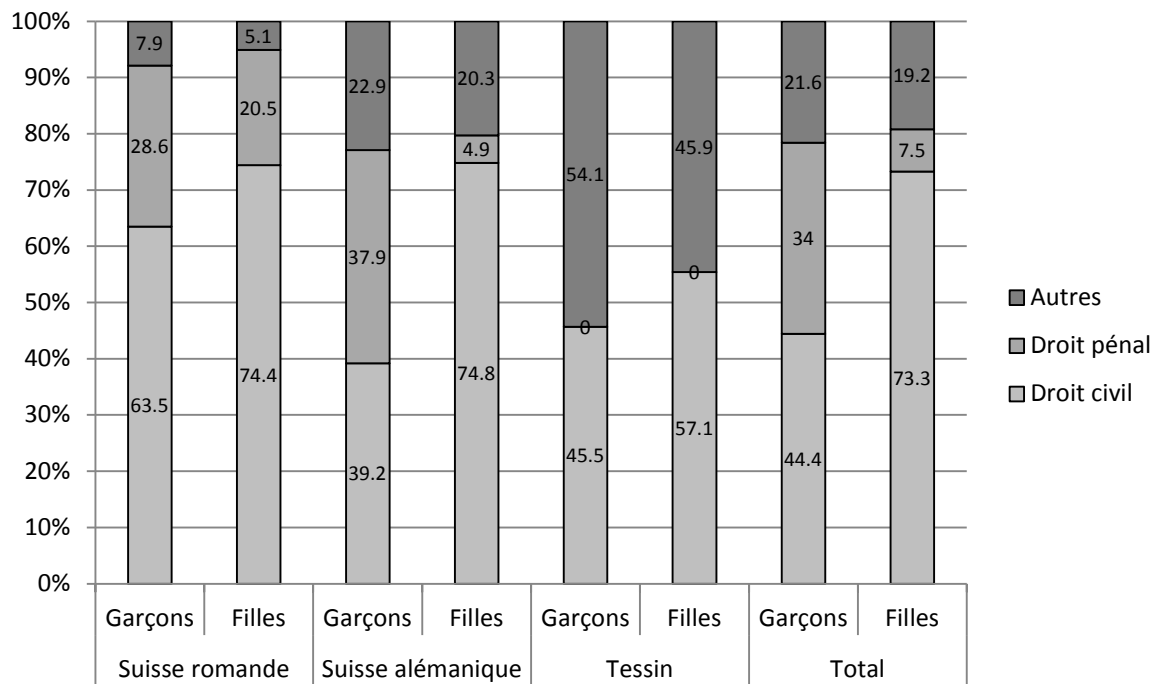


Illustration: Répartition des sexes et des régions linguistiques en fonction des bases légales

La comparaison de la variable *né en Suisse* en fonction de la base légale du placement (illustration «Pays de naissance en fonction de la base légale du placement») montre qu’une grande partie (55 %) des 462 jeunes nés en Suisse ont été placés sur une base civile. Les deux autres catégories (*base pénale* et *autre*) sont représentées à même hauteur (env. 23 %). Parmi les 130 jeunes qui ne sont pas nés en Suisse, on peut noter qu’un pourcentage plus élevé de garçons (34 %) que dans la catégorie *né en Suisse* a été placé sur une base pénale. Les placements sur base civile ou volontaire sont par contre plus rares parmi les jeunes qui ne sont pas nés en Suisse. Comme le montre l’illustration, il n’y a pas de différence de gravité de délit en rapport avec le fait d’être issu de l’immigration. Les jeunes ayant commis de graves délits sont en moyenne deux ans plus âgés que leurs pairs.

Les résultats démontrent que les aides apportées aux jeunes issus de l’immigration ont tendance à arriver trop tard et ne sont pas introduites de manière préventive. Ainsi, les jeunes issus de l’immigration sont plutôt placés sur une base pénale en cas de délit, même si les délits commis ne sont pas plus graves.

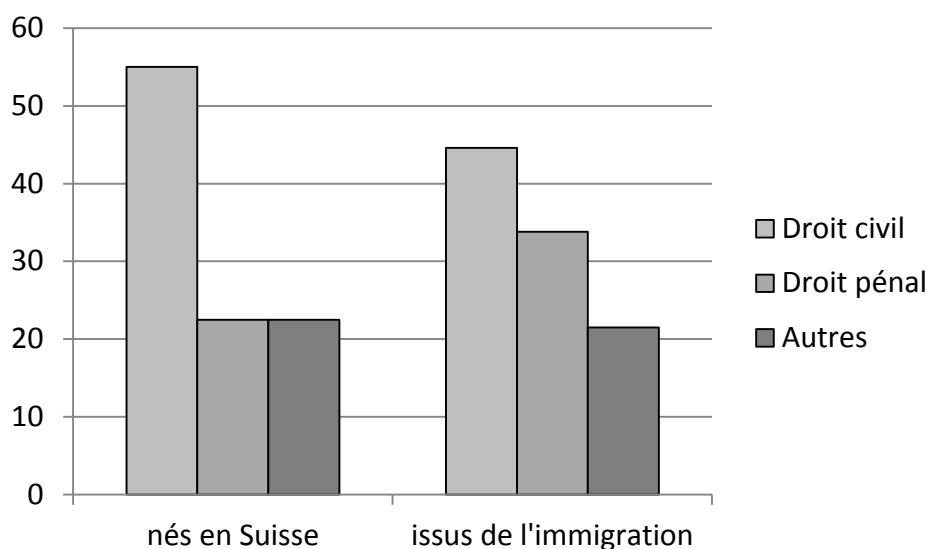


Illustration: Pays de naissance en fonction de la base légale du placement (N=592).  
Données en pourcentage.

## 4.3 Antécédents

### 4.3.1 Placements antérieurs

Les circonstances de l'admission sont d'une grande importance pour la planification et le développement d'aides adaptées. Les antécédents en lien avec la protection à l'enfance et les placements doivent surtout être indiqués. C'est pourquoi les mesures de placements précédant celle actuelle ont été explicitement demandées dans le cadre de l'étude MAZ. Les résultats sont représentés dans le tableau «Dernière résidence avant la mesure actuelle». Plus de 40 % des jeunes ne vivaient pas au sein de leur famille avant la mesure actuelle. Pour un bon cinquième des jeunes, il est connu qu'ils avaient été placés auparavant. Tous les autres ont auparavant été hospitalisés en milieu pédopsychiatrique (6 %), placés dans une famille d'accueil (5 %), dans de la famille proche/chez des amis (4 %) ou en détention préventive (1 %).

Tableau: Dernière résidence avant la mesure actuelle

	Suisse alémanique (n=429)	Suisse romande (n=102)	Tessin (n=61)	Total (N=592)
Parents	55,2 %	61,4 %	62,3 %	56,8 %
Foyer / résidence assistée	21,3 %	26,0 %	18,0 %	21,8 %
Milieu pédopsychiatrique	7,3 %	1,1 %	0,0 %	5,5 %
Famille d'accueil	4,7 %	5,2 %	4,9 %	4,8 %
Famille proche / amis	2,9 %	5,2 %	9,8 %	4,0 %
Propre appartement	1,7 %	0,0 %	4,9 %	1,7 %
Détention préventive	1,7 %	0,0 %	0,0 %	1,2 %
Pédopsychiatrie	1,2 %	0,0 %	0,0 %	0,9 %
Autre	3,6 %	1,0 %	0,0 %	3,0 %

Sont indiquées les fréquences relatives en pourcentages

Si auparavant un placement hors du foyer familial a eu lieu, cela est relevé séparément. Le tableau «*Placements antérieurs hors du foyer familial en fonction des régions linguistiques*» indique que 41 % des jeunes ont déjà vécu dans une institution au moins une fois avant le placement actuel. 22 % ont même déjà été placés deux fois ou plus hors du milieu familial. Par rapport à la Suisse alémanique et à la Suisse romande, il y a eu au Tessin moins de placements antérieurs hors du foyer familial. Cela peut être associé à l'âge moyen moins élevé des participants du Tessin et dû aussi au fait qu'il n'y ait que des placements des enfants et des adolescents volontaires ou sur une base civile. Si l'on prend les 308 jeunes de l'échantillon total qui ont 16 ans ou plus, la moitié a été placée hors du foyer familial au moins une fois, pour les 17 ans et plus cette proportion s'élève à 57 %, et pour les 18 ans et plus à 61 %.

Tableau: Placements antérieurs hors du foyer familial en fonction des régions linguistiques

	Suisse alémanique (n=429)	Suisse romande (n=102)	Tessin (n=61)	Total (N=592)	≥16 ans (n=308)
Placement antérieur hors du foyer familial	44,8 %	37,1 %	24,6 %	41,4 %	49,7 %
1 placement	20,0 %	19,6 %	13,1 %	19,2 %	19,5 %
2 placements	11,7 %	5,2 %	11,5 %	10,6 %	13,3 %
3 placements	5,6 %	7,2 %	-	5,3 %	7,5 %
4 placements	2,6 %	2,1 %	-	2,2 %	2,9 %
5 placements	4,9 %	3,1 %	-	4,1 %	6,5 %

Malheureusement, il n'est pas possible, d'après ces données, de savoir dans combien de cas il s'agit de changements prévus dans les paramètres des mesures de placement et quelle est la part d'échec dans les rapports d'assistance. Par contre, ce que l'on connaît de la littérature se confirme: de nombreuses biographies d'enfants placés se caractérisent par des ruptures relationnelles et des changements (de résidence).

#### 4.3.2 Situation familiale et droit de garde

Une grande partie des jeunes (60 %) est issue de familles dans lesquelles les parents biologiques sont séparés ou divorcés, comme l'ont indiqué les éducateurs référents dans la fiche de renseignements. Comme le montre le tableau «*Situation familiale et droit de garde en fonction des régions linguistiques*», le droit de garde jusqu'à la majorité est ou était pour presque la moitié des jeunes détenu par la mère, pour 21 % par les parents vivants ensemble, 15 % par le tuteur, 9 % en garde partagée et pour 6 % par le père. Pour 9 % des jeunes, un des parents est décédé et dans 1 % des cas, les deux parents sont morts.

Tableau: Situation familiale et droit de garde en fonction des régions linguistiques

	Suisse alémanique (n=429)	Romandie (n=102)	Tessin (n=61)	Total (N=592)
Parents séparés / divorcés	60,7 %	61,9 %	48,3 %	59,6 %
Droit de garde détenu par les parents vivant ensemble	23,2 %	13,5 %	11,5 %	20,4 %
Garde partagée	8,1 %	11,5 %	13,1 %	9,2 %
Droit de garde détenu par le père de l'enfant	5,9 %	7,3 %	6,6 %	6,2 %
Droit de garde détenu par la mère de l'enfant	49,3 %	34,4 %	50,8 %	47,0 %
Droit de garde détenu par le tuteur	10,9 %	33,3 %	11,5 %	14,7 %
Un des parents décédé	7 %	16 %	12 %	9 %
Deux parents décédés	1 %	3 %	0 %	1 %

La comparaison des régions linguistiques dans le tableau «*Situation familiale et droit de garde en fonction des régions linguistiques*» montre que le plus petit nombre de parents séparés ou divorcés se trouve au Tessin avec 48 %. En Suisse romande et en Suisse alémanique, ce chiffre s'élève respectivement à 62 % et à 61 %. Lorsque l'on s'intéresse au droit de garde détenu par le tuteur, on remarque que la prévalence la plus élevée se situe en Suisse romande avec 33 %, beaucoup plus que pour l'échantillon total (15 %). Il est possible qu'il y ait un lien avec la prévalence des cas *Un des parents décédé*, également élevée. De plus, le nombre d'enfants et de jeunes placés hors du foyer familial en France est un des plus élevés sur le plan international (Thoburn, 2007), ce qui laisse penser que les autorités prennent des mesures plus rapidement. Les résultats confirment également l'étude de Voll (2006) montrant également une proportion plus élevée de mesures tutélaires.

#### 4.3.3 Vulnérabilités psychosociales de la famille d'origine

Les conditions de vie des parents sont déterminantes pour la santé des jeunes. Les facteurs familiaux primaires tels que les problèmes psychiques, les conditions socio-économiques ou la toxicomanie d'un des parents peuvent constituer des risques particuliers pour le développement des enfants et engendrer des troubles psychiques.

Toutes les données biographiques des jeunes ont été recensées par un éducateur référent sous la forme d'une fiche de renseignements et sont représentées dans le tableau «*Vulnérabilités psychosociales de la famille d'origine en fonction des régions linguistiques*». Les prévalences sont les plus élevées dans les cas de *problèmes psychiatriques* de la mère (30 %) et de *problématique de dépendances* des deux parents (28 %). Les éducateurs référents savent pour 16 % des jeunes que l'un des deux parents est atteint de problèmes somatiques. Selon les facteurs de vulnérabilité qui ont trait au contexte socio-économique, environ 10 % des parents perçoivent une *aide sociale*, par exemple sous la forme d'une rente pour invalidité ou d'AVS. 11 % des mères et 5 % des pères sont *dépendants de l'aide sociale*. La *délinquance* est connue pour 14 % des pères et l'*emprisonnement* pour 11 % des pères.

Tableau: Vulnérabilités psychosociales de la famille d'origine en fonction des régions linguistiques

Facteurs de vulnérabilité	Fréquence en pourcentage			
	Suisse alémanique (n=429)	Suisse romande (n=102)	Tessin (n=61)	Total (N=592)
Problèmes psychiatriques des parents	Mère: 18 % Père: 8 %	Mère: 22 % Père: 10 %	Mère: 31 % Père: 23 %	Mère: 30 % Père: 14 %
Dépendance des parents	Mère: 15 % Père: 17 %	Mère: 25 % Père: 27 %	Mère: 38 % Père: 23 %	Mère: 28 % Père: 28 %
Problèmes somatiques d'un des parents	16 %	20 %	12 %	16 %
Besoin d'aide sociale (AI, AVS, autre rente)	Mère: 9 % Père: 8 %	Mère: 17 % Père: 7 %	Mère: 18 % Père: 12 %	Mère: 11 % Père: 9 %
Dépendant de l'aide sociale	Mère: 7 % Père: 3 %	Mère: 23 % Père: 12 %	Mère: 18 % Père: 13 %	Mère: 11 % Père: 5 %
Délinquance des parents	Mère: 3 % Père: 8 %	Mère: 4 % Père: 17 %	Mère: 7 % Père: 8 %	Mère: 4 % Père: 14 %
Emprisonnement des parents	Mère: 2 % Père: 5 %	Mère: 6 % Père: 18 %	Mère: 7 % Père: 7 %	Mère: 4 % Père: 11 %

Les données portant sur les facteurs de vulnérabilité sont moins élevées que ce à quoi on s'attendait. On peut penser que les référents ont eu moins d'informations à disposition surtout concernant ces facteurs, ce qui explique des chiffres relativement importants de «missings» ou «non connu» (52-73 %) dans les catégories Délinquance, Dépendance et Santé psychique.

Malgré le nombre relativement élevé d'informations manquantes, la compilation des facteurs de vulnérabilités familiales laisse entendre que les jeunes qui bénéficient de mesures de placement dans des institutions constituent une population à hauts risques. Ils sont confrontés durant tout leur développement à un cumul de facteurs de risque psychosociaux. Un facteur de risque unique peut généralement être compensé. Mais lorsque deux facteurs de risque surviennent, la probabilité d'un mauvais développement se démultiplie. L'étude BELLA porte sur des enfants et des jeunes de toute l'Allemagne et sur leur bien-être psychique et leur comportement (Ravens-Sieberer et coll., 2007). Un résultat central confirme l'effet cumulatif des facteurs de risques. Si l'on additionne pour les enfants le nombre de risques existants, on ne peut que constater que le nombre élevé de risques est en corrélation étroite avec les problèmes psychiques.

Sur l'illustration «Présence de facteurs de risques cumulés (dépendance, délinquance, maladie somatique, problèmes psychiatriques, séparation/divorce, décès et statut socio-économique des parents)», 51 % des jeunes de l'échantillon total présentent au moins deux des facteurs de risques énoncés.

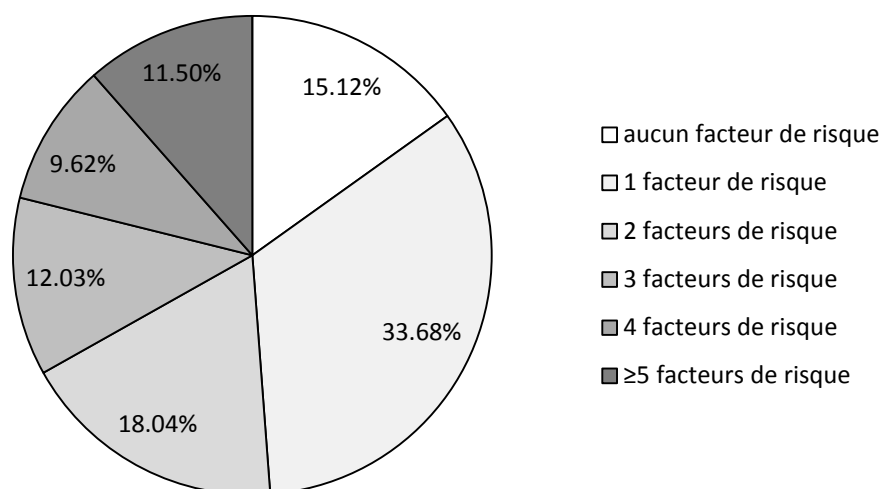


Illustration: Présence de facteurs de risques cumulés (dépendance, délinquance, maladie somatique, problèmes psychiatriques, séparation/divorce, décès et statut socio-économique des parents (N=582). Sont indiquées des fréquences relatives en pourcentage.

La littérature nous enseigne également que plus les vulnérabilités psychosociales sont importantes, plus la probabilité d'une interruption ou d'un déroulement difficile des mesures de placement est forte (Baur et coll., 1998).

#### 4.3.4 Événements traumatiques

Dans un questionnaire d'auto-évaluation, l'inventaire de traumatismes d'Essen (ITE), on a demandé aux jeunes quels sont les événements traumatiques qu'ils ont vécus, personnellement ou en tant que témoin, ou les deux. En tout, 331 jeunes (80 %, n=414 ITE remplis) ont rapporté avoir vécu au moins un des 15 événements traumatiques listés dans l'ITE. Aucune différence relative aux sexes n'a été trouvée (avec 82 % pour filles et 79 % pour les garçons).

Le tableau «*Événements traumatiques de l'ITE pour l'échantillon global en fonction du sexe*» donne un aperçu de la fréquence d'apparition de ces événements. L'événement *Mort d'une personne de confiance importante* est le plus fréquent avec 43 % des jeunes (46 % des filles, 41 % des garçons). En deuxième position vient l'*Agression violente par une personne inconnue* (32 %). Aucune différence significative relative aux sexes n'a été trouvée ici. 30 % indiquent une *Agression violente par un membre de la famille ou une connaissance*, avec une différence notable entre les sexes: 40 % pour les filles et 26 % pour les garçons. 27 % des jeunes au total décrivent un *Autre événement grave*, comme l'ont été cités le plus souvent la «séparation des parents» ou le «mobbing». De plus, presque un cinquième des jeunes (24 %) rapporte un *Abandon, négligence*. Beaucoup plus de filles cochent cet événement (31 %) que de garçons (21 %). Si l'on réunit les quatre questions sur l'abus sexuel, 21 % des jeunes se sentent concernés. Ici, il est plus souvent rapporté qu'il s'agit d'un abus sexuel commis par un étranger que par une personne connue. Beaucoup plus de filles (24 % resp. 17 %) que de garçons (5 % resp. 3 %) cochent les deux questions *Abus sexuel étant enfant/adolescent(e) par une personne inconnue* resp. *par un membre de la famille ou une connaissance*. Étonnamment, 18 % de



l'échantillon coche l'événement *Détention*. Malheureusement, comme pour tous les événements relatés dans l'ITE, il n'est pas possible de savoir si l'événement indiqué a été vécu personnellement, en tant que témoin ou les deux. Ainsi un bon nombre des 18 % a été personnellement en détention (par ex. en détention préventive) ou a été témoin de ce qu'un membre de leur famille ou une connaissance aille en prison. Une *Catastrophe naturelle* a été mentionnée à 17 %. Seulement 10 jeunes (3 %) ont coché *Intervention militaire lors d'une guerre ou résidence dans un territoire en guerre* et 9 (2 %) *Torture*. Pour ces deux événements, il s'agit davantage de garçons, et ceci de manière significative.

Tableau: Evénements traumatiques de l'ITE pour l'échantillon global (N=592) en fonction des sexes

ITE (N=414)	N Total	%	% garçons (n=225)	% filles (n=106)	$\chi^2$ (df)	p
Au moins un événement traumatisant	331	80 %	78,9 %	82,2 %		
Catastrophe naturelle	71	17,0 %	18,8 %	13,1 %	2,044 (1)	0,153
Accident grave, incendie ou explosion	118	28,1 %	30,7 %	22,3 %	3,122 (1)	0,077
Maladie grave	120	28,6 %	26,9 %	32,3 %	1,288 (1)	0,256
Agression violente (personne inconnue)	132	31,5 %	34,1 %	25,6 %	3,029 (1)	0,082
Agression violente (membre de la famille ou connaissance)	127	30,2 %	25,9 %	40,0 %	8,505 (1)	0,004*
Mort d'une personne de confiance importante	180	42,9 %	41,4 %	46,2 %	0,836 (1)	0,361
Détention	75	17,9 %	21,4 %	10,0 %	7,924 (1)	0,005**
Abus sexuel étant enfant/adolescent(e) (personne inconnue)	44	2,2 %	4,5 %	23,8 %	35,714 (1)	0,000** *
Abus sexuel étant enfant/adolescent(e) (membre de la famille ou connaissance)	30	1,4 %	2,8 %	16,9 %	27,027 (1)	0,000** *
Intervention militaire lors d'une guerre ou résidence dans un territoire en guerre	10	2,8 %	3,6 %	0,9 %	1,982 (1)	0,159
Torture	9	2,1 %	2,8 %	0,8 %	1,705 (1)	0,192
Abandon, négligence	99	23,6 %	20,8 %	30,0 %	4,241 (1)	0,039*
Violence sexuelle étant adulte (personne inconnue)	8	10,5 %	1,6 %	2,8 %	1,548 (1)	0,213
Violence sexuelle étant adulte (membre de la famille ou connaissance)	5	7,2 %	1,6 %	1,6 %	0,240 (1)	0,624

ITE (N=414)	N Total	%	% garçons (n=225)	% filles (n=106)	$\chi^2$ (df)	p
Autre événement grave	115	27,4 %	25,9 %	30,8 %	1,87 (1)	0,297

Si l'on compare les prévalences des événements traumatiques des trois régions linguistiques dans le tableau «*Prévalence des événements traumatiques de l'ITE en fonction des régions linguistiques*», on remarque que pour tous les événements, sauf pour *Catastrophe/Accident* et *Torture*, les jeunes du Tessin ont les valeurs les plus faibles. Par contre, dans l'ensemble, les prévalences de la Suisse romande sont souvent plus élevées que celles de l'échantillon total.

Tableau: Prévalence des événements traumatiques de l'ITE en fonction des régions linguistiques

	Suisse alémanique (n=314)	Suisse romande (n=63)	Tessin (n=39)	Total (n592)
Mort d'une personne de confiance importante	42.1%	54 %	30.8 %	42.9 %
Agression violente (personne inconnue)	35.3%	25.4 %	10.3 %	31.5 %
Agression violente (membre de la famille ou connaissance)	28.6%	42.9 %	23.1 %	30.2 %
Maladie grave	26.4%	42.9 %	23.1 %	28.6 %
Accident grave, incendie ou explosion	27%	44.4 %	40.3 %	28.1 %
Abandon, négligence	23.7%	30.2 %	12.8 %	23.6 %
Détention	17.3%	27 %	7.7 %	17.9 %
Catastrophe naturelle	18.7%	15.9 %	5.1 %	17 %
Abus sexuel (personne inconnue)	15.4%	4.9 %	0 %	12.7 %
Abus sexuel (membre de la famille ou connaissance)	8.9%	9.5 %	2.6 %	8.6 %
Intervention militaire lors d'une guerre ou résidence dans un territoire en guerre	3.2%	0 %	0 %	2.8 %
Torture	2.2%	1.6 %	2.6 %	2.1 %
Autre événement grave	31.8%	14.3 %	12.8 %	27.4 %

De nombreux jeunes ont vécu plusieurs événements traumatiques. Le tableau «*Prévalence des événements traumatiques de l'ITE en fonction des sexes*» montre le nombre d'événements traumatiques vécus par l'échantillon total. Au total, environ 16 % des jeunes ont rapporté avoir vécu 2 ou 3 des 15 événements invoqués dans l'ITE. Un cinquième des jeunes a même rapporté 5 ou plus de ces événements. Il est également clair que plus de jeunes de sexe féminin (25 %) ont rapporté avoir vécu cinq et plus événements traumatiques que de jeunes du sexe masculin (18 %).

Tableau: Prévalence des événements traumatiques de l'ITE en fonction du sexe (N=592)

	Nombre d'événements traumatiques en pourcentage					
	0	1	2	3	4	>5
Garçons	21,0 %	15,9 %	16,9 %	16,6 %	11,7 %	17,9 %
Filles	17,7 %	17,7 %	12,3 %	16,2 %	10,8 %	25,4 %
Total	20,0 %	16,4 %	15,5 %	16,4 %	11,4 %	20,2 %

Lors du diagnostic approfondi de l'étude MAZ., l'entretien clinique K-SADS a fait apparaître des événements traumatiques aussi bien en auto- qu'en hétéroévaluation. Les prévalences de six de ces événements traumatiques sont exposées dans ce chapitre: abus sexuel, violence domestique (témoin), maltraitance corporelle (soi-même, à la maison), victime de violence (en dehors de la famille), catastrophe/accident et autre événement traumatique (texte libre). En comparaison aux résultats de l'ITE, on constate pour le K-SADS une différence significative entre les sexes. 71 % de filles et 47% de garçons ont vécu au moins un de ces six événements traumatiques. Dans l'autoévaluation de l'ITE, lors de laquelle sont pris en considération 15 événements traumatiques, 82 % de filles et 79 % de garçons ont répondu avoir vécu au moins un événement traumatique. La différence frappante de prévalences entre les deux procédés peut avoir différentes raisons. Pour le K-SADS, les compétences cliniques de l'interviewer MAZ. ont permis d'apprécier lors de l'évaluation, si l'événement rapporté par le jeune remplissait ou non les critères d'un événement potentiellement traumatique. Le choix et le nombre des événements traumatiques jouent également un rôle car plus le nombre d'événements est important, plus la probabilité est forte qu'un jeune en ait fait l'expérience. Le fait que beaucoup moins de garçons indiquent avoir vécu un événement traumatique dans l'étude clinique K-SADS peut s'expliquer par le fait qu'il est plus gênant pour un jeune homme de rapporter par exemple le fait d'avoir subi un abus sexuel ou corporel.

Dans l'illustration «*Evénements traumatiques relevés grâce au K-SADS*», on constate qu'avec 40 % des filles et 25 % des garçons, la plupart des jeunes ont été témoins de violence domestique. Arrivent ensuite les maltraitements physiques et les abus sexuels. Pour ces trois événements, la part de filles touchées est significativement plus élevée que celle de garçons. Pour les deux derniers événements, aucune différence relative aux sexes n'apparaît. 17 % des garçons et 13 % des filles ont été victimes de violence en société et globalement, la même proportion a vécu une catastrophe ou un accident.

Les résultats portant sur la violence domestique, la maltraitance corporelle (intrafamiliale) et les abus sexuels montrent que les données relevées en hétéroévaluation par des éducateurs référents soient

particulièrement importantes. Ceci peut s'expliquer par le fait que ces derniers portent une attention particulière à la maltraitance intrafamiliale et que cela conduise à des prévalences souvent plus élevées de ces trois expériences traumatiques qu'en autoévaluation. On peut aussi penser que les jeunes ont tendance à avoir un souvenir moins traumatique de ces événements souvent prolongés dans le temps et répétés ou qu'ils ne souhaitent pas / ne peuvent pas présenter les membres de leur famille comme les auteurs potentiels.

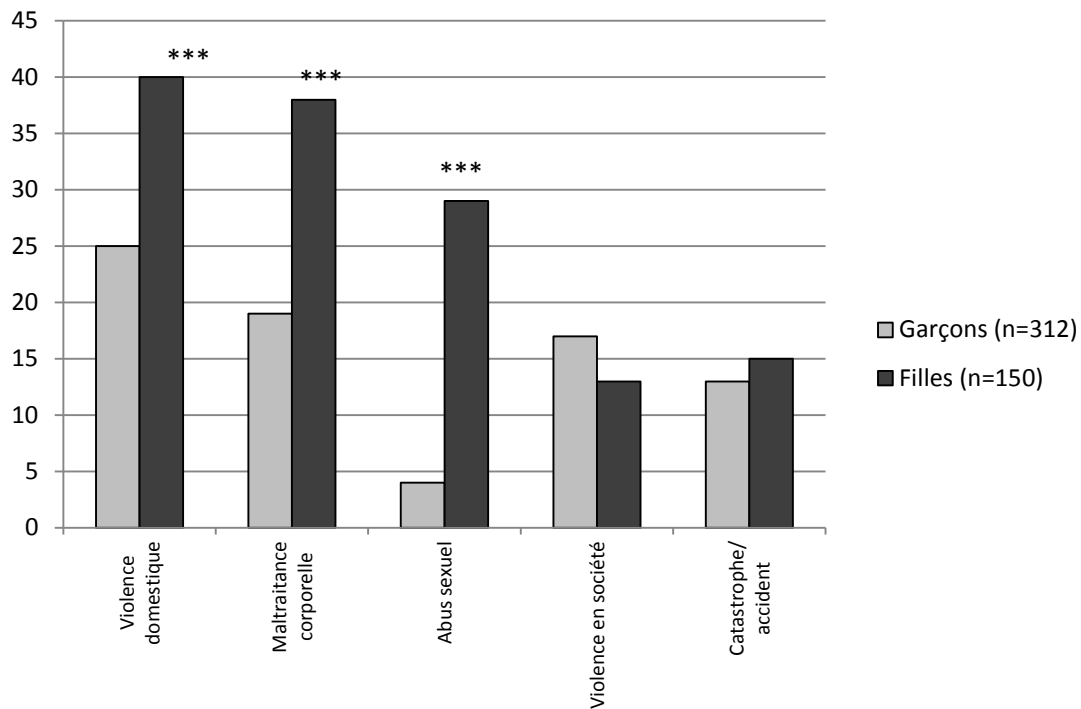


Illustration: Événements traumatiques relevés grâce au K-SADS (N=462)

La comparaison en fonction des régions linguistiques dans le tableau «*Prévalence des questions traumatiques du K-SADS en fonction des régions linguistiques*» montre qu'au Tessin et en Romandie, le nombre de cas d'abus sexuel est notablement moins élevé qu'en Suisse alémanique. Plus de la moitié des jeunes en Romandie (60 %) a subi la violence domestique. Au Tessin, les chiffres sont étonnants. Aucun garçon ne rapporte avoir été victime de violence en dehors de la famille et aucun jeune avoir vécu une catastrophe naturelle ou subi un accident.

Tableau: Prévalence des questions traumatiques du K-SADS en fonction des régions linguistiques

	Suisse alémanique			Suisse romande			Tessin			Total		
	garçons (n=234)	filles (n=98)	total (n=332)	garçons (n=52)	filles (n=31)	total (n=83)	garçons (n=26)	filles (n=21)	total (n=47)	garçons (n=312)	filles (n=150)	total (N=462)
Violence domestique	18,4 %	33,7 %	22,9 %	53,8 %	71,0 %	60,2 %	23,1 %	28,6 %	25,5 %	24,7 %	40,7 %	29,9 %
Maltraitance corporelle	17,1 %	42,9 %	24,7 %	30,8 %	38,7 %	33,7 %	11,5 %	14,3 %	12,8 %	18,9 %	38,0 %	25,1 %
Abus sexuel	3,8 %	37,8 %	13,9 %	7,7 %	12,9 %	9,6 %	0 %	9,5 %	4,3 %	4,2 %	28,7 %	21,1 %
Victime de violence en dehors de la famille	15,0 %	11,2 %	13,9 %	34,6 %	25,8 %	31,3 %	0 %	4,8 %	2,1 %	17,0 %	13,3 %	15,8 %
Catastrophe / accident	10,7 %	14,3 %	11,7 %	26,9 %	25,8 %	26,5 %	0 %	0 %	0 %	12,5 %	14,7 %	13,2 %

#### 4.4 Ecole et formation professionnelle

La réussite scolaire définit durablement la vie d'une personne et élargit ses perspectives professionnelles, personnelles et sociales. Elle est en relation avec un bon nombre de facteurs ayant trait aux quatre domaines suivant: individu, famille, école et statut social.

Comme l'indiquent les référents, presque un quart (24 %) des jeunes sont déjà diplômés scolairement, ce qui n'est pas surprenant lorsque l'on considère que l'âge moyen est de 16 ans.

Le tableau «*Dernier type d'école ou de formation professionnelle fréquenté et nombre de changements d'écoles en fonction des régions linguistiques*» montre qu'avant de bénéficier de la mesure actuelle, environ 40 % des jeunes ont fréquenté l'école obligatoire (1<sup>e</sup> à 9<sup>e</sup> années) dans une classe normale (CN), dans une classe à effectif réduit (CER) ou dans une classe spéciale. 4 % des jeunes ont suivi un apprentissage ou une formation élémentaire, 4 % ont suivi un apprentissage durant la 10<sup>e</sup> année de transition, 3 % sont allés en école secondaire ou au gymnase et 1 % ont fait des études dans une haute école spécialisée ou une université. On sait que seulement 1 % des jeunes ne sont pas allés à l'école.

La comparaison des régions linguistiques dans le tableau «*Dernier type d'école ou de formation professionnelle fréquenté et nombre de changements d'écoles en fonction des régions linguistiques*» relève une différence importante entre l'école obligatoire dans une classe normale et l'école obligatoire dans une classe à effectif réduit ou une classe spéciale. Au Tessin et en Suisse romande, avant les mesures actuelles, les jeunes ont pour presque deux tiers été dans une classe normale d'une école obligatoire, et seulement 12 % au Tessin et 24 % en Suisse romande se trouvaient dans une classe à effectif réduit ou une classe spéciale. Alors qu'en Suisse alémanique, 48 % des jeunes étaient scolarisés dans une classe à effectif réduit ou une classe spéciale.

Une autre différence marquante réside dans le nombre de changements d'écoles. En Suisse romande, 60 % des jeunes ont changé quatre fois ou plus d'école. Au Tessin, ce chiffre s'élève à 44 % et en Suisse alémanique à 22 %.

Tableau: Dernier type d'école ou de formation professionnelle fréquenté et nombre de changements d'écoles en fonction des régions linguistiques

		Suisse alémanique (n=429)	Suisse romande (n=102)	Tessin (n=61)	Total (N=592)
Type d'école	Classe normale (CN) école obligatoire	34 %	63,9 %	63,9 %	42,4 %
	Classe à effectif réduit (CER) / classe spéciale école obligatoire	47,5 %	23,7 %	11,5 %	39,5 %
	10 <sup>e</sup> année de transition	5,1 %	0 %	0 %	3,7 %
	Ecole secondaire / gymnase	2,5 %	4,1 %	0 %	2,5 %
	Apprentissage / formation élémentaire	5,2 %	0 %	4,9 %	4,3 %
	Haute école spécialisée / université	0,2 %	2,1 %	4,9 %	1,1 %
	Aucune école	0,7 %	3,1 %	0 %	1 %
	Autre	4,7 %	3,1 %	14,7 %	5,5 %
Change- ment d'école	Aucun	26,8 %	6,9 %	14,8 %	22 %
	1	23,2 %	21,6 %	34,4 %	24,1 %
	2	15,0 %	6,9 %	4,9 %	12,5 %
	3	12,8 %	4,9 %	1,6 %	10,2 %
	Plus	22,2 %	59,8 %	44,3 %	31,2 %

#### 4.5 Suivis pédopsychiatriques

A travers la fiche de renseignements, les éducateurs référents ont été interrogés sur les traitements pédopsychiatriques et/ ou psychothérapeutiques connus des jeunes dont ils ont la charge.

Actuellement, 58 % de l'échantillon global a bénéficié d'un suivi pédopsychiatrique et/ ou psychothérapeutique, pour les deux tiers de ceux-ci chez un spécialiste externe et pour un tiers, en interne à l'institution. Un grand nombre de jeunes (30 %) a interrompu sa thérapie, pour 6 % aucune n'a été mise en place, tandis que le suivi s'est conclu normalement seulement dans 1 % des cas. Les prévalences qui suivent doivent être comparées avec l'existence d'un diagnostic. Pour cela, on fait appel au diagnostic actuel déterminé grâce aux entretiens cliniques K-SADS et SCID-II. Dans le tableau «Etat du traitement en comparaison avec l'existence d'un diagnostic psychiatrique actuel selon la CIM-10», la valeur la plus marquante concerne les 94 jeunes pour lesquels un diagnostic actuel a été posé mais dont la thérapie a été interrompue.

Tableau: Etat du traitement pédopsychiatrique et psychothérapeutique en comparaison avec l'existence d'un diagnostic psychiatrique actuel selon la CIM-10

	Aucun diagnostic		Diagnostic posé		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
Pas de thérapie	7	8,4 %	16	5,8 %	23	6,3 %
Thérapie conclue normalement	1	1,2 %	4	1,4 %	5	1,4 %
Thérapie interrompue	15	18,1 %	94	33,8 %	109	29,6 %
Traitement oui, interne	21	25,3 %	50	18 %	71	19,7 %
Traitement oui, externe	39	47 %	114	41 %	153	43 %
Total	83	100 %	278	100 %	361	100 %

Lors des 12 mois précédents, 93 % de l'échantillon global a suivi un traitement pédopsychiatrique et/ou psychothérapeutique. Malgré le manque de données, on peut constater que la plupart des jeunes ont été suivis par un pédopsychiatre ou un psychothérapeute externe à l'institution.

13 % (soit 77 jeunes) suivent un traitement psychopharmacologique. 21 jeunes prennent deux médicaments et en tout, 14 jeunes prennent entre 3 et 5 médicaments. Dans l'échantillon MAZ., les médicaments psychotropes les plus représentés parmi les cinq classiques sont les neuroleptiques (7 % des jeunes), les stimulants (6 %) et les antidépresseurs (5 %). Parmi les neuroleptiques, le Risperdal est le plus utilisé, pour les stimulants il s'agit de la Ritaline et du Concerta, et pour les antidépresseurs, différents principes actifs sont utilisés à une fréquence similaire.

Un trouble psychiatrique selon la CIM-10 a été diagnostiqué pour la presque totalité (94 %) du groupe de jeunes suivant actuellement un traitement médicamenteux. Pour presque la moitié, il s'agit d'un trouble externalisé (trouble hyperkinétique ou trouble des conduites). De plus, un quart des jeunes de ce groupe a un trouble mixte (émotionnel/ externalisé), un peu moins d'un cinquième des jeunes a un trouble émotionnel et 5 % a un trouble psychotique ou bipolaire.

## 4.6 Expertises et délits

### Rapports, expertises et experts

Les données portant sur la base juridique du placement montrent que la moitié de l'échantillon total a été placée sur un plan civil et un quart au niveau pénal. Les autres jeunes font partie de la catégorie *Autres* et relèvent pour la plupart d'un «placement volontaire» avec l'aide des autorités.

Selon les informations fournies par les éducateurs référents, une expertise a été réalisée pour au moins 40 % de l'échantillon global, dans la plupart des cas par un pédopsychiatre (43 %), par un psychologue pour enfants et adolescents (20 %), par une institution socio-éducative (13 %) ou par un psychiatre (13 %).

Les données de l'échantillon global indiquent un nombre élevé de «missings» (85 %) concernant le type d'expertise. Les éducateurs référents citent le plus souvent (76 % soit 64 mentions) des rapports



sociopédagogiques ayant mené au placement, suivis de rapports pédopsychiatriques (51 % soit 42 mentions) et d'évaluations réalisées par des psychologues scolaires (35 % soit 29 mentions). Pour 22 % de l'échantillon global (18 mentions), il s'agit d'une expertise civile et pour 17 % d'une expertise pénale (17 %, 14 mentions).

### Délinquance connue

Les éducateurs référents ont indiqué avoir connaissance d'au moins un délit pour 427 jeunes faisant partie de l'échantillon global, soit 75 %. Au Tessin, cela concerne 35 jeunes (57 %) et 72 % en Suisse romande. La prévalence est encore plus élevée (78 %) en Suisse alémanique, où se situent les deux centres d'exécution de mesures pour jeunes adultes où ne sont effectuées que des mesures pénales.

La courbe d'âge auquel le premier délit a été commis augmente fortement vers 14 ans et redescend significativement à 18 ans, comme le montrent également les statistiques des suspects (illustration: «*Age lors du premier délit selon la déclaration de l'éducateur référent dans la fiche de renseignements*»). L'âge auquel le premier délit est commis relève majoritairement de la phase d'entrée dans l'adolescence. Une part importante des participants a toutefois commencé à commettre des délits pénaux dès l'enfance. Il est important de noter qu'il ne s'agit ici que de délits dont le référent a connaissance. On peut supposer que le taux de participants ayant eu un comportement délictueux durant l'enfance est plus élevé. Les jeunes ayant déjà commis de graves délits pendant leur enfance ont souvent un pronostic d'avenir particulièrement mauvais.

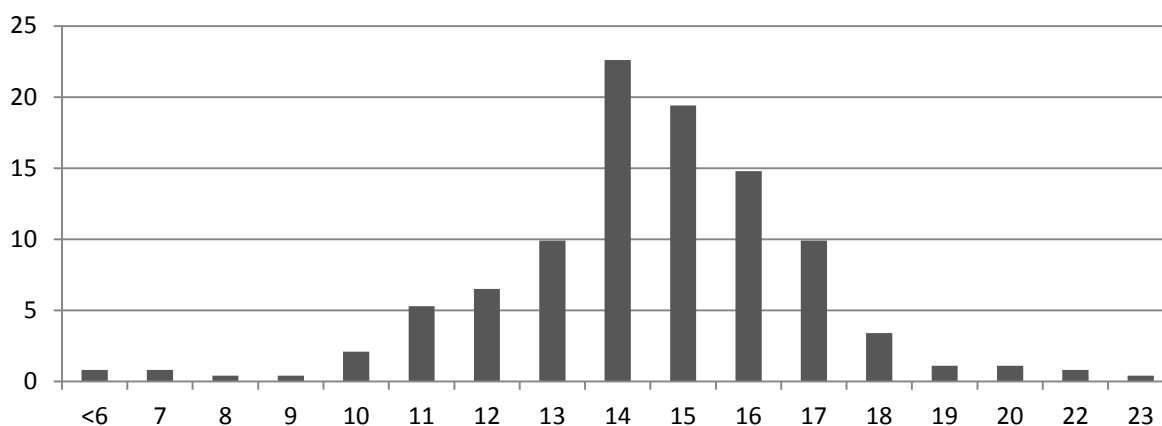


Illustration: Age auquel est commis le premier délit selon la déclaration de l'éducateur référent dans la fiche de renseignements (N=592)

Tableau: Prévalence des différents délits en fonction des sexes (N=592)

Groupe de délits	Acte délictueux	Nombre total de mentions	Sexe	
			masculin	féminin
Biens	Vol	179	141	38
	Dommages à la propriété	119	105	14
	Usurpation	77	63	14
	Vol	65	60	5
	Recel	21	19	2
	Escroquerie	17	12	5
	Chantage	16	15	1
	Détournement	15	13	2
Loi sur la consommation des stupéfiants	Consommation	170	125	45
	Commerce	40	34	6
Liberté	Menace de violation de domicile	74	64	10
	Coercition	52	47	5
	Séquestration	31	26	5
	Enlèvement	1	1	0
Vie et intégrité corporelle	Agression	49	35	14
	Voie de fait	46	36	10
	Lésion corporelle simple	43	37	6
	Rixe	32	25	7
	Lésion corporelle par négligence	15	13	2
	Lésion corporelle grave	20	18	2
	Homicide involontaire	2	2	0
	Meurtre	2	2	0
Honneur	Insultes	74	55	19
Loi sur la circulation routière	Conduite sans permis ou malgré un retrait	47	45	2
	Vol d'usage	46	43	3
	Violation des règles de la circulation	41	39	2
	Conducteur se trouvant dans l'incapacité de conduire	22	21	1
Intégrité sexuelle	Contrainte sexuelle	22	21	1

Groupe de délits	Acte délictueux	Nombre total de mentions	Sexe	
			masculin	féminin
	Harcèlement sexuel	17	17	0
	Actes d'ordre sexuel avec des enfants	13	13	0
	Tentative de viol	5	5	0
	Viol	1	1	0
Danger pour la communauté	Incendie criminel	19	18	1
Tromperie	Induction de la justice en erreur	16	10	6

La comparaison en fonction des sexes du tableau «*Prévalence des différents actes délictueux en fonction des sexes*» montre que les chiffres sont la plupart du temps plus élevés en ce qui concerne les personnes de sexe masculin. La prévalence la plus élevée de délits commis par des personnes de sexe féminin concerne *l'induction de la justice en erreur* (38 %). Suivent ensuite *l'escroquerie* et *l'agression* (pour ces délits, 29 % des jeunes sont de sexe féminin). Seule une jeune est représentée dans le groupe de délits *Atteintes à l'intégrité sexuelle*.

La liste des fréquences des différents délits correspond en majorité aux chiffres des statistiques «*Sur le développement de la criminalité juvénile - jugements pénaux des mineurs de 1946 à 2004*». Par rapport à tous les délits enregistrés selon le Code pénal, la part de condamnations pour des délits portant sur les biens s'élèverait à un taux situé entre 60 % et 86 %. Dans la plupart des cas, il s'agirait d'un vol selon les anciens art. 137 et art. 139 du Code pénal (Storz, 2007, p. 15). Quant à la compilation des données de jugements pénaux des mineurs, Storz écrit de plus que la structure des délits ne s'est que faiblement modifiée entre 1946 et 2004. Ce sont principalement les vols et les délits routiers qui sont poursuivis. Depuis 1970 s'ajoute également la consommation de stupéfiants. Les délits violents n'ont joué qu'un rôle mineur, même si leur part a augmenté ces 20 dernières années. Les statistiques sur les jugements pénaux des mineurs de 2009 dans le tableau «*Jugements pénaux des mineurs en fonction des délits, du sexe, de l'âge et de la nationalité* » montrent que le vol et la consommation de stupéfiants, suivis des dommages causés aux biens sont les trois délits faisant le plus souvent l'objet d'un jugement en Suisse.

Tableau: Jugements pénaux des mineurs en fonction des délits, du sexe, de l'âge et de la nationalité, 2009; Office fédéral de la statistique, statistiques des jugements pénaux des mineurs; état de la banque de données: 24.08.2010; © OFS - Encyclopédie statistique de la Suisse

Acte délictueux	Total	Sexe		Catégorie d'âge		Nationalité/statut (séjour) <sup>2</sup>			
		masculin	féminin	moins de 15 ans	plus de 15 ans	Suisses	Etrangers		
							résidant en Suisse	requérant d'asile	résidant à l'étranger
Total <sup>1</sup>	15 064	11 793	3271	3565	11 499	10 272	3611	529	393
Vol d'usage	1007	940	67	151	856	624	344	24	4
Conduite sans permis	952	898	54	166	786	629	269	15	20
Consommation de stupéfiants	4129	3547	582	277	3852	3346	588	144	15
Commerce de stupéfiants	617	572	45	57	560	410	111	64	23
Lésion corporelle simple	654	580	74	114	540	361	245	30	4
Voies de fait	776	645	131	236	540	425	308	31	3
Vol simple	4438	2720	1718	1521	2917	2835	1146	168	175
Vol aggravé	332	315	17	32	300	183	127	16	2
Domages à la propriété	2750	2474	276	733	2017	1872	668	53	101
Recel	350	303	47	96	254	194	126	19	4
Menace	341	288	53	73	268	177	142	14	1
Violation de domicile	1457	1262	195	361	1096	916	370	42	91
Actes sexuels avec des enfants	72	72	0	30	42	51	15	2	1
Contrainte sexuelle	82	82	0	35	47	45	35	2	0
Incendie criminel	185	164	21	83	102	145	33	3	1

## 4.7 Etude de représentativité

Pour vérifier la représentativité de l'échantillon MAZ., celle-ci a été comparée avec un échantillon représentatif (n=446) afin d'exclure un biais systématique de l'échantillon, ou de pouvoir tout du moins la décrire correctement le cas échéant. Pour quelques jeunes qui ont refusé de donner leur accord ou desquels on n'a pu joindre les parents, les éducateurs référents pédagogiques des établissements de chaque type d'institution ont réalisé une hétéroévaluation totalement anonyme par le biais du questionnaire de screening psychopathologique CBCL. L'échantillon représentatif a été choisi de sorte à correspondre à l'échantillon MAZ. en termes d'âge et de sexe. Pour la comparaison, les deux types de test «Child Behavior Checklist» (CBCL) et «Young Adult Behavior Checklist» (YABCL) ont été utilisées, constituant trois niveaux: *troubles internalisés*, *troubles externalisés* et *total*.

Les résultats montrent que la différence entre l'échantillon MAZ. et l'échantillon représentatif pour le nombre de personnes de ces six groupes, aussi bien dans le YABCL que dans le CBCL n'est pas significative (illustration: «Aperçu du nombre de jeunes par groupe en % (YABCL)» et «Aperçu du nombre de jeunes par groupe en % (CBCL)»). Il n'y a pas non plus de différence significative relative au sexe entre les deux échantillons ( $X^2(1) = 3,580, p = 0,058$ ).

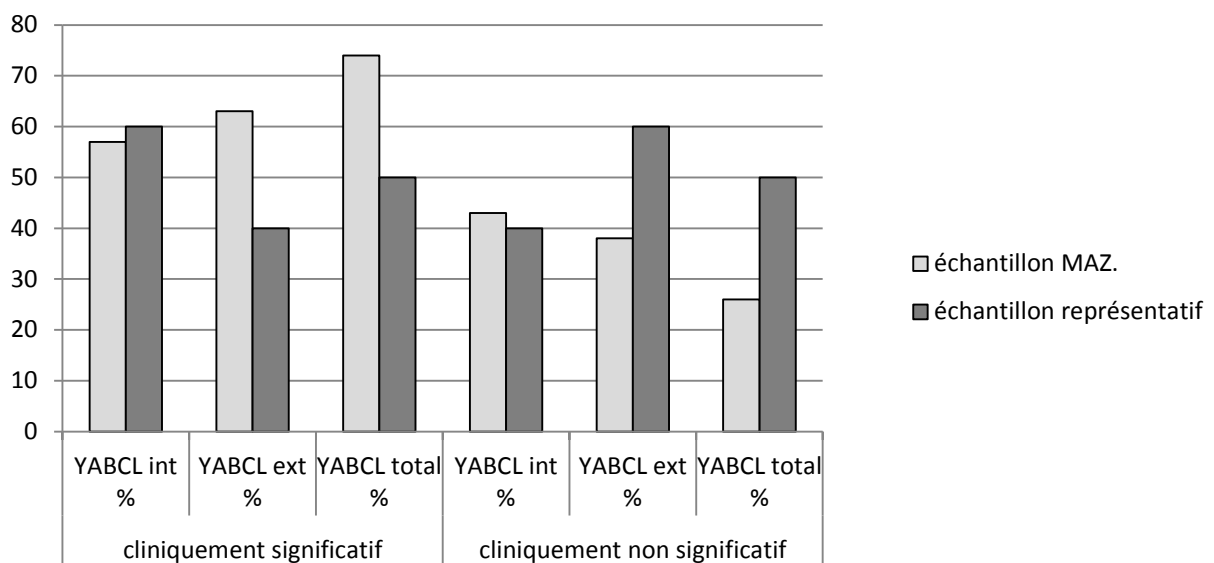


Illustration: Aperçu du nombre de jeunes par groupe en % (YABCL)

La différence entre les tailles des groupes n'est pas significative (interne:  $X^2(2) = 0,108, p = 0,947$ ; externe:  $X^2(2) = 3,293, p = 0,193$ ; total:  $X^2(2) = 2,970, p = 0,226$ ).

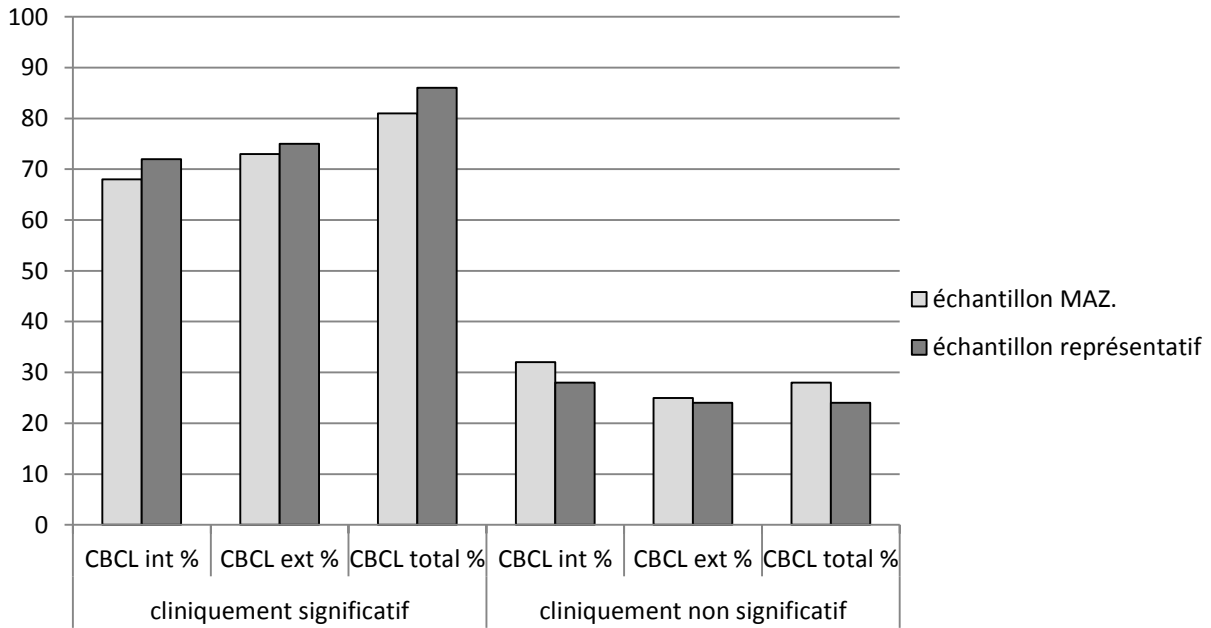


Illustration: Aperçu du nombre de jeunes par groupe en % (CBCL)

La différence entre les tailles des groupes n'est pas significative (interne:  $X^2(2) = 2,793$ ,  $p = 0,247$ ; externe:  $X^2(2) = 3,049$ ,  $p = 0,218$ ; total:  $X^2(2) = 0,620$ ,  $p = 0,733$ ).

Pour tous les trois niveaux interne, externe et total, les chiffres relatifs des jeunes que l'on distingue dans l'échantillon représentatif ne sont pas différents de ceux de l'échantillon MAZ.. Dans la mesure où les problématiques psychiques des jeunes sont fortement à mettre en relation avec les facteurs de vulnérabilité antérieurs et leur situation actuelle, on peut, avec toute la prudence requise, conclure que les résultats de notre étude sont considérés comme étant représentatifs de la population des institutions socio-éducatives reconnues par l'Office fédéral de la justice. Il est à noter que bien que l'échantillon représentatif ait été faible, peu de différences ont été trouvées entre les deux groupes, ce qui parle également en faveur de la représentativité de l'échantillon MAZ..

## 5 Résultats

### 5.1 Aspect dimensionnel de la psychopathologie – affection psychique (échelles d'Achenbach)

Grâce aux échelles d'Achenbach, il a été possible d'illustrer l'aspect dimensionnel de la vulnérabilité psychique des participants au projet pilote. Dans ce qui suit, les résultats des hétéroévaluations et des autoévaluations sont présentés séparément, suivis d'une comparaison des deux sources d'informations.

#### 5.1.1 Hétéroévaluation avec le CBCL

Afin d'illustrer la vulnérabilité psychique, le Child Behavior Checklist (CBCL) a été utilisé pour les enfants et les adolescents de 4 à 18 ans et le Young Adult Behavior Checklist (YABCL) pour les jeunes adultes à partir de 18 ans. Dans le cadre du projet pilote, le CBCL a été rempli par les éducateurs pour 421 enfants et adolescents entre 6 et 18 ans, et le YABCL pour 135 jeunes de 17 à 26 ans.

##### 5.1.1.1 Comparaison avec une population normale

En comparaison avec une population normale, on remarque que les enfants et les adolescents de l'échantillon du projet pilote sont considérés par les éducateurs comme ayant d'importants problèmes psychiques et comportementaux. L'illustration «*Comparaison des scores T de l'échelle des comportements problématiques du CBCL entre une population normale et l'échantillon MAZ.*» montre un net décalage de la répartition des scores T du CBCL vers les zones les plus élevées des scores T. Les études sur la validité discriminante du CBCL utilisé en Allemagne montre qu'un score T de 60 correspond le mieux à la limite entre des enfants et adolescents présentant des troubles psychiques cliniques et des enfants et des adolescents ne présentant pas de troubles notables (Schmeck et coll.,2001). 15 % de la population générale obtient des scores T supérieurs ou égaux à 60. Dans l'échantillon du projet pilote, ce chiffre s'élève à 76 % des jeunes et des adolescents. Cela tend à confirmer une psychopathologie marquée de l'échantillon du projet pilote, en particulier lorsque l'on considère les extrémités de la répartition: alors que seulement 2 % de la population générale atteint des scores T supérieurs à 70, plus de 32 % des enfants et des adolescents du projet pilote ont un comportement psychopathologique marqué. Afin d'avoir une image plus précise, imaginons une école de 100 élèves. Alors que pour la population normale, seul un enfant (moins de 2 %) sur 100 souffre d'un trouble psychopathologique, pour l'échantillon du projet pilote, 32 présenteraient des affections psychiques, soit environ un tiers des enfants et des adolescents.

