



**CANTON DU VALAIS
KANTON WALLIS**

Département de l'économie et de la formation
Service cantonal de la jeunesse
Observatoire cantonal de la jeunesse

Departement für Volkswirtschaft und Bildung
Kantonale Dienststelle für die Jugend
Kantonales Jugendobservatorium

OBSERVATOIRE CANTONAL DE LA JEUNESSE

RAPPORT 2018

JUIN 2019

RÉDACTION

MÉLANIE COMBREMONT, COLLABORATRICE À L'OBSERVATOIRE CANTONAL DE LA JEUNESSE DU CANTON DU VALAIS

REMERCIEMENTS

LA RÉALISATION DE CE RAPPORT A ÉTÉ POSSIBLE GRÂCE À LA COLLABORATION ET À L'ENGAGEMENT DE PLUSIEURS INSTITUTIONS ET DE NOMBREUX PROFESSIONNELS. NOUS TENONS À LES REMERCIER DE LEUR INVESTISSEMENT.

1. MEMBRES DU GROUPE D'EXPERTS DE L'OBSERVATOIRE CANTONAL DE LA JEUNESSE

CHRISTOPHE DARBELLAY, CHEF DU DÉPARTEMENT DE L'ÉCONOMIE ET DE LA FORMATION

CHRISTIAN NANCHEN, CHEF DU SERVICE CANTONAL DE LA JEUNESSE

PIERRE ANTILLE, COLLABORATEUR SCIENTIFIQUE, SERVICE DE L'ENSEIGNEMENT

BRUNO BESSE, RESPONSABLE CASE MANAGEMENT ET PROMOTEUR DE PLACES D'APPRENTISSAGE, SERVICE DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE

CÉDRIC BONNÉBAULT, DÉLÉGUÉ CANTONAL À LA JEUNESSE, SERVICE CANTONAL DE LA JEUNESSE

JEAN-MARC BRIAND, SCHULSOZIALARBEITER, SMZ OBERWALLIS

MONIKA CEPPI, COORDINATRICE JUGENDARBEITSSTELLEN HAUT-VALAIS

STEVE CHAMBOVEY, DIRECTEUR CLCM

ANNE-CATHERINE CORDONIER TAVERNIER, JUGE ET DOYENNE, TRIBUNAL DES MINEURS

ISABELLE DARBELLAY, CHEFFE DE L'OFFICE DE L'ÉGALITÉ ET DE LA FAMILLE

DANIEL DE SOUZA, PÉDOPSYCHIATRE

JÉRÔME FAVEZ, CHEF DU SERVICE DE L'ACTION SOCIALE

FLORENCE FORNY, VICE-PRÉSIDENTE DE LA COMMISSION DES JEUNES

MICHEL FURRER, DÉPUTÉ

SENTA GILLIOZ, CHEFFE DU SERVICE SPORTS, JEUNESSE & INTÉGRATION DE LA VILLE DE MONTHEY

BRIGITTE GIRARDET, PRÉSIDENTE DE L'APEA DE ST-MAURICE

GWENDOLINE GUÉRIN, REPRÉSENTANTE DE LA JEUNESSE

BORIS GUIGNET, MÉDECIN CHEF DU SERVICE DE PSYCHIATRIE-PSYCHOTHÉRAPIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

VALENTIN LONFAT, DÉLÉGUÉ À LA JEUNESSE DE LA VILLE DE SION

VIOLAINE MARTINELLA-GRAU, COMMANDANTE DE LA POLICE DE MONTHEY

MICHAEL LEO MONTANI, MEMBRE DE LA COMMISSION DES JEUNES

TRISTAN MOTTET, PRÉSIDENT DE LA FRAPEV

SERGE MOULIN, DIRECTEUR DE LA FONDATION CITÉ PRINTEMPS

CATHERINE MOULIN ROH, RESPONSABLE DOMAINE PROMOTION DE LA SANTÉ, PROMOTION SANTÉ VALAIS

GILBERT MURMANN, CHEF DE LA SECTION MINEURS ET MŒURS, POLICE CANTONALE

LAETITIA PERREN, PRÉSIDENTE DE L'AVDIPPS

MARIE POCHON-LOYE, PRÉSIDENTE DE CÉRÉBRAL VALAIS

NICOLAS REY-BELLET, DIRECTEUR DE CYCLE D'ORIENTATION, MONTHEY

JACQUES ROSSIER, COORDINATEUR INTÉGRATION, SERVICE DE LA POPULATION ET DES MIGRATIONS

MARC ROSSIER, CHEF DE L'OFFICE POUR LA PROTECTION DE L'ENFANT

SANDRINE RUDAZ, DÉLÉGUÉE À L'INTÉGRATION DE LA VILLE DE SIERRE

ROBERTA RUGGIERO, COLLABORATRICE SCIENTIFIQUE, CENTRE INTERFACULTAIRE EN DROITS DE L'ENFANT

ROMAINE SCHNYDER, ADJOINTE AU CHEF DE SERVICE ET DIRECTRICE DU CENTRE POUR LE DÉVELOPPEMENT ET LA THÉRAPIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT, SERVICE CANTONAL DE LA JEUNESSE

ALEX SCHWESTERMANN, DÉPUTÉ

THOMAS URBEN, COLLABORATEUR, ADDICTION VALAIS

2. SERVICES ET INSTITUTIONS

SANDRA AEBY, MÉDECIN ADJOINT, SERVICE DE PÉDIATRIE DE L'HÔPITAL RIVIERA-CHABLAIS

PIERRE-YVES AUBERT, ANCIENNEMENT CHEF DU SERVICE DE PROTECTION DES MINEURS (CANTON DE GENÈVE)

CHRISTIAN BADER, DIRECTEUR DE L'INSTITUT ST-RAPHAËL

ALAIN BERBERAT, DÉLÉGUÉ INTERJURASSIEN À LA JEUNESSE (CANTON DU JURA)
ANDRÉ BURGENDORFER, DIRECTEUR DE LA FONTANELLE
ALEXANDRE COMBY, DIRECTEUR DU CENTRE ÉDUCATIF FERMÉ DE PRAMONT
GUY DAYER, CHEF DE L'OFFICE DE L'ENSEIGNEMENT SPÉCIALISÉ
MICHEL DÉLITROZ, DIRECTEUR DES INSTITUTS DON BOSCO ET STE-AGNÈS
PHILIPPE EGGERTSWYLER, PRÉSIDENT DE LA FONDATION ST-GERMAIN (CANTON DU JURA)
MARGOT FINELLI, COLLABORATRICE TRANSITION 1, SERVICE DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE
VIRGINIE GLASSEY, ASSISTANTE SOCIALE, TRIBUNAL DES MINEURS
SÉBASTIEN GUYENET, INTERVENANT SOCIAL, TRIBUNAL DES MINEURS
YANNICK HANNE, DIRECTEUR DU CENTRE ÉDUCATIF DE DÉTENTION ET D'OBSERVATION LA CLAIRIÈRE (CANTON DE GENÈVE)
AIAN JAFFÉ, RESPONSABLE TRANSITION 1, SERVICE DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE
DANIEL JAVET, DIRECTEUR DU CENTRE COMMUNAL POUR ADOLESCENTS DE VALMONT (CANTON DE VAUD)
SIMON K. KAYEMBA-KAY'S, MÉDECIN CHEF DE SERVICE, SERVICE DE PÉDIATRIE DE L'HÔPITAL DU VALAIS
FRÉDÉRIC LOPEZ, CHEF DU SERVICE DE PROTECTION DES MINEURS (CANTON DE GENÈVE)
PHILIPPE NENDAZ, CHEF DE L'OFFICE DE L'ENSEIGNEMENT SPÉCIALISÉ (CANTON DE VAUD)
XAVIER PUTALLAZ, ADJOINT DE DIRECTION, INSTITUT DON BOSCO
STÉPHANE QUÉRU, CHEF DU SERVICE DE L'ENFANCE ET DE LA JEUNESSE (CANTON DE FRIBOURG)
CATHERINE ROSENFELD, DIRECTRICE ADJOINTE (ADMINISTRATION ET FINANCES), FONDATION CARREFOUR (CANTON DE NEUCHÂTEL)
FRÉDÉRIC SCHALLENBERGER, CHEF DE L'OFFICE DE PROTECTION DE L'ENFANT (CANTON DE NEUCHÂTEL)
YVES SCHNEITER, ADJOINT DE DIRECTION, INSTITUT STE-AGNÈS
CLAUDIA WILLEMIN, ASSISTANTE SOCIALE, TRIBUNAL DES MINEURS (CANTON DU JURA)

CONTACT

SERVICE CANTONAL DE LA JEUNESSE
OBSERVATOIRE CANTONAL DE LA JEUNESSE
AV. RITZ 29
1950 SION
027/606.48.20.

**ENFANTS ET ADOLESCENTS EN DIFFICULTÉS MULTIPLES :
ÉTAT DES LIEUX DE LA SITUATION EN VALAIS**

TABLE DES MATIÈRES

APERÇU DE LA PROBLÉMATIQUE.....	1
1. INTRODUCTION	3
2. JEUNES EN DIFFICULTÉS MULTIPLES.....	4
2.1. QU'ENTEND-ON PAR JEUNES PRÉSENTANT DES DIFFICULTÉS MULTIPLES ET DES BESOINS COMPLEXES ?	4
2.2. COMBIEN Y A-T-IL DE JEUNES EN DIFFICULTÉS MULTIPLES EN VALAIS ?	5
3. JEUNES EN DIFFICULTÉS MULTIPLES... POUR ALLER PLUS LOIN : ÉTUDE DE DOSSIERS.....	8
3.1. CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DE L'ÉCHANTILLON	8
3.2. PARCOURS DES JEUNES EN DIFFICULTÉS MULTIPLES	9
4. DISPOSITIF CANTONAL DE PRISE EN CHARGE ET D'ACCOMPAGNEMENT	13
4.1 DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES PROFESSIONNELS	13
4.2 PROPOSITIONS POUR RENFORCER LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE ET D'ACCOMPAGNEMENT	17
4.3 SYNTHÈSE	21
5. ET AILLEURS, COMMENT CELA SE PASSE-T-IL ?	22
6. RECOMMANDATIONS	32
7. CONCLUSION	38
8. RÉFÉRENCES	40
9. ANNEXES	43

APERÇU DE LA PROBLÉMATIQUE

Selon les informations récoltées auprès des professionnels du domaine de l'enfance et de la jeunesse, une centaine de jeunes entrent actuellement dans la catégorie des jeunes que l'on peut considérer comme présentant des difficultés multiples et ayant des besoins complexes. Concrètement, il s'agit de jeunes qui présentent des difficultés concomitantes dans différentes sphères de leur existence, soit familiales, sociales, scolaires, éducatives, psychiques, voire psychiatriques, ou encore judiciaires. Cette multiplicité de problématiques résulte en la mobilisation de nombreux acteurs (éducatif, sanitaire, social, ou encore scolaire), mais a également pour conséquence qu'il est impossible pour un seul secteur professionnel de répondre de manière satisfaisante à l'ensemble des difficultés rencontrées.

En raison de l'implication de nombreux services, parfois peu coordonnés, il est clairement apparu que ces enfants et adolescents parviennent à mettre à mal l'ensemble des instances devant les prendre en charge (parents, école, protection de l'enfance, etc.).

Pour évaluer de manière plus précise les obstacles auxquels se heurtent les professionnels, un questionnaire leur a été transmis. Parmi les difficultés mentionnées, on retrouve notamment, à titre d'exemples, le manque de moyens humains et la saturation des structures de prise en charge, l'accompagnement des jeunes déscolarisés ou encore le manque de coordination entre les secteurs de soins et de l'éducation.

Mais finalement, comment faire face à ces difficultés de prise en charge ? Quelles pourraient être les modalités de travail ou les prestations à mettre en place ? Pour répondre à ces questions nous avons, d'une part, demandé leur avis aux professionnels et, d'autre part, pris connaissance de ce qu'ont mis en place les autres cantons romands.

Considérant les difficultés et besoins mis en avant par les professionnels de terrain et les prestations proposées au sein des cantons romands concernant le travail avec les jeunes en difficultés multiples et présentant des besoins complexes, plusieurs recommandations ont été formulées, afin de renforcer le dispositif cantonal de prise en charge et d'accompagnement de ces jeunes particuliers.

Proposer des prestations adaptées aux besoins de ces jeunes permettrait, d'une part, d'éviter la multiplication de mesures inefficaces et coûteuses et, d'autre part, de réduire le temps de prise en charge.

Si certains se demandent pour quelles raisons tant d'efforts sont investis afin de répondre aux besoins d'une minorité de jeunes – les jeunes présentant des difficultés multiples représentent 0.17% de la population des 0-18 ans en Valais, 6% des jeunes suivis dans les différents offices de protection de l'enfant, ou encore 1.8% des jeunes suivis par les professionnels du CDTEA – la réponse est relativement simple. Le premier élément prend appui sur les principes internationaux, nationaux et cantonaux stipulant qu'il appartient à l'Etat de développer les moyens permettant de répondre aux besoins des jeunes. Le second élément, certainement plus parlant pour certains, concerne les

ressources mobilisées par ces jeunes notamment en termes financiers, faute de prestations répondant adéquatement à leurs besoins. Afin de rendre cela plus concret, deux profils de jeunes ont été « créés » pour que les prestations puissent être chiffrées approximativement sur une année ; le premier profil (jeune A) concerne un jeune avec un suivi à l'OPE (mesure de curatelle) et des heures de soutien parental (AEMO) – profil fréquent des jeunes suivis par les offices de protection –, le second quant à lui (jeune B) concerne un jeune présentant des difficultés multiples et mobilisant l'ensemble du réseau : suivi à l'office de protection de l'enfance en raison de compétences parentales carencées et mesure d'assistance personnelle au sens du droit pénal des mineurs (DPMIn), placement en école spécialisée en raison de troubles du comportement ne permettant plus une scolarisation ordinaire, commission de divers délits et mesures pénales consécutives, mobilisation du réseau de soins.

Prestations	Tarif prestations	Durée sur une année	Jeune A	Jeune B
Suivi OPE				
	150.-/heure ¹	25 heures	3'750.-	
	150.-/heure	100 heures		15'000.-
Mesure AEMO				
	105.-/heure	52 heures	5'460.-	
Mesures pénales				
Détention provisoire	208.25/jour	3 jours		624.75
Garde provisionnelle	815.10/jour	6 jours		4'890.60
Mesure d'observation pénale	919.-/jour	131 jours		120'389.-
Ecole spécialisée				
	112.-/jour	101 jours		11'312.-
Hospitalisation en pédopsychiatrie				
	830.-/jour	5 jours		4'150.-
Total annuel			9'210.-	156'366.35
Prix journalier			25.20	428.40

¹ Sachant que le forfait pour une curatelle est de 300.- CHF par mois et que, pour une situation « standard », environ deux heures sont comptées par mois (entretiens et administratif), le tarif horaire revient donc à 150.- CHF de l'heure.

Le prix concernant le second profil reste en deçà de la réalité car il ne nous a pas été possible, par exemple, de chiffrer les frais inhérents au domaine judiciaire (nombre d'heures de suivi au Tribunal des mineurs et tarif horaire des différents intervenants, frais d'avocat, etc.) ou encore ceux relatifs aux APEA (temps de séances, prix des décisions, etc.). Il est donc fort probable que le prix journalier soit plus proche des 500.- CHF, voire plus, que des 430.- tel qu'indiqué dans le tableau.

1. INTRODUCTION

Un nombre croissant de jeunes parviennent à mettre à mal l'ensemble des instances en charge de les encadrer au quotidien, que ce soit la famille, l'école ou encore les institutions. Ces enfants et adolescents présentent le plus souvent des difficultés familiales, sociales, scolaires, psychologiques, voire psychiatriques. Qui plus est, pour nombre d'entre eux, leur mal-être est exprimé au travers de manifestations auto (automutilations, tentatives de suicide, fugues, ...) et hétéro-agressives (violences, menaces, comportements délictueux).

Face à ces jeunes, les professionnels sont démunis et il semble, par conséquent, qu'aucune structure ne soit réellement adaptée ou ne dispose des moyens nécessaires pour faire face aux besoins de prise en charge de cette population « difficile ». Ce sont en effet des jeunes qui nécessitent des prises en charge multiples – médicale, éducative, sociale – et concertées, ce qui parfois fait défaut dans le dispositif de prise en charge et d'accompagnement valaisan actuel.

La thématique de la prise en charge des jeunes en difficultés multiples – qui ne peuvent ou ne veulent pas entrer dans un processus d'accompagnement classique – est donc apparue comme essentielle à l'ensemble des acteurs travaillant avec et pour les jeunes. Dans le cadre de ce travail, un certain nombre de questions paraissent devoir être abordées :

- Qui sont les jeunes que l'on considère en rupture ?
- Combien sont-ils dans le canton ?
- Quelles sont les ressources dont disposent les professionnels et les obstacles auxquels ils sont confrontés ?
- Quelles pratiques expérimentées dans d'autres cantons pourraient être transférables à la réalité cantonale ?

Répondre à ces différentes questions doit permettre à terme l'élaboration de recommandations à destination des décideurs politiques afin que ces derniers puissent donner suite aux réflexions développées dans le cadre de ce travail en s'appuyant sur des informations concrètes issues de l'analyse des besoins du terrain.

Finalement, avant d'entrer dans le vif du sujet, il semble nécessaire et important de souligner que la problématique traitée ici est un parti pris. En effet, le choix a été fait de se centrer sur la question des jeunes présentant des troubles externalisés et des besoins complexes, bien que d'autres groupes d'enfants et d'adolescents aient également besoin que les prestations et les structures existantes se développent pour que leurs besoins soient mieux pris en compte. Parmi ces groupes, il est notamment possible de citer les jeunes en souffrance psychique, ayant besoin d'avoir un accès à un plus grand nombre de spécialistes formés, ou les jeunes en rupture partielle qui, malgré leur manque de liens avec le réseau, parviennent à maintenir un équilibre du moins temporairement. D'autres types de population font actuellement l'objet de réflexions sur le plan cantonal : les jeunes souffrant de troubles du spectre autistique (TSA) ou les situations complexes en périnatalité.

2. JEUNES EN DIFFICULTÉS MULTIPLES

Si l'on souhaite initier une réflexion sur les moyens à développer afin de répondre aux besoins des jeunes présentant des difficultés multiples et des besoins complexes, il est nécessaire d'avoir une définition et des informations sur cette population particulière.

2.1. QU'ENTEND-ON PAR JEUNES PRÉSENTANT DES DIFFICULTÉS MULTIPLES ET DES BESOINS COMPLEXES ?

Il n'existe pas de définition unanime de ce que signifie difficultés multiples ou besoins complexes dans les pays anglophones. Le Department of Community Services australien en donne pourtant une définition relativement claire : les enfants et les jeunes présentant des besoins complexes sont ceux qui manifestent des comportements difficiles ou à risque d'une intensité, d'une fréquence et d'une durée qui les mettent eux-mêmes ou d'autres personnes en danger, et/ou présentent des troubles psychiques qui nuisent à leur capacité de participer à une vie ordinaire et réduisent leur accès aux services, activités et expériences et/ou, finalement, présentent des vulnérabilités comportementales, sanitaires, psychiques qui nécessitent des évaluations et des prises en charge permanentes (Burnside, 2012). Au Canada, une définition assez similaire est donnée de ces situations : ces jeunes ont besoin de prestations dépendant de divers services, voire ministères ; plus spécifiquement ce sont des jeunes qui ont des déficiences multiples, des problèmes de santé mentale complexes et/ou des besoins comportementaux graves, pour qui toutes les ressources actuellement disponibles ont été utilisées avec un succès limité et qui nécessitent la mise en place de ressources humaines et financières qui impactent fortement les services (Burnside, 2012 ; McCarter, Maschi & Morgen, 2014 ; Malvaso & Delfabbro, 2015 ; Almqvist & Lassinantti, 2018).

Même s'il n'y a pas de définition unanime, comme mentionné ci-dessus, il semble qu'un certain consensus existe. En effet, en France, la définition de cette population spécifique recouvre des éléments similaires : les jeunes avec des difficultés multiples représentent une population « dont les caractéristiques et les besoins spécifiques relèvent en général de plusieurs modes de prise en charge (sanitaire, sociale, médicosociale, judiciaire) et qui le plus souvent ont mis à l'épreuve, voire en échec, des équipes professionnelles successives dont le cadre de travail ne convenait pas à leur spécificité situationnelle [...] Vécus par les professionnels des différents secteurs comme une patate chaude, ces jeunes des deux sexes (même si on note une surreprésentation masculine) cumulent le plus souvent des difficultés sociales, familiales, scolaires, psychologiques voire psychiatriques et parfois judiciaires. Ce n'est pas tant ou toujours la gravité des troubles ou des difficultés qui posent problème que *leurs cumuls et les manifestations hors normes*, voire violentes, de leur mal-être » (Barreyre, 2014, p. 137-138).

