

RAPPORT

Portrait et réflexions
sur les pratiques
liées à la diminution
du risque de récidive



CE RAPPORT A ÉTÉ CONÇU PAR BOSCOVILLE

RÉDACTION

LANGLOIS Véronique , agente de développement et chargée de projet

PARENT Geneviève, chercheuse associée

DÉMARCHE D'ÉVALUATION DES BESOINS, D'ANALYSE ET DE RÉVISION DU RAPPORT

BOURGET Claudie , agente de développement

FRÉCHETTE Nicolas, agent de développement

LANGLOIS Véronique, agente de développement et chargée de projet

LEMIEUX Mario, agent de développement

PARENT Geneviève, chercheuse associée

SOUS LA DIRECTION DE

ROMDHANI Mohsen, directeur général

STAN Simina, directrice-gestion de projets

AVEC LA RÉVISION LINGUISTIQUE ET GRAPHIQUE DE

BÉLAND MARIE-CATHERINE, responsable des communications

DE ANGELIS Claudia, relectrice

AVEC LA RÉVISION DE CONTENU DE L'INSTITUT UNIVERSITAIRE JEUNES EN DIFFICULTÉ (IUJD)

SAINT-LOUIS Sophie, agente de planification de programmation et de recherche, chargée de projets clinico — scientifique, Centre d'expertise de l'Institut universitaire Jeunes en difficulté du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal., direction de l'enseignement



INTRODUCTION

Les services de réadaptation et de réinsertion sociale offerts aux jeunes délinquants sont au cœur des préoccupations entourant les pratiques québécoises depuis plusieurs années. À l'heure actuelle, différents CISSS et CIUSSS se questionnent sur les meilleures interventions à leur offrir, considérant l'évolution des pratiques probantes en centre de réadaptation pour les jeunes suivis en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ). C'est dans ce contexte que Boscoville a mis de l'avant un projet visant le soutien des pratiques professionnelles dans les services œuvrant auprès des suivis en vertu de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* (ci-bas jeunes LSJPA).

Ce projet a été élaboré selon les étapes tirées des meilleures pratiques en évaluation et développement de programme, comme tous les projets conçus par Boscoville. Dans cette optique, la première étape consiste à évaluer les besoins des différents services internes et externes des CISSS et CIUSSS ayant un mandat en vertu de la LSJPA. Cette démarche d'évaluation a permis d'effectuer un état de situation et d'émettre des propositions qui prennent en considération le contexte actuel, les besoins et défis rapportés par les intervenants et les pratiques cliniques. Elle a été réalisée de concert avec la chercheuse associée au projet et se spécialisant en délinquance, Geneviève Parent, professeure au département de psychoéducation et de psychologie de l'Université du Québec en Outaouais et chercheuse régulière pour l'Institut universitaire Jeunes en difficulté du CIUSSS Centre-Sud-de-L'Île-de-Montréal.

Ce présent rapport *Portrait et réflexions sur les pratiques liées à la diminution du risque de récidive* fait état de cette démarche d'évaluation et s'adresse à toutes personnes œuvrant auprès des jeunes suivis en vertu de la LSJPA. Ce rapport se divise en cinq sections : 1) Le contexte québécois dans lequel prend place la prestation de services actuellement offerts aux jeunes LSJPA; 2) La méthodologie poursuivie lors de la démarche d'évaluation des besoins; 3) Les constats cliniques tirés de l'analyse du continuum de prestation de services à la lumière du modèle Risque-Besoins-Réceptivité (RBR); 4) Les différents défis et besoins vécus dans l'exercice du mandat des intervenants, du personnel de soutien clinique et des gestionnaires; 5) Les principales propositions pour soutenir les pratiques dans le but de diminuer le risque de récidive des jeunes LSJPA.



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
MISE EN CONTEXTE	4
L'IMPACT DU PASSAGE DE LA LJC À LA LSJPA	4
LES CHANGEMENTS CONTEXTUELS DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.....	6
DÉMARCHE D'ÉVALUATION DES BESOINS DU PROJET LSJPA.....	8
OBJECTIFS DE LA DÉMARCHE D'ÉVALUATION DES BESOINS.....	8
PROCÉDURE DE COLLECTE DE DONNÉES.....	9
ANALYSE DES DONNÉES.....	9
Le modèle RBR comme grille d'analyse de l'évaluation des besoins.....	10
CONSTATS CLINIQUES RELATIFS AUX PRATIQUES PROBANTES AUPRÈS DES JEUNES LSJPA.....	11
PORTRAIT DES JEUNES SUIVIS EN VERTU DE LA LSJPA.....	11
PRINCIPES CLINIQUES FONDAMENTAUX DU MODÈLE RBR.....	12
Principe de l'évaluation structurée	12
Principe du risque.....	15
Principe des Besoins.....	17
Principe de Réceptivité générale.....	21
Principe de Réceptivité spécifique.....	24
DÉFIS ET BESOINS RAPPORTÉS PAR LES MILIEUX	27
PROBLÉMATIQUES SPÉCIFIQUES (10 RÉGIONS/11)	27
CONTENU CLINIQUE ET ACCOMPAGNEMENT (9 RÉGIONS/11)	28
COLLABORATION ENTRE LA MISE SOUS GARDE ET LE SUIVI DANS LA COMMUNAUTÉ (8 RÉGIONS/11).....	29
FORMATION (7 RÉGIONS/11).....	29
ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES AUX JEUNES LSJPA (7 RÉGIONS/11).....	30
COLLABORATION LPJ ET LSJPA POUR LES JEUNES SUIVIS EN VERTU DES DEUX LOIS (5 RÉGIONS/11).....	30
PROPOSITIONS POUR SOUTENIR LES PRATIQUES	31
ORGANISER UNE PRESTATION DE SERVICES BASÉE SUR LE MODÈLE RBR.....	31
COLLABORATION ENTRE LA MISE SOUS GARDE ET LE SUIVI DANS LA COMMUNAUTÉ.....	31
PROGRAMMATION DES UNITÉS DE MISE SOUS GARDE	32
COMPÉTENCES CLINIQUES SPÉCIFIQUES À LA DIMINUTION DU RISQUE DE RÉCIDIVE DES JEUNES	32
SOUTIEN CLINIQUE	33
ENCADREMENT	33
CONCLUSION.....	34
ANNEXES.....	36
1. DÉFINITIONS DES PRINCIPES DU MODÈLE RBR.....	36
GRANDS PRINCIPES.....	36
Principe 1 : Introduction des services sociaux	36
Principe 2 : Respect de la personne et du cadre normatif.....	36
Principe 3 : Théorie psychologique	36
Principe 4 : Renforcement général des services de prévention de la délinquance	38
PRINCIPES FONDAMENTAUX ET QUESTIONS CLINIQUES	39
Principe 7 : Envergure multimodale.....	39

Principe 10 : Force	39
Principe 12 : Dérogation clinique	39
PRINCIPES ORGANISATIONNELS	40
Principe 13 : Milieu ouvert.....	40
Principe 14 : Compétences fondamentales des intervenants	40
Principe 15 : Gestion et encadrement	41
2. THÉMATIQUES DES FORMATIONS (REÇUES OU À RECEVOIR) ENTRE 2017 ET 2020	43
3. PROGRAMMES/ACTIVITÉS CLINIQUES STRUCTURÉS OFFERTS EN MISE SOUS GARDE ET EN SUIVI DANS LA COMMUNAUTÉ	45
4. PROGRAMMES/ACTIVITÉS CLINIQUES STRUCTURÉES OFFERTS EN MISE SOUS GARDE EXCLUSIVEMENT	47
5. PROGRAMMES/ACTIVITÉS CLINIQUES STRUCTURÉES OFFERTS EN SUIVI DANS LA COMMUNAUTÉ EXCLUSIVEMENT	48
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	49



MISE EN CONTEXTE

La section suivante présente le contexte québécois qui explique l'intérêt envers la prestation de services à offrir aux jeunes LSJPA. Les divers changements survenus dans les dernières années, tant sur les plans législatif, systémique et organisationnel, ont une incidence autant sur les jeunes LSJPA, que sur les interventions de réadaptation et de réinsertion sociale qui leur sont offertes.

L'IMPACT DU PASSAGE DE LA LJC À LA LSJPA

En 2003, la LSJPA entre en vigueur. Elle vise à prévenir le crime par la suppression des causes sous-jacentes à la criminalité chez les adolescents, à les réadapter et à les réinsérer dans la société, ainsi qu'à assurer la prise de mesures leur offrant des perspectives positives en vue de favoriser la protection durable du public. Les discussions tenues entre 1993 et 2002, entourant le changement de loi de la *Loi sur les jeunes contrevenants* (LJC) vers la LSJPA, ont mis en lumière des différences entre les philosophies d'intervention en délinquance juvénile au Québec et celles des autres provinces du Canada (Lafortune et coll., 2015). Du fait que le réseau de la protection de l'enfance est tributaire de la LSJPA, l'aide et les services de réadaptation sont préconisés plutôt que l'emprisonnement et la répression aux yeux des professionnels. Cette façon unique de faire s'est développée au moment où la LJC était en vigueur et s'est réaffirmée lors du passage vers la LSJPA (Lafortune, 2015).

De plus, de nouveaux principes sont énoncés dans la LSJPA (ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2016). Certains de ces principes ont des répercussions sur les interventions effectuées dans les services de réadaptation et de suivi dans la communauté : 1) favoriser les mesures alternatives à la judiciarisation qui encadrent les mesures extrajudiciaires décidées par les policiers et les sanctions extrajudiciaires : 2) la détermination de la peine a pour objectif de sanctionner l'adolescent pour l'infraction commise par l'imposition de sanctions justes assorties, de perspectives positives de réadaptation et de réinsertion en vue de la protection durable du public. Les peines de mise sous garde (ordonnance de placement et de surveillance au sein de la communauté et ordonnance de placement et surveillance dont l'application est différée) sont notamment restreintes aux infractions commises avec violence et plus de 90 % des jeunes vont recevoir une peine dans la collectivité (Lafortune et coll., 2015).

- Favoriser la non-judiciarisation

Depuis 2003, une réduction du nombre de jeunes judiciarisés semble être observée en conformité avec le principe de non-judiciarisation de la LSJPA. Toutefois, cela ne signifie pas qu'il y a une réduction de l'engagement dans la délinquance chez les jeunes, du nombre de délits non judiciarisés, ni du nombre de jeunes qui en

seraient les auteurs, « la réduction viendrait plutôt du fait que la LSJPA a fortement limité la possibilité d'intervenir auprès des auteurs de délits de faible gravité » (Lafortune et coll., 2015, p. 24). Les mises en accusation ont connu une baisse et le nombre de cas soustraits au processus judiciaire par la police au moyen de mesures extrajudiciaires a fortement augmenté (ministère de la Justice du Canada, 2013). Ces mesures extrajudiciaires appliquées par les policiers peuvent avoir des répercussions négatives sur les jeunes (Lafortune et coll., 2015). En effet, elles laissent une place importante au jugement du policier ayant tendance à baser leurs décisions sur la gravité et la nature du délit, mais aussi sur certaines caractéristiques personnelles (sexe, âge, origine ethnique, statut socio-économique, région, etc.). De plus, les adolescents ayant des antécédents en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ) seraient davantage judiciairisés à la suite de leur premier délit leur causant possiblement des trajectoires de délinquance plus précoces, polymorphes et persistantes. Les adolescents sans antécédent avec la LPJ entreraient possiblement dans le système de justice pénale qu'après avoir reçu plusieurs avertissements et vers un âge plus tardif. Un effet indésirable de cette nouvelle réalité légale/pénale sur leur réadaptation est la difficulté d'intervenir à temps et de répondre de façon adaptée aux besoins d'adolescents non violents, néanmoins bien ancrés dans la délinquance. Les mesures, sanctions et courtes peines cumulées sont peu efficaces et exemptes d'interventions cliniques auprès des jeunes auteurs de délits à faible gravité, mais dont la récurrence demeure. Compte tenu de cette réalité, les intervenants sont incertains des pratiques probantes à mettre en œuvre pour favoriser leur réadaptation.