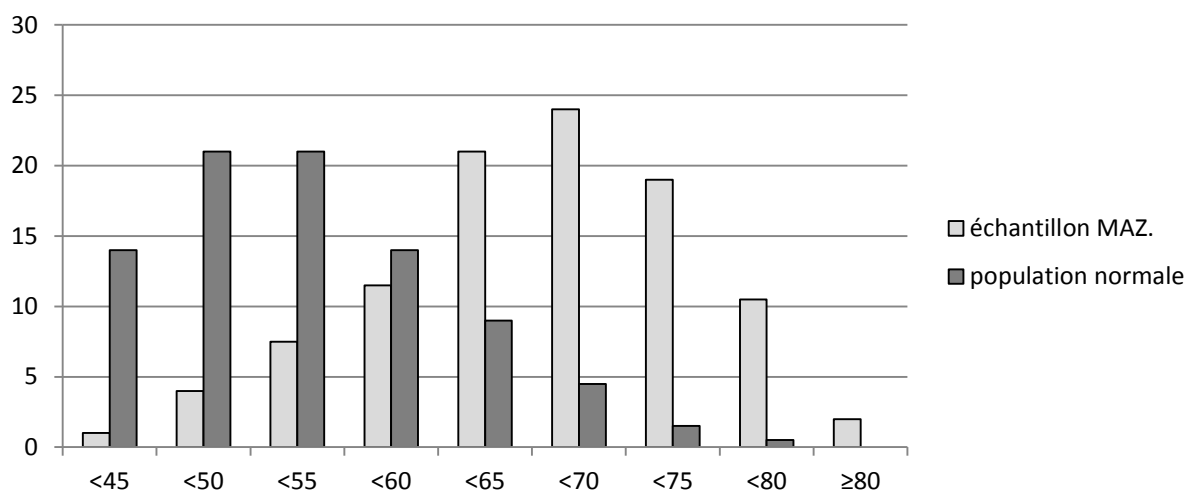


Illustration: Comparaison des scores T de l'échelle des comportements problématiques du CBCL entre une population normale et l'échantillon MAZ.. Sont indiquées des fréquences relatives en pourcentage.

### 5.1.1.2 Psychopathologie des enfants et des adolescents

Les enfants et les adolescents du projet pilote obtiennent des scores T moyens allant de 61,9 à 64,8 sur les trois échelles du CBCL (tableau «Scores T moyens et écarts-types sur les échelles totales et de syndrome du CBCL»). Les scores T sont donc largement supérieurs aux scores de la population générale (score moyen: 50). Les scores T moyens des huit échelles de syndrome vont de 58,1 pour les *Plaintes somatiques* à 64,7 pour le *Comportement délinquant*.

Tableau: Scores T moyens et écarts-types sur les échelles globales et de syndromes du CBCL

CBCL (N=421)		M	SD
Echelles globales	Problématique globale	64,82	8,54
	Problématique internalisée	61,90	9,38
	Problématique externalisée	64,01	9,64
Echelles de syndromes	Retrait social	61,12	8,60
	Plaintes somatiques	58,11	8,34
	Anxiété/ dépression	62,20	9,19
	Immaturité sociale	62,29	9,04
	Problèmes de pensées	63,93	9,85
	Problèmes d'attention	63,26	8,60
	Comportements délinquants	64,71	8,97
	Comportements agressifs	63,90	10,58

Grâce au score T, on peut savoir pour chaque échelle si la pathologie d'une personne fait partie des manifestations normales ou des manifestations cliniques. Entre ces niveaux, il existe un seuil clinique. Le tableau montre que pour les huit échelles de syndromes, les scores moyens de l'échantillon MAZ. se situent largement au-dessus des valeurs moyennes de la population générale.



### **5.1.1.3 Différences entre les régions linguistiques**

Une comparaison entre les trois régions linguistiques montre que les enfants et les adolescents tessinois sont considérés par les éducateurs comme souffrant moins de troubles, surtout concernant les troubles externalisés, que leurs pairs suisses alémaniques et romands. La comparaison par catégorie du nombre de personnes qui peuvent être classées comme ayant des *manifestations normales*, atteignant le *seuil clinique* ou ayant des *manifestations cliniques* en raison de leurs scores T va dans le même sens. Dans ces domaines, les Tessinois affichent également moins de manifestations que les jeunes de Suisse romande et de Suisse alémanique. Les différences entre les régions linguistiques peuvent s'expliquer par deux types de raisons: premièrement, il peut y avoir de réelles différences entre les enfants et les adolescents de régions différentes. Il est probable que celles-ci reposent sur le fait que les structures d'offres et les poses d'indication soient différentes, plus que sur des différences régionales cruciales. Cela peut avoir différentes causes. Les jeunes grands délinquants du Tessin ayant un passé pénal justifiant qu'une mesure soit prononcée, sont par exemple souvent placés dans des institutions hors canton dans la mesure où il n'existe pas d'établissement de ce type dans leur région d'habitation. Cela a pour conséquence que les enfants et les adolescents ayant de graves troubles du comportement externalisés se trouvent dans les groupes romand et alémanique. De plus, différentes versions de test ont été utilisées. Elles comportent pour une petite partie des items différents qui sont affectés aux échelles de manière légèrement divergente. Cela implique que des échelles qui portent le même nom soient définies par une constellation d'items qui n'est pas identique. C'est la raison pour laquelle lorsque l'on compare les populations, les différences sont plus marquées qu'elles devraient l'être, même si l'effet contraire peut également se produire, c'est-à-dire que des différences réelles peuvent être amoindries.

### **5.1.1.4 Différences d'âge et de sexe**

Une comparaison des scores T entre garçons et filles indique que les participantes au projet pilote sont considérées par les éducateurs comme ayant plus de problèmes et un comportement plus symptomatique que les garçons. Cela concerne surtout les troubles internalisés, mais également le comportement délinquant (illustration «*Différence entre les sexes dans le CBCL*»). Une comparaison par catégorie montre également que davantage de filles franchissent le seuil clinique. Une explication plausible réside dans le fait qu'en comparaison, la part de filles ayant des symptômes psychiques dans les institutions du projet est plus importante. Cela se retrouve également dans les scores T plus élevés du CBCL. En examinant les différences de sexe séparément dans les trois régions linguistiques, on note que les différences trouvées dans l'échantillon global sont dues essentiellement aux différences de sexe en Suisse alémanique, étant donné que cette dernière représente la plus grosse partie de l'échantillon du projet pilote. Mais en Suisse romande, on estime également que les filles ont plus de problèmes que les garçons sur les échelles *Immaturité sociale*, *Problèmes d'attentions*, *Troubles internalisés* et *Problématique globale*. Au Tessin par contre, on n'a constaté aucune différence entre les sexes.

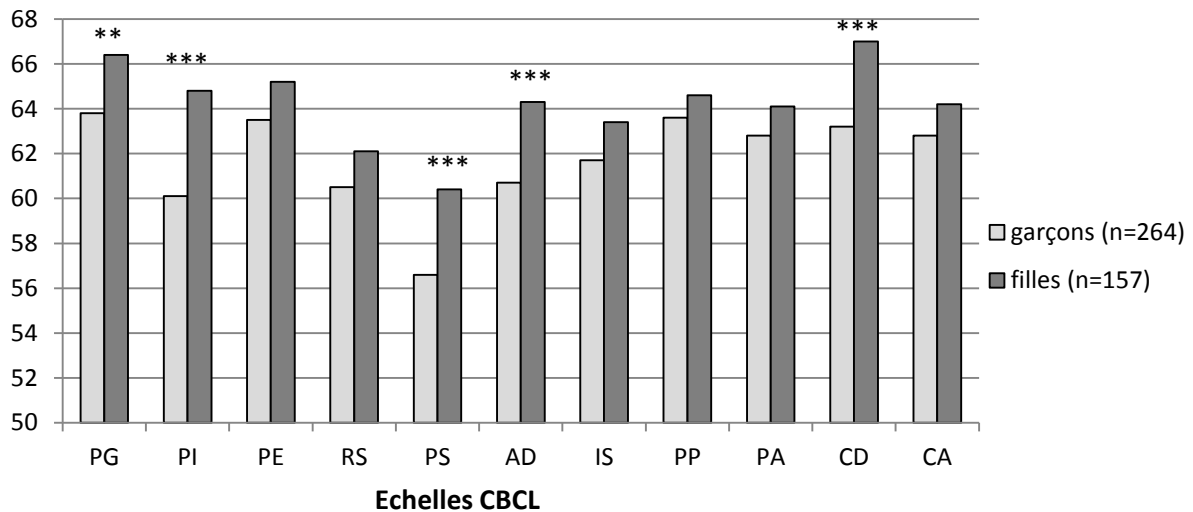


Illustration: Différences liées au sexe dans le CBCL (t-Tests pour des échantillons indépendants, \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$ ).

Lorsque l'échantillon est réparti entre deux groupes d'âge 6-13 ans et 14-18 ans, les éducateurs perçoivent plus souvent des troubles externalisés durant l'adolescence que pendant l'enfance (illustrations «*Différences relatives à l'âge dans le CBCL*»). Par contre dans les autres domaines, aucune différence liée à l'âge n'est à noter.

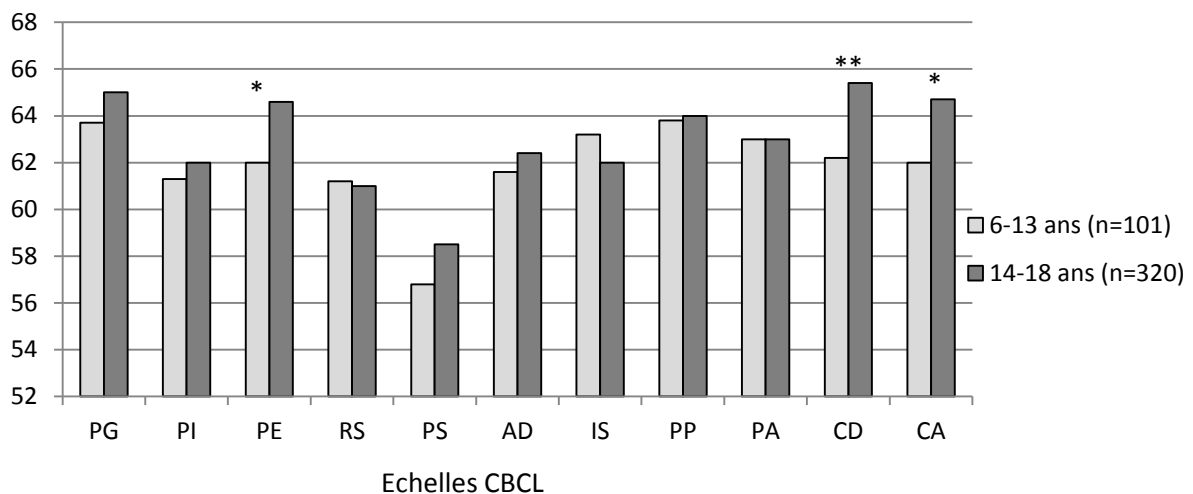


Illustration: Différences liées à l'âge dans le CBCL (t-Tests pour des échantillons indépendants, \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$ ).

En plus de savoir comment l'âge et le sexe influencent les scores T indépendamment des autres facteurs, on peut savoir quels effets ont ces deux facteurs lorsqu'on les analyse ensemble. Ici, une analyse de la variance à deux facteurs a été réalisée afin de savoir quelle est l'interaction entre eux, hormis les effets indépendants. Grâce à cette procédure, on peut vérifier si des participants masculins et féminins indépendamment des classes d'âge se différencient dans leurs pathologies. Pour les *Problématiques globales*, on constate qu'il y a une interaction entre l'âge et le sexe. L'illustration «*Interaction entre le sexe et l'âge dans le CBCL*» montre que les filles plus âgées sont considérées comme ayant plus de troubles que les filles plus jeunes. Par contre, pour les garçons, il n'y a pas de

différence entre les plus jeunes et les plus âgés. Cela pourrait indiquer que beaucoup de filles ayant d'importants problèmes psychiques et psychosociaux n'entrent dans des institutions que pendant ou après la puberté (voir ci-dessous). Pour les *Problématiques externalisées*, on constate la même interaction entre le sexe et l'âge: ici aussi les filles plus âgées sont considérées comme ayant plus de troubles que les plus jeunes. Pour les garçons, il n'existe pas de différence liée à l'âge. Contrairement à ces résultats, on ne trouve pas d'interaction concernant les *Problématiques internalisées*. On remarque seulement un simple effet lié au sexe, c'est-à-dire que les filles (indépendamment de leur âge) ont plus de troubles que les garçons.

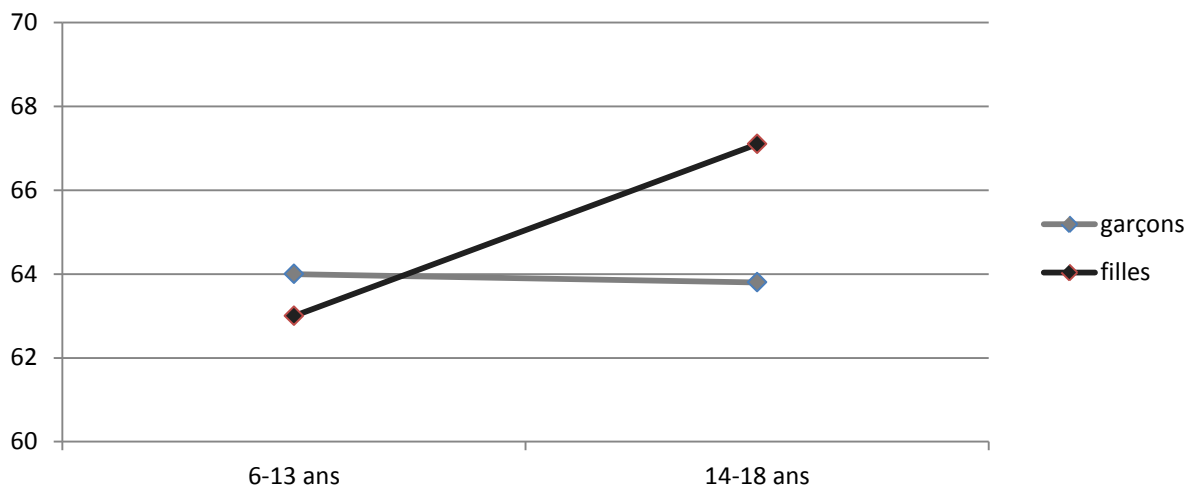


Illustration: Interaction du sexe et de l'âge dans le CBCL (analyse de la variance à deux facteurs, \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$ )

### 5.1.2 Hétéroévaluation avec le YABCL

Les jeunes adultes atteignent sur les huit échelles de syndrome du YABCL des scores T moyens allant de 56,5 pour les *Plaintes somatiques* à 63,2 pour les *Comportements délinquants* (tableau «*Scores T moyens et écarts-types sur les échelles totales et de syndromes du YABCL*»). Les scores moyens des échelles totales vont de 59,5 à 62,2 et sont ainsi supérieurs aux scores moyens de la population générale d'un écart-type. En comparaison avec les scores T des enfants et des adolescents du CBCL, les scores T des jeunes adultes du YABCL sont plutôt moins élevés. La part de jeunes adultes ayant des scores T de l'ordre des manifestations cliniques est également plus faible pour toutes les échelles que celle des enfants. Cela peut avoir diverses causes: les jeunes adultes sont souvent à la fin d'un placement à long terme très spécifique, de sorte que l'ensemble de leurs symptômes a diminué durant ce placement. De plus, une comparaison directe entre les psychopathologies des enfants et des adolescents d'un côté et celles des jeunes adultes de l'autre est problématique car les instruments utilisés sont différents et se réfèrent à des normes différentes.

Tableau: Scores T moyens et écarts-types sur les échelles générales et de syndromes du YABCL

YABCL (N=135)	M	SD
Problématique globale	62,24	7,40
Problématique internalisée	59,54	8,97
Problématique externalisée	61,92	7,48
Anxiété/ dépression	60,41	7,99
Retrait social	58,76	8,30
Plaintes somatiques	56,54	7,49
Comportements étranges	62,93	9,28
Problèmes d'attention	61,36	7,69
Recherche d'attention	59,73	9,14
Comportements agressifs	61,67	7,79
Comportements délinquants	63,19	6,79

### 5.1.3 Autoévaluation avec l'YSR

#### 5.1.3.1 Comparaison avec une population normale

En comparaison avec une population normale, on remarque que les enfants et les adolescents de l'échantillon du projet pilote sont considérés comme ayant bien plus de problèmes psychiques et comportementaux. L'illustration «*Comparaison avec les valeurs T de l'échelle des problématiques globales du YSR entre une population normale et l'échantillon MAZ.*» montre un net décalage de la répartition des valeurs T du YSR vers les zones les plus élevées des valeurs T. Comme pour le CBCL, 15 % de la population générale atteignent des scores T supérieurs à 60, dans le projet pilote, 65 % des enfants et des adolescents atteignent des scores T d'au moins 60. Cela plaide en faveur d'une psychopathologie marquée dans l'échantillon du projet pilote. Alors que dans la population générale, seulement 2 % atteignent des scores T d'au moins 70, c'est 24 % des enfants et des adolescents du projet pilote qui considèrent avoir un comportement psychopathologique aussi marqué. Afin de reprendre l'exemple de l'école, dans l'échantillon du projet, 24 d'entre eux estiment avoir des manifestations psychopathologiques, c'est-à-dire presque un quart des enfants et des adolescents.

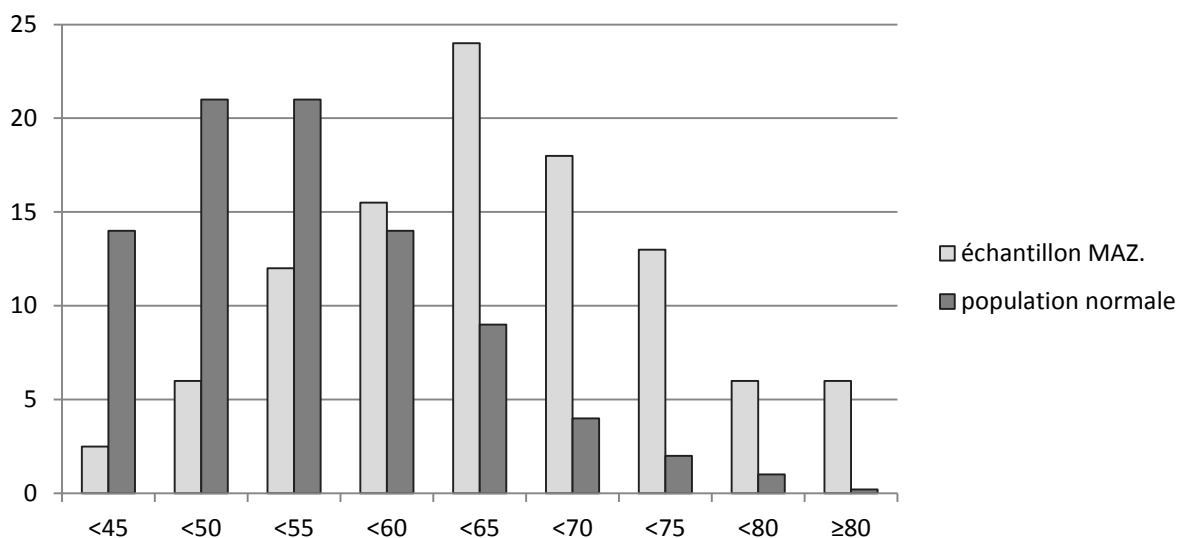


Illustration: Comparaison des scores T avec l'échelle des problématiques globales du YSR entre une population normale et l'échantillon MAZ. Y sont indiquées les fréquences relatives en pourcentages.

### 5.1.3.2 Psychopathologie des enfants et des adolescents

Au total, 65,4 % obtiennent un score T d'au moins 60 pour les *Problématiques globales*, 50,5 % pour la *Problématique internalisée* et 58,6 % pour la *Problématique externalisée*. Cela démontre que les enfants et les adolescents se décrivent eux-mêmes comme ayant d'importants troubles psychopathologiques. 24 % des enfants et des adolescents atteignent en autoévaluation un score T supérieur à 70, ce qui correspond à un rang en pourcents de 98, c'est-à-dire moins de 2 % des enfants et des adolescents de la population générale se décrivent comme ayant de tels troubles psychiques.

Les valeurs moyennes de l'échelle totale vont de 59,8 à 62,9 et dépassent largement les valeurs moyennes de la population générale. Les enfants et les adolescents atteignent sur les huit échelles de syndromes du YSR également des valeurs moyennes largement supérieures à celles de la population générale et varient d'une valeur de 58,5 pour la sous-échelle «*Immaturité sociale*» à un score T de 64,6 pour les *Problèmes d'attention* (tableau «*Scores T moyens et écarts-types pour les échelles générales et les échelles de syndromes du YSR*»).

Tableau: Scores T moyens et écarts-types pour les échelles globales et les échelles de syndrome du YSR

YSR (N=384)	M	SD
Problématique globale	62,85	10,23
Problématique internalisée	59,78	10,38
Problématique externalisée	62,31	10,73
Retrait social	59,55	8,92
Plaintes somatiques	59,57	9,07
Anxiété/ dépression	59,77	8,91
Immaturité sociale	54,45	8,10
Problèmes de pensées	64,64	9,54
Problèmes d'attention	60,36	8,99
Comportements délinquants	64,24	10,08
Comportements agressifs	60,87	8,86

En considérant les chiffres des participants qui atteignent un score T d'au moins 60 sur les 8 échelles de syndromes, on constate que selon les résultats de l'autoévaluation, les jeunes adultes ont pour 65,4 % une *Problématique globale*, 50,5 % des *Troubles internalisés* et 58,6 % des *Troubles externalisés*. Cela montre que les enfants et les adolescents ont, selon eux, d'importants troubles psychopathologiques.

### 5.1.3.3 Différences entre les régions linguistiques

Une comparaison entre les trois régions linguistiques montre que les enfants et les adolescents tessinois sont moins touchés en moyenne par les *Comportements délinquants*, les *Problématiques externalisées* et les *Problématiques globales* que leurs pairs alémaniques et romands (illustration «*Différences entre les régions dans le YSR*»). Les scores T les plus élevés sont atteints par les enfants et les adolescents de Suisse romande sur les échelles *Retrait social*, *Immaturité sociale* et *Comportements agressifs*, et par les participants de Suisse alémanique sur l'échelle *Problèmes de pensées*. La comparaison par catégorie montre que la part de mineurs de Suisse romande et ayant des scores T frappants est plus élevée que dans les autres régions linguistiques pour les échelles suivantes: *Comportements délinquants*, *Comportements agressifs*, *Problématiques externalisées* et *Problématique globale*. Ici aussi, les différences entre les régions linguistiques reposent sur des différences réelles entre les participants ou les institutions participantes, mais aussi sur la pratique des différentes régions linguistiques en termes de placements institutionnels, tout comme sur les différentes versions de test avec différentes normes.

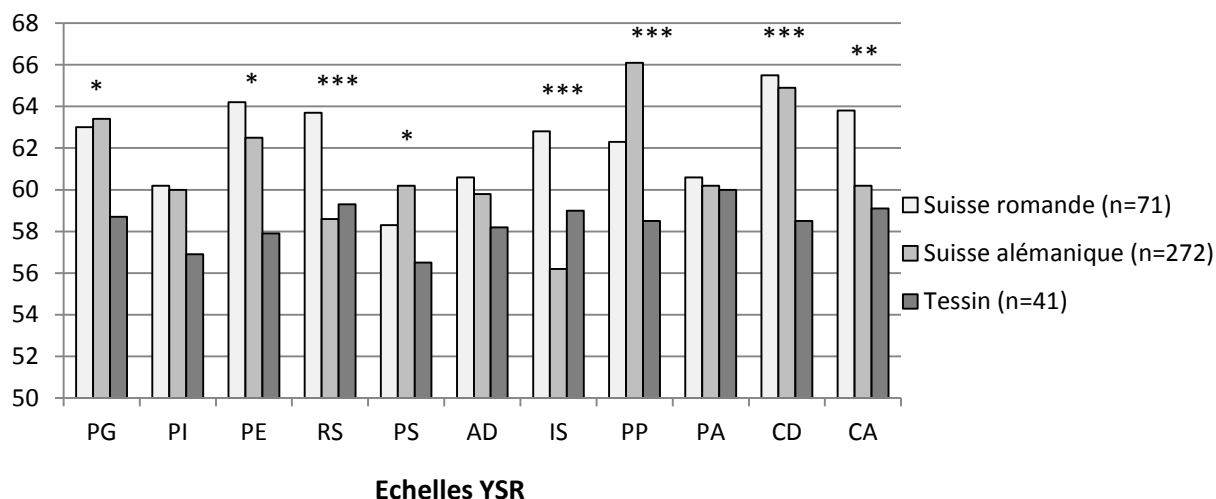


Illustration: Différences entre les régions dans le YSR (analyses de variance à un facteur, \* p<0,05, \*\* p<0,01, \*\*\* p<0,001)

#### 5.1.3.4 Différences d'âge et de sexe

Une comparaison des scores T des garçons et des filles montre clairement que les filles participant au projet pilote se sont décrites comme ayant plus de problèmes psychiques et comportementaux que les garçons. Cela ressort surtout des échelles générales *Problématiques internalisées*, *Problématiques externalisées* et *Problématiques globales* (illustration «*Différences entre les sexes dans le YSR*»). Une comparaison par catégorie montre que davantage de filles dépassent le seuil clinique, et cela sur les échelles *Problèmes d'attention*, *Comportements délinquants* et *Problématiques internalisées*. Tout comme pour l'hétéroévaluation, une des raisons expliquant ce phénomène réside dans le fait que la part de filles ayant des symptômes psychiques dans les foyers est plus élevée. En examinant les différences de sexe séparément dans les trois régions linguistiques, on note que les différences trouvées dans l'échantillon global sont dues essentiellement aux différences de sexe en Suisse alémanique, étant donné que cette dernière représente la plus grosse partie de l'échantillon du projet pilote. En Suisse romande toutefois, les filles sont également plus touchées que les garçons sur les échelles *Retrait social* et *Anxiété/ dépression*. Par contre, au Tessin, nous n'avons constaté aucune différence entre les sexes.

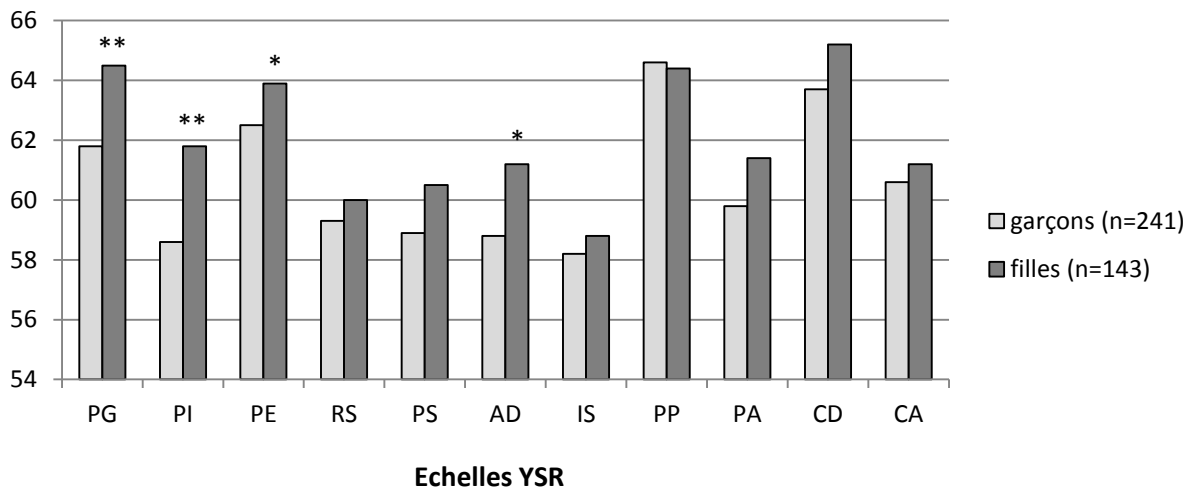


Illustration: Différences entre les sexes dans le YSR (t-Tests pour des échantillons indépendants, \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$ ).

Pour le YSR, l'échantillon a également été réparti en deux groupes d'âge: les 6-13 ans et les 14-18 ans. On constate que les *Problématiques globales*, les *Problématiques externalisées* et, ici particulièrement, les *Comportements délinquants* durant l'adolescence sont estimés par les éducateurs comme plus importants que durant l'enfance (illustration «*Différences liées à l'âge dans le YSR*»). Pour les autres domaines, aucune différence liée à l'âge n'a été observée.

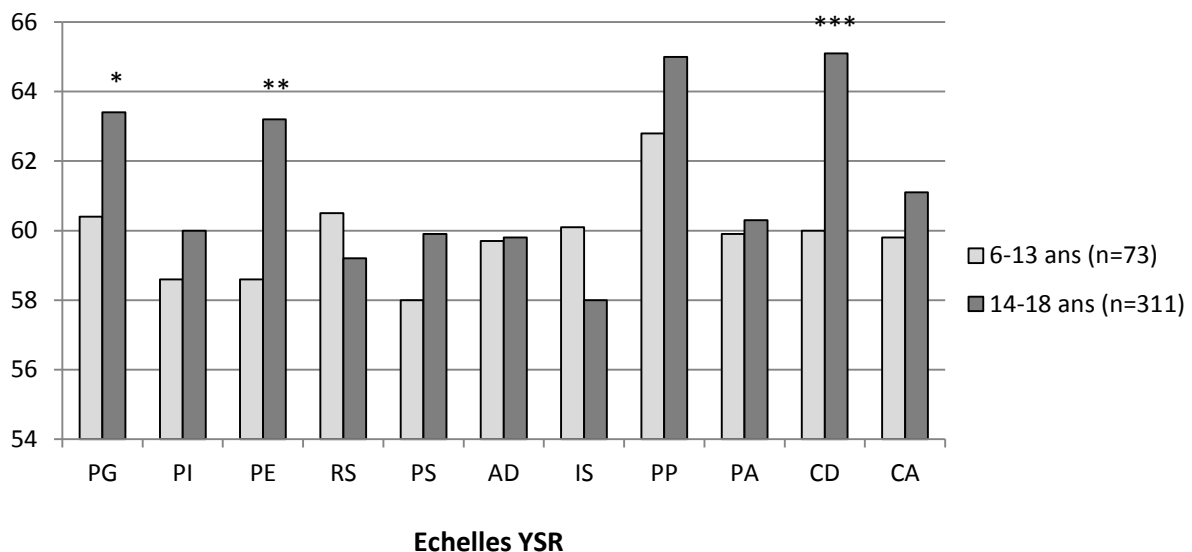


Illustration: Différences liées à l'âge dans le YSR (t-Tests pour des échantillons indépendants, \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$ ).

Comme pour l'hétéroévaluation, on peut vérifier pour l'autoévaluation si l'âge et le sexe ont une influence sur le score T en tenant compte de l'autre facteur, ou si une interaction entre ces deux facteurs existe. Pour la *Problématique globale*, on constate que seul l'âge a un impact sur le score T: indépendamment du sexe, les 14-18 ans estiment avoir plus de manifestations cliniques que les 11-13 ans. On observe toutefois également une interaction entre l'âge et le sexe: l'âge semble jouer un rôle surtout chez les filles, car les filles plus âgées se décrivent plus touchées que les plus jeunes. Cela



vaut également pour les *Problématiques externalisées*. Ici aussi, les participants les plus âgés (surtout les filles) s'estiment plus touchés que ceux plus jeunes. Contrairement à ces résultats, il existe une interaction entre l'âge et le sexe pour les *Problématiques internalisées*: en comparaison avec les filles plus jeunes, celles plus âgées s'estiment beaucoup plus touchées, mais entre les garçons plus jeunes et plus âgés, la différence n'est que marginale (illustration «*Interaction entre le sexe et l'âge dans le YSR*»).

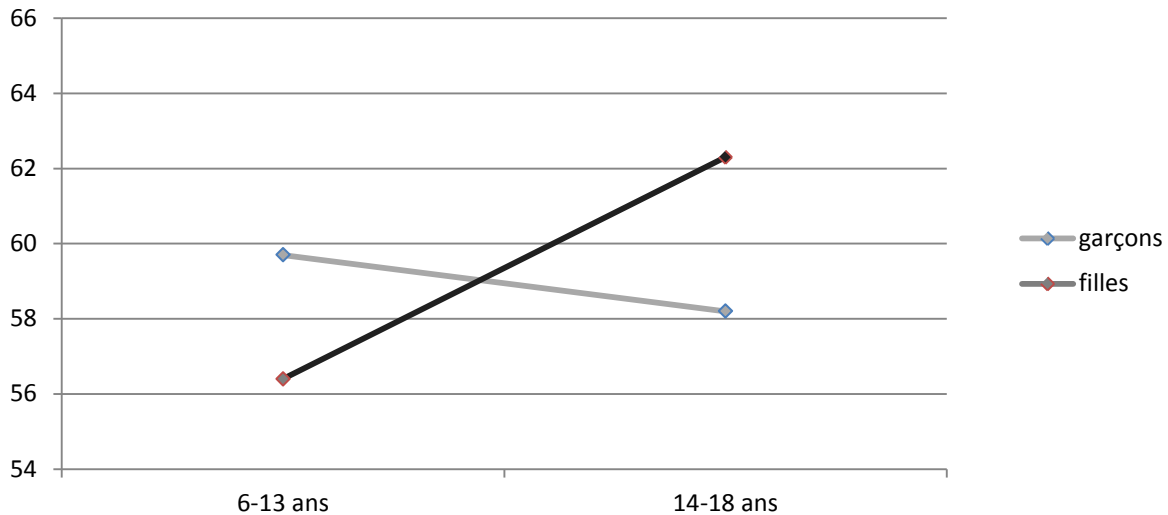


Illustration: Interaction entre le sexe et l'âge dans le score total du YSR (analyse de variance à deux facteurs, \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$ )

#### 5.1.4 Autoévaluation avec l'YASR

##### Psychopathologie du jeune adulte

Les jeunes adultes obtiennent sur les huit échelles du YASR des scores T moyens allant de 54,8 pour *Anxiété/ dépression* à 59,7 pour les *Comportements étranges* (tableau «*Scores T moyens et écarts-types sur les échelles globales et échelles de syndromes du YASR*»). Les scores T sont donc en moyenne de l'ordre des manifestations normales. Les valeurs moyennes des échelles totales vont de 52,0 à 57,3 et sont également de l'ordre des manifestations normales. En comparaison avec les scores T des enfants et des adolescents du YSR, les scores T des jeunes adultes issus du YASR sont moins élevés de plusieurs points en scores T. La part de jeunes adultes ayant des scores T de l'ordre des manifestations cliniques est également plus faible pour toutes les échelles que celle des mineurs. On peut en déduire que les participants du projet pilote sont moins touchés, mais il faut prendre en considération pour cette comparaison les différences des instruments.

Tableau: Scores T moyens et écarts-types sur les échelles globales et échelles de syndromes du YASR

YASR (N=133)	M	SD
Problématique globale	55,77	8,67
Problématique internalisée	52,02	10,17
Problématique externalisée	57,32	8,8
Anxiété/ dépression	54,80	6,77
Retrait social	55,98	7,75
Plaintes somatiques	55,46	6,85
Comportements étranges	56,68	9,19
Problèmes d'attention	56,86	6,62
Recherche d'attention	55,14	5,90
Comportements agressifs	57,46	7,35
Comportements délinquants	59,38	7,16

Contrairement aux différences entre les garçons et les filles mineurs, on ne constate aucune différence entre les sexes chez les jeunes adultes (illustration «*Différences entre les sexes dans le YASR*»), ce qui s'explique probablement par l'effet de sélection et le faible échantillon de jeunes femmes.

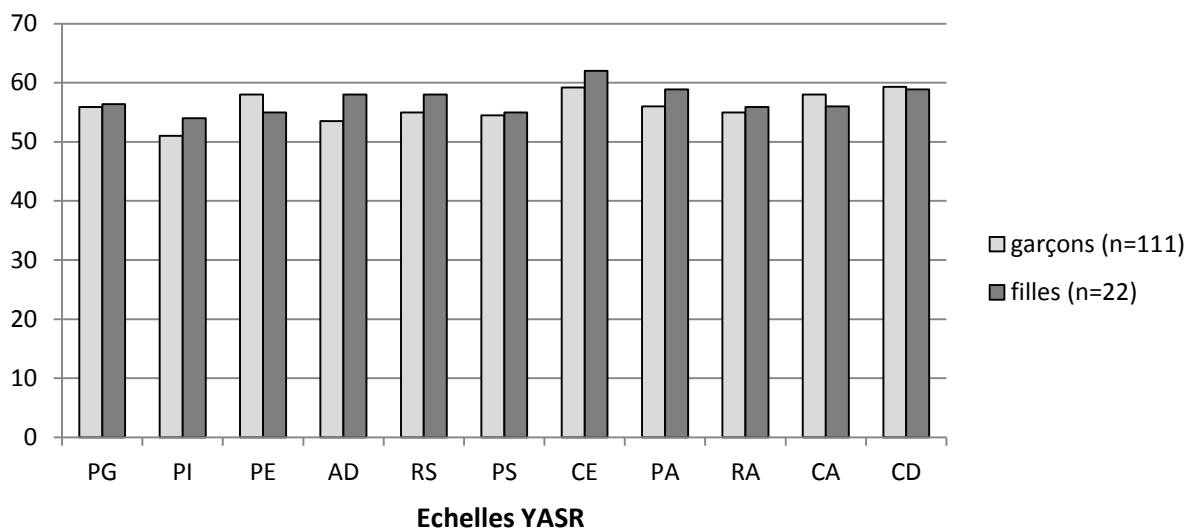


Illustration: Différences entre les sexes dans le YSR (t-Tests pour des échantillons indépendants, \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$ ). Données en points de score T

### 5.1.5 Hétéroévaluation vs autoévaluation

Pour 374 enfants et adolescents, on dispose de leurs propres évaluations sur leurs problématiques psychiques dans le YSR ainsi que celles des personnes s'occupant d'eux dans le CBCL, de sorte qu'il est possible d'effectuer une comparaison directe entre elles pour ces 374 participants. Pour les jeunes adultes, il y a 127 cas d'autoévaluation avec le YASR et d'hétéroévaluation avec le YABCL. Les personnes encadrantes doivent pour leur travail en institution élaborer un concept pédagogique. Ce dernier ne peut «germer» que s'il est adapté aux problématiques psychiques des jeunes. Ainsi, pour le bon déroulement du placement il est essentiel que les éducateurs évaluent le mieux possible les problèmes psychiques des jeunes. Dans cette partie, nous examinons la correspondance entre les manifestations décrites en autoévaluation et celles décrites en hétéroévaluation.

#### 5.1.5.1 Comparaison entre l'autoévaluation et l'hétéroévaluation des enfants et des adolescents

Les enfants et adolescents sont considérés par leurs référents sociopédagogiques comme ayant davantage de troubles, ou plus de manifestations que ce qu'ils estiment eux-mêmes, et cela sur les échelles globales *Problématiques internalisées*, *Problématiques externalisées* et *Problématiques globales* ainsi que sur les échelles de syndromes *Retrait social*, *Anxiété/ dépression*, *Immaturité sociale*, *Problèmes d'attention* et *Comportements agressifs* (illustration «*Comparaison entre l'auto- et l'hétéroévaluation du CBCL et du YSR*»). Il n'y a que pour les *Plaintes somatiques* que les données des enfants et adolescents sont plus élevées que celles de leurs référents sociopédagogiques. En Suisse romande, les résultats des éducateurs correspondent la plupart du temps aux évaluations des enfants. Il n'y a que pour le *Retrait social* que le score T moyen obtenu en autoévaluation est plus élevé que celui obtenu en hétéroévaluation. Les différences entre l'autoévaluation et l'hétéroévaluation sont également présentes dans de nombreuses autres études et sont d'autant plus importantes que la problématique psychique de l'échantillon l'est (par ex. Achenbach, McConaughy et Howell, 1987; Handwerk, Larzelere, Soper et Friman, 1999; van der Ende et Verhulst, 2005).

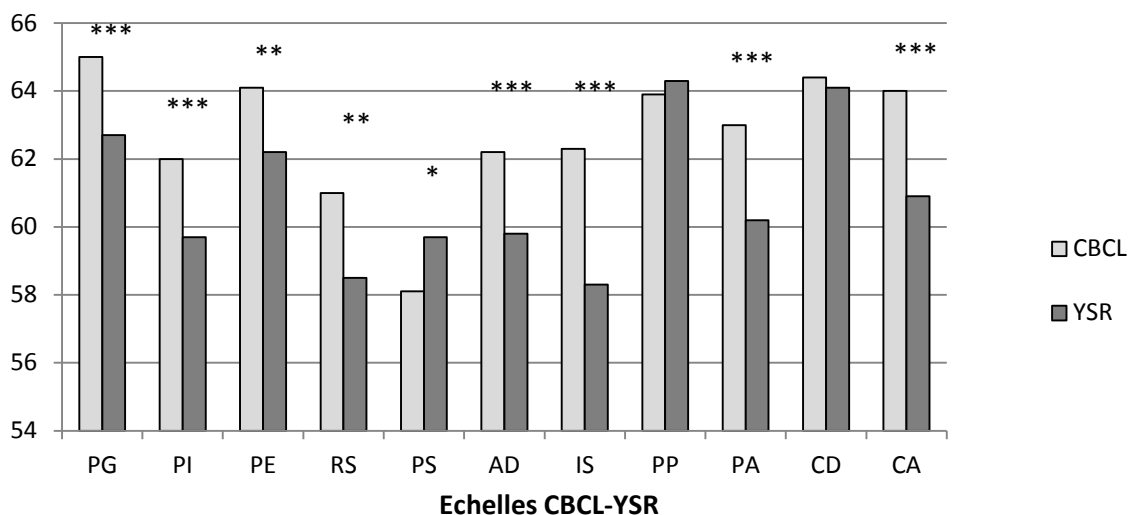


Illustration: Comparaison entre l'auto- et l'hétéroévaluation pour le CBCL et le YSR (tests t pour des échantillons indépendants, \* p<0,05, \*\* p<0,01, \*\*\* p<0,001) Données en points de scores T

Les comparaisons des valeurs moyennes permettent de dire si la problématique psychique des enfants et des adolescents est estimée en moyenne plus élevée par eux-mêmes ou par leurs éducateurs. Mais aucune comparaison directe n'est effectuée entre les estimations en autoévaluation et celles en hétéroévaluation correspondantes. Cela n'est possible qu'avec un calcul des corrélations qui renseigne pour un groupe de personnes sur le fait de savoir si les valeurs en autoévaluation correspondent aux valeurs en hétéroévaluation. Dans le tableau «*Corrélations entre l'auto- et l'hétéroévaluation pour le CBCL et le YSR*», on constate que la correspondance dans les problématiques externalisées est la plus forte avec des corrélations entre 0,406 et 0,485. Dans la problématique internalisée, les estimations des enfants et des adolescents correspondent moins avec celles de leurs éducateurs. Comme les manifestations externalisées sont plus faciles à observer dans le processus pédagogique que les manifestations internalisées, ce résultat est conforme aux attentes.

Tableau: Corrélations entre l'auto- et l'hétéroévaluation pour le CBCL et le YSR (\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$ )

	Corrélations (N = 374)	
	r	p
Problématique globale	0,245***	<0,001
Problématique internalisée	0,182***	<0,001
Problématique externalisée	0,407***	<0,001
Retrait social	0,248***	<0,001
Plaintes somatiques	0,185***	<0,001
Anxiété/ dépression	0,223***	<0,001
Immaturité sociale	0,343***	<0,001
Problèmes de pensées	0,229***	<0,001
Problèmes d'attention	0,311***	<0,001
Comportements délinquants	0,485***	<0,001
Comportements agressifs	0,406***	<0,001

Le tableau «*Comparaison entre l'auto- et l'hétéroévaluation pour le CBCL et le YSR*» montre à quel point les estimations du CBCL et du YSR correspondent entre elles après les avoir attribuées aux trois domaines *manifestation normale, seuil clinique et manifestation clinique*. Pour les *Problématiques globales*, les éducateurs, les enfants et adolescents eux-mêmes obtiennent les mêmes évaluations dans 41,5 % (11,0 % + 18,7 % + 11,8 %) des cas. Par contre, dans 58,5 % des cas, les estimations divergent. Dans 9,9 % (6,7 % + 3,2 %) des cas, la différence est tellement importante que l'on peut passer de l'attribution à la catégorie normale à la catégorie clinique. Cela signifie que dans un dixième des cas, soit les éducateurs estiment que les enfants et les adolescents ont des manifestations normales alors qu'eux-mêmes se sont évalués comme ayant d'importantes problématiques psychiques, soit les enfants et les adolescents estiment n'avoir que des manifestations normales alors que leurs éducateurs les ont évalués comme ayant d'importantes problématiques psychiques. Dans seulement 12 % des situations (8,8 + 3,2 %) de problématiques globales, 16,1 % (12,6 % + 3,5 %) de problématiques internalisées et 10,9 % (8,0 % + 2,9 %) de problématiques externalisées, les éducateurs ne décèlent pas un des troubles dont les enfants et les adolescents ont fait état.

Inversement, les jeunes se décrivent dans 24,3 % des cas dans les échelles globales de l'YSR comme ayant nettement moins de troubles que ne les décrivent leurs éducateurs référents, ce qui peut indiquer que les jeunes minimisent leurs symptômes ou que leur perception est tellement altérée qu'ils n'en ont plus conscience. Il leur manque éventuellement des repères par rapport à un comportement normal, car ils évoluent dans un groupe de personnes du même âge auprès duquel leur comportement et leur symptomatologie ne détonnent pas.

Sur l'échelle *Problématiques internalisées*, la part de correspondance est de 40,6 %, tandis qu'elle est de 46,0 % sur l'échelle *Problématiques externalisées*. En conséquence, l'indice de correspondance Kappa ( $\kappa$ ) pour les échelles *Problématique globale* et *Problématiques externalisées* est plus élevé que pour l'échelle *Problématiques internalisées*. Une plus forte correspondance pour les manifestations externalisées était attendue car il s'agit pour l'échelle qui les mesure d'un comportement à observer, alors que pour l'échelle des symptômes internalisés, il s'agit plus souvent de ressentis personnels, dont on ne peut avoir connaissance que si l'on entretient un dialogue très ouvert avec le jeune en question. Avec des valeurs de  $\kappa < .20$  on peut tout de même considérer que même pour les troubles externalisés, la correspondance est faible. Cela concerne également la plupart des échelles de syndromes. On ne trouve des correspondances faibles ( $\kappa = 0,21-0,40$ ) uniquement pour l'*Immaturité sociale* et les *Comportements délinquants*. La correspondance entre les évaluations des enfants et des adolescents d'une part, et celles de leurs éducateurs d'autre part, n'existe donc que dans une faible mesure. Cette différence entre l'auto- et l'hétéroévaluation peut d'une part entraîner le fait que la problématique psychique des enfants et des adolescents ne soit pas suffisamment prise en compte lors de l'élaboration du concept pédagogique.

D'autre part, il est possible que les enfants et les adolescents n'acceptent pas les offres thérapeutiques et les conversations avec le thérapeute car ils n'ont pas conscience de leurs propres problématiques psychiques et/ou qu'ils doivent encore protéger leur estime de soi en minimisant ces symptômes ou en les reniant. En considérant l'immense problématique psychique des jeunes, on peut partir du principe qu'ils sont nombreux à avoir un déficit considérable en termes de conscience morbide. Probablement, ils ont aussi souvent vécu longtemps sans avoir de commentaires critiques sur leur comportement et de modèles d'un comportement social adéquat et souhaitable. Souvent ils ne savent même pas clairement ce qu'est un comportement «normal».

C'est pourquoi une intervention socio-pédagogique peut s'avérer utile. Il s'agirait alors de confronter les différentes perceptions sur la base des résultats de ces tests, et de réfléchir ensemble à l'origine de ces différences. Un objectif pédagogique et thérapeutique intéressant peut être celui de travailler la perception de soi des jeunes et de les sensibiliser à leurs propres émotions, impulsions et motivations. Le premier pas vers une meilleure gestion et un meilleur contrôle du comportement peut être réalisé à travers une meilleure perception de soi. Cela peut vraiment profiter à un échange continu entre les professionnels et les jeunes.

Tableau: Comparaison entre l'auto- et l'hétéroévaluation pour le CBCL et l'YSR (mesure Kappa, \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$ )

Hétéroévaluation (CBCL) (N=374)	Autoévaluation (YSR)						K	p
	manifestations normales		seuil clinique		manifestations cliniques			
<b>Comportement général problématique</b>								
manifestations normales	41	11,0 %	33	8,8 %	12	3,2 %	0,110**	0,002
seuil clinique	66	17,6 %	70	18,7 %	34	9,1 %		
manifestations cliniques	25	6,7 %	49	13,1 %	44	11,8 %		
<b>Troubles internalisés</b>								
manifestations normales	71	19,0 %	47	12,6 %	13	3,5 %	0,073*	0,049
seuil clinique	85	22,7 %	58	15,5 %	19	5,1 %		
manifestations cliniques	31	8,3 %	27	7,2 %	23	6,1 %		
<b>Troubles externalisés</b>								
manifestations normales	74	19,8 %	30	8,0 %	11	2,9 %	0,190***	<0,001
seuil clinique	57	15,2 %	53	14,2 %	28	7,5 %		
manifestations cliniques	24	6,4 %	52	13,9 %	45	12,0 %		

### 5.1.5.2 Comparaison entre l'hétéroévaluation et l'autoévaluation des jeunes adultes

Comparativement à leur autoévaluations, les jeunes adultes sont également évalués par les éducateurs comme ayant une atteinte ou des manifestations plus importantes sur les trois échelles principales, tout comme sur les huit sous-échelles de syndromes, sauf sur celle des *Plaintes somatiques* (illustration «*Comparaison entre hétéro- et autoévaluation avec le YABCL et le YASR*»). Sur les échelles *Anxiété-dépression*, *Problèmes d'attention*, *Recherche d'attention*, *Comportements agressifs*, *Comportement délinquants*, *Problématiques internalisées* et *Problématiques externalisées*, les effets atteignent des scores moyens, et même élevés sur l'échelle *Problématique globale*, de sorte que l'on puisse parler d'une différence plus substantielle que pour les enfants et les adolescents. Dans la mesure où l'échantillon était trop petit, il n'a pas été possible de calculer de différence entre les valeurs moyennes. Toutefois, on constate en les examinant que les éducateurs indiquent une affection plus importante que les jeunes adultes eux-mêmes pour les échelles *Anxiété-dépression*, *Problèmes d'attention* et *Problématiques internalisées*. En Suisse romande par contre, la tendance s'inverse, c'est-à-dire que les jeunes adultes estiment eux-mêmes avoir une atteinte psychique et des manifestations plus importantes que ne l'estiment leurs éducateurs. Même si les différences ne sont que rarement significatives en raison du petit échantillon, elles sont tout de même considérables sur les échelles *Immaturité sociale*, *Plaintes somatiques*, *Comportements agressifs* et *Problématiques externalisées*, comme le prouve la tailles de l'effet. De nombreuses autres études montrent

également que les différences entre l'auto- et l'hétéroévaluation augmentent avec l'âge (par ex. Verhulst et van der Ende, 1992; van der Ende et Verhulst, 2005).

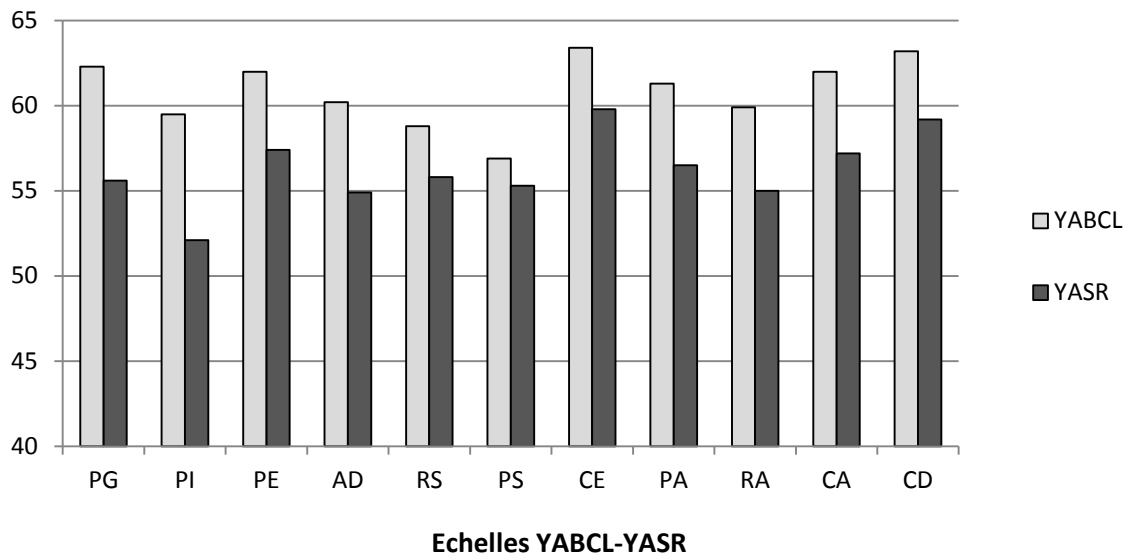


Illustration: Comparaison entre l'auto- et l'hétéroévaluation pour le YABCL et le YASR (tests t pour des échantillons indépendants, toutes les différences entre les valeurs moyennes au niveau  $p < 0,01$  sont très significatives pour toutes les échelles totales et de syndrome, hormis pour les troubles corporels)

Les estimations des jeunes adultes et de leurs éducateurs sont également comparées à l'aide de corrélations. Au total, les correspondances sont moins importantes ici que pour les enfants et les adolescents (tableau «*Corrélations entre l'auto- et l'hétéroévaluation pour le YABCL et le YASR*»). De plus, il n'est pas possible de différencier en fonction des domaines des problématiques. Au contraire, tant pour les troubles internalisés que les troubles externalisés, il existe tout aussi de liens importants (*Anxiété-dépression, Recherche d'attention*) que faibles (*Plaintes somatiques, Comportements agressifs*).

Tableau: Corrélations entre l'auto- et l'hétéroévaluation pour le YABCL et le YASR (\* p<0,05, \*\* p<0,01, \*\*\* p<0,001)

	Corrélations (N = 374)	
	r	p
Problématique globale	0,167	0,61
Problématique internalisée	0,266**	0,003
Problématique externalisée	0,244**	0,006
Anxiété-dépression	0,302***	<0,001
Retrait social	0,208*	0,019
Plaintes somatiques	0,128	0,150
Comportements étranges	0,186*	0,037
Problèmes d'attention	0,362***	<0,001
Recherche d'attention	0,407***	<0,001
Comportements agressifs	0,198*	0,025
Comportements délinquants	0,236**	0,007

Le tableau «*Comparaison entre l'auto- et l'hétéroévaluation pour le YABCL et le YASR*» montre à quel point les estimations du YABCL et du YASR correspondent entre elles après les avoir attribuées aux trois domaines *manifestations normales, seuil clinique et manifestations cliniques*. Pour la *Problématique globale*, les éducateurs et les jeunes adultes sont arrivés dans 43,3 % des cas à la même estimation. Par contre, dans 56,7 % des cas, les estimations divergent. Dans 7,9 % des cas, la différence est tellement importante que l'on peut passer de l'attribution à la catégorie normale à la catégorie clinique. Cela signifie d'une part que les éducateurs estiment que des jeunes adultes ont des manifestations normales alors qu'eux-mêmes se sont évalués comme ayant une importante problématique psychique, et d'autre part, que de jeunes adultes estiment n'avoir que des manifestations normales alors que leurs éducateurs les ont évalués comme ayant une importante problématique psychique. Concernant 7,1 % des cas totaux (6,3 % + 0,8 %) de la problématique globale, 7,1 % (6,3 % + 0,8 %) des problématiques internalisées et 8,7 % (7,1 % + 1,6 %) des problématiques externalisées, les éducateurs sociopédagogiques ne décèlent pas un des troubles dont les jeunes adultes ont fait état.

Sur l'échelle *Problématique internalisée*, la part de correspondance est de 49,6 % et sur l'échelle *Problématique externalisée*, elle est de 52,0 %. Dans la mesure où les informations ne sont pas suffisantes, il n'est pas possible de calculer l'indice de correspondance  $\kappa$  pour les estimations des jeunes adultes et celles des personnes s'occupant d'eux.



Tableau: Comparaison entre l'auto- et l'hétéroévaluation pour le YASR et le YABCL

(N=374)	Hétéroévaluation (YABCL)		Autoévaluation (YASR)			
	manifestations normales		seuil clinique		manifestations cliniques	
<b>Comportement général problématique</b>						
manifestations normales	41	11,0 %	33	8,8 %	12	3,2 %
seuil clinique	66	17,6 %	70	18,7 %	34	9,1 %
manifestations cliniques	25	6,7 %	49	13,1 %	44	11,8 %
<b>Troubles internalisés</b>						
manifestations normales	71	19,0 %	47	12,6 %	13	3,5 %
seuil clinique	85	22,7 %	58	15,5 %	19	5,1 %
manifestations cliniques	31	8,3 %	27	7,2 %	23	6,1 %
<b>Troubles externalisés</b>						
manifestations normales	74	19,8 %	30	8,0 %	11	2,9 %
seuil clinique	57	15,2 %	53	14,2 %	28	7,5 %
manifestations cliniques	24	6,4 %	52	13,9 %	45	12,0 %

### 5.1.6 Synthèse des résultats sous l'aspect dimensionnel des manifestations psychopathologiques

Les jeunes placés en foyer ou en centres de mesures ont d'importantes problématiques psychiques: en comparaison avec la population normale, la problématique psychique est beaucoup plus importante.

Lors de l'hétéroévaluation, les évaluations psychométriques des éducateurs étaient plus élevées de 8 à 15 points des scores T que pour la moyenne de la population générale pour les 3 échelles générales et les 8 sous- échelles spécifiques. Les problématiques externalisées apparaissent plus fortement que les problématiques internalisées. Ainsi, 64 % des enfants et des adolescents sont décrits comme ayant des manifestations internalisées alors que 68 % d'entre eux comme ayant des manifestations externalisées. En tout, on estime à 76 % les enfants et les adolescents qui souffrent de troubles psychiques.

Les troubles observés dans la population tessinoise sont moins forts dans certains domaines, cela en raison des différences dans la pratique des placements entre les différentes régions linguistiques, mais aussi de l'utilisation de diverses versions de test aux normes tout aussi variables. Les filles ont en moyenne des problématiques psychiques plus importantes que les garçons. Dans les domaines externalisés, on estime que la problématique psychique est plus grave durant l'adolescence que durant l'enfance. Cela vient du fait que l'on évalue les problématiques psychiques des filles plus âgées de manière plus importante que celles des filles plus jeunes, alors que pour les garçons, on ne constate aucune différence liée à l'âge. Les jeunes adultes sont globalement considérés comme ayant

moins de manifestations que les mineurs. Ici aussi, on peut constater que la problématique s'avère moindre pour les Tessinois et pour les jeunes adultes.

Les enfants et les adolescents se décrivent eux-mêmes comme ayant d'importantes problématiques psychiques, la problématique dans le domaine externalisé étant également plus sérieuse que dans le domaine internalisé. En comparaison avec les participants mineurs au projet pilote, les jeunes adultes estiment avoir une problématique psychique beaucoup moins importante. Les différences régionales sont plus importantes dans le cadre de l'autoévaluation pour les deux groupes d'âge que dans le cadre de l'hétéroévaluation. Concernant les différences relatives au sexe, c'est l'effet inverse que l'on observe. Les troubles externalisés sont également plus importants dans le cadre de l'autoévaluation chez les adolescents que chez les enfants (indépendamment du sexe). Dans le domaine internalisé, les jeunes filles plus âgées estiment souffrir de problématiques psychiques plus importantes que les plus jeunes, alors que pour les garçons, la différence n'est que marginale.