L'auteur ajoute également que « l'individu n'a pas sa place dans les institutions traitant d'un problème particulier. Il ne « relève pas de », ou plutôt ne relève pas seulement de ; il déborde des cases institutionnelles. Il a certes des problèmes scolaires [...] Mais il a aussi de graves problèmes psychologiques associés à des problèmes familiaux, qui pourraient l'identifier à une population

accueillie en ITEP¹. Ses comportements violents et ses passages à l'acte déclenchent de la part de ce type d'institutions une demande d'orientation vers la pédopsychiatrie [...] » (Barreyre, 2014, p. 142-143).

Parlant de l'impasse dans laquelle ces jeunes mettent les professionnels, compte tenu de leurs difficultés multifactorielles, Jamet (2015, p. 4) souligne que « les réponses institutionnelles sont très souvent inadaptées, et que la spécialisation des services amène ces derniers à se déclarer rapidement incompétents, les difficultés du jeune étant précisément multiples, et, de fait, ne pouvant se résumer à l'espace d'intervention d'un seul service ou établissement ».

Dans le présent document, la définition de « difficultés multiples » tend à être similaire. Ainsi, il s'agit de jeunes qui présentent des difficultés cumulées (familiales, sociales, scolaires, éducatives, psychiques, voire psychiatriques, judiciaires) et qui, en raison de leurs problématiques multiples, mettent à mal les structures et instances devant les prendre en charge (parents, école, protection de l'enfance, etc.) faute de solution réellement conforme à leurs besoins, ceux-ci dépendant de services différents et parfois peu coordonnés. En ce sens, cette approche rejoint les propos de différents auteurs mettant en évidence que, d'une part, les enfants et adolescents présentant des besoins complexes sont accablés par des problèmes multiples et concomitants qui conduisent souvent à des formes multiples d'assistance (Malvaso, Delfabbro, Hackett & Mills, 2016) et que, d'autre part, un des éléments posant problème dans la prise en charge de ces situations pourrait être l'organisation des services (Ungar, Liebenberg & Ikeda, 2014).

2.2. COMBIEN Y A-T-IL DE JEUNES EN DIFFICULTÉS MULTIPLES EN VALAIS ?

La question n'est pas anodine car, pour l'heure, personne n'a répondu à cette interrogation de manière fondée. Pourtant, au fil des années, il est apparu que l'augmentation du nombre de ce type de situations a fait émerger des inquiétudes communes à l'ensemble des professionnels du domaine de l'enfance et de l'adolescence. Afin d'avoir une estimation² du nombre de jeunes concernés, un recensement des situations complexes a été effectué auprès de différents partenaires (Office pour la protection de l'enfance (OPE), Centre pour le développement et la thérapie de l'enfant et de l'adolescent (CDTEA), Tribunal des mineurs, Service de psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent (SPPEA), Office de l'enseignement spécialisé (OES), institutions d'éducation spécialisée, écoles spécialisées).

Il a été demandé aux répondants de référencer les situations des jeunes qui, pour des problématiques psychiques, sociales et/ou éducatives, mettent à mal les instances en charge de les encadrer (parents, école, institutions, etc.), n'arrivent plus à s'inscrire dans un cursus scolaire/de formation classique, se

¹ Institutions médico-sociales françaises (institut thérapeutiques, éducatif et pédagogique, ITEP) accueillant des « enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé » (<http://www.aire-asso.fr/itep.php>).

² En l'absence de critères objectifs unanimement définis, tels que statut légal ou administratif par exemple, il semble difficile de prétendre à un comptage exact desdites situations.

marginalisent, se mettent en danger, ou encore perturbent le bon développement de leurs pairs. La mise en échec des mesures d'aide proposées ou instaurées, de même que l'application de solutions « bricolées » pour pallier à l'absence de solution réellement conforme aux besoins du jeune, ont également fait partie des critères de recensement des situations. Bien évidemment, de tels critères sont sujets à interprétation et une part de subjectivité est inhérente au choix de la méthode de travail.

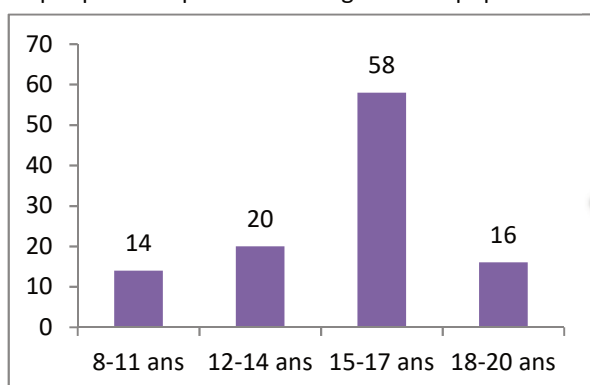
Quoi qu'il en soit, sur la base des informations obtenues auprès des différents professionnels, 108 jeunes³, âgés de 8 à 20 ans (âge moyen : 15.1 ans ; l'âge moyen pour les filles et les garçons est respectivement de 15.8 ans et 14.8 ans), répondent aux critères de recensement susmentionnés. Il s'agit de 72 garçons (66.7%) et de 36 filles (33.3%).

Tableau 1 : Répartition de l'échantillon selon l'âge et le sexe (n=108)

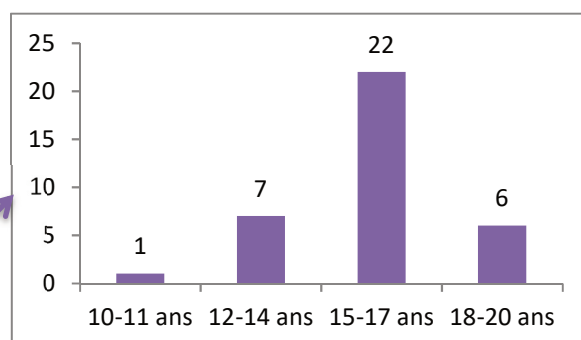
	N	Âge moyen
Filles	36	15.8
Garçons	72	14.8
Total	108	15.1

Tant chez les filles que chez les garçons, la tranche d'âge la plus représentée lorsque l'on parle de jeunes en difficultés multiples est celle des 15-17 ans.

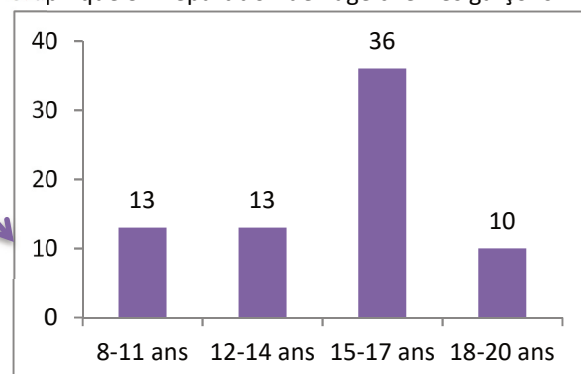
Graphique 1 : Répartition de l'âge dans la population totale



Graphique 2 : Répartition de l'âge chez les filles



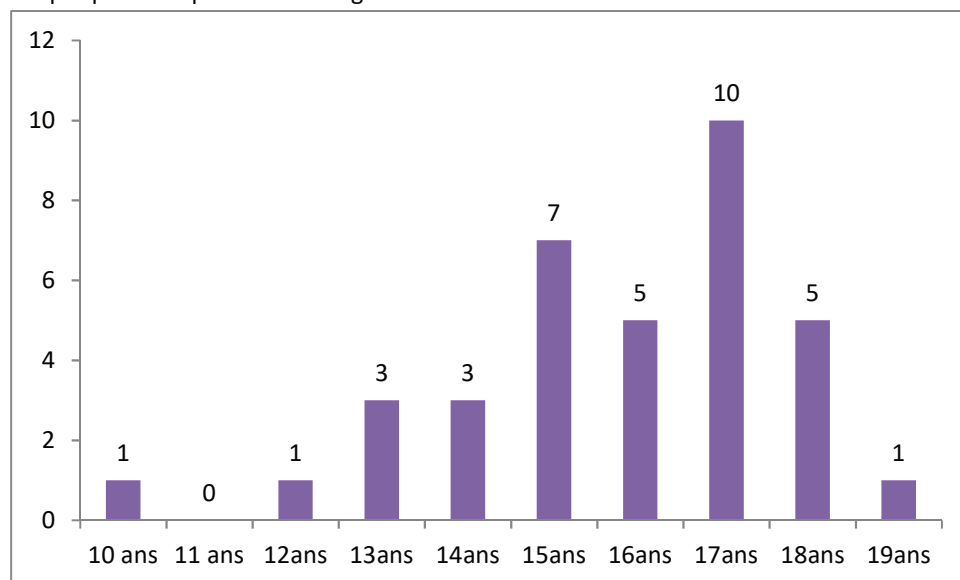
Graphique 3 : Répartition de l'âge chez les garçons



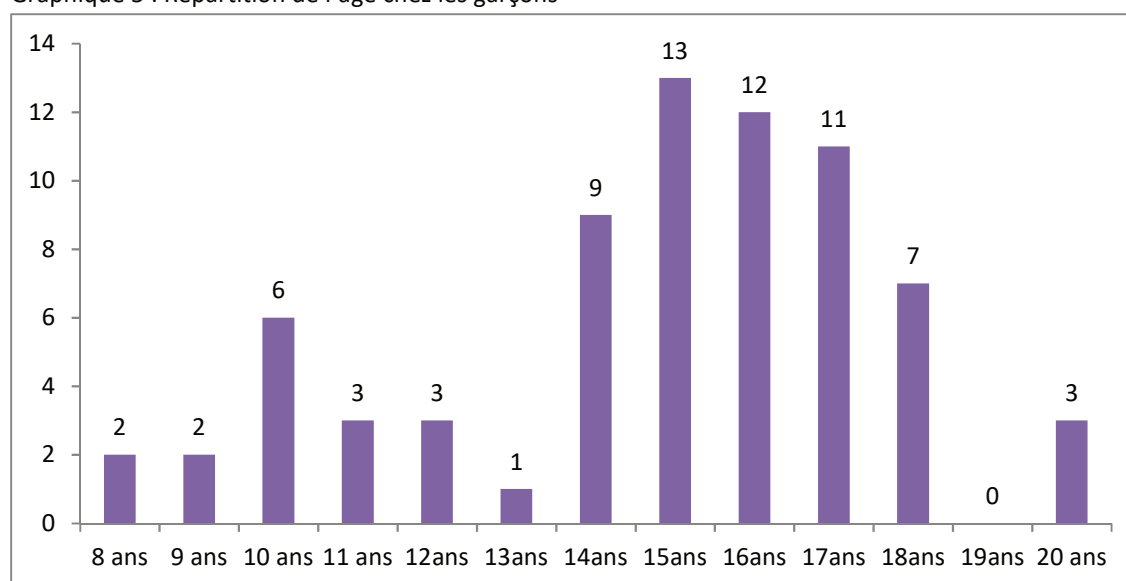
³ Sachant que tous les partenaires contactés n'ont pas donné suite à la demande d'informations, ce chiffre est très probablement en deçà de la réalité.

Toutefois, certaines différences apparaissent si l'on distingue les jeunes selon le sexe. Ainsi, les problèmes de comportement tendent à se manifester plus tôt chez les garçons que chez les filles et le pic d'intensité des comportements perturbateurs se situe plus tôt chez les garçons que chez les filles.

Graphique 4 : Répartition de l'âge chez les filles



Graphique 5 : Répartition de l'âge chez les garçons



Pour conclure cette première partie, il semble essentiel de souligner que, même si les jeunes en difficultés multiples représentent une minorité d'enfants et d'adolescents pris en charge par les professionnels travaillant avec et pour les jeunes, ces situations complexes mobilisent de nombreuses ressources et pèsent extrêmement lourd dans le réseau de soins et/ou sur le réseau éducatif. En effet, ces jeunes peuvent mettre à mal le fonctionnement des équipes les prenant en charge et peuvent sérieusement compliquer le travail quotidien des structures auxquelles ils sont intégrés (hôpital, foyer, école, etc.).

3. JEUNES EN DIFFICULTÉS MULTIPLES... POUR ALLER PLUS LOIN : ÉTUDE DE DOSSIERS

Afin d'avoir une vision objective des situations complexes confrontant les professionnels à des difficultés importantes dans la réalisation de leurs mandats, une vingtaine de dossiers a été retenue pour une analyse plus approfondie.

Les dossiers ont été retenus d'entente entre les différentes instances et des entretiens avec les référents des situations ont été conduits afin d'avoir des informations détaillées. Les aspects abordés ont été la situation familiale des jeunes, leur parcours scolaire/professionnel, leur situation sociale, la présence de symptômes psychologiques ou psychiatriques, la commission de délits, la consommation de substances.

3.1. CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DE L'ÉCHANTILLON

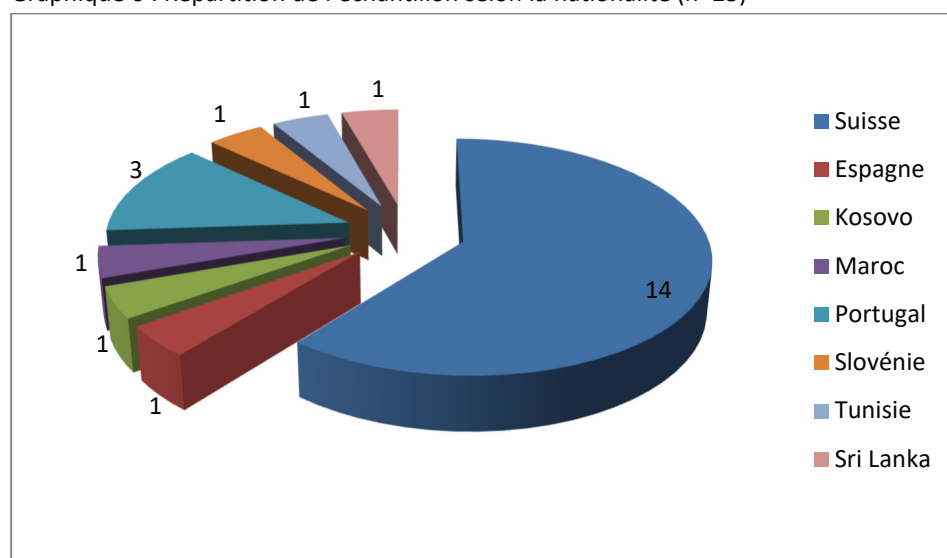
23 dossiers ont été retenus pour une analyse détaillée ; il s'agit de 16 garçons (69.6%) et de 7 filles (30.4%) dont l'âge moyen est de 16 ans (l'âge moyen pour les filles et les garçons est respectivement de 16.1 ans et 15.8 ans).

Tableau 2 : Répartition de l'échantillon selon l'âge et le sexe (n=23)

	N	Âge moyen
Filles	7	16.1
Garçons	16	15.8
Total	23	16

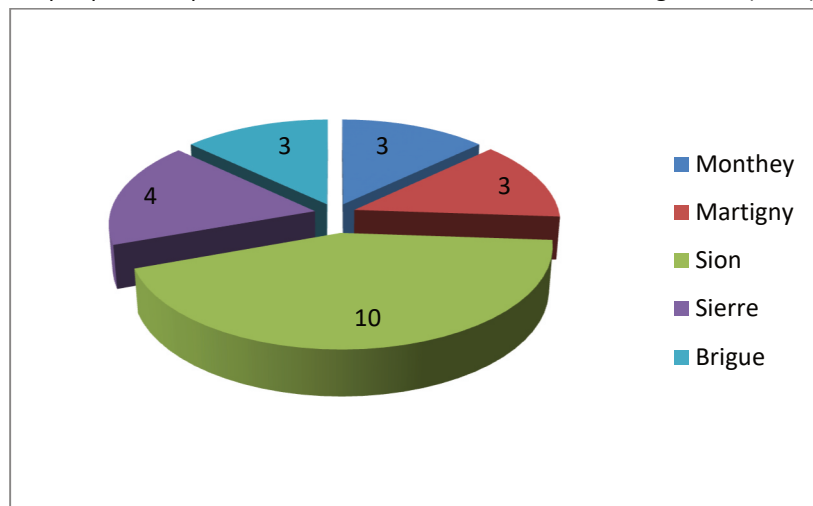
Concernant la nationalité des jeunes de notre échantillon, 14 jeunes (60.9%) sont d'origine suisse ; les autres jeunes sont originaires du Portugal (3 jeunes), d'Espagne (1 jeune), de Slovénie (1 jeune), du Kosovo (1 jeune), du Sri Lanka (1 jeune), du Maroc (1 jeune) et de Tunisie (1 jeune).

Graphique 6 : Répartition de l'échantillon selon la nationalité (n=23)



Finalement, tenant compte de la régionalisation en place pour la répartition des situations en vigueur auprès de l'Office pour la protection de l'enfant, 14 des situations retenues dépendent des offices du Valais central, 6 dépendent des offices du Bas Valais et 3 dépendent du Haut-Valais.

Graphique 7 : Répartition des situations selon les centres régionaux (n=23)



3.2. PARCOURS DES JEUNES EN DIFFICULTÉS MULTIPLES

Suite aux entretiens menés avec les professionnels, un constat s'impose : généralement, les difficultés auxquelles sont confrontés les jeunes n'ont pas une cause unique ; il s'agit plutôt d'un cumul de problématiques dans différents secteurs de leur vie. Ces dernières peuvent être catégorisées : problématique familiale, scolaire, sanitaire, précarité de l'environnement familial et social, délinquance (du jeune ou d'un parent), problématique en lien avec le statut migratoire. Cette addition de problématiques complexifie la prise en charge de ces jeunes car il est nécessaire de mettre en place et de coordonner des suivis spécifiques en lien avec les différents domaines.

Situation familiale et sociale

Au vu des informations récoltées, il semble que la question des liens familiaux et de l'histoire personnelle de ces jeunes a été posée dès leurs premières années. Ils ont été confrontés, pour certains dès leur plus jeune âge, à des carences affectives ou éducatives, du fait notamment des problèmes de santé de leurs parents (troubles psychiques, toxicomanie, ...⁴) ou de leurs difficultés sociales (précarité financière⁵, problématiques en lien avec le statut migratoire⁶, prostitution, ...).

⁴ 47.8% des jeunes ont des parents présentant ou ayant présenté de telles problématiques.

⁵ 47.8% des jeunes ont vécu dans un environnement financier difficile. Pour les situations considérées comme précaires et faibles financièrement, cela est lié dans quatre cas au statut migratoire de la famille, dans trois cas à la présence de limitations physiques et/ou psychiques des parents avec comme conséquence des suivis à l'aide sociale et à l'AI.

⁶ Au sein de notre échantillon, 39.1% des familles sont issues de la migration, que celle-ci soit économique ou contrainte. Pour ces situations, une intégration insuffisante des parents et/ou du jeune (maîtrise insuffisante de la langue, des codes sociaux et des normes, marginalisation sociale, ...), de même que la précarité culturelle et sociale complexifient encore la réalité de ces jeunes.

Les parcours familiaux de ces jeunes ont également été complexifiés par la présence de fortes difficultés relationnelles au sein de la cellule familiale, telles que violence intrafamiliale (30.4% violence intrafamiliale avérée⁷), absence de contact avec l'un des parents (47.8% des jeunes n'ont pas ou peu de contact avec leur père biologique⁸), problèmes relationnels entre parents et enfant (65.2%), ou encore conflits parentaux (13% conflits massifs et récurrents⁹, 8.7% tensions importantes au sein du couple en lien avec l'éducation).

Finalement, au cours des entretiens, la question des compétences parentales a été abordée. Il n'est guère surprenant que celles-ci aient le plus souvent été évaluées comme se situant dans la moyenne inférieure (17.4%) voire soient faibles (60.9%).