- La détermination de la peine

Les professionnels et plusieurs acteurs québécois se préoccupent des décisions prises en matière de détermination de la peine devant désormais reposer sur la nature et la gravité de l'infraction commise. Ce paradigme va à contrecourant avec l'importance que les praticiens accordent à l'analyse clinique et développementale des besoins et de la situation des jeunes délinquants, en vertu du principe d'individuation de la peine « bonne mesure au bon moment » issue de la LJC. Ainsi, des jeunes ayant commis un délit de nature violente se voient ordonner une peine de placement et de surveillance. Ils vivent alors les effets iatrogènes de l'exposition à des pairs délinquants et à de multiples interventions, alors que leur niveau de risque de récidive est faible. Également, pour les autres jeunes ayant un profil clinique alourdi, un engagement élevé dans la délinquance et un niveau de risque de récidive important, la durée des placements en mise sous garde tend à s'écourter. Cette situation laisse peu de temps disponible à la réadaptation de ces jeunes, ce qui peut contribuer à l'augmentation de leur risque de récidive (Lafortune et coll., 2015). En effet, le taux de récidives spécifiques, à la suite de l'application d'une mesure de probation, est de 56 %, et de 62 % à la suite d'une mesure de placement (Lafortune et coll., 2015). Somme toute, sur le plan clinique, de nouvelles interventions de réadaptation doivent être développées en fonction de ces constats afin d'intervenir efficacement dans ce contexte.

LES CHANGEMENTS CONTEXTUELS DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Le MSSS promeut la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services destinés aux jeunes en difficulté et à leurs familles dans ses orientations ministérielles 2017 à 2022 (MSSS, 2017). Dans le but d'atteindre ces visées valorisant la santé et le bien-être de la population, le MSSS juge nécessaire d'offrir : a) des services de qualité dans une perspective d'amélioration continue; b) de créer une organisation de services basée sur des continuums et des réseaux de services; c) d'accompagner les personnes en favorisant une expérience de soins et de services positifs et d) d'améliorer les pratiques professionnelles. Certaines initiatives menées pour atteindre ces objectifs ont eu un impact important sur les services offerts aux jeunes LSJPA. Parmi celles-ci, notons la modification de l'organisation et de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, l'augmentation et la diversification des recherches dans le domaine psychosocial et l'arrimage des pratiques administratives au sein des services régionaux fusionnés.

1. La modification de l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux

L'intégration régionale des services (fusion des services hospitaliers, de santé, de CLSC, centres jeunesse, etc.) et l'abolition des agences régionales représentent des transformations majeures, ayant des répercussions sur le programme jeunesse des CISSS et des CIUSSS. Les activités autrefois réservées aux centres jeunesse et au programme pour les jeunes en difficulté se voient intégrées et orientées à l'ensemble des CISSS et CIUSSS (MSSS, 2017). Sous cette optique, les particularités et les priorités spécifiques entourant le développement des pratiques professionnelles en vertu de la LSJPA sont dissoutes dans le cadre d'une offre de service globale. De plus, à l'ère où l'harmonisation des services et la qualité des services cliniques offerts aux jeunes en difficulté priment, il n'y a plus d'associations (p. ex, Association des centres jeunesse du Québec) ou d'organisations qui assurent un leadership concernant l'uniformisation des pratiques probantes à utiliser et à mettre en œuvre pour les jeunes en difficulté et leurs familles.

2. L'augmentation et diversification des recherches dans le domaine psychosocial

Les recherches québécoises dans le domaine psychosocial évoluent rapidement, ce qui amène une grande diversité d'approches et de pratiques cliniques dans les milieux de la réadaptation (MSSS, 2017). De ce fait, les intervenants sont exposés à une multitude de choix pour répondre aux besoins complexes des jeunes LSJPA. Les différentes options cliniques pour évaluer et intervenir se diversifient constamment et exigent des adaptations continues et constantes de la part des intervenants (MSSS, 2017). Dans ce contexte, leurs besoins de soutien clinique pour développer leurs compétences professionnelles et faire face à cette réalité sont manifestes.

3. L'arrimage des pratiques administratives dans des services régionaux fusionnés

Pour s'adapter à la fusion des services et à l'uniformité des pratiques administratives, les rôles et les responsabilités des gestionnaires et des professionnels se tournent davantage vers des tâches administratives. Ces changements de responsabilités nécessaires pour s'adapter au nouveau contexte organisationnel ont une incidence sur la possibilité d'offrir un soutien clinique aux intervenants dans leur prestation de services aux jeunes (MSSS, 2017) et ce, malgré le besoin des intervenants. Par conséquent, le soutien et le développement de compétences professionnelles particulières au travail auprès des jeunes en difficulté, notamment les jeunes LSJPA, représentent un enjeu d'actualité. En somme, c'est dans ce contexte que Boscoville s'engage à mettre sur pied un projet visant à développer et soutenir la prestation de services de qualité offerte aux jeunes LSJPA, tout en créant des partenariats avec les organisations et les institutions ayant entamé des réflexions préalables à ce sujet.



DÉMARCHE D'ÉVALUATION DES BESOINS DU PROJET LSJPA

À la suite de la demande de professionnels et de gestionnaires de certaines régions quant aux meilleures pratiques à offrir aux jeunes LSJPA, Boscoville a entamé un projet portant sur l'amélioration des services et des pratiques auprès de cette clientèle. Comme dans l'ensemble des projets que Boscoville met en œuvre, la première phase concerne l'évaluation des besoins des milieux. Cette étape permet de bien cerner le contexte, les défis et les besoins des différents CISSS et CIUSSS du Québec travaillant auprès de cette clientèle et d'évaluer les pratiques provinciales quant à la prestation de services offerts aux jeunes. La démarche d'évaluation des besoins des milieux et les conclusions qui en ressortent s'insèrent dans un projet visant à améliorer la qualité des services cliniques offerts à ces jeunes.

OBJECTIFS DE LA DÉMARCHE D'ÉVALUATION DES BESOINS

- Analyser le portrait provincial en fonction des pratiques probantes pour diminuer le risque de récidive des jeunes LSJPA;
- Connaître les défis vécus et besoins du personnel œuvrant auprès des jeunes LSJPA dans l'exercice de leur mandat à travers les différentes régions;
- Émettre des recommandations quant aux changements de pratiques à adopter pour améliorer la qualité des services cliniques offerts aux jeunes LSJPA afin de diminuer leur risque de récidive. Sélection des participants;
- Faire le portrait provincial de la prestation des services offerts à cette clientèle.

Plusieurs régions avec un profil diversifié furent sollicitées afin d'obtenir un portrait représentatif de l'ensemble du Québec, tant sur le plan géographique (région urbaine ou rurale), sur le plan des ressources humaines (p. ex., soutien clinique offert par un professionnel à l'interne et par un gestionnaire à l'externe) que matérielles (unités spécifiquement dédiées à la LSJPA et unités mixtes). Au total, onze des seize CISSS et CIUSSS du Québec ont participé à l'évaluation à la suite d'un courriel de sollicitation envoyé par le directeur général de Boscoville, soit le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue (08), CISSS du Bas-Saint-Laurent (01), le CIUSSS Centre-Sud de Montréal (06), le CISSS de Chaudière-Appalaches (12), le CISSS de la Gaspésie et des Îles (11), le CISSS de Lanaudière (14), le CISSS de Laval (13), le CISSS des Laurentides (15), le CIUSSS de l'Estrie CHUS (05), le CISSS de la Mauricie Centre-du-Québec (04) et le CISSS de la Montérégie-Est (16).

PROCÉDURE DE COLLECTE DE DONNÉES

Deux modalités furent utilisées pour collecter les données. En premier lieu, un questionnaire électronique fut envoyé aux gestionnaires des services internes d'hébergement en réadaptation (mise sous garde) et des services externes (suivis dans la communauté) des onze régions, par le biais de l'utilisation de Survey Monkey. Parmi les dix-huit répondants, 22 %¹ (4/18) représentent des chefs de service interne exclusivement, 33 % (6/18) représentent des chefs de service externe exclusivement, et 45 % (8/18) sont des chefs détenant la gestion des deux types de service. Cette modalité avait pour objectif de recueillir les données factuelles et les statistiques concernant les programmes et activités cliniques utilisés, les formations reçues et à venir, l'encadrement [soutien clinique et administratif] offert aux intervenants, ainsi que sur certaines caractéristiques des jeunes LSJPA.

En second lieu, des rencontres de type « groupes de discussion » furent animées par un agent de développement de Boscoville dans chacune des onze régions. Les groupes de discussion ont permis de sonder 180 participants entre septembre 2018 et février 2019, représentatifs des différentes fonctions soit éducateurs, délégués à la jeunesse, personnel de soutien clinique et gestionnaires. Le questionnaire d'entrevue a été développé à partir des principes du Risque, des Besoins et de la Réceptivité du modèle RBR [Bonta & Andrews, 2017], modèle probant et validé pour son effet sur la diminution du risque de récidive des jeunes contrevenants. Afin de dégager un portrait global de la prestation de services, des questions concernant la gestion des comportements prosociaux et problématiques, les rencontres d'équipe, la transition et l'implication de la famille furent ajoutées. Finalement, la dernière question portait sur les défis soulevés et Les besoins exprimés par les participants dans l'exercice de leur mandat.

ANALYSE DES DONNÉES

Les différentes données colligées (questionnaire électronique et groupes de discussion) furent compilées par types de fonction dans un document Excel. Elles furent ensuite transposées dans un seul document Word afin de disposer d'un portrait global du continuum de la prestation de services provinciaux offerts aux jeunes LSJPA, tant sur le plan de la réadaptation que de la réinsertion. Ce document de travail a servi de base pour analyser la prestation de services à la lumière de l'ensemble des principes fondamentaux du modèle RBR. Ce regard critique fut effectué en équipe avec l'aide de la chercheuse, Geneviève Parent. Les constats cliniques issus de cette analyse figurent à la prochaine section du rapport.

¹ À noter que pour certaines régions, plus d'un chef a rempli le questionnaire.

LE MODÈLE RBR COMME GRILLE D'ANALYSE DE L'ÉVALUATION DES BESOINS

Dans les années 1980 et 1990, plusieurs études ont permis d'identifier les caractéristiques des programmes qui favorisaient la réadaptation et la réinsertion sociale des contrevenants (Andrews et coll., 1990; Bonta, 1996; Bonta, 2002; Gendreau et coll., 1996; Gendreau & Ross, 1987). Ce courant, qui est devenu celui du What Works, a donné naissance au modèle RBR (Bonta & Andrews, 2017). Ce modèle se compose de quinze principes divisés en trois grandes catégories: les grands principes, les principes cliniques fondamentaux (dont les trois plus connus ceux du risque, des besoins et de la réceptivité générale/spécifique) et les principes organisationnels. Une définition plus détaillée des différents principes du modèle RBR se trouve à l'annexe 1.