En comparant les auto- et les hétéroévaluations, on constate qu'il y a des différences marquées entre les évaluations réalisées par les enfants et les adolescents d'une part, et celles des personnes qui s'occupent d'eux d'autre part. Les éducateurs estiment que la problématique psychique des jeunes est, en moyenne, plus importante que ce qu'estiment ces derniers. Cette différence est beaucoup plus marquée chez les jeunes adultes que chez les enfants et les adolescents. Par conséquent, les corrélations comme mesure de correspondance entre les auto- et les hétéroévaluations sont globalement moins importantes chez les jeunes adultes que chez les enfants et les adolescents. Pour 12 % des enfants et des adolescents, et 7 % des jeunes adultes, les éducateurs n'évaluent pas un comportement problématique pourant marqué. A contrario, cela signifie également que les éducateurs observent les problématiques psychiques décrites en autoévaluation chez 88 % des enfants et des adolescents et chez 93 % des jeunes adultes.

## 5.2 Fréquence des maladies psychiques

Après avoir démontré dans les chapitres précédents à l'aide de questionnaires cliniques que les problématiques psychiques de l'échantillon sont très sérieuses, on peut désormais se demander combien de jeunes souffrent de maladies psychiques, c'est-à-dire combien remplissent les critères diagnostics d'un ou de plusieurs troubles psychiques.

Le Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS, élargi du diagnostic CIM-10) a été utilisé pour la pose de diagnostic standardisée. Les troubles de la personnalité ont été saisis à l'aide de l'entretien clinique structuré pour DSM-IV (SCID-II). Les diagnostics ont été codés selon la CIM-10.

Ici sont présentées les données de 480 entretiens K-SADS et 439 SCID-II. Au total, 483 jeunes ont été interviewés avec au moins un des deux instruments. Chez 359 (74,3 %) d'entre eux, sur 483 participants, au moins un trouble psychique a été diagnostiqué. Pour 124 jeunes (25,7 %), soit il n'y avait aucun indice de maladie psychique ou alors les manifestations psychiques n'étaient pas suffisamment marquées pour justifier la pose d'un diagnostic.

Dans la CIM-10, toutes les maladies relevées grâce au K-SADS et au SCID-II se trouvent dans la catégorie *F Troubles mentaux et comportementaux*. Dans cette catégorie, les maladies ayant des étiologies et une symptomatologie comparables sont regroupées en sous-catégories. Pour exploiter les diagnostics K-SADS et SCID-II, ceux-ci ont été regroupés selon les catégories F. Dans le tableau «*Diagnostics actuels selon la CIM-10*», nous présentons la prévalence des diagnostics actuels des participants au projet pilote.

Tableau: Diagnostics actuels selon la CIM-10 (N=480, pour F6 N=439)

Catégorie F de la CIM-10	N (%)	Regroupement par contenu	N (%)
F1 Troubles psychiques et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	71 (14,8 %)	Alcool	17 (3,5 %)
		Opiacés	1 (0,2 %)
		Cannabis	53 (11,0 %)
		Cocaïne	4 (0,8 %)
		Stimulants	1 (0,2 %)
		Autres / Substances multiples	5 (1,0 %)
		Dépendance à au moins une substance	18 (3,8 %)
		Abus ou autre consommation d'au moins une substance	53 (11,0 %)
F2 Schizophrénie et autres troubles délirants	5 (1,0 %)	Troubles schizoïdes, schizo-affectifs ou autres délirants	5 (1,0 %)
F3 Troubles de l'humeur (affectifs)	43 (9,0 %)	Troubles affectifs bipolaires/maniaques	9 (1,9 %)
		Episodes dépressifs isolés	24 (5,0 %)
		Troubles dépressifs récurrents/persistants	10 (2,1 %)
F4/F93 Troubles anxieux et liés à des facteurs de stress	70 (14,6 %)	Troubles anxieux (y compris troubles anxieux mixtes)	37 (7,7 %)

Catégorie F de la CIM-10	N (%)	Regroupement par contenu	N (%)
		Troubles obsessionnels compulsifs	4 (0,8 %)
		Réaction aigüe à un facteur de stress et syndrome de stress post-traumatique	19 (4,0 %)
		Trouble de l'adaptation (et autres réactions à des charges mentales lourdes)	20 (4,2 %)
F5 Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	3 (0,6 %)	Trouble alimentaire	3 (0,6 %)
F6 Troubles de la personnalité	106 (24,1 %)	Trouble de la personnalité paranoïaque	4 (0,9 %)
		Trouble de la personnalité schizoïde	2 (0,5 %)
		Personnalité antisociale	7 (1,6 %)
		Trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline	19 (4,3 %)
		Névrose obsessionnelle	4 (0,9 %)
		Trouble de la personnalité évitante	6 (1,4 %)
		Trouble de la personnalité dépendante	2 (0,5 %)
		Autres troubles de la personnalité spécifiques (négativiste, dépressif, narcissique)	8 (1,8 %)
		Trouble de la personnalité sans précision (pas de cutoff rempli: repose sur une estimation clinique)	12 (2,7 %)
		Troubles mixtes de la personnalité (plusieurs cutoff remplis)	42 (9,6 %)
F9 Troubles du comportement et émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou l'adolescence	237 (49,4 %)	Troubles hyperkinétiques	28 (5,8 %)
		Troubles hyperkinétiques des conduites	64 (13,3 %)
		Troubles des conduites	81 (16,9 %)
		Troubles mixtes des conduites et des émotions	63 (13,1 %)
		F92.0 resp. combinaison avec F3	28 (5,8 %)
		F92.8 resp. combinaison avec F4/F93	30 (6,3 %)
		F92.9 resp. combinaison avec F3 et F4/F93	5 (1,0 %)
		Tics	7 (1,5 %)
		Troubles de l'élimination (énurésie, encoprésie)	9 (1,9 %)
Diagnostiques autres, non répertoriés avec le K-SADS	13 (2,7 %)	Troubles dissociatifs et somatoformes	3 (0,6 %)
		Troubles du sommeil	2 (0,4 %)
		Troubles des habitudes et des impulsions, de l'identité sexuelle et paraphilies	3 (0,6 %)
		Autres troubles du comportement apparaissant durant l'enfance ou l'adolescence	5 (1,0 %)

Il faut noter que les personnes ayant plusieurs troubles sont mentionnées plusieurs fois dans cet aperçu. Avec une prévalence de 49,4 %, les troubles de la catégorie *F9 Troubles du comportement et émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou l'adolescence* (sauf F93, voir ci-dessous)

sont les diagnostics les plus souvent attribués. En différenciant les différents groupes de troubles de cette catégorie, on constate que les troubles des conduites sont souvent isolés (16,9 %) mais également combinés à des troubles émotionnels (13,1 %) ou à un trouble hyperkinétique (13,3 %). Des troubles hyperkinétiques isolés ont été diagnostiqués chez 5,8 % des jeunes. Avec une prévalence totale de 24,1 %, les *Troubles de la personnalité (F6)* sont les diagnostics les plus posés, parmi lesquels les troubles mixtes de la personnalité sont les plus récurrents (9,6 %). Pour 14,8 % des participants, on recense une utilisation nocive (11,0 %) voire même un syndrome de dépendance à des substances psycho-actives (3,8 %; *F1 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives*). Les substances les plus consommées sont le cannabis (11,0 %) et l'alcool (3,5 %). Dans la même proportion que pour la consommation de substances, les jeunes souffrent de troubles anxieux, de troubles obsessionnels compulsifs, de syndrome de stress post-traumatique et de troubles de l'adaptation (14,6 %), diagnostics appartenant à la catégorie *F4 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes* et de la catégorie *F93 Troubles émotionnels débutant spécifiquement dans l'enfance*. Dans ce domaine, on observe surtout des troubles anxieux (7,7 %) et des troubles de l'adaptation (4,2 %). Pour 6,3 % des participants au projet pilote, un trouble anxieux ou un syndrome de stress post-traumatique en combinaison à un trouble du comportement social est diagnostiqué (F92.8). 9,0 % des participants sont touchés par des *Troubles affectifs* (catégorie F3). A cela s'ajoutent 5,8 % qui présentent un trouble affectif combiné à un trouble des conduites (F92.0). En comparaison, les *schizophrénies et autres troubles délirants* (1,0 %; catégorie F2) et les troubles alimentaires (0,6 %; *F5 Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques*) sont rares dans l'échantillon.

On trouve des différences de prévalence entre les participants masculins et les participants féminins pour plusieurs groupes de troubles (tableau «*Différences liées au sexe pour le diagnostic actuel selon la CIM-10*»). Les filles et les jeunes femmes ont souvent des *Troubles de l'humeur (F3)*, des *Troubles anxieux et liés à des facteurs de stress (F4/F93)*, ainsi que des *Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (F5)*. Chez les garçons et jeunes hommes, on diagnostique le plus souvent des *Troubles du comportement et émotionnels apparaissant durant l'enfance ou l'adolescence (F9)*.

Tableau: Différences liées au sexe pour le diagnostic actuel selon la CIM-10 (N=480, pour F6 N=439)

Catégorie F de la CIM-10	N (%) masculin	N (%) féminin	$\chi^2$	d f	p
F1 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	52 (16,1 %)	19 (12,0 %)	1,43	1	0,232
F2 Schizophrénie et autres troubles délirants	5 (1,6 %)	0 (0,0 %)	2,48	1	0,115
F3 Troubles de l'humeur (affectifs)	22 (6,8 %)	21 (13,3 %)	5,42*	1	0,020
F4/F93 Troubles anxieux et liés à des facteurs de stress	33 (10,2 %)	37 (23,4 %)	14,76***	1	<0,001
F5 Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	0 (0,0 %)	3 (1,9 %)	6,15*	1	0,013
F6 Troubles de la personnalité	67 (22,8 %)	39 (26,9 %)	0,89	1	0,344

F9 Troubles du comportement et émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou l'adolescence	177 (55,0 %)	60 (38,0 %)	12,25***	1	<0,001
Diagnostics autres, non répertoriés avec le K-SADS	9 (2,8 %)	4 (2,5 %)	0,03	1	0,867

Le tableau «*Différences d'âges pour le diagnostic actuel selon la CIM-10*» montre les différences de prévalence des troubles psychiques dans les trois groupes d'âges (moins de 14 ans, 14-17 ans et plus de 17 ans): l'usage abusif de substances survient presque exclusivement chez les adolescents et les jeunes adultes. La prévalence des troubles de la personnalité est beaucoup plus élevée chez les jeunes adultes que chez les adolescents. Par contre, les troubles anxieux et liés à des facteurs de stress sont plus souvent diagnostiqués chez des enfants que chez les adolescents et les jeunes adultes. La différence concernant les troubles du comportement apparaissant durant l'enfance et l'adolescence n'est pas significative. Mais en général, on retrouve ces maladies chez les adolescents et les jeunes adultes plutôt que chez les enfants.

Tableau: Différences d'âges pour le diagnostic actuel selon la CIM-10 (N=480, pour F6 N=439)

Catégorie F de la CIM-10	N (%)	N (%)	N (%)	$\chi^2$	d f	p
	6-13 ans	14-17 ans	18-26 ans			
F1 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	1 (1,1 %)	49 (16,5 %)	21 (22,3 %)	18,13***	2	<0,001
F2 Schizophrénie et autres troubles délirants	0 (0,0 %)	3 (1,0 %)	2 (2,1 %)	2,02	2	0,365
F3 Troubles affectifs	12 (13,5 %)	25 (8,4 %)	6 (6,4 %)	3,11	2	0,212
F4/F93 Troubles anxieux et liés à des facteurs de stress	21 (23,6 %)	38 (12,8 %)	11 (11,7 %)	7,19*	2	0,027
F5 Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	0 (0,0 %)	2 (0,7 %)	1 (1,1 %)	0,86	2	0,650
F6 Troubles de la personnalité	12 (22,6 %)	60 (20,5 %)	34 (36,2 %)	9,55**	2	0,008
F9 Troubles du comportement et émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou l'adolescence	34 (38,2 %)	152 (51,2 %)	51 (54,3 %)	5,73	2	0,057
Diagnostics autres, non répertoriés avec le K-SADS	2 (2,2 %)	6 (2,0 %)	5 (5,3 %)	3,04	2	0,219

On note également lors de la pose des diagnostics en fonction des catégories que l'on diagnostique plus souvent aux garçons et aux jeunes hommes des *Troubles externalisés*, alors que les filles et les jeunes femmes souffrent plus souvent de *Troubles émotionnels* (tableau «*Différences liées au sexe dans les diagnostics actuels par catégories diagnostiques*»). Le groupe mixte *Troubles émotionnels/externalisés* se retrouve également souvent chez les participantes.

Tableau: Différences de sexe dans les diagnostics actuels par catégories diagnostiques

Catégories diagnostiques	N (%) masculin	N (%) féminin	$\chi^2$	df	P
externalisés	123 (38,0 %)	25 (15,7 %)	24,82***	1	<0,001
émotionnels/externalisés	49 (15,1 %)	39 (24,5 %)	6,33*	1	0,012
émotionnels	33 (10,2 %)	32 (20,1 %)	9,05**	1	0,003

Le tableau «*Différences d'âge dans les diagnostics actuels par catégories diagnostiques*» illustre les fréquences des catégories diagnostiques dans les trois groupes d'âge (moins de 14 ans, 14 à 17 ans, plus de 17 ans). Les *Troubles émotionnels* sont plus présents auprès des enfants qu'auprès des adolescents. Comparé aux jeunes adultes, on diagnostique moins souvent des *Troubles externalisés* chez les enfants. La différence d'âge n'est pas significative pour les troubles mixtes. La prévalence tend à être plus élevée chez les adolescents que chez les enfants.

Tableau: Différences d'âge dans les diagnostics actuels par catégories diagnostiques

Catégories diagnostiques	N (%) 6-13 ans	N (%) 14-17 ans	N (%) 18-26 ans	$\chi^2$	df	p
externalisés	18 (20,2 %)	95 (31,7 %)	35 (37,2 %)	6,62*	2	0,037
émotionnels/externalisés	9 (10,1 %)	62 (20,7 %)	17 (18,1 %)	5,13	2	0,077
émotionnels	21 (23,6 %)	34 (11,3 %)	10 (10,6 %)	9,69**	2	0,008

### 5.2.1 Comorbidité des troubles psychiques

La comorbidité, c'est-à-dire la survenance conjointe de plusieurs maladies psychiques ou somatiques distinctes les unes des autres, est un phénomène largement répandu dont les effets sur la recherche et le traitement psychiques sont sous-estimés (Bastine, 2012). Lorsque plusieurs maladies psychiques surviennent au même moment, on doit se poser la question de leur indépendance, et en cas de troubles psychiques cumulés au même moment, un plan de traitement individuel doit être mis en place, plan qui prendra en considération la façon dont les différentes maladies, respectivement les différents champs de symptômes, interagissent au cas par cas (Bastine, 2012; Fiedler, 2006, 2012). Malheureusement, les troubles comorbides peu l'objet de recherches scientifiques, même si la majorité des patients issus de la population ayant recours à la psychiatrie remplit plus d'un critère diagnostique pour un trouble psychique (Jacobi et coll., 2004). Les troubles de l'humeur, en particulier, apparaissent presque toujours avec d'autres maladies psychiques, certainement aussi parce que les autres troubles psychiques et les difficultés d'intégration qui en découlent ont un impact négatif sur l'humeur et l'affectivité des personnes concernées (Merlartin et coll., 2002). Dans les études épidémiologiques au sein de la population générale, de toutes les personnes souffrant d'une maladie psychique, 40 % souffrent de plus d'un trouble psychique (Jacobi et coll., 2004; Caspar et coll., 2008). L'idée de base du système de diagnostic actuel n'atteint pas son objectif. En effet, l'idée selon laquelle une description et une classification de tous les symptômes pourrait contribuer à un exemple de cas complet, n'est pas satisfaisante, car les relations entre les différents domaines de symptômes ne peuvent pas être recensées (Bastine, 2012; Fiedler, 2006, 2012).

Dans les échantillons cliniques, tout comme dans les populations des foyers ou incarcérées, les troubles comorbides sont plus souvent la règle que l'exception (Jacobi et coll., 2004; Schmid, 2007; Fazel et coll., 2009). Jusqu'à un certain niveau, la comorbidité peut donner également un indice de la problématique psychique globale d'un patient. Mais il faut prendre en considération le diagnostic principal, car une personne ayant un trouble de l'ordre de la schizophrénie peut être très limitée même avec un diagnostic sans autres troubles comorbides. Pour la population en foyer, la comorbidité peut toutefois apporter d'importantes indications, car on peut déjà partir du principe qu'un jeune qui en plus d'un trouble des conduites par exemple— diagnostic le plus courant dans l'échantillon MAZ. –, remplit également les critères diagnostics pour une ou des autres affections, a une problématique psychique plus importante qu'une personne qui ne souffre que de trouble des conduites. Cela est très intéressant car on peut supposer que pour un trouble des conduites, il faudra choisir différentes stratégies de traitement en fonction du type de comorbidités et de l'interprétation qui leur est donnée. Il est également important de connaître l'étendue des troubles comorbides dans l'échantillon MAZ, que ce soit pour la compréhension des besoins socio-pédagogiques institutionnels, celle des besoins et des difficultés auxquelles sont confrontées les équipes éducatives, et pour la conception de la coopération entre les milieux pédopsychiatrique et socio-éducatif.

Des affections pour lesquelles les critères de deux troubles doivent être remplis, comme par exemple pour les troubles mixtes des conduites et des émotions (F92) ou les troubles hyperkinétiques et des conduites, se trouvent également répertoriés dans la CIM-10. C'est pourquoi cette classification semble moins adaptée à l'indication de comorbidités (présence simultanée de plusieurs troubles) que le *Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV; Sass et APA, 2003), qui ne prévoit pas de troubles mixtes, mais qui pose un diagnostic pour chaque maladie même quand elles apparaissent souvent conjointement. C'est la raison pour laquelle la détermination de la comorbidité de ce rapport repose sur le DSM-IV. Pour cela, les diagnostics CIM-10 ont été traduits en diagnostics DSM-IV (Schulte-Markwort, Marutt et Riedesser, 2002). Lors de la traduction et du recensement des troubles mixtes des conduites et des émotions ainsi que des troubles hyperkinétiques et des conduites, le trouble des conduites comme le trouble émotionnel ou hyperkinétique a été considéré, de sorte qu'ils ont été comptabilisés comme deux diagnostics distincts dans l'exploitation selon le DSM-IV.

Le tableau «*Comorbidité en cas de diagnostics DSM-IV posés*» illustre un recensement des fréquences diagnostiques. Sur 359 personnes ayant au moins un trouble psychique, environ les deux tiers ont plus d'un trouble, et environ un dixième plus de trois.

Tableau: Comorbidité en cas de diagnostics DSM-IV posés (N=359)

Nombre de diagnostics DSM-IV	N (%)
1	145 (40,4 %)
2	109 (30,4 %)
3	66 (18,4 %)
4	31 (8,6 %)
5	8 (2,2 %)



Si, lors du recensement des diagnostics, on ne comptabilisait plusieurs fois que ceux qui pouvaient appartenir aux différentes catégories diagnostiques (comme les catégories F de la CIM-10), alors, seulement une personne sur deux aurait plus d'un trouble psychique dans différentes catégories et, environ une personne sur 25 aurait plus de trois troubles différents (tableau «*Comorbidité en cas de diagnostics DSM-IV posés dans les différentes catégories*»). Globalement, on observe une image similaire à celle du recensement des diagnostics sans tenir compte des sous-catégories diagnostiques (tableau «*Comorbidité en cas de diagnostics DSM-IV posés*»). Cela indique que les personnes ayant des troubles comorbides souffrent souvent de maladies psychiques très diverses, qui peuvent être classées dans différentes catégories F de la CIM-10. Seules quelques personnes ont plusieurs maladies très proches, avec une étiologie comparable, et qui peuvent donc être classées dans des catégories «voisines» dans le schéma de classification. Cela signifie que beaucoup de jeunes souffrent de maladies complexes et difficiles à soigner, pour lesquelles une stratégie complète est nécessaire afin de s'assurer que les différents aspects des symptômes puissent être atteints de manière adéquate.

Tableau: Comorbidité en cas de diagnostics DSM-IV posés dans les différentes catégories (N=359)

Nombre des diagnostics DSM-IV	N (%)
1 diagnostic	145 (40,4 %)
2 diagnostics	109 (30,4 %)
3 diagnostics	66 (18,4 %)
4 diagnostics	31 (8,6 %)
5 diagnostics	8 (2,2 %)

Dans le tableau «*Différences liées au sexe dans la comorbidité en cas de diagnostic DSM-IV posé*», on confronte la fréquence des troubles comorbides des participants à celle des participantes. En raison des chiffres en partie trop faibles, on ne peut effectuer de test de corrélation. Mais étant donné que les fréquences observées sont peu différentes de celles estimées par les calculs, on peut partir du principe qu'il n'y a pas de différence liée au sexe pour la comorbidité.

Tableau: Différences liées au sexe dans la comorbidité en cas de diagnostic DSM-IV posé (N=359)

Nombre de diagnostics DSM-IV	N (%)	N (%)
	masculin	féminin
1 diagnostic	97 (40,2 %)	48 (40,7 %)
2 diagnostics	72 (29,9 %)	37 (31,4 %)
3 diagnostics	48 (19,9 %)	18 (15,3 %)
4 diagnostics	17 (7,1 %)	14 (11,9 %)

Pour les différences d'âges, on ne peut pas non plus réaliser de test de corrélation en raison des chiffres en partie trop faibles (tableau «*Différences d'âges dans la comorbidité en cas de diagnostics DSM-IV posés*»). Les adolescents et les jeunes adultes ont plus souvent des troubles comorbides que les enfants.

Tableau: Différences d'âges dans la comorbidité en cas de diagnostic DSM-IV posé (N=359)

Nombre de diagnostics DSM-IV	N (%)		
	6-13 ans	14-17 ans	18-26 ans
1 diagnostic	32 (56,1 %)	86 (37,7 %)	27 (36,5 %)
2 diagnostics	13 (22,8 %)	82 (36,0 %)	14 (18,9 %)
3 diagnostics	8 (14,0 %)	37 (16,2 %)	21 (28,4 %)
4 diagnostics	4 (7,0 %)	19 (8,3 %)	8 (10,8 %)
5 diagnostics	0 (0,0 %)	4 (1,8 %)	4 (5,4 %)

### 5.2.2.1 Prévalence des maladies psychiques selon le fondement juridique

Lorsque l'on examine la fréquence des troubles psychiques en fonction de la base juridique du placement, comme on peut s'y attendre, on constate que les jeunes placés pénalement souffrent plus souvent de maladies psychiques que les jeunes bénéficiant de mesures civiles ou autres. Ces autres placements se produisent en principe de manière volontaire avec le soutien des autorités. Plus de 90 % des jeunes placés sur une base juridique pénale remplissent les critères diagnostics d'un trouble psychique. Cela inclut toutefois également le diagnostic d'un trouble des conduites, qui se compose pour l'essentiel d'attitudes transgressives et des processus psychiques qui le soutiennent. Au niveau de la simple fréquence diagnostique, on ne trouve pas de différence significative entre les jeunes placés sur fondement autre (68 %) et ceux placés sur fondement civil (70 %).

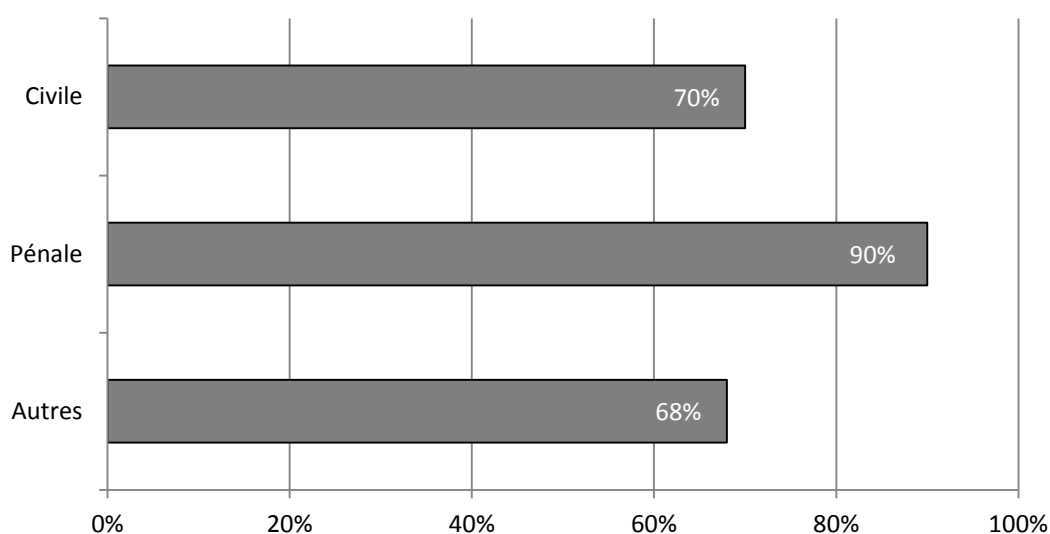


Illustration: Prévalence des troubles psychiques en fonction du fondement juridique (N=483)

### 5.2.2.2 Prévalence des troubles psychiques en fonction de la durée de séjour

En outre, le fait de savoir si la fréquence des troubles psychiques diminue avec la durée du placement a été vérifié. Dans les faits, les jeunes qui sont dans leur première ou deuxième année de placement sont ceux qui souffrent le plus souvent d'une maladie psychique (82 %). Les jeunes qui en à leur troisième année sont encore très touchés psychiquement, de sorte que plus des trois quarts souffrent encore d'une maladie psychique. Pour les jeunes qui sont placés depuis plus de trois ans, on observe une réduction importante de la problématique psychique et «seulement» 55 % souffrent encore d'un trouble psychique. Pour ceux qui sont placés depuis plus longtemps encore, la problématique s'amointrit encore davantage, de sorte que l'on diagnostique une maladie psychique à 47 % des jeunes placés depuis plus de quatre ans.

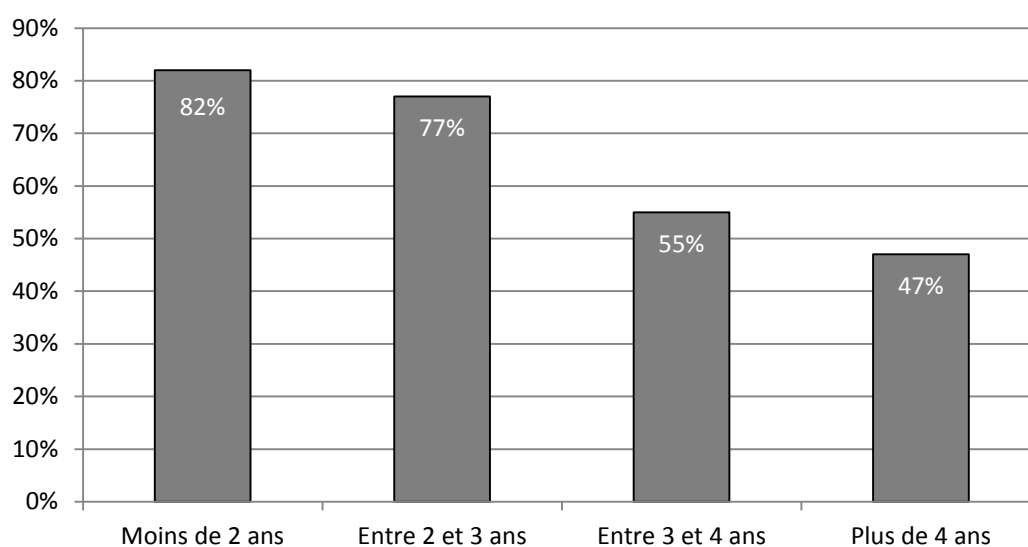


Illustration: Prévalence des troubles psychiques en fonction de la durée du placement (N=483)

La réduction de la psychopathologie durant la mesure de placement résulte probablement, d'une part, du processus éducatif en foyer, étant donné que durant la période d'observation du projet MAZ., la problématique psychique des jeunes a également significativement diminué (voir ci-dessous). D'autre part, il existe également des indices selon lesquels les aides sont plus souvent interrompues chez les jeunes particulièrement affectés. De plus, les pratiques de placement jouent également un rôle. Par exemple, beaucoup de jeunes souffrant de troubles sont admis dans des foyers d'observation pour spécifier leur situation et ainsi les placer de manière ciblée et adaptée. Dans le cadre du projet MAZ., le mandat de placement est certes saisi, mais ces derniers sont tout de même retenus dans l'évaluation de la durée des mesures qui sont la plupart du temps terminées normalement.

### 5.2.3 Prévalence des troubles liés à la consommation de substances

La consommation de substances et ses conséquences constituent souvent, d'une part, l'indication pour un placement et sont, d'autre part, tout aussi souvent un défi particulièrement relevé dans les processus socio-éducatifs. Il n'est pas rare que les mesures et les placements en foyer échouent en

raison dues conduites de consommation, des problèmes éducatifs qui en découlent et du retrait relationnel qui caractérise les mineurs en proie à de telles problématiques.

De plus, l'abus de substances s'accompagne de relations à risque avec les pairs, de nombreux délits et d'un développement délinquant chronique (Fergusson et al. 1999). Commencer à consommer précocement est considéré comme un des facteurs de risque prépondérant pour les troubles liés à la consommation de substances, les troubles psychiques chroniques et le développement de troubles de la personnalité dyssociale (Esser et coll., 2008; Pitzer et coll., 2010; Loeber, 1995). Il n'est pas rare que la consommation de substances serve à solutionner de manière désespérée les autres troubles psychiques non traités comme peuvent l'être les dépressions (Turner et coll., 2005), le TDAH (Fröhlich et Lehmkuhl, 2006) et les troubles posttraumatiques (Crosby-Ouimette, 1998; Schay et Liefke, 2009).

De nombreux enfants et adolescents évalués sont issus de familles confrontées à des problèmes de dépendances (Zobel, 2008; Lachner et Wittchen, 1997; Esser et coll., 2008; Pitzer et coll., 2010). Ils ont ainsi un risque huit fois plus élevé de développer eux-mêmes un trouble liés à la consommation de substances. C'est pourquoi le processus socio-éducatif en foyer doit également comporter un caractère préventif menant les jeunes à savoir refuser les drogues illégales, les aidant à utiliser de manière adéquate les substances licites, leur expliquant de manière transparente les risques qu'ils encourent. En raison de cette constellation, il est très intéressant de savoir combien de jeunes consomment des substances nocives ou même souffrent d'une dépendance à des substances psycho-actives, quelles sont les drogues les plus fréquemment utilisées et quand les jeunes commencent à les consommer.

Tableau: Utilisation nocive et syndrome de dépendance selon la CIM-10 saisis à l'aide du K-SADS (N=483)

CIM-10	%	m:f
Utilisation nocive (F1x.1)	11	1:1
Syndrome de dépendance (F1x.2)	3,8	5:1

En tout, 11 % des jeunes ont une utilisation nocive d'au moins une substance psycho-active. Une dépendance manifeste a été diagnostiquée chez 3,8 % de l'échantillon. Pour les dépendances, les participants s'avèrent être cinq fois plus touchés que les participantes, alors que pour l'utilisation nocive, on constate un rapport équilibré entre les deux sexes. En ce qui concerne les dépendances, on rapporte également dans la littérature des prévalences généralement plus importantes chez les hommes, que ce soit durant leur jeune âge (Weichhold, 2009) ou leur adolescence (Schepker et coll., 2009).

D'un autre côté, le rapport clair entre les sexes au détriment des hommes s'explique également par le fait que beaucoup de personnes concernées par une toxicomanie ou un état de dépendance ont été soignées dans un des centres de placement suite à une dépendance aux opiacés et/ou à la cocaïne. Les jeunes femmes toxicomanes ne peuvent pas bénéficier de ce type d'offres sociopédagogiques et sont soignées dans d'autres institutions pénitentiaires ou dans le secteur de la toxicomanie.

Si l'on analyse avec quelles substances les jeunes en foyer ont le plus de problèmes, on constate qu'il s'agit en première ligne, et de loin, du cannabis. Vient ensuite l'alcool qui est la deuxième substance la plus souvent consommée. Un pour cent d'entre eux est polytoxicomane et consomme plusieurs

substances. Moins d'un pourcent de l'échantillon souffre d'une dépendance ou d'une utilisation nocive d'opiacés ou de cocaïne. Les 286 jeunes ayant déjà consommé de l'alcool ont indiqué en avoir bu pour la première fois à 13 ans ( $SD=2,8$ ), et de s'être saoulé pour la première fois à 14 ans ( $SD=2,8$ ). En moyenne, ils ont dépensé CHF 33.40 pour la consommation d'alcool dans les 30 jours précédents le questionnaire. A cet égard, les jeunes hommes ont dépensé beaucoup plus d'argent ( $M=40,0$ ,  $SD=87,9$ ) que les jeunes femmes ( $M=15,6$ ,  $SD=35,9$ ). La différence est significative ( $t(243)=2,19$ ,  $p<0,05$ ). La première consommation de cannabis intervient également à 13 ans. Le fait de commencer à consommer des substances précocément préfigure une constellation particulière de risques, et représente un danger pour le développement de maladies psychiques chroniques/de dépendance (Laucht et coll., 2007).

Tableau: Diagnostics des troubles liés à des substances. Consommation classée par type de drogue

Substance	<i>n</i>	%
Cannabis	53	11,0 %
Alcool	17	3,5 %
Substances multiples / polytoxicomanie	5	1,0 %
Cocaïne	4	0,8 %
Opiacés / stimulants	2	0,4 %

*Consommation de substance (N=483)*

### 5.3 Domaines problématiques dans le BARO

L'interview semi-structuré BARO-P (BARO pour éducateurs) adapté pour le projet pilote a été réalisé dans le cadre de l'entretien diagnostique approfondi, aussi bien avec les jeunes qu'avec les éducateurs référents.

Les expériences pratiques de l'utilisation du BARO dans le projet MAZ. ont montré qu'il s'avère permettre une bonne entrée en matière pour les diverses conversations. Il a été possible dans ce cadre de récolter de très nombreuses informations sur les différents domaines vitaux des jeunes.

Le BARO s'est également révélé être très facile d'utilisation. Grâce aux questions proposées, structurées dans les différents domaines, l'interviewer peut suivre un fil conducteur et en même temps suivre les suggestions de la personne interrogée, de manière à ensuite approfondir ces points. Le temps nécessaire est acceptable si l'on considère les informations obtenues, ce qui parle en faveur de l'utilisation de cet instrument.

Dans l'échantillon global, 488 entretiens BARO ont pu être intégrées aux calculs. Leur évaluation avec les jeunes et leurs référents montre qu'il existe un besoin d'approfondissement psychologique-psychiatrique (bilan) pour 421 jeunes (86 %). Pour les jeunes concernés, il existe un risque très élevé d'être perturbés dans la suite de leur développement.

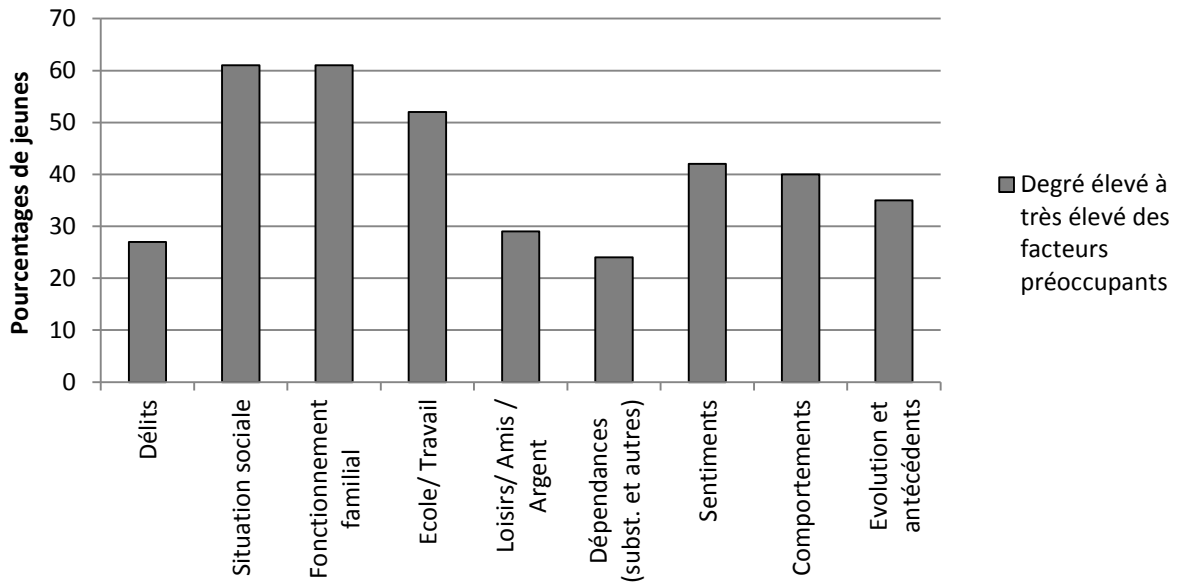


Illustration: Nombre de jeunes ayant de nombreux ou de très nombreux facteurs inquiétants dans le BARO (n=488)

L'évaluation descriptive contenue dans l'illustration «*Nombre de jeunes ayant de nombreux ou de très nombreux facteurs inquiétants dans le BARO*» montre que pour plus de 50 % des jeunes de l'échantillon global, on estime qu'ils ont de nombreux ou de très nombreux facteurs préoccupants dans les domaines *Situation sociale*, *Famille* et *Ecole/Travail*. Moins de 30 % des jeunes affichent un degré élevé d'inquiétude pour les domaines *Délict*, *Loisirs/Amis/Argent* ainsi que *Dépendances*. L'illustration «*Estimation des indicateurs d'inquiétude dans le BARO*» montre que le plus souvent, il n'a pas été possible d'évaluer les items inquiétants dans le domaine *Evolution et antécédents*. Malgré les nombreux «*Missings*», il y a toujours 35 % des jeunes qui manifestent une forte perturbation dans ce domaine.

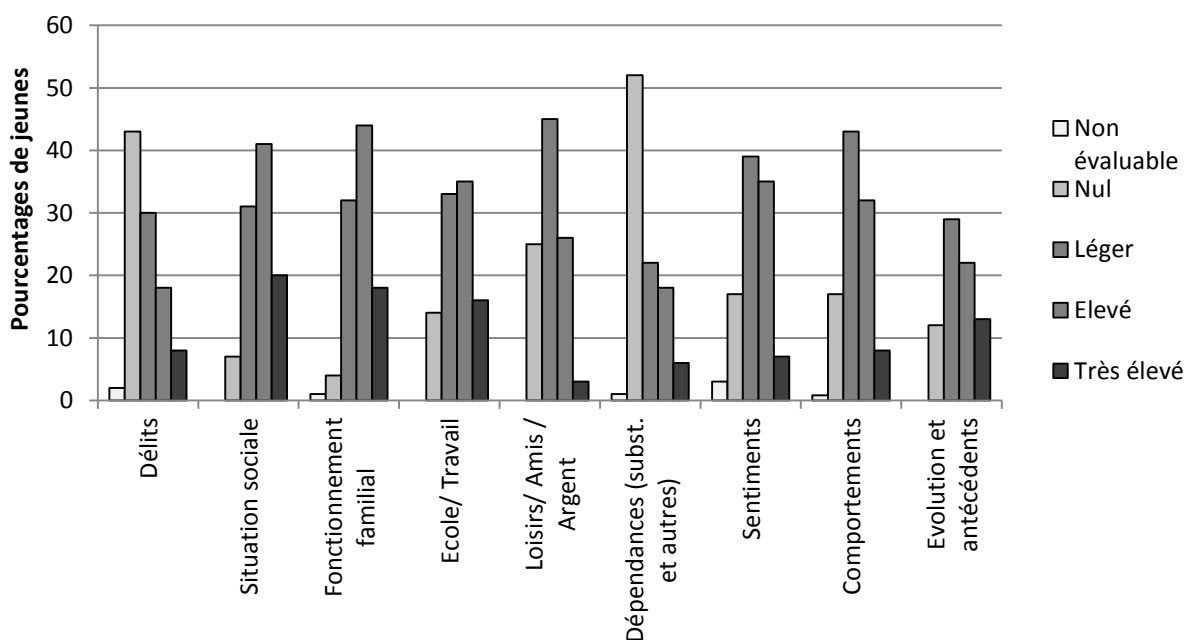


Illustration: Estimation des indicateurs d'inquiétude dans le BARO (n=488)

Concernant les manifestations de facteurs préoccupants dans les différents domaines, nous trouvons des différences significatives liées au sexe. On constate ainsi que les garçons présentent un degré significativement plus élevé de facteurs préoccupants (de léger à très élevé) dans le domaine *Délits* ( $\chi^2=14,57$ ;  $p=0,000$ ). Les filles par contre, présentent elles des degrés de facteurs préoccupants plus souvent et de manière très significative dans le domaine *Situation sociale* (de léger à très élevé) ( $\chi^2=7,97$ ;  $p=0,005$ ), et dans le domaine *Sentiments* de manière significative ( $\chi^2=4,75$ ;  $p=0,029$ ).

Concernant la façon de formuler les questions quant au degré des facteurs chez les différents jeunes, nous avons procédé par dichotomie des différentes variables. On a donc différencié un jeune présentant un degré nul de facteurs préoccupants d'un autre manifestant un degré léger à très élevé. Pour chaque participant considéré comme ayant un domaine préoccupant, peu importe son degré, les nombres des domaines sont additionnés. L'illustration «*Répartition des fréquences des domaines marquants*» montre que l'on estime que 80 % des jeunes sont atteints ou ont des manifestations dans 6 à 9 domaines.

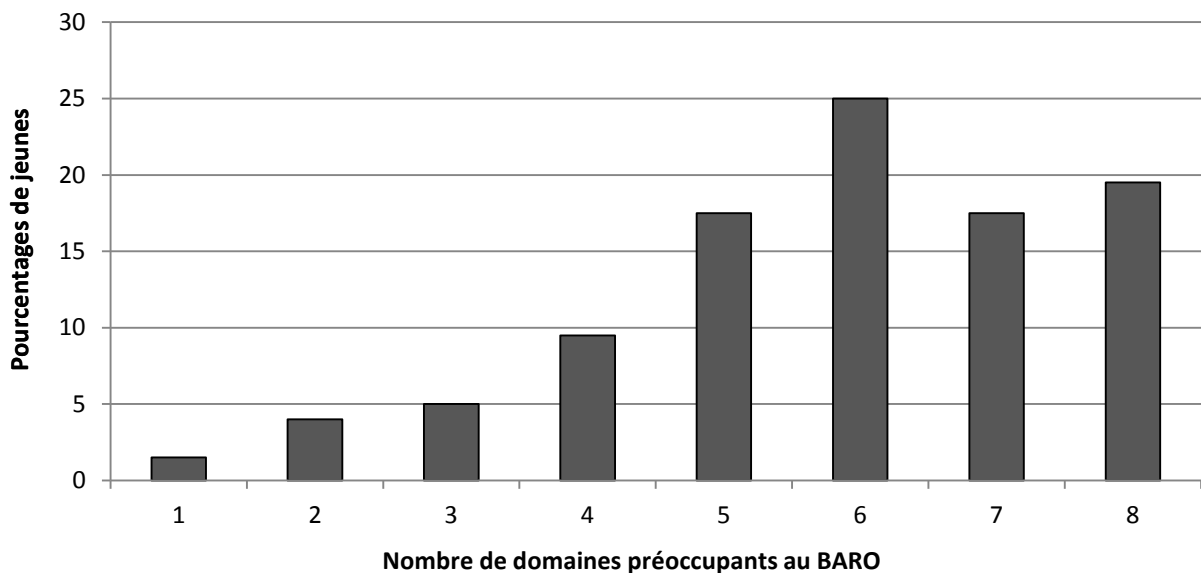


Illustration: Répartition des fréquences des domaines marquants (n=488)

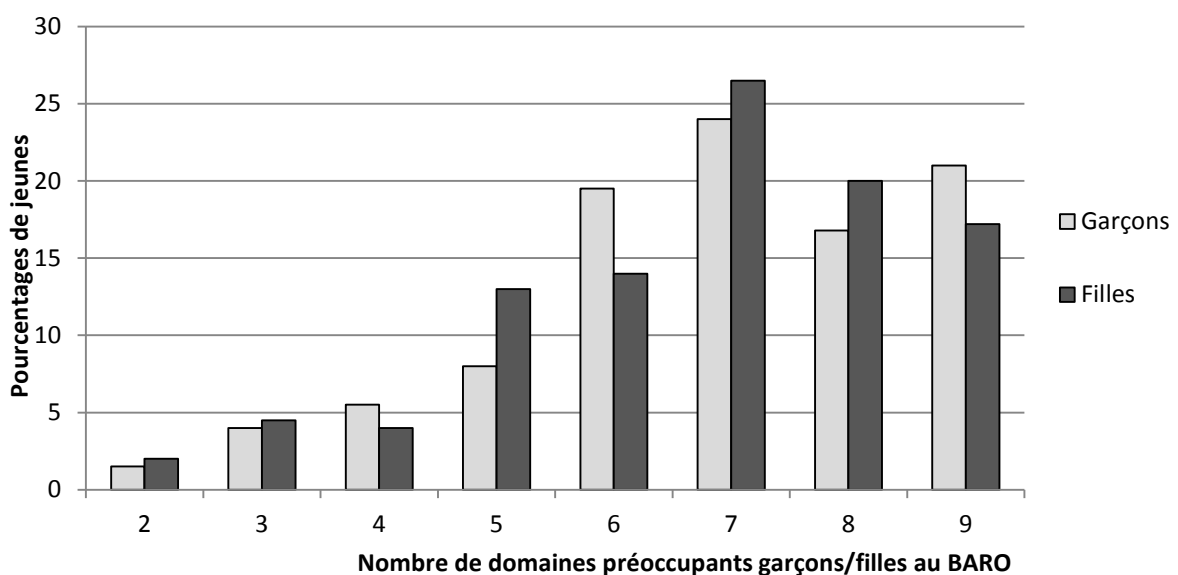


Illustration: Répartition des fréquences des domaines marquants en fonction du sexe

La répartition des fréquences des domaines préoccupants (illustration «*Répartition des fréquences des domaines marquants en fonction du sexe*») ne montre pas de différence entre les sexes, c'est-à-dire que le nombre de filles indiqué dans les domaines préoccupants n'est pas plus élevé que celui des garçons.



## 5.4 Résultats du Massachusetts Youth Screening Instrument (MAYSI-2)

Si l'on considère les résultats du MAYSI-2 dans toutes les régions linguistiques, on constate que même dans cette procédure courte très différenciée d'autoévaluation pour le dépistage (screening) des maladies psychiques, on enregistre un très pourcentage d'enfants et d'adolescents souffrant de vulnérabilités psychiques. Sur au moins une des échelles de syndrome, 78 % de l'échantillon MAZ. obtient une valeur au-delà du seuil clinique. 53 % se décrivent comme étant irritables, 49 % comme anxieux-dépressif et 42 % rapportent des pensées suicidaires et d'automutilation. Plus de 40 % des jeunes hommes de l'échantillon MAZ. ont rapporté des troubles de la pensée et des problèmes de concentration. Il n'y a pas de seuil défini pour cette échelle pour les jeunes femmes.

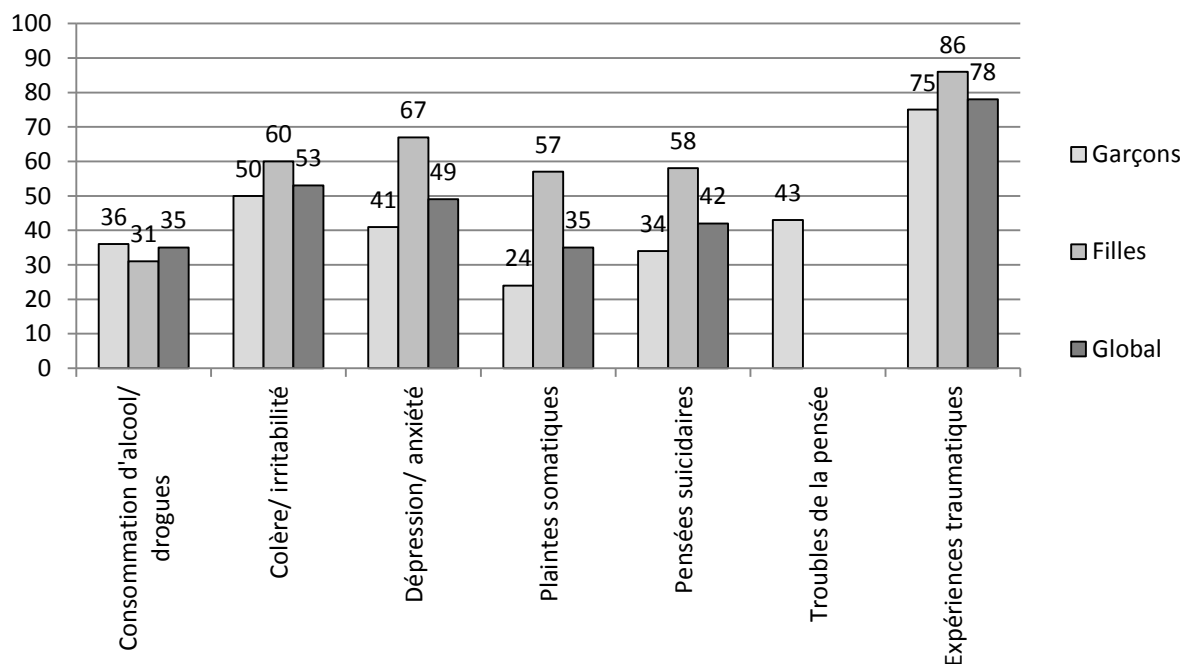


Illustration: Troubles MAYSI-2 en fonction du sexe. Masculin N= 349. Féminin N=166. Fréquences relatives en pourcentages. Différences significatives liées au sexe ( $p < 0,01$ ) dans les échelles Irritable, Anxieux-dépressif, Plaintes somatiques et Pensées suicidaires.

Les adolescentes se décrivent dans l'autoévaluation MAYSI-2 comme ayant clairement plus de troubles que les adolescents et les jeunes hommes. Les différences liées au sexe se manifestent directement dans toutes les sous-échelles, mais dans l'échelle de la consommation problématique de substances, ce sont les participants masculins qui davantage ont tendance à manifester des troubles. Les différences liées au sexe deviennent particulièrement marquantes comme on peut s'y attendre pour les symptômes internalisés comme les sous-échelles *Pensées suicidaires*, *Dépression/anxiété* et *Plaintes somatiques*. En particulier, l'importante propagation chez les adolescentes des comportements d'automutilation et des pensées suicidaires, tout comme les plaintes somatiques, peut être mieux démontrée grâce au MAYSI-2 qu'avec le Child Behavior Checklist (CBCL) et le Youth Self Report (YSR). Elle étaye de façon saisissante l'immense vulnérabilité de cet échantillon. Les gestes automutilatoires et les pensées suicidaires s'avèrent être des symptômes très délicats à contrôler et ils peuvent peser énormément sur les équipes socio-éducatives et pédopsychiatriques (Schmid, 2007; Colla, 1999). Une procédure de dépistage qui répertorie les tendances suicidaires est un instrument

diagnostic précieux, ceci en raison des taux élevés de suicide en détention préventive et du risque de suicide latent, que nombre de jeunes des foyers présentent. Cet instrument représente une bonne entrée en matière pour un entretien de soutien. Il peut permettre et/ou faciliter le recours à l'aide correspondante auprès des spécialistes et l'identification à temps des jeunes à haut risque. Les chiffres élevés de prévalences des pensées suicidaires ne doivent aucunement inciter à ne pas prendre au sérieux ces symptômes et ces résultats dans un groupe. Il semble plutôt important que les éducateurs sociaux développent une certaine assurance dans leur comportement face à de telles pensées suicidaires. Il paraît tout aussi important qu'ils apprennent à différencier les signes annonciateurs aigus des tendances latentes à travers l'observation et le dialogue avec les jeunes. Evidemment, chaque professionnel se doit de respecter les limites entre les champs de compétences, notamment dans le dialogue avec les jeunes à tendances suicidaires. La subtilité de ce type de dialogue réside dans le fait d'exprimer d'une part, une préoccupation pour le jeune et de la compréhension pour sa situation, tout en exigeant d'autre part des garanties obligatoires et en veillant à ce que ces attitudes suicidaire et d'automutilation ne se voient pas renforcées par trop d'attention.

L'importante vulnérabilité psychique des jeunes en foyer relevée grâce au MAYSI-2 coïncide avec les résultats trouvés aux Etats-Unis (Cauffmann et coll., 2004) et dans les états européens (Colins et coll., 2011). On constate toutefois une tendance à une problématique internalisée plus élevée, ce qui s'explique certainement par l'effet de sélection des placements en foyer de longue durée en Suisse. Généralement, Les grandes études réalisées aux Etats-Unis avec le MAYSI-2 incluent également les jeunes qui n'ont eu qu'un bref contact avec la police ou les établissements pénitentiaires pour mineurs, ce qui peut donc aussi impliquer aux Etats-Unis les délits en matière de circulation routière ou de consommation d'alcool avant l'âge légal.

## **5.5 Qualité de vie**

La qualité de vie a été évaluée grâce au Questionnaire d'évaluation de la qualité de vie chez l'enfant et l'adolescent (QQV-ILK). Ce questionnaire recense différents domaines de la qualité de vie qui sont appréciés par les jeunes eux-mêmes et par leurs référents.

Le QQV a été rempli par 565 éducateurs référents et 520 jeunes. Pour 53 personnes, on ne dispose que d'informations rapportées par un tiers. Afin de pouvoir mieux comparer les atteintes à la qualité de vie rapportées par les jeunes eux-mêmes avec celles rapportées par des tiers, les calculs présentés dans ce chapitre ne concernent que les 512 personnes pour lesquelles on dispose aussi bien de l'autoévaluation que de l'hétéroévaluation.

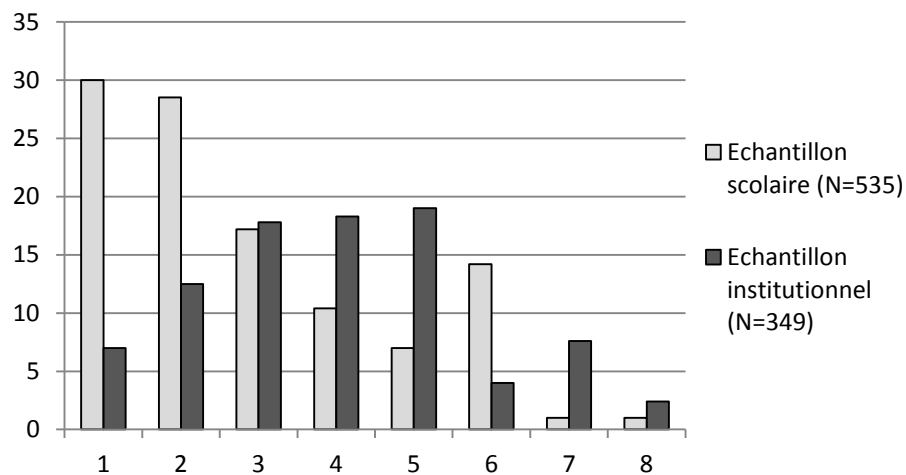
### **5.5.1 Comparaison avec un échantillon normal**

Pour le QQV, nous disposons des valeurs normales spécifiques au sexe d'un grand échantillon scolaire représentatif, qui reflètent le nombre de domaines d'atteintes à la qualité de vie. Une dichotomie dans laquelle une somme se compose à partir de l'échelle à 5 niveaux s'est imposée comme mesure d'évaluation (voir Mattejat et coll., 2003; Schmid, 2007). Dans l'illustration «*Fréquence des atteintes à la qualité de vie en auto- et en hétéroévaluation dans l'échantillon scolaire et dans l'échantillon de*

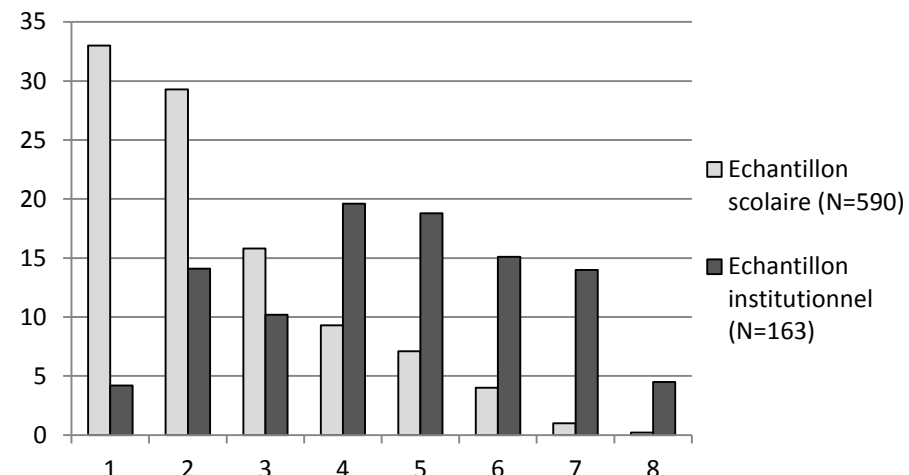
*foyer*» (gauche et droite en haut), on peut constater que les référents en foyer indiquent nettement plus souvent des domaines dans lesquels la qualité de vie est atteinte que les parents des enfants de l'échantillon scolaire. Par exemple, seulement 23,9 % des parents de jeunes de l'échantillon scolaire, contre 61,6 % des éducateurs référents des jeunes placés dans les institutions suisses indiquent plus de deux domaines pour lesquels la qualité de vie est diminuée. Pour les filles de cette étude, le rapport est de 21,3 % à 71,1 % et la différence est encore plus marquée. En général, la répartition des fréquences est encore plus asymétrique pour les filles que pour les garçons. Ainsi, 33,1 % des filles indiquent au moins cinq domaines pour lesquels la qualité de vie est diminuée, alors que cela ne touche que 24,1 % des garçons dans l'échantillon du projet.

En comparant les atteintes à la qualité de vie rapportées en autoévaluation par les garçons et les filles des deux échantillons, on constate que les garçons de l'échantillon du projet indiquent des atteintes à peine plus souvent que les garçons de l'échantillon scolaire (illustration «*Fréquence des problèmes en auto- et en hétéroévaluation dans l'échantillon scolaire et dans l'échantillon de foyer*», en bas à gauche). Pour les filles, cette tendance est bien plus marquée (illustration «*Fréquence des problèmes en auto- et en hétéroévaluation dans l'échantillon scolaire et dans l'échantillon de foyer*», en bas à droite).