Situation scolaire/professionnelle

L'ensemble des jeunes retenus dans l'étude de dossiers (sept sont encore en scolarité obligatoire et seize sont en postscolaire) ont/ont eu des parcours scolaires marqués de difficultés et d'échecs. Ainsi, 21.7% des jeunes suivent/ont suivi leur scolarité, tout ou en partie, au sein d'une école spécialisée en raison de problèmes de comportement ou à cause de retards/difficultés dans les apprentissages ; 21.7% ont été renvoyés de l'école publique en raison de leurs comportements problématiques, voire dangereux pour la sécurité des autres élèves ; 13% ont redoublé des années de scolarité ; 39.1% ont été absents de manière répétée, pour des raisons diverses (angoisses vis-à-vis de l'école : 13%, absentéisme : 26.1%), avec les conséquences que cela peut induire sur leur parcours scolaire. Concernant, les jeunes ayant terminé leur scolarité obligatoire, plus des deux tiers (68.8%) ont terminé leur scolarité sans obtenir de diplôme et seul un jeune avait une perspective pour la suite de son parcours (mesure transitoire : préapprentissage) au moment des entretiens. Ce faible pourcentage de jeunes ayant obtenu un diplôme de fin de scolarité s'explique par des raisons telles que l'absentéisme, des problèmes de comportements, des renvois, des refus scolaires, etc. et non par des limitations intellectuelles. En outre, il est à relever les difficultés d'insertion dans la vie professionnelle de certains de ces jeunes : 32.3% ont été renvoyés d'apprentissage ou de mesures d'insertion professionnelles, dont ils bénéficiaient, en raison de leur comportement inadéquat (vol, absence au cours, non-respect des directives, etc.)

Mais il semble également que l'environnement, familial notamment, ait un rôle dans le parcours scolaire de ces jeunes. En effet, évoluer dans un environnement sain (sentiment d'être aimé, compris, valorisé et respecté par l'entourage) constitue la base pour un bon apprentissage. Or, compte tenu des éléments présentés ci-avant, il est évident que les jeunes en difficultés multiples n'ont, pour la plupart, pas pu bénéficier d'un climat familial propice aux apprentissages. De plus, dans certaines familles, il a été relevé par les intervenants qu'il n'y a pas nécessairement de projet scolaire de la part des familles,

⁷ Compte tenu du nombre de situations où cela n'a pas pu être défini clairement (30.4% pas d'informations précises), il est possible que cette problématique soit sous-estimée.

⁸ Sur les quinze jeunes ayant des parents séparés ou divorcés, onze n'ont que peu voire pas de contact avec leur père biologique. L'absence de contact est liée à différentes raisons : pour trois jeunes le père biologique est inconnu, pour quatre d'entre eux le père réside à l'étranger et pour quatre jeunes les contacts ont été rompus suite à la séparation du couple parental.

⁹ Concernant la présence de conflits parentaux massifs et récurrents, il est à relever que dans deux cas sur trois cela est en lien avec la séparation du couple parental.

voire même que certaines s'opposent au projet du jeune dans la mesure où ledit projet ne correspond pas aux attentes des parents. Dans ce cas précis, le décalage manifeste entre les attentes des parents et les possibilités du jeune (compte tenu de son parcours scolaire antérieur) n'est absolument pas pris en compte par la cellule familiale.

Le niveau scolaire de la majorité de ces jeunes est donc inquiétant et pour certains une insertion professionnelle dans l'économie traditionnelle semble compliquée, voire impossible.

Symptômes/troubles psychiques

Tous les jeunes n'ont pas nécessairement eu d'évaluation et de diagnostic officiellement établis. En effet, dans certaines situations, il s'agit de fortes suspicions en raison des manifestations comportementales repérées par les intervenants. Même si les chiffres présentés ci-après sont à considérer avec un certain recul, il semble que l'ensemble des jeunes retenus pour l'étude de dossier présentent des troubles ou du moins des symptômes de souffrance psychique.

La majorité des jeunes présentent des comportements externalisés importants, tels qu'agressivité et violence physique et/ou verbale (47.8%) ou manque de respect des limites/du cadre légal (87% des jeunes ont commis des délits, tels que vols, dommages à la propriété, infractions à la loi sur les stupéfiants ou actes de violence). Ces différentes manifestations peuvent être ou sont des symptômes de troubles du comportement (trouble évoqué pour 8 jeunes, soit 34.8%), de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (trouble évoqué pour 5 jeunes, soit 21.7%). Certains jeunes présentent également des comportements internalisés, soit des manifestations dépressives (13%), des épisodes psychotiques (13%) ou encore des manifestations anxieuses (21.7%). Finalement, il est à relever que, dans certains cas, ces symptômes se manifestent en plus de troubles préexistants (trouble du spectre autistique (TSA) : 6.25%, troubles de l'attachement : 17.4%, troubles développementaux : 17.4%).

En matière de manifestations comportementales externalisées, certains facteurs environnementaux ont une influence. Il s'agit notamment de l'environnement familial et des attitudes parentales, de l'exposition à la violence, de difficultés en lien avec l'attachement ou encore des relations avec les pairs. Concernant ce dernier point, les jeunes ont majoritairement des relations qui impactent négativement leur comportement (47.8%) ; pour 34.8% des jeunes, les pairs ont une influence que l'on peut considérer comme neutre, car la commission de délit dépend plus du contexte que des relations des jeunes.

Finalement, même s'il est difficile d'établir si les troubles psychiques précèdent ou sont secondaires à la consommation de substances, de nombreuses études ont mis en évidence un lien entre ces deux problématiques. Des recherches ont montré des liens entre les comportements externalisés et la consommation de substance psychoactives¹⁰, de même qu'une relation entre consommation de substances et comportements internalisés¹¹. Dès lors, établir un aperçu de la consommation de

¹⁰ Biederman et al., 2006 ; Blase et al., 2009 ; Walther et al., 2012 ; Elkins, McGue & Iacono, 2007.

¹¹ Needham, 2007 ; Hallfors Waller, Ford, Haloen, Brodish & Iritani, 2004 ; Katon et al., 2010 ; Kokkevi, Richardson, Florescu, Kuzman, & Stergar, 2007 ; Kokkevi, Richardson, Olszewski, Matias, Monshouner & Bjarnason, 2012 ; Low, Lee, Johnson, Williams & Harris, 2008 ; Schillin, Aseltine, Glanovsky, James & Jacobs, 2009 ; Chabrol, Chaucahard & Girabet, 2008.

substances semble intéressant en lien avec la présence de symptômes psychiques. Ainsi, parmi les 23 jeunes de l'étude de dossier, 60.9% consomment des substances psychoactives (alcool, cannabis, ecstasy, médicaments).

4. DISPOSITIF CANTONAL DE PRISE EN CHARGE ET D'ACCOMPAGNEMENT

Au vu des différents éléments présentés précédemment concernant le parcours des jeunes en difficultés multiples, il est possible de relever que ces jeunes sont des enfants et des adolescents qui cumulent difficultés familiales, sociales, scolaires, psychologiques voire psychiatriques, et judiciaires. Ils ont également comme caractéristique commune de mettre en échec les cadres éducatifs qui leur sont proposés et dès lors de placer les adultes – familles, enseignants, éducateurs, travailleurs sociaux – dans une impuissance éducative. De plus, du fait de la complexité des problématiques rencontrées dans ces situations, ce sont des jeunes qui ont des besoins spécifiques nécessitant des prises en charge tant sanitaires, sociales, judiciaires qu'éducatives.

Mais finalement quelles sont réellement les difficultés auxquelles doivent faire face les professionnels dans la réalisation de leurs mandats ? Quelles solutions pourraient être envisagées pour répondre de manière plus adéquate aux besoins des jeunes et ainsi prévenir la dégradation de ces situations et les risques de rupture à long terme ?

Pour tenter de répondre à ces interrogations, un questionnaire a été élaboré sur demande et en collaboration avec le Service de psychiatrie-psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent¹². Le document a ensuite été transmis aux acteurs significatifs en matière de prise en charge et d'accompagnement des jeunes présentant des difficultés multiples et des besoins complexes, à savoir l'OPE, le CDTEA, l'OES, le Tribunal des mineurs, les institutions d'éducation spécialisée, les écoles spécialisées, ou encore des pédiatres.

4.1 DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES PROFESSIONNELS

Identifier les difficultés des professionnels à proposer aux jeunes présentant des difficultés multiples des perspectives répondant à leurs besoins était une étape nécessaire afin d'évaluer quelles pourraient être les pistes permettant de renforcer le dispositif actuel de prise en charge et d'accompagnement.

L'analyse des questionnaires a permis de mettre en avant un certain nombre d'écueils rencontrés par les professionnels dans la prise en charge et la gestion de ces situations ; difficultés qui nuisent à la qualité des prestations proposées.

Manque de moyens humains

Le manque d'effectifs nécessaires à la prise en charge des jeunes, sans forcément parler de jeunes en rupture, a été évoqué par les professionnels et ce quel que soit le domaine d'activité (psychologues, pédopsychiatres, intervenants en protection de l'enfant, etc.). Cependant, il est à noter que le manque de moyens humains a particulièrement été souligné par répondants dans le domaine de la pédopsychiatrie. En outre, les professionnels interrogés estiment qu'il manque un système de garde en pédopsychiatrie pour assurer les urgences, la liaison, de même que le suivi des jeunes en post-hospitalisation.

¹² Questionnaire présenté en annexe 1.

Saturation des structures¹³

Les professionnels ont également fait état du manque de places dans les différentes structures, que cela concerne la pédopsychiatrie ou les institutions. A titre informatif, à la rentrée scolaire 2018, toutes les institutions d'éducation spécialisée avaient une liste d'attente pour les nouveaux placements. En pédopsychiatrie cela est également le cas et, actuellement, le temps d'attente avant hospitalisation en milieu pédopsychiatrique est de 10 jours¹⁴. Ce temps d'attente a fortement été réduit depuis que le Département de psychiatrie a décidé d'hospitaliser les jeunes de plus de 16 ans en psychiatrie adulte. Cette décision suit la pratique de la médecine somatique où, à partir de 16 ans révolus, les jeunes sont admis en médecine adulte. Malgré cela, ce choix questionne partiellement sachant que, selon les directives de la charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé (art. 6), les besoins des adolescents doivent être pris en compte dans des structures spécifiques, soit dans des lieux différenciés de la psychiatrie adulte, afin que leurs fragilités développementales soient respectées. Conscient de la nécessité de pouvoir accueillir les adolescents dans un espace distinct des adultes, la possibilité d'une unité pour les 16-25 ans est actuellement en discussion au sein du pôle de psychiatrie.

Au-delà de ces considérations, relevons que ces limitations au sein des différentes structures se répercutent inévitablement sur le reste du dispositif de prise en charge, notamment la pédiatrie. En effet, cette dernière est amenée à prendre en charge les hospitalisations en urgence, faute de place dans les institutions ou en pédopsychiatrie. Cela pose la question du sens car, à part répondre à l'urgence, la pédiatrie n'est ni contenantante pour le jeune ni en mesure de lui prodiguer les soins thérapeutiques nécessaires.

Des professionnels malmenés

Les jeunes présentant des difficultés multiples mettent les professionnels à rude épreuve. L'aspect « usant » de ces situations complexes est à mettre en lien avec différents éléments :

- La méconnaissance des troubles et le sentiment d'être démunis face à certains comportements
- Le sentiment d'impuissance face aux passages à l'acte répétés, aux ruptures successives, aux difficultés à construire un projet avec ces jeunes
- Le sentiment d'isolement ressenti par les équipes qui ont l'impression de porter seules ces situations
- Le sentiment de faire du bricolage faute de mieux

Manque de connaissances dans la prise en charge de jeunes présentant des symptômes psychiatriques

Il est ressorti de l'analyse des questionnaires et de l'expérience accumulée que la présence d'un suivi psychiatrique ou d'un éventuel diagnostic psychiatrique est souvent sujet à déstabiliser le réseau, principalement les professionnels n'ayant que peu de connaissances et d'expérience dans le travail

¹³ La saturation des structures est mise en évidence par les schémas présentés en annexe 2.

¹⁴ Bien évidemment, l'accès aux soins reste possible en tout temps via les services d'urgence.

avec une population présentant des symptômes, voire des troubles psychiatriques. En effet, cela peut perturber et questionner sur les attitudes à adopter en cas de crise et/ou de passage à l'acte.

Gestion des crises

Pour les professionnels du secteur éducatif, la gestion des passages à l'acte est une difficulté indéniable dans l'accompagnement de ces jeunes. Plusieurs aspects ont été soulignés par les acteurs de terrain en lien avec cette question :

- Ces situations ont des incidences sur le jeune lui-même, sur les autres jeunes présents au moment de la crise, ainsi que sur les professionnels
- En termes de moyens humains, il n'est pas toujours aisé pour les équipes de gérer à la fois le jeune en crise et le reste du groupe
- Les professionnels ont également parlé de la difficulté, certaines fois, à mettre en place des hospitalisations et des relais avec les partenaires du réseau

La gestion et la prise en charge de ces situations sont également complexes et difficiles pour les acteurs du domaine médical. En effet, en milieu hospitalier, plusieurs difficultés peuvent être soulignées :

- L'hôpital est un espace de soins et le personnel soignant est totalement inadapté à une approche contraignante
- En unité hospitalière pédopsychiatrique, les ressources humaines et la structure de l'unité ne permettent pas la contention à moins qu'il n'existe un réel danger de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif dans un contexte de maladie psychiatrique

Conciliation des besoins du groupe et des besoins individuels

Dans les institutions spécialisées, que celles-ci soient d'éducation ou d'enseignement, de même que dans des structures telles que l'école publique, la gestion de groupes intégrant un ou plusieurs jeunes présentant des difficultés cumulées n'est pas toujours évidente. En effet, les professionnels doivent concilier les besoins du groupe avec ceux du ou des jeunes ayant besoin d'un accompagnement et d'une prise en charge plus individualisée. Cette conciliation peut s'avérer d'autant plus complexe lorsqu'il s'agit de jeunes présentant de sévères troubles du comportement et faisant preuve de passages à l'acte hétéro-agressifs récurrents.

Hospitalisations

La question des hospitalisations présente des difficultés différentes selon le moment considéré :

- Avant hospitalisation
 - Pour les professionnels du domaine médical, il convient de différencier les urgences réelles, nécessitant une hospitalisation pour assurer une prise en charge dans un espace de soins protégé, des urgences relatives (« besoin de souffler pour les professionnels et les autres jeunes », « urgences du vendredi soir, de veille de fêtes ou de veille de vacances », etc.)

- Pour les équipes éducatives, il peut y avoir de la frustration lorsqu'une hospitalisation n'est pas validée par les équipes de soins
- Pendant l'hospitalisation
 - Pour les institutions, il peut être compliqué de maintenir le lien avec le jeune, ceci encore plus lorsque l'hospitalisation se prolonge
- Après l'hospitalisation
 - Certains professionnels du secteur socio-éducatif ont évoqué le manque de flexibilité du secteur médical (pas de possibilité de prolonger les hospitalisations par exemple) et de disponibilité des équipes de soins pour assurer les suivis post-hospitalisation
 - D'autres ont évoqué le manque de structure intermédiaire entre les lieux de soins et les lieux de prise en charge éducative ; la possibilité d'un hôpital de jour ou d'une structure alliant secteur médical et secteur éducatif a été évoquée dans ce contexte

Accompagnement des jeunes déscolarisés ou sans projet professionnel

L'augmentation du nombre de jeunes déscolarisés ou sans projet professionnel au sortir de la scolarité obligatoire questionne les institutions. En effet, ces situations rendent nécessaire l'accueil à temps plein et la mise en place de prises en charge en journée, dans des structures qui généralement ne fonctionnent qu'avec peu de professionnels en dehors des temps d'internat.

Absence de structure et/ou prestations adaptées à certaines problématiques

Plusieurs professionnels ont évoqué le fait que, selon eux, il manque actuellement une ou plusieurs structures à même de prendre en charge des jeunes avec des profils spécifiques ; par exemple des mineurs très jeunes faisant usage de violence (avec ou sans problèmes psychiques associés) ou des jeunes présentant des troubles du comportement externalisés sévères et des troubles psychiatriques associés. Certains professionnels ont également souligné l'absence de structure hospitalière pédopsychiatrique pour les moins de 12 ans.

Prise en charge des situations en zone grise

Pour les enfants et les adolescents présentant des difficultés multiples (familiales, comportementales, psychiques, scolaires, etc.) et nécessitant par là même des prises en charge multiples, il n'est pas toujours aisé pour les professionnels de s'accorder sur le secteur professionnel devant assurer le rôle de référent dans ces situations.

Absence de prise en charge 24/24 et pendant les vacances pour les jeunes en école spécialisée

Pour les jeunes placés en école spécialisée, il n'existe, pour l'heure, pas la possibilité d'être accueillis durant les week-ends et les vacances scolaires. Pour un certain nombre de jeunes, l'absence de prise en charge sur ces périodes pose réellement problème, notamment en cas de retour dans

l'environnement familial compliqué, voire impossible. Mais l'absence de prise en charge continue pose également problème pour les jeunes placés en institution d'éducation spécialisée qui ne sont pas ou plus scolarisés. En effet, pour ces jeunes, l'hospitalisation en pédopsychiatrie est régulièrement envisagée pour pallier au manque de ressources des institutions, faute de pouvoir être accueillis par les structures de l'enseignement spécialisé.

4.2 PROPOSITIONS POUR RENFORCER LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE ET D'ACCOMPAGNEMENT

Afin de pouvoir proposer aux jeunes des réponses en réelle adéquation avec leurs besoins et de pouvoir leur offrir des prestations de qualité non fondées sur les idées de « travail dans l'urgence » et de « faute de mieux », il a été demandé aux professionnels quels sont à leur sens les moyens à renforcer, voire à développer. Un certain nombre d'éléments sont ressortis de manière répétitive¹⁵ dans les propositions faites par les acteurs de terrain.

Augmentation des ressources dans les différents secteurs étatiques

Si la sous-dotation en personnel dans le secteur étatique (OPE, CDTEA, pédopsychiatrie) a été relevée par les professionnels interrogés, c'est une question qui a également déjà été soulignée à plusieurs reprises au niveau politique ; l'interpellation 3.050¹⁶, l'interpellation urgente 2.0238¹⁷, les postulats 3.076¹⁸ et 3.0398¹⁹, le postulat urgent 3.0239²⁰, et le rapport 2015-2016 de l'Observatoire cantonal de la jeunesse (OCJ) en sont quelques exemples au fil des années.

Création d'un service d'urgence pédopsychiatrique ou mise en place d'un système de garde pédopsychiatrique

Actuellement, en dehors des heures de consultations, les urgences pédopsychiatriques sont assurées par la pédiatrie. Il a dès lors été relevé par les professionnels que le domaine de la pédopsychiatrie manque d'un service d'urgence ou du moins d'un service de garde disponible 24h/24 et 7j/7, afin de procéder aux investigations urgentes nécessaires au traitement et/ou aux décisions d'orientation des patients, d'assurer la stabilisation urgente somatique ou psychiatrique et d'organiser soit le retour à domicile soit un transfert vers un lieu de soins.

¹⁵ D'autres pistes de réflexion ont été évoquées. Toutefois, celles-ci n'étant pas apparues de manière répétée (par exemple, unité de médecine de l'adolescent, maisons parents-enfants, médiateurs scolaires), nous ne les développerons pas dans le présent document.

¹⁶ Interpellation 3.050 du 10.05.2006, Laurent Gavillet, Office pour la protection de l'enfant : situation d'urgence dans le district de Monthey.

¹⁷ Interpellation 2.0238 du 14.05.2018, Géraldine Arlettaz-Monnet et Serge Fellay, Pédopsychiatrie, il est urgent d'agir !

¹⁸ Postulat 3.076 du 15.06.2010, Freddy Philippon et cosignataires, Aide à la jeunesse par la création de nouveaux postes de psychologues au CDTEA pour le soutien et l'aide aux enseignants de l'école obligatoire.

¹⁹ Postulat 3.0398 du 17.05.2018, Géraldine Arlettaz-Monnet, Serge Fellay, Joachim Rausis, Alexandre Cipolla, et cosignataires, Aide à l'enfance en difficulté: pour un examen de la dotation en ressources humaines du Service cantonal de la jeunesse.

²⁰ Postulat 3.0239 du 07.03.2016, Yves Fournier, Géraldine Arlettaz-Monnet, Marie-Paul Bender et Jean-Daniel Bruchez, Office de la protection de l'enfant de Martigny et Monthey : URGENCE!

Nous tenons toutefois à relever que l'organisation actuelle répond de manière satisfaisante à la majorité des situations rencontrées. Dans le Valais romand, en dehors des heures de bureau/consultation, des services d'urgence restent à disposition et les professionnels de ces services ont en tout temps la possibilité de contacter et de prendre l'avis d'un pédopsychiatre. En effet, un service de piquet téléphonique est à disposition 24/24. En outre, durant les heures de travail, l'unité de liaison du service de pédopsychiatrie est disponible sur site tous les jours ouvrables. Dans le Haut-Valais il existe un service de piquet sept jours sur sept effectué par la psychiatrie générale. Il est réalisé tant par les psychologues que par les médecins. Il n'y a pas de spécificité pédopsychiatrique, le service de piquet est général et s'adresse à la population entière, sans spécificité pour l'âge.