Parmi les différents modèles d'intervention existants, le modèle RBR est ressorti comme l'un des plus efficaces afin de réduire la récidive auprès de multiples clientèles: adultes (Andrews et coll., 1990, 1999), juvéniles (Dowden, & Andrews, 1999; Koehler et coll., 2013; Lipsey, 2009), contrevenantes (Blanchette & Brown, 2006; Dowden & Andrews, 1999), contrevenants atteints de troubles de santé mentale (Andrews et coll., 2001; Bonta et coll., 1998), contrevenants auteurs d'infractions à caractère sexuel (Hanson, 2006; Hanson & Bourgon, 2007) et contrevenants autochtones (Rugge, 2006).

À cet effet, Bonta et Andrews (2017), livre de référence sur le modèle RBR qui en est à sa 6^e édition, ont classé 225 études sur les effets des interventions sur la récidive en quatre niveaux de respect du modèle RBR. Leurs résultats indiquent que, pour les études ne respectant aucun des principes fondamentaux du risque, des besoins et de la réceptivité, on observait en moyenne une augmentation de 2 % du taux de récidive, alors que des diminutions de 2 %, 18 % et 26 % étaient observés pour les études respectant un, deux ou les trois principes fondamentaux.

Ainsi, plus on respecte de principes, plus le taux de récidive baisse. Bien que ce modèle permette une diminution du taux de récidive autant chez les contrevenants en incarcération/mise sous garde que chez ceux suivis dans la communauté, l'effet positif de ce modèle serait plus important dans la communauté (une baisse de 35 % du taux de récidive comparativement à 17 %). Par conséquent, afin de mieux protéger la population et de favoriser la réadaptation et la réinsertion sociale des contrevenants, plusieurs systèmes correctionnels au Canada, aux États-Unis et en Europe s'appuient désormais sur le modèle RBR. Ce modèle probant et vastement utilisé a donc été sélectionné comme grille d'analyse du portrait provincial.



CONSTATS CLINIQUES RELATIFS AUX PRATIQUES PROBANTES AUPRÈS DES JEUNES LSJPA

Cette section débute par la présentation d'un bref portrait des jeunes LSJPA recevant les services dans les onze régions sondées. Par la suite, la section expose les faits saillants qui ressortent de l'analyse des services reçus par les jeunes LSJPA effectuée en fonction des principes fondamentaux du modèle RBR (Bonta et Andrews, 2017).

PORTRAIT DES JEUNES SUIVIS EN VERTU DE LA LSJPA

Le portrait des jeunes LSJPA concerne leur âge, leur sexe, le nombre de lois en vertu desquelles ils sont suivis, la durée des peines, ainsi que les lois régissant les unités de mise sous garde.

- Âge et sexe

La majorité des jeunes suivis en vertu de la LSJPA sont âgés de 17 ans lorsqu'ils sont en mise sous garde (7 régions/11), alors qu'ils sont âgés de 16 ans lors du suivi dans la communauté (9/11). De plus, les garçons représentent au moins 75 % des jeunes contrevenants lors de la mise sous garde (6/11) et lors du suivi dans la communauté (10/11).

- Nombre de lois en vertu desquelles les jeunes sont suivis

Entre 50 % à 75 % des jeunes sont suivis en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ) et de la LSJPA, tant lors de la mise sous garde (4/11) que du suivi dans la communauté (4/11).

- Durée moyenne des peines et Lois régissant les unités de mise sous garde.

Depuis les deux dernières années (2016-2018), la durée moyenne des sentences de mise sous garde ouverte ou fermée des jeunes est de neuf mois ou moins (9/11). Les jeunes sont alors hébergés dans des unités mixtes, dédiées à la fois à l'application de la LSJPA et de la LPJ, dans la majorité des régions (7/11). En effet, une faible proportion des régions détient au moins une unité uniquement dédiée à la LSJPA (4/11). La mise sous garde peut s'effectuer à même les unités d'encadrement intensif (en vertu de la LPJ) pour les mises sous garde fermée, alors que les mises sous garde ouverte seraient effectuées dans des unités d'encadrement dynamique (en vertu de la LPJ). Finalement, la durée approximative des peines de probation lors du suivi dans la communauté est de plus de neuf mois (5/11), de six à neuf mois (3/11) ou de trois à six mois (2/11).

PRINCIPES CLINIQUES FONDAMENTAUX DU MODÈLE RBR

Pour les besoins du présent rapport, seuls les principes cliniques fondamentaux : 1) de l'évaluation structurée 2) du risque 3) des besoins 4) de la réceptivité générale et 5) de la réceptivité spécifique, seront présentés. Ces principes exposent les éléments prioritaires à considérer sur le plan clinique afin de viser une diminution du risque de récidive chez les jeunes contrevenants (Bonta et Andrews, 2017). Ce sont d'ailleurs les seuls principes qui furent abordés lors des entrevues auprès des milieux. Une définition complète des autres principes composant le modèle RBR se trouve à l'annexe 1. Pour faciliter la compréhension du lecteur, les constats concernant la mise sous garde et ceux se rapportant au suivi dans la communauté seront traités séparément afin d'en faire ressortir les similarités et les disparités.

PRINCIPE DE L'ÉVALUATION STRUCTURÉE

Définition

Pour évaluer le risque de récidive, les besoins criminogènes et leur importance ainsi que la réceptivité spécifique du jeune, il importe de référer à des instruments d'évaluation structurés, fidèles et valides (Bonta et Andrews, 2017). Ce moyen s'avère plus efficace que le jugement professionnel pour prédire la récidive (Grove, Zald, Lebow, Snitz et Nelson, 2000). Par la suite, les résultats de cette évaluation structurée doivent orienter toutes les décisions entourant l'offre de services cliniques offerte à un jeune comme l'intensité des interventions/du suivi, l'animation d'une activité ou d'un programme clinique spécifique et la planification de la transition.

Constats cliniques

En résumé

- L'évaluation du risque de récidive et des besoins criminogènes du jeune se fait majoritairement par le biais de l'utilisation d'un instrument de mesure structuré conçu à cet effet, soit le Youth Level of Service/Case Management Inventory 2.0 (YLS/CMI II; Huges & Andrews, 2011);
- Cet outil ne semble pas être rempli de manière systématique dans toutes les régions ni pour tous les jeunes dans les régions qui l'utilisent, étant donné que les formations à l'utilisation de cet outil sont récentes;
- Les mécanismes de communication des résultats de l'évaluation ne sont pas systématiques entre le délégué à la jeunesse et l'éducateur (ou autres partenaires), d'un délégué à l'autre ou d'une région à l'autre;
- Les résultats obtenus à l'évaluation du risque et des besoins criminogènes ne semblent pas orienter à leur plein potentiel les décisions concernant les services offerts au jeune (intensité de service, objectifs au plan d'intervention, cible des interventions, etc.).

Lors du suivi dans la communauté, les délégués à la jeunesse de 7 régions sur 11 administrent le YLS/CMI pour évaluer le risque de récidive des jeunes LSJPA. Ils expliquent que l'évaluation du risque de récidive par le biais d'un instrument standardisé est utilisée pour compléter la rédaction du rapport prédécisionnel (RPD). Or, cet instrument n'est pas systématiquement utilisé pour chacun des jeunes LSJPA. Quelques régions (4/11) ont recours au jugement clinique pour effectuer l'évaluation du niveau de risque de récidive. De plus, ce n'est que dans la minorité des régions (4/11) que ces résultats servent à déterminer l'intensité des services à laquelle il doit être exposé (voir principe du risque). Quant à la détermination des besoins criminogènes prioritaires à couvrir, une minorité de régions (4/11) tire parti des résultats des instruments d'évaluation structurée, tel le YLS/CMI, pour élaborer les objectifs au plan d'intervention (PI) (voir principe des besoins). La majorité des régions se basent sur d'autres modalités d'évaluation (p. ex., le Dep-Ado pour dépister les problèmes d'abus de substances) ou autres conclusions pour établir les besoins prioritaires du jeune, tels : le jugement que pose l'intervenant sur les besoins, problématiques spécifiques, recommandations tirées du RPD et les comportements observés du jeune. Ces mêmes conclusions n'orientent les choix d'activités cliniques individuelles ou de groupes auxquelles le jeune est exposé que dans une seule région sur onze. Finalement, la réévaluation du risque de récidive du jeune ne semble pas être déterminée par une procédure clinique systématique dans six régions sur onze et, dans les régions où le risque est réévalué, seulement quatre régions d'entre elles font passer un instrument de mesure tel que le YLS/CMI-II.

Lors de la mise sous garde, la majorité des éducateurs n'administrent pas d'instruments de mesure pour évaluer le risque de récidive des jeunes LSJPA, puisque leur collègue délégué à la jeunesse est responsable de l'évaluation générale du jeune. Néanmoins, dans deux régions sur onze, les éducateurs sont sensibilisés au YLS/CMI-II, facilitant la communication avec le délégué et la compréhension des résultats obtenus à l'instrument. Plusieurs régions (7/11) rapportent ne pas être informées des résultats de l'évaluation par le délégué, influençant les décisions cliniques ultérieures concernant l'intensité de services à offrir aux jeunes (voir principe du risque), la détermination des besoins criminogènes prioritaires en tant qu'objectifs au plan d'intervention et le choix des activités cliniques individuelles ou de groupes auxquelles participe le jeune (voir principe des besoins). La majorité des régions (7/11) se dotent donc d'autres outils pour évaluer le jeune, par exemple des grilles d'observation directe du comportement du jeune dans le vécu éducatif partagé, le *Risk and Needs* (outil ne correspond pas aux critères d'un instrument actuariel) et des outils d'évaluation fonctionnelle cognitivo-comportementale. Les régions (7/11) se basent également sur le jugement de l'intervenant quant aux besoins du jeune, les recommandations du RPD et les comportements observés du jeune.

Lors de la transition entre la mise sous garde et le suivi dans la communauté, les résultats obtenus à l'évaluation ou la réévaluation du niveau de risque de récidive et des besoins criminogènes du jeune ne sont utilisés que dans deux régions sur onze pour planifier la sortie du jeune. Il semble donc difficile de statuer si l'évolution des besoins criminogènes est prise en compte et si les facteurs de réceptivité spécifique sont considérés lors de la planification de la transition. Ainsi, le fait de ne pas fonder les décisions relatives à l'intervention offerte à un jeune sur un instrument d'évaluation structurée peut entraîner un problème au niveau de la continuité des services offerts.

PRINCIPE DU RISQUE

Définition

Le principe du risque stipule qu'il faut arrimer l'intensité de l'intervention avec le niveau de risque de récidive associé au jeune (Bonta et Andrews, 2017). Les jeunes à risque modéré et élevé de récidive devraient recevoir les interventions les plus intensives, c'est-à-dire un nombre élevé d'heures par semaine sur une période de temps la plus longue possible, ainsi qu'une fréquence rapprochée de rencontres individuelles et de groupes (Guay et Saint-Louis, 2019). Autrement dit, il faut les voir beaucoup, longtemps et souvent. Exposer un jeune à haut risque à un niveau insuffisant d'intensité d'interventions pourrait occasionner qu'un potentiel de changement reste inexploité chez le jeune, et conséquemment, ne pas diminuer son risque de récidive (Lowenkamp et Latessa, 2004; Bonta et Andrews, 2017).

D'un autre côté, les jeunes présentant un risque faible de récidive devraient bénéficier d'une intensité faible, voire nulle, de services offerts (Bonta et Andrews, 2017). Un ajustement inadéquat entre le niveau de risque de récidive du jeune et l'intensité des interventions reçues est susceptible de créer des effets iatrogènes pour les jeunes à faible risque de récidive (p. ex., fréquentation accrue de pairs délinquants, acquisition d'attitudes et de croyances favorables au crime) et ainsi d'augmenter ce risque (Lowenkamp et Latessa, 2004; Bonta et Andrews, 2017).