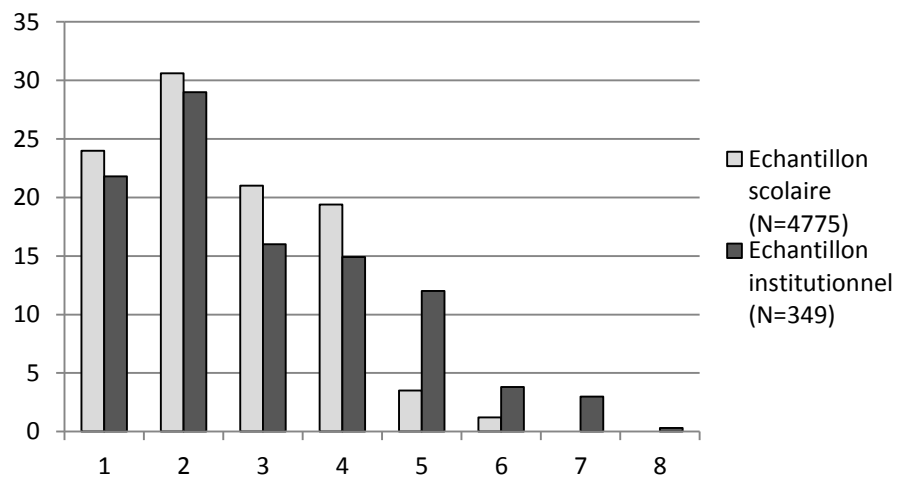
Mais pour les filles, il existe un écart important entre le nombre de problèmes indiqués en autoévaluation et ceux indiqués en hétéroévaluation. Ainsi, «seulement» 16,5 % des filles ont indiqué des atteintes à la qualité de vie dans au moins cinq domaines, alors que ce chiffre s'élève à 33,1 % en hétéroévaluation. Pour les garçons, cette différence entre l'auto- et l'hétéroévaluation est encore plus marquée. 6,9 % des garçons indiquent des atteintes à la qualité de vie dans au moins cinq domaines, alors que ce chiffre s'élève à 24,1 % en hétéroévaluation. Cet écart entre l'auto- et l'hétéroévaluation provient probablement du fait que les jeunes en foyer issus de l'échantillon ont une perception biaisée d'eux-mêmes. Cette théorie est non seulement confortée par les vulnérabilités psychiques importantes des jeunes, mais également par le constat qui veut que la conformité chez les filles, entre les problèmes mentionnés en autoévaluation et ceux mentionnés en hétéroévaluation, est quelque peu meilleure (cf. illustration «*Fréquence des problèmes en auto- et en hétéroévaluation dans l'échantillon scolaire et dans l'échantillon de foyer*» en haut à droite vs en bas à droite), et que les données rapportées par les garçons eux-mêmes disparaissent des statistiques.



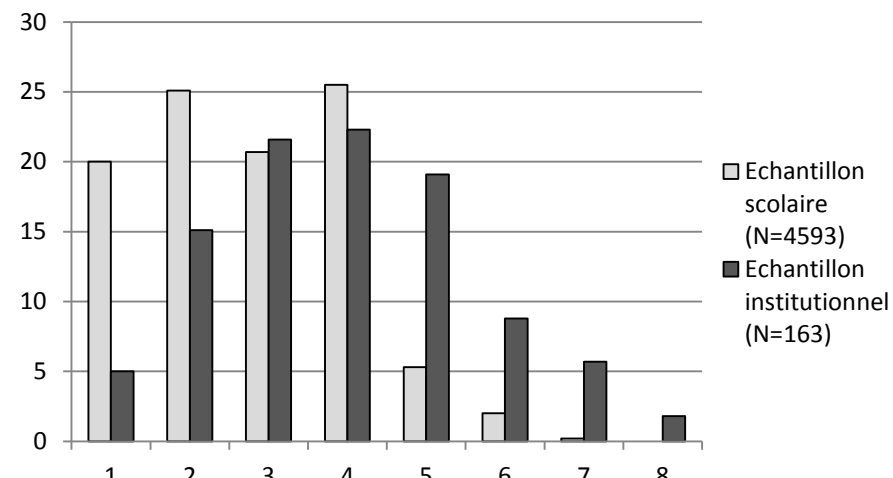
Nombre de problèmes indiqués en hétéro-évaluations chez les garçons (Pro-7-Score)



Nombre de problèmes indiqués en hétéro-évaluations chez les filles (PRO-7-Score)



Nombre de problèmes indiqués en auto-évaluations chez les garçons (Pro-7-Score)



Nombre de problèmes indiqués en auto-évaluations chez les filles (PRO-7-Score)

Illustrations: Fréquences des perturbations de la qualité de vie dans l'échantillon de l'école et dans l'échantillon du projet en auto- et en hétéroévaluation  
Pourcentages de personnes

### 5.5.2 Evaluation des domaines constitués pour le projet pilote du QQV élargi

Afin de pouvoir être utilisé pour l'évaluation des mesures d'aide à la jeunesse, le QQV a été complété par des questions supplémentaires (cf. Schmid, 2007), incluses également dans le projet pilote. Les résultats présentés ci-dessous se réfèrent à la version modifiée. Elle diverge de la version d'origine dans la mesure où le domaine *Ecole* est composé de cinq questions et le domaine *Pairs* de quatre questions au lieu d'une seule. De plus, des questions concernant d'une part la capacité à assumer les tâches quotidiennes (*Quotidien*), et d'autre part, la relation existante avec les formateurs et les éducateurs (*Pédagogues*) ont été posées.

Comme on peut le voir dans l'illustration «*Fréquence des domaines problématiques en auto- et en hétéroévaluations*», les jeunes indiquent plus souvent des problèmes que leurs éducateurs dans le domaine *Santé*. Dans le domaine *Pédagogues*, il n'y a pas de différence entre la fréquence des problèmes rapportés en auto- ou en hétéroévaluation. Dans tous les autres domaines, les éducateurs constatent plus souvent que les jeunes eux-mêmes des domaines nuisant à la qualité de vie. Ce qui est extrêmement frappant, c'est que les jeunes indiquent beaucoup moins de problèmes en famille. Cela démontre que les jeunes éprouvent une très forte loyauté envers leur famille et veulent la protéger, consciemment ou non. Cela indique également que les jeunes n'ont pas de représentation concrète d'une vie familiale sécurisante et émotionnelle. Les résultats trouvés dans le cadre du projet pilote sur la qualité de vie des jeunes issus de foyers et sur les différences entre l'auto- et l'hétéroévaluation correspondent aux résultats d'autres études (Schmid, 2007). Les différences entre les deux formes d'évaluation font comprendre qu'il est important de refléter les différentes perspectives grâce aux résultats de tests dans le processus socio-éducatif.

Ainsi, dans le cadre de l'auto-évaluation, en moyenne 2,8 (*STD*=1,8) domaines de nuisance à la qualité de vie sont mentionnés. En hétéroévaluation, ce chiffre s'élève à 3,7 (*STD*=1,8). La plupart des problèmes relatés en auto- comme en hétéroévaluation se trouvent dans les domaines *Ecole*, *Pairs* et *Santé Mentale*.

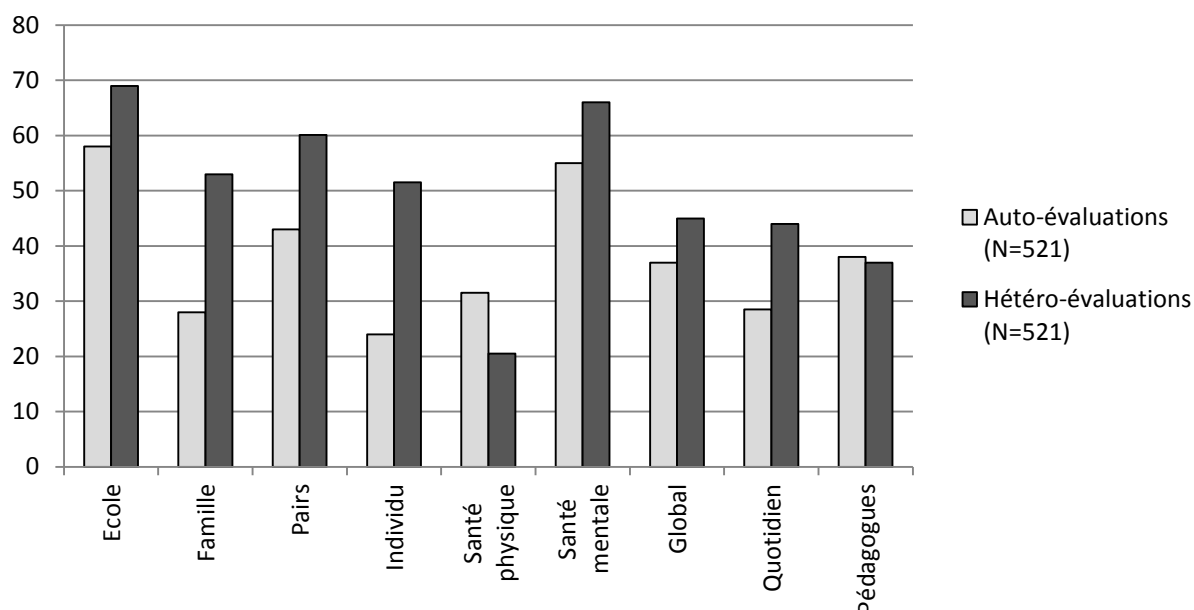


Illustration: Fréquence des domaines problématiques en auto- et en hétéroévaluations. Toutes les différences entre les valeurs moyennes sont significatives au niveau 0,01, hormis celles du domaine *Pédagogues*. Les fréquences relatives indiquées sont en pourcentages.

## 5.6 Facteurs influençant une fin de mesure anticipée

Il est ici question des caractéristiques et du nombre de jeunes ayant participé à la première période d'évaluation dans le cadre du projet MAZ.. Pour une période d'observation de presque un an, on peut partir du principe qu'un nombre considérable de jeunes quitte le projet entre les évaluations. De plus, il est évidemment aussi possible que d'autres raisons les empêchent de participer à l'évaluation. Grâce à un questionnaire développé par nos soins, nous avons saisi les raisons pour lesquelles il n'était pas possible de recueillir des données lors de la deuxième période d'évaluation. Sur le plan socio-pédagogique, il est surtout intéressant d'identifier tous les facteurs qui caractérisent les jeunes quittant le foyer et donc la mesure de manière irrégulière. Le fait qu'un placement se termine de manière irrégulière indique qu'il y a un problème dans le déroulement de celui-ci. Il se peut donc que le jeune en question n'arrive pas à s'adapter à l'institution, à accepter les propositions d'aide ou à tisser des liens avec les éducateurs et les autres jeunes du foyer. Il se peut aussi que son comportement est tellement irrespectueux des règles qu'il faut mettre fin au placement.

Sur 592 participants au projet pilote, on dispose des données d'au moins un outil pour 405 personnes lors de la deuxième période d'évaluation. Les raisons de l'absence totale de données historiques ressortent de l'illustration «*Motifs de cessation de la participation au projet pilote*». Dans ce qui suit, le groupe de 92 personnes pour lesquelles il a été mis fin au placement de manière irrégulière est comparé au groupe de 405 personnes pour lesquelles nous disposons d'au moins un instrument pour chacune des deux périodes d'évaluation. On peut partir du principe que ce groupe de personnes est resté placé au moins jusqu'à la deuxième mesure dans le cadre du projet pilote. Cela constitue une base de comparaison utile afin de vérifier quels sont les facteurs qui différencient les personnes dont le placement a été interrompu, des personnes qui sont restées placées un certain temps. Dans ce qui suit, les statistiques de l'influence des différentes variables seront examinées.

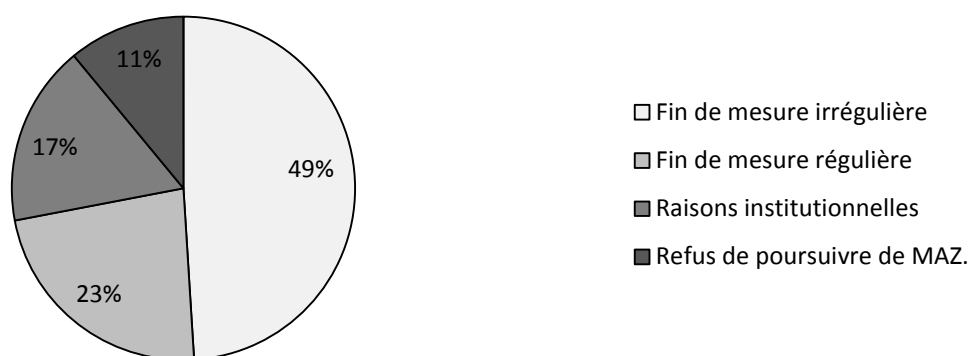


Illustration: Motifs de cessation de la participation au projet pilote (N=187)

Dans le paragraphe suivant, les différents facteurs d'influence potentiels d'interruption de placement seront présentés. Les facteurs d'influence potentiels considérés sont la psychopathologie, les traumatismes interpersonnels, les traits de personnalité psychopathique et la fréquence des placements antérieurs.

### 5.6.1 Influence de la problématique psychique

Une comparaison entre les deux groupes dans le Child Behavior Checklist (CBCL) ou le Young Adult Behavior Checklist (YABCL) montre que les personnes dont le placement a été interrompu ont en moyenne des scores T plus élevés pour la *Problématique globale* et les *Problématiques externalisées* en ce qui concerne les problèmes psychiques hétéro-évalués. Les *Problématiques externalisées* auto-évaluées (non représenté ici) sont également plus présentes pour les personnes dont le placement a été interrompu.

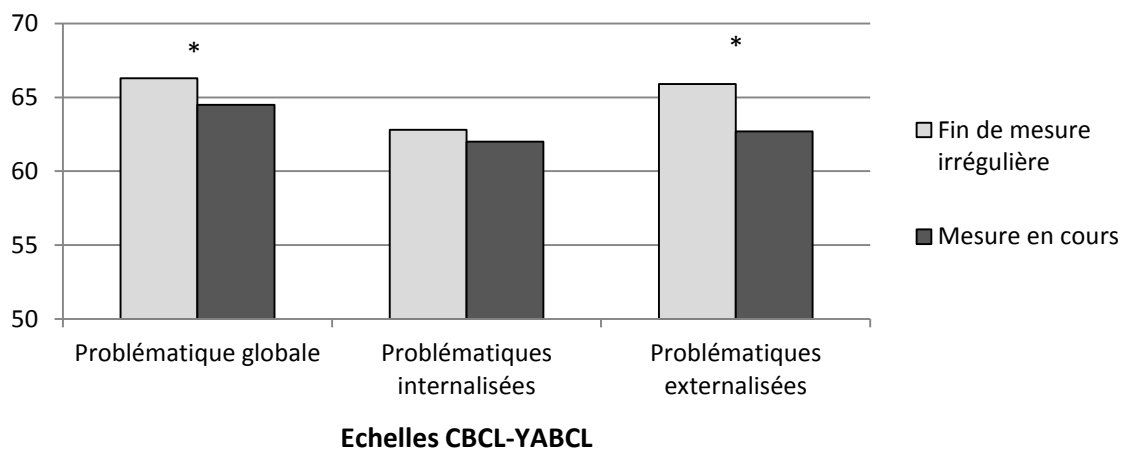


Illustration: Différences entre les valeurs moyennes en terme de problèmes psychiques (CBCL/YABCL) au moment de la première évaluation entre les participants pour lesquels on dispose des données de la deuxième évaluation, et ceux dont le placement a été interrompu de manière irrégulière (test t pour des échantillons indépendants)

### 5.6.2 Influence des traits de personnalité psychopathique

Le Youth Psychopathic Traits Inventory (YPI) a été utilisé afin d'évaluer les traits de personnalité psychopathique des participants au projet pilote. Une comparaison entre les valeurs moyennes des participants étant encore présents pour la deuxième mesure et ceux dont le placement a été interrompu de manière irrégulière se trouve dans l'illustration «*Différences entre les valeurs moyennes du test des traits de la personnalité psychopathique (YPI)*». Les participants dont le placement a été interrompu de manière irrégulière ont des valeurs significativement plus élevées que les personnes présentes pour la deuxième mesure, pour les facteurs *Interpersonnel*, *Affectif* et *Comportement* ainsi que pour le *Score total*. Ainsi, les traits de personnalité psychopathique vont de pair avec un risque beaucoup plus élevé d'interruption de placement irrégulière.

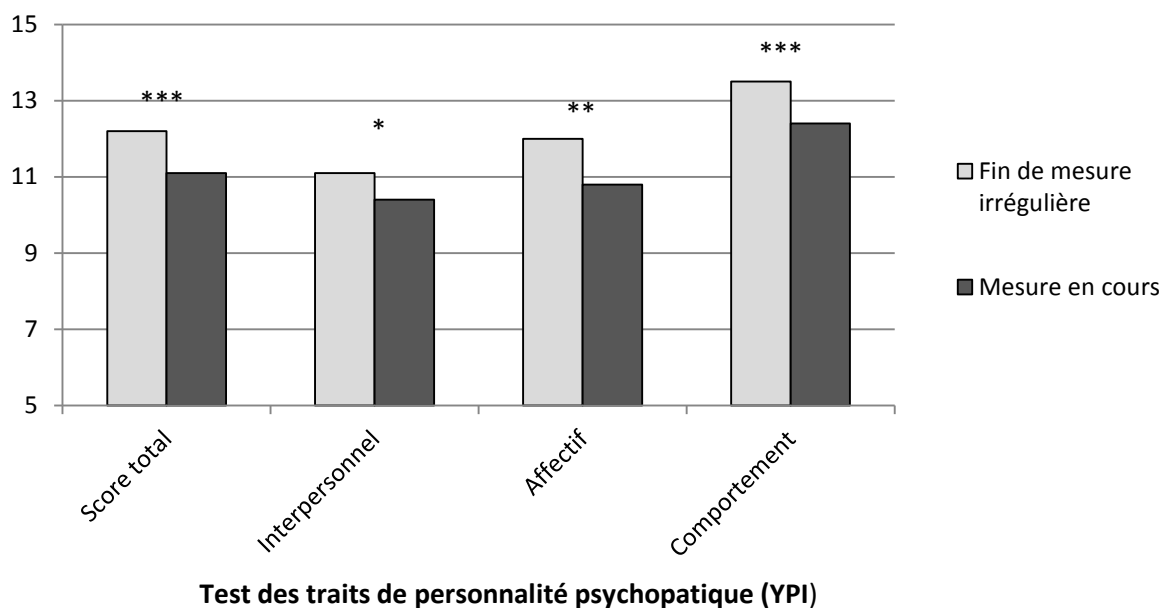


Illustration: Différences entre les valeurs moyennes du test des traits de la personnalité psychopatique (YPI) lors de la première mesure entre les participants présents à la deuxième évaluation et ceux dont le placement a été interrompu (test t pour des échantillons indépendants).

### 5.6.3 Influence de la fréquence des placements antérieurs hors du foyer familial

Outre les résultats des tests et des entretiens utilisés jusqu' alors, on s'intéresse également aux antécédents de placements hors du foyer familial, comme facteur d'influence potentiel sur le déroulement de la mesure. On constate qu'une fréquence significativement plus élevée d'interruptions de placement (23 %) va de pair avec des placements antérieurs. Ce résultat confirme de nombreuses constatations selon lesquelles l'échec des aides précédentes augmente le risque d'un nouvel échec de placement (Schmidt et coll., 2002; Macsenaere et Knab, 2004).

### 5.6.4 Régression logistique binaire de la cessation irrégulière de la mesure de placement

Pour les résultats mentionnés jusque-là, l'influence de chaque facteur est examinée indépendamment des autres. Comme pour l'atteinte d'objectifs, on s'intéresse ici particulièrement aux facteurs qui ont le plus d'impact sur le déroulement du placement. Afin de déterminer l'importance de chaque facteur, ainsi que les possibles interactions, on utilise une analyse de régression logistique binaire. Pour cela, les facteurs suivants ont servi de facteurs annonceurs:

- Sexe;
- Age (en années);
- Nombre des placements antérieurs hors du foyer familial;
- Psychopathologie: présence d'un trouble psychique et d'un trouble de la personnalité, traits de personnalité psychopatique (score total YPI);



- Gravité du délit (pas de délit, délit mineur, délit de gravité moyenne, délit grave avec au maximum sept différents délits, délit grave avec au moins sept différents délits) et;
- Nombre des traumatismes interpersonnels différents causés par une personne connue (K-SADS et ITE).

Un processus statistique complexe utilisant ces variables calcule, en tenant compte de leurs combinaisons, lesquelles d'entre elles représentent la meilleure prédiction statistique pour une interruption irrégulière du placement, et quelle importance doit être accordée aux différentes variables. Comme de nombreuses variables sont interdépendantes, il est tout à fait possible que les variables à forte variance pertinentes soient également perçues. Evidemment, la façon dont sont saisies ces variables joue un rôle important. En règle générale, les questionnaires pour lesquels les jeunes obtiennent des résultats très différents (grande variance), représentent la méthode ayant les meilleurs résultats pour les calculs de régression.

Pour choisir les variables nécessaires à l'équation de régression, la méthode inverse avec le likelihood ratio a été utilisée. Conformément à la convention, un faux positif de 10 % a été fixé comme critère pour la prise en compte des variables dans l'équation de régression définitive. Cela ne porte pas atteinte au fait que les variables ayant un faux positif inférieur à 5 % donnent une valeur prévisionnelle significative. Les variables résiduelles de l'équation peuvent toutefois influencer la valeur prévisionnelle des autres variables du projet. Comme l'analyse de régression ne peut intégrer que des personnes pour lesquelles on dispose des données de tous les instruments, la taille de l'échantillon se réduit à 296 personnes.

Après 12 étapes, l'analyse a proposé un modèle avec deux facteurs d'influence restants ( $X^2=17,67$ ,  $df=2$ ,  $p<0,001$ ), qui contribuent de manière significative aux prévisions (tableau «*Régression logistique binaire pour la prévision des interruptions de placement irrégulières*»), mais dont l'un constitue une contribution très significative aux prévisions. L'interprétation de la variance de ce modèle est de 12,0 % ( $R^2$  de Nagelkerke). Les traits psychopathiques de la personnalité représentent de loin la plus importante contribution à la prédiction: plus le score total du Youth Psychopathic Trait Inventory est élevé, plus la probabilité est forte que le placement soit interrompu de manière irrégulière. Le chiffre croissant des traumatismes interpersonnels causés par une personne connue et recensés par le biais de l'ITE a tendance à augmenter la probabilité que le placement soit interrompu de manière irrégulière, mais manque de peu le niveau de signification dans l'analyse de régression. Il serait vraisemblablement important pour d'autres analyses de se concentrer spécifiquement sur les effets du traumatisme dans la pédagogie. La vulnérabilité psychique de tous les jeunes de l'échantillon MAZ. était certainement si importante qu'elle ne se différenciait pas suffisamment dans l'échantillon MAZ.. De plus, il est également possible que les jeunes particulièrement affectés aient tendance à être placés dans des institutions relativement mieux équipées, et donc que l'influence de la problématique psychique par rapport aux autres variables soit amoindrie. L'influence des manifestations des traits de la personnalité psychopathique sur la gravité des délits et les interruptions de placement antérieures est si importante, qu'elle se superpose à l'influence spécifique des autres variables.

Tableau: Régression logistique binaire pour la prédiction des interruptions de placement irrégulières

	Coefficient de régression B	Wald	df	p	Exp(B)
Traits de personnalité psychopathique (score total YPI)	-0,35	13,37***	1	<0,001	0,71
Nombre de traumatismes interpersonnels par une personne connue (ITE)	-0,42	3,75	1	0,053	0,66
Constante	6,64	28,63***	1	<0,001	764,43

Si l'on procède à une régression logistique binaire dans laquelle sont pris en compte uniquement les variables restantes dans l'équation de régression et dans le tableau «*Régression logistique binaire pour la prédiction de l'interruption irrégulière de placement*»), il ne reste que les traits de personnalité psychopathiques qui apportent une prévision pour un échantillon de 364 personnes et une interprétation de la variance de 5,2 % ( $\chi^2=10,34$ ,  $df=1$ ,  $p=0,001$ ). Ces deux résultats indiquent que parmi les facteurs d'influence étudiés, les traits de personnalité psychopathique ont une influence significative sur le déroulement du placement, certainement parce que ces propriétés sont en étroite corrélation avec d'autres facteurs de risque (gravité du délit, interruption de placement antérieure).

### 5.6.5 Résumé

Comme pour l'atteinte d'objectifs, les traits de personnalité psychopathique représentent le facteur d'influence le plus important sur le déroulement du placement. Que ce soit indépendamment des autres facteurs d'influence étudiés ou en interaction avec ceux-ci, les traits marqués de personnalité psychopathique font que le placement des adolescents et des jeunes adultes est plus souvent interrompu de manière irrégulière. Les traits de personnalité psychopathique ont pour symptômes un style interpersonnel arrogant, faux et manipulateur, une carence sur le plan affectif avec des sentiments superficiels, une absence de remords caractérisée et un déni de responsabilité pour son propre comportement. A cela s'ajoutent un comportement impulsif et irresponsable, ainsi qu'une tendance à l'agir. Ces traits caractéristiques de la personnalité et ces types de comportement mènent visiblement à ce que les jeunes concernés ne parviennent pas à s'acclimater à l'institution, à accepter les propositions d'aide et à nouer des relations de confiance avec les éducateurs et les autres jeunes du foyer. De plus, ils ont certainement moins de compréhension face à l'utilité potentielle des mesures d'aide, qui ne peuvent être exploitées que s'ils s'investissent et qu'ils travaillent à résoudre leurs problèmes. En raison de leurs traits de la personnalité psychopathique, ils vont certainement enfreindre plus souvent les règles, entrer en conflit avec leurs éducateurs et les autres jeunes du foyer, et par conséquent également moins profiter des mesures d'aide. Finalement, ces facteurs mènent également plus souvent à l'interruption irrégulière du placement.

Le résultat portant sur les expériences interpersonnelles traumatiques n'est pas uniforme. Bien que pris comme facteur isolé il n'a pas d'influence notable sur le déroulement du placement, l'influence des traumatismes interpersonnels causés par une personne connue reste dans l'équation de régression. Cela peut en revanche être considéré comme un indice de ce qu'un nombre plus élevé de ce genre de traumatisme mène plus souvent à l'interruption de la mesure de placement. Une deuxième analyse des variables restantes livre une prédiction selon laquelle ces expériences

traumatiques manquent de peu le seuil de signification. Cela indique qu'il serait important de recenser les troubles posttraumatiques spécifiques (troubles dissociatifs, méfiance envers les autres, etc.) de manière plus ciblée, au lieu de ne prendre en compte que le nombre de traumatismes dans l'équation de régression, nombre qui ne devrait pas faire de différence quand on considère l'échantillon total et ses traumatismes. Le fait que le nombre de traumatismes interpersonnels soit important pour la prévision dans l'équation de régression, en plus des traits de la personnalité psychopathique, donne fortement à penser qu'il serait judicieux d'examiner d'encore plus près les répercussions des traumatismes complexes sur le déroulement des mesures d'aide aux jeunes.

## 5.7 Atteintes des objectifs communs - Gain en compétences générales

Il a fallu travailler avec l'outil de fixation et réalisation des objectifs aux deux temps d'évaluation afin de pouvoir constater une modification des compétences générales et optionnelles. Pour cela, les éducateurs référents et les jeunes ont évalué ensemble les compétences des jeunes sur une échelle à sept niveaux : plus les chiffres sont élevés sur l'échelle, plus les compétences apparaissent fréquemment. Le détail des compétences a pu être saisi pour 349 personnes en tout. 9,1 mois se sont écoulés en moyenne entre les deux temps de mesures ( $STD=4,48$ ).

L'analyse complète du processus des compétences générales, qui a duré en moyenne neuf mois dans un foyer, démontre des améliorations significatives pour les huit compétences générales. Les gains en compétences les plus importants se retrouvent dans les domaines *Traitement et gestion des conflits*, *Gestion et expression des affects* et *Capacités relationnelles*, suivis des domaines *Capacité de communication* et *Indépendance/ autonomie/ autonomisation*, pour lesquels des améliorations toutes très significatives sont à noter. On constate des améliorations moindres dans les domaines *Empathie* et *Comportement à l'école/ en formation*.

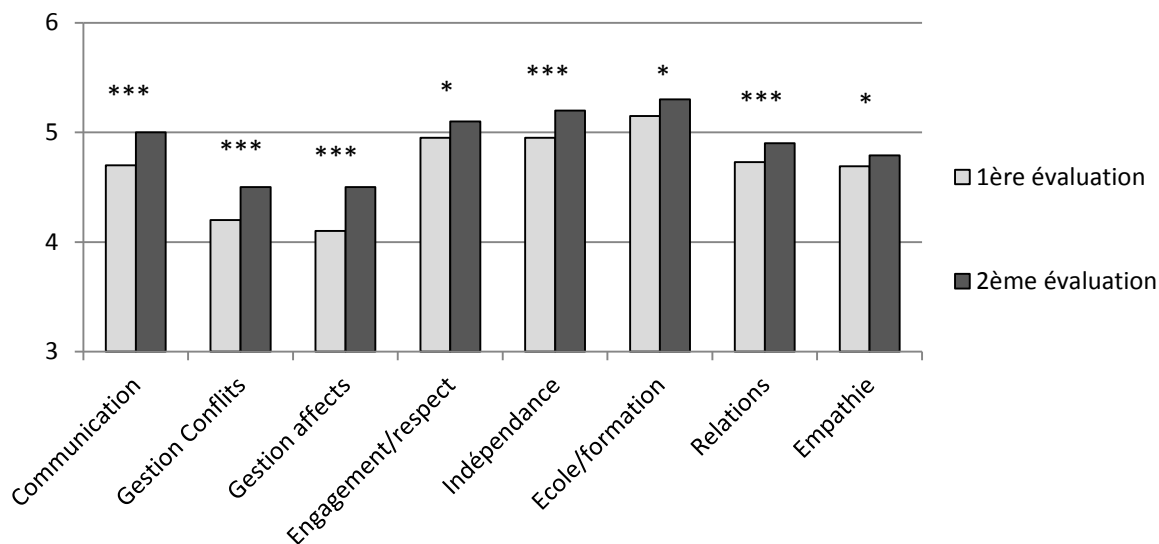
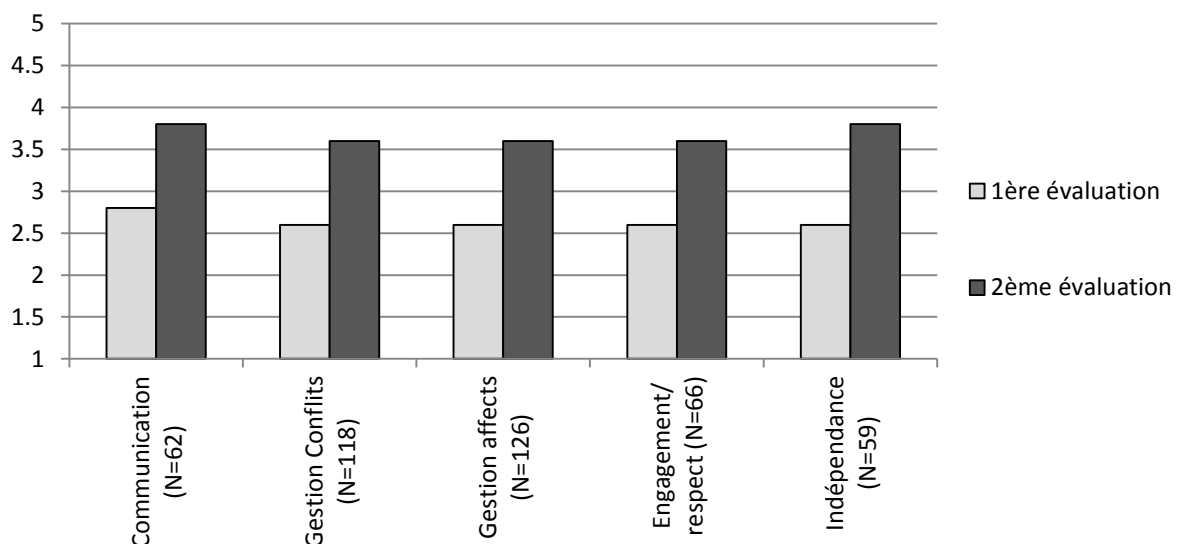


Illustration: Valeurs moyennes de la modification des compétences entre l'évaluation 1 et l'évaluation 2 (N=348).

Comme on pouvait s’y attendre, on remarque que l’amélioration dépend très nettement de la situation initiale des enfants, adolescents et jeunes adultes. En considérant la construction des échelles, ceci est logique étant donné que l’on demande de s’approcher d’un optimum et que des effets plafond sont à attendre – et visiblement enregistrés – car l’optimum ne peut pas être atteint de manière réaliste. De plus, on ne peut attendre d’aucune personne qu’elle aurait une gestion des sentiments optimale tout au long de sa vie.

Afin de prendre en compte les effets plafond possibles lors de l’évaluation et de l’interprétation concernant les modifications des compétences générales, il est logique de considérer de plus près chaque enfant, adolescent ou jeune adulte, surtout ceux qui affichent des déficits particuliers pour les différentes compétences. Ce serait également une méthode sensée sur le plan pédagogique, car il est important et logique d’aider les jeunes de manière ciblée surtout dans les domaines où ils affichent d’importants déficits. On peut, de plus, partir du principe que malgré toute la valorisation des ressources dans le quotidien socio-éducatif, beaucoup d’énergie et de ressources personnelles passent dans ces domaines pour lesquels les jeunes ont un besoin particulier de soutien. Pour sûr, les éducateurs ne vont pas s’investir avec la même intensité auprès des jeunes ayant déjà de nombreuses compétences dans des domaines particuliers, mais bien plus essayer de mettre à profit ces ressources pour l’atteinte d’objectifs individuels ou la réduction de déficits. C’est pourquoi dans les évaluations suivantes, rien que les jeunes dont la situation initiale pour les différentes compétences générales obtenait un score  $\leq 3$ , c’est-à-dire affichant un comportement final moins souvent que «parfois», n’ont été pris en compte.

En considérant les résultats de ces jeunes ayant des déficits de compétences, on constate, comme on pouvait s’y attendre, que ceux-ci affichent encore une fois des améliorations nettement plus importantes (souvent de plusieurs points sur l’échelle) et augmentent leurs compétences de manière très significative dans tous les domaines.



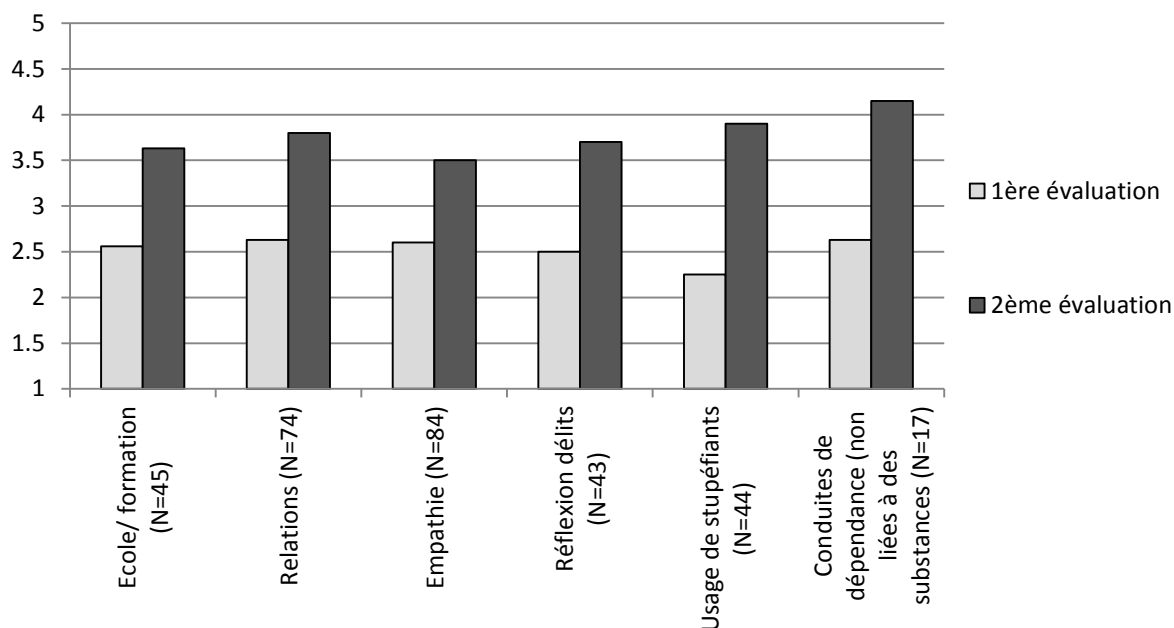


Illustration: Gain de compétences générales chez les jeunes ayant de nets déficits

Les tailles des effets sont reportées dans le tableau suivant, aussi bien pour les résultats de tous les jeunes que pour ceux ayant un déficit dans un domaine. Comme attendu, les tailles des effets pour les jeunes ayant un déficit marqué sont beaucoup plus importantes que pour l'échantillon global. Cela peut s'expliquer d'une part d'un point de vue méthodique par la suppression de l'effet plafond, mais également d'autre part par le soutien particulièrement intensif dans ces domaines. Les tailles des effets pour l'échantillon global sont moindres mais ne sont pas en dessous du niveau des méta-analyses internationales (Gabriel, 2009; Hellinckx et Gretiens, 2003). Si l'on considère seulement les adolescents et les jeunes adultes ayant des déficits, on constate des tailles d'effets d'élevés à très élevés.

Tableau: Tailles des effets aux compétences générales

	Tous les jeunes (N=280)	Jeunes ayant des compétences limitées à t1 (≤3 parfois)	Part des personnes ayant des compétences limitées à t1 en %
Capacité de communication	0,27	1,33	17 %
Traitement et gestion des conflits	0,21	1,23	33 %
Gestion et expression des affects	0,22	1,11	33 %
Engagement / fiabilité/ respect des règles	0,09	0,92	18 %
Indépendance/ autonomie/ autonomisation	0,20	1,12	16 %
Comportement à l'école/ en formation	0,10	0,85	13 %
Capacités relationnelles	0,18	1,32	20 %
Empathie	0,09	1,07	23 %
<b>Moyenne</b>	<b>0,17</b>	<b>1,21</b>	<b>22 %</b>

Tableau: Tailles des effets aux compétences optionnelles

	Tailles des effets sur tous les jeunes	Fréquence n	Tailles des effets des jeunes ayant des compétences limitées à t1 (≤3 parfois)	Fréquence n (Part des personnes ayant des compétences limitées à t1 en %)
Réflexion sur le délit	0,28	98	1,31	36 (37 %)
Usage de stupéfiants	0,31	84	1,40	34 (40 %)
Conduites de dépendance non liées à des substances	0,22	45	1,12	15 (33 %)
<b>Moyenne</b>	<b>0,27</b>		<b>1,28</b>	

### 5.7.1 Réalisation des objectifs individuels

Un des éléments centraux du projet pilote pour l'évaluation et l'atteinte d'objectifs était la définition et la vérification des objectifs qui ont été définis de manière individuelle entre les jeunes et leurs éducateurs référents, car on peut partir du principe qu'ils sont plus à même de prendre en compte ce travail sociopédagogique concret au quotidien et les problèmes spécifiques de chaque cas particulier.

Un instrument spécifiquement développé pour le projet pilote (Singer et coll., 2007) a été utilisé pour la saisie des objectifs.

Les objectifs individuels ont été regroupés par catégories, même s'ils perdent ainsi en partie de leurs spécificités. Mais le regroupement doit donner des éclaircissements sur le type et la fréquence des objectifs, et ainsi livrer une vision sur les points les plus travaillés dans le quotidien socio-éducatif.

Pour cela, il ne faut pas utiliser de catégories toutes faites, mais en définir à partir des objectifs formulés de manière individuelle et grâce à des méthodes qualitatives. A cette fin, les objectifs définis par les personnes du Tessin et Suisse romande ont été traduits en allemand par deux psychologues. Ensuite, tous les objectifs ont été regroupés en différents groupes ou catégories en fonction de la similitude de leurs contenus. Apparemment, assez peu d'objectifs inutiles sur le plan pédagogique (par ex. «parler de Ferrari», «recevoir un iPhone») ou de doubles mentions ont été décelés et supprimés. Ainsi, 23 catégories sont apparues (tableau «*Catégories d'objectifs*»). Les objectifs ne pouvant être rattachés à aucune catégorie ont été attribués à la catégorie restante.

Tableau: Catégories d'objectifs

Catégorie	Description	Exemples
Comportement à l'école, durant la formation et au travail	Meilleures notes; réussir son année/ diplôme; changement pour une meilleure école; adopter des conduites d'apprentissage et de travail à l'école/ dans la formation/ au travail; faire ses devoirs de manière autonome et fiable; apprendre de manière autonome; concentration; organisation des affaires d'école.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terminer l'année sans «insuffisant»</li> <li>• Je souhaite réussir un bon examen final</li> <li>• Je fais mes devoirs de manière autonome</li> <li>• Je prends mes affaires de cours pour aller à l'école</li> </ul>
Indépendance et autonomie	Indépendance dans la gestion et l'organisation du quotidien; faire ses devoirs de manière autonome; prendre des décisions soi-même; prendre des responsabilités (pour soi et pour les autres); prendre des initiatives.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je prends les transports en commun de manière autonome</li> <li>• Les tâches quotidiennes ou les petits travaux sont effectués de manière autonome</li> <li>• Je vais prendre mes propres décisions</li> <li>• Je prends la responsabilité de m'occuper correctement de notre chat</li> </ul>
Perspectives d'avenir	Faire des projets d'avenir et les concrétiser; trouver une place de stage/ d'apprentissage/ de travail; trouver une école; passer le permis de conduire.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je m'investis activement pour mon avenir professionnel</li> <li>• J'avance dans ma recherche d'emploi</li> <li>• J'ai une place d'apprentissage à l'été 2010</li> <li>• Aller en 10<sup>e</sup> année</li> </ul>

Catégorie	Description	Exemples
Comportement social	Capacité à vivre en groupe; traiter les autres avec respect; faire attention aux autres et à leurs affaires; honnêteté; respecter l'avis des autres; pas de comportement agressif/ menaçant/ provoquant/ à caractère sexuel; comportement social adapté à l'âge; serviabilité; amabilité.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportement convenable et plein d'estime envers les adultes</li> <li>• Arrêter de mentir</li> <li>• Moins provoquer les autres jeunes</li> <li>• Ne pas faire de bêtises lors des repas</li> </ul>
Gestion des conflits et esprit critique	Prise de conscience et gestion des situations de conflit; gestion de l'énerverment/ de la frustration/ de la colère/ des provocations; résolution positive des conflits; défendre ses propres opinions; accepter l'opinion des autres; se mettre à la place des autres; rester calme en cas de conflit et ne pas devenir agressif; susceptibilité.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je réussis à réagir de manière mesurée en cas de frustration</li> <li>• Trouver un bon moyen de mettre fin à un conflit</li> <li>• Peut présenter de manière positive ses requêtes</li> <li>• J'apprends à gérer les critiques</li> </ul>
Engagement, fiabilité et respect des règles	Se tenir aux règles du foyer/aux accords; exécuter de manière fiable les tâches confiées (devoirs et mandats); ponctualité.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je ne veux pas abuser de la confiance de l'équipe</li> <li>• Arriver à l'heure aux rendez-vous</li> <li>• Ne pas oublier ses petites tâches</li> </ul>
Progrès à l'intérieur du foyer	Progrès dans l'ensemble du placement; développement dans différents domaines; bénéficier ou venir à bout de la mesure; changer pour un «meilleur» groupe/ conserver un «bon» climat de groupe.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je ne veux plus être pénalisé jusqu'à ma sortie</li> <li>• Pouvoir rentrer à la maison</li> <li>• Remplir les exigences posées au groupe de vie à l'extérieur</li> <li>• Changer pour un groupe ouvert</li> </ul>
Organisation du temps libre	Développer des idées pour l'organisation du temps libre; organiser le temps libre soi-même de manière active et sensée; suivre ses hobbies régulièrement; intégrer une association; s'entraîner à son instrument régulièrement... (le sport pour le bien-être est retenu dans la catégorie «comportement en matière de santé»).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• J'organise mon temps libre de manière active et sensée</li> <li>• Passe moins de temps devant la télé, le PC</li> <li>• Entrée dans un club de football</li> </ul>
Capacité de communication	Ouverture à la discussion; expression orale et choix des mots; ton de la discussion; volume lorsque l'on parle; s'introduire dans une discussion; flux verbal; moment de la communication; écoute active.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• J'écoute et je laisse les autres finir de s'exprimer</li> <li>• Je souhaite changer de langage, moins jurer</li> <li>• Moins parler</li> </ul>
Hygiène corporelle, apparence et ordre	Se laver/ se doucher/ se laver les dents; hygiène vestimentaire/ apparence soignée; ordre dans la chambre.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je fais attention à mon hygiène corporelle</li> <li>• Changement régulier de vêtements</li> <li>• Améliorer le rangement de la chambre</li> </ul>



Catégorie	Description	Exemples
Comportement en matière de santé	Habitudes alimentaires; prise ou perte de poids; fitness/ sport/ activité; examens et traitements médicaux; utiliser les dispositifs médicaux (par ex. lunettes, appareil dentaire).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manger des légumes</li> <li>• Perdre du poids</li> <li>• Je fais plus de sport</li> <li>• Suivre une psychothérapie</li> </ul>
Consommation de stupéfiants	Confrontation à une utilisation de stupéfiants actuelle ou passée; limiter/ réduire/ arrêter la consommation de stupéfiants (se rapporte aux drogues légales et illégales).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion consciente des cigarettes</li> <li>• Arrêter de fumer du cannabis</li> <li>• Abstinence</li> </ul>
S'occuper de soi	Différenciation par rapport aux autres; moins s'occuper des affaires des autres/ prendre du temps pour soi; exprimer et satisfaire ses propres besoins; rester fidèle à soi-même.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je peux mieux me contrôler et dire «non»</li> <li>• compatir, réfléchir avec les autres, mais pas avec dédain</li> <li>• Gestion de soi-même</li> </ul>
S'intégrer dans un groupe et nouer des amitiés	Intégration dans le groupe de vie/ la classe/ dans une association; se faire des amis/ construire un réseau social; améliorer ses capacités relationnelles et son comportement; partenariat.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participer plus à la vie de groupe</li> <li>• Se créer un cercle d'amis en dehors de l'institution</li> <li>• Meilleures relations avec les collègues</li> <li>• Le jeune peut construire de bonnes relations d'amitié</li> </ul>
Gestion de l'argent	S'en sortir avec l'argent dont on dispose; économiser; rembourser ses dettes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je veux pouvoir mieux répartir mon salaire</li> <li>• Il peut gérer son budget sans s'endetter</li> </ul>
Relation avec la famille	Créer ou améliorer les relations avec la famille d'origine (mère, père, frères et sœurs); moins de conflits et de disputes; meilleure communication; contacts réguliers; plus de temps ensemble; séparation avec la famille d'origine; préparer le retour dans la famille.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer les relations avec la mère</li> <li>• Meilleure communication avec les parents</li> <li>• Je souhaite à nouveau avoir des contacts réguliers avec mon père, ma mère et mes frères et sœurs</li> </ul>
Gestion des sentiments et des peurs	Reconnaître et exprimer les sentiments; vaincre la peur.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je sais quelle situation déclenche chez moi quels sentiments</li> <li>• Le jeune arrive à se mettre à la place des autres quand ils sont dans des situations difficiles</li> <li>• Lorsque je me sens mal, je ne refoule pas ce sentiment mais j'en parle</li> <li>• Dormir sans lumière</li> </ul>
Aide	Recherche d'aide auprès des éducateurs et des personnes de confiance en situation de crise; Suivre une thérapie; prendre des médicaments.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je cherche de moi-même de l'aide lorsque je ne vais pas bien</li> <li>• Accepter l'aide</li> <li>• Je continue à aller en thérapie</li> </ul>

Catégorie	Description	Exemples
Conscience de soi	Confiance en soi; image positive de soi-même; partager sa propre opinion	<ul style="list-style-type: none"> <li>• J'ai confiance en mes bonnes capacités scolaires</li> <li>• Je veux avoir plus confiance en moi lorsque je suis en contact avec des personnes que je ne connais pas</li> <li>• J'exprime mes besoins et mes souhaits avec assurance et en parle avec un adulte</li> </ul>
Gestion des délits	Absence de délit; réflexion sur les actes commis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vivre sans commettre de délits</li> <li>• Réflexion sur les modèles de pensées et de valeurs existants (dans le sens de l'analyse des délits)</li> </ul>
Gestion du stress	Gestion équilibrée et calme du stress/ des situations de stress et des soucis; résistance.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garder son sang-froid dans des situations de stress</li> <li>• Elle gère ses soucis de manière plus sereine</li> </ul>
Motivation	Motivation pour apprendre/ travailler ; dans le placement au quotidien.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Endurance, ne pas abandonner trop vite</li> <li>• Ne plus manquer les cours et trouver une motivation</li> <li>• Avoir plus d'entrain au quotidien</li> </ul>
Autres	Divers objectifs qui ne rentrent dans aucune autre catégorie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mieux maîtriser le chinois</li> <li>• Avoir plus envie de vivre, d'entreprendre</li> </ul>

### 5.7.2 Comportement visé convenu

Lors de la première mesure, l'outil de fixation et réalisation des objectifs a été utilisé pour 480 enfants et adolescents avec les personnes s'occupant d'eux. 364 personnes (75,8 %) ont convenu de trois objectifs, 58 (12,1 %) de deux et 58 également (12,1 %) d'un objectif. En tout, 1266 objectifs ont été définis dans le programme informatique et consignés par écrit. Le tableau «*Fréquence des catégories d'objectifs*» indique les fréquences auxquelles les différentes catégories ont été nommées. De plus, le niveau moyen de départ, c'est-à-dire le niveau moyen relevé lors de la première mesure, a été indiqué comme médiane. La médiane est la valeur moyenne d'une répartition, c'est-à-dire qu'il y a autant de valeurs plus élevées (ou égales) que de valeurs plus faibles (ou égales). On constate que les objectifs dans la catégorie *Comportement à l'école, durant la formation et au travail* sont les plus récurrents. 13,6 % des objectifs se retrouvent dans cette catégorie. D'autres objectifs fréquents sont attribués aux catégories *Indépendance et autonomie* (10,1 %) ainsi que *Perspectives d'avenir* (10,2 %). Pour la plupart des catégories, la médiane est de quatre. Cela signifie que la part de personnes dont le score est de quatre ou plus est égale à la part de personnes dont le score est de quatre ou moins. Ainsi, la plupart des personnes ont déjà *assez souvent* montré un comportement recherché dans les domaines visés lors de la première mesure (tableau «*Fréquence des catégories d'objectifs*»), ce qui indique que souvent des objectifs ont été définis pour lesquels les enfants, les adolescents et les jeunes adultes disposaient déjà de certaines ressources.

Tableau: Fréquence des catégories d'objectifs

Objectif	Fréquence (Nombre d'objectifs = 1266)	Médiane lors de la première mesure
Comportement à l'école, durant la formation et au travail	172 (13,6 %)	5,0
Indépendance et autonomie	128 (10,1 %)	4,0
Perspectives d'avenir	129 (10,2 %)	5,0
Comportement social	91 (7,2 %)	4,0
Gestion des conflits et esprit critique	88 (7,0 %)	4,0
Engagement, fiabilité et respect des règles	79 (6,2 %)	4,0
Progrès à l'intérieur du foyer	65 (5,1 %)	5,0
Organisation du temps libre	62 (4,9 %)	4,0
Capacité de communication	52 (4,1 %)	4,0
Hygiène corporelle, apparence et ordre	46 (3,6 %)	3,0
Consommation de stupéfiants	45 (3,6 %)	5,0
Relations familiales	45 (3,6 %)	4,0
Comportement en matière de santé	43 (3,4 %)	3,0
Soin de soi	36 (2,8 %)	3,0
Intégration dans le groupe et tissage des liens d'amitié	32 (2,5 %)	4,0
Gestion de l'argent	31 (2,4 %)	4,0
Gestion des sentiments et des peurs	29 (2,3 %)	4,0
Gestion des délits	18 (1,4 %)	6,0
Aides	17 (1,3 %)	3,0
Confiance en soi	17 (1,3 %)	4,0
Gestion du stress	13 (1,0 %)	3,0
Motivation	13 (1,0 %)	4,0
Autres	15 (1,2 %)	4,0

### 5.7.3 Changements et réalisation des comportements visés

Afin de vérifier si les objectifs sont atteints, il faut obtenir des données lors des deux évaluations. Ceci était le cas pour 301 jeunes. 241 (80,1 %) de ces participants ont défini trois objectifs, 38 (12,6 %) deux objectifs et 22 (7,3 %) seulement un objectif. Ainsi, on a pu analyser la progression de 821 objectifs au total. Les évaluations suivantes se rapportent exclusivement aux 301 jeunes et 821 objectifs.

57,1 % des personnes ont réussi à s'améliorer dans deux ou trois objectifs. Ceci est particulièrement surprenant, pour deux raisons. D'une part, car le niveau initial des capacités présentes était déjà élevé et d'autre part, car seulement 80,1 % des personnes avaient défini 3 objectifs.

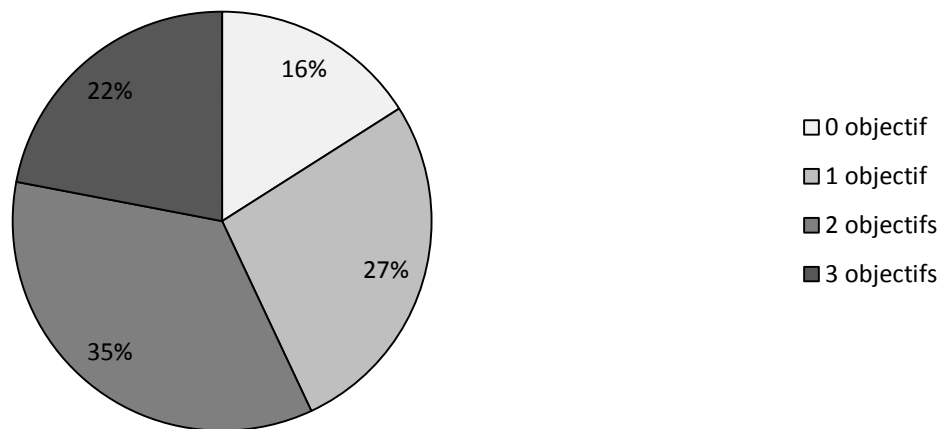


Illustration: Fréquences relatives des objectifs avec amélioration pour tous les enfants, les adolescents et les jeunes adultes (N=301). Données en pourcentages.

Concernant la réalisation de l'état souhaité, on constate également un phénomène très positif. 48,2 % des jeunes ont au moins atteint deux de leurs objectifs (illustration «*Nombre des objectifs visés atteints pour tous les enfants, adolescents et jeunes adultes*»). Ainsi, l'écart est faible entre le nombre de personnes ayant atteint deux objectifs et le nombre de personnes s'étant améliorées pour deux objectifs. La taille des effets pour les objectifs individuels varie à l'intérieur des catégories, pour l'échantillon global (648 objectifs convenus), entre une taille des effets faible ( $d=0,23$ ) et très forte ( $d=1,16$ ). La taille des effets moyenne pour tous les objectifs individuels s'élève à  $d=0,51$ . Cela indique qu'un effet supplémentaire est atteint grâce à la définition des objectifs individuels, car les tailles des effets sont supérieures à celles du domaine des compétences générales. L'ampleur des changements positifs des jeunes est encore plus marquée si, pour ce domaine des objectifs individuels, l'on considère aussi uniquement les personnes qui lors de la première évaluation affichaient des déficits dans ce domaine et pour ces objectifs individuels. Pour les enfants, les adolescents et les jeunes adultes (229 objectifs convenus), les tailles moyennes des effets pour tous les objectifs individuels est de  $d=1,75$  dans le champ des tailles des effets très importantes. Cela indique que cela vaut la peine de soutenir les jeunes de manière ciblée et spécifique dans les domaines dans lesquels ils affichent des déficits, et d'intégrer ces domaines de manière respectueuse et axée sur les solutions dans les entretiens individuels de convention d'objectifs.

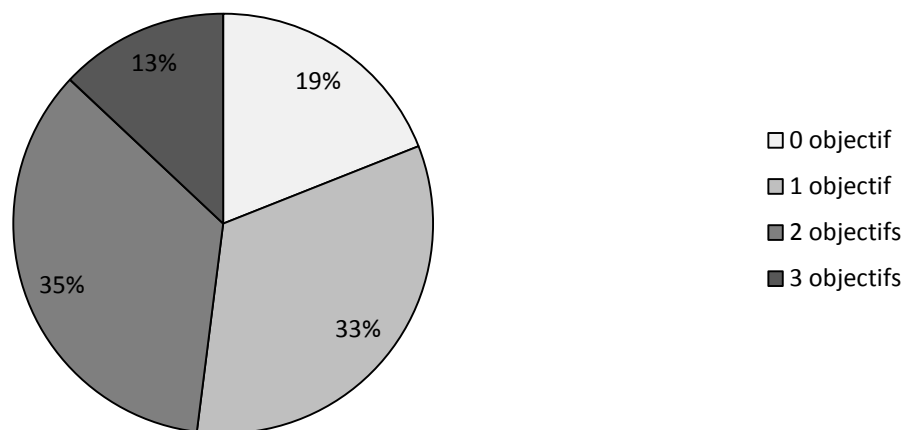


Illustration: Fréquence relative des objectifs atteints pour tous les enfants, adolescents et jeunes adultes (N=301) Données en pourcentage.

Le tableau «*Fréquence des objectifs visés et des changements, ainsi que la réalisation des objectifs comportementaux*» indique quelle sorte d'objectifs ont été le plus souvent mentionnés et estimés lors des deux mesures. La deuxième colonne indique à quelle fréquence l'objectif de cette catégorie a été mentionné. Les pourcentages se réfèrent aux 821 objectifs totaux. Les quatrième, cinquième et sixième colonnes indiquent pour combien d'objectifs on a pu constater soit une amélioration, soit la réalisation d'un état souhaité ou alors une dégradation. Les données en pourcentages se réfèrent au nombre d'objectifs de la catégorie concernée. Ainsi, 12,3 % des 821 objectifs sont attribués à la catégorie *Comportement à l'école, durant la formation et au travail*, les objectifs de cette catégorie sont ainsi les plus souvent convenus. *Indépendance et autonomie* (10,1 % des objectifs) et *Perspectives d'avenir* (9,6 % des objectifs) sont également des catégories importantes. Dans tous les domaines, on a plus souvent noté des améliorations que des dégradations (tableau «*Fréquence des objectifs visés et des changements ainsi que la réalisation des objectif comportementaux*»). Ainsi, on a enregistré une amélioration pour 62,4 % des 101 objectifs dans le domaine *Comportement à l'école, durant la formation et au travail*. Pour 59,4 % des objectifs, ceux-ci ont même été atteints. Des dégradations ont été constatées pour seulement 16,8 % des objectifs dans ce domaine. On observe une exception à ce développement positif dans la catégorie *Motivation*. Dans ce domaine, on a constaté autant d'améliorations que de dégradations. Comme les objectifs de cette catégorie n'ont été mentionnés que cinq fois seulement, ces moins bons résultats ne sont que peu probants et résultent probablement du hasard.