Renforcement des mesures d'accompagnement éducatif en milieu ouvert (AEMO intensif)

Les buts des interventions de l'AEMO sont d'accompagner et soutenir les parents dans leur rôle éducatif, de renforcer et développer les compétences familiales et individuelles, de prévenir la chronicité des problèmes rencontrés, de rechercher des solutions acceptables pour chacun des membres de la famille, et d'éviter un placement. Pour les jeunes en grandes difficultés et présentant des problématiques multiples, ce type d'accompagnement n'est pas suffisant et une forme intensive de la mesure se doit d'être envisagée.

Diversification des prestations

Interrogés sur les manques dans le dispositif de prise en charge actuel, les acteurs ont fait état d'un certain nombre de prestations faisant défaut actuellement dans le canton et ont proposé les possibilités d'améliorations suivantes :

1. Développement de prestations adaptables aux capacités des jeunes à entrer dans un processus d'accompagnement et de changement

La prise en charge doit être flexible et adaptable aux besoins des jeunes et à leur degré de conscience de leurs difficultés ; un changement, même s'il est souhaitable, n'est pas toujours à la portée des jeunes. Il faut donc envisager de travailler sur des objectifs intermédiaires et accepter que le rythme du jeune ne soit pas nécessairement celui envisagé. Ainsi donc, parler de « bas seuil » ou « haut seuil de tolérance » signifie que le travail avec les jeunes se base sur les concepts de prévention et de réduction du risque ; la prise en charge ne vise pas en premier lieu le changement de comportement du jeune mais la réduction des risques de dégradation de sa situation (dégradation physique ou psychique, marginalisation, ...) et le maintien du lien. Dans les faits, cela signifie que l'on doit être en mesure de proposer aux enfants et adolescents un dispositif leur garantissant la non-exclusion quelles que soient leurs difficultés individuelles et leur (in)capacité à entrer dans un processus d'accompagnement classique.

Ainsi, pour ces jeunes, il s'agit de proposer des prestations alternatives/complémentaires à l'offre actuelle permettant de :

- Prévenir les risques de rupture familiale, sociale ou scolaire à long terme
- Stabiliser la situation du jeune, ou du moins en prévenir la dégradation

- Offrir au jeune un espace réparateur d'où le rejet est exclu
- Atteindre les prérequis nécessaires à une intégration aux mesures classiques

2. Unité thérapeutique avec possibilité de prise en charge socio-éducative

Certains professionnels ont signifié la difficulté lors des transitions entre hospitalisation et retour dans le milieu de vie. En effet, il arrive que l'état du jeune, même s'il ne nécessite plus de maintenir son hospitalisation, ne lui permette pas de réintégrer l'institution compte tenu de sa fragilité persistante. Un espace intermédiaire permettrait au patient de bénéficier d'une prise en charge répondant à ses besoins et objectifs dans environnement structurant visant sa stabilisation afin qu'il puisse retourner dans son lieu de vie initial. Outre les bénéfices pour le jeune lui-même, une telle modalité d'intervention permettrait aux professionnels – tout comme aux autres jeunes de la structure d'accueil – de « récupérer » après la crise et de reprendre le travail éducatif dans un climat serein.

3. Equipe mobile pour la prise en charge des difficultés psychiques

Il a été souligné par certains professionnels la difficulté manifeste, voire l'incapacité, de certains jeunes à se rendre dans les structures à même de leur prodiguer l'aide et les soins nécessaires. Pour ces jeunes, il serait intéressant d'avoir une équipe mobile pour effectuer des évaluations et des suivis sur le lieu de vie des jeunes (domicile ou institution).

4. Accueil de transition/time-out

Certains comportements rendent parfois difficile le maintien du jeune dans son lieu de vie (famille ou institution). Ceci peut notamment être le cas dans les moments de crise ou de détérioration de l'état du jeune (mises en danger, hospitalisation, actes violents, problèmes pénaux, rupture scolaire, etc.).

Disposer de séjours de transition de courte durée (de quelques jours à 3 mois), dans le dispositif de prise en charge cantonal, permettrait de réduire les risques d'aggravation pour les jeunes en situation de grande vulnérabilité, en leur offrant la possibilité de rompre avec leur cadre de vie habituel dans un espace sécurisé et sécurisant. Cette phase transitoire devrait être un temps de définition d'objectifs pour la suite du parcours du jeune (retour en famille, avec ou sans accompagnement éducatif, retour en foyer, maintien ou reprise de la scolarité, ...) et d'accompagnement dans sa démarche de changement.

5. Adaptation des horaires des lieux d'accueil

Comme mentionné précédemment, dans certains lieux d'accueil, il n'existe pas la possibilité d'être accueilli durant les week-ends et les vacances scolaires. Or, pour un certain nombre de jeunes, l'absence de prise en charge sur ces périodes pose réellement problème, notamment en cas de retour dans l'environnement familial compliqué, voire impossible. En outre, comme indiqué précédemment, l'absence de prise en charge continue pose également problème dans la mesure où pour les jeunes qui ne parviennent plus à être scolarisés, l'hospitalisation en pédopsychiatrie est régulièrement envisagée pour pallier au manque de ressources des institutions. Il a donc été proposé de repenser les

horaires d'accueil de ces lieux pour qu'ils soient ouverts les week-ends et pendant les vacances scolaires.

Développement d'activités alternatives à la scolarisation

Comme les professionnels l'ont mentionné dans les difficultés rencontrées, un certain nombre de jeunes ne sont plus scolarisés (refus scolaire, renvoi) ou, pour les jeunes ayant terminé la scolarité obligatoire, n'ont aucun projet professionnel. Si, comme mentionné ci-dessus, l'adaptation des horaires de prise en charge des écoles spécialisées peut être une réponse aux problèmes organisationnels que ces situations génèrent au sein des institutions d'éducation spécialisée, cela n'est pas nécessairement la réponse adéquate aux besoins des jeunes eux-mêmes.

Afin de recentrer la réflexion sur l'intérêt des jeunes, il convient de mettre en place des activités alternatives à la scolarisation ordinaire ou à l'enseignement spécialisé tenant compte des difficultés et des besoins des jeunes. L'une des solutions serait de développer des lieux thérapeutiques et scolaires de jours, de taille restreinte, pour les enfants et les jeunes ne pouvant faire face aux contraintes de socialisation et de performances.

Développement de la collaboration et de la coordination entre les institutions et les hôpitaux

Les jeunes présentant des difficultés multiples ne peuvent pas être pris en charge par une institution seule car, quelle qu'elle soit, elle n'aura pas les moyens de répondre à l'ensemble de la problématique. S'il est important que les différentes facettes de la situation soient prises en compte et travaillées dans des espaces adéquats et distincts (suivi psychothérapeutique, prise en charge éducative, procédure pénale, ...), cette séparation des domaines nécessite une meilleure coordination entre les acteurs.

Création d'une commission de coordination des prestations pour les situations complexes

Les difficultés des jeunes présentant des besoins complexes étant précisément multiples, elles ne peuvent se résumer à l'espace d'intervention d'un seul service ou d'une seule structure.

Afin de faire une évaluation globale des situations complexes et de rechercher des réponses communes entre les partenaires, dans l'intérêt de l'enfant, il serait pertinent de réunir les responsables des principaux services concernés par ces situations, soit l'OPE, le SPPEA et l'OES. Cette approche doit permettre de sortir d'une logique de travail en silo pour ajuster les mesures aux besoins des jeunes par une meilleure collaboration et coordination des acteurs. Qui plus est, pour améliorer la prise en charge des jeunes en difficultés multiples, il est nécessaire de sortir de la logique purement financière du « qui va payer ».

Mise en place d'une réflexion à l'interne des institutions sur les violences et les situations de crise

Certains professionnels ont exprimé se sentir démunis face aux comportements externalisés sévères des jeunes. Ces besoins sont particulièrement évoqués au sein des équipes ne mobilisant pas de pédopsychiatre et/ou de psychologue.

Pour renforcer les compétences des professionnels, plusieurs possibilités d'intervention sont envisageables et peuvent présenter de l'intérêt :

- Analyse des pratiques ou supervisions
- Formations pour répondre au besoin de compréhension des difficultés des jeunes et des comportements qu'elles engendrent afin d'adapter au mieux les accompagnements
- Pédopsychiatre de référence par institution

Quelle que soit l'option envisagée, cela doit apporter aux professionnels ne relevant pas du domaine des soins des éléments de compréhension sur les comportements auxquels ils sont confrontés et les facteurs susceptibles de les provoquer ; cela doit également leur permettre de travailler la notion d'urgence.

Au-delà de renforcer les compétences des professionnels, l'expérience a montré que la concertation entre les différents professionnels permet d'ajuster les prises en charge et d'augmenter le confort des encadrants et des thérapeutes.

4.3 SYNTHÈSE

Les différents éléments présentés ci-dessus montrent à quel point la gestion des situations complexes est épuisante pour les équipes – elles les poussent dans leurs retranchements – et met à mal l'ensemble des structures.

De plus, les constats et propositions ci-dessus mettent en évidence la relative fragilité du dispositif de prise en charge actuel dans la mesure où les professionnels sont régulièrement confrontés aux limites du système. On le voit, la prise en charge des situations les plus complexes nécessite davantage de coordination entre les secteurs professionnels mais aussi davantage de ressources humaines et matérielles.

Pour conclure nos propos sur une note positive, relevons que l'intérêt manifesté par les professionnels pour la problématique et le temps consacré à répondre aux questionnaires montrent que le réseau valaisan est composé d'acteurs qui souhaitent collaborer, assumer conjointement les responsabilités et s'investir dans la prise en charge des jeunes. Tous ont à cœur d'œuvrer à fournir aux jeunes valaisans des prestations de qualité répondant à leurs besoins et devant permettre de minimiser les répercussions ultérieures éventuelles. En outre, les synergies et les collaborations déjà existantes entre les acteurs permettent d'ores et déjà de prévoir que le renforcement du dispositif de prise en charge et d'accompagnement actuel est envisageable et tout à fait réaliste.

5. ET AILLEURS, COMMENT CELA SE PASSE-T-IL ?

Partant des constats et des propositions faites par les acteurs de terrain, nous avons choisi de nous intéresser à ce qui se fait hors canton et pouvant répondre, tout ou en partie, aux besoins cantonaux. Notre objectif n'est cependant pas de faire un recensement exhaustif de l'ensemble des prestations existant dans les différents domaines en lien avec cette problématique – protection de l'enfance, pédopsychiatrie, suivi socio-éducatif, etc. – mais de voir quelles sont les tendances actuelles. Un intérêt particulier va être porté aux prestations étant sous la (co)responsabilité des services de protection de l'enfance²¹. L'ensemble des cantons disposent des mesures « classiques » en matière de protection – accueil et accompagnement résidentiel à moyen et long terme, accueil d'urgence, AEMO – pouvant répondre de manière différenciée aux besoins des jeunes ; ces prestations ne sont pas abordées ici car il s'agit spécifiquement de s'intéresser aux réflexions initiées et/ou aux prestations développées afin de mieux prendre en compte les besoins et les capacités des jeunes présentant des difficultés multiples. Seront également présentées certaines prestations dont les modalités sont pertinentes dans le travail avec les jeunes présentant des besoins complexes (collaboration et coordination des prestataires, flexibilité et adaptabilité des mesures, etc.). Ces différents éléments sont à envisager comme des pistes de réflexion devant permettre, à terme, de renforcer le dispositif cantonal de prise en charge et d'accompagnement des jeunes présentant des besoins complexes. Cela est essentiel dans la mesure où, pour les jeunes en difficultés multiples, les prestations actuelles tendent paradoxalement à renforcer leurs difficultés, voire parfois à les créer, car ils sont orientés, voire baladés, de structure en structure, aucune ne permettant de répondre adéquatement à leurs besoins.

Le Valais n'est pas le seul canton aux prises avec des interrogations et écueils face à cette population « difficile ». D'autres ont déjà initié des réflexions sur la façon de repenser le dispositif ou construire des alternatives pour répondre aux besoins de ces jeunes et de consolider une collaboration interprofessionnelle pour faire face aux défis à relever²².

Actuellement, dans l'ensemble des cantons romands, la tendance est au renforcement des prestations ambulatoires ; celles-ci sont désormais considérées comme complémentaires aux offres résidentielles, stationnaires. Dans cette optique, plusieurs cantons (Jura, Genève, Neuchâtel, Vaud) ont pris le parti de développer des prestations AEMO sous forme intensive. Généralement, sous sa forme intensive, cette prestation permet aux familles et/ou aux jeunes de bénéficier d'une dizaine d'heures d'accompagnement hebdomadaire dans les différents cantons. La durée de la prestation peut quant à elle varier selon les cantons²³. Parlant de cette prestation, Eggertswyler, Beney, Jolidon-Fleury &

²¹ Les prestations dépendant des instances scolaires et les mesures d'insertion professionnelle ne sont pas traitées dans le cadre de ce rapport.

²² Les informations présentées ci-après, en lien avec le domaine de la protection de l'enfance, ont été obtenues auprès de Monsieur Pierre-Yves Aubert, anciennement Chef de service au Service de protection des mineurs du canton de Genève, Monsieur Alain Berberat, Délégué interjurassien à la jeunesse, Monsieur Philippe Eggertswyler, Président de la Fondation St-Germain, Monsieur Frédéric Lopez, Chef de service au Service de protection des mineurs du canton de Genève, Monsieur Stéphane Quéru, Chef du service de l'enfance et de la jeunesse du canton de Fribourg, Monsieur Frédéric Schallenger, Chef de l'Office de protection de l'enfant du canton de Neuchâtel, Madame Claudia Willemin, assistante sociale auprès du Tribunal des mineurs du canton du Jura.

²³ Dans le canton du Jura, les mesures AEMO ont une durée maximale de deux ans pour laisser le temps aux bénéficiaires d'initier les changements nécessaires selon leur propre rythme de progression. Le canton de

Gerber (2017, p. 3) indiquent que, parmi les situations rencontrées, ils ont « à faire à des situations où l'enfant, déjà petit, dirige la famille, à des enfants qui refusent la scolarité, à des enfants qui insultent, tapent, ne montrent aucun respect, se désocialisent, se déscolarisent, bref à des situations familiales où un ou les deux parents se retrouvent démunis face à des enfants montrant des comportements difficiles, voire déroutants. Ce ou ces parents-là qui n'arrivent pas à répondre aux besoins de développement et de cadre de leurs enfants à un moment précis de leur vie ont besoin d'un soutien significatif ». Mais ce travail peut également servir aux jeunes adultes (17-25 ans) : « la rupture familiale, l'absence de réseau de solidarité et l'absence de ressources suffisantes et stables entraînent certains jeunes dans une grande souffrance, les amenant à mettre en échec l'ensemble des projets institutionnels qui leurs sont présentés. Dès lors, afin de cibler des actions innovantes, il nous paraît essentiel d'offrir un soutien transitoire à de tels jeunes » (Eggertswyler et al., 2017, p. 6). De plus, « les jeunes sont pris en compte « là où ils en sont », sans exigences particulières, dans la confidentialité et dans un souci permanent de réduction des risques et d'aide à l'autonomie voire d'abord, pour certains d'entre eux, d'aide à la survie » (Eggertswyler et al., 2017, p. 6). Que cela se fasse auprès des familles ou des jeunes spécifiquement, un suivi intensif est un mode d'accompagnement flexible en réponse à une crise qui, au final, permet d'espérer des changements durables et profonds.

Depuis 2018, le canton de Genève a également instauré l'AEMO de crise. Cette prestation, utilisée pour faire face aux moments de crise aigus et répétés au sein de la cellule familiale, vise le maintien du jeune à domicile avec travail un soutenu auprès de ce dernier de même qu'un soutien intensif aux fonctions parentales. Cette mesure prend effet sur un laps de temps restreint (1 mois) et doit permettre l'évaluation rigoureuse de la situation pour, à terme, déterminer les éventuelles mesures à mettre en place (AEMO, placement, etc.). Notons encore que ladite prestation a vu le jour en lien avec la problématique des hospitalisations dites sociales²⁴.

D'autres prestations ambulatoires ont également été mises en place dans les cantons romands, afin de répondre aux besoins de prise en charge. Tel est notamment le cas du dispositif d'intervention et d'observation pluridisciplinaire (DIOP) dans le canton de Vaud. Le DIOP, prestation mise en place en 2008 à la demande du Service de protection de la jeunesse, a pour objectif de créer un lien avec des jeunes de 14 à 18 ans en rupture - grandes difficultés personnelles, familiales et sociales - pour lesquels les services placeurs ont des difficultés à trouver des réponses adaptées²⁵. Disponible 24h/24 toute l'année et misant sur les principes du travail social de proximité, cette mesure offre aux jeunes « une base de sécurité par la construction d'un lien significatif avec l'adulte principalement grâce à la proximité, l'accessibilité, la non-exclusion, la disponibilité et la non-contractualisation. Ce lien va permettre au jeune une reprise de l'exploration de son fonctionnement, de ses relations, de son

Genève, quant à lui, a opté pour une durée d'une année pour les prestations AEMO, renouvelable 6 mois en cas de besoin.

²⁴ L'hospitalisation sociale est une intervention de dernier recours lorsque qu'un placement s'avère nécessaire mais qu'aucune solution « classique » (accueil dans l'entourage familial et/ou amical, placement en foyer d'urgence), permettant de remédier à la mise en danger, n'est disponible. C'est une hospitalisation qui se fait à défaut dans l'intérêt de l'enfant.

²⁵ Prestation gérée par la Fondation Jeunesse et Familles et l'Association de la Maison des Jeunes, celle-ci est dispensée sur une période de neuf mois, renouvelable trois mois au besoin et d'entente entre les partenaires (intervenants du dispositif et Service de protection de la jeunesse, Office des curatelles et tutelles professionnelles ou Tribunal des mineurs). Flyers de présentation en annexe 3.

environnement et peut favoriser son accès à l'autonomie » (AvenirSocial, 2013). Les professionnels vont à la rencontre des jeunes sur leur lieu de vie, à leur domicile, à l'école ou dans la rue ; en ce sens le dispositif peut être considéré comme une prestation de type bas seuil.

Toujours dans l'idée d'aller à la rencontre des jeunes là où ils en ont besoin, des équipes mobiles de psychiatrie sont disponibles dans plusieurs cantons, notamment Fribourg, Neuchâtel ou Vaud. Dans ces cantons, lesdites équipes ont pour mission d'intervenir sur le lieu de vie des personnes durant les moments critiques de leur existence afin de leur faciliter l'accès aux soins spécialisés. L'Office fédéral de la santé publique, dans son rapport « Avenir de la psychiatrie », a d'ailleurs retenu le principe des équipes mobiles comme « bonne pratique »²⁶ ; celles-ci ont en outre permis « d'améliorer de manière avérée l'accès à des soins appropriés et de qualité, et ont facilité cet accès pour différents groupes cibles [...] » (OFSP, 2016, p. 56).

Si, comme on peut le constater, les prestations ambulatoires ont été développées dans des domaines spécifiques, tels que la protection de l'enfance ou la psychiatrie, un des enjeux dans le travail avec les jeunes en difficultés multiples est de parvenir à prendre en compte et articuler les dimensions que sont l'éducatif, le thérapeutique et le social. Pour ce faire, les cantons ont mis en place des dispositifs, afin de renforcer la collaboration et la coordination entre les acteurs d'horizon professionnels différents. C'est ainsi que les cantons de Vaud, Genève ou encore Neuchâtel ont développé le principe des équipes mobiles pluridisciplinaires. Dépendant du canton dans lequel la prestation a effet, les objectifs des équipes mobiles peuvent être quelque peu différents. Ainsi :

- Dans le canton de Neuchâtel, des équipes pluridisciplinaires²⁷ interviennent auprès des familles de manière intensive (jusqu'à six interventions par semaine, soit une présence dans la famille six jours sur sept) afin de faire face aux situations aiguës et tenter de les stabiliser²⁸.
- Dans le canton de Genève, l'équipe mobile, issue de la collaboration entre les hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et la protection des mineurs, ne vise pas la prise en charge directe des jeunes mais le travail avec les institutions (supervision, conseil aux équipes) et la coordination du réseau de soin.
- Dans le canton de Vaud, les équipes mobiles pluridisciplinaires s'adresse tant aux jeunes directement qu'aux partenaires du réseau. En effet, la prestation « s'adresse à des mineurs de 13 à 18 ans (voire plus jeunes) présentant des troubles psychiatriques sévères ainsi qu'une incapacité de recevoir les soins ou le suivi ambulatoire classique qui leur sont proposés. L'équipe mobile assure un soutien aux institutions de la PSE²⁹ qui accueillent ce type de mineurs, en offrant un appui à leur équipe éducative et/ou en intervenant directement auprès des mineurs placés. Elle peut également intervenir comme soutien auprès des jeunes patients pour faciliter leur transition après une hospitalisation. Cette mesure résulte de la collaboration entre le SPJ et le Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » (Peccatus & Dellepiane, 2015, p. 3).