Constats cliniques

En résumé

- L'intensité de services ne semble pas déterminée de façon systématique en fonction du niveau de risque de récidive;
- Deux régions sur onze font exception et se sont dotées de barèmes et de directives officielles d'heures d'interventions et d'expositions à des services par niveau de risque de récidive.
- L'intensité de services offerts au jeune lors de la transition entre la mise sous garde et le suivi dans la communauté ne semble pas nécessairement déterminée en fonction de son niveau de risque de récidive tiré du YLS/CMI-II.

Lors du suivi dans la communauté, dans quatre régions sur onze, la différenciation de l'intensité de services proposés aux jeunes repose sur le niveau de risque obtenu aux évaluations structurées effectuées avec le *YLS/CMII*. Pour les autres régions, la différenciation résulte d'autres facteurs tels : la quantité et le type de besoins, le type de délit, la sphère occupationnelle, la qualité de la collaboration et de l'implication du jeune et de sa famille dans son suivi, l'ordonnance de la cour (p. ex., condition imposée par le juge de suivre un atelier de gestion de la colère) et le moment où le jeune est rendu dans sa sentence (ex : l'intensité est plus élevée au début du suivi ou lors du début de la surveillance à la suite de la mise sous garde).

Lors de la mise sous garde, un désir de ne pas accorder la même intensité de services à chacun des jeunes est manifeste. Il semble néanmoins difficile d'actualiser cette volonté. De fait, il s'avère complexe d'organiser et de moduler la programmation requise pour des unités où sont hébergés 12 jeunes, sous la supervision de deux intervenants, parfois sous deux lois différentes. Plutôt que de prévoir différentes programmations à même une unité, des interventions à la pièce sont ajoutées aux jeunes en fonction de ses besoins, afin de varier l'intensité de services offerts (10/11). Les besoins des jeunes sont généralement déterminés selon le jugement clinique des intervenants, à savoir leurs observations des comportements du jeune dans le vécu éducatif partagé et à la lecture du RPD. Sous cette optique, l'ajout ou la diminution d'interventions ne semble pas être tributaire du niveau de risque de récidive du jeune, obtenu par une évaluation structurée à l'aide d'un instrument de mesure prévu à cet effet.

Finalement, **lors de la transition entre la mise sous garde et le suivi dans la communauté**, la décision de l'intensité des services offerts au jeune ne semble pas dépendre de son niveau de risque de récidive pour neuf régions sur onze. De façon générale, l'intensité des services offerts augmente lors de cette transition, sans être guidée par un processus clinique officiel qui indique de s'ajuster à son niveau de risque de récidive.

PRINCIPE DES BESOINS

Définition

Le principe des besoins énonce que les interventions doivent cibler de façon prioritaire les besoins criminogènes (Bonta et Andrews, 2017). Les besoins criminogènes représentent les facteurs de risque dynamiques, c'est-à-dire ceux statistiquement associés à la récidive et modifiables dans le cadre d'interventions. Ces facteurs se distinguent des facteurs de risque statiques, tels que les antécédents criminels et l'âge, lesquels ne peuvent changer à la suite d'interventions, ainsi que des besoins non criminogènes, tels que l'estime de soi ou le déni du délit, qui sont modifiables à la suite d'interventions, mais faiblement associés à la récidive. Dû à son lien faible avec la délinquance, cibler les besoins non criminogènes avec le jeune ne favorise pas la diminution de son risque de récidive. Ils peuvent néanmoins être abordés dans l'intervention pour consolider ou améliorer le bien-être du jeune et augmenter sa réceptivité aux interventions sur ses besoins criminogènes. En d'autres termes, si le but de l'intervention est de diminuer le risque de récidive, les besoins criminogènes doivent être ciblés en priorité.

Constats cliniques

En résumé

- Les besoins criminogènes de l'école/du travail, des loisirs et de la famille sont fréquemment appelés « facteurs de risque » par les répondants;
- Les besoins criminogènes en lien avec les attitudes/valeurs/croyances antisociales, la fréquentation de pairs antisociaux, les éléments de la personnalité associés au crime et les problèmes actuels de consommation ont été moins ou peu évoqués;
- Les objectifs au plan d'intervention ne semblent pas être déterminés en fonction des besoins criminogènes;
- Lorsque la famille est un besoin criminogène pour le jeune, il ne semble pas toujours évident de déterminer les objectifs au plan d'intervention et d'identifier l'intervenant qui sera responsable de les travailler (p. ex., PJ ou LSJPA);
- Il est difficile d'affirmer si les besoins criminogènes représentent la cible et centration des interventions individuelles et de groupe;
- Il est difficile de savoir si les besoins criminogènes et non criminogènes font l'objet d'interventions de façon équivalente.

Lors du suivi dans la communauté, les délégués à la jeunesse de sept régions sur onze établissent les cibles d'interventions à prioriser, c'est-à-dire les objectifs au PI, en fonction des conclusions de l'évaluation globale du jeune. Plus précisément, elles sont principalement tirées du RPD. Elles ne sont donc pas nécessairement basées sur les résultats de l'évaluation du risque et des besoins criminogènes, outre pour quatre régions sur onze. Bien que les sections du RPD ciblent les grands facteurs de risque (à savoir les besoins criminogènes), la façon de définir, de tenir compte et d'évaluer chacun de ces facteurs varie d'un délégué à l'autre. Conséquemment, pour sept régions sur onze, il est difficile d'affirmer que l'identification des besoins à couvrir, donc des objectifs au plan d'intervention, représente les besoins criminogènes prioritaires du jeune.

Parmi toutes les régions sondées, 4 régions centrent leurs rencontres d'accompagnement individuel sur les besoins criminogènes identifiés au plan d'intervention. Ces régions sont celles dont les besoins criminogènes identifiés sont tirés du YLS/CMI-II. Pour la majorité des régions (7/11), mettre un objectif au plan d'intervention ne signifie pas qu'il demeura un point central d'intervention lors de l'animation des rencontres individuelles et ce, qu'il concerne ou non un besoin criminogène. Les thématiques abordées avec le jeune lors du suivi dans la communauté varient d'un délégué à l'autre, selon ce qu'il juge pertinent, et d'une région à l'autre. Les sujets les plus fréquemment rapportés sont : le retour sur les situations de la semaine, la détresse du jeune, les besoins actuels du jeune, les conditions de l'ordonnance associées à l'école et au travail, les amis et (ou) les objectifs au plan d'intervention. La plupart de ces thématiques correspondent à des besoins non criminogènes (retour sur les situations de la semaine, détresse du jeune, besoins actuels du jeune, conditions de l'ordonnance, objectifs au plan d'intervention ne ciblant pas de besoins criminogènes pour sept sur onze régions), permettant le développement du bien-être des jeunes. Selon le modèle RBR (Bonta et Andrews, 2017), le fait de cibler les besoins non criminogènes doit s'effectuer dans le but de motiver et de rendre le jeune réceptif au cheminement ou au changement relatif à ses besoins criminogènes ou bien pour s'assurer de sa sécurité (intitulés motifs humanitaires par les auteurs du modèle RBR).

Finalement, le choix des programmes spécifiques animés auprès du jeune n'est pas forcément en lien avec ses besoins criminogènes, qu'ils soient offerts en groupe ou de façon individuelle. Dans les régions urbaines, trois régions sur onze (3/11) offrent des possibilités d'animation en groupe et une seule région urbaine sélectionne les participants au groupe en se basant sur leurs besoins criminogènes des jeunes. À noter que peu d'activités cliniques sont offertes en groupe dans les régions rurales (8/11).

Lors de la mise sous garde, les éducateurs de quatre régions sur onze (4/11) connaissent les besoins criminogènes du jeune, étant donné leur collaboration avec les délégués à la jeunesse utilisant le YLS/CMI-II lors de la détermination des objectifs au plan d'intervention. Pour sept régions sur onze (7/11), il semble difficile d'affirmer si les cibles prioritaires d'interventions déterminées, dont des objectifs au PI, correspondent aux besoins criminogènes du jeune. Parmi ces régions, cinq sur onze (5/11) se dotent d'outils cliniques, tels les outils cognitifs comportementaux, pour contribuer à l'identification des objectifs au plan d'intervention.

Néanmoins, la détermination des objectifs au plan d'intervention ciblant les besoins criminogènes ne permet pas d'affirmer que ces objectifs seront effectivement ciblés lors des rencontres individuelles ou des activités cliniques de la programmation. Seul une région sur onze (1/11) traite des besoins criminogènes du jeune tirés du YLS/CMI-II, lors des rencontres d'accompagnement hebdomadaires. Pour quelques régions (4/11), les sujets discutés lors des rencontres individuelles sont structurés par le biais d'un canevas tel : les objectifs au plan d'intervention (pouvant correspondre aux besoins criminogènes ou non), les facteurs de risque (pouvant correspondre aux besoins criminogènes prioritaires), le retour sur les activités cliniques et les outils cliniques. La majorité des régions (7/11) discutent des besoins du jeune et des situations vécues dans l'unité lors de la rencontre individuelle avec le jeune. De fait, la thématique varie d'un éducateur à l'autre et d'une rencontre à l'autre, et il est difficile de déterminer si les besoins criminogènes sont ciblés par l'intervention.

En ce qui a trait aux activités cliniques qui composent la programmation de l'unité, elles sont généralement offertes à tous les jeunes. De fait, tous les jeunes participent aux activités cliniques choisies, que cela représente ou non leurs besoins criminogènes (11/11). Cette organisation est attribuable à une réalité administrative (organisation du temps, nombre d'adultes en présence). Toutefois, il arrive de ne pas inclure un jeune dans une activité clinique, si cette dernière ne répond pas à ses besoins spécifiques ou si des caractéristiques particulières nuisent à ses apprentissages ou à ceux du groupe. Certains programmes offerts permettent de traiter un besoin criminogène, par exemple la gestion de la colère, alors que d'autres répondent à des besoins non criminogènes, par exemple un programme d'éducation à la sexualité ou à la gestion du stress. Outre la programmation de l'unité, la sélection des participants à des activités ou programmes cliniques supplémentaires repose, en majorité (7/11), sur le jugement professionnel des éducateurs basé sur leurs observations, l'ordonnance de la cour, les recommandations au RPD ou des résultats obtenus par différents instruments et outils cliniques (p. ex., Dep-ado), ainsi que la durée de la mise sous garde.

Lors de la transition, entre la mise sous garde et le suivi dans la communauté, la détermination des objectifs au plan d'intervention et les décisions entourant les conditions de surveillance ne semblent pas établies en fonction de la progression du jeune dans l'unité quant à ses besoins criminogènes (9/11). De façon générale, l'accompagnement du jeune dans sa préparation à sa sortie de la mise sous garde concerne son inscription à l'école, la recherche d'un emploi et l'obtention d'un logement (s'il ne retourne pas dans sa famille). Un bilan verbal ou écrit permet également de proposer des objectifs au plan d'intervention et de faire état de la progression du jeune durant son passage en mise sous garde. Néanmoins, ce partage d'information entre l'éducateur et le délégué semble traiter de sujets différents et il semble s'effectuer à un moment variable, d'un intervenant à l'autre et d'une région à l'autre (p. ex., un mois avant la sortie du jeune ou le jour de la sortie du jeune). Une région semble se doter d'un processus officiel établissant l'importance d'avoir un objectif de réinsertion au plan d'intervention dès l'entrée du jeune en mise sous garde, tout cela en prenant en considération les besoins criminogènes du jeune afin de préparer sa transition future.