Tableau: Fréquence des objectifs visés et des changements, ainsi que la réalisation des objectifs comportementaux

Objectif	Fréquence (821 objectifs)	Médiane lors de la première mesure	Amélioration	Objectif poursuivi atteint
Comportement à l'école, durant la formation et au travail	101 (12,3 %)	5,0	63 (62,4 %)	60 (59,4 %)
Indépendance et autonomie	83 (10,1 %)	4,0	51 (61,4 %)	48 (57,8 %)
Perspectives d'avenir	79 (9,6 %)	5,0	44 (55,7 %)	45 (57,7 %)
Comportement social	65 (7,9 %)	4,0	42 (64,6 %)	36 (55,4 %)
Gestion des conflits et esprit critique	62 (7,6 %)	4,0	37 (59,7 %)	33 (53,2 %)
Engagement, fiabilité et respect des règles	57 (6,9 %)	4,0	35 (61,4 %)	27 (47,4 %)
Progrès à l'intérieur du foyer	48 (5,8 %)	5,0	28 (58,3 %)	27 (56,3 %)
Organisation du temps libre	44 (5,4 %)	4,0	21 (47,7 %)	21 (47,7 %)
Capacité de communication	37 (4,5 %)	4,0	21 (56,8 %)	20 (54,1 %)
Hygiène corporelle, apparence et ordre	33 (4,0 %)	3,0	21 (63,6 %)	13 (39,4 %)
Comportement en matière de santé	32 (3,9 %)	3,0	17 (53,1 %)	6 (18,8 %)
Consommation de stupéfiants	29 (3,5 %)	5,0	15 (51,7 %)	12 (41,4 %)
Soin de soi	21 (2,6 %)	3,0	15 (71,4 %)	10 (47,6 %)
Intégration dans le groupe et tissage des liens d'amitié	18 (2,2 %)	4,0	13 (72,2 %)	12 (66,7 %)
Gestion de l'argent	18 (2,2 %)	4,5	11 (61,1 %)	6 (33,3 %)
Relations familiales	17 (2,1 %)	4,0	11 (64,7 %)	9 (52,9 %)
Gestion des sentiments et des peurs	17 (2,1 %)	4,0	10 (58,8 %)	9 (52,9 %)
Aides	12 (1,5 %)	3,0	6 (50,0 %)	5 (41,7 %)
Confiance en soi	11 (1,3 %)	4,0	9 (81,8 %)	9 (81,8 %)
Gestion des délits	11 (1,3 %)	6,0	8 (72,7 %)	7 (63,6 %)
Gestion du stress	10 (1,2 %)	2,5	6 (60,0 %)	7 (70,0 %)
Motivation	5 (0,6 %)	4,0	2 (40,0 %)	2 (40,0 %)
Autres	11 (1,3 %)	4,0	6 (54,5 %)	4 (36,4 %)

Si l'on compare les fréquences des objectifs ayant été améliorés et les fréquences des objectifs atteints, on remarque que dans la plupart des domaines, les fréquences ne varient que peu. Dans

certaines domaines les objectifs sont plus souvent atteints que simplement améliorés. Ceci peut s'expliquer par le fait que pour 14,3 % des 821 objectifs, aucune amélioration n'a été recherchée, mais simplement un maintien au même niveau (illustration «*Changement recherché en pourcentages des objectifs*»). En moyenne, le changement recherché s'élevait à  $M=1,51$  points, ce qui parle en faveur d'objectifs très réalistes.

On remarque également une médiane assez élevée pour la plupart des catégories d'objectifs lors de la première mesure. Elle s'élève à quatre dans la plupart des catégories. Ainsi, la majorité des personnes a déjà montré *assez souvent* le comportement visé dans ces domaines. Il est difficile d'atteindre des améliorations avec ce niveau initial déjà élevé. Ainsi, il est particulièrement encourageant de constater la part importante des objectifs ayant été améliorés et ceux ayant été atteints, malgré le niveau initial élevé.

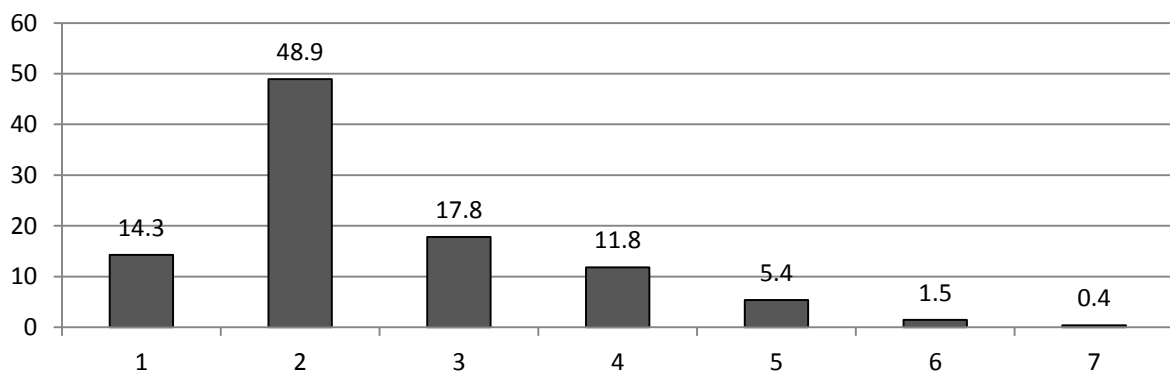


Illustration: Changement souhaité en pourcentages des objectifs (N=301)

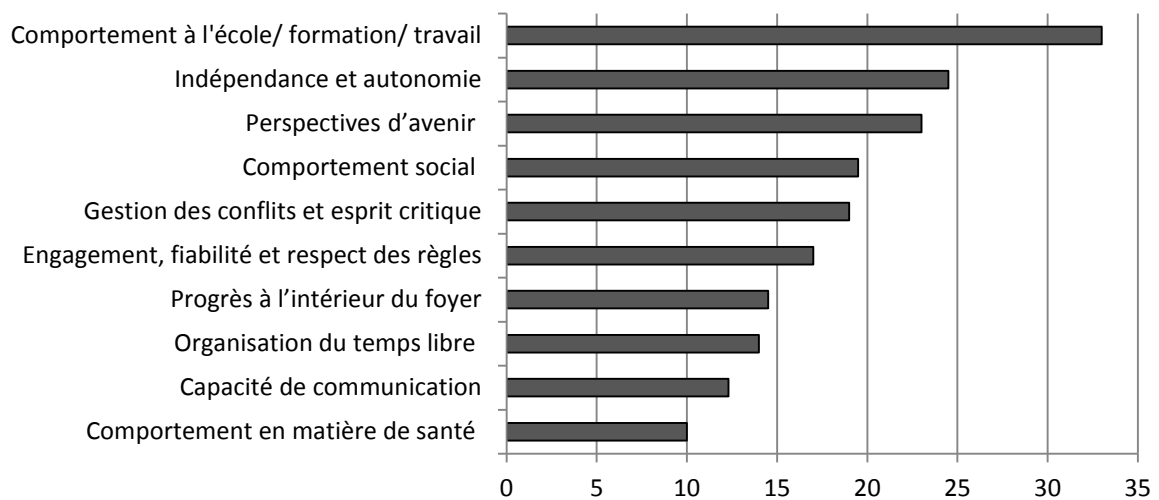


Illustration: Les 10 objectifs les plus souvent choisis par les participants

### 5.7.4 Genres et objectifs

On analyse ici le fait de savoir s'il existe des objectifs typiques pour un genre, donc si les garçons poursuivent des objectifs différents de ceux des filles. Pour cela, les catégories d'objectifs les plus fréquentes pour les garçons ont été comparées à celles les plus fréquentes pour les filles (tableau «Fréquence et classement des catégories d'objectifs par genre»). Un classement différent en fonction des genres est apparu. Ainsi par exemple, les objectifs dans les domaines *Perspectives d'avenir*, *Comportement en matière de santé* et *Relation avec la famille* sont plus appréciés par les filles et *Indépendance et autonomie* ainsi que *Progrès à l'intérieur du foyer* sont quelque peu moins appréciés par les filles que par les garçons. Le classement est toutefois très similaire, ce qui explique que l'on ne puisse pas parler d'objectifs typiques pour un genre. Mais lorsque l'on compare les fréquences des objectifs entre les filles et les garçons grâce à des tests Chi<sup>2</sup>, on constate que les objectifs dans les domaines *Indépendance et autonomie*, *Gestion de l'argent* et *Gestion des délits* sont plus souvent poursuivis par les garçons. Les objectifs dans les domaines *Intégration dans le groupe et tissage des liens d'amitié*, *Relations familiales* ainsi que *Confiance en soi* sont eux plus souvent poursuivis par les filles et ceci de manière significative. Les filles poursuivent donc plutôt des objectifs d'intégration sociale, les garçons plutôt d'indépendance. Cela peut éventuellement s'expliquer par la répartition des rôles établie dans la société. Il est possible que l'on attende de meilleures capacités d'intégration sociale de la part des filles que des garçons, les faiblesses sont plus fortement ressenties et donc les objectifs correspondants sont formulés. Des garçons, il est possible que l'on attende plutôt qu'ils soient indépendants.

Fréquence et classement des catégories d'objectifs par genre (Chi<sup>2</sup>-Tests)

Objectif	Garçons (N=585)		Filles (N=236)		X <sup>2</sup>	df	p
	Rang	Fréquence de tous les objectifs mentionnés	Rang	Fréquence de tous les objectifs mentionnés			
Comportement à l'école, durant la formation et au travail	1	67 (11,5 %)	1	34 (14,4 %)	1,36	1	0,244
Indépendance et autonomie	1	67 (11,5 %)	3	16 (6,8 %)	4,04*	1	0,044
Perspectives d'avenir	3	52 (8,9 %)	2	27 (11,4 %)	1,26	1	0,262
Comportement social	4	50 (8,5 %)	4	15 (6,4 %)	1,11	1	0,293
Gestion des conflits et esprit critique	5	49 (8,4 %)	5	13 (5,5 %)	1,98	1	0,159
Engagement, fiabilité et respect des règles	6	44 (7,5 %)	5	13 (5,5 %)	1,06	1	0,304
Progrès à l'intérieur du foyer	7	38 (6,5 %)	11	10 (4,2 %)	1,56	1	0,212
Organisation du temps libre	8	33 (5,6 %)	8	11 (4,7 %)	0,32	1	0,573
Capacité de communication	9	26 (4,4 %)	8	11 (4,7 %)	0,02	1	0,892
Hygiène corporelle, apparence et ordre	10	24 (4,1 %)	13	9 (3,8 %)	0,04	1	0,849
Consommation de stupéfiants	11	23 (3,9 %)	17	6 (2,5 %)	0,95	1	0,329



Objectif	Garçons (N=585)		Filles (N=236)		$\chi^2$	df	p
	Rang	Fréquence de tous les objectifs mentionnés	Rang	Fréquence de tous les objectifs mentionnés			
Comportement en matière de santé	12	20 (3,4 %)	7	12 (5,1 %)	1,25	1	0,264
Gestion de l'argent	13	17 (2,9 %)	20	1 (0,4 %)	4,83*	1	0,028
Soin de soi	14	11 (1,9 %)	11	10 (4,2 %)	3,75	1	0,053
Gestion des délits	14	11 (1,9 %)	22	0 (0,0 %)	4,50*	1	0,034
Aides	16	10 (1,7 %)	19	2 (0,8 %)	0,87	1	0,352
Intégration dans le groupe et tissage de liens d'amitié	17	9 (1,5 %)	13	9 (3,8 %)	4,06*	1	0,044
Gestion des sentiments et des peurs	18	8 (1,4 %)	13	9 (3,8 %)	4,96*	1	0,026
Gestion du stress	19	7 (1,2 %)	18	3 (1,3 %)	0,01	1	0,930
Relations familiales	20	6 (1,0 %)	8	11 (4,7 %)	10,96**	1	0,001
Motivation	21	4 (0,7 %)	20	1 (0,4 %)	0,19	1	0,665
Confiance en soi	22	2 (0,3 %)	13	9 (3,8 %)	15,33***	1	<0,001
Autres		7 (1,2 %)		4 (1,7 %)	0,32	1	0,574

Concernant le nombre moyen d'objectifs avec amélioration ainsi que le nombre d'objectifs réalisés, on n'a pu constater aucune différence entre les garçons et les filles.

## 5.8 Changement de la problématique psychique dimensionnelle dans le Child Behavior Checklist et procédures de passation associées

Les échelles d'Achenbach pour la détermination de la problématique psychique des participants au projet pilote ont été utilisées pour deux mesures, ceci afin de pouvoir décrire les changements de la vulnérabilité psychique durant le placement. Un bon indice du succès du placement réside dans le fait de savoir si la problématique psychique des jeunes diminue durant le placement et si les jeunes affichent moins de manifestations psychopathologiques.

Lors de la deuxième mesure, le CBCL a été traité par des éducateurs spécialisés pour 285 enfants et adolescents. En moyenne, 9,7 mois ( $STD=4,2$ ) se sont écoulés entre la première et la deuxième évaluation. Les modifications dans le cadre du CBCL rapportées ci-dessous se rapportent aux 285 enfants et adolescents. 228 jeunes entre 12 et 18 ans ont rempli le questionnaire YSR lors de la deuxième évaluation. En moyenne, 9,3 mois ( $STD=4,5$ ) se sont écoulés entre la première et la deuxième évaluation. Le rapport suivant sur les changements dans le cadre du YSR se rapporte aux 228 enfants et adolescents.

Dans l'illustration «*Changements (données en scores T) dans le cadre du CBCL/YSR*» le changement entre les deux mesures est représenté pour l'échantillon global. Pour les trois échelles principales, on

constate aussi bien en auto- qu'en hétéro-évaluation une réduction très significative de la problématique psychique, les tailles des effets s'élevant entre  $d=0,18$  et  $d=0,40$  pour la réduction des symptômes. Il est intéressant de constater que les jeunes eux-mêmes rapportent sur les trois échelles globales toujours des améliorations encore plus importantes concernant leur état d'esprit et une diminution claire de leur symptomatologie que leurs éducateurs référents. L'amélioration en auto-évaluation pour le domaine internalisé (taille d'effet  $d=0,40$ ) est nettement plus importante que pour le domaine externalisé ( $d=0,21$ ). La réduction des symptômes dans l'échantillon global de quelques scores T est très réjouissante, on constate qu'une majorité de jeunes se sent mieux et a moins de manifestations comportementales problématiques. L'importante réduction de symptômes pour les jeunes, malgré une légère problématique au départ, surprend et devrait être analysée plus profondément. Il serait possible que le fait de participer à une étude (effet Pygmalion) et l'attente par rapport à la réduction des symptômes (effet Hawthorne) soient plus importants pour les jeunes que pour les professionnels.

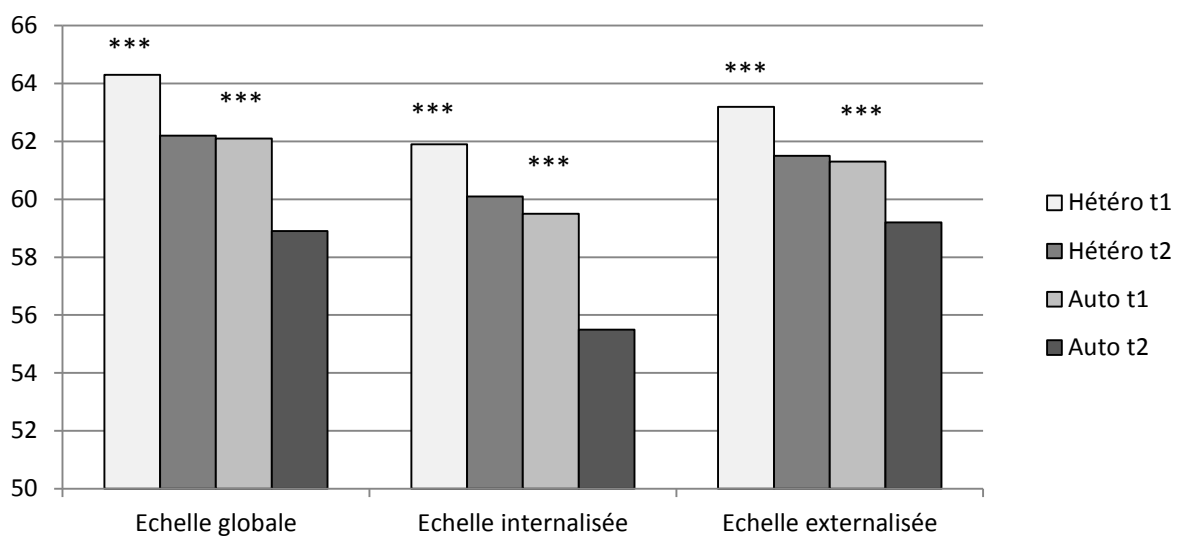


Illustration: Changements (données en scores T) dans le cadre du CBCL/YSR.  $n=285$  (hétéro-évaluation) /  $n=228$  (auto-évaluation)

Dans les paragraphes suivants, les changements sont représentés séparément pour l'hétéro- et l'auto-évaluation.

### 5.8.1 Changements enregistrés en hétéroévaluation

Il est particulièrement intéressant de constater ici les changements des participants qui ont été évalués comme étant particulièrement atteints psychiquement – ayant un score T d'au moins 60 sur les échelles principales et d'au moins 67 sur les échelles de syndromes – car on ne peut finalement obtenir de changement que pour les jeunes ayant un trouble psychique. Les jeunes n'ayant pas de trouble psychique ne peuvent pas réduire leur problématique psychique et donc recouvrer la santé. Sur les échelles principales, presque 80 % en hétéro-évaluation et plus de 60 % des jeunes en auto-évaluation ont atteint des scores cliniques (c'est-à-dire un score  $T \geq 60$  sur les échelles principales),

ces résultats concernent donc la majorité des jeunes. Les quelques jeunes n'ayant pas atteint ces scores ne sont comparativement pas intégrés à ces analyses.

En conséquence, les éducateurs estiment que la problématique psychique des enfants et des adolescents particulièrement atteints lors de la première mesure a nettement diminué durant le placement. Cette problématique psychique a diminué de trois à quatre points de score T sur les échelles principales, et jusqu'à neuf points sur les échelles de syndrome. Les tailles des effets montrent également que des effets moyens ont été atteints sur les échelles principales et même des effets importants sur les échelles de syndrome.

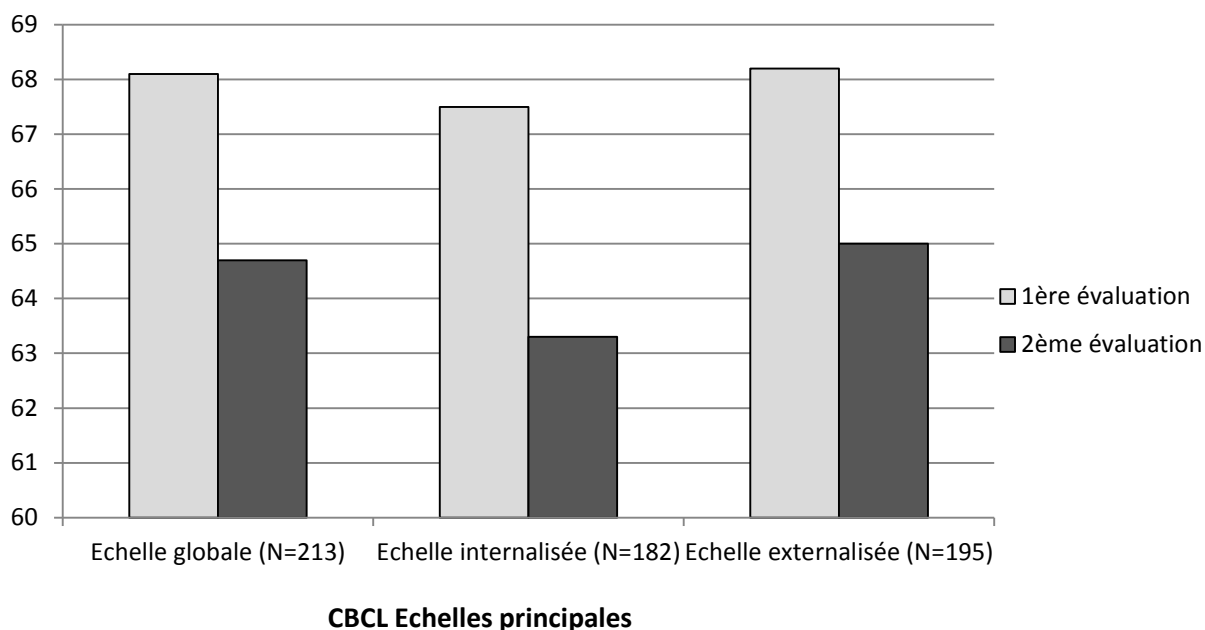


Illustration: Evolution dans le CBCL pour les participants ayant un score T  $\geq 60$  à t1 (t-tests pour des échantillons indépendants,  $p < 0,001$ )

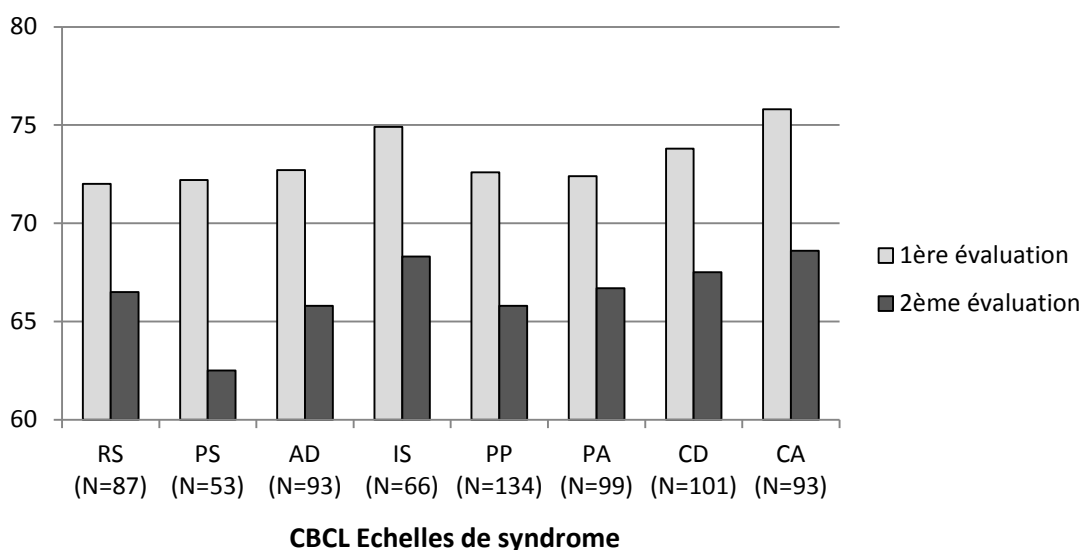


Illustration: Evolution dans le CBCL pour les participants ayant un score T  $\geq 67$  sur les échelles de syndrome à t1 (t-tests pour des échantillons indépendants,  $p < 0,001$ )



### 5.8.2 Changements enregistrés en auto-évaluation

Tout comme pour l'évaluation par les éducateurs, on constate également en auto-évaluation un changement des participants qui se sont évalués comme étant particulièrement atteints psychiquement, donc ayant un score T d'au moins 60 sur les échelles principales et d'au moins 67 sur les échelles de syndromes, ce qui est particulièrement intéressant. L'illustration «*Evolution dans le YSR pour les participants ayant un score T  $\geq$  60 à t1*» montre pour chaque échelle le changement des participants qui, lors de la première mesure, avaient des scores d'au moins 60 sur chacune d'entre elles. En conséquence, la problématique psychique des enfants et des adolescents particulièrement atteints lors de la première mesure a nettement diminué durant le placement. Cette problématique psychique a diminué de quatre à sept points de score T sur les échelles principales et jusqu'à dix points sur les échelles de syndrome. Les tailles des effets montrent également que des effets moyens à importants ont été atteints sur les échelles principales et même des effets importants sur les échelles de syndrome. Une comparaison des effets d'intensités avec le CBCL montre que l'amélioration des enfants et des adolescents en auto-évaluation est plus importante que celle constatée par leurs éducateurs. Cela concerne surtout les échelles *Immaturité sociale*, *Problèmes attentionnels*, *Anxiété/ dépression* et *Problématiques internalisées*. Seule l'amélioration sur l'échelle *Plaintes somatiques* est selon l'évaluation des éducateurs plus importante que ce que rapportent les enfants et les adolescents. En particulier quand on considère en plus les scores initiaux en auto-évaluation, moindres par rapport à l'hétéro-évaluation, on remarque nettement à quel point la problématique des enfants et des adolescents diminue selon leur propre estimation et ceux-ci profitent du placement.

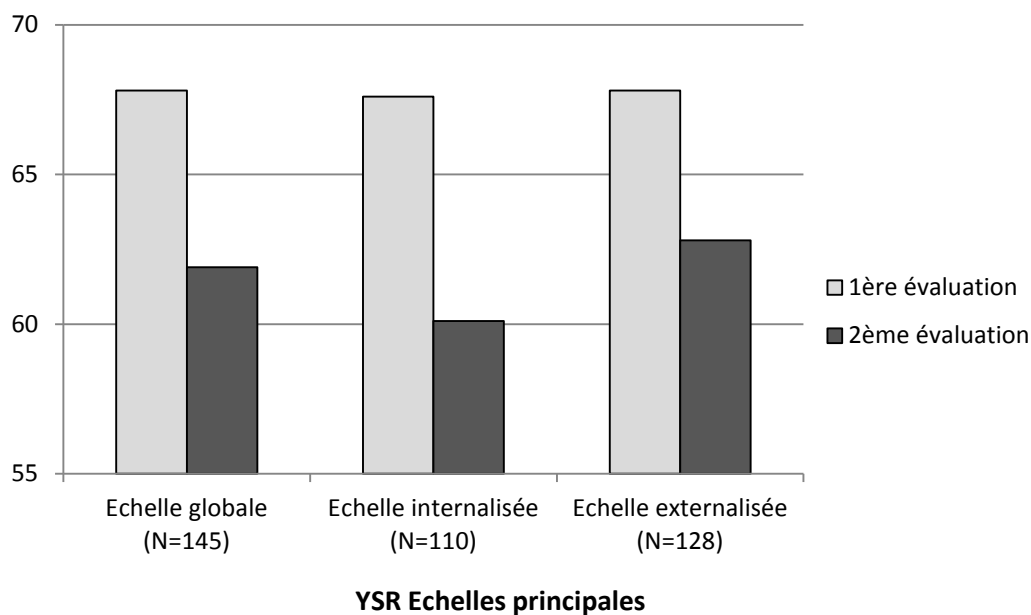


Illustration: Evolution dans le YSR pour les participants ayant un score T  $\geq$  60 à t1 (t-tests pour des échantillons indépendants,  $p < 0,001$ )

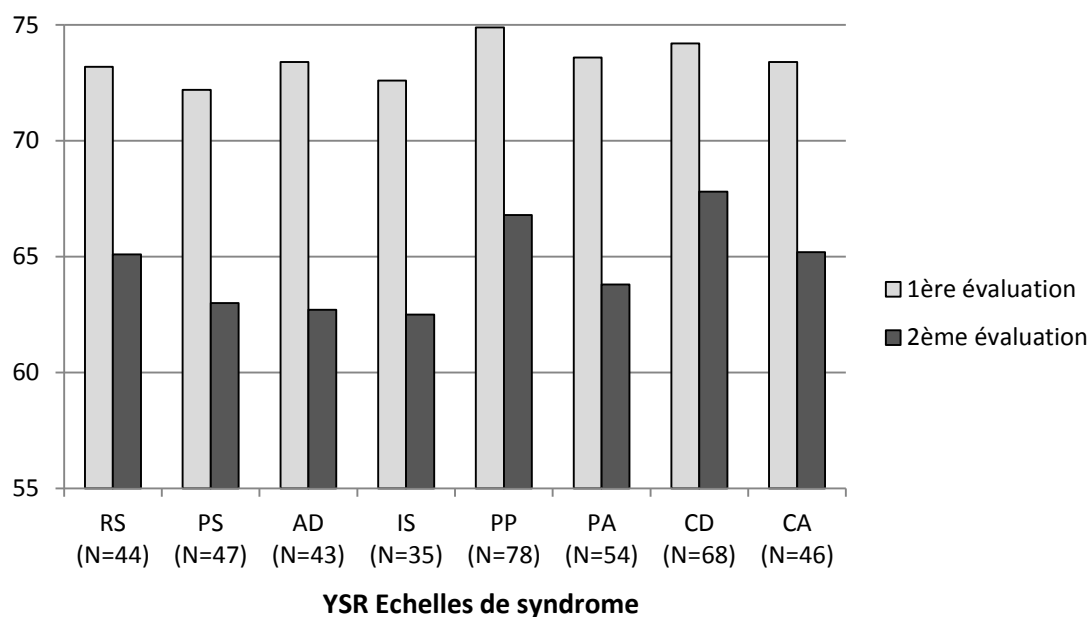


Illustration: Evolution dans le YSR pour les participants ayant un score  $T \geq 67$  à t1 (t-tests pour des échantillons indépendants,  $p < 0,001$ )

Si l'on examine le changement des enfants et des adolescents qui estimaient ne pas être touchés ou avoir une faible problématique psychique sur les différentes échelles lors de la première mesure, ce n'est que sur l'échelle *Anxiété/ dépression* que l'on constate une moindre réduction de la problématique psychique.

Dans le tableau «*Tailles des effets sur les échelles principales CBCL*», les effets d'intensité sont représentés aussi bien pour le sous-échantillon de jeunes ayant des résultats marquants aux tests lors de la première mesure que pour l'échantillon global.

Tableau: Tailles des effets des enfants et des adolescents sur les échelles globales CBCL et YABCL

	Enfants et adolescents (N=285)	Score marquant des enfants et adolescents T1 (Score $T \geq 60$ )	N des enfants et adolescents ayant un score marquant à t1 (score $T \geq 60$ )	Jeunes adultes (N=82)	Score marquant des jeunes adultes T1 (Score $T \geq 60$ )	N des jeunes adultes ayant un score marquant à t1 (Score $T \geq 60$ )
Echelle globale	0,23	0,52	213 (74,7 %)	0,18	0,36	66 (80,5 %)
Echelle internalisée	0,18	0,56	182 (63,9 %)	0,24	0,51	51 (62,2 %)
Echelle externalisée	0,18	0,44	195 (68,4 %)	0,05	0,53	55 (67,1 %)

Tableau: Tailles des effets sur les échelles globales YSR et YASR

	Tous les enfants et les adolescents (N=228)	Enfants et adolescents ayant un score marquant T1 (Score T≥60)	Nombre d'enfants et d'adolescents ayant un score marquant à t1 (score T≥60)	Jeunes adultes (N=73)	Score marquant des jeunes adultes T1 (Score T≥60)	Nombre des jeunes adultes ayant un score marquant à t1 (Score T≥60)
Echelle globale	0,34	0,70	145 (63,6 %)	0,31	0,93	23 (31,5 %)
Echelle internalisée	0,39	0,86	110 (48,2 %)	0,11	0,86	15 (20,5 %)
Echelle externalisée	0,21	0,50	128 (56,1 %)	0,41	1,06	28 (38,4 %)

Tableau: Tailles des effets pour les sous-échelles CBCL

	Tous les enfants et les adolescents (N=285)	Enfants et adolescents ayant un score marquant T1 (Score T≥67)	Nombre d'enfants et d'adolescents ayant un score marquant à t1 (score T≥67)
Retrait social	0,15	0,71	87 (30,5 %)
Plaintes somatiques	0,07	1,11	53 (18,6 %)
Anxiété/ dépression	0,20	0,93	93 (32,6 %)
Immaturité sociale	0,04	0,76	66 (23,2 %)
Problèmes de pensée	0,22	0,83	134 (47,0 %)
Problèmes attentionnels	0,19	0,69	99 (34,7 %)
Comportement délinquant	0,20	0,80	101 (35,4 %)
Comportement agressif	0,15	0,75	93 (32,6 %)

Tableau: Tailles des effets pour les sous-échelles YABCL

	Jeunes adultes (N=82)	Jeunes adultes ayant un score marquant à t1 (Score T≥67)	N des jeunes adultes ayant un score marquant à t1 (Score T≥67)
Retrait social	0,30	1,10	18 (22,0 %)
Plaintes somatiques	0,09	0,41	15 (18,3 %)
Anxiété/ dépression	0,14	0,73	8 (9,8 %)
Immaturité sociale	0,24	0,93	26 (31,7 %)
Problèmes de pensée	0,16	0,80	22 (26,8 %)
Problèmes attentionnels	0,03	0,52	26 (31,7 %)

Comportement délinquant	0,08	1,17	19 (23,2 %)
Comportement agressif	0,20	0,76	19 (23,2 %)

Tableau: Tailles des effets pour les sous-échelles YSR

	Tous les enfants et les adolescents (N=228)	Nombre d'enfants et d'adolescents ayant un score marquant à t1 (score T≥67)	N d'enfants et d'adolescents ayant un score marquant à t1 (score T≥67)
Retrait social	0,21	0,94	44 (19,3 %)
Plaintes somatiques	0,20	0,93	47 (20,6 %)
Anxiété/ dépression	0,36	1,25	43 (18,9 %)
Immaturité sociale	0,28	1,27	35 (15,4 %)
Problèmes de pensée	0,34	0,96	78 (34,2 %)
Problèmes attentionnels	0,26	1,14	54 (23,7 %)
Comportement délinquant	0,14	0,88	68 (29,8 %)
Comportement agressif	0,22	1,01	46 (20,2 %)

Tableau: Tailles des effets pour les sous-échelles YASR

	Jeunes adultes (N=73)	Jeunes adultes ayant un score marquant à t1 (Score T≥67)	N des jeunes adultes ayant un score marquant à t1 (Score T≥67)
Retrait social	0,10	0,68	2 (2,7 %)
Plaintes somatiques	0,07	1,34	4 (5,5 %)
Anxiété/ dépression	0,04	1,70	5 (6,8 %)
Immaturité sociale	0,09	0,93	12 (16,4 %)
Problèmes de pensée	0,17	2,99	6 (8,2 %)
Problèmes attentionnels	0,21		1 (1,4 %)
Comportement délinquant	0,24	4,44	4 (5,5 %)
Comportement agressif	0,37	2,40	4 (5,5 %)

Comme on pouvait s'y attendre, on constate que les effets sont nettement plus importants pour l'échantillon dans lequel les jeunes sont touchés lors de la première mesure. Cela montre d'une part que l'on a travaillé de manière particulièrement intensive à ces symptômes et qu'un développement particulièrement marquant se dessine également dans ces domaines. De plus, on observe en général d'un point de vue statistique une régression de moitié lorsque l'on effectue des mesures répétées. Cela est généralement particulièrement marquant pour les scores extrêmes dans des procédures de test comme le CBCL pour lequel la population normale a été étalonnée, car souvent une seule question du questionnaire peut expliquer une différence de score T relativement importante.



### 5.8.3 Résumé

Dans l'ensemble, on observe une réduction des symptômes très significative dans les questionnaires psychométriques de dépistage pour enfants et adolescents, aussi bien dans le cadre de l'auto-évaluation que de l'hétéro-évaluation. La réduction des symptômes est plus fortement ressentie/rapportée par les jeunes que par leurs éducateurs référents. Les tailles des effets pour tous les jeunes sont plutôt réduites, avec des valeurs allant de  $d=0,18$  à  $d=0,40$ . Mais si l'on calcule les tailles des effets seulement pour les jeunes qui atteignaient des valeurs cliniques lors de la première évaluation, elles sont importantes avec des valeurs allant de  $d=0,88$  à  $d=1,27$ .

## **6 Résumé et discussion sur les résultats les plus importants**

### **1. Les jeunes des foyers ont des problématiques psychique et psychosociale extrêmement importantes.**

- a) Accumulation de facteurs de risque psychosociaux et biologiques
- b) Dimensions des vulnérabilités extrêmement importantes dans les questionnaires psychométriques
- c) Forte prévalence de maladies psychiques (comorbidité élevée, c'est-à-dire que de nombreux jeunes souffrent de plus d'une maladie psychique)
- d) Difficulté marquée dans l'intégration sociale
- e) Différences dans les régions linguistiques

### **2. L'aide socio-éducative en foyer et l'exécution des mesures en milieu institutionnel sont efficaces**

- a) Amélioration significative dans tous les «objectifs généraux»
- b) Plus de 90 % des jeunes atteignent leurs objectifs individuels
- c) Réduction significative de la problématique psychique en auto- et hétéro-évaluation

### **3. L'aide socio-éducative en foyer fonctionne, mais pas aussi bien avec tous**

- a) Environ un sixième des mesures de placement a été interrompu
- b) Amélioration moindre et rare atteinte des objectifs pour les jeunes ayant des problèmes spécifiques

### **4. Adéquation et utilisation future des outils du projet pilote**

- a) L'outil d'évaluation et de fixation des objectifs
- b) Le BARO
- c) La batterie de tests psychométriques
- d) Implémentation durable d'EQUALS

#### **6.1 Les enfants, les adolescents et les jeunes adultes dans les foyers ont des problématiques psychique et psychosociale importantes.**

Même si l'on pouvait s'attendre à des problématiques psychique et psychosociale importantes pour l'échantillon composé d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes, l'étendue des facteurs de risques et des maladies psychiques parmi eux, et la souffrance humaine qui y est associée, sont effrayantes.

Cette accumulation de facteurs de risques démontre que le devoir des foyers socio-éducatifs auprès de la société a fondamentalement changé ces cent dernières années. Certes, les enfants placés hors du foyer familial ont toujours été touchés et ils avaient des cellules familiales qui, pour diverses raisons, ne parvenaient plus à assumer plus leurs tâches éducatives. Grâce aux progrès médicaux, les enfants placés aujourd'hui hors du foyer familial sont plus rarement des orphelins. Ils viennent toutefois aujourd'hui en général de cellules familiales qui sont elles-mêmes tellement affectées sur le plan psychique qu'elles ne peuvent plus assurer leurs tâches éducatives de manière suffisante. Elles sont parfois tellement dépassées qu'elles négligent leurs enfants et les maltraitent sur les plans émotionnel et parfois physique.

Cette tendance est encore plus renforcée par les importants progrès dans tout le domaine psychosocial et dans l'accroissement massif d'offres ambulatoires (centres de conseils, réforme des foyers, aides ambulatoires). Comme les cas moins graves sont traités par l'aide ambulatoire, ce sont les enfants et les adolescents pour lesquels elle n'est pas suffisante ou qu'elle a échoué qui bénéficient de l'aide en institution. Les foyers sont nécessaires aussi lorsque le bien de l'enfant n'est pas assuré en restant dans une famille ou qu'il a des besoins spécifiques et importants aux niveaux social, pédagogique et scolaire. Finalement, ce développement des dernières décennies mène à un effet de sélection augmentant lentement, effet qui conduit lui-même à une amoncellement dans les foyers d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes présentant des problématiques psychosociales très lourdes et un besoin pédagogique des plus importants.

Les différents facteurs de risques s'accumulant, la probabilité que les enfants souffrent de maladies psychiques augmente (Copeland et coll., 2007; Johnson et coll., 2006). Leurs familles d'origine manquent d'inculquer aux nombreux enfants et adolescents placés des compétences psychiques propres, des compétences sociales ainsi que nombreux savoirs du quotidien. Ils doivent alors les apprendre en foyer ou «rattraper» ces expériences de la vie qui mènent à ces savoirs.

Les résultats sur l'étendue des facteurs de risque et sur l'importante problématique psychique de l'échantillon MAZ. montrent par conséquent, à quel point les jeunes en foyer ont besoin de ce soutien socio-éducatif durable, qu'accomplissent les équipes éducatives au quotidien dans l'accompagnement des enfants, des adolescents et des jeunes adultes très affectés.

### **6.1.1 Accumulation de facteurs de risque psychosociaux et biologiques**

La problématique psychosociale de l'échantillon est vraiment très importante et pour presque tous les jeunes en foyer, il existe un grand nombre de facteurs de risque, aussi bien psychosociaux que biologiques. Les séparations (60 %), le décès d'un des parents (9 %), le faible niveau social, les maladies psychiques de la mère (30 %), la toxicomanie des parents (28 %) et les incarcérations du père (11 %) sont très souvent relevés. 80 % des adolescents et des jeunes adultes rapportent avoir vécu au moins une fois un traumatisme et plus d'un tiers des jeunes rapportent plus de trois événements traumatiques. Nombreux sont les jeunes qui ont dû vivre placés hors du foyer familial, en particulier pour ceux suivis sur le plan pénal, 20 % de ceux-ci affichant de véritables carrières institutionnelles avec plusieurs placements hors du foyer familial.

De nombreux jeunes ont déjà dû fréquenter divers établissements scolaires et vivre dans divers foyers avant celui où nous les avons rencontrés. En moyenne, leur niveau scolaire affiche une différence marquée par rapport à leur intelligence moyenne, l'intelligence ayant été testée via des tests (CFT-20 et Raven) indépendamment du niveau de leur formation.

### 6.1.2 Dimension des vulnérabilités extrêmement importantes dans les questionnaires psychométriques

L'accumulation des facteurs de risque se répercute nécessairement aussi sur la problématique psychique des jeunes. Elle apparaît également dans les questionnaires de dépistage pédopsychiatriques, aussi bien en auto-évaluation qu'en hétéroévaluation, la problématique psychique étant nettement plus importante lorsqu'elle est rapportée par les éducateurs référents que par les jeunes eux-mêmes. En auto-évaluation, plus de 65 % des jeunes se décrivent comme ayant des problèmes psychiques et plus de 24 % comme ayant d'importants problèmes psychiques, c'est-à-dire qu'ils atteignent un rang en pourcents de plus de 98.

Dans le cadre des questionnaires pédopsychiatriques, plus d'un tiers des jeunes atteint en hétéroévaluation des scores que moins de 2 % de la population normale atteint. Au questionnaire psychiatrique de dépistage (MAYSI), presque 80 % atteignent le seuil de manifestations cliniques.

Les participantes de notre étude ont affiché dans toutes les procédures psychométriques aussi bien en auto- qu'en hétéroévaluation une problématique plus importante que celle des participants. Les raisons peuvent être multiples:

- Les filles placées hors du foyer familial ont généralement plus de troubles (plus de traumatismes, placement plus tardif, effet Carter<sup>1</sup>, c'est-à-dire que plus la contraction d'une caractéristique est rare, plus les chances de la transmettre ensuite augmentent).
- Les filles rapportent plus facilement leurs problèmes.
- Les filles parlent plus souvent avec leurs référents de leurs problèmes.
- Les filles affichent plus souvent des maladies complexes combinant des troubles internalisés et des troubles externalisés, ce qui implique des manifestations plus importantes dans les procédures pédopsychiatriques de saisie de psychopathologies.
- Surreprésentation dans le projet pilote de quelques institutions qui hébergent de filles extrêmement vulnérables, avec une grande participation de ces dernières. Comme dans des

---

1

En 1961, le généticien pédiatrique Cedric Carter a décrit, dans le cas de maladies héréditaires multifactorielles comme la sténose du pylore, la réapparition fréquente dans la transmission transgénérationnelle de la maladie, quand le sexe plus rarement touché est concerné. Donc si des femmes ont eu une sténose du pylore dans leur enfance, elles ont un risque plus élevé d'avoir ensuite des enfants eux-mêmes atteints. En médecine, cette règle générale a été constatée pour différents phénomènes (par ex: psychopathologique), indépendamment de la génétique et de la transmission transgénérationnelle de caractéristiques. Ainsi, les patientes et les patients atteints de maladies clairement liées au sexe alors même qu'ils appartiennent au sexe plus rarement malade ont souvent une symptomatologie plus marquée et plus de difficultés dans le déroulement du traitement. Cela vaut par ex. pour l'anorexie mentale pour les jeunes hommes plus rarement atteints ou pour les TDAH pour les filles plus rarement atteintes, etc. On trouve plus nettement plus de garçons que de filles en foyer. Lorsque des filles sont en foyer, elles ont plus de troubles psychopathologiques que les garçons. On peut ainsi en s'appuyant sur les observations de Cedric Carter parler d'un effet similaire, même s'il ne s'agit ici pas de liens génétiques mais seulement d'une expression plus importante d'une caractéristique conditionnée par les effets de sélection.

études comparables des informations sur les filles n'ont pu être données, on a procédé dans ce projet pilote à un oversampling ciblé concernant les institutions exclusivement féminines. Plusieurs institutions de filles extrêmement vulnérables ont pu être recrutées pour participer au projet pilote. Avec un nombre relativement important de jeunes filles participantes, ces institutions ont marqué le résultat du projet pilote. On pourrait éventuellement aussi supposer que si l'on avait cherché à gagner de la même manière des institutions s'occupant de garçons et de jeunes hommes difficiles, alors une part plus importante de garçons difficiles aurait été recrutée, et donc que les apparentes probématiques plus lourdes pourraient éventuellement aussi résulter de l'oversampling ciblé. Il est toutefois plus probable que les filles et les jeunes femmes participant à l'étude ont, de manière proportionnelle, des troubles réellement plus importants, car elles indiquent également plus de facteurs de risque et sont placés plus tardivement en moyenne.

### **6.1.3 Forte prévalence de maladies psychiques (comorbidité élevée)**

Environ trois quarts de l'échantillon (74 %) des jeunes placés en foyer souffrent d'au moins une maladie psychique selon la CIM-10/le DSM-IV. 44 % remplissent les critères diagnostics pour plus d'une maladie psychique. Comme on pouvait s'y attendre, la prévalence est plus élevée chez les jeunes placés sur une base juridique pénale (90 %), que chez les jeunes placés civilement (70 %) ou de manière volontaire (68 %). Le plus souvent, il s'agit manifestement de troubles externalisés, de troubles des conduites et de troubles hyperkinétiques associés à des troubles des conduites. Pratiquement, tous les troubles psychiques ont été diagnostiqués. Des maladies du spectre de la schizophrénie ont également été diagnostiquées dans les institutions participant au projet pilote. La principale information reste toutefois que de nombreux jeunes sont atteints de plusieurs troubles psychiques. L'importante comorbidité est caractéristique chez les personnes qui ont vécu un nombre élevé d'événements traumatiques et de problématiques psychosociales (Schmid et coll., 2010; Cloitre et coll., 2009). La comorbidité caractéristique s'avère également cruciale dans la définition de la collaboration avec les services pédopsychiatriques. Cela montre qu'il s'agit d'une patientèle qui est également difficile à soigner sur le plan pédopsychiatrique et psychothérapeutique, pour qui il n'existe pas vraiment de concepts thérapeutiques, ni de directives fondées scientifiquement pour une psycho- et/ou pharmacothérapie réussie.

Il est très intéressant de constater que la prévalence des maladies psychiques diminue parallèlement à la durée du placement. Ceci parle en faveur du fait qu'il est possible de diminuer les problématiques psychiques dans le cadre d'un placement socio-éducatif. Selon la perspective pessimiste, les enfants et les adolescents très affectés interrompent souvent les mesures d'aide dans les deux premières années du placement, ou alors les institutions y mettent fin elles-mêmes de manière imprévue. C'est pour cela que la prévalence des maladies psychiques est plus importante durant les premières années de placement en foyer. Les résultats du projet pilote montrent les deux. D'une part, les jeunes particulièrement touchés quittent le foyer plus tôt, ils ont souvent également des durées de séjour prévues plus courtes dans des foyers d'observation lors desquels ils sont largement évalués. D'autre part, on note également que la problématique psychique diminue nettement durant le placement et que les jeunes sains sur le plan psychique profitent des mesures pédagogiques en général rapidement.

#### **6.1.4 Difficulté marquée dans l'intégration sociale**

Plusieurs résultats montrent que l'intégration sociale des jeunes concernés est massivement restreinte et ceux-ci affichent un besoin important de soutien pédagogique dans de nombreux domaines. En particulier dans le BARO, on constate que plus de 80 % des jeunes rencontrent des problèmes dans cinq domaines centraux ou plus, et des risques pour leur développement.

Le grand nombre de domaines nécessitant un soutien indique que l'aide socio-éducative institutionnelle doit se dérouler dans un contexte comprenant d'autres services d'intervention (pédopsychiatrie, traitement des dépendances, office des tutelles et curatelles, justice des mineurs). Cela démontre encore une fois que de nombreuses ressources pour la pratique socio-éducative institutionnelle sont nécessaires. On peut ainsi dire que le niveau d'intégration d'une institution socio-éducative dans le contexte de l'aide à l'enfance s'avère un indicateur fondamental de la qualité de la structure. La définition du contenu de ces collaborations est également un important marqueur qualitatif du processus. La quantité de domaines dans lesquels les enfants, adolescents et jeunes adultes affichent un besoin de soutien apparaît également dans les résultats portant sur leur qualité de vie, ce que confirment les observations menées dans d'autres études dans les zones germanophones (Schmid, 2007).

#### **6.1.5 Différences entre les régions linguistiques**

Lorsque l'on considère les résultats épidémiologiques au regard des régions linguistiques, quelques différences flagrantes sautent aux yeux. Celles-ci doivent toutefois être interprétées avec grande prudence, car de nombreuses variables se confondent ici, et les résultats ne peuvent pas être interprétés sans tenir compte du contexte global. Par exemple, la problématique psychique dans les questionnaires et la fréquence des maladies psychiques sont différentes dans les trois régions. Dans l'échantillon MAZ., on observe que les problématiques psychiques sont nettement moins importantes au Tessin qu'en Suisse romande ou alémanique. On ne peut toutefois absolument pas en déduire que les jeunes sont différents en raison de la région linguistique. Il faut examiner exactement quels facteurs peuvent être ou sont susceptibles d'expliquer cette différence. Par exemple, les structures institutionnelles et les processus menant au placement sont très différents d'une région linguistique à l'autre. Au Tessin, il n'existe pas d'institution accueillant spécifiquement des jeunes placés sur une base pénale, c'est pourquoi ces jeunes intègrent les institutions romandes ou alémaniques. En Suisse romande et en Suisse alémanique, il existe également des différences marquées dans les processus de placement. En Suisse romande par exemple, la majorité des enfants est placée sur une base juridique civile, un peu moins pénalement et encore moins de manière volontaire avec l'aide des autorités. Il existe deux raisons à cela:

1. Il est envisageable que les structures et les procédés socio-éducatifs en Suisse romande soient plus fortement influencés par les concepts venus de France. Chez nos voisins francophones, le taux de placement hors du foyer familial est un des plus élevés au monde (Thoburn, 2007) et en Suisse, les mesures tutélaires ont tendance à être plus souvent prises dans les cantons francophones et italophones que dans les cantons germanophones (Voll, 2006). Le fait que les institutions socio-éducatives soient plus souvent sous surveillance cantonale pourrait également mener au fait que dans les cas limites, les autorités tutélaires cantonales réagissent plus souvent par un placement.

2. Les biais de sélection spécifiques peuvent apparaître aussi dans le grand échantillon MAZ. en raison de la participation ou non des différentes institutions hautement spécialisées. Une part très importante des jeunes hommes placés pénalement résulte de la participation et de la bonne coopération des centres de placement Arxof et Uitikon. Si ceux-ci n'avaient pas été motivés à participer, le rapport entre les placements civils et pénaux aurait été ajusté. Dans le cadre du projet pilote, il n'a malheureusement pas été possible d'inclure des maisons d'éducation spécialisées dans les placements pénaux de jeunes en Suisse romande.

Les différentes pratiques en matière de placement peuvent donc aussi bien être influencées par les références culturelles et linguistiques, que par les échanges internationaux dans les régions linguistiques. Dans le cas du Tessin, il n'est certainement pas possible qu'une institution hautement spécialisée pour les jeunes délinquants soit constamment exploitée à pleine capacité, d'autant plus si l'on considère que les autres centres de mesures sont régis par des concordats qui les obligent à répondre aux besoins d'autres cantons et régions linguistiques parfois.

Si l'on prend donc en considération les différentes pratiques en matière de placement et les biais de sélection lors de l'interprétation, on constate que les problématiques psychiques nettement moindres au Tessin pourrait certainement découler du fait qu'absolument aucun jeune placé sur une base juridique pénale n'a été intégré à l'échantillon MAZ., ce qui peut s'expliquer par le renoncement à un foyer cantonal spécialisé. Dans la description de l'échantillon, il apparaît clairement que les institutions tessinoises ont fait participer des enfants et des adolescents plutôt jeunes, d'âge scolaire qui ont été placés de manière volontaire ou sur un plan civil. Etant donné que dans l'échantillon MAZ. on a, d'une part, observé des corrélations étroites et constantes entre l'âge et l'ampleur des problématiques psychiques/ de la psychopathologie/ de la comorbidité et, d'autre part, que les jeunes placés sur une base pénale ont tendance à afficher une problématique psychique plus élevée et une prévalence plus élevée de maladies psychiques, on peut donc partir du principe que ces différences entre le Tessin et les autres régions linguistiques peuvent être attribuées à une pratique différente en matière placement. Si l'on considère les jeunes plus âgés et placés pénalement dans les comparaisons, les résultats s'équilibrent et les différences ne sont plus significatives. Les différences mineures en termes de problématiques psychosociales pourraient également être attribuées à la différence d'âge et à de meilleures informations sur leurs origines.

Les différences de significations culturelles des diverses formulations et symptômes, mais aussi les divergences linguistiques dans les questionnaires peuvent également être la cause des différences entre les régions linguistiques, ou ne peuvent tout au moins pas être exclues en tant que telles. De plus, les standardisations des différents questionnaires dans les régions linguistiques ont été en partie réalisées sur des échantillons différents et à quelques années d'écart. Il est donc possible que les différentes procédures et périodes de standardisation se répercutent sur les résultats. Etant donné que la problématique psychique a eu tendance à augmenter dans les études de prévalence portant sur les jeunes ces dernières années (Ravens-Sieberer et coll., 2007), il serait tout à fait possible que les différentes périodes de standardisation (celle de la version allemande datant de plus de 10 ans) aient une influence sur les différences entre les régions linguistiques, même de façon très limitée.

## **6.2 L'aide socio-éducative en foyer et l'exécution des mesures en milieu institutionnel sont efficaces en Suisse**

Malgré les problématiques exceptionnellement élevées des jeunes, l'aide socio-éducative institutionnelle obtient de fortes réussites: durant la période d'observation, les jeunes développent statistiquement de nouvelles compétences de manière significative et réduisent leurs troubles. Les effets et les taux d'interruption sont, en comparaison internationale, vraiment bons, ce qui parle en faveur d'une qualité institutionnelle et procédurale au-dessus de la moyenne pour les institutions participantes, et ceci dans les trois régions linguistiques de Suisse. L'efficacité de l'aide socio-éducative institutionnelle peut être répartie en trois domaines: gain de compétences générales, réalisation d'objectifs individuels et changements dans les questionnaires psychométriques.

### **6.2.1 Amélioration significative dans les «compétences générales» dans l'outil de fixation et de réalisations des objectifs**

On constate une amélioration significative de tous les objectifs généraux de l'outil de fixation et de réalisation des objectifs. Les tailles des effets sont presque toujours supérieures à 0,10 (en moyenne pour tous les participants  $d=0,17$ ) et donc un peu au-dessus des améliorations auxquelles on aurait pu s'attendre en comparaison des études internationales. Lorsque l'on considère en particulier les jeunes et les sous-échelles sur lesquelles ils affichaient d'importants déficits au début de la période d'observation, on constate de très nettes améliorations avec des tailles d'effets importantes voire très importantes, entre  $d=0,85$  et  $d=1,4$ . La taille des effets s'élève en moyenne à 1,2 dans toutes les compétences générales.

Pour cet échantillon comprenant de nombreux adolescents plus âgés et des jeunes adultes ayant de très importants troubles, ajouté au fait qu'ils sont placés pénalement, le gain constant en compétences générales s'avère très important, surtout lorsque l'on aborde le débat actuel sur une plus forte pénalisation du droit des mineurs et l'introduction éventuelle de peines d'emprisonnements. Les résultats montrent que les jeunes profitent de l'offre socio-pédagogique et acquièrent des compétences qui réduisent le risque de récidive. L'étude catamnastique des centres de placement (Müller et Rossi, 2009) montre que le taux de récidive était beaucoup plus faible que celui du système pénitentiaire allemand pour les mineurs (Jehle et coll., 2004), raison pour laquelle, les concepts pédagogiques destinés au traitement des jeunes délinquants reçoivent un certain soutien en Allemagne (Nickolai et Reindl, 2001; Nickolai et Wichmann, 2004).

### **6.2.2 Plus de 80 % des jeunes atteignent leurs objectifs individuels**

L'analyse des accords d'objectif individuels montre un large éventail des domaines problématiques sur lesquels on travaille quotidiennement au sein des foyers. Plus de 86 % des jeunes se sont améliorés dans au moins un des objectifs individuels et plus de 80 % ont même atteint l'objectif visé. 57 % ont atteint pour deux ou trois objectifs un développement positif.

La réalisation des objectifs individuels est la clé de toute éducation en foyer réussie, étant donné que les grands objectifs sociétaux (comme la resocialisation et la garantie d'intégration) se composent finalement d'une multitude de petits objectifs quotidiens. Au regard des objectifs individuels, les tailles des effets sont encore plus impressionnantes et s'élèvent en moyenne pour tous les jeunes à  $d=0,51$ . Si l'on ne considère que les jeunes dont les objectifs individuels avaient une position initiale particulièrement mauvaise et qui n'ont montré le comportement visé plus rarement que «parfois», la taille des effets moyenne s'élève quand bien même à  $d=1,75$  pour tous les objectifs individuels (229 objectifs ont été saisis avec une position initiale particulièrement mauvaise). Cela montre à quel point



il est très rentable d'intégrer les déficits individuels des jeunes dans les conventions d'objectifs de manière respectueuse et axée sur les solutions. Il est tout aussi important de soutenir les jeunes tout particulièrement dans ces domaines, et de travailler avec eux de manière intensive à ces objectifs et en règle générale de façon interdisciplinaire.

### **6.2.3 Réduction significative de la problématique psychique en auto- et hétéro-évaluation**

La problématique psychique des jeunes diminue de façon très impressionnante durant la période d'observation. Ceci particulièrement lorsque l'on ne considère que ceux qui lors de la première mesure souffraient des manifestations cliniques, du fait que l'on ne peut attendre aucune amélioration des quelques jeunes ne manifestant pas de signes cliniques. La réduction de la problématique psychique sur les échelles principales des CBCL/YABCL correspond aux tailles des effets de  $d=0,52$  (CBCL enfants et adolescents), respectivement  $0,36$ , c'est-à-dire que comme l'estiment les éducateurs référents, la majorité des jeunes va mieux durant le déroulement de la mesure. La problématique psychique diminue sur l'échelle globale, tout comme sur les échelles internalisée et externalisée.

Le fait que ces améliorations ne soient pas seulement rapportées par les éducateurs sociaux mais également par les jeunes eux-mêmes est très significatif. Les améliorations ont tendance à être plus importantes en auto-évaluation. Pour les adolescents, la taille des effets s'accroît pour la réduction des symptômes sur l'échelle globale du YSR à  $d=0,70$ , de même que pour les jeunes adultes dans le cadre du YASR à  $d=0,93$ . Le plus grand changement pour les jeunes est celui rapporté dans les problématiques internalisées. Des effets encore plus importants apparaissent même en auto-évaluation pour les jeunes adultes. L'amélioration est toutefois encore plus forte dans les problématiques externalisées. Ceci résulte certainement du fait qu'il s'agit en règle générale de jeunes hommes placés pénalement, avec lesquels on travaille de manière très intense sur le plan éducatif et psychothérapeutique sur ces problématiques spécifiques. D'autre part, on remarque que les jeunes hommes, justement, ont davantage conscience de leur progrès que leurs éducateurs référents. Cela peut d'une part être un signe de conscience de soi altérée et de surestimation des progrès, mais d'autre part, cela peut également signifier qu'il est très important pour eux d'afficher leurs progrès.