²⁶ Sur la base des évaluations des expériences vaudoises.

²⁷ La Croix-Rouge Neuchâtel proposait déjà précédemment un service psycho-éducatif : intervention d'un duo éducateur-psychologue au domicile des familles au même rythme qu'une mesure AEMO classique.

²⁸ Prestation proposée par la Fondation Carrefour et la Croix rouge ; les modalités d'intervention sont quelque peu différentes selon le prestataire (composition des équipes, nombre d'heures par semaine, durée de la prestation, etc.), mais l'objectif reste le même : le maintien de l'enfant dans son environnement familial dans la mesure du possible.

²⁹ PSE : Politique socio-éducative cantonale en matière de protection des mineurs.

En matière de collaboration interinstitutionnelle, même si cela n'est pas une prestation au sens propre du terme, la commission de coordination des prestations Scube³⁰, mise en place il y a cinq ans dans le canton de Vaud, est également à mettre en avant. Cette structure regroupe les chefs des services de la protection de la jeunesse, de la pédopsychiatrie et de l'enseignement spécialisé ; depuis peu s'est également ajouté un représentant du centre cantonal de l'autisme. La mise en place de cette entité est notamment due au fait que, pour les situations très complexes, il n'est pas possible qu'un seul champ de compétences puisse prendre en charge et gérer l'ensemble des facettes composant la problématique de ces jeunes ; la collaboration et la coordination interservices sont des éléments indispensables pour travailler avec ce genre de population. Du point de vue organisationnel, une séance est prévue tous les deux mois afin de gérer les situations pour lesquelles les partenaires du réseau n'ont pas trouvé de solution adéquate pour répondre aux besoins des jeunes présentant des difficultés cumulées et des besoins complexes. Une des difficultés consiste notamment à éviter que les situations « non pertinentes » ne remontent jusqu'aux chefs de service. En effet, il appartient en premier lieu aux professionnels de terrain de trouver et/ou de faire des propositions en aval. Concernant les situations devant être traitées au cours des séances (5-6 situations en file active), il s'agit de mettre en place une réflexion et de déterminer quelle prestation serait la plus à même de répondre aux besoins présents (cette évaluation tenant compte de ce qui a déjà été mis en place précédemment, des besoins du jeune et des ressources). Au cours de ces séances, les aspects financiers inhérents aux mesures sont également réglés ; le financement est le plus souvent assuré par le secteur dans lequel s'inscrit la mesure, mais peut également être cofinancé par deux services. Cette modalité de fonctionnement a montré divers bénéfices au cours des années :

- Les chefs de service ont connaissance des aspects concrets des situations traitées et sont en lien avec la réalité du terrain.
- La coordination interservices permet de sortir de la logique du « qui va payer ? » car il y a un engagement financier de chacun qui permet de dépasser les prérogatives spécifiques de chaque service.
- La coordination permet également de réduire l'effet « travail en silo » nuisible aux prises en charge
- Les réflexions sont communes et il devient impossible de « se renvoyer la balle ou la patate chaude ».
- Les difficultés auxquelles ont été confrontés les responsables dans la gestion des situations complexes ont généré le questionnement du dispositif existant et fait émerger des réflexions stratégiques sur les possibilités de questionner et/ou d'adapter le dispositif lorsque celui-ci ne couvre pas les besoins.

Afin de renforcer l'efficacité du dispositif, celui-ci est actuellement questionné. Ainsi, la structure Scube s'oriente vers des réflexions stratégiques, alors qu'un sous-groupe Scube, composé des chefs d'offices ou d'unités, s'oriente vers la résolution des situations complexes en lien avec les professionnels de première ligne ; les situations ainsi résolues étant ensuite présentées aux chefs de service.

³⁰ Informations obtenues auprès de Monsieur Philippe Nendaz, Chef de l'Office de l'enseignement spécialisé du canton de Vaud.

Mais les mesures ambulatoires ne sont pas toujours suffisantes pour répondre aux besoins des jeunes. En effet, certains enfants et adolescents ont besoin de plus de soutien et d'encadrement que ne le permettent les prestations précédemment citées. Dès lors, il convient d'aborder la question des prestations résidentielles. Deux éléments nous semblent ici pertinents concernant le travail avec les jeunes présentant des besoins complexes. D'une part, il s'agit de voir comment articuler prise en charge thérapeutique et prise en charge éducative au sein d'une même entité et, d'autre part, il convient de penser à des modes de prise en charge alternatifs ou « à haut seuil de tolérance » pour les jeunes n'ayant pas la capacité de répondre aux exigences de prestations contractuelles classiques.

La première prestation résidentielle présentée ici est l'Institut Maïeutique, structure associant hôpital de jour et hébergement thérapeutico-éducatif. Le choix de retenir cette prestation est basé sur le fait que plusieurs situations valaisannes y ont été adressées, car l'établissement répond à un manque dans le panel cantonal, et elles ont le plus souvent connu des évolutions positives.

Etablissement de soins, spécialisé en psychiatrie, la structure accueille des adolescents et des adultes souffrant de difficultés psychiques et nécessitant des soins dans un cadre thérapeutique structuré. L'objectif est de favoriser le rétablissement et l'acquisition d'une meilleure autonomie en vue de viser une réinsertion sociale et professionnelle. Pour y parvenir, une équipe pluridisciplinaire encadre le processus de soins par des activités psychothérapeutiques, psychosociales et de réhabilitation. Les locaux sont répartis au centre-ville de Lausanne, de même que les différents lieux de vie. Ces derniers peuvent être protégés, semi-protégés ou autonomes. Cette répartition permet aux patients de bénéficier d'une prise en charge répondant à leurs besoins et vise à favoriser l'autonomisation progressive par le passage d'une structure à l'autre. Qui plus est, si l'hébergement thérapeutique contribue à retrouver une structure et un rythme pour la gestion et l'organisation de la vie quotidienne, l'encadrement qui y est proposé est adapté à chacun des résidents à travers un soutien individualisé, aux soins et aux activités de la vie quotidienne. Finalement, pour les patients qui ne souhaitent pas ou n'ont pas la possibilité de rejoindre leur famille le week-end, des activités de loisirs et culturelles sont organisées.

Le second élément concernant les prestations résidentielles est l'accueil en studios ou appartements protégés. Travailler avec des adolescents qui ne demandent pas de soutien, ne peuvent ou ne veulent pas entrer dans un processus d'accompagnement et de changement et n'ont ni projet ni la motivation d'en construire un, nécessite de repenser les prestations. Pour ces jeunes en grande vulnérabilité, il est essentiel de trouver des solutions permettant d'adapter les attentes des professionnels aux capacités des jeunes à faire face aux contraintes de socialisation et à se mobiliser.

Au Tessin, depuis 2006, la Fondation Amilcare propose le concept ADOC³¹, soit l'accompagnement individuel en appartement, pour répondre aux besoins des jeunes de 16 à 20 ans qui, pour diverses raisons, ne peuvent être maintenus ni au sein de leur environnement familial ni en institution, tout en ayant besoin d'un accompagnement individuel. Afin d'assurer le suivi des jeunes (20 jeunes pris en charge sur deux sites), un couple éducatif de référence est assigné à chaque jeune et travaille avec ce dernier 8 heures hebdomadaires en moyenne³². En outre, les équipes ADOC sont actives 24h/24 365

³¹ Concept présenté en annexe 4.

³² Concept ADOC

jours par année. En règle générale, pour pouvoir bénéficier des prestations de la Fondation, les jeunes doivent y être adressés par la protection des mineurs, le service médico-psychologique ou la justice des mineurs³³.

Dans le cadre de la prise en charge, un projet éducatif individualisé est co-construit avec le jeune en fonction de ses besoins et de ses ressources personnelles : « Ce n'est pas le professionnel qui impose les objectifs au jeune, c'est le projet qui est défini en fonction des besoins du jeune »³⁴. Comme l'indique Mattei et Conelli (2017, p. 25) : « Souvent axé sur le contrôle en mettant l'accent sur les aspects normatifs, le modèle éducatif classique est inefficace face à des adolescents qui ont perdu confiance dans le monde des adultes et qui, parfois, posent des problèmes pour le réseau de protection des mineurs en n'adhérant à aucun projet. La Fondation Amilcare change le paradigme de l'accueil : ce ne sont plus l'institution et son fonctionnement qui imposent des objectifs et des règles qui s'appliquent à tous, et auxquels l'adolescent doit s'adapter et se conformer, mais plutôt l'équipe qui, dans la mesure du possible, adapte son fonctionnement aux besoins de chaque adolescent en élaborant avec lui un projet individualisé ». Les domaines d'intervention possibles sont nombreux et généralement spécifiques à chaque situation (autonomie : savoir gérer son argent, être capable de prendre des décisions, s'impliquer dans la recherche d'un emploi, gestion de l'espace de vie (ménage, lessive, ...), etc. ; comportement : arrêt ou réduction de la consommation de substances, respect des lois et des autres, gestion de l'agressivité, etc. ; relations familiales : maintien ou reprise d'une relation avec les parents et/ou les proches ; relations sociales ; gestion des risques en lien la santé tant physique que psychique)³⁵. Cette modalité d'intervention vise à encourager les expériences positives significatives chez les jeunes afin de renforcer leurs compétences et ressources, et de favoriser leur autonomie.

Se basant sur le modèle de la Fondation Amilcare, plusieurs cantons romands proposent actuellement l'hébergement en studios/appartements protégés pour les jeunes en difficultés multiples ou sont en réflexion quant à la possibilité de développer ce genre de prestations (Neuchâtel^{36 37}, Fribourg, Genève, Jura³⁸).

Dans l'idée d'adapter les attentes des lieux d'accueil aux capacités d'adhésion des jeunes aux mesures d'aide qui leur sont proposées, le canton de Vaud propose quant à lui, un accueil bas seuil en foyer. Comme indiqué dans le document Politique socio-éducative cantonale en matière de protection des mineurs (Service de protection de la jeunesse, 2017, p. 35), « la prise en charge en foyer « bas seuil » s'adresse à des adolescents de 14 à 18 ans qui vivent des situations de rupture et/ou ne peuvent pas entrer dans un modèle de prise en charge offert par un foyer proposant des conditions d'accueil plus normatives pour les adolescents. Le but est d'éviter la dégradation physique et psychique du mineur,

³³ <https://www.amilcare.ch/it/offerta/come-accedere-alle-nostre-offerte>

³⁴ « Non è il professionista che impone gli obiettivi al ragazzo ma è il progetto che viene definito in base ai bisogni del ragazzo » (Fondation Amilcare, 2018, p. 14).

³⁵ <https://www.amilcare.ch/it/offerta/quadro-generale>; Concept ADOC.

³⁶ Le projet nommé « La Batoude », piloté par la Fondation Carrefour, fait partie des nouvelles prestations déployées depuis janvier 2019, dans le cadre du nouveau dispositif de protection de l'enfance et de la jeunesse du canton de Neuchâtel, au même titre que l'Action et le soutien ambulatoire à l'enfance et à la famille de la Fondation Carrefour et le Suivi intensif famille et parentalité de la Croix Rouge.

³⁷ Sur demande, la Fondation Carrefour fournira de plus amples informations concernant le projet de studios.

³⁸ Dans les cantons de Genève, de Fribourg et du Jura, le projet est en réflexion.

et son entrée ou son maintien dans un système d'exclusion sociale tout en permettant de répondre aux besoins de base et de restaurer l'image de soi et le lien à l'adulte. Ce type de foyer offre un placement à moyen terme. Les conditions d'accès exigées sont minimales notamment en ce qui concerne le profil du mineur ».

Afin de compléter les informations concernant le travail avec les jeunes en difficultés multiples et présentant des besoins complexes, nous allons brièvement nous intéresser aux constats, issus de recherches ou de rapports, mis en évidence au niveau international :

- « Le constat montre bien que la prise en charge des adolescents en difficulté ou en souffrance est difficile pour les institutions individuellement. La diversité des problèmes qu'ils rencontrent : social, familial, scolaire, sanitaire, judiciaire... fait qu' *« ils échappent au champ d'une seule organisation ou profession »* » (Versini, 2007, p. 98). Cependant, la littérature relève généralement un manque de coordination entre les services/secteurs concernés (Burnside, 2012). Il a donc été souligné la nécessité de dépasser le schéma du travail en silo et de renforcer la collaboration et la coordination intersectorielle (Ungar, Liebenberg & Ikeda, 2014 ; Almqvist & Lassinantti, 2018, Burnside, 2012 ; McCarter, Maschi & Morgen, 2014). Partant de ce constat, des actions décloisonnées entre partenaires des domaines sanitaires, éducatifs et sociaux ont été instaurées : partenariats entre les différentes instances en charge des jeunes, mise en place d'équipes pluridisciplinaires, création d'équipes mobiles, structures alliant thérapeutique et éducatif ou mesures de coordination du réseau en sont des exemples (Versini, 2007 ; Observatoire national de la protection de l'enfance³⁹ ; Mariage & Farbos, 2014 ; Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health, 2016 ; Burnside, 2012). Le manque de coordination a inévitablement pour corollaire un manque de communication et de transmission d'informations entre les intervenants, ce qui ne permet pas d'avoir une continuité dans la prise en charge. Si tous les intervenants reconnaissent l'importance d'assurer la continuité des prises en charge et leur coordination, les faits montrent et ceci en Valais également que, dans la réalité, la liaison entre les différents secteurs professionnels peut être compliquée et ceci au détriment des jeunes.
- La littérature a souligné l'importance d'orienter les mesures sur le patient et son bien-être. Cela signifie que l'orientation des jeunes doit tenir compte de leurs besoins aux différents moments de leur parcours afin que les problématiques en lien avec leur santé mentale, leur comportement, leurs relations familiales ou encore leurs apprentissages soient soutenus et favorisés au mieux (Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health, 2016). Mais travailler dans l'intérêt des jeunes signifie également qu'ils doivent avoir l'opportunité d'être partie prenante du processus. Cela implique notamment de communiquer clairement avec les jeunes sur la raison d'être des mesures mises en place et de leur donner l'occasion d'exprimer leur avis, de même que se focaliser sur leurs compétences et forces (McLean, Price-Robertson & Robinson, 2011 ; Almqvist & Lassinantti, 2018) ; ceci sans pour autant laisser les jeunes seuls dans le processus de décision (Almqvist & Lassinantti, 2018). Une telle approche renforce l'autonomisation des jeunes et a pour effet d'avoir des résultats plus stables et durables (Ungar, Liebenberg, Ikeda, 2014 ; Malvaso et al., 2016). Qui plus est, ces différents

³⁹ <https://www.onpe.gouv.fr/dispositifs>

éléments permettent de renforcer une bonne relation jeune-professionnel ; élément qui apparaît comme crucial dans les études (Cahill et al., 2015, cités par Almqvist & Lassinantti, 2018 ; Ungar et al., 2012, 2013, cités par Almqvist & Lassinantti, 2018 ; Zlotowitz et al., 2016, cités Almqvist & Lassinantti, 2018 ; Ungar, Liebenberg & Ikeda, 2014).

- La nécessité d'avoir des prestations diversifiées a été mise en évidence. L'accès à un panel de prestations allant des mesures ambulatoires aux mesures résidentielles offre aux jeunes la possibilité d'évoluer en fonction de leurs besoins (traitement, réadaptation, soutien en cas de crise, etc.). De plus, bien qu'ayant des profils qui tendent à être similaires, tous les jeunes n'ont pas des besoins identiques en premier lieu (Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health, 2016 ; Burnside, 2012).
- Une approche moins formelle a également été mise en évidence comme pouvant faciliter le travail avec certains jeunes. En effet, le fait que les services soient centrés sur les besoins des jeunes et non sur des principes bureaucratiques (rendez-vous fixes dans des bureaux par exemple) peut être une manière de rendre les services plus accessibles pour certains jeunes (Malvaso et al., 2016). Derrière ce principe se retrouve la notion de flexibilité, indispensable dans le travail avec des jeunes qui, pour certains, n'ont connu que peu de règles jusqu'alors et ont principalement expérimenté un rapport complexe à l'autorité.
- Dernier élément : fonder sa pratique sur des expériences ayant démontré leur efficacité. Rien ne sert de se priver des expériences que d'autres ont faites et qui ont montré des résultats positifs !

Comme le montrent les documents consultés, il n'existe pas de solution miracle pour répondre aux besoins des jeunes présentant des besoins complexes. Toutefois, certaines modalités d'intervention permettent de renforcer les effets et la réussite des mesures. Ainsi, au vu des éléments présentés, pour répondre sur le long terme aux besoins des jeunes présentant des difficultés cumulées, il importe que les services/les prestations proposé(e)s soient coordonnés, orientés sur l'intérêt des bénéficiaires, s'inscrivent sur un continuum et, si possible, aient démontré leur efficacité. D'ailleurs, Ungar, Liebenberg et Ikeda (2014) ont souligné que les prestations respectant ces différents critères présentent généralement de bons résultats.

Finalement, que ce soit en Suisse ou à l'étranger, il semble évident que les prestations permettant de travailler avec les jeunes présentant des difficultés multiples et des besoins complexes doivent viser et permettre la flexibilité, l'adaptabilité aux besoins/capacités des jeunes, de même que la réactivité dans les situations⁴⁰.

Au terme de ce tour d'horizon, nous tenons à souligner deux éléments. En premier lieu, quelles que soient les prestations qui pourraient être envisagées pour renforcer le dispositif cantonal actuel, il convient d'envisager ces éléments comme complémentaires à l'offre actuelle, notamment les placements en milieu fermé dont il ne sera pas possible de faire l'économie avec certains jeunes (ci-

⁴⁰ Les peines « Short, Sharp & Shock », dont font partie les boot camps, très à la mode et en voie de développement aux USA, sont un exemple de mesure totalement contre-productive si l'on se réfère aux critères de réussite évoqué par les différents auteurs. Outre l'absence d'effets positifs, ces mesures auraient même des effets pervers favorisant l'apparition de nouvelles déviations (Kuhn, 2005 ; Tremblay, 2008).

dessous, présentation de La Clairière, Pramont et Valmont et de leurs perspectives pour la suite). En second lieu, il nous semble nécessaire de mettre en évidence que, si miser sur l’ambulatoire présente clairement un intérêt en matière de prise en charge, il importe surtout d’avoir les moyens d’agir plus rapidement lorsque des problématiques se présentent.

Centre éducatif de détention et d’observation La Clairière⁴¹
Le Centre éducatif de détention et d'observation La Clairière peut accueillir une trentaine de mineurs (filles et garçons), adressés par les autorités pénales et civiles. Les jeunes sont répartis dans deux secteurs. Le premier est celui de la détention préventive : détention préventive, mandat d’amener, mandat d’arrêt, mandat disciplinaire, exécution de peines. Ainsi, des jeunes de 15 à 18 ans y sont placés en détention provisoire (art. 27 al. 1 DPMIn), en exécution de peine (art. 25 DPMIn) ou encore en mesure disciplinaire n’excédant pas 7 jours (art. 16 al. 2 DPMIn). Le second secteur est celui de l’observation où des jeunes de 13 à 18 ans sont accueillis en vue de mesures d’observation tant pénales que civiles (placements à des fins d’assistance). Pour un certain nombre de jeunes pris en charge à La Clairière, au sortir des mesures d’observation, il est impossible de réintégrer l’environnement familial ou de pouvoir bénéficier d’un placement au sein du réseau socio-sanitaire genevois compte tenu de leur profil dit « difficile ». Il en résulte donc un prolongement de leur séjour au sein de la structure et la mise sur liste d’attente d’autres jeunes. Bien que cette situation génère la réflexion des professionnels quant au besoin de développer des mesures de transition, il n’est pour l’heure pas prévu de changement dans les prestations proposées par la Clairière ; lesdites décisions étant du ressort des politiques.