PRINCIPE DE RÉCEPTIVITÉ GÉNÉRALE

Définition

Le principe de réceptivité générale vise à offrir des interventions aux jeunes contrevenants avec des modalités et des approches adaptées à leurs habiletés et leurs styles d'apprentissages (Bonta et Andrews, 2017). Ainsi, la réceptivité générale englobe l'arrimage des modalités, des styles et des stratégies d'intervention qui ont la plus grande incidence sur les jeunes contrevenants quant aux changements cognitifs et comportementaux attendus (Bonta et Andrews, 2017).

L'approche cognitive comportementale est reconnue comme la plus efficace empiriquement pour intervenir auprès de tous les jeunes contrevenants (Andrews et Bonta, 2010 a; Landenberger et Lipsey, 2005; Tarolla, Wagner, Rabinowitz et Tubman, 2002; Lösel 2001). Plus précisément, il s'agit des techniques de renforcement et de modelage, de l'acquisition d'aptitudes par la pratique guidée et renforcée dans le contexte de jeux de rôle structurés ainsi que par la résolution de problèmes, de la diminution ou l'arrêt des comportements problématiques par une utilisation efficace de l'autorité et, finalement, de la restructuration cognitive (Bonta et Andrews, 2017). Pour être efficaces, elles s'actualisent au sein d'une alliance thérapeutique empreinte d'ouverture, de chaleur, d'engagement, dépourvue d'hostilité et de blâme entre l'intervenant et le jeune.

Constats cliniques

En résumé

- Les balises théoriques établies par les services diffèrent entre le suivi dans la communauté et la mise sous garde. L'approche cognitive comportementale semble surtout préconisée lors de la mise sous garde que lors du suivi dans la communauté.
- Il existe peu d'outils, d'activités et de programmes cliniques pour couvrir les besoins criminogènes dans le suivi en communauté, contrairement à la mise sous garde;
- L'arrimage du vocabulaire clinique et la continuité des interventions par le biais du transfert des objectifs, moyens et outils cliniques utilisés sont limités entre la mise sous garde et le suivi dans la communauté;
- La restructuration cognitive est la technique rapportée comme soulevant le plus de difficultés;
- Les intervenants ont un souci de créer et de maintenir une alliance thérapeutique. Ils s'intéressent aux jeunes et ils accueillent avec ouverture les diverses situations vécues.
- Certaines initiatives positives sont déployées dans les régions pour faire participer la famille ou une personne significative à la réadaptation du jeune afin augmenter l'engagement de celle-ci (p. ex., rencontre d'explication de la LSJPA et du mandat de l'intervenant, des rencontres à domicile, des heures flexibles de visites lors de la mise sous garde, objectif au plan d'intervention en lien avec le parent, etc.).

Lors du suivi dans la communauté, aucune approche spécifique ne semble préconisée formellement (11/11). Les approches théoriques varient d'un délégué à la jeunesse à l'autre en fonction de leur approche préférentielle tirée de leur expérience et de leur niveau de confort avec celle-ci. Une minorité des régions (3/11) indique utiliser l'approche cognitive comportementale en faisant remplir la grille d'auto-observation par le jeune et en offrant des ateliers sur la gestion de la colère (annexe 5). Les délégués à la jeunesse tirent également profit des stratégies d'enseignement de comportements : explication, modelage, jeu de rôle, discussions en lien avec des scénarios prosociaux et renforcements. Ils stipulent que la restructuration cognitive, contribuant au travail des cognitions antisociales et au développement d'un contrôle de soi, s'avère la technique soulevant le plus de difficultés. La majorité des régions (6/11) se réfère également à l'approche systémique pour comprendre l'impact de la situation familiale sur les comportements délictuels du jeune. Sur le plan de l'intervention, ils travaillent en concertation avec les partenaires et professionnels présents au dossier. Diverses tentatives pour impliquer la famille dans le suivi sont rapportées : le contact téléphonique une fois par semaine, l'invitation à la rencontre d'élaboration du plan d'intervention, présence d'un objectif en lien avec le parent (5/11). Toutefois, ils animent peu de rencontres familiales (1/11) et n'interviennent peu sur les habiletés parentales dans le but d'avoir un impact sur ce besoin criminogène, tel que préconisé par l'approche (Van der Strouwe et coll., 2014). Lorsqu'un besoin criminogène prioritaire du jeune concerne la famille, il ne semble pas évident de déterminer les objectifs au plan d'intervention et l'intervenant qui sera responsable de les travailler (p. ex., PJ ou LSJPA). Somme toute, aucune approche théorique permettant de couvrir efficacement les besoins criminogènes ne semble connue ou utilisée par les intervenants lors du suivi dans la communauté.

Lors de la mise sous garde, l'approche cognitive comportementale est préconisée dans la majorité des régions (8/11). Elle transparaît dans le choix de programmes cliniques utilisés auprès des jeunes (annexe 4). De fait, les activités cognitivo-comportementales (Leblanc, 2014) telles que la gestion de la colère (4/11), les habiletés de communication (4/11) et les habiletés de résolution de problèmes (3/11) favorisent l'acquisition de nouvelles aptitudes comportementales, émotives et cognitives au moyen des techniques de modelage, de jeu de rôles et de pratique guidée. Les outils cliniques individualisés comme la grille d'auto-observation, le contrat comportemental ou le plan de soutien comportemental, de même que certains outils d'évaluation fonctionnelle sont également utilisés dans quelques régions (5/11). La restructuration cognitive constitue également la technique la plus difficile à appliquer pour les éducateurs. Des systèmes de renforcement de groupe sont aussi mis en place dans les unités (9/11). Bien que, l'implication de la famille ou de la personne significative dans le cheminement du jeune est préconisée par quelques régions (6/11) (prises de contacts téléphoniques, heures de visites flexibles, etc.), l'approche systémique n'est pas explicitement nommée par les régions. De plus, peu d'activités cliniques s'adressent spécifiquement aux parents ou impliquent la participation parentale. La généralisation des acquis du jeune dans le contexte familial demeure donc difficile.

Lors de la transition entre la mise sous garde et le suivi dans la communauté, le transfert des outils d'intervention cliniques relatifs à une approche théorique, notamment l'approche cognitive comportementale, est très difficile. L'approche théorique préconisée lors de la mise sous garde n'est pas toujours la même que celle lors du suivi dans la communauté. De fait, les intervenants n'utilisent pas le même vocabulaire et schème de références pour discuter des besoins et des objectifs et pour comprendre les comportements du jeune. De plus, il semble difficile d'appliquer les techniques d'enseignement de comportements prosociaux de l'approche cognitive comportementale (p. ex., le modelage, la pratique guidée avec rétroaction positive, le jeu de rôles dans les contextes précis) dans le contexte familial ou dans la communauté.

PRINCIPE DE RÉCEPTIVITÉ SPÉCIFIQUE

Définition

Le principe de réceptivité spécifique stipule qu'il faut individualiser les interventions en fonction des particularités du jeune tels ses forces, sa motivation, sa personnalité (p. ex., introverti), ses problèmes de santé mentale (p. ex., TDAH, anxiété dans les relations interpersonnelles), ses caractéristiques biologiques (p. ex., âge, sexe, origine ethnique) et neurobiologiques (p. ex., faible intelligence dans l'expression verbale), ses habiletés, ses aptitudes, ses capacités (p. ex., manque de maturité interpersonnelle et cognitive) et ses styles d'apprentissages (Bonta et Andrews, 2017). Ce n'est qu'en considérant ces éléments que l'intervention peut être adaptée. Le jeune pourra ainsi être en mesure d'atteindre ses objectifs.

La motivation à participer, s'engager et se mobiliser dans un processus de changement représente une caractéristique spécifique des jeunes LSJPA ayant une incidence considérable sur l'efficacité des interventions. Ce fait se vérifie d'autant plus chez les jeunes à risque élevé de récidive, car le niveau de motivation est souvent proportionnellement inversé au niveau de risque de récidive et ce sont ces derniers qui doivent être exposés à l'intensité d'intervention la plus élevée. Le modèle RBR propose d'ailleurs des modalités pour accroître la motivation des délinquants à participer aux divers programmes qui leur sont proposés comme de miser sur leurs forces, de réduire les obstacles personnels et situationnels à leur participation, de répondre de prime abord aux questions qui les intéressent, de cibler des besoins non criminogènes et de réduire les facteurs nuisant à la concentration (Andrews et Bonta, 2010a). Une fois le jeune engagé dans son cheminement, la diminution de son risque de récidive apparaît plus probable.

Constats cliniques

En résumé

- Les intervenants déploient des interventions individualisées et adaptées en fonction des particularités singulières des jeunes;
- Les outils cliniques ou instruments de mesure utilisés pour évaluer les caractéristiques individuelles diffèrent entre le suivi dans la communauté et la mise sous garde;
- La zone qui traite de la réceptivité spécifique dans le YLS/CMI-II semble peu utilisée lorsqu'il est rempli et elle n'est pas systématiquement communiquée par le délégué à la jeunesse à l'éducateur;
- Il semble difficile de prioriser et d'adapter les cibles d'intervention en considérant certains éléments de réceptivité spécifique du jeune lorsqu'il manifeste des symptômes associés à des problèmes de santé mentale ou lorsqu'il a commis des infractions à caractère sexuel;
- Le souci de susciter la motivation du jeune est présent dans chaque région.

Lors du suivi dans la communauté, tous les délégués prennent en considération les caractéristiques spécifiques du jeune pour adapter leurs interventions (11/11). Les interventions semblent faire l'objet d'adaptation fréquente, en fonction des caractéristiques biologiques et des particularités neurobiologiques (p. ex., TDAH) des jeunes. À titre d'exemple, certains raccourcissent la durée des rencontres avec les jeunes présentant un TDAH afin de s'ajuster à leur style d'apprentissage et leur niveau d'attention et de concentration plus faible. De plus, des outils peuvent être utilisés pour approfondir leur compréhension de la dynamique du jeune ou de certains traits de sa personnalité : le JESNESS (inventaire de personnalité) et la typologie de la gravité délinquantielle (classification des délinquants distinctifs québécois) sont évoqués. Certaines particularités, comme les manifestations de symptômes associés à des problèmes de santé mentale (8/11), les aptitudes/difficultés cognitives (6/11) et les infractions à caractère sexuel (4/11), laissent toutefois les délégués à la jeunesse en besoin de soutien quant à la priorisation des cibles au plan d'intervention et leurs impacts sur les besoins criminogènes. L'approche motivationnelle est utilisée de façon variable pour la moitié des régions (5/11), lors du suivi dans la communauté. Par exemple, certains délégués se servent des cycles du changement pour analyser le stade de reconnaissance des jeunes de leur problématique, tandis que d'autres pratiquent les techniques d'entretien motivationnel lors de leurs rencontres d'accompagnement avec les jeunes. Néanmoins, l'identification des objectifs du plan d'intervention initial s'effectue dans le but de favoriser la motivation du jeune pour toutes les régions (11/11). Certaines régions mentionnent également inscrire un besoin non criminogène à titre d'objectif afin de favoriser la prise de conscience graduelle chez les jeunes de leurs problèmes.