En se centrant sur de la réduction de la problématique psychique des jeunes, il serait très intéressant de vérifier si les tailles des effets augmentent grâce à un diagnostic plus ciblé, ainsi qu'à une combinaison précise d'interventions pédopsychiatriques/-psychothérapeutiques et socio-éducatives basées sur la pratique (evidenced-based).

Les études portant sur les suivis psychothérapeutiques de cohortes plus homogènes de patients, indiquent moins de troubles comorbides et des variables d'objectifs clairement définis avec en partie des tailles d'effets beaucoup plus importantes. Il serait donc intéressant d'examiner l'effet complémentaire des psychothérapies basées sur la pratique dans le domaine de l'aide à l'enfance. De plus, on peut également se demander si des interventions thérapeutiques ciblées et dans le milieu ne peuvent pas augmenter encore plus l'efficacité.

## **6.3 L'aide socio-éducative en foyer ne fonctionne pas aussi bien avec tous**

### **6.3.1 Environ un sixième des mesures a été interrompu**

Le taux d'abandon du projet pilote est de 16 %, restant ainsi inférieur à ceux observés dans les études allemandes et anglaises (Schmidt et coll., 2002; Schmid et Fegert, 2012; Polnay et coll., 1997; Bullock et coll., 1993; Macsenaere et Knab, 2004). L'étude allemande sur les effets de la protection de la jeunesse constate par exemple des interruptions dans 28 % des cas. L'Office fédéral de la statistique allemand (2010) rapporte également régulièrement 20 % d'abandon dans l'aide socio-éducative institutionnelle en Allemagne. Le fait qu'il y ait moins d'abandon que dans d'autres pays ne doit pas faire perdre de vue que chaque interruption a des répercussions en termes d'adaptation sur les jeunes et doit être évitée tant que faire ce peut (cf. Schmid et Fegert, 2012). Les interruptions dans le système d'aide à la jeunesse ne sont pas problématiques uniquement pour la personne concernée mais posent également un problème important sur le plan socio-politique. Des études empiriques montrent par exemple qu'un nombre plus élevé d'aides accordées a une influence négative sur la réussite du placement actuel (Macsenaere et Knab, 2004; Schmidt et coll., 2002). De plus, l'intégration sociale et la qualité de vie des enfants ayant vécu de nombreuses ruptures relationnelles sont affectées pour le restant de leur vie (Aarons et coll., 2010). Par ailleurs, il semblerait que le nombre de mesures d'aides interrompues aille de pair avec des délits plus fréquents et plus graves par la suite (Ryan et Testa, 2005), et avec le recours plus fréquent aux prestations médicales dans le domaine psychiatrique et somatique (Rubin et coll., 2004). Les ruptures dans le système d'aide à la jeunesse, en particulier dans le domaine des familles d'accueil, sont souvent particulièrement tragiques. En règle générale, du fait que cela signifie un important investissement préalable pour le réseau, et donc les familles d'accueil et/ou les professionnels, une interruption va souvent de pair avec des sentiments de perte et d'échec importants chez les intervenants concernés. Ceci d'autant plus dans la mesure où les intervenants psycho-sociaux tissent également des liens émotionnellement forts avec les enfants (cf. Schmid, 2010). Les nombreux abandons posent donc un problème non négligeable et des mesures doivent être prises afin de diminuer encore leur taux.

Il est intéressant de constater grâce aux analyses de régression que les interruptions vont surtout de pair avec les variables suivantes: plus forte imprégnation des traits de personnalité psychopathique ; problématique psychique plus importante ; antécédents de placements extra- familiaux. Il faut donc absolument essayer d'évaluer au mieux les besoins psycho-éducatifs d'un enfant avant le premier placement. Une planification de l'aide nécessaire devrait se calquer sur les besoins individuels des cas particuliers, et non pas être simplement déterminée par l'offre disponible. Il s'agira à l'avenir d'apporter des réponses encore plus spécifiques aux besoins pédagogiques particuliers des différents jeunes ayant des troubles psychiques particulièrement importants et/ou des traits de personnalité psychopathique.

### **6.3.2 Amélioration moindre et rare atteinte des objectifs pour les jeunes ayant des problèmes spécifiques**

Après l'analyse des abandons, il est intéressant de se pencher également sur les jeunes qui ont et n'ont par atteint leurs objectifs, pour quels motifs, afin de pouvoir en déduire un besoin de soutien accru et aussi spécifique que possible. Comme on pouvait s'y attendre, les évaluations de l'analyse de régression montrent ici que la problématique psychique et le nombre de mesures ayant échoués ont une influence considérable sur la réalisation des objectifs, aussi bien pour les objectifs individuels que pour les compétences générales. On constate également par ailleurs clairement que l'étendue des traits de personnalité psychopathique est le meilleur prédicteur de la réalisation limitée des objectifs socio-éducatifs.

## **6.4 Adéquation et utilisation future des outils du projet pilote**

Les instruments choisis, c'est-à-dire l'outil de fixation et de réalisation d'objectifs, le BARO et l'ensemble des tests et questionnaires psychométriques utilisés permettent, d'une part, d'illustrer de façon très réaliste les processus dans l'aide socio-éducative en foyer et dans les mesures d'exécution institutionnelles mais également, d'autre part, une évaluation économiquement avantageuse mais aussi complète que possible d'un point de vue sociopédagogique et psychologique/psychiatrique. Hormis l'entretien du BARO, tous les instruments ont été insérés dans un programme informatique, de sorte que les éducateurs et les enfants puissent remplir les tests en quelques clics sur le PC.

La procédure assistée par ordinateur s'est avérée particulièrement utile car elle s'est révélée très adaptée et actuelle pour les jeunes. Dans la mesure où il était possible de poser des questions et d'utiliser la fonction lecture, la nécessité d'encadrement des jeunes directement durant les passations de tests a été plutôt limitée. Le programme a dû être plusieurs fois mis à jour, en particulier durant la première phase de saisie, ce qui a posé problème, surtout dans les structures disposant de gros serveurs, car chaque mise à jour impliquait l'intervention d'un conseiller informatique externe. De plus, les institutions disposant d'ordinateurs et de systèmes d'exploitation Apple ont dû soit simuler une interface Windows, ce qui est complexe, soit utiliser un ordinateur portable utilisant Windows spécialement pour MAZ.. Les «problèmes de jeunesse» du programme informatique ont pu être très largement éradiqués lors de la deuxième phase MAZ., et durant le reste du projet pilote. Le programme informatique s'est avéré satisfaisant.

On retiendra globalement que l'ensemble des instruments choisis permet d'illustrer les parcours individuels des jeunes, et cela peut être utile pour enrichir les bilans de leurs situations. En outre, les profils d'acquisition de compétence peuvent également être tracés au niveau institutionnel, ce qui permet de déduire les atouts et les faiblesses particuliers des concepts institutionnels. Dans le cadre du projet pilote, on a pu observer que les institutions qui ont profité le plus des instruments sont celles qui ont réussi rapidement et correctement à intégrer les enquêtes diagnostiques dans leur quotidien lors de l'accueil de nouveaux jeunes/jeunes adultes, et en particulier quand l'équipe thérapeutique a également fait appel aux instruments pour les poses de diagnostics et les expertises. Chaque fois que les instruments du projet pilote entraient en concurrence avec ceux déjà utilisés dans les institutions, un travail de motivation accru a été nécessaire. Ceci du fait que les questionnaires du projet pilote étaient alors davantage perçus comme faisant exclusivement partie d'une étude, et les équipes considérant cela plus comme une charge de travail supplémentaire que comme l'opportunité de tester de nouveaux instruments destinés à l'évaluation de leurs situations et des processus socio-éducatifs mis en œuvre.

Lorsque l'on considère l'utilité pour les institutions et les retours des professionnels par rapport aux différents instruments, la situation est la suivante.

### **6.4.1 L'outil de fixation et de réalisation des objectifs**

Suite aux réflexions sur l'outil de fixation et de réalisation des objectifs de la part de l'équipe du projet pilote et des experts partenaires du domaine socio-éducatif institutionnel et des autorités d'affectation, et parallèlement à son introduction, la décision a été prise d'encourager une certaine attitude et une valorisation des ressources dans les entretiens de fixation d'objectifs entre les éducateurs référents et les jeunes. La participation des jeunes, l'importance centrée sur les

objectifs et les ressources, ainsi que la description détaillée du comportement attendu se sont avérés des éléments clés dans la perception positive de l'instrument. Ils ont également contribué à donner une impulsion très positive au changement.

Un problème méthodologique dans le cadre du projet pilote réside dans la longueur de la période des entretiens de fixation des objectifs. Un intervalle d'année ne correspond pas vraiment à la pratique dans les foyers, dans la mesure où les équipes requièrent souvent des objectifs à plus court terme et vérifiables plus rapidement. Il serait donc souhaitable que les jeunes puissent fixer eux-mêmes avec leurs référents le moment idéal pour évaluer la réalisation des objectifs. La standardisation des entretiens de fixation des objectifs a en partie été perçue comme un obstacle, mais aussi souvent comme très utile. La standardisation aide sûrement davantage les collaborateurs peu sûrs d'eux-mêmes, qui apprécient l'aide, voire la trouvent même nécessaire.

Nous avons constaté des différences considérables entre les institutions lors de la fixation des objectifs et dans la conduite de processus socio-éducatifs à l'aide de l'outil de fixation et de réalisation des objectifs. Certaines institutions ont saisi immédiatement et de manière conséquente tous les entretiens de fixation d'objectifs, d'autres ont fixé différemment de très nombreux objectifs.

Certaines institutions et notamment les foyers d'observation souhaitent pouvoir inclure dans l'outil les mandats des autorités de placement dans les objectifs. Ceci de manière à marquer leurs responsabilités dans la mesure où les autorités participent elles aussi grandement à la réussite de la mesure grâce à la mise en place de solutions subséquentes. Quelques institutions, en particulier les foyers d'observation et d'urgence, de même que les institutions avec des enfants, souhaitent pouvoir saisir des objectifs à portée systémique pour souligner l'importance de la collaboration avec les parents/toute la famille dans le cadre des fixations d'objectifs.

La visualisation des progrès des jeunes dans le domaine des objectifs généraux grâce à des diagrammes a été accueillie de manière très positive.

En résumé, nous avons proposé les améliorations de l'outil de fixation et de réalisation d'objectifs suivantes:

- Evaluation et illustration des résultats possible à de multiples moments;
- Intervalles de test-retest pouvant être choisis librement (utile et souhaité pour la pratique institutionnelle, problématique toutefois quant à l'exploitation systématique et scientifique);
- Possibilités standardisées accrues de différenciation pour l'exploitation des objectifs individuels (par ex. différenciation dans les objectifs de la vie collective quotidienne et du développement de la personnalité des jeunes);
- Inclusion d'autres personnes significatives dans la fixation des objectifs:
  - collaborateur des autorités de placement
  - parents
  - personnel institutionnel
  - psychothérapeutes
  - autres personnes

#### 6.4.2 Le BARO

Ce sont les collaborateurs du projet pilote dans le cadre d'un entretien de diagnostic approfondi qui ont réalisé la passation du BARO, ceci afin de s'assurer de la qualité des données. En effet, Il n'aurait vraisemblablement pas été possible de mener correctement ces interviews BARO en raison de la fluctuation du personnel dans les nombreuses institutions. Le BARO peut être considéré comme un fil rouge d'entretien standardisé, assurant que les domaines problématiques potentiels les plus importants soient saisis dans le cadre d'un premier examen avec un jeune. Il empêche que soient oubliés des problèmes importants et des facteurs de risque, tant en termes de développement qu'en termes de risque de récurrence. L'entretien semi-structuré avec un jugement d'experts standardisé offre la possibilité de décrire de manière complète et standardisée l'ampleur des besoins de soutien socio-éducatif.

L'idée de base pour l'utilisation du BARO est qu'il soit employé avant tout par les collaborateurs des tribunaux pour mineurs. Lors d'une nouvelle situation, il est sensé faciliter et accélérer le processus décisionnel relatif à la nécessité d'un bilan complet sous la forme d'une expertise. Dans cette décision sont inclus les facteurs de risque développementaux du jeune, ainsi que les indicateurs de troubles psychiques.

Les résultats du BARO montrent qu'il est très bien adapté pour exposer le nombre de domaines problématiques et les besoins socio-éducatifs d'un jeune. C'est pourquoi son utilisation préalable à un processus de prise en charge dans le cadre d'une mesure de placement peut être très utile, car il donne une image complète du jeune et aide à ne pas oublier de domaine problématique dans le processus de prise en charge. L'implication des parents parle également en faveur de l'utilisation du BARO durant ou avant le processus de prise en charge, car il a été démontré que les éducateurs référents ne pouvaient pas répondre seuls à de nombreuses questions sur les antécédents (par exemple les informations sur la petite enfance).

De plus, le BARO aide à entrer en contact avec le jeune et à le laisser parler librement des différents domaines de sa vie. En tant qu'instrument psychiatrique standardisé de dépistage des troubles psychiques, le BARO n'offre pas de valeur ajoutée par rapport aux procédures de dépistage psychométriques plus rapides comme le CBCL et le MAYSI-2, ceci surtout pour la population des foyers en raison du temps de travail requis relativement important. A l'aide du BARO, on obtient toutefois encore davantage d'informations qui ne rentrent pas dans l'évaluation standardisée. Par rapport à l'évaluation purement statistique, le BARO a l'avantage de pouvoir prendre en compte les effets des problèmes sur le développement du jeune lors de la décision. Les questions importantes dans l'utilisation du BARO seraient donc de savoir qui l'utilise, quand et à quelles fins. A l'intérieur de la population des foyers, le BARO fait s'avère peu discriminant car presque tous les jeunes affichent de nombreux ou de très nombreux facteurs de risque, ce qui fait qu'ils doivent pratiquement tous faire l'objet d'une évaluation approfondie. Une fois que les jeunes sont placés, le BARO perd son atout principal, l'économie en termes de temps et la prise de contact rapide, car dans le cadre de la planification d'un séjour, il s'agit plus de la profondeur de l'exploration et de la compréhension du cas que de sa saisie rapide. En cas de doute, il reste en règle générale suffisamment de temps pour réaliser un bilan complet des enfants, des adolescents et des jeunes adultes. Comme l'avait prévu son concepteur à l'origine, le BARO peut être surtout utile pour les décisions de placement afin de savoir quel sont les besoins spécifiques d'un jeune et si une expertise est nécessaire. Les résultats du projet pilote représentent une référence importante pour le premier dépistage et l'éventualité d'un placement.

### **6.4.3 La batterie de tests psychométriques**

La procédure assistée par ordinateur, facile d'utilisation, était une des innovations les plus importantes du projet pilote. La possibilité de voir et d'imprimer immédiatement les résultats des tests rend théoriquement possible de les utiliser immédiatement dans les bilans de situation ou les entretiens thérapeutiques.

Les professionnels de l'aide socio-éducative en foyer ont en particulier trouvé utiles les instruments de dépistage psychiatrique rapide et les autres questionnaires dans différents domaines, également ceux en rapport avec les foyers. La comparaison entre les résultats des auto- et des hétéro-évaluations s'est avérée particulièrement utile pour le processus socio-éducatif, car elle offre une bonne base pour les entretiens sur les perceptions propres et des autres des situations difficiles. En tant qu'instrument de dépistage psychiatrique recensant les risques lourds (tendance au suicide, symptômes de sevrage), le MAYSI-2 est perçu de manière positive, en particulier dans les foyers d'urgence et d'observation qui ont intégré cette procédure dans leur évaluation de routine. Ils peuvent en effet obtenir très rapidement lors de l'admission une première impression et anticiper avec le jeune d'éventuels problèmes dans le déroulement de la mesure (symptômes de sevrage, tendances suicidaires, automutilations). Globalement, l'utilisation de ces tests et questionnaires s'est avéré utile dans le quotidien socio-éducatif des structures communes d'hébergement. Grâce à des évaluations répétées, les tests psychométriques offrent la possibilité d'illustrer l'évolution d'un jeune. Chaque institution a trouvé une manière quelque peu différente de rendre utiles les résultats des tests. Les résultats ont été en partie examinés lors de réunions d'équipes socio-éducatives ou lors de discussions entre les psychologues et l'équipe socio-éducative.

Pour la pose des diagnostics, les psychologues des institutions et les pédopsychiatres ont également trouvé intéressants les questionnaires sur la personnalité. Malgré la pertinence de chacun des tests, les institutions ont remis en question l'ampleur et la nécessité de tous ces tests, ceci dans la mesure où le temps consacré à la passation est relativement important. C'est pourquoi il serait souhaitable de laisser les institutions décider quels tests elles souhaitent utiliser pour les différents cas individuels. Malgré deux ateliers pour l'interprétation des résultats et des manuels d'utilisation complets, un problème persiste: tous les utilisateurs ne développent pas l'assurance nécessaire dans l'utilisation des tests. C'est la raison pour laquelle dans le cadre d'une utilisation à long terme de la batterie de tests, il faut réfléchir à la manière d'obtenir une plus grande assurance dans l'utilisation et l'interprétation de toutes les questionnaires et tests. Des formations plus intensives pour certains collaborateurs intéressés sont envisageables, ceux-ci pourraient alors transmettre leur savoir aux autres collaborateurs. Des conférences régulières sur l'interprétation des résultats ou des aides à l'interprétation de cas à l'aide d'un manuel pourraient être également proposées, car la simple description théorique des tests dans le manuel d'usage est insuffisante pour donner l'assurance nécessaire à leurs interprétations.

Le souhait a été exprimé de disposer de plus d'outils permettant d'appréhender les ressources et les facteurs de résilience des jeunes.

### **6.4.4 Changement durable grâce à l'implémentation d'EQUALS – Développement de l'outil de fixation et de réalisation des objectifs**

Grâce aux retours sur l'outil de fixation et de réalisation des objectifs, il a été optimisé encore une fois dans le cadre du projet EQUALS et encore mieux adapté aux besoins des professionnels socio-éducatifs dans leur travail quotidien.

Une programmation JAVA garantit que les tests fonctionnent sans problème sur tous les systèmes d'exploitation habituels, c'est-à-dire également sur les ordinateurs Apple/Macintosh. La fiabilité du programme informatique répond désormais à des exigences élevées. On s'est assuré que la complexité de l'aide à l'enfance en milieu institutionnel soit prise en compte dans le cadre des entretiens de fixation des objectifs. Il est désormais possible de définir des objectifs avec les parents, les autorités de placement, les thérapeutes et les enseignants/formateurs. La nécessité artificielle de conserver les objectifs durant une période prolongée, comme c'était le cas dans le cadre du projet pilote, a été abandonnée. Durant une mesure de placement, il sera désormais possible d'adapter les objectifs et d'évaluer plusieurs fois l'évolution du jeune à travers les tests et l'outil de fixation et de réalisation des objectifs. Reste à savoir à quelle fréquence les institutions socio-éducatives saisiront réellement cette opportunité de pouvoir évaluer la réalisation d'objectifs à tout moment, redéfinir de nouveaux objectifs à un moment donné et de les adapter. D'un point de vue scientifique, il est indispensable de disposer si possible d'intervalles test-retest comparables, c'est pourquoi il est recommandé d'associer les entretiens de réalisation des objectifs, les entretiens de fixation des objectifs et les enquêtes psychométriques aux situations de bilan. Grâce cette recommandation, une grande partie des situations observées se situent dans un intervalle moyen de six mois environ, ce qui représente un bon compromis entre les besoins de la pratique et de la recherche. Un tel intervalle n'est pas imposé par les chercheurs hors institutions. Cela laisse donc une certaine liberté aux collaborateurs des établissements de pouvoir déterminer eux-mêmes les temps de passations et de les adapter en fonction du rythme de la planification des mesures avec les autorités de placement. Grâce au couplage des périodes de passations avec les bilans de situation, les résultats peuvent être discutés avec les autorités de placement et utilisés pour le reste de la planification des mesures. La représentation graphique a également été adaptée aux besoins des institutions et totalement remaniée de sorte que ces besoins soient clairs, évidents, substantiels et pertinents, que les progrès d'un jeune soient visibles du premier coup d'œil et qu'elle puisse être utilisée de manière rapide et clair lors des discussions de cas et des bilans de situation.

En outre, des projets dans le contexte scolaire ont été lancés. Ils portent sur l'adéquation des illustrations et la saisie structurée des facteurs de résilience et des ressources, ainsi que sur la documentation des progrès. Les résultats de ces projets doivent être reproduits dans EQUALS. Dans la mesure où les parents ont une place importante dans tous les foyers, et en particulier dans les foyers d'enfants et de jeunes adolescents, un module spécialement destiné aux parents a été programmé dans le cadre d'EQUALS.

L'intérêt important porté à EQUALS par les praticiens, le fait qu'ils aient exercé une certaine pression pour la mise en place d'une structure permettant d'alimenter les éléments issus du projet pilote, et pour continuer d'utiliser les instruments, voici autant d'indicateurs qui soulignent l'utilité pratique de tels instruments dans les institutions de placement. Les frais engendrés sont répartis entre les institutions participantes, assurés par elles-mêmes et gérés dans un but non-lucratif.

## **6.5 Atouts et faiblesses méthodologiques du projet pilote**

Le projet pilote a pu être réalisé comme prévu et les objectifs de recrutement ont été atteints. Grâce à un travail de relations publiques ciblé et à l'important engagement des collaborateurs du projet pilote, il a été possible de l'inscrire dans un contexte qui n'est pas vraiment connu pour être favorable à la recherche, milieu dans lequel aucun budget n'est alloué aux études scientifiques et pour lequel une recherche représente une charge supplémentaire. Souvent, dans le domaine de la sociopédagogie, il se dit que le quotidien des collaborateurs est tellement chargé qu'il n'est pas possible de trouver du temps pour la recherche. C'est pourquoi dans le cadre de la planification, il est très important de penser d'ores et déjà aux avantages concrets de la mise en œuvre d'une telle enquête et de pouvoir les mentionner lors du recrutement. Le fait que l'équipe du projet pilote puisse avoir recours aux expériences tirées des autres études épidémiologiques dans le domaine de l'activité socio-éducative en foyer (Schmid, 2007; Besier et coll., 2009) a été ici un avantage considérable. Il a été possible de motiver les institutions et leurs collaborateurs à participer en avançant d'une part, le gain de connaissance et, d'autre part, le bénéfice concret que pourrait représenter une telle participation pour les professionnels et les jeunes. Ce sont justement ces efforts constants pour les jeunes participants et les professionnels socio-éducatifs sur place qui caractérisent ce projet pilote, et qui ont beaucoup participé au fait que ce souhait de pérennisation naisse de la pratique. Il ne faut pas sous-estimer le fait que le souhait d'une pérennisation a été formulé, bien qu'on ait été sceptique face à la mesure de la qualité des résultats et à l'orientation de ces derniers, ceci aussi bien dans les sciences socio-éducatives que dans l'activité professionnelle en foyer. Face à l'exigence d'une mesure des effets, on a souvent opposé l'argument que cela ne réduisait pas la complexité et que les facteurs d'influence en jeu dans l'activité socio-éducative en foyer n'étaient pas pour chaque cas des processus pédagogiques si différents, de sorte à souligner la nécessité d'une individualisation de la prise en charge en foyer et d'une orientation au cas par cas. C'est pourquoi les méthodes qualitatives qui permettent d'appréhender les processus d'aide seraient meilleures. Dans la pratique, on craint souvent que lors de la saisie de la qualité des résultats, ces derniers soient utilisés sans prendre en considération les besoins particuliers de la clientèle des institutions. On craint également que la situation initiale des jeunes ne soit pas suffisamment prise en compte et qu'ainsi les institutions qui prennent en charge des jeunes particulièrement problématiques puissent être désavantagées.

Le fait que la pérennisation ait tellement bien réussi conforte finalement l'idée selon laquelle il est possible de s'appuyer sur l'outil de fixation et de réalisation des objectifs pour élaborer des processus socio-pédagogiques. De plus, une crédibilité très importante a été acquise, au point que les institutions ont suffisamment confiance pour envoyer leurs résultats à un secrétariat pour l'évaluation et sont sûres que la situation initiale de leur clientèle sera suffisamment prise en considération. Cela est rendu possible grâce au croisement d'une saisie qualitative des résultats avec quelques procédures de dépistage pertinentes permettant de décrire de manière adéquate les différences entre les groupes de jeunes placés.

### **6.5.1 Atouts du projet pilote**

En considérant le projet pilote dans sa globalité, on voit apparaître les atouts suivants:

#### *1. Gain d'un important échantillon représentatif*

- Recrutement d'un échantillon représentatif – couverture du champ d'étude à court et à long terme offrant des réponses à des questions de recherche pertinentes.



- Participation des trois régions linguistiques. La représentativité de l'échantillon a été assurée via une auto-évaluation anonyme.
- Le recrutement d'un échantillon suffisamment important de jeunes filles, de sorte à obtenir des résultats statistiquement fiables pour les jeunes hommes comme pour les jeunes filles.
- Une des plus grandes enquêtes au niveau mondial. Un échantillon représentatif a pu être réalisé avec des entretiens cliniques structurés.

## *2. Forte acceptation et utilité des instruments d'enquête pour la science et la pratique*

- Garantie de l'acceptation de l'outil de fixation et de réalisation des objectifs grâce à la participation de représentants d'institutions et d'autorités de placement lors de son développement.
- Travail sur l'outil de fixation et de réalisation des objectifs et sur des instruments psychométriques à l'aide d'une procédure assistée par ordinateur.
- Utilisation de protocoles de tests établis au niveau international.
- Fonction lecture pour les jeunes déficitaires en lecture. Une utilité instantanée pour les institutions socio-éducatives participantes a été recherchée et assurée.

## *3. Grande proximité et interdisciplinarité lors de la mise en œuvre*

- Pertinence au quotidien des questions de recherche.
- Coopération étroite et directe entre l'équipe de recherche en pédopsychiatrie et les institutions socio-éducatives.
- Combinaison des méthodes quantitatives et qualitatives.
- Bonne coopération et répartition des tâches entre l'implémentation et l'évaluation.
- Réaction immédiate aux souhaits de pérennité des institutions.

## *4. Pérennité et respect de l'utilité à long terme du projet pilote pour les institutions socio-éducatives et de la recherche*

- Une enquête de catamnèse concernant les extraits de casiers judiciaires a été instaurée.
- Réalisation et mise en œuvre rigoureuse du projet EQUALS.

Les enquêtes allemandes de grande envergure ont souligné, sur les plans théorico-pratiques, les difficultés rencontrées dans l'opérationnalisation des objectifs pédagogiques et celles plus généralement dans la recherche sur les effets des mesures dans l'aide à l'enfance. C'est pourquoi et à juste titre, tant lors de la présentation du projet pilote devant la commission scientifique, que lors de la première rencontre avec les experts des groupes conseils issus du terrain sélectionnés de la pratique de l'éducation en foyer ou encore avec les autorités de placement pour le développement de l'outil de fixation et de réalisation des objectifs, l'accueil relatif au design de l'étude et au projet d'évaluer un échantillon de cette taille a été très sceptique. Sur le plan pratique, on s'est également

demandé comment réussir à motiver autant d'institutions à investir autant de temps et autant de ressources personnelles pour une enquête, et à ce quelles se soumettent à une évaluation si approfondie et révèlent la qualité de leur travail. Pour beaucoup, l'extension du projet pilote aux autres régions linguistiques a été considérée comme une décision courageuse. En raison de traditions humaniste, systémique et psychanalytique plus marquées en Suisse romande et italienne, il existerait en effet des ressentiments encore plus forts à l'encontre des tests psychométriques, des procédures de dépistage psychiatriques et de la saisie de la qualité des résultats en socio-éducation.

La grande force du projet pilote pour l'évaluation et l'atteinte d'objectifs dans le cadre de mesures de placement réside donc dans le fait que c'est la première fois qu'un échantillon épidémiologique représentatif des trois régions linguistiques de Suisse est constitué dans ce domaine. C'est justement en raison des différentes traditions, formes d'organisation et pratiques de placement dans les différentes régions qu'il était et qu'il est très important que les études épidémiologiques ne restent pas limitées à une seule région linguistique, car l'application des lois fédérales varie entre elles. De plus, tout le spectre de l'éducation en foyer, des foyers pour enfants aux centres d'exécution des mesures, a pu être inclus dans l'étude. Ainsi, il s'agit de la première étude à fournir des résultats épidémiologiques étayés sur les jeunes suisses en foyer de toutes les régions linguistiques. Avec près de 600 jeunes ayant été examinés à l'aide d'entretiens cliniques standardisés, la taille de l'échantillon fait qu'il s'agit actuellement d'une des plus grandes enquêtes épidémiologiques dans le domaine de l'éducation en foyer au niveau mondial à la connaissance des auteurs. Pour que ce recrutement soit une réussite et qu'autant d'institutions autorisent l'évaluation dans leurs établissements, l'engagement des collaborateurs a été décisif, tout comme la participation des praticiens à la mise en œuvre de l'étude et en particulier lors du développement de l'outil de fixation et de réalisation des objectifs. Le fait que ce dernier ait été développé sur la base d'entretiens approfondis d'experts a augmenté la motivation à participer à une enquête scientifique s'intéressant aux effets de l'intervention, ceci car les institutions savent que l'évaluation sera faite de manière catégorielle, celle-ci étant le reflet de leur travail et conforme à leurs propres estimations. Les entretiens avec des experts et les tables rondes soulignent également à quel point les principes d'économie et d'applicabilité au quotidien sont importants pour le développement des instruments et la mise en œuvre du projet pilote.

Dans le cadre de la discussion portant sur l'orientation des interventions pour l'aide à l'enfance, la relation entre les méthodes de recherche quantitatives et qualitatives a constitué une approche méthodologique importante, car les méthodes qualitatives permettent plutôt de rendre compte de la complexité et de la procédure dans l'éducation en foyer et peuvent aider à interpréter correctement les résultats quantitatifs (Frey, 2008; Lüders, 2006; Schmid, 2012). De plus, cette combinaison de méthodes de recherche relie des traditions médicale, psychologique et socio-éducative.

Dans le cadre du projet pilote, des analyses de contenu qualitatives selon Mayring (1999) ont été utilisées à deux reprises. Une fois pour l'analyse du contenu des entretiens d'experts qui ont permis de développer l'outil de fixation et de réalisation des objectifs, une autre fois pour l'analyse portant sur les entretiens de jeunes dont le placement s'est déroulé de manière particulièrement positive ou particulièrement négative, ces entretiens ayant été réalisés pour la dissertation médicale sollicitée par le «Club of Home».

Il est particulièrement réjouissant de constater que l'échantillon contient un nombre suffisamment important de jeunes filles, car de nombreuses études dans le domaine de l'éducation en foyer sont limitées du fait de leur nombre trop petit pour obtenir des résultats représentatifs. Afin d'atteindre cet objectif, il a fallu soigner tout particulièrement les contacts avec les institutions de filles qui ont

participé. Ainsi, un oversampling ciblé sur les filles a été recherché dans cet échantillon. L'explication transparente de la nécessité d'avoir un nombre suffisant de participantes afin d'obtenir des résultats représentatifs a permis de recruter de manière cohérente quelques institutions pour jeunes filles pour les deux phases du projet pilote.

D'un point de vue scientifique, il est souhaitable que l'échantillon évalué représente de manière optimale la totalité des jeunes de foyer et qu'aucun biais de sélection systématique ne soit relevé lors du recrutement. C'est la raison pour laquelle l'équipe MAZ. a indiqué de manière répétée qu'il fallait inclure si possible tous les jeunes et ne pas réfléchir de manière systématique afin de savoir quels seraient les jeunes que l'on pourrait aborder avec le plus de succès.

Afin d'éviter un biais systématique de l'échantillon et de pouvoir au moins le décrire correctement le cas échéant, une enquête de représentativité a été mise en œuvre. Pour certains jeunes qui ont refusé de donner leur accord ou dont on n'a pu joindre les représentants légaux, les éducateurs référents des établissements de chaque type d'institution ont livré une hétéro-évaluation totalement anonyme par le biais du CBCL, un questionnaire de dépistage de psychopathologies. Les estimations ont ensuite été comparées à nos résultats et n'ont montré aucune différence significative sur les échelles globales. Dans la mesure où les problématiques psychiques des jeunes sont fortement corrélées aux facteurs de risques antérieurs et à leur situation actuelle, on peut, avec toute la prudence requise, conclure que les résultats de notre étude sont considérés comme étant représentatifs de la population des institutions socio-éducatives reconnues par l'Office fédéral de la justice.

Le fait que des protocoles de tests reconnus au niveau international ainsi que des entretiens diagnostiques aient été utilisés rend les résultats du projet pilote très précieux, car comparables, que ce soit avec ceux d'autres études nationales et internationales dans le domaine de l'éducation en foyer, ainsi qu'avec ceux de la population consultant en pédopsychiatrie et de la population générale dans les trois régions linguistiques. Ce qui a énormément participé à l'acceptation du projet pilote, c'est le fait que l'outil de fixation et de réalisation des objectifs et que les tests psychométriques aient pu être complétés par ordinateur et évalués immédiatement. Il est beaucoup plus attrayant pour les jeunes de remplir les protocoles de tests sur un ordinateur ou un ordinateur portable, sans parler des avantages relatifs à la saisie électronique pour le traitement des données: il ne manque que peu de données aux différentes questions; pas d'erreur dans le remplissage; gain de temps lors de la saisie des données. Différents éléments de commande du programme informatique augmentent également l'envie des jeunes de participer à l'enquête et de continuer. Il y a par exemple la fonction lecture pour les jeunes qui ont des difficultés de lecture et également la possibilité de remettre des questions à plus tard lorsqu'on ne les comprend pas, de manière à pouvoir en discuter avec les professionnels à la fin. Ces fonctions renforcent énormément l'envie et l'endurance quant au remplissage du test, surtout pour les jeunes qui ont peu de patience et sont rapidement frustrés. Cela a certainement participé au succès du recrutement.

Le «lien» entre les résultats et les extraits du casier judiciaire à l'Office fédéral des statistiques représente un énorme potentiel à long terme. Une étude de catamnèse complète en relation avec les extraits de casier judiciaire est liée à un gain important de connaissances pour un échantillon aussi bien documenté, ce qui augmente nettement les chances que les subventions se poursuivent. Les connaissances sur les relations entre le déroulement des mesures, l'intégration sociale sur le long terme et la satisfaction par rapport à sa propre vie pourraient avoir toute leur importance pour l'organisation des processus socio-éducatif en foyer.

Il s'est avéré très payant d'utiliser de manière ciblée des ressources pour garantir une utilité immédiate pour les institutions socio-éducatives, les collaborateurs et les jeunes. Grâce à l'engagement des collaborateurs, la satisfaction de ceux-ci a pu être garantie et la motivation à collaborer durant toute la durée du projet pilote a été maintenue. Afin d'y arriver, des rapports individuels portant sur les résultats intra-institutionnels ont été rédigés et énormément de temps a été investi dans les entretiens de retour sur les diagnostics portant sur les jeunes. Cette étroite collaboration a contribué à réduire le ressentiment envers les diagnostics pédopsychiatriques, à rendre les résultats des diagnostics pédopsychiatriques exploitables pour l'accompagnement socio-éducatif et à motiver évidemment la continuation à participer au projet pilote. L'engagement des collaborateurs MAZ. auprès des éducateurs et des jeunes, l'intérêt sincère et l'estime du travail socio-éducatif qui se sont ressenties chez tous les professionnels participants des institutions, tous ces éléments ont conduit à une large acceptation du projet pilote dans le domaine des institutions socio-éducatives. Cette compréhension et la proximité avec le travail socio-éducatif des collaborateurs dans le projet pilote se sont avérées utiles pour l'acceptation dans ce domaine. L'expérience clinique de nombreux collaborateurs a également contribué à cela, dans la mesure où les entretiens de retour sur les diagnostics ont également été utiles aux équipes. Grâce à la proximité et à l'étroite collaboration que l'équipe de recherche a dû construire avec les collaborateurs des institutions, la séparation géographique entre les équipes de chercheurs situées à Bâle/Berne/Yverdon et à Ulm n'a pas eu d'impact sur leur cohésion malgré la distance. Cela a permis de composer une équipe avec des compétences très différentes sur les plans personnel et professionnel. Face aux institutions, les équipes de terrain ont pu être plus en demande concernant la collecte des données et signifier de la compréhension pour les retards, et les équipes d'évaluation quant à elles ont pu analyser le retour de données de manière objective et solliciter les envois de données avec plus d'insistance.

### **6.5.2 Défauts du projet pilote et limitations**

Pour une étude d'une si grande ampleur, certains problèmes de méthode peuvent être réduits, sans être toutefois jamais complètement exclus. Dans le cadre du projet pilote, les défauts suivants ont pu être identifiés:

#### ***Limitations en raison de la mise en œuvre d'une étude dans différentes institutions socio-éducatives***

- Différences dans la façon de mettre en œuvre MAZ. dans les différentes institutions, ce qui a mené à des taux de recrutement hétérogènes dans les institutions.
- Moment de la première mesure fixé arbitrairement, intervalles différents entre les tests psychométriques et les entretiens cliniques.
- Intervalles test/re-test variables.
- Nécessité de fixer la vérification des objectifs un an après.
- Dropout et forte variance de taux de recrutement dans les différentes institutions.
- Les effets des interventions socio-éducatives et thérapeutiques différentes n'ont pas pu être représentés de manière adéquate. Comme on n'a pas travaillé de la même manière dans les institutions, il reste en grande partie une «boîte noire».
- Biais de sélection au niveau des institutions.

- Situations initiales hétérogènes (tous n'ont pas été interrogés à leur entrée, mais parfois après un long séjour en foyer). Les consentements écrits n'ont pu être distribués qu'en allemand, français et italien. Les familles issues de l'immigration et ayant des connaissances linguistiques encore insuffisantes ont eu besoin d'aide pour pouvoir donner leur consentement à la participation de leur enfant.

### ***Limitations par la mise en œuvre du projet pilote dans les trois régions linguistiques et une grande partie des cantons***

- Il n'a pas été possible d'adapter le design de l'étude aux besoins spécifiques du Tessin et de la Suisse romande, les possibilités d'influence du comité consultatif y étaient moindres.
- La participation au développement de l'outil de fixation et de réalisation des objectifs n'a pu être mise en œuvre au Tessin et en Suisse romande.
- Des problèmes linguistiques et culturels lors de la traduction et de l'utilisation des questionnaires n'ont pu être exclus (en partie des différences d'étalonnages). Confusion des variables (par ex. âge, gravité du délit, mesures pénales).
- Contrairement à la Suisse alémanique, et pour des raisons compréhensibles, il n'a pas été possible d'inclure dans l'enquête le centre de mesures pour jeunes adultes en Suisse romande.
- Il n'a malheureusement pas été possible de prendre en considération les pratiques cantonales en matière de placement spécifique et l'influence de celles-ci sur la composition de l'échantillon et sur les résultats.

### ***Limitations du point de vue de la recherche***

- Les antécédents ont été relevés par les intervenants socio-éducatifs, ce qui a entraîné des données manquantes dans certains domaines, par exemple pour des questions portant sur le développement de la petite enfance ou des facteurs de risque intervenus plus tôt.
- On a renoncé à relever en plus les facteurs de risques biologiques.

De très importantes différences résidaient dans la manière dont les institutions ont intégré à leur quotidien pédagogique les questionnaires MAZ., et comment de nombreux jeunes (voir ci-dessus) ont pu participer dans les différentes institutions, raisons pour lesquelles une enquête de représentativité a dû être menée par sécurité. Les possibilités de l'équipe MAZ. d'influencer la manière de mettre en œuvre le projet dans les différentes institutions sont très limitées. Il a seulement été possible de donner des recommandations, c'est pourquoi il existe des différences considérables, mais qui devraient s'équilibrer grâce au grand nombre d'institutions, dans la mesure du possible cela ayant été vérifié statistiquement.

Même quand il était possible de vérifier la représentativité de l'échantillon à l'intérieur des institutions, il n'a pas été possible d'exclure les biais de sélection entre les institutions participantes et celles qui n'ont pas participé. En raison du grand nombre d'institutions participantes parmi celles reconnues par l'Office fédéral pour la justice, ce biais reste très improbable. La plupart des institutions qui n'ont pas pris part à l'étude se sont justifiées de manière très plausible. Toutefois, la participation ou non des différentes institutions peut déformer l'échantillon. Ainsi, la

surreprésentation de jeunes hommes adultes placés sur une base légale pénale en Suisse alémanique est due à la participation des centres d'exécution de mesures Arxhof et d'Uitikon. Il n'a pas été possible de recruter des institutions ayant un profil similaire en Suisse romande.

Un problème central, mais non déterminant, réside dans le fait que les jeunes ont dû être interrogés à un moment fixé par l'extérieur. De plus, l'équipe du projet pilote n'a eu aucune influence sur le moment exact où ont eu lieu les questionnaires informatisés.

Cela soulève deux problèmes potentiels, mais maîtrisables:

1. Le premier consiste en des intervalles différents entre le moment de la première mesure avec des questionnaires psychométriques et les entretiens de diagnostics approfondis. Les intervalles étaient en partie de plus de six mois. Durant un semestre, il peut se passer beaucoup de choses dans un foyer, et les problèmes des jeunes peuvent s'être amplifiés ou réduits, c'est pourquoi l'intervalle devrait être aussi faible que possible. Comme les études ont dû être planifiées de manière optimale dans le quotidien des institutions, il n'a pas toujours été possible de les réaliser rapidement, ceci d'autant qu'il y a eu en peu de temps un manque de personnel dans l'équipe MAZ. dû à des changements professionnels ou des congés maternité.
2. Si tous les jeunes sont évalués à un moment donné, ils vivent dans les institutions pendant des durées différentes. Ceci implique que des jeunes ayant déjà vécu un moment en institution sont comparés à des jeunes venant d'arriver. Ce mélange reflète bien la réalité de l'aide à l'enfance et il est un bon indicateur du besoin socio-éducatif d'un groupe de vie moyen qui est en règle générale également un mélange de jeunes ayant des durées de séjour plus ou moins longues. L'effet des aides et la vulnérabilité psychique des jeunes de foyer ont tendance à être sous-estimés si l'on se base sur les durées moyennes de séjour des jeunes. En règle générale, la problématique des jeunes qui viennent d'être admis est nettement plus importante et on peut atteindre une diminution plus nette de la symptomatologie. L'avantage de connaître les jeunes depuis plus longtemps est celui de pouvoir établir des objectifs plus réalistes au moment de la fixation. C'est pourquoi il aurait été très avantageux d'évaluer tous les jeunes à leur admission pour déterminer les taux de prévalence, les rapports entre les troubles psychiques et les facteurs de risque, ainsi que l'utilité des tests de dépistage psychométriques.

Mais toutes les périodes où ces relevés ont eu lieu ont été saisies, c'est pourquoi jusqu'à un certain niveau il a été possible de contrôler cet effet sur le plan statistique.

La fixation rigide d'un intervalle d'un an entre les mesures était nécessaire pour l'organisation du projet pilote et de plus, elle correspond aux prescriptions de l'article 19 du droit pénal des mineurs portant sur le contrôle annuel du déroulement des mesures. L'intervalle d'une durée d'un an permet une comparaison entre les évolutions et une généralisation des résultats, qui était donc indispensable pour l'étude sur l'évolution des mesures. La durée relativement longue entre les deux pointages a certainement eu des répercussions positives sur l'acquisition de compétences générales et la réduction de la psychopathologie. Un intervalle fixe contredit toutefois l'idée de base de l'outil individuel de fixation et de réalisation des objectifs. Les définitions des objectifs sont sensées être flexibles au possible et adaptées sur mesure aux situations spécifiques du pupille et de l'éducateur référent, car il serait également souhaitable et sensé de pouvoir choisir également le moment de l'évaluation de manière flexible. De plus, les objectifs individuels sont souvent définis à court terme

au regard d'une situation de vie particulière (par ex. fin de l'année scolaire, prochain contact avec les parents, etc.). Ici, la durée d'une année est plutôt artificielle, ce qui a certainement conduit également à une sous-estimation de la réalisation individuelle des objectifs, car certains objectifs n'étaient peut-être plus très actuels au moment de leur évaluation.

Certains défauts méthodologiques sont en partie inévitables, du fait d'un commencement en Suisse alémanique uniquement, puis d'une application aux trois régions linguistiques. Un des atouts les plus importants du projet pilote, soit la participation des professionnels du milieu socio-éducatif, n'a pu être mis en œuvre en Suisse romande et au Tessin comme cela a pu être le cas en Suisse alémanique. Ceci étant dû aux conditions-cadres et à la méthodologie qui avaient déjà été déterminées. En raison des différentes traditions psychologiques, psychiatriques et socio-éducatives en Suisse romande et au Tessin, il n'a pas été possible d'exclure le fait qu'un outil de fixation et de réalisation des objectifs, différent de celui développé en Suisse alémanique uniquement, aurait vu le jour à l'issue d'un processus de développement commun. Des changements importants auraient toutefois été assez improbables. Selon les dires du groupe-conseil romand, l'outil illustre bien le travail socio-éducatif quotidien et les modifications souhaitées diffèrent peu de celles des collègues alémaniques. Du fait qu'un grand nombre d'institutions romandes travaillent avec des enfants et des adolescents plus jeunes et que l'orientation systémique semble largement utilisée, le souhait de travailler les objectifs conjointement avec la famille d'origine/les parents a été exprimé.

Afin de tenir les délais prescrits, les tests ont dû être traduits en français et en italien et utilisés dans les institutions sans plus de vérifications. La qualité des tests en français et en italien reste suffisamment bonne, mais n'atteint toutefois pas le niveau des traductions et questionnaires allemands. Pour certains questionnaires également établis, les échantillons standards italiens et français sont quelque peu différents des versions allemandes, également en ce qui concerne la structure des facteurs et les critères de qualité.

Finalement, on peut se demander la validité d'une utilisation suisse concernant des tests français, italien ou allemand n'ayant été standardisés qu'à l'étranger. Il serait optimal de pouvoir vérifier tous les tests sur le plan de leur sensibilité culturelle et linguistique. Ceci requerrait de grands efforts de les standardiser en Suisse ou d'impliquer systématiquement la population helvétique dans la standardisation. Cela n'est pratiqué de manière systématique que pour les tests d'intelligence pour enfants et adolescents en raison des coûts, mais aurait également tout son sens pour les questionnaires psychométriques (Steinhausen et coll., 1996, 1997).

Lors de l'évaluation des résultats du projet pilote, on est souvent confronté au fait que les variables se chevauchent. Ainsi, quelques variables indépendantes en soi sont déjà en étroite corrélation en raison de la manière dont les institutions participantes se placent et dont le travail socio-éducatif en foyer/ à l'exécution des mesures sont organisées. C'est pourquoi il est indispensable d'être prudent lors de l'interprétation des résultats. Par exemple, l'étendue symptomatique et la comorbidité sont en corrélation avec l'âge et les régions linguistiques, ce qui toutefois est dû pour l'essentiel à la participation des centres de mesure d'Uitikon et Arxhof en Suisse alémanique. Il est très important de prendre en considération les informations sur les institutions et les pratiques en matière de placements dans les différentes régions linguistiques lorsque l'on interprète les résultats.

Les concepts socio-éducatifs différents peuvent ne pas être pris en considération lors de l'évaluation. Ce qui se passe en détail dans les institutions n'a pas été saisi dans le cadre du projet pilote et reste dans une large mesure dans une «boîte noire». Ce problème est connu et est accepté car il n'y avait pas de possibilité de décrire de manière similaire les concepts institutionnels et de les évaluer de

manière standardisée. Etant donné l'hétérogénéité des institutions, de leur clientèle et des mandats institutionnels, ce qui représente une multitude de concepts et de structures différentes, il n'a pas été possible d'en réaliser une évaluation scientifique durant la durée limitée du projet, et par delà les frontières linguistiques. C'est pourquoi il apparaît plus sensé de révéler et d'expliquer qu'une grande «boîte noire» a été évaluée, avec une valeur moyenne des différents concepts socio-éducatifs issus d'établissements usant de divers concepts qualitatifs et accueillant diverses populations (des foyers pour enfants aux centres d'exécution des mesures). Cela mérite d'être souligné, car certains standards minimums étaient garantis par le fait que toutes les institutions participantes soient reconnues par l'Office fédéral de la justice, ce qui en limite nettement la variance. Des influences fortuites hors travail socio-éducatif ne peuvent pas non plus être contrôlées avec le design de l'étude. Pour un échantillon d'une telle ampleur, on peut partir du principe que les influences positives et négatives s'équilibrent. Au vu des nombreuses connaissances quant à la fréquence des expériences traumatiques et à l'importance des traumatismes dans cet échantillon, il est rétrospectivement regrettable que les problématiques traumatiques des enfants et des adolescents n'ait pas été relevées avec plus de moyens, comme cela aurait pu être le cas à un entretien spécial pour les troubles posttraumatiques complexes.

Etant donné qu'il n'existe dans le domaine de l'éducation sociale quasiment aucune procédure de tests qui pourrait être appliquée de façon économique pour le recensement des ressources pour un échantillon d'une telle ampleur, l'accent est mis sur les facteurs de risque. Les quelques questionnaires existants pour le recensement des facteurs de résilience ne sont souvent pas suffisamment concrets pour être utilisés au quotidien. Le questionnaire intéressant portant sur l'analyse de compétence, spécialement conçu pour être utilisé dans les institutions socio-éducatives et affichant des normes spécifiques pour les jeunes dans les «aides à l'éducation» (Petermann et coll., 2012), n'existait malheureusement pas encore au moment de la planification du projet pilote. Une collecte non spécifique sur les plans éducatif et psychothérapeutique peut certes être tout à fait utile, mais il ne fait pas vraiment de sens de l'évaluer. Cela n'a pas grand sens et, lors du calcul de modèles prédictifs, il est également peu prometteur de confronter des ressources isolées à des procédures psychométriques réfléchies et établies. Ici, une procédure pour le recensement des ressources et des facteurs de résilience aurait été très précieuse. Les réflexions portant sur l'intervention de procédures orientées vers les ressources et qui recensent plutôt des aspects psychologiques et psychothérapeutiques ont été rejetées, car il doit finalement s'agir de ressources qui peuvent être utilisées dans le quotidien socio-éducatif. Cela indique l'importante nécessité de développer des instruments standardisés de recensement des ressources et des facteurs de résilience dans l'aide à l'enfance, qui permettent de faire glisser immédiatement les résultats dans les processus socio-éducatifs.

La pertinence d'une pratique d'action socio-éducatif orientée ressources n'est pas remise en discussion. Toutefois, quelques résultats essentiels du projet pilote montrent que l'ampleur totale des vulnérabilités psychique des enfants, des adolescents et des jeunes adultes dans les institutions n'est souvent pas suffisamment perçue et n'aurait pas été découverte sans l'utilisation d'une procédure de dépistage. C'est pourquoi il est très important de ne pas considérer une approche orientée ressources comme contradictoire à une évaluation exhaustive des facteurs de risque et des troubles potentiels. Il convient de réunir ces deux approches. Sur le plan éthique, il n'est pas défendable de laisser les jeunes seuls avec leurs problèmes et de ne pas leur fournir l'aide nécessaire si l'on peut, grâce à un bref questionnaire de dépistage, obtenir relativement rapidement des



informations quant à leur situation. Un dépistage des facteurs de risque n'exclut pas que, à leur contact, on nomme et évalue les ressources des jeunes.

Etant donné la chance de pouvoir décrire un échantillon d'une telle ampleur et de le suivre, il aurait été sensé d'un point de vue scientifique de recenser également des variables de types neurobiologiques et génétiques. Cela aurait toutefois soulevé nombre de problèmes éthiques et de difficultés lors du recrutement. Les variables biologiques peuvent toutefois être recensées également dans le cadre d'une étude de catamnèse. Ceci dui fait que les facteurs de risques génétiques ne varient plus (hormis les modifications épigénétiques et les rares mutations) et que la plupart des jeunes auront 18 ans dans 5 ans (période prévue de la catamnèse), ce qui fait qu'ils pourront décider d'eux-mêmes s'ils participent et donnent leur accord pour des analyses génétiques.

Pour des raisons éthiques, nous avons trouvé important de laisser participer tous les jeunes et toutes les institutions qui étaient prêts à participer à l'étude, de sorte qu'aucune institution n'a été refusée ou a été considérée comme groupe de contrôle. De plus, il était également nécessaire éthiquement d'informer les jeunes et le personnel socio-éducatif des résultats tirés afin qu'ils puissent être utilisés dans les processus socio-éducatifs/psychothérapeutiques. Le recensement de données dans le cadre du projet pilote avait également en partie un aspect interventionniste. En effet, l'utilisation de procédés de mesure et le feed-back des résultats avaient un impact sur le travail socio-éducatif avec les jeunes. Des troubles psychiques agissant à bas bruit ont souvent pu être identifiés et il a été recommandé de procéder à un bilan spécialisé ou d'initier une thérapie. Du fait que les fixations d'objectifs soient orientées ressources et que la description du comportement visé soit concrète, cela constitue une forme d'intervention qui aura nécessairement une répercussion sur les résultats. En renonçant à un groupe de contrôle, l'ampleur de l'effet n'a pas pu être contrôlée systématiquement. Ethiquement, il n'aurait toutefois pas été possible de renoncer au feed-back sur les résultats et de priver un groupe contrôle de l'utilisation de l'outil de fixation et d'évaluation des objectifs. De plus, cela n'aurait aucun sens dans une analyse coûts-bénéfices et cela n'aurait pas pu être défendu auprès des institutions participantes.

## **7 Conclusions pour la pratique de l'éducation en foyer, la formation des professionnels et le travail des autorités de placement**

La multitude de renseignements offre naturellement différentes implications pour la pratique de l'éducation en foyer et des autorités de placement. Globalement, on peut se réjouir du fait qu'une majorité d'enfants et d'adolescents se développent de manière positive dans les institutions, indépendamment de leur âge et de la base juridique de leur placement. Malgré cela, il est nécessaire de se demander quelles répercussions ont les résultats épidémiologiques sur l'organisation de l'éducation en foyer et ce qu'ils signifient pour la pose d'indications des mesures institutionnelles, respectivement des mesures d'aide à l'enfance. On peut différencier plusieurs niveaux:

1. Organisation de l'éducation en foyer
2. Autorités de placement
3. Formation et perfectionnement des professionnels
4. Dimension politique

### **7.1 Organisation de l'éducation en foyer et de l'exécution des mesures institutionnelles**

#### **7.1.1 Sensibilisation à la vulnérabilité psychique, implémentation de procédures de dépistage psychopathologique et bilans pédopsychiatriques simples**

Les résultats du projet pilote montrent que les troubles psychiques sont plutôt la règle que l'exception dans le domaine de l'éducation en foyer. Les collaborateurs devraient pour cette raison disposer de larges connaissances sur les maladies psychiques et reconnaître celles-ci, pour pouvoir réagir de manière adéquate sur le plan socio-éducatif face aux symptômes des troubles psychiques.

Les taux de prévalence élevés des jeunes quant aux maladies psychiques justifient un dépistage psychopathologique à chaque nouvelle admission. Comme il a été montré à quel point la vulnérabilité psychique influence le déroulement des mesures, il est très important de reconnaître à temps les maladies psychiques des jeunes et de les prendre en considération lors de la planification de l'aide. Cela concerne d'une part l'intervention socio-éducatif auprès les jeunes et, d'autre part, le cas échéant, la réalisation d'un bilan ou l'indication à une thérapie pédopsychiatrique/psychothérapeutique à l'interne ou à l'externe. Outre le traitement psychothérapeutique, on devrait également vérifier la nécessité d'un traitement psychopharmacologique. Les résultats montrent que les traitements pédopsychiatriques sont souvent interrompus chez les jeunes en foyer, c'est pourquoi il est important de mettre en place une étroite collaboration entre les milieux socio-éducatifs et pédopsychiatrique, ce qui ne peut de manière réaliste être garanti que grâce à des traitements de proximité dans les foyers pour un grand nombre d'enfants concernés.

**7.1.2 Prise en considération des maladies psychiques dans l'organisation quotidienne socio-éducative.  
Soutien de l'épanouissement personnel des collaborateurs grâce à la construction de structures sur lesquelles repose leur stabilité psychique et des discussions de cas ciblées**

En théorie et en pratique, on peut déduire quelques aspects essentiels de chaque tableau clinique pédopsychiatrique, aspects qu'il faut prendre en considération de manière générale lors de l'organisation d'un concept pédagogique et également de manière individuelle pour le jeune concerné (Schmid, 2007; Baierl, 2009). Habituellement, cela fait sens de distinguer les conditions structurelles utiles, le comportement favorable des collaborateurs et les interventions ciblées avec les jeunes. C'est justement dans le cadre de concepts pédagogiques autour des traumatismes que cette distinction utile a été pratiquée à de nombreuses reprises. Mais cela semble également être très utile pour d'autres tableaux cliniques, comme les troubles de l'attention et l'hyperactivité (Schmid et Di Bella, 2012). Il pourrait en effet être très soulageant de pouvoir par exemple organiser un environnement peu irritant (des placards à la place d'étagères, moins de télévision, expériences dans la nature), avec des règles claires, où des moments de calme sont proposés de manière ciblée et des plages de devoirs instituées, auxquelles s'ajoutent des offres d'activités. Les intervenants socio-éducatifs ayant suffisamment de connaissances spécialisées et étant habitués à s'assurer de capter l'attention avant de formuler des demandes, à formuler de «vraies demandes» et à bien renforcer positivement les enfants au quotidien en les félicitant d'avoir le comportement souhaité, ces professionnels n'ont en général pas de gros problèmes avec les enfants qui souffrent de troubles de l'attention. En particulier lorsque les collaborateurs font eux-mêmes attention à leur propre surcharge dans leur quotidien professionnel. Au niveau des enfants, il serait possible de proposer des séances d'entraînement à l'attention soutenue et destinés aux fonctions exécutives, et de les intégrer dans le quotidien des groupes de vie.

Pour d'autres tableaux cliniques, prenons la dépression, il est aussi possible de référencer assez rapidement quelles mesures thérapeutiques aident la clientèle (mouvement, attention, retours positifs, augmentation de l'épanouissement personnel, joie commune à participer à des activités). Sur le plan architectural à travers des pièces lumineuses, ou organisationnel à travers des rituels ou des propositions d'activités régulières (exercice physique, exercice de l'attention), voilà qui peut aussi les aider.

Finalement, il est possible de tirer de chacun des modèles étiologiques des bases organisationnelles et d'interventions socio-éducatives quotidiennes. Ceci afin de réduire les conditions maintenant une certaine symptomatologie et d'exercer des aptitudes alternatives. Le sens de l'intervention socio-éducative dans le système de soins peut être renforcé par des connaissances spécifiques sur la gestion de jeunes malades psychiquement et une compréhension commune et interdisciplinaire des cas particuliers. Ceci par la mise en évidence du besoin d'accompagner et d'organiser le quotidien des jeunes atteints psychiquement dans leur développement, besoin qui souligne l'accroissement de la nécessité d'épanouissement des professionnels. Finalement, des profils de compétence propres aux éducateurs sociaux se dessinent, ceux-ci devant également être pris en compte dans la formation et le perfectionnement des éducateurs.