Centre éducatif fermé de Pramont
Le Centre éducatif fermé de Pramont, environnement sécurisé et contenant, prend en charge jusqu’à une trentaine de jeunes de sexe masculin (33 places maximum), selon 4 régimes différents. Ainsi, le centre accueille des jeunes de 15 à 25 ans en vue de l’exécution de mesures pénales au sens de l’article 15 al. 2 du DPMIn et de jeunes adultes au sens de l’article 61 du code pénal suisse pour un total de 24 places concernant l’exécution de ces deux régimes. Y sont également accueillis des jeunes en mesure disciplinaire ou en détention avant jugement (9 places pour le DPMIn uniquement). Le Conseil d’Etat valaisan a adopté les principes de la Stratégie pénitentiaire de L’Etat du Valais : « Nouvelles constructions, réaffectations et assainissements sont au programme de ce plan ambitieux qui, à terme, devrait augmenter la capacité pénitentiaire de 97 places et doter le Valais d’établissements adaptés à la plupart des régimes de détention ». Concernant Pramont spécifiquement, il est notamment prévu que 18 nouvelles places, réparties sur trois unités de vie, soient créées, afin de faire face au manque de places au sein des Concordats latins concernant la

⁴¹ Les informations concernant les établissements de La Clairière, Pramont et Valmont ont été obtenues auprès de leur directeur respectif, Messieurs Yannick Hanne, Alexandre Comby et Daniel Javet.

détention des mineurs et jeunes adultes, au sens des régimes particuliers proposés par l'établissement valaisan⁴².

Centre communal pour adolescents de Valmont

Sur mandat des autorités pénales et civiles, le Centre communal pour adolescents de Valmont accueille, dans un cadre sécurisé et sécurisant, jusqu'à 24 jeunes (filles et garçons) de 14 à 18 ans en danger dans leur développement en raison de leurs comportements ou de leur situation personnelle. En outre, les jeunes y sont placés pour des séjours de courte et de moyenne durée (recadrage éducatif, séjour d'observation socio-éducative, mesures protectionnelles). La possibilité d'accueillir des jeunes pour des séjours de longue durée est en réflexion et s'inscrit dans la lignée de la réévaluation de la politique socio-éducative du canton de Vaud actuellement en cours. Dans ce contexte, se pose notamment la question des critères permettant ou devant conduire à une privation de liberté, ou plus justement à une restriction des libertés, afin de remédier à la mise en danger du mineur. Bien évidemment, la définition-même de la notion de mise en danger est ici à considérer. S'agit-il d'une acception restrictive (mise en danger directe) ou d'une acception au sens large, soit tout comportement présentant un risque d'exclusion familiale, scolaire, ou encore sociale pour le jeune ? Le positionnement ultérieur des politiques, quant à la définition retenue, définira donc les mandats que le Centre devra assumer à l'avenir. Les prestations actuelles permettent de répondre aux besoins des mises en danger directes et demeureront par conséquent inchangées, mais il pourra éventuellement s'agir de penser de nouvelles prestations pour compléter le panel existant si la notion de mise en danger devait être envisagée au sens large. Dans cette idée, l'hébergement de longue durée, mentionné plus haut, pourrait être envisagé et présenter un intérêt notoire, notamment pour les jeunes placés de manière récurrente au sein de l'institution sans que cela ne leur permette de réintégrer leur lieu de vie dans une optique de durée.

⁴² Communiqué de presse Stratégie pénitentiaire de l'Etat du Valais - Réforme de fond « Vision 2030 » disponible à l'adresse : <https://www.vs.ch/documents/529400/4408016/2018+11+12+--+Communiqu%C3%A9+-+strat%C3%A9gie+p%C3%A9nitentiaire/8fc358c4-9942-40ba-bb6f-e48986fa8c13>

6. RECOMMANDATIONS

Considérant les expériences des autres cantons romands, de même que les difficultés et besoins mis en avant par les professionnels de terrain concernant le travail avec les jeunes en difficultés multiples et présentant des besoins complexes, les recommandations ci-dessous sont formulées. Avant de présenter lesdites recommandations, deux éléments centraux dans le travail avec ces jeunes se doivent d'être rappelés. D'une part, les réponses institutionnelles sont très souvent inadaptées, car « la spécialisation des services amène ces derniers à se déclarer rapidement incompetents, les difficultés du jeune étant précisément multiples, et, de fait, ne pouvant se résumer à l'espace d'intervention d'un seul service ou établissement » (Jamet, 2015, p. 4). Ce constat est également mis en exergue dans les propos suivants : « Les adolescents et jeunes en difficulté nécessitant des prises en charges multiples sont les victimes d'un système devenu obsolète. Penser une organisation en mode « parcours » et non en « silo », c'est dépasser les failles qui dirigent les situations les plus complexes hors des capacités d'accueil, dominées par des logiques d'agrément, de pathologie et de secteur. Les situations les plus difficiles à appréhender sont par conséquent celles qui échappent le plus facilement aux organisations catégorielles ; aucune case ne correspondant aux jeunes, ils deviennent « incasables ». L'inadaptation peut aussi être due à l'absence de réponses ajustées et coordonnées entre les professionnels des soins et de l'éducation, limités dans leurs champs de compétence ou dans la connaissance qu'ils ont des autres acteurs de l'intervention socio-éducative » (Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité, 2016, p. 177). D'autre part, « la construction d'une réponse adaptée induit le rapprochement des professionnels du soin, de la prévention et de l'éducation et non pas seulement la juxtaposition d'interventions. Il faut donc promouvoir la mise en place de nouveaux dispositifs, qui seraient construits dans une approche concertée, fondée sur la connaissance mutuelle, l'identité professionnelle de chacun mais aussi sur l'articulation inter-institutionnelle » (Jamet, 2015, p. 4). L'une des forces du canton jusqu'à maintenant a été de maintenir une approche généraliste de la prise en charge des jeunes en souffrance et d'avoir la capacité de mettre les ressources des différents champs professionnels en commun afin de répondre aux besoins du plus grand nombre. Ne pas miser sur le développement de structures répondant de manière spécialisée à une problématique spécifique, comme le font les centres universitaires notamment, a également permis au canton de ne pas être confronté à une explosion des coûts en matière de prise en charge et d'accompagnement des jeunes en présentant le besoin. Il paraît donc important, voire indispensable, de maintenir cette approche et renforcer le dispositif cantonal au moyen de prestations allant en ce sens.

1. Création d'une équipe mobile pluridisciplinaire intervenant dans la communauté et auprès des institutions

Le premier élément motivant cette recommandation est le fait que seule une minorité de jeunes présentant des troubles psychiatriques a accès aux soins et cette minorité ne représente pas nécessairement les situations les plus complexes. Ainsi, l'équipe mobile pluridisciplinaire pourrait fournir des prestations, sur leur lieu de vie (domicile, institution, studios/appartements protégés), aux jeunes présentant des troubles psychiatriques mais qui refusent ou échappent au suivi ambulatoire classique, soit évaluation, suivi, travail avec l'entourage éducatif des jeunes (famille ou professionnels),

ou encore soutien aigu auprès des familles en cas de crise. L'équipe pourrait également agir comme facilitateur lors du retour d'un jeune sur son lieu de vie après une hospitalisation.

Le second point sous-tendant la mise en place d'une telle équipe émane du fait que les professionnels des domaines éducatif et scolaire ont exprimé leur sentiment d'impuissance face à ces situations complexes. Un engagement consultatif des professionnels du domaine sanitaire pourrait être effectué, via l'équipe pluridisciplinaire, auprès des institutions afin de soutenir les équipes de manière globale (supervision, analyse de pratiques, etc.) et de façon plus spécifique lors des moments de crise (gestion et évaluation de l'état du jeune, débriefing avec les équipes, etc.). La pédopsychiatrie de liaison pourrait être envisagée comme partenaire, pour cet aspect de la prestation, pour autant que les professionnels soient mobilisables rapidement en cas de crise.

Les champs d'intervention de l'équipe mobile pluridisciplinaire peuvent être vastes (interventions dans les foyers sous forme de supervision et pour la gestion de crise, interventions à domicile et en studios/appartements protégés). Pour assumer ces différents mandats et compte tenu de la diversité des problématiques possibles (familiales, sociales, scolaires, psychologiques voire psychiatriques), il est préconisé que l'équipe soit composée de professionnels de différents secteurs, à savoir un représentant de la protection de l'enfance, un représentant du service de pédopsychiatrie (médecin ou infirmier), un représentant de l'enseignement spécialisé et un représentant du milieu éducatif. En outre, l'intervention dans les moments de crise implique que l'équipe mobile soit effective 24/24 et 7/7. Toutes les situations ne nécessitant pas la présence de tous les intervenants, il conviendra donc de les mobiliser en fonction des besoins spécifiques de chaque intervention.

Nous tenons à souligner que sont présentées ci-dessus les prestations qui pourraient être fournies par l'équipe mobile pluridisciplinaire. Bien évidemment, lesdites prestations devront être définies précisément par la suite : les professionnels concernés (Service de la jeunesse, Pédopsychiatrie, Service de l'enseignement spécialisé, professionnel du milieu institutionnel) devront élaborer et formaliser un concept délimitant clairement les mandats et les champs d'action dévolus à l'équipe mobile.

Finalement, la nécessité de travailler les partenariats et renforcer les ponts entre éducatif et sanitaire a largement été mise en avant dans le cadre de ce travail. La mise en place d'une équipe mobile pluridisciplinaire serait une belle opportunité d'œuvrer en ce sens.

2. Développement de la prestation hôpital de jour

Plusieurs professionnels ont fait état du manque de structure intermédiaire entre l'hospitalier et l'éducatif dans le dispositif cantonal. Pour faire face à cette lacune, un hôpital de jour serait une solution intéressante.

Ce modèle, existant déjà sous une forme restreinte actuellement sur le site de Sierre, mériterait d'être développé afin d'offrir aux jeunes une alternative aux hospitalisations – mode de prise en charge trop souvent visé pour les jeunes qui ne trouvent de place « nulle part » - et des activités thérapeutiques répondant à leurs besoins particuliers ; cela concerne notamment les aspects suivants : (prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique, travail sur les aspects d'orientation scolaire et professionnelle,

offre scolaire spécialisée individualisée, travail de réseau avec les différents intervenants (scolaires, soignants, éducatifs, sociaux), ou encore entraînement aux habiletés sociales.

Ce mode de prise en charge global, tenant compte des aspects psychologiques, éducatifs, scolaires, familiaux ou encore sociaux, et dispensé par une équipe pluridisciplinaire, doit permettre de favoriser le rétablissement et l'acquisition d'une meilleure autonomie, de soutenir le maintien des jeunes dans leur lieu de vie, et de définir et construire un projet individuel visant la réinsertion sociale et scolaire/professionnelle.

3. Mise en place de groupes thérapeutiques et scolaires de jour

Destiné à des enfants/adolescents présentant des problématiques spécifiques telles que TSA ou phobies scolaires et ne pouvant faire face aux exigences de performances cognitives et sociales attendues au moment de la scolarisation, un enseignement classique au sein d'une classe est impossible en raison de leur problématique psychique, même si le groupe est fortement réduit. Et ceci même si chez certains les facultés d'apprentissage sont préservées. Concrètement, il est donc proposé de développer un mode de prise en charge global (scolaire, éducatif, thérapeutique) assuré par des équipes professionnelles pluridisciplinaires (éducateurs, pédagogues, enseignants spécialisés, pédopsychiatres/psychologues, etc.) au sein de petites structures pédago-thérapeutiques de jour.

En outre, afin de favoriser et simplifier la mise en œuvre de la prestation, de même qu'en réduire les coûts, il convient de tenir compte des ressources disponibles auprès des partenaires. Ainsi, le dispositif pourrait être physiquement intégré au sein d'une structure existante ayant des locaux disponibles. Qui plus est, il est nécessaire que la prestation s'appuie sur les partenariats interinstitutionnels préexistants, les partenariats privé-public notamment, afin de bénéficier des ressources en personnel des structures. Cela permettrait donc d'envisager une mise en place rapide et sans grands frais supplémentaires d'une telle entité.

Finalement, penser la prise en charge journalière des jeunes en souffrance sera bénéfique tant pour les jeunes, dont les difficultés seront soutenues de manière adéquate, que pour l'ensemble des professionnels en recherche de solutions pour répondre aux obstacles auxquels ils font face avec cette population.

4. Développement de l'accompagnement éducatif intensif en milieu ouvert

L'importance de renforcer les mesures ambulatoires d'accompagnement éducatif a déjà été évoquée dans le cadre du premier rapport de l'OCJ en 2015. Il y était indiqué qu'il serait pertinent de renforcer les mesures d'accompagnement ambulatoires en adoptant une approche intensive, afin qu'elles soient adaptables aux besoins des familles, notamment dans les situations aiguës. Le soutien intensif devrait prendre effet sur un laps de temps déterminé et cette première phase intensive pourrait être suivie d'un assouplissement de la mesure au fil du temps, afin de permettre aux jeunes et à leur entourage de retrouver leur autonomie tout en bénéficiant d'un soutien en cas de difficulté. Cette approche peut permettre d'éviter l'épuisement de l'environnement familial et un éventuel abandon des responsabilités parentales.

En plus de l'aspect éducatif et humain de la prise en charge à domicile, ce type de mesure peut permettre de réduire les frais engendrés par un placement institutionnel. Concernant la réduction des coûts, en 2017, l'Association AEMO avait effectué une comparaison entre ambulatoire et stationnaire. Partant de ce calcul et en appliquant le tarif actuel des prestations, il apparaît que, sur une durée de 6 mois, l'économie pourrait être de 16'140 CHF pour un enfant.

COÛT DU SOUTIEN EDUCATIF INTENSIF vs PLACEMENT INSTITUTIONNEL POUR UN JEUNE			
		Coût	Total
Durée du suivi/placement hypothétique : 1^{er} janvier -30 juin			
Total des heures de soutien éducatif intensif	260 ¹	105.-/h ²	Fr. 27'300.-
Total des journées de placement	181	240.-/j ³	Fr. 43'440.-
Economie grâce aux mesures ambulatoires			Fr. 16'140.-

¹ les cantons romands proposant la prestation comptent un maximum de 10h de soutien éducatif par semaine, nous avons donc repris cette base de calcul

² tarif depuis le 1^{er} janvier 2018

³ calculé sur la moyenne des coûts journaliers des institutions : St-Raphaël (CPS), Cité Printemps et la Chaloupe, déduction faite de la part OFJ (AEMO, 2017, p. 18)

L'objectif des prestations ambulatoires intensives n'est pas de remplacer les mesures stationnaires car il est évident que certains placements, quelle que soit l'aide apportée aux familles, ne pourront être évités, le développement et le bien-être de l'enfant étant trop fortement impactés par ses conditions de vie. Via cette prestation, il s'agit d'initier et d'accompagner un changement d'attitudes significatif et de permettre une orientation rapide en fonction des besoins des jeunes si la mesure n'est pas adéquate.

5. Création d'une équipe sur le modèle du Dispositif d'intervention et d'observation pluridisciplinaire

« Il faut développer des initiatives innovantes en allant vers les jeunes pour les informer et créer du lien avec eux ; porter une attention toute particulière à ceux qui ne formulent aucune demande explicite d'aide et qui n'iront jamais dans le circuit traditionnel » (Versini, 2007, p. 110). Si les notions de proximité, d'adaptabilité et de non-exclusion sont importantes dans le travail avec autrui, elles le sont encore plus lorsqu'il s'agit de jeunes en difficultés multiples afin de favoriser leur adhésion aux mesures d'aide. Qui plus est, pour une certaine frange de la population, travailler selon une approche informelle présente de bons résultats.

Partant de ces constats, il est proposé de développer le concept de travail social de proximité intensif. L'objectif de cette mesure est, d'une part, de permettre aux jeunes en situation de grande fragilité de maintenir un lien avec la société au sens large (famille, autorités, réseau d'aide, etc.) avec les ressources qui sont les leurs à un moment donné de leur parcours et, d'autre part, d'établir un partenariat avec les autorités (OPE, Tribunal des mineurs, APEA), afin de faire le lien entre ces dernières et les jeunes ; il s'agit notamment de pouvoir porter à leur connaissance les problématiques et les besoins des jeunes.

A la différence du travail social hors murs qui s'effectue déjà sur le territoire valaisan, la prestation dépendrait du canton et non des communes et serait mise en place à la demande de services/instances

spécifiques (SCJ, Tribunal des mineurs ou APEA). Finalement, les jeunes présentant des difficultés multiples étant en situation de précarité importante sur différents plans, il importe que la prestation leur soit accessible 24h/24 en cas de besoin.

6. Création d'une commission de coordination des mesures SCJ-SPPEA-OES

« Lorsque des jeunes présentent une configuration complexe de problématiques ou que leurs symptômes et leurs difficultés dépassent un certain seuil d'intensité et de gravité, le système d'aide s'agite. Ainsi, bien souvent, dans un tel contexte, les jeunes et leurs familles sont écartelés entre différents services qui tentent, chacun dans son domaine spécifique, de solutionner le problème pour lequel il a développé une expertise. La spécialisation et l'affirmation tranchée des diverses identités organisationnelles et professionnelles engendrent des effets indésirables de fragmentation et de discontinuité de l'aide offerte. La séquence est bien connue : amplification des symptômes et des difficultés présentées par les jeunes, sentiments d'impuissance chez les intervenants, tensions entre les organisations elles-mêmes, et aussi avec les familles, multiplication du nombre d'intervenants, référence dans un climat d'urgence et de crise » (Asselin & Gagnier, 2007, p. 194).

Or, s'il est des notions qui ont été identifiées comme essentielles dans la prise en charge des situations complexes au cours de ce travail, ce sont bien la coordination et la collaboration interinstitutionnelles. Concernant la coordination des mesures, l'expérience menée dans le canton de Vaud a démontré les apports de ce mode de fonctionnement ; il s'agit notamment de sortir de la logique du « qui va payer ? », réduire l'effet « travail en silo » et de questionner et/ou adapter le dispositif existant.

Ainsi, afin de favoriser des espaces de réflexion et d'élaboration communes pour la prise en charge des situations complexes et, de ce fait, renforcer le dispositif cantonal, il est proposé de mettre en place une commission de coordination des mesures regroupant les chefs du SCJ, du SPPEA et de l'OES. Notons encore que, selon les situations et les besoins inhérents, il pourrait être envisagé de convier des tiers à prendre part aux séances (par exemple directeurs d'institutions d'éducation spécialisée). Les modalités de fonctionnement seront à définir et formaliser ultérieurement dans le cadre d'un concept.

7. Développement de l'hébergement en studios/appartements protégés

Chez des mineurs déstructurés, aux parcours familiaux chaotiques et aux rapports complexes à l'autorité, l'imposition soudaine de règles et les contraintes de la vie en collectivité peuvent être perçues comme des formes de violence. De plus, comme cela a déjà été mentionné précédemment dans ce travail, le modèle éducatif classique, axé le plus souvent sur le contrôle et les aspects normatifs, est inefficace face à des adolescents qui posent des problèmes à l'ensemble des professionnels du réseau de protection des mineurs, et autres instances en charge de les encadrer.

Pour ces jeunes en particulier, il est essentiel de repenser le dispositif et de travailler en fonction de leurs besoins, ressources personnelles et capacités à entrer dans un processus d'accompagnement et de changement. Le modèle de la Fondation Amilcare tient compte de ces différents éléments et, à ce titre, semble pertinent pour compléter le dispositif valaisan de prise en charge et d'accompagnement des jeunes présentant des besoins complexes. Qui plus est, coupler avec une mesure ambulatoire telle

que l'équipe mobile pluridisciplinaire, ce mode d'hébergement pourrait réduire les risques de mise en danger chez les mineurs (fugues ou non-participation au suivi thérapeutique par exemple) et favoriser la continuité de la prise en charge.

8. Effectuer une comparaison intercantonale des ressources disponibles en pédopsychiatrie

Plusieurs professionnels ayant fait état du manque de ressources dans le domaine de la pédopsychiatrie, il serait nécessaire d'étayer ce constat grâce à la mise en perspective de la situation valaisanne en comparaison de la situation d'autres cantons romands. Avoir une vision objective permettrait d'évaluer concrètement si des mesures doivent être prises et dans quelle mesure.