Lors de la mise sous garde, les éducateurs adaptent leurs techniques d'intervention quotidiennes et leurs animations d'activités en fonction des éléments de réceptivité spécifique du jeune (11/11). Les caractéristiques biologiques, neurobiologiques (TDAH), problématiques de santé mentale diagnostiquée ou non (anxiété, psychose, schizophrénie) et les capacités interpersonnelles sont considérées. Notamment, des programmes vont parfois être animés de façon individuelle pour les jeunes qui manifestent des symptômes d'anxiété en groupe. La typologie de la gravité délinquantielle et le Massachusetts Youth Screening Instrument (MAYSI-II : Grisso et Barnum, 2000), un outil de dépistage de problèmes mentaux, servent à évaluer des éléments de réceptivité spécifique et à intervenir en conséquence. Malgré les précisions qu'ils apportent, les manifestations de symptômes associés à des problèmes de santé mentale (9/11) soulèvent des difficultés d'adaptation, de priorisation de cibles et de choix d'approches lors des interventions, tout comme la délinquance sexuelle (6/11). L'application de l'approche motivationnelle varie parmi les régions où les intervenants sont formés pour l'utiliser (6/11). De fait, lors des interventions, peu d'outils cliniques ou techniques d'intervention spécifiques à l'approche sont utilisés concrètement, outre la balance décisionnelle et des techniques d'impact afin de faciliter les prises de conscience. Lors de son passage en mise sous garde, le jeune est consulté dans l'élaboration des objectifs au plan d'intervention (11/11).

Lors de la transition entre la mise sous garde et le suivi dans la communauté, il semble difficile de connaître la place que prennent les éléments de réceptivité spécifique dans la détermination des conditions de surveillance et des objectifs au plan d'intervention (11/11). La prise en considération de l'évolution des particularités du jeune complexifie la tâche de priorisation des cibles d'intervention lors de la sortie du jeune. L'incidence de ces éléments de réceptivité spécifique sur les besoins criminogènes et non criminogènes ne semble pas bien comprise. D'ailleurs, l'utilisation du YLS/CMI-II (notamment la section sur la réceptivité spécifique) dans la planification de la transition entre la mise sous garde et le suivi dans la communauté n'est pas une pratique uniforme (7/11). Le suivi de la progression du jeune lors la mise sous garde s'effectue de façon différente et selon des modalités variées d'une région à l'autre. Plus précisément, les comportements, les caractéristiques et les données ou éléments auxquels une importance est attribuée varient d'un éducateur à l'autre lorsqu'aucun outil n'est établi formellement pour faire le suivi (7/11). Par conséquent, la prise en considération des facteurs de réceptivité spécifique lors de la transition ne semble pas systématique.

****Pour un portrait des programmes cliniques utilisés à travers les régions sondées, veuillez consulter les annexes 3, 4 et 5.****



DÉFIS ET BESOINS RAPPORTÉS PAR LES MILIEUX

Dans le cadre de la démarche d'évaluation, plusieurs défis et besoins ont été soulevés par les personnes rencontrées en ce qui a trait à la prise en charge des jeunes LJPSA. Ces défis et besoins ont été regroupés en sept (7) catégories classées en fonction de la proportion de régions qui les ont rapportés. Ils sont détaillés dans cette section.

PROBLÉMATIQUES SPÉCIFIQUES (10 RÉGIONS/11)

Plusieurs problématiques soulèvent des défis d'intervention, autant chez les éducateurs que chez les délégués à la jeunesse. Certaines problématiques spécifiques sont davantage observées aujourd'hui au sein de la clientèle assujettie à la LSJPA, comparativement à quelques années auparavant.

- Défi quant à l'évaluation, à l'intervention et à la gestion de groupe relativement aux manifestations associées à divers problèmes neurologiques ou problèmes de santé mentale, notamment en présence de comorbidités ou de manifestations d'agressivité.
- Défi quant à l'évaluation du risque de récidive et au suivi relatif aux jeunes ayant commis des infractions à caractère sexuel.
- Besoin de connaissance quant aux pratiques à préconiser et à éviter entourant la problématique de l'exploitation sexuelle, notamment chez les filles en mise sous garde.
- Défis quant à l'adaptation culturelle des interventions (langue, parcours migratoire, méthodes éducatives au sein des familles, etc.) s'adressant à une clientèle multiethnique de plus en plus diversifiée.
- Besoin de formation quant à l'octroi et à l'adaptation des services auprès de la clientèle autochtone.
- Besoin de soutien et de formation pour réagir adéquatement à la violence et à l'agressivité exprimées par les jeunes et dirigées envers les adultes ou les autres jeunes.
- Défi quant à l'intervention avec des jeunes qui ne souhaitent pas recevoir d'aide ou qui ne pensent pas avoir de problème (difficulté sur le plan de la motivation).
- Besoin de formation et d'outils quant à la notion de trauma complexe et aux difficultés d'attachement des jeunes qui suscitent la fatigue des équipes.
- Défi quant à l'implication de la famille ou des personnes significatives dans le suivi de leur jeune

CONTENU CLINIQUE ET ACCOMPAGNEMENT (9 RÉGIONS/11)

Plusieurs défis soulevés par les régions concernent le contenu clinique (approches théoriques, instrument de mesure, outils cliniques d'intervention) et l'accompagnement clinique disponible pour l'actualiser avec qualité.

- Difficultés d'harmoniser les services aux jeunes contrevenants dans les différents établissements, car il n'y a pas d'approche explicitement nommée et préconisée pour harmoniser les services internes et externes, les services de la LPJ et de la LSJPA ainsi que pour diriger les interventions en vertu de la LSJPA;
- Désir de baser leurs interventions sur une approche probante et reconnue pour orienter les rencontres individuelles, de choisir des moyens précis pour travailler avec les jeunes et d'avoir un langage commun à travers la province;
- Besoin d'être formés et accompagnés dans l'utilisation d'instruments de mesure d'évaluation du risque de récidive et d'arrimer les résultats au plan d'intervention;
- Besoin de développer des outils cliniques spécifiques pertinents, simples et stimulants pour l'intervention auprès des jeunes;
- Besoin de favoriser la compréhension du sens et de l'utilité des nombreux outils cliniques existants;
- Besoin de soutien pour maximiser et structurer les interventions cliniques lors des rencontres d'accompagnement individuelles, tel un canevas pour guider le contenu de ces rencontres;
- Besoin d'accompagnement pour soutenir les intervenants dans l'application du processus et leurs réflexions cliniques;
- Besoin de temps et d'accompagnement pour le personnel de soutien clinique afin d'optimiser la structure, les interventions, les activités et les outils cliniques dans les équipes.

COLLABORATION ENTRE LA MISE SOUS GARDE ET LE SUIVI DANS LA COMMUNAUTÉ (8 RÉGIONS/11)

Plusieurs défis organisationnels, ayant une incidence sur la qualité de la prestation des services, ont également été nommés par les personnes rencontrées. Parmi ceux-ci, la plupart concernent les enjeux de collaboration entre la mise sous garde (l'interne) et le suivi dans la communauté (l'externe).

- Difficultés dans la communication des résultats d'évaluation du risque de récidive et de l'évaluation globale entre le délégué à la jeunesse et l'éducateur;
- Difficultés d'assurer un transfert clinique des objectifs, moyens et outils cliniques utilisés (lorsqu'ils sont présents) durant la mise sous garde vers le suivi dans la communauté, lors de la transition du jeune;
- Difficultés sur le plan des mécanismes et des modalités de communication générale entre éducateurs et délégués à la jeunesse (p. ex., accessibilité limitée des éducateurs aux notes de suivis rédigées par les délégués à la jeunesse, absence de rencontres cliniques systématiques pour certaines régions, etc.).

FORMATION (7 RÉGIONS/11)

Des besoins de formations et d'accompagnement post-formation sont manifestés par plusieurs régions, notamment relativement aux spécificités de la LSJPA et à certaines thématiques spécifiques.

- Besoin de formations spécifiques et continues sur les savoirs, le savoir-faire et le savoir-être associés au mandat de la LSJPA;
- Besoin de formations sur les problématiques spécifiques relevées (voir les problématiques spécifiques ci-haut), l'approche cognitive comportementale et la restructuration cognitive, les lois LSJPA/LPJ, l'intervention de groupes, l'affiliation avec les pairs délinquants, la toxicomanie, l'intervention auprès des jeunes à haut risque et ceux avec de courtes peines;
- Besoin de formations quant aux pratiques probantes entourant la gestion des comportements problématiques (mise sous garde);
- Besoin d'accompagnement post-formation pour soutenir la mise en application des apprentissages issus des différentes formations qui s'avère complexe et suscite du temps.

ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES AUX JEUNES LSJPA (7 RÉGIONS/11)

Des besoins sont rapportés quant à la difficulté pour les jeunes LSJPA d'accéder aux services offerts par des partenaires externes.

- Délais importants d'accès aux services du Réseau de la santé et services sociaux;
- Peu d'arrimage avec les services aux adultes du RSSS, ainsi qu'avec les organismes communautaires ce qui affecte la transition du jeune vers cette étape de vie;
- Disparités entre les services cliniques et le volet juridique sur le plan de la perception des besoins du jeune et des objectifs à poursuivre;
- Régions rurales et vastes territoires : difficultés d'accès aux services étant donné le temps de transport requis, éloignement des familles, perte de sorties provisoires, intensité de services difficiles à offrir, animation limitée de programmes de groupes.

COLLABORATION LPJ ET LSJPA POUR LES JEUNES SUIVIS EN VERTU DES DEUX LOIS (5 RÉGIONS/11)

Actuellement, il est fréquent qu'un jeune suivi en vertu de la LSJPA ait également été suivi en vertu de la LPJ. Il s'agit d'ailleurs du cas d'environ la moitié des jeunes des régions sondées. Le travail de collaboration entre les intervenants aux mandats différents, pour le dossier d'un même jeune, pose un défi.

- Difficultés dans la priorisation des objectifs au plan d'intervention et des cibles communes pour couvrir les exigences des deux lois (besoins globaux par rapport aux besoins associés à la diminution du risque de récidive);
- Complexification du travail de collaboration et de complémentarité étant donné la multiplication des intervenants mis en cause dans le dossier (p. ex., le délégué à la jeunesse, l'éducateur de suivi de l'unité de mise sous garde, l'éducateur de suivi de l'unité de protection et l'intervenant psychosocial).
- Obstacles d'accès réciproque au système du PIJ dans le cadre du suivi des objectifs au plan d'intervention;
- Enjeux d'uniformité entre les outils cliniques utilisés selon les mesures;
- Difficulté d'offrir une programmation clinique distincte à même une unité de vie ayant un mandat double (p. ex., encadrement intensif et mise sous garde fermée). L'arrimage entre la gestion du groupe et les interventions individualisées auprès d'une clientèle manifestant des symptômes associés à des problématiques de santé mentale et de l'agressivité posent un défi majeur.



PROPOSITIONS POUR SOUTENIR LES PRATIQUES

Cette dernière section du rapport vise à émettre des recommandations quant aux changements de pratiques à adopter pour améliorer la qualité des services cliniques offerts aux jeunes LSJPA afin de diminuer leur risque de récidive tout en contribuant à leur bien-être. Ces propositions sont formulées dans le but de répondre à certains défis et besoins cliniques rapportés par les milieux, ainsi que de bonifier et de soutenir la qualité des pratiques québécoises en réadaptation et en réinsertion auprès des jeunes LSJPA. Elles sont issues d'un travail d'analyse supplémentaire et de recension de littérature sur les programmes probants et leur mise en œuvre. Pour faciliter la compréhension du lecteur, les recommandations seront résumées et regroupées par catégories.

ORGANISER UNE PRESTATION DE SERVICES BASÉE SUR LE MODÈLE RBR

- S'assurer que les gestionnaires, le personnel de soutien clinique et les intervenants des services à l'externe (suivi dans la communauté) comprennent la théorie expliquant le passage à l'acte délinquant et le modèle RBR (Viglione & Blasko, 2018; Guay & Lafortune, 2015);
- Réviser le continuum de la prestation de services offerts aux jeunes LSJPA afin que les services s'harmonisent avec les approches théoriques probantes, ainsi qu'avec les principes du modèle RBR (Bonta et Andrews, 2017; Bourgon, 2009);
- Encourager et formaliser les pratiques entourant l'implication des parents et des personnes significatives, puis les intégrer au continuum de services (Cohen et al., 2012).