## **7.2 Collaboration entre les institutions socio-éducatives et les services pédopsychiatriques/-psychothérapeutiques**

La vulnérabilité psychique importante des enfants nous fait comprendre qu'en plus d'un accompagnement socio-éducatif intensif, nombre d'entre eux nécessitent également des offres de soutien pédopsychiatrique/-thérapeutique.

Plus d'un quart de tous les enfants et adolescents traités en hôpital pédopsychiatrique sont placés dans le milieu institutionnel socio-éducatif (Martin, 2002; Beck et Warnke, 2009). Dans l'idée d'un continuum des soins, les hôpitaux pédopsychiatriques/-psychothérapeutiques ont besoin d'institutions socio-éducatives dotées d'une forte sensibilité à la symptomatologie pédopsychiatrique de leurs patients pour une réhabilitation durable et la création de réseaux de soins pouvant poursuivre l'évolution. Avec le raccourcissement des durées de séjours hospitaliers (Nübling et coll., 2006) et les possibilités réduites de travailler avec les enfants et les adolescents sur un temps plus long en intervenant thérapeutiquement dans le milieu, ce chiffre augmentera certainement encore davantage.

Les premiers examens dans l'espace germanophone (Besier et coll., 2009) prouvent que le nombre de jours de traitement hospitalier en pédopsychiatrie peut être diminué grâce à une étroite collaboration entre l'aide à l'enfance et la pédopsychiatrie. De plus, grâce à cela, beaucoup plus d'enfants et d'adolescents souffrant de troubles psychiques en foyer bénéficient d'un traitement psychiatrique/psychothérapeutique. Des économies dans le système des caisses maladies peuvent ainsi être réalisées grâce au traitement à bas seuil dans les institutions d'aide à l'enfance. Dans de nombreuses institutions, il y a déjà une tradition de longue date concernant la collaboration avec des services pédopsychiatriques. Toutefois, on constate dans certaines régions un net sous-approvisionnement. L'intervention thérapeutique constatée à travers cette étude était constituée par des consultations de proximité, des conventions fixes d'intervention en cas de crise, des thérapies de groupe ainsi que des perfectionnements réguliers avec des échanges intensifs et axés sur la pratique avec des professionnels. Les offres de traitement de l'aide à l'enfance doivent finalement être précoces, à bas seuil et orientées dans l'intervention en milieu ouvert, ce qui parle en faveur d'un travail de proximité ou de consultations spécialisées. Le traitement pédopsychiatrique devrait en premier lieu se concentrer sur un soutien continu et régulier à l'équipe et, pour le plus grand nombre possible de jeunes souffrant de troubles psychiques, on devrait pouvoir proposer un soutien intensif à l'équipe et le cas échéant, une aide à la planification de l'aide sur le plan pédopsychiatrique/-thérapeutique. Grâce à des interventions en milieu ouvert, la stigmatisation entre les jeunes diminue et ils peuvent plus facilement être motivés pour un bilan et/ou un traitement. Les consultations pédopsychiatriques de proximité ne doivent donc pas être considérées comme une offre concurrente à celles des psychologues oeuvrant en foyer. Leurs offres peuvent très bien se compléter en cas de bonne collaboration. En raison de leur formation, les psychologues qui travaillent dans des institutions socio-éducatives sur le plan thérapeutique et en matière de conseil constitueraient une interface optimale entre les offres de liaison pédopsychiatriques/-thérapeutiques et les éducateurs sociaux des foyers. Les offres des services de liaison pédopsychiatriques/-thérapeutiques pourraient représenter un soutien et un soulagement pour les psychologues travaillant en institution, car elles proposent un second diagnostic, une possibilité fiable d'intervention de crise et une thérapie médicamenteuse complétant les offres de traitement internes aux institutions.

Le type et l'intensité de traitement devraient si possible commencer à bas seuil, pour ensuite devenir plus intenses et contraignantes avec l'accroissement de la collaboration des clients et des disponibilités des psychothérapeutes traitants. Pour de nombreux jeunes, la motivation à suivre une psychothérapie doit tout d'abord être éveillée, car un suivi régulier représente pour eux une offre de traitement beaucoup trop intensive au début de leur accompagnement pédopsychiatrique. Lorsque l'on prend en considération leurs expériences relationnelles souvent très abimées, on peut comprendre qu'il est difficile pour eux de s'aventurer dans un entretien psychothérapeutique de 45 minutes, émotionnellement chargé, avec un psychothérapeute inconnu au départ. Des consultations courtes constituent des interventions très efficaces lorsque l'on compare le temps investi. Elles servent surtout à obtenir une impression diagnostique continue d'un client afin de pouvoir conseiller l'équipe de manière spécifique par rapport à la situation. Du fait qu'on a déjà fait connaissance avec le jeune lors d'une situation plus détendue, elles sont aussi utiles pour apprendre à connaître suffisamment le jeune afin d'éviter des crises ou d'être plus opérationnel en situation d'urgence (cf. Schmid, 2012). Souvent, pour établir une relation thérapeutique avec un jeune, il faut tout d'abord que celui-ci ait des relations dignes de confiance avec les éducateurs référents dans des situations du quotidien. Lorsque l'on sent que ces relations tiennent, il est possible de s'ouvrir et de s'engager dans un processus thérapeutique. Il ne s'agit ici aucunement de diminuer l'importance de la psychothérapie. Bien au contraire, il est important que les compétences psychothérapeutiques et pédopsychiatriques profitent au plus grand nombre de jeunes possible afin de les motiver pour une psychothérapie et surtout de réussir à ce que les équipes soient renforcées dans leur épanouissement personnel. Ceci de telle sorte que les enfants puissent rester dans les établissements et y recevoir un traitement efficace. Quand durant cette phase, on réussit à garantir un placement stable, on peut dans l'idéal construire une motivation durable pour une thérapie grâce à des séances courtes et créer de meilleures conditions pour la réussite d'une psychothérapie. Il semble important de démystifier quelque peu la psychothérapie aux yeux des éducateurs sociaux. Il convient de rendre plus transparente la manière de travail, les motivations et les dispositions nécessaires devant être construites en amont d'une psychothérapie. Pour de nombreux jeunes en foyer, cela constitue déjà une réussite quand les objectifs de thérapie ont pu être formulés et qu'ils envisagent de venir régulièrement en psychothérapie. Une étude de Mount et collaborateurs (2004) montre que seuls 9 % des jeunes de foyer vivent la psychothérapie comme quelque chose d'utile, bien que 80 % des éducateurs sociaux aient détecté clairement une indication psychothérapeutique.

### **7.2.3 Constitution et utilisation d'offres de soutien spécifiques pour les intervenants socio-éducatifs**

La vulnérabilité psychique des jeunes, la large propagation des troubles de la personnalité et posttraumatiques mènent souvent à des interactions difficiles et parfois à des crises. Les surmonter, garder une certaine empathie et pouvoir agir de manière compétente en toute conscience professionnelle: cela représente un défi considérable et une charge émotionnelle quotidienne pour les éducateurs sociaux.

En plus du travail par tranches horaires qui s'avère très difficile, la charge de travail est conséquente, en particulier pour les collaborateurs ayant une famille. C'est un des facteurs qui participent à ce que les professionnels expérimentés partent travailler dans des milieux ambulatoires, comme par exemple en milieu scolaire (AGJ, 2011; Schoch, 1989). L'importante charge de travail résulte souvent du fait d'une tension chronique et d'une imprévisibilité permanente, « à quoi peut-on s'attendre aujourd'hui ». Il est intéressant de pouvoir se dire que l'imprévisibilité que les jeunes ont vécue dans

leurs familles d'origine est reportée sur les collaborateurs. C'est pourquoi la base des concepts pédagogiques sur les traumatismes est très prometteuse. Elle consiste à créer un lieu sécurisant avec des structures sécurisantes pour les enfants et les professionnels, et à soutenir les collaborateurs dans leur épanouissement personnel grâce à des discussions structurées. Mais pour créer des structures sécurisantes, il faut plus qu'une supervision régulière et des discussions d'équipes efficaces. Les collaborateurs ont besoin d'une direction qui reconnaisse leur charge de travail et leurs prestations, et qui prévoit des zones tampons dans la planification des admissions.

Il est intéressant de constater que des points de repère importants relatifs au sentiment de sécurité chez les enfants (transparence, participation, individualisation, justification du pourquoi d'un comportement fautif) puissent être reportés à l'identique sur les structures de direction à l'encontre des collaborateurs (Schmid et Lang, 2012). Finalement, la façon dont se comportent entre eux les collaborateurs à l'intérieur d'une institution se reflète souvent dans le comportement des enfants et des adolescents.

### **7.3 Autorités de placement**

Les bons résultats de l'éducation en foyer en Suisse et les nombreux parcours positifs montrent que la pratique de placement ne fonctionne pas mal et qu'en règle générale, les placements se font selon les besoins. Mais les cas pour lesquels une optimisation est nécessaire sont plus intéressants, d'autant plus qu'il existe déjà de nombreuses exigences quant aux standards pour la pratique de placement et une professionnalisation dans le milieu de la tutelle et de la protection de l'enfance (Huwiler, 2006; Schmid et Fegert, 2012; Schmid et coll., 2012; Voll et coll., 2006, 2008). Avec l'introduction du nouveau droit de la protection de l'enfant et de l'adulte, le législateur se dote désormais de propositions d'amélioration importantes. Les pratiques de placement n'ont pas été spécifiquement étudiées dans le cadre du projet pilote. Lors de l'interprétation des résultats, les pratiques de placement se révèlent toutefois souvent la cause d'interruptions tardives et de vulnérabilités psychiques plus importantes, et les bases juridiques et l'étendue du placement sont discutées. Pour les autorités de placement, ce qui se passe dans les institutions constitue souvent une «boîte noire». La preuve des effets de l'éducation en foyer sur la poursuite et la standardisation d'objectifs individuels est également intéressante pour les autorités de placement, car elles obtiennent ainsi un aperçu du travail pédagogique dans le cadre des bilans de situation.

#### **7.3.1 Sensibilisation aux vulnérabilités psychiques, relations et ruptures accablantes dans le contexte des mesures de placement**

Les résultats du projet pilote montrent qu'un grand nombre de jeunes ont déjà été placés hors du foyer familial avant la mesure actuelle et que souvent les jeunes particulièrement touchés sur le plan psychique ont vécu un échec face aux offres conventionnelles. On peut se demander si le nombre d'interruptions pourrait diminuer si l'on arrivait à prendre en considération la vulnérabilité psychique lors du processus de placement, et à implémenter d'ores et déjà dans ledit processus des soutiens pédopsychiatriques/-psychothérapeutiques ou du moins à instituer une évaluation complète.

L'ampleur des problématiques psychiques est certainement sous-estimée pour un assez grand nombre de jeunes qui ont été placés hors du foyer familial. En règle générale, les vulnérabilités psychiques sont abordées durant le processus de placement seulement si une expertise a eu lieu, si le

jeune suit d'ores et déjà un traitement ou si des rapports thérapeutiques intermédiaires ou finaux ont été établis. Cela aiderait certainement beaucoup les autorités de placement d'avoir des procédures de tests standardisées, ou un fil rouge d'entretien, qui pourraient indiquer de manière fiable et sous la forme d'un dépistage pédopsychiatrique relativement économique si un jeune souffre ou non de troubles psychiques.

Si pour un jeune en plus d'un besoin pédagogique un besoin pédopsychiatrique/psychothérapeutique se fait sentir, celui-ci devrait être sollicité de manière cohérente durant le processus de placement. Les évaluations correspondantes devraient être planifiées déjà avant l'admission, lors de l'admission par les pédopsychiatres ou psychothérapeutes du foyer ou ceux collaborant avec le foyer. Ainsi, la maladie psychique peut être prise en considération de manière adéquate dans le cadre de la planification de l'aide, aussi bien en ce qui concerne l'accompagnement pédopsychiatrique/psychothérapeutique suffisant qu'en ce qui concerne la prise en considération de la maladie pour l'organisation du quotidien socio-éducatif. Le cas échéant, des problèmes au niveau du quotidien pédagogique peuvent être anticipés dès le début de la mesure, un besoin éducatif peut être déduit et, le cas échéant, des systèmes de soutien supplémentaires peuvent être établis pour l'équipe pédagogique d'un groupe de vie.

Il est important d'avoir à l'esprit que les maladies pédopsychiatriques peuvent être génératrices de crises et que l'on peut donc solliciter une évaluation et une thérapie pour y remédier, en particulier lors d'un changement de foyer des jeunes suite à de mauvais déroulements et/ou lors de l'intervention de l'autorité de placement suite à des crises en milieu institutionnel. Dans la mesure du possible et au regard des difficultés d'adaptation que génèrent les ruptures relationnelles, il faudrait travailler à ce que le jeune reste là où il est, en particulier lors d'un changement pour une institution présentant des caractéristiques semblables. Afin d'éviter les interruptions de placement, il faudrait rechercher des solutions individualisées sur place, même si cela crée plus de travail à court terme qu'un placement rapide dans une autre institution.

Si une interruption est inévitable et qu'il doit être mis fin à la mesure avant terme, une analyse de la dynamique relationnelle entre l'équipe et le jeune serait souhaitable en plus d'une simple évaluation psychiatrique, car on peut soupçonner qu'une dynamique relationnelle identique se répète dans la prochaine institution socio-éducative. On pourrait ensuite le signaler durant le processus de placement et l'institution suivante pourrait se prémunir contre une situation similaire. Il serait également utile que des échanges soutenus puissent avoir lieu entre les institutions, permettant ainsi d'analyser ouvertement les éventuelles erreurs afin de tirer des conclusions optimales du parcours «avorté», et finalement poursuivre la planification de l'aide apportée.

Lors du choix des institutions, l'autorité de placement peut se renseigner sur les possibilités de collaboration avec les services de pédopsychiatrie et d'intervention en milieu ouvert, sur le concept thérapeutique institutionnel et les possibilités de travail avec des jeunes présentant des tableaux cliniques spécifiques. Grâce à une gestion minutieuse de la problématique psychique et des ruptures relationnelles antérieures, la qualité des pratiques de placement peut certainement s'améliorer considérablement et des interruptions de placement peuvent être évitées. Afin de maintenir aussi bas que possible le taux d'interruptions, il serait également nécessaire d'évaluer de manière très précise le besoin pédagogique avant de procéder au placement et de choisir une institution qui aurait encore une certaine marge de manœuvre avant d'être débordée par l'ampleur du besoin. De plus, il faudrait à l'avenir penser au développement des pratiques de placement. Il est par exemple regrettable qu'un enfant se soit habitué à une famille d'accueil et doive la quitter parce que son besoin scolaire n'est pas rempli de manière adéquate là où il vit. Comme la plupart des interruptions

sont sollicitées par les parents détenteurs de l'autorité parentale (Office fédéral de la statistique allemand, 2006), il est très important de convaincre ceux-ci de la nécessité de l'éducation en foyer, de démontrer les avantages pour le développement de toute la famille et de considérer les parents dans leurs rôles parentaux, même si l'enfant vit ailleurs (Conen, 2007), de sorte qu'ils puissent soutenir le placement de manière durable. Walker et Ryan (1997) distinguent pour cela les parentalités biologique, sociale et juridique. Ils insistent sur l'importance de la considération apportée à la parentalité biologique pour les enfants et les parents lorsque la parentalité sociale ne peut pas être exercée temporairement.

### **7.3.2 Placement sur mesure**

L'adaptation optimale des offres pédagogiques au cas particulier, donc au besoin pédagogique du jeune pour lequel est prévue la mesure est un sujet très intéressant. La question est très discutée, ceci grâce à une large gamme d'institutions ayant des concepts pédagogiques très différenciés. Il n'existe quasiment pas de directives vérifiées empiriquement et de critères auxquels les collaborateurs des autorités de placement puissent se fier pour décider des placements. Finalement, les collaborateurs se reposent sur leur expérience et les connaissances acquises dans des cas similaires. Ils agissent en fonction des recommandations de collègues ou de descriptions d'offres dans des brochures ou sur Internet. De nombreuses décisions de placement s'accompagnent sûrement aussi de contacts personnels et de préférences pour des concepts pédagogiques et thérapeutiques définis. Ceci comporte sûrement aussi des avantages, étant donné que la collaboration entre les autorités de placement et les institutions est rôdée et que les services placeurs soutiennent le concept pédagogique. Ces préférences semblent toutefois souvent être reflétées de manière inconsciente ou insuffisante.

De nombreuses institutions ne peuvent pas citer de critères explicites relatifs aux jeunes avec lesquels elles travaillent avec succès ou avec lesquelles elles échouent le plus souvent. Malheureusement, il n'existe quasiment pas de recherche et de normes sur la façon de vérifier et d'établir une adaptation optimale entre l'offre pédagogique d'une institution et les exigences d'un cas spécifique. Finalement, aussi bien les autorités de placement que les institutions qui accueillent se reposent essentiellement sur leur expérience et leur intuition lors d'une présentation de cas. Cela peut paraître très adéquat, mais souvent on ne sait pas exactement quels sont les facteurs et les caractéristiques d'un jeune font qui font naître une bonne intuition. Une pression financière et une situation propice à une nouvelle admission dans une institution peuvent mener à ce que des jeunes soient admis alors qu'ils ne correspondent pas de manière optimale au profil d'un foyer. Quelles institutions doivent être sollicitées et dans quel ordre, voici une question à laquelle on ne répond en règle générale pas de manière systématique. Lors des premières demandes, on constate souvent que quelques critères grossiers sont posés, mais que ceux-ci perdent de leur importance au fur et à mesure que les refus des institutions se cumulent. La seule chose qui compte finalement est de pouvoir placer le jeune quelque part.

Les nombreuses demandes et les refus nécessitent d'importantes ressources de parts et d'autres. Elles rendent difficiles les prises de décisions inhérentes aux processus de placement et mènent également à des «flous» qui s'avèrent défavorables pour les jeunes, souvent très ambivalents, qui ne savent pas durant de longues périodes où et comment leur vie va continuer dans les semaines à venir. Cela peut nuire à la motivation d'une famille, c'est pourquoi il est à proprement parler inacceptable que des décisions aussi importantes pour l'avenir et qui engendrent de plus des coûts considérables



pour la société, soient prises sur une base relativement peu empirique. Il faudrait réfléchir à conférer davantage de compétences diagnostiques et de ressources aux autorités de placement afin de pouvoir cerner le mieux possible le besoin pédagogique de l'enfant avant même son placement. Une procédure diagnostique standardisée ou une plus grande compréhension des cas avec une lecture interdisciplinaire pourrait y aider. Il y a 30 ans déjà, Lempp (1984) a exigé que les services d'aide à l'enfance/ les autorités tutélaires s'arment de compétences pédopsychiatriques/-psychothérapeutiques afin de pouvoir intégrer ces compétences dans la planification de l'aide à l'enfance.

### **7.3.3 Placement en temps utile**

La question d'un placement en temps utile ou du moment optimal pour un placement hors du foyer familial est souvent posée. En principe, il est sensé et souhaitable de prendre des mesures ambulatoires lorsqu'un enfant peut se développer de manière positive dans sa famille. Mais cela ne doit pas signifier que l'éducation en foyer ne représente que l'«ultima ratio» suite aux échecs de l'aide ambulatoire. Malheureusement, nombre d'offres ambulatoires ne sont pas bien évaluées et il existe encore une disparité très importante dans la manière de les gérer. Le plus grand problème réside toutefois dans l'absence de clarté quant à l'interruption régulière ou précoce des mesures ambulatoires. De nombreux suivis ne sont plus que vaguement contrôlés, quand bien même après un signalement de mise en danger de l'enfant. C'est absolument néfaste que des enfants restent exposés au danger alors même qu'on a reconnu qu'ils sont négligés, maltraités psychologiquement et/ou physiquement.

C'est pourquoi des critères clairs doivent finalement être définis pour procéder à un placement hors du foyer familial. Des critères qui, même chez les enfants les plus jeunes, permettent d'identifier des facteurs qui rendent nécessaire une mesure d'éducation en foyer. Il est très regrettable que des enfants doivent aller en institution alors qu'ils ont bénéficié d'aides trop peu importantes qui ont échoué, et qu'ils arrivent en foyer avec un pronostic encore moins bon et de plus importantes difficultés d'intégration sociale. Il est d'autant plus regrettable qu'il faille attendre qu'un délit plus grave soit commis, qu'un traitement psychiatrique en milieu fermé soit ordonné ou qu'une situation familiale dégénère pour qu'une aide adéquate, adaptée et s'il le faut intensive soit instaurée. Une étude de Horwitz et coll. (2011) a montré que l'on peut identifier des facteurs de risque psychosociaux relativement distincts qui mènent à des signalements réitérés et à des placements hors du foyer familial, ceci même après que des mesures ambulatoires ait été prononcées.

Depuis peu, des programmes se basant sur les thérapies multisystémiques (MST-Kinderschutz/MST-CAN Child Abuse and Neglect) (Swenson et coll., 2010) et consistant à un soutien ambulatoire très intensif ont débuté en Suisse et ont été évalués (Pérez et Schmid, 2012). Toutefois, même avec des programmes ambulatoires impliquant fortement les familles, les autorités de placement doivent toujours disposer de la possibilité du placement. Avec le développement des aides ambulatoires, ces possibilités de placement hors du foyer familial concernent des enfants et des jeunes toujours plus affectés. C'est pourquoi il est important de ne pas opposer l'aide ambulatoire à celle institutionnelle mais de considérer leur complémentarité dans un continuum, disposant toutes deux de critères d'indications spécifiques.

Traditionnellement, les enfants de moins de 10 ans sont majoritairement placés dans des familles d'accueil et les jeunes plus âgés en foyer. Grâce aux aides ambulatoires, les placements ont tendance

à intervenir plus tard et pour des jeunes particulièrement problématiques. Les problématiques psychiques et les difficultés d'intégration sociale des jeunes de foyer sont donc inévitablement élevées lorsque les aides ambulatoires ont échoué ou ne sont pas suffisamment prometteuses (cf. plus haut). L'aménagement d'aides ambulatoires mène certainement à un placement plus tardif. Dans l'échantillon MAZ., il ressort que de nombreux placements sont intervenus à la puberté. Par conséquent, de nombreux jeunes placés en foyer restent exposés à des problématiques psychosociales très longtemps pendant leur enfance et ne sont placés que lorsque leur situation familiale se dégrade à l'adolescence, qu'ils ne se développent pas normalement et qu'ils deviennent des délinquants ou se mettent en danger à travers des relations à risque.

Le placement hors du foyer familial a souvent lieu à un âge auquel les besoins d'autonomie sont dominants et où les besoins relationnels se développent à l'égard des pairs plus qu'envers les adultes. Cela représente un défi pour la construction de relation avec les jeunes. Le lien avec une personne de référence adulte n'est plus autant recherché que durant l'enfance, d'autant plus lorsqu'on a fait de mauvaises expériences avec les référents immédiats et que l'on a une peur légitime des contacts sociaux, ainsi qu'une confiance limitée en d'autres personnes.

En ce qui concerne la gestion sociopédagogique des jeunes, cela signifie qu'il est très important d'intégrer le groupe de pairs de façon adéquate dans le concept pédagogique. Dans l'éducation en foyer, il est souvent possible d'établir des normes sociales à travers le groupe, de travailler sur les compétences sociales et d'introduire des méthodes pour que les jeunes puissent se donner de précieux feed-backs. De plus, il est possible d'introduire un modèle d'apprentissage dirigé par les éducateurs sociaux via un système de parrainage qui permette d'encourager un comportement prosocial de manière ciblée et qui peut être renforcé par les professionnels (Opp et Unger, 2006; Bausum, 2009).

Il convient de considérer suffisamment les codes culturels des jeunes, et les ressources sociopédagogiques doivent être suffisantes pour réagir également à un comportement social positif et pas seulement pour sanctionner les comportements négatifs. Le cas contraire, il est possible que même dans le cadre de l'éducation en foyer ou de l'enseignement spécialisé des sous-structures se constituent, dans lesquelles un comportement antisocial est renforcé, permettant ainsi que des jeunes particulièrement asociaux et irrespectueux dictent le ton dans un groupe.

Sur le plan économique, il est sensé d'intervenir aussi rapidement que possible afin de limiter autant qu'il se peut les difficultés d'intégration sociale d'un enfant sur le long terme. Le choix des moyens devrait se faire davantage en fonction d'une certaine assurance d'une intégration sur le long terme, plutôt qu'en fonction des coûts actuels pour un placement hors du foyer familial.

Au vu des résultats MAZ., la question du placement en temps utile se pose de manière significative dans au moins trois sous-groupes. Un des sous-groupes est constitué par les filles qui ont tendance à être placées plus tard et qui viennent de milieux sociaux particulièrement défavorisés. Elles présentent également des problématiques psychiques très sérieuses. Visiblement, leur meilleure adaptation scolaire leur a malheureusement porté préjudice, car elles sont détectées plus tard et sont restées plus longtemps soumises à des conditions d'éducatrices dommageables.

Un autre sous-groupe est constitué par les jeunes issus de l'immigration. Ici, les résultats MAZ. montrent que ceux-ci sont plus souvent placés sur une base juridique pénale, et donc moins souvent dans le cadre de mesures civiles, ceci bien qu'aucune différence n'existe en termes de gravité des délits et de problématique psychosociale. Les études provenant d'Allemagne nous apprennent que les jeunes immigrés doivent surmonter des obstacles très spécifiques pour s'intégrer à la société, et que

la violence remplit bien souvent une fonction bien différente au sein des familles issues de l'immigration que dans les familles allemandes et certainement suisses (Toprak, 2004, 2005).

D'un autre côté, ces études indiquent également, et cela est inquiétant, qu'il n'existe quasiment pas une tradition et une routine permettant de prendre en compte de manière adéquate le fait d'être issu de l'immigration dans l'introduction des mesures de protection de l'enfance (Toprak et El-Mafaalani, 2012). Avec les familles issues de l'immigration, il existe certainement une tendance à délayer le placement des enfants plus jeunes, car on a peur qu'un détachement avec leur famille se produise s'ils vivent en famille d'accueil ou en foyer. Il pourrait en résulter des conflits de loyautés encore plus importants entre les systèmes institutionnels et celui d'origine. Ceci pourrait compliquer encore davantage les possibilités de retour en famille, et cela explique donc pourquoi ce sont surtout les aides ambulatoires qui sont proposées.

Mais cela peut aussi signifier que les enfants issus de l'immigration restent en partie plus longtemps exposés à des facteurs de risque cumulés et ont tendance à recevoir des aides moins soutenues. Chez les autorités de placement, cela induit que petit à petit davantage d'assistants sociaux issus de l'immigration soient engagés, que des offres d'intervention ambulatoire et que de conseils plus ciblées pour les familles soient mis à disposition. Dans le cadre de l'éducation en foyer et surtout en matière de familles d'accueil, il serait éventuellement plus sensé d'essayer de valider des familles d'accueil issues de l'immigration, ceci afin de réduire l'obstacle d'un placement hors du foyer familial pour cette population. Pour les jeunes provenant de familles issues de l'immigration et très problématiques, les chances de se développer de manière plus harmonieuse seraient certainement plus élevées. On pourrait ainsi en partie éviter des placements ultérieurs sur une base juridique pénale, qui en règle générale coûtent plus cher. Les familles concernées pourraient voir dans les familles d'accueil issues de l'immigration des modèles adéquats en termes de méthodes éducatives et d'intégration. Grâce à un fond culturel commun, un des critères pour la réussite d'un modèle basé sur l'apprentissage, de nombreuses choses pourraient être prises avec plus de légèreté et mises en œuvre.

En se basant sur les taux élevés de jeunes victimes de négligence et de maltraitance, leurs lourds antécédents en termes de conduites et en matière d'utilisation du système d'aide psychosociale, il est également important d'offrir des programmes de prévention aux familles à haut risque. Des critères doivent être développés pour une indication à un placement hors du foyer familial positif, afin qu'il n'intervienne plus uniquement de manière négative dans le cas d'échecs de mesures à bas seuil.

#### **7.3.4 Participation des familles concernées**

L'effet très positif développé par l'élaboration d'un discours commun avec l'ensemble de la famille sur la nécessité du placement s'avère un thème central du projet pilote, comme il a pu également l'être dans le cadre de l'étude qualitative complémentaire réalisée en collaboration avec le «Club of Home». Cela confirme également les résultats de l'étude EVAS et de l'étude sur les effets de l'aide à l'enfance (Schmidt et coll., 2002; Macsenaere u. Knab, 2004; Baur et coll., 1998). Il est très important que tous les personnes concernées soutiennent le placement, qu'elles s'attendent à ce que toute la famille en profite et à ce l'enfant se développe mieux grâce au placement. Même pour les placements sur bases juridiques civile ou pénale, il est tout à fait possible que la famille accepte l'utilité de cette mesure et soutienne le placement hors du foyer familial durant le processus.

Pour les jeunes qui ont été placés dans un foyer d'urgence ou en détention provisoire directement après avoir commis un délit ou après une confrontation violente, pour les enfants qui sont soudainement enlevés de leur famille avec l'aide de la police, la reconstruction d'un discours sur les faits qui ont mené au placement peut aider à diminuer les symptômes post-traumatiques (reviviscences, pensées intrusives, hypervigilance). Une explication valorisante sur les raisons pour lesquelles les parents n'ont pas pu accomplir leurs devoirs d'éducation est justement bonne pour les enfants séparés de leurs parents. Cela peut être important aussi bien pour les parents que pour les enfants de travailler avec eux sur une trame narrative dans le cadre du processus de placement, ce qui peut leur permettre, à posteriori, de répondre de manière autonome à des questions (Lattschar u. Wiemann, 2011; Ryan u. Walker, 1997). Malheureusement, on néglige trop souvent l'importance selon laquelle une explication valorisante doit être comprise par l'enfant et les parents en tenant compte de leurs capacités de compréhension et, en incluant les parents dans l'aménagement du processus d'aide. Finalement, dans les mesures d'aides aux jeunes, on ne peut pas travailler sans les parents. Si l'on n'intègre pas les parents de manière adéquate dans les structures et dans les processus décisionnels, ils recherchent l'attention autre part et, au pire, ils peuvent même perturber le processus d'aide souhaité. C'est pourquoi en règle générale et au début d'une mesure, le temps investit dans l'organisation du travail avec les parents s'avère très payant.

### **7.3.5 Ordonnance de la mesure par l'autorité de placement/ Participation à la définition d'objectifs**

Les autorités de placement ont finalement pour mission de mettre en œuvre la mesure, de vérifier son déroulement et de documenter la réalisation des objectifs convenus, d'assumer la responsabilité de l'issue de la mesure et des dépenses qui en découlent. Le contrôle des mesures a lieu à travers des bilans de situations en réseau lors desquels des objectifs sont définis en fonction de ce qui se passe dans les établissements et de la manière de travailler avec les cas particuliers (mais ces aspects restent souvent opaques). Il serait très intéressant d'apprendre si et comment les aides ont été modifiées, si les services placeurs peuvent assumer un rôle plus actif et lequel dans la planification de l'aide, comme par exemple être davantage impliqués dans la définition des objectifs pédagogiques.

Un des atouts de MAZ. réside dans le fait de pouvoir quelque peu ouvrir la «boîte noire» dans le cadre des fixations individuelles des objectifs, et de rendre très transparents les buts sur lesquels on a travaillé concrètement au quotidien. Il serait souhaitable que les services placeurs puissent éventuellement définir eux aussi de manière active les objectifs, de même que les parents. Il serait très intéressant d'étudier si ce type d'aides pour lesquelles les services placeurs participent plus activement à la vérification est différent des autres qui, pour l'essentiel, sont assurés par les institutions et ne sont documentées que durant le déroulement de la mesure. Le rôle actif des services placeurs pourrait parfois passablement soulager les institutions, surtout dans des situations difficiles, en renforçant par exemple l'exigence relative à certains objectifs. Afin de tendre vers une fin programmée, vers un retour réussi à domicile ou vers l'autonomisation, il serait en outre avantageux que les autorités de placement participent à la définition des objectifs suffisamment tôt. Ceci de sorte que les interactions entre les parents et l'enfant s'améliorent et que le renforcement des compétences éducatives ne soit pas mis en avant seulement à la fin de la mesure.

Une évaluation des atteintes d'objectifs comportant également celle des autorités de placement, et pas seulement celles reposant sur l'avis du mineur et des éducateurs sociaux, serait encore plus précieuse.

#### **7.4 Formation et perfectionnement des professionnels**

Les vulnérabilités psychiques très importantes des jeunes et de leurs familles et les exigences qui en découlent en matière d'encadrement quant à la personnalité et aux compétences spécialisées des professionnels sociopédagogiques soulèvent plusieurs questions, dont celles de savoir comment préparer de manière optimale les futurs éducateurs sociaux pour le travail institutionnel en foyer et comment recruter des personnes talentueuses et ambitieuses pour ce métier. En raison du grand nombre de maladies psychiques différentes auxquelles sont confrontés les professionnels au quotidien, il est très important qu'un certain savoir leur soit transmis durant leur formation. Ces connaissances doivent porter sur la symptomatologie et l'étiologie des maladies psychiques, leurs traitements psychothérapeutiques et pharmacologiques pour leur permettre de reconnaître les symptômes au quotidien et de pouvoir les décrire. Les besoins spécifiques résultant des maladies psychiques ainsi que la manière de les aborder au quotidien doivent également être discutés concrètement.

Certes, grâce aux CAS (Certificate of Advanced Studies) pour l'éducation en foyer et les soins pédopsychiatriques dans différentes hautes écoles spécialisées en Suisse, la situation reste très bonne comparativement à d'autres pays européens. Les résultats du projet pilote montrent toutefois que les besoins pédagogiques des jeunes sont tellement importants et diversifiés que ce travail ne peut être réalisé que par des professionnels ayant acquis une formation adéquate grâce à leur personnalité et également à leurs capacités à s'approprier des connaissances théoriques rapidement. C'est pourquoi et de manière justifiée, le personnel est souvent remis en question de manière critique par les institutions et perçu comme trop bureaucratique dans le cadre de la reconnaissance d'institutions par l'Office fédéral de la justice. On ne devrait ainsi pas diminuer ces exigences.

Outre la transmission du savoir, il est également important que les collaborateurs soient préparés à leur travail sur le plan émotionnel, ce qui veut dire que la formation pratique doit aller de pair avec la théorie. Le défi d'une bonne formation réside dans l'équilibre entre le fondement théorique et l'apprentissage de techniques académiques afin de pouvoir s'approprier un savoir actuel de manière autonome dans la suite de la vie professionnelle, et un rapport concret et aussi intense que possible à la pratique.

Un bon encadrement pratique dans le cadre d'une formation doit apporter un soutien administratif et spécialisé, mais également un soutien émotionnel. Il doit aussi permettre aux futurs éducateurs sociaux de développer une identité professionnelle avec leurs propres ressources et leurs atouts.

Globalement, il faut espérer que les résultats de cette étude et la démonstration de ce que réalisent les professionnels sociopédagogiques dans l'éducation en foyer contribueront à valoriser l'éducation en foyer et la thérapie en milieu ouvert. Les carrières dans l'éducation en foyer doivent être encouragées pour les personnes talentueuses, en particulier aussi pour les éducateurs sociaux hommes. Outre une rémunération qui corresponde au travail réalisé, la reconnaissance sociale et l'amélioration du prestige social du travail en foyer pourraient contribuer à cela.

L'amélioration de la formation ne concerne pas uniquement le domaine sociopédagogique. Les médecins spécialistes en pédopsychiatrie et psychothérapie devraient eux aussi pouvoir bénéficier d'apports théoriques plus poussés et plus ciblés au sujet des jeunes placés hors du foyer familial (Schmid et Fegert, 2012; Schmid, Tetzner, Rensch et Schlüter-Müller, 2012). Il serait tout à fait sensé d'exiger des expériences spécifiques dans la collaboration avec l'aide et la protection à l'enfance dans

le cadre de la formation spécialisée pour pédopsychiatres, où ils pourraient expérimenter l'accompagnement des processus de placement et le conseil aux institutions. On pourrait également réfléchir à augmenter les postes dans les services de pédopsychiatrie de liaison et à la manière de réévaluer ceux-ci dans le cadre de la formation des médecins spécialistes. Le travail interdisciplinaire est souvent vécu comme particulièrement instructif, c'est pourquoi il serait tout à fait sensé de l'estimer à sa juste valeur aussi dans le cadre de la formation des pédopsychiatres. Ces réflexions valent de la même manière pour la formation de psychologues cliniciens et/ou psychothérapeutes. Des stages ou un échange réciproque régulier avec le personnel sociopédagogique des foyers pourraient également représenter des expériences précieuses pour le personnel soignant et pédagogique dans les hospices.

## **7.5 Dimension politique**

- Besoins spécifiques des jeunes filles et des jeunes hommes traumatisés et ayant des troubles psychiques.
- Jeunes présentant des troubles de la personnalité.
- Jeunes filles et jeunes hommes ayant des traits de la personnalité psychopathiques marqués et présentant un risque élevé de récurrence.
- Jeunes femmes adultes ayant un besoin marqué d'aide thérapeutique en milieu ouvert.
- Création de conditions-cadres avantageuses pour le financement de prestations de collaboration à l'interface entre les offres sociopédagogiques et pédopsychiatriques/psychothérapeutiques.

Concernant la planification d'offres adéquates pour les jeunes ayant un besoin spécifique, on peut tirer quelques questions relatives à l'éthique des soins médicaux. En considérant le grand nombre de jeunes très affectés et ayant un besoin de soutien spécifique, une ou deux institutions expérimentales disposant 20 places ne peuvent sûrement pas résoudre le problème. On nécessite des concepts touchant un grand nombre d'enfants, qui résident souvent dans contextes institutionnels "normaux" et équipés moyennement, et auxquels on ne peut pas répondre suffisamment en termes de besoins.

C'est pourquoi il est probablement assez peu sensé, étant donné l'envergure du problème, de rechercher des solutions à travers la création de groupes spéciaux et le regroupement de jeunes aux besoins particulier en termes de soins. Les inconvénients dans de tels rassemblements seraient que les jeunes pourraient s'influencer de manière négative entre eux et qu'une institution aussi spécialisée pourrait conférer un aspect stigmatisant. Les avantages sont qu'il serait plus facile de développer un concept pédagogique uniforme, d'augmenter le niveau de formation des éducateurs en matière de gestion ciblée des symptômes et des tableaux cliniques, et de pouvoir élaborer un réseau de soutien pédopsychiatrique (incluant les services de psychologie et psychiatrie légale) et autour de l'institution de manière simple et ciblée. De plus, l'allocation des ressources nécessaires se justifierait plus facilement pour un regroupement de jeunes particulièrement touchés et difficilement adressables à des institutions dites classiques. Il serait possible de justifier des pourcentages de travail élevés et il serait plus facile de réunir des financements mixtes provenant d'horizons variés, ce qui permettrait de maintenir en place le personnel pédagogique et psychothérapeutique nécessaire

dans un tel concept. Aussi, des concepts de traitement basés sur les pratiques pourraient être développés et appliqués par les psychothérapeutes, concepts qui serviraient à former et à préparer les psychologues et pédopsychiatres au travail spécifique dans les institutions socio-éducatives.

Concernant les jeunes ayant des troubles de la personnalité et de graves symptômes post-traumatiques, les institutions expérimentales et une collaboration solide et sur le long terme avec les services de liaison (intervention en milieu ouvert) auraient l'avantage de permettre l'application des suivis thérapeutiques fondés scientifiquement sur des jeunes que l'on atteint difficilement à l'aide d'une thérapie ambulatoire (Schmid, 2012). Une telle offre thérapeutique serait possible, d'une part, comme complément à un placement en foyer. Il serait d'autre part possible qu'éventuellement, des foyers pédopsychiatriques spécialisées travaillent de manière plus étroite avec des foyers et proposent des psychothérapies fondées sur la pratique et centrées sur les traumatismes, de sorte que des thérapies intensives en milieu institutionnel puissent être proposées sans les diverses charges liées à une hospitalisation. Actuellement, il n'existe pas en Suisse de centre spécialisée pour les jeunes ayant d'importants troubles de la personnalité et des troubles post-traumatiques complexes.

Il faudrait certainement adopter une approche en deux temps. Elle permettrait d'une part de mettre en place quelques institutions socio-éducatives pour le développement et l'évaluation de concepts novateurs de thérapie en milieu ouvert et des collaborations étroites. D'autre part, cela permettrait de développer des concepts de soins pour la population des jeunes placés, dont pourraient profiter en théorie tous les foyers intéressés et les jeunes qui y sont placés. Quelques institutions en auraient certainement déjà le besoin, car des interventions novatrices pourraient y être apportées, grâce à un meilleur équipement de base qui s'avère nécessaire (cf. par ex. l'institution Somosa). Il semble important de ne pas fonder un groupe spécial exclusivement sur les besoins sécuritaires et de soutien pédagogique, parce qu'il en résulterait un groupe très hétérogène de jeunes ayant des besoins pédagogiques et thérapeutiques totalement différents. Il est beaucoup plus prometteur de définir et d'assembler des groupes ayant des besoins pédagogiques très similaires et de créer des structures qui leur correspondent. Il faudrait s'assurer que, grâce à un échange continu et de bons rapports entre les intervenants, les méthodes soient transposées dans les groupes de vie "normaux" et que leur capacité de gestion et de non exclusion soit ainsi également soutenue. Le cas échéant, le développement de tels concepts thérapeutiques novateurs pourrait être favorisé et évalué.

Il serait bon de réfléchir à élaborer sur le long terme des offres en réhabilitation spécifiques pour un groupe de jeunes et surtout de jeunes adultes. Elles permettraient de faciliter l'intégration sociale et professionnelle suite à des traitements institutionnels en milieu pédopsychiatrique ou en psychiatrique. Les offres pour les mineurs et les jeunes adultes malades psychiquement sont souvent trop spécialisées dans les maladies du spectre de la schizophrénie. Il existe pourtant une population de jeunes qui souffre de troubles de la personnalité et de symptomatologies post-traumatiques complexes, et qui rencontre d'importants problèmes d'intégration sociale et qui a des besoins de soutien très spécifiques (Dammann, 2007, Schmid et coll., 2008). C'est pourquoi des aides favorisant l'intégration des jeunes adultes souffrant de troubles psychiques sont très importantes. Des développements cruciaux ont en effet lieu durant cette période de vie et lorsqu'ils ne se font pas, cela peut souvent avoir des conséquences en termes de difficultés chroniques d'intégration sociale (Johnson et coll., 2004; Schmid et coll., 2008, 2010).

L'étude de Johnson et coll. (2004) montre un résultat effrayant : de nombreux jeunes très vulnérables vivent encore ou retournent vivre chez leurs parents dans des conditions de pauvreté à la fin de la vingtaine, et cela malgré des rapports difficiles avec leurs parents. C'est pourquoi il est important de décrire exactement la fin des mesures de placement en foyer, et l'accompagnement vers

l'émancipation ou le retour en famille. Ici aussi naît le sentiment selon lequel la société se décharge de ses responsabilités et que les enfants de la classe moyenne quittent toujours plus tard le foyer familial, alors que l'on exige des anciens enfants placés et très affectés sur le plan psychique de s'émanciper aussi tôt que possible, bien qu'ils aient beaucoup moins de ressources pour le faire.

Plusieurs études montrent que les anciens enfants de foyer, qui ont besoin de beaucoup de soutien même lorsqu'ils deviennent de jeunes adultes au moment de s'émanciper à la fin d'un placement hors du foyer familial, échouent souvent dans leur développement et ont un risque plus important de ne trouver ni travail ni foyer, de s'endetter et d'être placé en détention (Viner et Taylor, 2005; Richardson et Joughin, 2002). Il est donc important que ces aspects de l'autonomie soient intégrés à la planification d'aide et que les jeunes reçoivent les aides ambulatoires adaptées suite à un placement institutionnel. Globalement, un dépistage ciblé devrait également avoir lieu dans le cadre des mesures d'insertion professionnelle afin de déterminer les troubles psychiques et, le cas échéant, d'introduire une évaluation simple (Kölch et Fegert, 2012, 2011). Les anciennes jeunes filles de foyer semblent être plus particulièrement menacées, dans la mesure où il existe également le risque de tomber enceinte de manière involontaire et précoce (Richardson et Joughin, 2002; Haydon, 2003). Plusieurs études montrent que les jeunes femmes qui ont subi des violences dans leurs familles ont 5 fois plus de risques de vivre dans la pauvreté et, 4 à 10 fois plus de risques d'avoir une relation avec un partenaire violent. Plus les femmes sont jeunes lors de leur emménagement avec un partenaire violent et plus la propre maltraitance a été importante, plus le risque augmente.

Compte tenu de l'extrême vulnérabilité des jeunes femmes, il est étonnant de constater qu'il n'existe aucune offre spécifique pour elles jeunes adultes, associant offres thérapeutiques et formations professionnelles qualifiées à un travail sociopédagogique intense, comme le sont les centres de mesure pour jeunes hommes. Dans l'échantillon MAZ., les jeunes femmes sont encore plus touchées sur le plan psychique que leurs pairs masculins issus de foyers. Cela montre qu'il s'agit d'un groupe ayant des besoins socio-pédagogiques et psychothérapeutiques extrêmement importants.

De plus, de nombreux foyers d'urgence et d'observation pour jeunes filles rapportent des difficultés pour trouver des solutions adaptées à leurs clientes particulièrement atteintes.

Il faudrait probablement tabler sur un besoin socio-pédagogique extrêmement élevé avec des offres spécifiques pour jeunes femmes au bénéfice de plusieurs mesures civiles. Les jeunes femmes placées sur une base juridique pénale seraient également nombreuses à pouvoir profiter de l'accompagnement vers l'autonomie. L'importance de ce besoin resterait encore à déterminer. Afin de pouvoir utiliser les synergies avec les autres institutions pour jeunes filles de manière optimale, il serait certainement sensé de travailler sur une planification du besoin dans le cadre d'un groupe de travail constitué des représentants d'institutions de jeunes filles et des autorités de placement.

Le fait qu'une collaboration encore plus intense et conséquente soit nécessaire entre la pédopsychiatrie/-thérapie et les institutions socio-éducatives, ceci à très grande échelle et à intensité variable, s'explique par l'importante problématique psychique des jeunes de foyer. Bien que l'on atteigne de nombreux jeunes des foyers avec les concepts actuels de traitement et de collaboration, il en existe encore beaucoup qui sont très affectés et qui ne sont pas soignés de manière adéquate avec les offres proposées. Ceci en particulier lorsqu'ils sont placés dans des institutions qui ne disposent pas d'une collaboration établie avec les prestataires pédopsychiatriques malgré leurs troubles considérables. Il s'agit ici de créer des conditions-cadres dans lesquelles on pourrait largement améliorer les soins pédopsychiatriques des jeunes dans les institutions socio-éducatives. En raison de la pression croissante visant à réduire les coûts dans les domaines de la santé et socio-pédagogique, il



existe un risque que les deux champs se replient sur leur activité principale et ne puissent plus investir suffisamment de ressources dans l'élaboration de leur interface. Grâce aux consultations pédopsychiatriques au sein des institutions, on atteint des jeunes extrêmement affectés et pour lesquels des offres hospitalières seraient trop "pointues". Il existe chez eux un risque particulièrement élevé que les mesures socio-pédagogiques soient interrompues et que l'intégration sociale échoue. Les coûts pour les traitements sociopédagogiques et pédopsychiatriques/-psychothérapeutiques représentent donc un bon investissement si on les compare aux coûts subséquents qui s'avèrent immenses sur le long terme.

Afin de pouvoir proposer des soins pédopsychiatriques/-psychothérapeutiques à large mesure, et non pas seulement dans certaines institutions spécialisées, il vaut la peine de travailler avec des services ambulatoires ou des cabinets pédopsychiatriques de proximité proposant une certaine souplesse. Les consultations permettent de réaliser des traitements qui peuvent être facturés aux caisses-maladie comme prestations ambulatoires relevant de la LAMal. De sorte à pouvoir assurer un financement mixte des soins, les prestations supplémentaires relatives à la formation continue, à la supervision et aux colloques peuvent être facturées aux institutions socio-éducatives. Il convient toutefois de souligner que les consultations de proximité et le traitement de ces cas complexes représentent une charge supplémentaire considérable en comparaison à une heure de thérapie classique en cabinet.

C'est pourquoi les prestations coûteuses liées à la collaboration ne doivent pas être rémunérées en fonction d'un tarif unique, mais adéquatement, de manière à ce qu'elles correspondent à la charge supplémentaire. En effet, en raison de la pression croissante visant à réduire les coûts, ni les pédopsychiatres installés ni ceux travaillant dans les services étatiques ne peuvent se permettre de fournir des prestations non couvertes. Si les prestations plus coûteuses ne sont pas nettement mieux rémunérées que celles habituelles, les intervenants continueront de se comporter de manière rationnelle et choisiront toujours l'alternative la plus rentable. Ceci implique que les patients gravement atteints auront tendance à recevoir moins de soins et que les coûts subséquents pour la société continueront d'augmenter sur le long terme.

Pour de tels modèles de soins intégrés destinés aux jeunes particulièrement atteints, il serait certainement souhaitable de développer des systèmes de rémunération adaptés et couvrant les coûts de tous les participants oeuvrant à l'interface de la justice, de l'éducation, de l'assurance invalidité et du système de santé. Cela permettrait d'éviter que des coûts subséquents nettement plus importants n'apparaissent. Ceci uniquement parce que des offres ciblées ne peuvent pas être proposées à cause des possibilités insuffisantes de facturation aux divers centres de paiement concernés par l'interface. En raison de mauvaises incitations inscrites le système de tarification, il est plus rentable de se concentrer sur des cas simples que de s'occuper de situations complexes. Il devrait y avoir ici un intérêt de la société, sur les plans politique et économique, à investir des moyens de manière plus ciblée. Ils devraient être destinés aux personnes nécessitant des offres interdisciplinaires spécifiques et intensives, car si l'on ne réussit pas à permettre leur intégration sociale, cela engendrera sur le long terme des coûts subséquents très importants (cf. Habetha et coll., 2012; Roos et Petermann, 2006).

## **7.6 Aperçu des futurs axes de recherche dans le domaine de l'aide à l'enfance et de l'exécution des mesures**

Une étude aussi complète que le projet pilote apporte un grand nombre de nouvelles connaissances, mais naturellement, elle soulève aussi immédiatement de nouvelles questions de recherches et éveille la curiosité des scientifiques et de la pratique socio-pédagogique. Les principales questions de recherche soulevées par le projet pilote sont:

- les problématiques négligées sur le plan épidémiologique
- les analyses coûts-bénéfices
- les études de catamnèse à divers niveaux
- la recherche sur l'effet des thérapies en milieu ouvert dans l'aide à l'enfance
- la recherche sur l'adéquation des indications au placement et les pratiques de placement
- la recherche à l'interface de l'aide à l'enfance institutionnelle et l'exécution des mesures

### **7.6.1 Problématiques négligées sur le plan épidémiologique**

Etant donné l'importance croissante des troubles post-traumatiques complexes constatée durant le projet pilote, il semblerait important que les futures études comparables considèrent ce sujet de manière plus soutenue dans le processus diagnostique (par ex. avec l'entretien portant sur les troubles post-traumatiques complexes de Boroske-Leiner et coll., 2008). A l'heure actuelle, il n'existe malheureusement pas de questionnaire de dépistage valable, économique et suffisamment fiable qui rendent compte des traumatismes complexes. D'autres problématiques intéressantes sur le plan épidémiologique, comme le sont l'utilisation des médias, des ordinateurs et d'Internet, n'ont pu être étudiées que de façon marginale. Une surconsommation et un renfermement social semblent toutefois devenir de plus en plus souvent un motif de placement extra-familial. Une réflexion intense avec les jeunes placés hors du milieu familial et sur leurs biographies affinerait d'autres sujets qui vaudraient la peine d'être étudiés, comme par exemple la façon dont les expériences relationnelles positives ou nocives, dont les ruptures relationnelles multiples se répercutent sur le développement identitaire d'un jeune.

### **7.6.2 Analyse coûts-bénéfices**

La bonne efficacité de l'éducation en foyer soulève immédiatement la question du rapport de rentabilité, à court, moyen et long termes, entre les aides financières considérables engendrées par l'éducation en foyer et l'exécution de mesures. Comme dans l'exemple tiré de l'étude sur les effets de l'aide à l'enfance, il serait possible d'étudier le rapport entre les coûts et l'amélioration des chances d'intégration (cf. Roos et Petermann, 2006; Zinkl, 2004). Il serait certainement plus judicieux d'associer une analyse coûts-avantage à une étude catamnastique, et de la consolider par la suite avec les chiffres réels du chômage et de l'intégration sur le marché du travail. Il est évident qu'il faudrait également intégrer dans une telle analyse les coûts liés à des placements ultérieurs, ceux engendrés par la détention et les soins psychiatriques/-psychothérapeutiques ou somatiques. Etant donné que l'efficacité est quelque peu meilleure et que le taux de rechute est bien moindre pour l'exécution des mesures que pour l'exécution des peines, on peut s'attendre à ce que l'analyse coûts-bénéfices soit meilleure pour la Suisse que pour les analyses allemandes. Sur la base de l'étude sur

les effets de l'aide à l'enfance, Zinkl et al. (2004) ont compté que, par exemple, pour un euro investi dans l'éducation en foyer, en principe 2,32 € (hommes)/2,79 € (femmes) peuvent être économisés dans le domaine des prestations sociales, des coûts assurés par les caisses-maladie et dans l'exécution des mesures. Des études internationales montrent également que les frais de l'aide à l'enfance destinés aux mineurs très atteints psychologiquement et socialement et qui présentent des troubles externalisés sont très avantageux, ceci comparativement aux coûts sociaux subséquents (Scott et coll., 2001; Habetha et coll., 2012).

Il serait très intéressant de réaliser de telles analyses sur la base des données MAZ.. Partant du constat que des analyses coûts-bénéfices spécifiques font défaut en Suisse, la commission du Contrôle fédéral des finances (CDF, 2012) s'est référée à d'autres études internationales. Elle a conclu qu'une éducation en foyer de haute qualité s'avère un investissement rentable sur le long terme. C'est justement pour cette raison qu'une analyse coûts-bénéfices spécifique à la situation suisse apporterait des connaissances et fournirait des arguments dans les négociations avec les payeurs, en particulier ce qui se trouvent à l'interface entre la pédagogie et l'école, la réinsertion professionnelle/l'assurance invalidité et les offres médicales. Avec d'importantes bases déjà posées, il serait possible de réaliser une étude comparable à celle allemande sur les coûts subséquents (Habetha et coll., 2012).

### **7.6.3 Etude de catamnèse**

Hormis les questions de la récidive, des détentions ultérieures et de la perception de prestations sociales qui justifient une analyse coûts-bénéfices, nous estimons qu'une étude catamnétique complète serait très intéressante. On y recenserait donc également l'humeur et la situation de vie sociale actuelles, le développement des relations avec la famille d'origine et éventuellement même les propres capacités éducatives. Mais aussi des questions portant sur les facteurs facilitateurs de l'intégration sociale des enfants de foyer, et sur les manières dont les jeunes vivent l'éducation en foyer rétrospectivement ou comme préparation à leur émancipation. Sur la base des données d'un tel projet pilote on peut également étudier quelles associations peuvent exister entre le déroulement d'une mesure et l'intégration sociale à long terme. Grâce aux données MAZ., il est possible de suivre l'évolution de 592 parcours très bien documentés. Cela peut s'avérer relativement peu coûteux en faisant traiter les extraits de casiers judiciaires par de l'Office fédéral de la statistique, ou nettement plus cher et pertinent en interrogeant à nouveau les jeunes quelques années après leur sortie de l'institution.

### **7.6.4 Recherche sur l'effet des thérapies en milieu ouvert dans l'aide à l'enfance**

Bien que la pratique dans l'éducation en foyer se développe de manière constante et soit continuellement confrontée à de nouveaux problèmes auxquels elle doit réagir, la thérapie en milieu ouvert et l'éducation en foyer ont finalement peu changé de fondements théoriques durant les dernières décennies. La justification empirique de ce qui se passe dans la pédagogie des groupes de vie et quelles interventions développent une efficacité spécifique est très limitée. Dans le cadre du projet pilote pour l'évaluation et l'atteinte d'objectifs (MAZ.), il a uniquement été possible de mettre en évidence l'effet global, ceci sans pouvoir isoler l'effet des différentes interventions ou celui spécifique des différents concepts pédagogiques. Il serait toutefois important de pouvoir réaliser davantage de recherches comparatives des divers concepts pédagogiques et d'ouvrir de plus en plus

la «boîte noire». Afin de réaliser une étude comparative, il faut une base de données solide et pouvoir établir un lien de confiance sur long terme avec l'équipe d'évaluation. La pérennité du projet pilote offre d'excellentes opportunités de recherche pour l'implémentation et l'évaluation de nouveaux concepts de thérapie en milieu ouvert. Il est en effet possible avec EQUALS de faire aussi bien des comparaisons internes à l'institution (la période pré- vs la période post-implémentation) que de comparer les institutions entre elles. La base de données d'EQUALS pourrait ainsi servir de groupe de contrôle pour l'évaluation des concepts novateurs de thérapie en milieu ouvert, que ce soit pour les projets pilotes ou dans le cadre d'études de validation. Il existe ici pour sûr des besoins particuliers, tant pour les jeunes présentant des troubles de la personnalité et des psychopathiques marqués, que pour ceux souffrant des troubles post-traumatiques complexes. Ce dernier est désormais satisfait dans la mesure une autorisation a été délivrée pour un projet pilote comprenant l'implémentation et l'évaluation de concepts pédagogiques centrés sur les traumatismes dans les institutions socio-éducatives en Suisse alémanique.