Malheureusement, pour l'heure, il n'est pas possible d'effectuer une telle comparaison car les données sont parcellaires, voire indisponibles ; ceci est valable quelle que soit la source d'information retenue (Office fédéral de la statistique, Fédération des médecins suisses, Observatoire valaisan de la santé, Observatoire suisse de la santé, Société médicale valaisanne, Office du médecin cantonal valaisan). A titre d'exemple, voici quelques problèmes concernant les données et leur disponibilité :

- Il n'est pas possible de connaître le nombre de pédopsychiatres actifs dans le canton ; en Valais, les données disponibles concernent le nombre d'autorisations de pratique
- Il n'existe pas de données sur le taux d'activité des pédopsychiatres en Valais
- Les chiffres existant concernant le taux d'hospitalisation ne sont disponibles que pour l'ensemble de la Suisse et ne permettent pas de séparer les chiffres des différents cantons, ou alors ils ne sont pas disponibles pour les différentes classes d'âge
- La société médicale valaisanne ne dispose d'informations que sur les médecins qui y sont affiliés et tous ne le sont pas

Afin de tenter d'avoir des réponses permettant de comparer les données valaisannes à celles d'autres cantons, il conviendrait que le service concerné planifie la réalisation d'une étude comparative auprès de l'ensemble des cantons romands et concernant notamment :

- Le nombre de pédopsychiatres installés en privé
- Le nombre de pédopsychiatres travaillant en milieu hospitalier
- Le taux d'activité moyen des pédopsychiatres installés en privé
- Le taux d'activité moyens des pédopsychiatres exerçant en milieu hospitalier
- Le taux d'hospitalisation en pédopsychiatrie, selon le sexe et l'âge des jeunes

9. Développer la recherche et les projets pilotes dans le domaine de la prise en charge des jeunes en difficultés multiples présentant des besoins complexes

Il n'est plus à démontrer qu'axer sa pratique sur des mesures ayant démontré leur efficacité permet d'améliorer les pratiques professionnelles et de proposer aux bénéficiaires des prestations une prise en charge de plus grande qualité. Malheureusement, pour l'heure, la recherche sur la prise en charge des jeunes présentant des difficultés multiples et des besoins complexes n'en est qu'à ses débuts. Il importe donc d'initier des expériences pilotes, de les évaluer et de les documenter afin de renforcer les connaissances dans le domaine.

7. CONCLUSION

Un nombre croissant de jeunes parviennent à mettre à mal l'ensemble des instances en charge de les encadrer au quotidien, que ce soit la famille, l'école ou encore les institutions. Ces enfants et adolescents présentent le plus souvent des difficultés familiales, sociales, scolaires, psychologiques, voire psychiatriques, et judiciaires. Qui plus est, pour nombre d'entre eux, leur mal-être est exprimé au travers de manifestations auto et hétéro-agressives.

Face à ces jeunes, les professionnels sont démunis et la gestion de ces situations complexes est épuisante pour les équipes et met à mal l'ensemble des structures, car il semble qu'aucune d'elles ne soit réellement adaptée ou ne dispose des moyens nécessaires pour faire face aux besoins de prise en charge de cette population « difficile ». Ce sont en effet des jeunes qui nécessitent des prises en charge multiples – médicale, éducative, sociale – et concertées. Même si le Valais peut se prévaloir d'un réseau de professionnels qui souhaitent collaborer, assumer conjointement les responsabilités et s'investir dans la prise en charge des jeunes, la collaboration et la coordination font parfois défaut dans le dispositif de prise en charge et d'accompagnement valaisan actuel.

Afin de renforcer les pratiques professionnelles et apporter une plus grande qualité de prise en charge aux jeunes présentant des besoins complexes, nous nous sommes intéressés aux réflexions initiées et aux dispositions prises dans les autres cantons romands pour faire face aux besoins de cette population particulière. De ce tour d'horizon, il est ressorti que les éléments-clés sont une collaboration structurée et la coordination entre les partenaires, le travail pluridisciplinaire, la flexibilité et l'adaptabilité des prestations aux capacités des jeunes à prendre part aux mesures d'aides qui leur sont proposées.

Lorsqu'il s'agit de déterminer des politiques ou de développer des prestations, les expériences que d'autres ont faites doivent être prises en compte et ceci d'autant plus lorsque les pratiques semblent présenter un apport non négligeable. Partant de ce constat, nous avons donc proposé de transposer certaines pratiques extra-cantoniales à la réalité valaisanne. Les options retenues sont ambitieuses mais réalistes. En effet, les prestations prenant appui sur les synergies/les collaborations et les ressources matérielles déjà existantes peuvent être développées dans un laps de temps relativement restreint et n'engendreraient que peu de frais supplémentaires (équipe mobile pluridisciplinaire, groupes thérapeutiques et scolaires, AEMO intensif), voire aucun frais (commission de coordination des prestations, projets pilotes, études). Les prestations devant être pensées et développées dans leur intégralité (studios, travail de proximité intensif) seraient quant à elles plus coûteuses, mais permettraient à terme d'espérer un retour sur investissement. En effet, en proposant des prestations adaptées aux besoins des jeunes cela permettrait d'éviter la multiplication de mesures inefficaces et coûteuses, de même qu'envisager une éventuelle réduction du temps de prise en charge. Il nous semble encore nécessaire de souligner que nombre des propositions faites vont dans le sens des préconisations du Parlement, dans la mesure où l'ambulatoire est largement mis en avant. En effet, dans la réponse au postulat 3.0262 « L'ambulatoire avant le stationnaire – également dans le domaine des mesures de protection de l'enfant »⁴³, il est indiqué : « le Valais dispose de ressources limitées dans le domaine ambulatoire, notamment en ce qui concerne les mesures de protection et les

⁴³ Postulat 3.0262 du 12.05.2016, Gilbert Truffer, Jennifer Näpfl, Xavier Mottet, et cosignataires, L'ambulatoire avant le stationnaire – également dans le domaine des mesures de protection de l'enfant.

prestations spécialisées dans les secteurs pédago thérapeutique et de la psychologie scolaire. En fonction de l'état financier du Canton, il y aurait lieu de renforcer ces prestations dès que possible ».

Pour conclure, les différentes propositions représentent des opportunités de renforcer le dispositif cantonal et de faire en sorte que les prestations soient en adéquation avec les besoins actuels et probablement futurs des jeunes présentant des difficultés multiples et des besoins complexes.

8. RÉFÉRENCES

Almqvist, A.-L., & Lassinantti, K. (2018). Social work practices for young people with complex needs : an integrative review. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 35, 207-219.

Asselin, P., & Gagnier, J.-P. (2007). Aider les jeunes en difficulté au-delà du diagnostic : une expérience novatrice au Québec. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 38, 193-210. Article disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2007-1-page-193.htm>

AvenirSocial. (2013). *Flyer DIOP*. Lausanne : AvenirSocial section Vaud. Disponible à l'adresse : http://www.avenirsocial.ch/cm_data/Flyer_Diop.pdf

Barreyre, J. (2014). Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables ». In : J. Barreyre, *Éloge de l'insuffisance: Les configurations sociales de la vulnérabilité* (pp. 131-158). Toulouse, France: ERES.

Biederman, J., Monuteaux, M. C., Mick, E., Wilens, T. E., Fontanella, J. A., Poetzi, K. M., et al. (2006). Is cigarette smoking a gateway to alcohol and illicit drug use disorders? A study of youths with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 59(3), 258-264.

Blase, S. L., Gilbert, A. N., Anastopoulos, A. D., Costello, E. J., Hoyle, R. H., Swartzwelder, H. S., et al. (2009). Self-Reported ADHD and Adjustment in College. *Journal of Attention Disorders*, 13(3), 297-309.

Burnside, L. (2012). *Youth in care with complex needs. Special report for the office of the children's advocate*. Manitoba: Office of the children's advocate.

Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI). (2016). *Etude régionale « Jeunes et adolescents en difficulté nécessitant des prises en charge multiples et coordonnées » pour l'ARS Bretagne*. Rennes : CREAI.

Chabrol, H., Chauchard, E., & Girabet, J. (2008). Cannabis use and suicidal behaviours in high-school students. *Addictive Behaviors*, 33(1), 152-155.

Eggertswyler, P., Beney, B., Jolidon-Fleury, I., & Gerber, A. (2017). *Accompagnement éducatif ambulatoire intensif. Travail au sein des familles et avec des jeunes adultes en rupture*. Délémont : Fondation St-Germain.

Elkins, L. J., Mc Gue, M., & Iacono, W. G. (2007). Prospective effects of attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and sex on adolescent substance use and abuse. *Archives of General Psychiatry*, 64(10), 1145-1152.

Fondation Amilcare. (2018). *Linee direttive*. Lugano : Fondazione Amilcare. Disponible à l'adresse : <https://www.amilcare.ch/it/fondazione/linee-direttive>

Hallfors, D., Waller, M., Ford, C., Halpern, C., Brodish, P., & Iritani, B. (2004). Adolescent depression and suicide risk : association with sex and drug behavior. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(3), 224-231

Jamet, L. (2015, novembre). *Les adolescents à difficultés multiples. Quel public ? Quels dispositifs ? Quelles perspectives ?* Intervention lors de la 7^{ème} Conférence annuelle de l'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance en Finistère « Enfants et adolescents à difficultés multiples : Quelles coopérations pour un accompagnement partagé ? », Briec-l'Odét, France.

Katon, W., Richardson, L., Russo, J., McCarty, C., Rockhill, C., McCauley, E., et al. (2010). Depressive symptoms in adolescence : the association with multiple health risk behaviors. *General Hospital Psychiatry*, 32(3), 233-239.

Kokkevi, A., Richardson, C., Florescu, S., Kuzman, M., & Stergar, E. (2007). Psychosocial correlates of substance use in adolescence : a cross-national study in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence*, 86(1), 67-74.

Kokkevi, A., Richardson, C., Olszewski, D., Matias, J., Monshouwer, K., & Bjarnason, T. (2012). Multiple substance use and self-reported suicide attempts by adolescents in 16 European countries. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(8), 443-450.

Kuhn, A. (2005). *Sanctions pénales : est-ce bien la peine ?* Grolley : L'Hèbe Eds.

Low, N., Lee, S., Johnson, J., Williams, J., & Harris, E. (2008). The association between anxiety and alcohol versus cannabis abuse disorders among adolescents in primary care settings. *Family Practice*, 25(5), 321-327.

Malvaso, C., & Delfabbro, P. (2015). Young people with complex needs leaving out-of-home care : service issues and the need to enhance practice and policy. *Children Australia*, 41(1), 69-79. doi :10.1017/cha.2015.48

Malvaso, C., Delfabbro, P., Hackett, L., & Mills, H. (2016). Services approaches to young people with complex needs leaving out-of-home care. *Child Care in Practice*, 22(2), 128-147.

Mariage, E., & Farbos, J. (2014). Accompagner le temps de l'adolescence difficile dans une unité innovante créée en partenariat entre l'hôpital psychiatrique et le département. *L'Information Psychiatrique*, 90, 35-42.

Mattei, R., & Conelli, G. P. (2017). La continuité relationnelle, pierre angulaire de l'engagement. *Prison-info*, 2, 22-27.

McCarter, S. Maschi, T., & Morgen, K. (2014). Inter-professional collaboration : perceptions and practices with youth with complex problems. *Journal of Forensic Social Work*, 4(1), 63-77. doi :10.1080/193628X.2013.859027

McLean, S., Price-Robertson, R., & Robinson, E. (2011). Therapeutic residential care in Australia : Taking stock and looking forward. *National Child Protection Clearinghouse*, 35.

Needham, B. (2007). Gender differences in trajectories of depressive symptomatology and substance use during the transition from adolescence to young adulthood. *Social Science & Medicine*, 65(6), 1166-1179.

Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2016). *Avenir de la psychiatrie en Suisse. Rapport en réponse au postulat de Philipp Stähelin (10.3255)*. Berne : OFSP.

Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health. (2016). *Residential care for young people with complex needs. Evidence In-sight*. Ottawa : Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health. Disponible à l'adresse : <http://www.excellenceforchildand youth.ca/resource-hub/evidence-in-sight-database>

Peccatus, S., & Dellepiane, M. (2015). *Une politique socio-éducative pour les mineurs*. REISO, Revue d'information sociale, mis en ligne le 17 décembre 2015. Article disponible à l'adresse : <https://www.reiso.org/articles/themes/enfance-et-jeunesse/404-une-politique-socio-educative-pour-les-mineurs>

Schilling, E., Aseltine, R., Glanovsky, J., James, A., & Jacobs, D. (2009). Adolescent alcohol use, suicidal ideation, and suicide attempts. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 44(4), 335-341.

Service cantonal de la jeunesse. (2015). *Observatoire cantonal de la jeunesse. Rapport annuel 2015*. Sion : SCJ.

Service d'action éducative en milieu ouvert du Valais romand (AEMO). (2017). *Dossier de présentation*. Sion : AEMO.

Service de protection de la jeunesse (SPJ). (2017). *Politique socio-éducative cantonale en matière de protection des mineurs (PSE)*. Lausanne : SPJ.

Tremblay, R. E. (2008). *Prévenir la violence dès la petite enfance*. Paris : Odile Jacob Eds.

Ungar, M., Liebenberg, L., & Ikeda, J. (2014) Young people with complex needs : Designing coordinated interventions to promote resilience across child welfare, juvenile corrections, mental health and education services. *British Journal of Social Work*, 44, 675-693.

Versini, D. (2007). *La Défenseure des enfants – Rapport thématique 2007 : « Adolescents en souffrance : plaider pour une véritable prise en charge »*. Paris : Défenseur des enfants.

Walther, C. A. P., Cheong, J., Molina, B. S. G., Pelham, W. E., Wymbs, B. T., Belendiuk, K. A., et al. (2012). Substance Use and Delinquency Among Adolescents With Childhood ADHD : The Protective Role of Parenting. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(3), 585-598.

9. ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE ENVOYÉ AUX PROFESSIONNELS

CONTEXTE DU QUESTIONNEMENT

De plus en plus de jeunes mettent à mal leur environnement familial de même que les instances en charge de les encadrer, de par leurs comportements inadéquats souvent associés à des difficultés psychologiques. Pour ces jeunes, refusant ou n'ayant pas la capacité d'entrer dans des modes de prise en charge et d'accompagnement spécialisés ordinaires, ces derniers sont ou deviennent inefficaces. Il est dès lors nécessaire d'évaluer quels sont les moyens de prévenir la dégradation de ces situations complexes et les risques de rupture à long terme pour ces jeunes.

Afin d'y parvenir, il s'agit, d'une part, d'évaluer les difficultés spécifiques rencontrées par les acteurs de terrain, tout comme leurs besoins et, d'autre part, de mettre en place une réflexion sur les possibilités de développement du dispositif de prise en charge.

L'objectif du présent questionnaire est donc d'avoir un aperçu préliminaire de la situation et des pistes de réflexion possibles.

QUESTIONNAIRE

1. Dans quelle instance travaillez-vous ?
2. Décrivez en quelques lignes l'apport que votre instance offre aux jeunes de notre canton (max. 1'000 caractères)
3. Décrivez de manière synthétique le fonctionnement de votre instance
 - a. Organisation (max. 1'000 caractères)
 - b. Types de professionnels et nombre d'EPT par secteur (max. 1'000 caractères)
4. Quel est le public avec lequel vous travaillez ?

☐ Filles

☐ Garçons

☐ Moins de 12 ans

☐ 12-15 ans

☐ 16 -18 ans

☐ Problématique comportementale

☐ Problématique psy

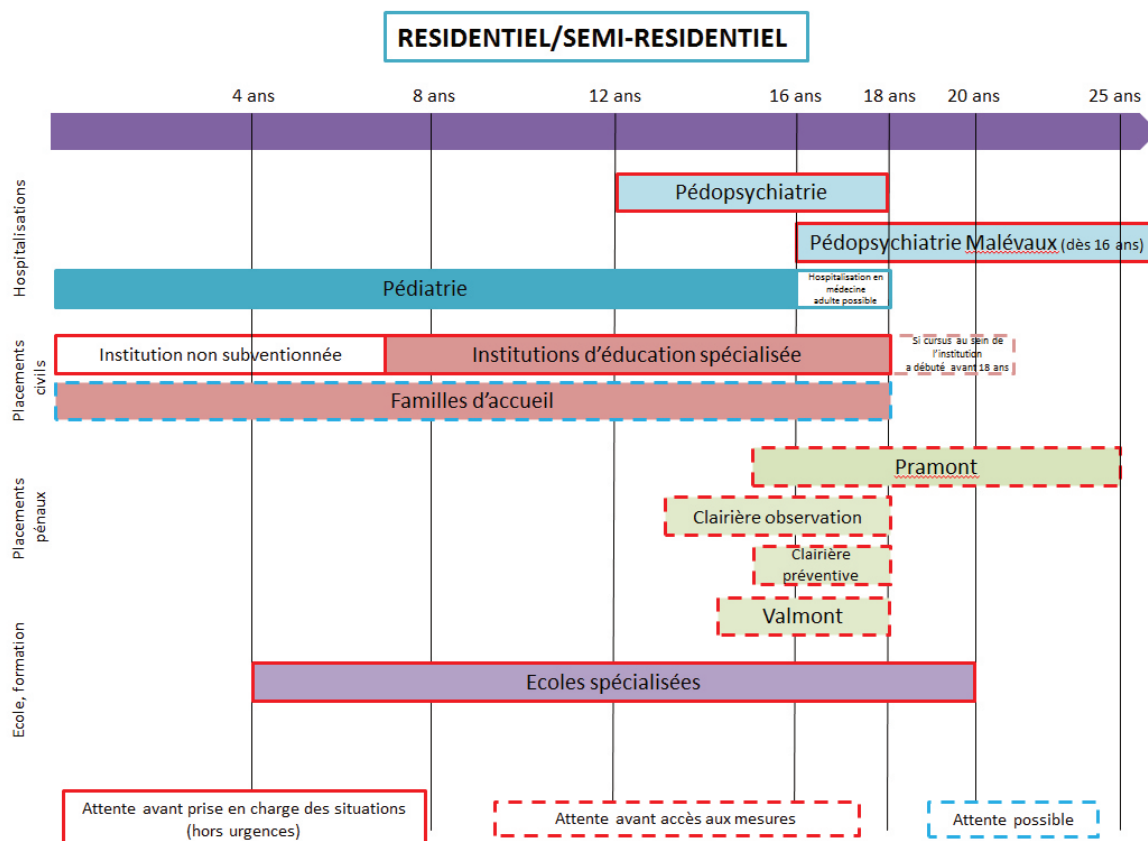
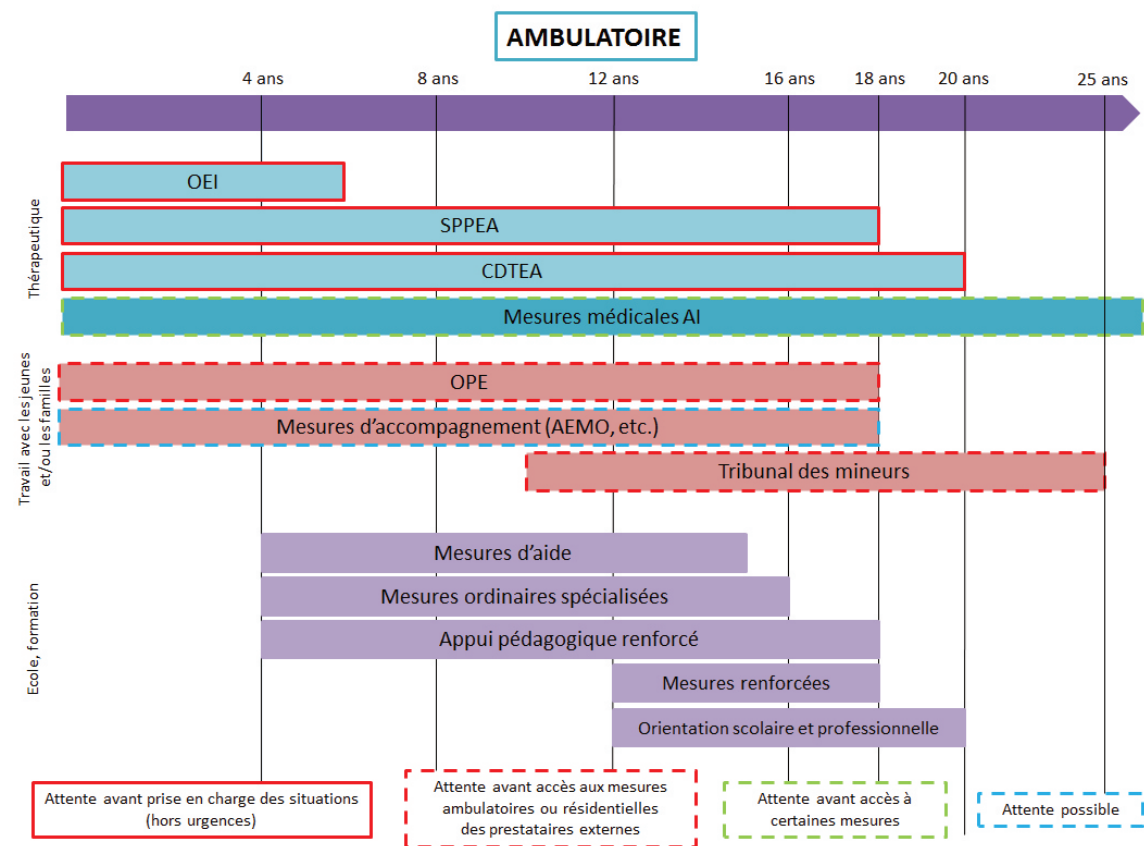
☐ Problématique familiale et/ou sociale

☐ Problématique scolaire

☐ Autre, à spécifier (max. 200 caractères) :
5. Combien de situations traitez-vous en moyenne par année ?