COLLABORATION ENTRE LA MISE SOUS GARDE ET LE SUIVI DANS LA COMMUNAUTÉ

- Sensibiliser les équipes éducatives, le personnel de soutien clinique, les gestionnaires des services à l'interne (mise sous garde) au modèle RBR et au YLS/CMI-II (Chua et coll., 2014; Guay & Lafortune, 2015; Latessa, 2004; Viglione, 2018a; Young et coll., 2006).
- Établir des rencontres officielles entre les délégués à la jeunesse et les éducateurs pour uniformiser le processus clinique d'évaluation, d'intervention, de suivis et de révision des objectifs au PI.
- Adopter un langage commun en ciblant les mêmes approches théoriques probantes à utiliser pour baliser les pratiques (Bonta et Andrews, 2017).

PROGRAMMATION DES UNITÉS DE MISE SOUS GARDE

- Structurer l'unité selon les caractéristiques universelles à la majorité des jeunes en mise sous garde afin de rendre le milieu sécuritaire, cohérent et prévisible (p. ex., traumas complexes) (Snyder, 2018; Branson et coll., 2017; Sprague et coll., 2013).
- Animer les activités et ateliers cliniques en sous-groupes selon les besoins criminogènes et non criminogènes spécifiques à chacun des jeunes, en composant le groupe de participants détenant un niveau de risque de récidive similaire afin d'éviter l'effet iatrogène d'affiliation à des pairs déviants (Bonta et Andrews, 2017; Sprague et coll., 2013).
- Consolider l'utilisation de programmes, d'activités, d'outils cliniques et de techniques d'intervention de type cognitif comportemental (Bonta et Andrews, 2017; Bourgon, 2009).

COMPÉTENCES CLINIQUES SPÉCIFIQUES À LA DIMINUTION DU RISQUE DE RÉCIDIVE DES JEUNES

- Évaluer de façon structurée le risque, les besoins et la réceptivité des jeunes avec le YLS/CMI-II (Bonta et Andrews, 2017);
- Utiliser les résultats du YLS/CMI-II pour prendre des décisions cliniques (Bonta et Andrews, 2017);
- Communiquer les résultats du YLS/CMI-II aux partenaires (p. ex., éducateurs en mise sous garde, ARH, etc.) (Hannah-Moffat & Maurutto, 2003);
- Outiller les intervenants pour leur permettre d'identifier, de prioriser et de couvrir les besoins criminogènes prioritaires des jeunes (Viljoen et coll., 2019), tout en considérant les éléments de réceptivité spécifique, c'est-à-dire leurs caractéristiques particulières et leurs forces (Fernandez, 2017);
- Outiller les intervenants pour leur permettre d'utiliser des techniques d'intervention cognitive comportementale efficaces ciblant les besoins criminogènes (Bourgon, 2009);
- Outiller les intervenants pour leur permettre de couvrir les besoins non criminogènes du jeune dans le but de favoriser sa réceptivité et sa motivation à travailler sur ses besoins criminogènes (Bonta et Andrews, 2017; Fernandez, 2017);

- Entretenir le souci des intervenants à créer et à maintenir une alliance thérapeutique de qualité avec le jeune (Bourgon, 2009; Andrews, 2004);
- Structurer et animer les rencontres individuelles selon les principes fondamentaux du modèle RBR (Bonta et coll., 2012; Bourgon, 2009);
- Évaluer de façon continue la progression du jeune dans l'atteinte des objectifs, plus particulièrement en lien avec ses besoins criminogènes.

SOUTIEN CLINIQUE

- S'assurer d'offrir des formations et un soutien clinique structuré aux intervenants afin de les soutenir dans l'acquisition des compétences cliniques spécifiques au modèle RBR (Viglione et coll., 2015).
- S'assurer d'offrir des formations et un soutien clinique structuré au personnel de soutien clinique afin de les soutenir dans leur maîtrise des principes du modèle RBR et dans leur rôle de soutien clinique auprès des intervenants (Bonta et coll., 2013; Hannah-Moffat & Maurutto, 2003; Taxman et coll., 2014; Viglione et coll., 2015; Young et coll., 2006).

ENCADREMENT

- Allouer le temps nécessaire au personnel de soutien clinique pour former et offrir un soutien clinique de qualité aux intervenants (Guay & Lafortune, 2015; Rocque et coll., 2013; Viglione & Taxman, 2018);
- Développer un système de reconnaissance pour les intervenants afin de soutenir l'acquisition et le maintien des compétences spécifiques au modèle RBR (Bonta et coll., 2013; Bourgon, 2009; Guay & Lafortune, 2015; Viglione & Blasko, 2018).
- Établir un système de monitoring pour s'assurer de l'intégrité du processus clinique établi en fonction du modèle RBR (Viglione & Taxman, 2018).
- Mettre en place un comité de mise en œuvre du modèle RBR pour élaborer des solutions aux défis rencontrés en cours de mise en œuvre (Bonta et coll., 2013; Guay et Lafortune, 2015; Rocque et coll., 2013; Young et coll. 2006).



CONCLUSION

Les constats cliniques ressortant de l'analyse du portrait provincial de prestation de services offerts aux jeunes LSJPA se rapprochent des études sur l'utilisation du modèle RBR. En effet, la similitude observée se rapporte à la difficulté de transposer les résultats de l'évaluation du risque de récidive et des besoins criminogènes des jeunes à la planification et à l'actualisation de l'intervention (Dyck et coll., 2018; Viglione, 2018b; Viglione et coll., 2015; Ugwu-dike & Morgan, 201). Pour pallier ce défi, il importe de comprendre finement le contexte environnant la mise en œuvre des pratiques ainsi que la réalité vécue par le personnel. Le développement et la pérennité d'un programme efficace reposent sur cet arrimage entre les pratiques probantes théoriques, la réalité des pratiques, ainsi que les conditions de mise en œuvre du milieu. Le programme Lotus, dont l'expérimentation débutera en 2020, s'inscrit dans cette démarche.

Le programme Lotus visera notamment le développement de compétences spécifiques des délégués à la jeunesse dans le cadre de leurs suivis dans la communauté, tout en favorisant une collaboration et un langage commun avec le personnel de la mise sous garde. Il permettra également de soutenir l'organisation dans la bonification de l'offre de services en réadaptation des jeunes LSJPA afin de diminuer leur risque de récidive, tout en contribuant à leur bien-être. Ce programme est développé en collaboration avec deux chercheurs spécialisés en délinquance chez les jeunes contrevenants : 1) Geneviève Parent, professeure au département de psychoéducation et de psychologie de l'Université du Québec en Outaouais et chercheuse régulière pour l'Institut universitaire Jeunes en difficulté du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2) Denis Lafortune, directeur scientifique de l'Institut universitaire Jeunes en difficulté du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et professeur titulaire de l'École de criminologie de l'Université de Montréal.

Des consultations furent également effectuées avec deux chercheurs spécialisés en trauma complexe : 1) Catherine Laurier, professeure adjointe au département de psychoéducation, responsable du doctorat en psychoéducation de l'Université de Sherbrooke et chercheuse régulière pour l'Institut universitaire Jeunes en difficulté du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; 2) Delphine Collin-Vézina, directrice du Centre de recherche sur l'enfance et la famille, professeure à l'École de service social de l'Université McGill et professeure associée au Département de pédiatrie de l'Université McGill.

Une consultation avec l'Institut universitaire Jeunes en difficulté et le centre de réadaptation du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal fut effectuée lors du développement de Lotus afin d'unifier les travaux effectués par leurs professionnels respectifs et d'en assurer la complémentarité.

Finalement, la démarche d'évaluation des besoins des milieux nous a également permis de constater la réalité des éducateurs et des délégués à la jeunesse en lien avec l'exercice des différents rôles que leurs mandats nécessitent, soit le rôle d'autorité et celui qu'engage la relation d'aide. La complexité afférente à l'exigence d'exercer un rapport constructif sur le plan clinique, mais également sur le plan répressif demande d'être envisagée avec sensibilité. Lotus s'inscrit dans un respect des rôles et des mandats de chacun et vise notamment à réduire cette divergence.



ANNEXES

1. Définitions des principes du modèle RBR

GRANDS PRINCIPES

Les grands principes du modèle RBR se réfèrent à la philosophie qui transcende le modèle.

PRINCIPE 1 : INTRODUCTION DES SERVICES SOCIAUX

Bonta et Andrews (2017) disent de mettre en place des stratégies fondées sur la prestation de services cliniques aux personnes contrevenantes plutôt que de se baser sur des principes de justice rétributive, sur la sévérité du châtement, la dissuasion ou la neutralisation sélective, par exemple pour contribuer à la diminution des taux de récidive.

PRINCIPE 2 : RESPECT DE LA PERSONNE ET DU CADRE NORMATIF

Ce principe établit notamment une façon générale d'être et de se conduire auprès des jeunes (respectueux, humain, éthique, juste, moral, légal et décent) et de se conformer au cadre normatif du type d'établissement où œuvrent les intervenants (Bonta et Andrews, 2017).

PRINCIPE 3 : THÉORIE PSYCHOLOGIQUE

Ce principe établit l'importance de construire les programmes et les interventions en s'appuyant sur une théorie validée empiriquement. Autrement dit, il est question du « savoir » que les intervenants doivent posséder afin de bien comprendre la dynamique des jeunes LSJPA auprès desquels ils auront à intervenir. Les assises théoriques recommandées pour concevoir le comportement criminel, dont la récidive², sont les approches de compréhension de la personnalité dans sa globalité et d'apprentissage cognitif et social (Bonta et Andrews, 2017).

² Cette approche vise à retirer les criminels multirécidivistes et violents de la société par l'entremise de très longues peines (par exemple 25 ans). La loi « Trois prises et tu es sorti » (*Three strikes and you're out*) largement utilisée aux États-Unis, en est un bon exemple.

À cet effet, Bonta et Andrews (2017) recommandent la théorie générale de la personnalité et de l'apprentissage cognitif et social (TGPACS) pour quatre raisons. Cette théorie permet (1) l'identification et la spécification des facteurs de risque, des besoins criminogènes et des éléments de réceptivité les plus importants dans l'évaluation et la prédiction du comportement criminel (2) l'identification de stratégies d'intervention efficaces et largement applicables (3) une intégration des perspectives individuelles (biologiques/neuropsychologiques) et des perspectives sociales et structurelles plus larges ainsi que (4) la flexibilité d'ajouter de nouvelles stratégies, telles que l'entretien motivationnel.

La TGPACS est centrée sur les huit grands facteurs de risques les plus fortement liés à la récidive, autant chez les contrevenants juvéniles que les contrevenants adultes (Bonta & Andrews, 2017; Cottle, Lee & Heilbrun, 2001; Gendreau et coll., 1996):

- Les antécédents de comportements antisociaux (historique criminel), comprenant la précocité et le polymorphisme de ces antécédents;
- Les attitudes, valeurs, croyances, rationalisations et pensées qui soutiennent expressément le comportement criminel;
- Le soutien interpersonnel et social favorable au comportement antisocial, notamment la fréquentation de pairs déviants et l'isolement des pairs prosociaux.
- Les éléments fondamentaux de la personnalité et du tempérament comme l'impulsivité, la recherche de risque et de sensations fortes, la recherche de plaisir, une faible maîtrise de soi, une énergie agressive fébrile, une faible empathie et un mépris envers autrui :
- Les problèmes familiaux et conjugaux, telle la piètre qualité des relations entre les membres de la famille ou de la relation amoureuse, les attentes et les règles inexistantes ou flous envers les comportements criminels au sein de la famille ainsi que l'encadrement disciplinaire, la surveillance et la supervision déficitaires ou erratiques des comportements du jeune;
- Les difficultés scolaires et professionnelles, tels la piètre qualité des relations interpersonnelles, le faible niveau de performance, le manque de renforcements reçus et le faible niveau de satisfaction;
- Les problèmes actuels de consommation de drogues et d'alcool;
- Une gestion inadéquate des temps libres se manifestant par un faible engagement et une faible satisfaction obtenue lors de participations à des activités/loisirs prosociaux ainsi qu'une occupation du temps à des activités oisives non structurées.