#### **7.6.5 Recherche sur l'adéquation des indications au placement et les pratiques de placement**

Afin d'éviter de nombreuses ruptures relationnelles, il faut renforcer la recherche sur l'adéquation d'une indication au placement. Les études catamnestiques peuvent être d'une grande utilité dans les cas spécifiques où les jeunes sont connus du milieu pédopsychiatrique ou sont placés en institutions socio-éducatives suite à des expertises réalisées au cours de la détention ou durant leur séjour en foyer d'urgence/ d'observation. Plusieurs questions fondamentales pour la pratique restent actuellement sans réponse : dans quelles mesures les recommandations tirées des conclusions seront-elles mises en œuvre et les processus d'aide seront-ils modifiés. De plus, l'indication à des placements extra-familiaux est réalisée selon diverses variantes sans réelles bases empiriques, et il n'existe aucun critère précis expliquant pourquoi un enfant est placé en famille d'accueil, en foyer ou en groupe intensif. Afin d'éviter les ruptures relationnelles et d'optimiser les aides au développement, il serait sensé d'identifier des indicateurs diagnostics, pédopsychiatrique et sociopédagogique, qui aident à faire un choix entre les différentes formes d'aide. Comme chaque type de placement extra-familial s'adresse à un sous-groupe d'enfants placés, il devrait y avoir des indicateurs précis relatifs au choix le plus adéquat et au risque le plus faible d'échec, et garantissant finalement la meilleure adaptation. Bien que cette exigence de procéder à une indication au cas par cas existe depuis qu'il y a des aides diversifiées, trop peu de résultats de recherche utiles à la pratique s'avèrent disponibles. Il serait pour cela utiles d'avoir des études rétrospectives (par ex. analyses de dossier des parcours ayant réussi/ échoué) et prospectives avec de bons diagnostics "communs", ainsi que la documentation relatives aux décisions. Il serait par exemple sensé de lancer un projet de recherche dans les foyers d'urgence et d'observation. On suivrait alors les jeunes qui y sont placés, on vérifierait dans quelle mesure les recommandations de placement sont ou non mises en œuvre et on évaluerait comment les jeunes évoluent dans le cadre de ces mesures. De plus, il serait intéressant d'analyser le moment optimal pour le début d'un placement institutionnel. Au vu de la bonne efficacité démontrée dans cette étude et de l'importance devant être accordée à la continuité des mesures de placement, il est important de ne pas considérer l'éducation en foyer comme la solution de dernier recours pour les enfants/adolescents à problèmes, mais de définir et d'évaluer des critères d'indication au placement spécifiques dès l'enfance. A l'heure actuelle, on a l'impression que de nombreux mineurs restent trop longtemps dans des contextes éducatifs défavorables et ne sont placés que lors de/ suite à la puberté, lorsqu'ils se font remarquer en commettant des délits et/ou en

faisant l'école buissonnière. Le problème est qu'ils atteignent alors un âge où les mesures pédagogiques et les relations proposées par les intervenants sociopédagogiques leur parlent peu car ils privilégient davantage le contact aux pairs. Si des mineurs très affectés étaient placés adéquatement selon leurs besoins et en temps utile, il serait éventuellement possible de leur proposer un réseau relationnel sécurisé et constitué par les éducateurs sociaux pour expérimenter d'autres types d'attachement et leur transmettre des compétences relationnelles fondamentales qu'ils n'ont pas eu l'occasion de découvrir dans leurs milieux. Si l'on s'intéressait encore davantage au rôle joué par les autorités de placement, il serait intéressant d'étudier l'impact d'une plus forte participation au processus d'aide et à quoi cela ressemblerait concrètement. Il serait tout à fait envisageable de faire participer les autorités de placement à la définition des objectifs individuels, c'est pourquoi cette opportunité existe dans EQUALS. La question se pose ensuite de savoir quand il serait souhaitable que les services et les autorités de placement participent davantage, et comment cette participation doit s'organiser afin d'être perçue comme un soutien par tous les intervenants. Dans un deuxième temps, il serait très utile d'évaluer si une participation de l'autorité de placement contribue à une amélioration des effets de l'éducation en foyer, en comparaison aux institutions dans lesquelles les aides ne sont décidées que par l'établissement. Au vu de la réforme du droit des tutelles, il serait justement intéressant de savoir dans quelles mesures les nouveaux curateurs pourraient intervenir dans l'organisation et l'évaluation des mesures, et si on leur accorderait les ressources nécessaires.

#### **7.6.6 Recherche à l'interface de l'aide à l'enfance institutionnelle et l'exécution des mesures**

Les résultats portant sur le grand nombre de domaines problématiques auxquels sont confrontés les jeunes dans l'éducation en foyer prouvent encore une fois que cette dernière relève de prestations fournies par le réseau et ne peut pas uniquement avoir lieu à l'intérieur d'une institution. Les questions liées à une pratique fructueuse et à la qualité de processus institutionnels se situent souvent à l'interface entre l'éducation en foyer, les autres aides psychosociales et les systèmes de financement. Il serait intéressant d'étudier des modèles de réussite tirés de la collaboration entre les écoles et la promotion de prestations extrascolaire et sociopédagogique. En ce qui concerne l'intégration professionnelle des jeunes de foyer, les institutions sociopédagogiques se reposent quasiment exclusivement sur leurs propres expériences. Il est là une situation insoutenable compte tenu de l'importance de cette interface pour la vie future des jeunes et des coûts subséquents engendrés par une intégration professionnelle échouée. Il serait évidemment intéressant de faire des recherches sur l'organisation optimale de la collaboration entre le milieu pédopsychiatrique/psychothérapeutique et les institutions socio-éducatives, pour notamment connaître les effets des consultations pédopsychiatriques de proximité sur la satisfaction professionnelle des collaborateurs et sur la surcharge des équipes. D'autres questions importantes sont celles de savoir comment une consultation dans le milieu atteint une réussite optimale et quelles interventions pédopsychiatriques sont vécues comme particulièrement utiles.

De plus, l'interaction entre les aides ambulatoires et institutionnalisées est intéressante: la continuité du placement extra-familial pourrait-elle être améliorée grâce à un suivi ambulatoire intensif des parents ou grâce à un prolongement ambulatoire? Pour les enfants les plus jeunes et les adolescents ayant une chance de retour à domicile, la question de savoir s'il est possible de travailler avec les parents sur eux-mêmes de manière intensive est très importante. De nombreuses études confirment que l'éducation en foyer renforce certes les ressources des mineurs et réduit leurs problématiques,

mais que peu de choses changent en matière de facteurs de vulnérabilités familiaux et de capacités éducatives.

## **7.7 Durabilité du projet pilote pour l'éducation en foyer et l'exécution des mesures**

Ce n'est probablement pas uniquement en raison de l'évolution d'EQUALS que le projet pilote aura un effet durable à plusieurs niveaux. Pour la première fois, il a en effet été possible de confronter un large échantillon à des questions relatives à l'effet de l'intervention socio-éducative et aux procédures de dépistage psychiatrique chez les enfants et les adolescents.

### **7.7.1 Description épidémiologique représentative des jeunes dans l'éducation en foyer et les mesures institutionnelles comme base pour la planification des besoins**

Les résultats du projet pilote peuvent et doivent être utilisés pour la planification des besoins. Les résultats donnent diverses informations pour la planification des mesures et les procédures de placement au sein du système pédagogique: ils révèlent les domaines dans lesquels les jeunes ont particulièrement besoin de soutien et combien le travail interdisciplinaire entre les autorités et les services de placement, l'école, le monde professionnel, le milieu pédopsychiatrique/-psychothérapeutique (légal) et les familles soit impératif.

Des analyses relativement simples de cette base de données indiquent par exemple que chez les filles, on constate des problématiques psychiques plus importantes et des placements tardifs chez celles ayant un passé marqué par davantage de traumatismes. En outre, on découvre des différences en matière de processus de placement entre les jeunes autochtones et ceux issus de l'immigration. Le nombre élevé de jeunes pour lesquels de multiples placements extra-familiaux ont échoués laisse évidemment songeur. Il donne matière à réflexion et montre qu'il est nécessaire d'agir. L'analyse précise des facteurs de réussite et d'échec devrait servir à appréhender les causes et à remettre en question la façon dont on peut réagir, tant du côté des autorités de placement que dans la définition de l'offre.

Par ailleurs, il faudrait analyser précisément comment répondre aux enseignements tirés en matière de mauvais parcours pédagogiques, qui caractérisent les jeunes très traumatisés, ceux souffrant d'importantes problématiques psychiques et présentant de nombreux traits de personnalité psychopathique. Il conviendra également d'apporter des réponses aux enseignements tirés de la définition des offres pédagogique et pédopsychiatrique, et notamment en termes de prise en considération des problématiques spécifiques dans le choix et la définition de ces offres.

### **7.7.2 Sensibilisation du domaine aux problématiques psychosociale et psychique des jeunes placés**

L'un des effets essentiels observés au sein des institutions avec lesquelles nous avons maintenu un contact se situe dans une sensibilité accrue accordée au respect du bien-être psychique et à l'observation de la problématique psychique du mineur. Ceci grâce aux résultats et aux contacts étroits entretenus via les feed-backs des résultats du diagnostic approfondi dans de nombreuses institutions participantes. Les éducateurs spécialisés semblent réagir de façon plus sensible aux symptômes des maladies psychiques, ils les prennent en compte et ils sont nettement moins réticents

face aux questionnaires psychiatriques de dépistage et aux consultations pédopsychiatriques. De ce fait, il sera possible d'identifier en amont de nombreuses problématiques psychiques et, le cas échéant, de proposer et de fournir à temps des suivis pédopsychiatriques/psychothérapeutiques.

Globalement, MAZ. permettra de considérer tous les jeunes placés en institution en partie avec davantage de respect et d'un autre point de vue (les événements contraires qu'ils ont dû affronter par le passé, les immenses problématiques psychiques dont ils souffrent). Cela permettra de plus de mieux comprendre, non d'excuser, les comportements parfois inhabituels des jeunes.

### **7.7.3 Vers une utilisation des objectifs et des résultats plus marquée dans l'éducation en foyer**

Le travail avec l'outil de fixation et d'évaluation des objectifs ainsi que l'alimentation du débat autour de l'utilisation des résultats suscité par le projet pilote permettront probablement d'élargir la discussion sur l'établissement des objectifs. Plus précisément concernant les concepts, le choix des objectifs et leur application dans l'institution, pas seulement dans les foyers utilisant cet outil, mais aussi dans les institutions qui ne souhaitent pas travailler à long terme avec ce type d'instruments. Il n'est pas si simple de décrire avec des mots clairs ce que l'on fait chaque jour dans les institutions. Il s'agit là d'un problème clé de la pédagogie en foyer et de la prise en charge des enfants et des adolescents en général. Les résultats proviennent davantage des offres relationnelles spécifiques, de la manière dont on fait quelque chose et de l'intention avec laquelle on le fait, que de ce que l'on fait réellement au quotidien. Il serait souhaitable que cette discussion soit poursuivie tant au sein des institutions que dans les milieux spécialisés. L'utilisation plus marquée du travail sur les objectifs souligne qu'une bonne pédagogie en foyer peut et doit davantage être un encouragement ciblé et une planification de l'éducation infantile à moyen terme, et pas uniquement la mise en place d'une réussite quotidienne où l'on doit supporter les jeunes. Pour rendre la branche plus attractive, spécifiquement par rapport aux offres ambulatoires et en matière de conseils éducatifs, il serait probablement judicieux de réorienter le domaine de l'éducation en foyer comme spécialité dans l'aide au changement et l'encouragement. Le projet pilote pourrait bien contribuer à déclencher cela.

### **7.7.4 Des résultats probants soutenus par la recherche épidémiologique pour revaloriser l'éducation en foyer**

On peut espérer que les résultats montrant l'ampleur des problématiques et l'impact positif de l'éducation en foyer sur ceux-ci, mais aussi sur la société (à évaluer), réhaussent tout d'abord l'image du milieu, et qu'ils permettent ensuite de débloquer des fonds pour des aides très coûteuses. Les résultats réjouissants en matière d'évolution des problématiques, pourtant lourdes, soulignent ce qui est fait quotidiennement dans les foyers. Dans les foyers socio-éducatifs suisses, comme ailleurs, on observe pourtant de plus en plus un manque de spécialistes et il est difficile de retenir longtemps les bons employés, notamment les hommes. En dehors de la question de l'équité salariale, celle de l'image qu'a l'éducation en foyer en société se pose également. Il est donc important de reconsidérer cette profession. Il serait également très satisfaisant que les résultats du projet pilote contribuent d'une part à un meilleur respect de la société pour les prestations sociopédagogiques et, d'autre part, à faire reconnaître que cette prestation vaut son prix.

Les résultats concernant les problématiques psychosociales et psychiques des adolescents peuvent également contribuer à attirer l'attention sur le besoin d'assistance et de soutien des adolescents et

non pas exclusivement sur les problèmes sociaux qu'ils posent. En effet, il s'agit de rendre évident le fait que nombre de ces adolescents sont également victimes de leurs conditions de vie et de leur condition sociale. Malheureusement, et particulièrement chez les adolescents auteurs d'actes délinquants, on se concentre rapidement sur des notions de culpabilité et de repentir, et ils essuient très vite des reproches et une dévalorisation à leur encontre ou à celle de leur environnement d'origine. Si l'on considère les problématiques psychiques graves et multiples qui pèsent sur les familles, il est évident qu'elles sont nombreuses à être confrontées, et cela sur des générations, à des maladies psychiques et somatiques. Elles font face à de multiples coups durs et il ne s'agit en aucun cas d'un manque de motivation ou de volonté lorsqu'elles échouent en matière de tâches éducatives et d'intégration sociale.

Ces familles sont longtemps restées dans le besoin et souvent, elles manquaient de soutien social et d'une aide adaptée au moment adéquat pour poser les jalons d'un avenir familial plus confortable.

#### **7.7.5 La preuve que la recherche dans le cadre de l'éducation en foyer et de l'exécution des mesures institutionnelles est possible à plus large échelle**

Un des résultats les plus importants et sans doute le plus durable du projet pilote est que la preuve est qu'il est possible de réaliser des recherches dans le domaine de l'éducation en foyer, en gérant les difficultés en lien avec les barrières de la langue, et en rassemblant des données complètes avec les adolescents et les professionnels qui les encadrent. Cette forme de recherche est bénéfique pour tous les participants mais s'avère particulièrement coûteuse. Néanmoins, avec de la volonté, un peu d'expérience de la part de l'équipe de recherche et des ressources suffisantes, il est possible de réaliser de telles études. Ce résultat s'avère très important et porteur d'espoir, étant donné qu'il permet d'approfondir dans de futurs projets des pistes empiriques encore non étudiées à ce jour.

#### **7.7.6 La preuve qu'une assurance qualité continue dans l'aide à l'enfance et dans l'exécution de mesures est réalisable**

Les résultats du projet pilote indiquent clairement qu'il est possible de mettre en place une assurance qualité continue dans l'aide à l'enfance, tant sur le plan individuel pour chaque parcours pédagogique d'un patient que sur le plan institutionnel pour tous les jeunes d'une institution. La forme d'assurance qualité établie dans le projet MAZ prend en considération la situation initiale des jeunes et décrit leurs progrès de façon fiable et valide. Il est également possible d'examiner des patients très différents avec les mêmes instruments d'assurance qualité.

Dans les années à venir, les organismes de financement seront sans doute de plus en plus intéressés par une évaluation continue de la qualité des résultats aux niveaux individuel et institutionnel, ainsi que dans les domaines de la formation et de la sociopédagogie. Cela signifie que l'institution devrait démontrer au cas par cas l'évolution du patient et pouvoir justifier l'efficacité de l'offre dans son ensemble. Ceci pourrait être réalisé sous forme de rapports annuels, comme c'est fréquemment le cas médecine et psychiatrie, qui sont demandés avec de plus en plus de véhémence par les organismes de financement. Par conséquent, il serait donc très positif que les structures d'éducation en foyer agissent de manière proactive. Ceci en s'efforçant d'organiser et de mettre en place une assurance qualité continue avant que la pression politique et sociale n'augmente, et tant qu'il n'existe pas de procédures adaptées, fiables et suffisamment axées sur la pratique pour établir une assurance



qualité. S'il est possible de mettre en place une assurance qualité fondée sur les résultats, et d'appliquer les dispositions de l'art. 19 du droit pénal des mineurs dans la pédagogie quotidienne en réalisant des mesures de contrôle régulières, il convient alors d'y procéder. Il est possible que les organismes de financement demandent aux institutions, avec l'aide de procédures standardisées, de justifier la façon dont les jeunes débutent le placement et quels changements sont possibles en cours de mesure. En réalité, les institutions doivent avoir un intérêt propre à ce que le parcours soit décrit et géré via des procédures standardisées. D'une part pour documenter leurs réussites et décrire les ressources qui ont été nécessaires et, d'autre part, pour identifier à temps et au cas par cas les signes avant-coureurs d'un parcours négatif pour ainsi réagir de façon ciblée.

#### **7.7.7 Les instruments du projet pilote soulignent la nécessité d'un diagnostic standardisé au début d'une mesure**

Comme déjà mentionné, de nombreuses institutions ont décidé d'instaurer les procédures de tests dans leur pédagogie au quotidien. Suite à une discussion avec les institutions qui se sont prononcées contre une poursuite de l'utilisation de ces instruments, il a été mis en évidence qu'elles réfléchissent à la mise en œuvre de procédures de tests économiques et standardisées pour l'admission de nouveaux jeunes. En effet, ces procédures permettraient d'identifier dès le début de la mesure leurs besoins pédagogiques et éducatifs, ainsi que leur santé. La saisie standardisée utilisée dans le cadre du projet pilote nous a sensibilisé au fait qu'on passait à côté de quelque chose si l'on posait un simple diagnostic d'entrée. En instaurant des procédures d'enquête standardisées, on obtient des informations supplémentaires importantes qui permettent de relativiser et d'étayer les résultats cliniques du diagnostic. Grâce à l'expérience et aux connaissances issues du projet pilote, une partie des institutions tout au moins, analysera sa pratique en termes d'accueil et de diagnostic d'admission, et, le cas échéant, l'optimisera. L'idéal serait bien sûr qu'une partie de l'évaluation puisse avoir lieu durant le processus de placement et que les résultats puissent ainsi être utilisés pour harmoniser l'offre pédagogique aux besoins de l'enfant.

#### **7.7.8 Création d'une base de données durable qui peut refléter le changement dans la pratique de l'éducation en foyer (niveaux scientifique et politique en matière d'aide à l'enfance d'EQUALS)**

La création d'une base de données durable serait très intéressante pour tous les professionnels concernés, dans la mesure où il serait possible de documenter et d'analyser statistiquement le parcours annuel de quelques centaines de personnes. En effet, cette base de données permettrait de mettre en évidence les modifications en matière de procédures de placement, de lois ou encore de concepts pédagogiques. Sur le plan politique, il est par ailleurs judicieux de pouvoir prouver chaque année l'efficacité du système et de ne pas dépendre de diverses études réalisées singulièrement. Il s'agit ici plutôt de représenter en continu la situation actuelle des jeunes placés hors du foyer familial et de pouvoir réagir à leurs besoins. Ce genre de base de données permet également d'apporter des réponses aux questions politiques qui ne cessent d'émerger. Avec un tel outil, il sera possible d'introduire les instruments de saisie nécessaires dans le programme informatique pour répondre aux questions de façon spécifique, mais aussi de mener des entretiens complets et de qualité sur des questions spécifiques.

## 8 Conclusion

En matière d'éducation en foyer et d'exécution de mesures institutionnelles, les maladies psychiques représentent davantage la règle que l'exception. Il est donc primordial de prendre très au sérieux l'art. 9 du droit pénal des mineurs « *Exigence relative à une enquête exhaustive de la situation au début d'une mesure* », et de demander aux jeunes des explications complètes en amont. L'idéal serait de pouvoir procéder à un dépistage psychiatrique dès l'entame du processus de placement ou au plus tard à l'admission en foyer. En effet, ceci permettrait de planifier l'aide nécessaire en fonction de l'état psychique du jeune et de ses besoins pédagogiques. Tout comme les pédopsychiatres et les psychothérapeutes pour enfants et adolescents, les éducateurs sociaux doivent être adéquatement formés à la prise en charge dans les foyers des jeunes présentant d'importantes problématiques psychiques.

En résumé, la socio-pédagogie en foyer et en centre d'exécution des mesures est une réussite à plusieurs niveaux, et ceci sur l'ensemble du territoire helvétique. Les jeunes progressent très nettement au niveau de tous les objectifs fixés et atteignent également, dans plus de 80 % des cas, au moins l'un des objectifs établis avec leurs éducateurs référents. De plus, la problématique psychique des adolescents placés est réduite tant en auto- et qu'en hétéroévaluation, c'est-à-dire que les jeunes vont mieux également sur le plan psychique. Les tailles des effets pour les différents domaines d'évolution se situant entre ( $d = 0,20$  à plus de  $1,0$ ), les résultats obtenus sont supérieurs aux effets que l'on aurait pu attendre au regard des méta-analyses internationales (Hellinckx et Grietens, 2003). Aussi, à cause ou malgré une prise en charge de jeunes placés suite à un délit, les taux d'interruption dans des institutions socio-éducatives se situent en dessous de ceux observés en Allemagne et en Grande-Bretagne.

Cette qualité non négligeable de l'éducation suisse en foyer est assurément due à la reconnaissance des institutions par l'Office fédéral de la justice et à un échantillon relativement bon, en termes quantitatif et qualitatif, comparé au niveau international. Toutes les institutions participantes au projet pilote ont passé une procédure de reconnaissance et ont donc dû satisfaire à certains critères structurels (effectifs, qualifications) et qualitatifs en matière de processus (sanctions, gestion des crises et du non-respect des règles, etc.).

Justement, ce contrôle continu des institutions, ajouté à l'échange et aux discussions portant sur les concepts qui ont eu lieu entre les institutions, les services cantonaux et les spécialistes de l'Office fédéral de la justice, contribuent fortement, selon nos observations, aux standards élevés et à l'amélioration continue de la qualité de l'aide à l'enfance et de l'exécution des mesures en Suisse. Malgré le très haut niveau de ces domaines par rapport au reste du monde, les résultats du projet pilote ne doivent pas masquer le fait qu'un potentiel d'amélioration considérable demeure, et que les tailles des effets se cantonnent en moyenne à un niveau plutôt bas ou moyen. Il est probable qu'une marge de progression importante réside encore dans le fait de placer en temps utile un enfant dans une institution adaptée à ses besoins pédagogiques (Huwiler, 2006). Ce qui s'avère décisif pour un processus de placement réussi, c'est de parvenir à définir des objectifs réalistes avec le jeune et sa famille concernant son séjour, de les atteindre, mais également que tous les participants soutiennent la mesure ou du moins qu'ils l'acceptent comme une aide potentielle. En outre, en raison des très importantes problématiques psychiques dont souffrent les enfants, les adolescents et les jeunes adultes, on peut s'attendre à ce qu'une organisation plus efficace de la collaboration entre les offres en pédopsychiatrie/psychothérapie et les institutions socio-éducatives soit également bénéfique pour

les retombées de l'éducation en foyer (cf. Besier, Fegert et Goldbeck, 2009; Schmid et Fegert, 2012; Schmid, 2012; Lyons et Rogers, 2012).

A travers la description des problématiques des patients et les effets des mesures pédagogiques, le projet pilote pourrait démontrer la nécessité d'appliquer la recherche et l'assurance qualité dans la pédagogie quotidienne si elles représentent à la fois un avantage immédiat pour les spécialistes participants, mais aussi une invitation certaine pour les jeunes. Une des grandes réussites du projet pilote est celle d'être parvenus à construire une structure durable. Les institutions souhaitent y consolider la qualité de leurs résultats grâce à leur motivation, et mettre à disposition leurs données pour d'autres évaluations scientifiques et prises de positions politiques. La mise en place d'une base de données commune recensant les données d'une multitude d'institutions socio-pédagogiques relatives aux évaluations et aux déroulements des mesures représente un potentiel considérable sur le long terme pour de futures recherches. Elle permet aussi de rendre compte de ces changements dans la législation et les pratiques de placement, et de leurs répercussions sur l'affectation aux mesures institutionnelles. En outre, les travaux de recherche en seront simplifiés. Une base de données de cette envergure permettrait par exemple de modifier les concepts pédagogiques au sein d'une ou de plusieurs institutions et de les comparer à ceux d'un autre groupe contrôle adapté. Les études catamnestiques et les analyses coûts-bénéfices seront également un peu plus faciles à réaliser compte tenu du nombre de cas qui ne cesse d'augmenter.

Le projet MAZ. et les échanges avec les spécialistes ont permis d'identifier certains groupes de jeunes qui interrompent le plus souvent les mesures d'aides, qui atteignent plus rarement leurs objectifs et qui mettent au défi le système. Il s'agit notamment de jeunes souffrant d'importantes problématiques psychiques, de traumatismes complexes et présentant des troubles de la personnalité à traits psychopathiques en cours d'évolution. Il faut donc développer et évaluer des concepts de thérapie en milieu ouvert spécifiques, tant pour les filles que pour les garçons.

On manque notamment d'offres sociopédagogiques pour le placement à long terme des jeunes femmes adultes souffrant de problématiques psychiques particulièrement lourdes, et qui ressembleraient aux offres des centres de mesures pour jeunes hommes. Cela revêt une importance fondamentale dans la mesure où ce sont notamment les jeunes femmes qui échouent dans leurs tâches développementales après leur passage en foyer. Et il n'est pas rare que ces échecs aillent de pair avec des grossesses à risque, le chômage, des relations avec un partenaire violent, etc. A l'instar des offres pour les jeunes hommes adultes, la sociopédagogie, la formation et la psychothérapie devraient s'associer le plus étroitement possible. En raison des synergies escomptées, il semble judicieux d'annexer ces offres aux institutions existantes. Pour les filles, il faudra également s'attendre de plus en plus à des placements de droit civil.

Les résultats relatifs à l'évolution des mesures peuvent naturellement susciter des problèmes éthiques. Se pose ainsi la question de savoir si les institutions doivent à l'avenir refuser des jeunes en raison d'un certain profil qui compromettrait leur collaboration.

Il n'est certes pas de notre volonté que les résultats du projet pilote relatifs aux facteurs de prédiction de mauvais déroulement de mesures soient interprétés de façon à ce que les jeunes ne trouvent plus d'institutions s'ils présentent de tels paramètres. Les résultats doivent plutôt sensibiliser les institutions au fait que les jeunes ont besoin d'un accès spécifique à la socio-pédagogie. Elles doivent pour cela commencer à développer de nouveaux concepts pédagogiques pour ce type de patients. Nous espérons que la description détaillée des besoins pédagogiques de ces groupes hautement vulnérables, et que l'échange entre spécialistes sur ce sujet serviront à développer des concepts

pédagogiques et thérapeutiques novateurs. Des concepts qui pourront ensuite être appliqués dans le cadre de projets pilotes, et évalués afin qu'émergent à moyen terme des concepts adaptés à ces jeunes particulièrement en danger, ceci pour leur permettre une intégration réussie dans la société.

## 9 Remerciements

Nous adressons nos remerciements à l'Office fédéral de la justice et à la commission pour les projets pilotes pour la confiance accordée et pour le soutien financier du projet pilote. La collaboration avec l'Office fédéral de la justice a toujours été stimulante, en particulier avec Monsieur Walter Troxler et Madame Natascha Mathis, dont le soutien constant pour le projet nous a également beaucoup aidés, également durant les étapes difficiles de la mise en œuvre. Le fait que chaque problème puisse être discuté et solutionné de manière simple a été très utile. La collaboration avec Madame Cléménçon, prédécesseure de Madame Mathis, a également été très appréciée et très utile au début du projet pilote. C'est pourquoi nous souhaitons ici lui adresser nos remerciements. Nos interlocuteurs à l'Office fédéral de la justice étaient toujours à l'écoute et nous avons reçu toutes les informations requises très rapidement.

Nous remercions également Madame Esther Beyeler-Mattle et Monsieur Dieter Bongers, les deux collaborateurs de la commission qui ont accompagné le projet pilote, ainsi que les groupes conseils du projet pilote en Suisse alémanique et en Suisse romande. Le projet a beaucoup profité du «Club of Home» qui a accompagné le projet en tant que participant au groupe conseil, en particulier de l'idée d'associer une enquête qualitative supplémentaire aux données MAZ.. Nos remerciements particuliers vont aussi à Madame Mirjam Aebischer, qui grâce à sa participation au groupe conseil et en tant que directrice d'Integras a énormément contribué à ce que le projet EQUALS puisse naître et ainsi assurer la continuité du projet pilote.

Pour atteindre une telle qualité d'étude, il était essentiel qu'autant de directeurs d'institutions soutiennent le projet, qu'ils impliquent leurs collaborateurs dans l'évaluation de leur travail et qu'ils soient prêts à se laisser "examiner à la loupe". Cela ne va pas de soi, c'est pourquoi nous nous devons de remercier les 64 directeurs d'institutions.

Nous adressons finalement nos remerciements chaleureux aux 592 jeunes et à leurs éducateurs sociaux qui nous ont permis de réaliser cette étude grâce à leur participation et au temps investi. Nous espérons réellement que les résultats pourront contribuer à moyen terme à ce que les situations de travail et de vie dans les foyers et les centres de mesures puissent être améliorées encore davantage.

## 10 Bibliographie

- Aarons, G. A., James, S., Monn, A. R., Raghavan, R., Wells, R. S., Leslie, L. K. (2010). Behavior problems and placement change in a national child welfare sample: a prospective study. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 49(1), 70-80.
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101(2), 213-232.
- Aebbersold, P. (2007). *Kriminologie 1: Kriminalitätstheorien*. Bern.
- Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe. (2011). *Fachkräftemangel in der Kinder- und Jugendhilfe. Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe AGJ*. Berlin: Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe AGJ.
- Bastine, R. (1992). *Klinische Psychologie. Aufl. 2. Klinische Psychodiagnostik, Prävention, Gesundheitspsychologie, Psychotherapie, Psychosoziale Intervention*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bastine, R. (1992). Psychotherapie. In R. Bastine (Hrsg.), *Klinische Psychologie. Aufl. 2. Klinische Psychodiagnostik, Prävention, Gesundheitspsychologie, Psychotherapie, Psychosoziale Intervention* (S. 179-301). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bastine, R. (2012). Komorbidität: Ein Anachronismus und eine Herausforderung für die Psychotherapie. In P. Fiedler (Hrsg.), *Die Zukunft der Psychotherapie. Wann ist endlich Schluss mit der Konkurrenz?* (S. 13-25). Berlin: Springer.
- Bastine, R. H. E. (2005). Ätiologie und Pathogenese. In F. Petermann H. Reinecker (Eds.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie* (Aufl. 1, S. 236-246). Göttingen: Hogrefe.
- Bastine, R. H. E. (2005). Differenzialätiologie und Differenzialdiagnose. In F. Petermann H. Reinecker (Eds.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie* (S. 271-280). Göttingen: Hogrefe.
- Baur, D., Finkel, M., Hamberger, M., Kühn, A. D. (1998). *Leistungen und Grenzen der Heimerziehung. Ergebnisse einer Evaluationsstudie stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen* (Aufl. 170). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bausum, J. (2009). Ressourcen der Gruppe zur Selbstbemächtigung. "Ich bin und ich brauche euch". In J. Bausum, L. Besser, M. Kühn, W. Weiss (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (S. 179-187). Weinheim: Juventa.
- Beck, N., Warnke, A. (2009). Jugendhilfebedarf nach stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37(1), 57-67.
- Besier, T., Fegert, J. M., Goldbeck, L. (2009). Evaluation of psychiatric liaison-services for adolescents in residential group homes. *European Psychiatry*, 24(7), 483-489.
- Binnendijk, T. R. W. (2004). Entwicklungen in der Jugendhilfe in den Niederlanden. In S. Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz (Hrsg.), *Heimerziehung in Europa - Lernen aus der Differenz. Europäische Fachtagung am 24. und 25. November 2003 in der Alten Patrone in Mainz. Zusammenfassung der Vorträge* (S. 61-65). Mainz: Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz.

- Boroske-Leiner, K., Hofmann, A., Sack, M. (2008). Ergebnisse zur internen und externen Validität des Interviews zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (I-kPTBS). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58(5), 192-199.
- Bullock, R.; Little, M.; Millham, S. (1993): *Residential Care for Children. A Review of the Research*. London.
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2010). *Nationale Versorgungsleitlinie Depression*. Berlin: Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK).
- Caspar, F., Herpertz, S., Mundt, C. (2008). Was ist eine psychische Störung? In S. Herpertz, F. Caspar, C. Mundt (Eds.), *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 3-32). München: Elsevier.
- Cauffman, E. (2004). A statewide screening of mental health symptoms among juvenile offenders in detention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(4), 430-439.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. V., Pynoos, R., Wang, J., et al. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408.
- Colins, O., Vermeiren, R., Vahl, P., Markus, M., Broekaert, E., Doreleijers, T. (2011). Psychiatric disorder in detained male adolescents as risk factor for serious recidivism. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(1), 44-50.
- Colins, O., Grisso, T., Schmid, M., Sabatello, U., Guy, L., Vermeiren, R. (2011). Unpublished Grant proposal: International Forensic Screening and Assessment Network for Adolescents. [www.inforsana.eu](http://www.inforsana.eu)
- Colla, H. E. (1999). Suizidales Verhalten junger Menschen - eine nicht wahrgenommene Aufgabe in der Heimerziehung. In H. Colla, T. Gabriel, S. Millham, S. Müller-Teusler, M. Winkler (Hrsg.), *Handbuch Heimerziehung und Pflegekinderwesen in Europa*. Neuwied: Luchterhand.
- Conen, M. L. (2007). Schwer zu erreichende Eltern - ein systemischer Ansatz der Elternarbeit in der Heimerziehung. In H. G. Homfeldt, J. Schulze-Krüdener (Hrsg.), *Elternarbeit in der Heimerziehung* (S. 61-77). Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 577-584.
- Copeland, W. E., Miller-Johnson, S., Keeler, G., Angold, A., Costello, E. J. (2007). Childhood psychiatric disorders and young adult crime: a prospective, population-based study. *The American Journal of Psychiatry*, 164(11), 1668-1675.
- Crosby Ouimette, P., Brown, P. J., Najavits, L. M. (1998). Course and treatment of patients with both substance use and posttraumatic stress disorders. *Addictive Behaviors*, 23(6), 785-796.
- Dammann, G. (2007). Für eine "Neue Sozialpsychiatrie": Aktuelle Brennpunkte und Entwicklungslinien der psychiatrischen Versorgung im Spannungsfeld von integrativen und gesundheitsökonomischen Perspektiven. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 75(10), 593-606.
- Delesse, G. (2004). Heimerziehung im Rahmen des Kinderschutzes. In Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz (Hrsg.), *Heimerziehung in Europa -Lernen aus der Differenz. Europäische Fachtagung am 24. und 25. November 2003 in der Alten*

- Patrone in Mainz. Zusammenfassung der Vorträge* (S. 49-60). Mainz: Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz.
- Delmo, C., Weiffenbach, O., Gabriel, M., Stadler, C., Poustka, F. (2005). *Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL). 5. Auflage der deutschen Forschungsversion, erweitert um ICD-10-Diagnostik, Juli 2000/Juli 2001*. Frankfurt am Main: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters.
- Deutsches Statistisches Bundesamt. (2006). *Inobhutnahmen fast unverändert*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, Statistischer Informationsservice.
- Doreleijers, T. A. H., Bijl, B., van der Veldt, M. C., van Loosbroek, E. (1999). *BARO Standaardisering en Protocollering, Basisonderzoek Strafzaken. Raas voor de Kinderbescherming*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam, Netherlands Instituut voor Zorg en Welzijn.
- Doreleijers, T. A. H., Jäger, M., van Wijk, A., Bullens, R. A. R. (2005). *Screening und Diagnostik bei jugendlichen Sexualstraftätern in den Niederlanden*. Stuttgart: Schattauer.
- Doreleijers, T. A. H., Moser, F., Thijs, P., van Engeland, H., Beyaert, F. H. (2000). Forensic assessment of juvenile delinquents: prevalence of psychopathology and decision-making at court in the netherlands. *Journal of Adolescence*, 23(3), 263-275.
- Esser, G., Wyszkon, A., Schmidt, M. H., Blanz, B., Ihle, W. (2008). Ein Entwicklungsmodell des Substanzmissbrauchs im frühen Erwachsenenalter. *Kindheit und Entwicklung*, 17(1), 31-45.
- Fazel, S., Doll, H., Langstrom, N. (2008). Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: a systematic review and metaregression analysis of 25 surveys. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 47(9), 1010-1019.
- Fergusson, D. M., Woodward, L. J., Horwood, L. J. (1999). Childhood peer relationship problems and young people's involvement with deviant peers in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27(5), 357-369.
- Fergusson, D. M., Swain-Campbell, N. R., Horwood, L. (2002). Deviant peer affiliations, crime and substance use: A fixed effects regression analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(4), 419-430.
- Fiedler, K. (2012). *Die Zukunft der Psychotherapie - Wann ist endlich Schluss mit der Konkurrenz?* Berlin: Springer.
- Fiedler, P. (2006). Psychotherapie in der Entwicklung. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 38(2), 269-282.
- Frey, F. (2008). *Chancen und Grenzen von Wirkungsorientierung in den Hilfen zur Erziehung*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts Verlag.
- Frölich, J., Lehmkuhl, G. (2006). Epidemiologie und pathogenetische Aspekte von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit bei ADHS. *SUCHT - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 52(6), 367-375.
- Gabriel, T., Keller, S., Studer, T. (2007). *Wirkungen erzieherischer Hilfen - Metaanalyse ausgewählter Studien* (Aufl. 03). Münster: ISA Planung und Entwicklung GmbH.
- Gouzoulis-Mayfrank, E., Schweiger, , Sipos, V. (2008). Komorbide Störungen. In S. Herpertz, F. Caspar C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 657-677). München: Urban Fischer.
- Grisso, T. (2004). *Double Jeopardy*. New York: Guilford.



- Gsellhofer, B., Kuefner, H., Vogt, M., Weiler, D. (1999). *EuropASI. European Addiction Severity Index - deutsche Bearbeitung. European Addiction Severity Index (Testmappe mit "Manual für Training und Durchführung" sowie Interviewleitfaden)* (5. Aufl.) Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren.
- Guchereau, M., Jourkiv, O., Zametkin, A. (2009). Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: posttraumatic stress disorder is overlooked. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 48(3), 340; author reply 340-341.
- Gutschner, D. (2001). Das Screeninginstrument BARO für sozial auffällige Jugendliche. *Berner Schriftenreihe zur Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 1, 69-83.
- Gutschner, D., Doreleijers, T. (2004). Erstbeurteilung jugendlicher Straftäter: Das Screeninginstrument BARO ch. *Nervenheilkunde: Zeitschrift für interdisziplinäre Fortbildung*, 23(6), 326-331.
- Gutschner, D., Kobel, B., Hug, C., Doreleijers, T., Schmeck, K., Fegert, J. M. (2006). BARO - Screeninginstrument zur Erstbeurteilung von jugendlichen Straftätern. *Zeitschrift für Jugendkriminalität und Jugendhilfe*(2), 133-139.
- Gutschner, D., Niklaus, P., Jäggi, S. (2007). *Handbuch- BARO (Basis Raads Onderzoeg) P-BARO (Pädagogen-BARO) Screeninginstrument zur Erstbeurteilung von jugendlichen Straftätern S-BARO Sexualmodul zum Screeningsinstrument BARO. Zugriff: [http://www.ifS.at/cms/images/stories/baro/handbuch\\_baro\\_october\\_2007.pdf](http://www.ifS.at/cms/images/stories/baro/handbuch_baro_october_2007.pdf).*
- Habetha, S., Bleich, S., Sievers, C., Marschall, , Weidenhammer, J., Fegert, J. M. (2012). *Kein Kind mehr - kein(e) Trauma(kosten) mehr?* Kiel: Schmidt Klaunig.
- Handwerk, M. L., Larzelere, R. E., Soper, S. H., Friman, P. C. (1999). Parent and child discrepancies in reporting severity of problem behaviors in three out-of-home settings. *Psychological Assessment*, 11(1), 14-23.
- Haydon, D. (2003). *Teenage pregnancy and looked after children care leavers. Resource for teenage pregnancy co-ordinators.*
- Hebborn-Brass, U. (1991). *Verhaltensgestörte Kinder im Heim. Eine empirische Längsschnittuntersuchung zu Indikation und Erfolg.* Freiburg: Lambertus.
- Hellinckx, W., Grietens, H. (2003). Effekte der stationären Unterbringung jugendlicher Straftäter - eine kritische Übersicht der meta-evaluierten Studien. In T. Gabriel M. Winkler (Hrsg.), *Heimerziehung - Kontexte und Perspektiven* (S. 196-212). Basel/München: Reinhardt.
- Herpertz, S., Caspar, F., Mundt, C. (2008). *Störungsorientierte Psychotherapie.* München: Urban Fischer.
- Hinrichs, G. (2009). Suchtstörung und Delinquenz. In R. Thomasius, M. Schulte-Markwort, J. Küstner P. Riedesser (Hrsg.), *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis* (S. 87-94). Stuttgart: Schattauer.
- Horwitz McCue, S., Hurlburt, M. S., Cohen, S. D., Zhang, J., Landsverk, J. (2011). Predictors of placement for children who initially remained in their homes after an investigation for abuse or neglect. *Child Abuse Neglect*, 35(3), 188-198.
- Huwiler, K. (2006). Pflegefamilien- und Heimaufenthalte stellen hohe Ansprüche an die platzierenden Fachleute. *Soziale Sicherheit CHSS*(5), 255-259.

- Jacobi, F., Wittchen, H., Holting, C., Hofler, M., Pfister, H., Muller, N., et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34(4), 597-611.
- Jehle, J.-M. (2004). Die deutsche Rückfallstatistik - Konzeption und Ertrag. In W. Heinz, J.-M. Jehle (Hrsg.), *Kriminologie und Praxis. Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle e.V. - Rückfallforschung. Bd. 45* (S. 145 - 171). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle e.V.
- Johnson, J. G., Chen, H., Cohen, P. (2004). Personality disorder traits during adolescence and relationships with family members during the transition to adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 923-932.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Chen, H., Kasen, S., Brook, J. S. (2006). Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 579-587.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie* (5 Hrsg.). Heidelberg: Springer.
- Kölch, M., Wolff, M., Fegert, J. M. (2007). Teilhabebeeinträchtigung - Möglichkeiten der Standardisierung im Verfahren nach §35a SGBVIII. *Das Jugendamt* (1), 1-8.
- Kölch, M., Kliemann, A., Bleich, S., Rau, T., Henn, K., Eschelbach, D., et al. (2011). *Wissenschaftliche Begutachtung von ausgewählten Fragestellungen zum Hintergrundkontext des Projekts "Arbeitsbündnis Jugend Beruf"*. Ulm: Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie.
- Kölch, M., Fegert, J. M. (2012). Integration in Ausbildung und Beruf bei psychischen Störungen. In M. Schmid, M. Tetzler, K. Rensch, S. Schlüter-Müller (Eds.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (pp. 473-485). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lachner, G., u. Wittchen, H. U. (1997). Mechanismen der familiären Übertragung von Alkoholabhängigkeit und Alkoholabusus. In H. Watzl, B. Rockstroh (Eds.), *Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen* (pp. 43-91). Göttingen: Hogrefe.
- Lattschar, B., Wiemann, I. (2011). *Mädchen und Jungen entdecken ihre Geschichte*. Weinheim: Juventa.
- Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M. H. (2000). Externalisierende und internalisierende Störungen in der Kindheit: Untersuchungen zur Entwicklungspsychopathologie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 29(4), 284-292.
- Laucht, M., Schmidt, M. H. (2004). Mütterliches Rauchen in der Schwangerschaft: Risikofaktor für eine ADHS des Kindes? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 32(3), 177-185.
- Laucht, M., Schmid, B. (2007). Früher Einstieg in den Alkohol- und Tabakkonsum - Indikator für eine erhöhte Suchtgefährdung? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 35(2), 137-143.
- Lempp, R. (1984). Kinder- und Jugendpsychiatrie: Gegenwart und Entwicklung. In R. Lempp, A. Veltin (Eds.), *"Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine Bestandsaufnahme" Tagung am 18. und 19.10.1984 in Bonn* (Vol. 12). Bonn: Aktion Psychisch Kranke e.V.

- Loeber, R., Green, S. M., Keenan, K., Lahey, B. B. (1995). Which boys will fare worse? Early predictors of the onset of conduct disorder in a six-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(4), 499-509.
- Lüders, C., Haubrich, K. (2006). Wirkungsevaluation in der Kinder- und Jugendhilfe: Über hohe Erwartungen, fachliche Erfordernisse und konzeptionelle Antworten. In Projekt eXe (Hrsg.), *Wirkungsevaluation in der Kinder- und Jugendhilfe. Einblicke in die Evaluationspraxis* (S. 5-23). München: Deutsches Jugendinstitut.e.V.
- Lyons, J. S., Rogers, L. (2004). The S. child welfare system: a de facto public behavioral health care system. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 43(8), 971-973.
- Macsenaere, M., Knab, E. (2004). *Evaluationsstudie erzieherischer Hilfen (EVAS). Eine Einführung*. Freiburg: Lambertus.
- Martin, M. (2002). Fremdunterbringung. In G. Esser (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (S. 536-544). Stuttgart: Thieme.
- Mattejat, F., Jungmann, J., Meusers, M., Moik, C., Nolkel, P., Schaff, C., et al. (1998). Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) - Eine Pilotstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 26(3), 174-182.
- Mattejat, F., Remschmidt, H. (1998). Zur Erfassung der Lebensqualität bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen - Eine Übersicht. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 26(3), 183-196.
- Mattejat, F., Simon, B., König, U., Quaschner, K., Barchewitz, C., Felbel, D., et al. (2003). Lebensqualität bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen - Ergebnisse der ersten multizentrischen Studie mit dem Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 31(4), 293-303.
- Mattejat, F., Remschmidt, H. (2006). *ILK Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Mayring, P. (1999). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (4. Auflage). Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Melartin, T. K., Rytala, H. J., Leskela, S., Lestela-Mielonen, P. S., Sokero, T., Isometsa, E. T. (2002). Current comorbidity of psychiatric disorders among DSM-IV major depressive disorder patients in psychiatric care in the Vantaa Depression Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(2), 126-134.
- Merchel, J. (2005). Was hat die Qualitätsdebatte in der Jugendhilfe gebracht? *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit: Vierteljahresheft zur Förderung von Sozial-, Jugend- und Gesundheitshilfe*, 36, 38-59.
- Mount, J., Lister, A., Bennun, I. (2004). Identifying the Mental Health Needs of Looked After Young People. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(3), 363-382.
- Müller, D., Rossi, D. (2009). Rückfall nach Massnahmenvollzug. Eine Studie zur Rückfälligkeit von jungen Erwachsenen aus den Massnahmenzentren Arxhof und Uitikon. Zugriff <http://www.baselland.ch/fileadmin/baselland/files/docs/jpd/arxhof/rueckfallstudie.pdf>

- Nickolai, W., Reindl, R. (2001). *Sozialer Ausschluss durch Einschluss: Strafvollzug und Straffälligenhilfe zwischen Restriktion und Resozialisierung*. Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Nickolai, W., Wichmann, C. (2007). *Jugendhilfe und Justiz. Gesucht: Bessere Antworten auf Jugendkriminalität*. Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Nübling, R., Reisch, M., Raymann, T. (2006). Zur psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Baden-Württemberg. *Psychotherapeutenjournal*(3), 247-257.
- Opp, G., Unger, N. (2006). *Kinder stärken Kinder. Positive Peer Culture in der Praxis*. Hamburg: Körber edition.
- Pérez, T., Schmid, M. (2012). Störungen des Sozialverhaltens. In A. Grob P. Hagemann-von Arx (Hrsg.), *Fallbuch IDS. Die Intelligence and Development Scales in der Praxis* (S. 149-164). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F., Kusch, M., Niebank, K. (1998). *Entwicklungspsychopathologie. Ein Lehrbuch*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, F., Schmidt, M. H., Suing, M. (2012). *KANN Kompetenzanalyseverfahren. Fremdbeurteilung beobachtbarer personaler Ressourcen bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Pitzer, M., Esser, G., Schmidt, M. H., Laucht, M. (2010). Early predictors of antisocial developmental pathways among boys and girls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(1), 52-64.
- Polnay, L., Glaser, A. W., Dewhurst, T. (1997). Children in residential care; what cost? *Archives of Disease in Childhood*, 77(5), 394-395.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kinder und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 871-878.
- Richardson, J., Joughin, C. (2002). *The Mental Health Needs of Looked After Children*. London. Gaskell.
- Rogers, C. R. (1987). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Hrsg.), *Psychology: A study of science* (3 Hrsg., S. 184-255). New York: McGraw-Hill.
- Roos, K., Petermann, F. (2006). Kosten-Nutzen-Analyse der Heimerziehung. *Kindheit und Entwicklung*, 15(1), 45-54.
- Rubin, D. M., Alessandrini, E. A., Feudtner, C., Localio, A. R., Hadley, T. (2004). Placement changes and emergency department visits in the first year of foster care. *Pediatrics*, 114(3), e354-360.
- Rubin, D. M., Alessandrini, E. A., Feudtner, C., Mandell, D. S., Localio, A. R., Hadley, T. (2004). Placement stability and mental health costs for children in foster care. *Pediatrics*, 113(5), 1336-1341.
- Ryan, J. P., Testa, M. F. (2005). Child maltreatment and juvenile delinquency: Investigating the role of placement and placement instability. *Children and Youth Services Review*, 27(3), 227-249.
- Ryan, T., Walker, R. (1997). *Wo gehöre ich hin? Biographiearbeit mit Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Beltz.

- Sack, P.-M., Krueger, A. (2009). Störungsspezifische diagnostische Verfahren. In R. Thomasius, M. Schulte-Markwort, J. Küstner P. Riedesser (Hrsg.), *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis* (S. 192-204). Stuttgart: Schattauer.
- Sass, H., American Psychiatric Association (APA). (2003). *Diagnostische Kriterien des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Schay, P., Liefke, I. (2009). Sucht als Ursache oder Folge von Traumatisierungen *Sucht und Trauma* (S. 39-49). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schepker, R., Barnow, S., Fegert, J. (2009). *Suchtstörungen im Jugend- und jungem Erwachsenenalter*. In J. Fegert, A. Streek-Fischer H. J. Freyberger (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz des jungen Erwachsenenalters* (S. 188-202). Stuttgart: Schattauer.
- Schmeck, K., Poustka, F., Dopfner, M., Pluck, J., Berner, W., Lehmkuhl, G., et al. (2001). Discriminant validity of the child behaviour checklist CBCL-4/18 in German samples. *European Child Adolescent Psychiatry*, 10(4), 240-247.
- Schmid, M. (2007). *Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe*. Weinheim: Juventa.
- Schmid, M. (2008). Children and Adolescents in German Youth Welfare Institutions - A Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy Perspective. *European Psychiatric Review*, 1(2), 10-12.
- Schmid, M. (2008). Entwicklungspsychopathologische Grundlagen einer Traumapädagogik. *Trauma Gewalt*, 2(4), 288-309.
- Schmid, M. (2008). Psychische Belastung und aggressives Verhalten an Schulen für Erziehungshilfe. In Evangelischer ErziehungsverAufl. e.V. (EREV) (Hrsg.), *Schule für Erziehungshilfe: "Vielfalt statt Einfalt". DIE Chance für das förderungsbefürftige Kind. Schriftenreihe 3/2008* (Aufl. 49, S. 13-20). Hannover: SchöneworthVerlag.
- Schmid, M. (2010). Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe: "Traumasensibilität" und "Traumapädagogik". In J. M. Fegert, Ziegenhain L. Goldbeck (Hrsg.), *Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung* (S. 36-60). Weinheim: Juventa.
- Schmid, M. (2010). Psychisch belastete Heimkinder - eine besondere Herausforderung für die Schnittstelle zwischen Klinischer Sozialarbeit und Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie. In S. B. Gahleitner G. Hahn (Hrsg.), *Gefährdete Kindheit - Risiko, Resilienz und Hilfen. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 3* (S. 113-121). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Schmid, M., Lang, B., Gahleitner, S. B., Weiss, W., Kühn, M. (2010). Trauma - ein psychosoziales Geschehen: Die Bedeutung traumapädagogischer Konzepte für die stationäre Kinder- und Jugendhilfe. In S. B. Gahleitner G. Hahn (Hrsg.), *Gefährdete Kindheit - Risiko, Resilienz und Hilfen. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 3* (S. 238-249). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Schmid, M. (2012). Psychotherapie von Traumafolgestörungen im Kontext der stationären Jugendhilfe. In M. A. Landolt T. Hensel (Hrsg.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen* (2 Hrsg., S. 404-440). Göttingen: Hogrefe.

- Schmid, M., Tetzer, M., Rensch, K., Schlüter-Müller, S. (Hrsg.). (2012). *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmid, M., Fegert, J. M. (2012). Fremdplatzierte Kinder in Pflegefamilien und stationärer Jugendhilfe. In C. Eggers, J. M. Fegert F. Resch (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (S. 63-74). Heidelberg: Springer.
- Schmid, M., Di Bella, N. (2012). Sozialpädagogische Begleitung von Kindern und Jugendlichen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in (teil-)stationären Settings. In M. Schmid, M. Tetzer, K. Rensch S. Schlüter-Müller (Hrsg.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S. 278-293). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmid, M., Lang, B. (2012). Was ist das Innovative und Neue an einer Traumapädagogik? In M. Schmid, M. Tetzer, K. Rensch S. Schlüter-Müller (Hrsg.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S. 337-351). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmidt, M. H., Ihle, W., Esser, G., Lay, B. (2002). Entwicklung und Persistenz von Hell- und Dunkelfelddelinquenz im Jugend- und frühen Erwachsenenalter. *Kindheit und Entwicklung*, 11(4), 212-220.
- Schmidt, M. H., Petermann, F., Macsenaere, M., Knab, E., Schneider, K., Hölzl, H., et al. (2002). *Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe* (Aufl. 219). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schoch, J. (1989). *Heimerziehung als Durchgangsbberuf? Eine theoretische und empirische Studie zur Personalfuktuation in der Heimerziehung*. Weinheim: Juventa.
- Schulte-Markwort, M., Marutt, K., Riedesser, P. (Hrsg.). (2002). *Cross-Walk ICD-10 – DSM IV. Klassifikation psychischer Störungen: eine Synopsis*. Bern. Hans Huber.
- Scott, S., Knapp, M., Henderson, J., Maughan, B. (2001). Financial cost of social exclusion: Follow up study of antisocial children into adulthood. *BMJ: British Medical Journal*, 323(7306), 191.
- Sierwald, W., Wolff, M. (2008). Beteiligung in der Heimerziehung - Sichtweisen von Jugendlichen und Perspektiven für die Praxis, *Kinderschutz, Kinderrechte, Beteiligung. Dokumentation der Tagung vom 15.-16.11.2007 in Berlin* (S. 160-175): Sozialpädagogisches Institut im SOS-Kinderdorf e.V.
- Singer, H., Prestel, A., Keller, F., Kölch, M., Fegert, J. M. (2007). *Handanweisung zum Zielerreichungsinstrument*. Unveröffentlichtes Manuskript, Ulm.
- Steinhausen, H.-C., Winkler Metzke, C., Kannenberg, R. (1996). *Handbuch: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Zürcher Ergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL)*. Zürich: Psychiatrische Universitäts-Poliklinik für Kinder und Jugendliche.
- Steinhausen, H. C., Winkler Metzke, C., Meier, M., Kannenberg, R. (1997). Behavioral and emotional problems reported by parents for ages 6 to 17 in a Swiss epidemiological study. *European Child Adolescent Psychiatry*, 6(3), 136-141.
- Stierlin, H. (19875). *Von der Psychoanalyse zur Familientherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Storz, R. (2007). *Zur Entwicklung der Jugendkriminalität. Jugendstrafurteile von 1946 bis 2004*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).

- Swenson, C. C., Schaeffer, C. M., Henggeler, S. W., Faldowski, R., Mayhew, A. M. (2010). Multisystemic therapy for child abuse and neglect: A randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology, 24*(4), 497-507.
- Thoburn, J. (2007). *Globalisation and child welfare: some lessons from a cross-national study of children in out-of-home care*. Norwich: School of Social Work and Psychosocial Sciences.
- Toprak, A., Alshut, M., El-Mafaalani, A. (2012). Konfrontative Pädagogik - Eine Methode für den Umgang mit muslimischen Jugendlichen. In D. D. A. f. J.- E. e.V.) (Hrsg.), *Zumutungen und Ermutigungen. Aktuelle Herausforderungen und zeitgemässe Konzepte in der psychologischen Beratung von Kindern und Familien*. München: DAJEB (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e.V.).
- Toprak, A., El-Mafaalani, A. (2012). Eine Frage der Männlichkeit. Duelle bei muslimischen Jugendlichen in Deutschland. In Ludwig, B. Krug-Richter G. Schwerhoff (Hrsg.), *Das Duell. Ehrenkämpfe vom Mittelalter bis in die Moderne* (S. 49-61). Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
- Toprak, A., El-Mafaalani, A. (2012). Migrationssensible Wahrnehmung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung - insbesondere in Familien mit türkisch-muslimischen Hintergrund. In R. Schone W. Tenhaken (Hrsg.), *Kinderschutz in Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe* (S. 227-250). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Tornow, H. (2009). *Wirkungsorientierte Vereinbarungen in Rostock* (Aufl. 08). Münster: ISA Planung und Entwicklung GmbH.
- Turner, A. P., Larimer, M. E., Sarason, I. G., Trupin, E. W. (2005). Identifying a negative mood subtype in incarcerated adolescents: relationship to substance use. *Addictive Behaviors, 30*(7), 1442-1448.
- van der Ende, J., Verhulst, F. C. (2005). Informant, gender and age differences in ratings of adolescent problem behaviour. *European Child Adolescent Psychiatry, 14*(3), 117-126.
- Verhulst, F. C., van der Ende, J. (1992). Agreement between parents' reports and adolescents' self-reports of problem behavior. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines, 33*(6), 1011-1023.
- Viner, R. M., Taylor, B. (2005). Adult health and social outcomes of children who have been in public care: population-based study. *Pediatrics, 115*(4), 894-899.
- Voll, P. (2006). Wenn Kinder mit Behörden gross werden - Probleme und Prozesse im zivilrechtlichen Kinderschutz. *Soziale Sicherheit CHSS*(5), 242-248.
- Voll, P., Jud, A., Mey, E., Häfeli, C., Stettler, M. (2008). *Zivilrechtlicher Kinderschutz: Akteure, Strukturen, Prozesse: Eine empirische Studie mit Kommetaren aus der Praxis*. Luzern: interact Verlag für Soziales und Kulturelles.
- Weichold, K. (2009). Epidemiologie des Substanzkonsums im Jugendalter. In R. Thomasius, M. Schulte-Markwort, J. Küstner P. Riedesser (Hrsg.), *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis* (S. 21-33). Stuttgart: Schattauer.
- Weltgesundheitsorganisation (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien (5., durchgesehene und ergänzte Auflage)*. Bern. Huber.

- Winokur, M., Holtan, A., Valentine, D. (2009). Kinship care for the safety, permanency, and well-being of children removed from the home for maltreatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1), CD006546.
- Wittchen, H. , Hoyer, J. (2006). *Klinische Psychologie Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Wolf, K. (2007). *Metaanalyse von Fallstudien erzieherischer Hilfen hinsichtlich von Wirkungen und "wirkmächtigen" Faktoren aus Nutzersicht* (Vol. 04). Münster: ISA Planung und Entwicklung GmbH.
- Wolff, M., T., Plück, J., Hautmann, C. (2008). Elterntraining für Vorschulkinder mit ADHS und anderen expansiven Verhaltensproblemen. *ADHS Report*, 31(D), 5-6.
- Young, D. W., Dembo, R., Henderson, C. E. (2007). A national survey of substance abuse treatment for juvenile offenders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(3), 255-266.
- Zinkl, K., Roos, K., Macsenaere, M. (2004). Effizienz: Bedarfsorientierung durch Kostenoptimierung? *Neue Caritas*(1), 4-6.
- Zobel, M. (2008). Wenn Eltern zu viel trinken - Hilfen für Kinder und Jugendliche aus Suchtfamilien. Zugriff: <http://ebooks.ulb.tu-darmstadt.de/12319/>