6. **Combien de jeunes présentant une problématique associant une composante psychologique et une composante comportementale, et mettant en grande difficulté les structures suivez-vous ?** Il faut entendre ici des jeunes qui, pour des problématiques psychiques, sociales et éducatives, n'arrivent plus à s'inscrire dans un cursus scolaire/de formation classique ou n'entrent plus dans les critères de formation AI, se marginalisent, se mettent en danger, et perturbent le fonctionnement des institutions de même que le bon développement de leurs pairs.
7. **Quelles sont les difficultés rencontrées dans la gestion des situations complexes présentant des besoins de prise en charge tant psychologiques qu'éducatifs ?**
- a. **Avec les moins de 12 ans** (max. 1'500 caractères)
 - b. **Avec les 12-15 ans** (max. 1'500 caractères)
 - c. **Avec les 16-18 ans** (max. 1'500 caractères)
8. **Quelles sont les ressources et les dispositions particulières mises en place pour prendre en charge ces situations complexes ?** (max. 1'500 caractères)
9. **Quels sont les manques que vous avez observés dans la gestion de ces situations ?** (max. 1'500 caractères)
10. **Est-il possible, à votre sens, d'optimiser les ressources existantes ?**
- a. ☐ Oui ☐ Non
 - b. **Si oui, quelles améliorations proposeriez-vous au sein de votre instance et/ou dans le dispositif de prise en charge ?** (max. 1'500 caractères)
11. **Certains besoins resteraient-ils non couverts malgré l'optimisation des ressources et des synergies/collaborations ?**
- a. ☐ Oui ☐ Non
 - b. **Si oui, lesquels ?** (max. 1'500 caractères)
12. **D'autres prestations devraient-elles être développées afin de compléter le dispositif de prise en charge et ainsi mieux répondre aux besoins actuels ?** (max. 1'500 caractères)

ANNEXE 2 : PRESTATIONS DISPONIBLES SELON L'ÂGE DES JEUNES ET LE DOMAINE D'INTERVENTION



ANNEXE 3 : FLYER DE PRÉSENTATION DIOP

QUI SOMMES-NOUS ?

Le dispositif d'intervention et d'observation pluridisciplinaire (DIOP) est géré par la Fondation Jeunesse et Familles et l'Association de la Maison des Jeunes. Cinq professionnels interviennent dans le canton de Vaud, sur demande du Service de Protection de la Jeunesse, de l'Office des curatelles et tutelles professionnelles (OCTP) ou du Tribunal des Mineurs (TM). Vingt places sont à disposition.

L'objectif principal du dispositif est de tenter de créer un lien avec des adolescentes et adolescents traversant de grandes difficultés personnelles et sociales.

PUBLIC CIBLE

Le DIOP s'adresse à des jeunes de 14 à 18 ans pour lesquels les services placeurs ont des difficultés à trouver des réponses adaptées.



DUREE ET SUIVI

Le jeune est suivi durant neuf mois. Une synthèse, faisant l'objet d'un document écrit, est organisée tous les trois mois en présence d'un représentant du service placeur. Une prolongation de trois mois peut parfois être envisagée d'entente entre les partenaires.



NOTRE MISSION

Le DIOP propose un accompagnement de type bas seuil.

Il se fonde sur la construction d'un lien de confiance entre le professionnel et le jeune afin que ce dernier puisse devenir ou redevenir acteur de sa propre vie.

Le DIOP s'efforce de prendre en compte la particularité des situations qui lui sont confiées, en partenariat avec les autres professionnels déjà impliqués et le milieu d'appartenance du jeune. Le travail de proximité et l'intensité du suivi sont les éléments-clés qui caractérisent le DIOP.



INTERVENTION

Le DIOP ne dispose pas de lieu d'accueil. Le professionnel se déplace sur le lieu de vie du jeune (à son domicile, à l'école, dans la rue, etc.). La fréquence d'intervention dépend de la particularité de la situation.

ADMISSION

La demande d'admission est faite par le représentant du service placeur en charge du dossier. Celle-ci doit être validée par le responsable de l'ORPM (Office Régional de Protection des Mineurs). Elle est ensuite soumise à l'UPPEC (Unité de Pilotage des Prestations Contractualisées) qui, après validation, la transmet au DIOP. Dès lors, ce dernier se charge d'organiser une séance d'admission à l'issue de laquelle une décision est prise.



CONTACT

Région NORD :
Adeline Crausaz 079/413.49.99
adeline.crausaz@fjfnet.ch

Région OUEST :
Clyves Tavazzi 079/729.37.98
clyves.tavazzi@fjfnet.ch

Région EST :
Daniel Keller 079/728.83.98
daniel.keller@mdj.ch

Région CENTRE :
Sébastien Waridel 079/410.10.95
sebastien.waridel@mdj.ch

Responsable d'Unité :
Elisabeth Mai 079/737.84.96
elisabeth.mai@mdj.ch

Fondation Jeunesse et Familles
Sous la Direction de
Séverine Peccatus
Chemin des Champs-Courbes 25a
1024 Ecublens
Tél. 021/644.20.30
Email : info@fjfnet.ch

Association de la Maison des Jeunes
Sous la Direction de
Christophe Berthet
Chemin d'Entre-Bois 1
CP 102
1000 Lausanne 8 Bellevaux
Tél. 021/643.11.51
Email : administration@mdj.ch



UNE PRESTATION PROPOSEE PAR:

La Fondation
Jeunesse et Familles



L'Association de
la Maison des Jeunes



ANNEXE 4 : CONCEPT ADOC

ADOC

Contesto storico

Adoc nasce nel 2006 a seguito di alcuni avvenimenti e studi che hanno portato alla luce un disagio sociale emergente. I cambiamenti della società, della struttura familiare e la constatazione che molti giovani vivono fuori casa e hanno interrotto le relazioni con le strutture e i servizi sociali esistenti, ha favorito una riflessione rispetto alle proposte offerte in Ticino. Nasce quindi l'idea di creare un nuovo e complementare progetto di intervento sul territorio per rispondere ai nuovi bisogni emergenti di alcuni ragazzi.

Statuto giuridico

Adoc è un Centro Educativo Minorile (CEM) gestito dalla Fondazione Amilcare, riconosciuto dal cantone tramite l'Ufag ed il suo finanziamento è assicurato dalla Legge e dal Regolamento per le famiglie del 2003.

Definizione

Adoc: Adolescenti e Connessione.

Adoc si occupa di costruire progetti educativi individualizzati condivisi secondo i bisogni e le risorse dei ragazzi. Favorisce un percorso di educazione alla vita autonoma volto a connettere (o ri-connettere) i giovani al tessuto sociale attraverso un accompagnamento individuale sul territorio, in collaborazione con la rete di riferimento e le persone significative.

Adoc è presente su tutto il territorio cantonale e la presa a carico inizia con la ricerca di una soluzione abitativa adeguata (appartamento, pensione), quando il collocamento in strutture residenziali non è indicato o possibile. L'offerta della soluzione abitativa in appartamento caratterizza *Adoc* come CEM.

Finalità

Adoc si prefigge di lavorare sul benessere psico-fisico del giovane, di promuovere lo sviluppo della sua autonomia e di favorire la riconnessione al tessuto sociale.

Destinatari

Adoc si rivolge a giovani dai 16 ai 20 anni che, per diversi motivi, non possono più vivere nel proprio nucleo familiare e neppure in strutture educative residenziali. In particolare *Adoc* si occupa di giovani che:

- non vivono a casa e non hanno un alloggio fisso;
- vivono situazioni di forte conflitto e disagio familiare;
- necessitano di un ulteriore sostegno in uscita da un collocamento in istituto/foyer.

Prestazioni

Adoc concretizza il collocamento mettendo a disposizione del giovane un appartamento, cercato assieme a lui, all'inizio della presa a carico.

Adoc mette a disposizione dell/la giovane una coppia educativa e, mediamente, 8 ore settimanali. È attivo 365 giorni l'anno, 24 ore su 24, con un servizio di picchetto garantito nei week-end e giorni festivi.

Adoc garantisce vitto e alloggio, nonché un accompagnamento educativo e uno spazio relazionale in cui sperimentarsi.

Sostiene il/la giovane nel mantenere, sviluppare e vivere la relazione familiare, laddove possibile, nonché la rete sociale formale e informale.

Si prefigge di favorire e stimolare la continuità o la costruzione del progetto formativo e/o professionale. Le aree di intervento sono molteplici e spesso differenti per ogni presa a carico.

Modalità di intervento

I giovani sono al centro del progetto e sono parte attiva nel percorso in *Adoc*.

L'educatore si pone come figura di riferimento e, attraverso l'instaurarsi di una relazione di fiducia, opera per portare il/la giovane ad acquisire e sviluppare quelle competenze necessarie per divenire autonomo.

Adoc mette a disposizione un tempo dedicato alla creazione di una relazione di fiducia, significativa e non imposta, indispensabile per l'avviamento di qualsiasi progetto.

Gli strumenti fondamentali utilizzati nella relazione sono il rispetto, il tempo relazionale, l'ascolto, il non giudizio e la trasparenza. L'educatore funge da mediatore e motore per il cambiamento.

Adoc si pone come palestra esperienziale, per favorire vissuti significativi che possano creare spiragli, aprire altre porte. Si prefigge di far emergere e valorizzare le competenze, le risorse e le capacità personali.

Adoc non prevede regole particolari se non quelle legate alla gestione dell'appartamento e alla relazione con gli educatori. Il/la giovane si confronta direttamente con le regole sociali del vivere comune. Inoltre, *Adoc* promuove la responsabilizzazione e l'autonomia dei giovani di cui si occupa.

Procedura: segnalazione, ammissione, accoglienza e concretizzazione del progetto educativo, dimissione, post cura

Segnalazione e primo incontro di valutazione

Le segnalazioni sono gestite dalla direzione della Fondazione. Il direttore ed il responsabile della struttura, attraverso incontri definiti "filtro" accolgono la domanda e preparano l'ammissione (vedi anche definizione "filtro-Fondazione Amilcare").

Filtro/colloquio di valutazione dell'ammissione

Il direttore, in accordo con l'assistente sociale (coordinatore del progetto) definisce le tappe per dare seguito alla domanda di ammissione. Si stabilisce un primo incontro (filtro) e si valuta chi convocare a questo primo incontro. Idealmente, oltre al direttore ed al responsabile di Adoc parteciperanno il giovane, la famiglia e la rete sociale di riferimento.

Durante questo primo incontro vengono considerati sia gli aspetti inerenti la domanda (riformulazione) che le necessarie informazioni su Adoc. Per poter concretizzare al meglio il progetto, è indispensabile che tutti –rete sociale, giovane e famiglia- siano correttamente informati e che alla luce di queste informazioni possano decidere se aderire o meno al progetto.

Se tutti concordano e aderiscono al progetto, al giovane viene dato un primo appuntamento per incontrare gli educatori di riferimento (coppia educativa).

Linee guida

1. La scelta della struttura è adeguata e risponde ai bisogni del giovane e della famiglia
2. Il giovane e la famiglia partecipano alla decisione di collocamento e ricevono le necessarie informazioni
3. L'assistente sociale responsabile del collocamento elabora il "Progetto educativo individualizzato" (RLFam, art. 61), in condivisione con il giovane e la famiglia.

Ammissione

Durante il primo incontro, in presenza del responsabile (garante del passaggio di informazioni dal "filtro" al primo incontro), al giovane viene consegnato il testo "presentazione di Adoc" e il "regolamento per la gestione dell'appartamento".

Gli educatori, assieme al responsabile di Adoc, incontrano i genitori e la rete sociale per condividere le fasi del progetto e definire i primi obiettivi.

Questi momenti corrispondono ad una prima fase di conoscenza reciproca.

Con il giovane si stabiliscono alcuni appuntamenti per avviare la ricerca dell'appartamento (o la pensione in situazione di urgenza) e nel contempo si valutano i bisogni e le necessità.

L'appartamento, una volta reperito, viene arredato assieme dal giovane e dagli educatori. In appoggio, può essere attivato l'aiuto di Adomani.

L'ammissione ufficiale si concretizza con l'entrata del giovane in appartamento.

Il responsabile di Adoc provvede a stipulare la **Convenzione ufficiale per il collocamento nel CEM (RLFam art. 62)** con la famiglia, il giovane e l'assistente sociale. Vengono definiti gli aspetti amministrativi e finanziari.

Linee guida

1. L'appartamento è stato scelto dal giovane assieme agli educatori ed è idoneo ad accoglierlo
2. Il giovane e la famiglia sono stati coinvolti in tutte le fasi.
3. Il giovane è informato sulle procedure in caso di urgenza/necessità e ha a disposizione i numeri di telefono degli educatori di riferimento, il numero del picchetto e del responsabile.
4. Gli educatori della coppia educativa sono qualificati, partecipano annualmente a formazioni e a supervisioni regolari (vedi anche "Carta di Adoc").

Accoglienza e concretizzazione del progetto educativo

Gli educatori di riferimento stabiliscono, assieme al giovane, il programma settimanale degli incontri che possono avvenire nell'appartamento o presso la sede di Adoc.

Considerando la situazione specifica e i bisogni del giovane, definiscono con lui i primi obiettivi e priorità tenendo conto degli ambiti di riconnessione e intervento educativo.

AUTONOMIA	• Autonomia finanziaria (saper gestire il denaro, sia guadagnato che speso) • Autonomia decisionale (essere in grado di prendere decisioni importanti che lo riguardano, ad esempio scegliere una formazione, attivarsi nella ricerca di un lavoro, incontrare i genitori con cui il rapporto era compromesso) • Autonomia di movimento (capacità di spostarsi autonomamente per studiare, lavorare, ecc.) • Autonomia nella gestione dello spazio di vita (mantenere l'economia domestica, pulire, cucinare, bucato, ecc.)
COMPORTEMENTO	• Abuso di sostanze (favorire la riduzione/eliminazione dell'uso di tali sostanze, valutare interventi in appoggio da parte di altri soggetti e attivare tali risorse) • Atti delinquenti (comportarsi in modo idoneo al vivere in società, nel rispetto della legge e degli altri) • Risse e pestaggi (tenere sotto controllo la propria aggressività) • Relazioni di buon vicinato (saper gestire i rapporti con i vicini di casa, evitare conflitti)
RELAZIONI FAMILIARI	• Rapporto con i genitori e i parenti stretti (recupero/ mantenimento di un rapporto affettivo/civile con i genitori)
RELAZIONI SOCIALI	• Partecipazione ad attività di socializzazione-proposte da Adoc (capacità di interagire con gli altri e in gruppo)
ATTIVITÀ QUOTIDIANA	• Dedicarsi ad un'attività giornaliera principale (scelta di un percorso formativo scolastico piuttosto che di un'attività lavorativa, attivazione delle risorse necessarie sul territorio per intraprendere un'attività scolastica o professionale, mantenimento dell'attività)

GESTIONE DEI RISCHI	• Problemi di salute fisica (affrontare e attivare le risorse necessarie per prendere a carico problemi di salute) • Problemi di salute psichica (presagire, rilevare e fornire risposta all'emergere di disagi di carattere psico-sociale)
---------------------	--

Verifica dell'evoluzione del progetto educativo

L'evoluzione del progetto viene periodicamente verificato e condiviso. Sono previsti incontri regolari:

- Giovane e coppia educativa
- Giovane, coppia educativa e responsabile Adoc
- Giovane, coppia educativa, responsabile Adoc, assistente sociale, famiglia

Entro i tre mesi dall'inizio del collocamento gli educatori, in condivisione con il giovane, elaborano il **Programma Operativo (RLFam art. 63)**, che verrà aggiornato in itinere. Il P.O. viene condiviso e discusso con l'assistente sociale e la famiglia.

Gli obiettivi sono definiti assieme al giovane utilizzando il documento "Il mio progetto di vita".

In linea con i principi della trasparenza, collaborazione, condivisione e co-costruzione, gli educatori informano regolarmente la rete sociale e i familiari dell'andamento del collocamento. Il giovane è informato e prende visione delle comunicazioni.

Linee guida:

- 1) Durante il collocamento vengono favoriti/mantenuti i contatti e le relazioni con la famiglia di origine
- 2) In caso di necessità vengono organizzati incontri di mediazione al fine di salvaguardare le relazioni
- 3) La famiglia di origine è coinvolta nel processo di accompagnamento del giovane
- 4) Vengono stabiliti incontri regolari con la famiglia e la rete sociale
- 5) L'educatore si pone come figura di riferimento e, attraverso l'instaurarsi di una relazione di fiducia, opera per portare il/la giovane ad acquisire e sviluppare quelle competenze necessarie per divenire autonomo.
- 6) Gli strumenti fondamentali utilizzati nella relazione sono il rispetto, il tempo relazionale, l'ascolto, il non giudizio e la trasparenza.
- 7) Il processo di dimissione è preparato in collaborazione con il giovane, la rete sociale e la famiglia di origine.

Processo di dimissione

Alla fine del percorso, il giovane può rimanere all'interno dell'appartamento utilizzato per tutta la durata del collocamento. In questo caso, il contratto d'affitto viene modificato e preso a carico dal giovane stesso/dalla famiglia.

La dimissione è prevista ed organizzata in considerazione degli obiettivi ed evoluzione del progetto. Di seguito, le differenti possibilità.

- 1) Il/la ragazzo/a ha raggiunto i 20 anni e viene dimesso indipendentemente dal raggiungimento degli obiettivi fissati e condivisi.
- 2) Gli obiettivi posti sono stati raggiunti, il/la giovane in accordo con Adoc e la rete di appoggio può interrompere il suo percorso anticipatamente, anche prima dei vent'anni.
- 3) Il/la giovane sceglie di concludere il suo percorso in Adoc (interruzione del progetto)
- 4) Il giovane viene dimesso perché non ci sono più le condizioni minime per poter condividere e portare avanti il progetto (opposizione, rifiuto della relazione e del contatto, grave consumo di sostanze, atti delinquenti ripetuti); si decide con i partner della rete (formale, autorità, famiglia) un cambiamento di progetto/struttura.

Si decide una dimissione con interruzione del progetto quando una o più parti decidono che il collocamento non è più funzionale alla protezione del/la giovane.

Linee guida:

- 1) Il processo di dimissione è pianificato tenendo conto delle esigenze/bisogni del giovane ed in linea con gli obiettivi definiti nel Progetto Operativo.
- 2) La famiglia di origine partecipa al processo di dimissione tenuto conto, eventualmente, del rientro del giovane al proprio domicilio e della volontà del giovane.
- 3) Gli educatori predispongono gli agganci sociali (rete formale e informale) necessari per garantire un seguito al/la giovane alla fine della presa a carico.
- 4) La dimissione è ritualizzata con attività e momenti individualizzati e/o di gruppo.

Post cura

Al giovane dimesso è garantita la possibilità di mantenere i contatti con Adoc e gli educatori della coppia educativa.

Linee guida:

- 1) Di principio, la post cura è garantita al giovane e viene definita ed esplicitata.
- 2) Adoc predispone tempo e risorse necessarie per una buona continuazione delle relazioni.
- 3) I giovani in post cura possono ancora partecipare ad attività e progetti promossi dalla Fondazione

Testi di riferimento

- Linee direttive e codice deontologico della Fondazione Amilcare (www.amilcare.ch)
- Regolamento della Legge per le Famiglie (RLFam 2003)
- Quality4Children Standards

Condizioni d'ammissione

16 anni compiuti (ammissione possibile fino ai 18 anni)

Segnalazioni dirette da parte dell'UAP. Altri servizi, con autorizzazione UAP.

Contatti, indirizzi sede

Sede principale (Sottoceneri)

Equipe Adoc
Fondazione Amilcare
Via alla Campagna 2a
6900 Lugano

Telefono: +41 91 973 47 70

Sede Sopraceneri

Equipe Adoc
Fondazione Amilcare
Vicolo Posta Vecchia 2
6500 Bellinzona

Telefono: +41 91 825 43 48

Mail: info@amilcare.ch