Cette théorie reconnaît qu'il y a plusieurs chemins qui mènent au crime et que chaque personne ne présente pas tous les facteurs de risque. Ainsi, tous les jeunes contrevenants ne sont pas agressifs et impulsifs ou ne vivent pas des relations de piètre qualité avec leurs parents.

Selon la TGPACS, le crime se produit à la suite d'une décision prise par le jeune lorsqu'il est confronté à une occasion de commettre celui-ci dans un contexte qu'il perçoit comme favorable. Bonta et Andrews (2017) nomment ce court laps de temps la situation immédiate. Le jeune base sa décision sur une analyse de coûts et bénéfiques. Cette analyse est influencée par les grands facteurs de risque. Plus de facteurs différents sont présents et (ou) plus ceux-ci sont importants chez le jeune, plus le risque de poser un geste délictuel augmente (Bonta et Andrews, 2017). Donc, si le jeune entretient des valeurs et des attitudes favorables au crime, qu'il reçoit et interprète un appui social de ses pairs à commettre le crime (que cet appui soit immédiat, comme la présence de complices, ou plus lointain dans le temps, quand le jeune racontera son passage à l'acte et que ses pairs le féliciteront d'avoir vengé l'honneur de leur groupe par exemple), qu'il a déjà un historique criminel et qu'il manifeste une impulsivité marquée, la probabilité que ce jeune opte pour le comportement criminel sera élevée.

De plus, les jeunes qui choisissent invariablement le comportement délinquant à la suite de leurs analyses coûts-bénéfiques vont maintenir ce type de comportements à travers le temps et l'étendre à différents contextes, car ils renforcent et ils multiplient les bénéfices reçus à la suite de la commission de délits (Bonta et Andrews, 2017). Les interventions basées sur la TGPACS connaissent des effets positifs sur la diminution de la récidive, car elles réduisent l'ampleur des différents facteurs ayant une incidence sur le processus décisionnel du jeune dans une situation immédiate (Bonta et Andrews, 2017). Autrement dit, les interventions réfléchies en fonction de cette théorie permettent de travailler sur les facteurs qui jouent un rôle direct sur la délinquance.

PRINCIPE 4 : RENFORCEMENT GÉNÉRAL DES SERVICES DE PRÉVENTION DE LA DÉLINQUANCE

Ce principe concerne l'application de la logique du modèle RBR hors du système de justice pénale (Bonta et Andrews, 2017). Les services offerts à l'extérieur du cadre de la LSJPA (comme ceux offerts dans le cadre de la LPJ), des CISSS et CIUSSS (scolaires, communautaires, employabilité, etc.) doivent être sensibilisés aux principes cliniques fondamentaux du modèle RBR par les prestataires de services aux jeunes LSJPA.

PRINCIPES FONDAMENTAUX ET QUESTIONS CLINIQUES

Outre les principes de risque (5), des besoins (6), de la réceptivité générale (8), de la réceptivité spécifique (9) et de l'évaluation structurée (11), voici les définitions des autres principes cliniques fondamentaux du modèle RBR.

PRINCIPE 7 : ENVERGURE MULTIMODALE

Plus le niveau de risque de récurrence du jeune est élevé, plus il présente de besoins criminogènes à travailler. Le principe de l'envergure stipule qu'il faut alors cerner le plus de besoins possible lors des interventions, car ne cibler qu'un ou deux besoins criminogènes n'est pas suffisant, et qu'au moins la moitié des objectifs au plan d'intervention devrait porter sur des besoins criminogènes (Bonta et Andrews, 2017).

PRINCIPE 10 : FORCE

Ce principe rappelle de fonder également les interventions sur les forces prosociales du jeune dans le but d'accroître et de soutenir sa motivation (réceptivité spécifique) et sa participation à son processus de changement (Bonta et Andrews, 2017). L'approche du modèle RBR vise à apporter une aide positive aux jeunes en se centrant à la fois sur la diminution de son risque de récurrence et sur ses forces. En évaluant les forces, il est possible de préciser les interventions favorisant la réceptivité spécifique des jeunes (Bonta et Andrews, 2017).

PRINCIPE 12 : DÉROGATION CLINIQUE

Le principe de dérogation clinique établit qu'il est de déroger des principes du risque, des besoins et de la réceptivité ou de les enfreindre pour des raisons très spécifiques et documentées (Bonta et Andrews, 2017). Cette dérogation s'applique lors de la modification à la hausse ou à la baisse du risque de récurrence global. Par exemple, la dérogation clinique peut s'appliquer lors de l'identification du niveau de risque pour des jeunes présentant des troubles mentaux majeurs, telle la schizophrénie. Elle renvoie aux situations où un intervenant priorise l'intervention sur un besoin criminogène de niveau modéré avant de s'attarder à un besoin criminogène de niveau élevé, dans le but de mieux travailler ultérieurement sur celui qui est élevé.

PRINCIPES ORGANISATIONNELS

Un certain nombre de principes ont été ajoutés aux principes cliniques fondamentaux du modèle RBR dans l'espoir d'améliorer et de renforcer la conception et la réalisation d'interventions efficaces auprès des contrevenants au sein d'une organisation. Ces principes supplémentaires décrivent des conditions organisationnelles à mettre en œuvre pour favoriser le succès et le maintien de l'intégrité du modèle RBR (Bonta et Andrews, 2017).

PRINCIPE 13 : MILIEU OUVERT

Bien que les services cliniques basés sur les principes du modèle RBR soient reconnus pour diminuer le risque de récidive, autant lors de la mise sous garde que dans la communauté, ce principe souligne qu'ils sont plus efficaces lorsqu'ils sont offerts dans la communauté (Bonta et Andrews, 2017).

PRINCIPE 14 : COMPÉTENCES FONDAMENTALES DES INTERVENANTS

Ce principe soulève l'importance, pour le personnel, de posséder un savoir-être (compétences relationnelles) et un savoir-faire (techniques d'intervention) de haute qualité, reposant sur la TGPACS, pour renforcer l'efficacité des services offerts.

Le savoir-être renvoie aux compétences relationnelles essentielles à mettre de l'avant afin de former une relation de haute qualité avec le jeune, c'est-à-dire respect, chaleur, ouverture, compassion, souplesse, calme, confiance en soi, authenticité, communication claire, attention, enthousiasme, collaboration et valorisation de l'autonomie personnelle (Raynor, Ugwudike, et Vanstone, 2014). La maîtrise de certaines compétences, en entretien motivationnel, est de mise pour augmenter l'efficacité de la relation d'aide auprès de cette clientèle soit d'exprimer de l'empathie, d'éviter l'argumentation, d'embrasser la résistance et de travailler avec, plutôt que contre celle-ci (Bonta et Andrews, 2017). Ce savoir-être vise à engager le jeune dans son suivi afin qu'il puisse en retirer le maximum.

Le savoir-faire spécifique à développer chez les intervenants œuvrant en vertu de la LSJPA constitue leurs compétences à utiliser et à maîtriser des techniques structurantes d'intervention (agir à titre de modèle prosocial, à développer et renforcer les compétences d'autrui, à accompagner dans la résolution de problèmes, à restructurer cognitivement la pensée et à désapprouver efficacement les comportements problématiques) (Bonta et Andrews, 2017). Il s'agit de stratégies tirées des théories de l'apprentissage social et cognitivo-comportemental. Ces stratégies visent ultimement à modifier les valeurs, attitudes, croyances, rationalisations, réflexions, sentiments et schèmes de pensées favorables au crime (Bonta et Andrews, 2017).

PRINCIPE 15 : GESTION ET ENCADREMENT

L'intégrité d'un programme est assurée lorsque les activités sont animées telles que planifiées et conçues et que les services offerts permettent l'atteinte des objectifs prévus. Pour assurer et maintenir une mise en œuvre intégrale du modèle RBR, les gestionnaires sont responsables de mettre en place des conditions organisationnelles et du soutien (Bonta et Andrews 2017). À ce titre, ils doivent (1) promouvoir la sélection, la formation et la supervision clinique des intervenants selon les principes du modèle RBR et (2) mettre en place un système de suivi (*monitorage*), de retour (rétroaction) et d'ajustements. Bien entendu, les gestionnaires doivent également détenir des compétences de leadership et d'encadrement ainsi que les compétences fondamentales d'intervenants (savoir, savoir-être et savoir-faire).

Plus spécifiquement, pour atteindre une mise en œuvre complète du modèle RBR, la direction doit mettre en place certaines mesures organisationnelles (Andrews, 2000).

1. Éléments de base

- a. L'utilisation d'une théorie du crime empiriquement validée, comme la TGPACS (voir principe 3).
- b. La production d'un manuel de formation et d'un manuel de programmes en version imprimée ou disponible électroniquement.

2. Sélection, formation et supervision clinique des intervenants

- a. La sélection des intervenants selon leur maîtrise des compétences fondamentales en intervention auprès des jeunes LSJPA (savoir-faire et savoir-être).
- b. La formation des intervenants, avant leur entrée en fonction et lors de formation continue, d'une façon qui favorise un niveau élevé de compétences fondamentales en intervention auprès des jeunes LSJPA.
- c. La supervision clinique des intervenants visant à assurer la maîtrise à un haut niveau des compétences fondamentales en intervention auprès des jeunes LSJPA.
- d. La présence d'un personnel de soutien clinique assurant la supervision des intervenants. Ce personnel de soutien clinique est formé et maîtrise les principes du modèle RBR.
- e. La mise en place de consultations ou de supervisions pertinentes pour le personnel de soutien clinique.
- f. La dynamique du groupe d'intervenants doit favoriser le soutien à l'application du modèle RBR.

3. Système de suivi (*monitorage*), de retour (rétroaction) et d'ajustements
 - a. L'organisation de modalités de suivi de la fréquence, de la durée et de l'intensité des services à offrir aux jeunes contrevenants.
 - b. L'organisation de modalités de suivi de l'atteinte des objectifs du jeune.
 - c. Des modalités de suivi permettant la mise en place rapide de mesures pour maximiser le respect de l'intégrité du modèle RBR et pallier les circonstances organisationnelles qui posent problème.

Enfin, la participation d'un chercheur spécialisé dans le domaine à la conception, à la prestation et à l'évaluation de la prestation de services offerts aux jeunes contrevenants peut également s'avérer un atout. En effet, les études mesurant l'incidence de la mise en œuvre des principes du risque, des besoins et de la réceptivité générale sur la réduction de la récidive révèlent de meilleurs résultats (c'est-à-dire une diminution de la récidive plus importante) lorsqu'un chercheur est mis en cause (voir Lipsey, 1999 pour une méta-analyse portant sur 400 études indépendantes).

2. Thématiques des formations (reçues ou à recevoir) entre 2017 et 2020

Nom/thématique de la formation	Nbre de régions /11	% de régions
Problématique associée à la sexualité (exploitation, infraction et instrument d'évaluation J-soap)	6	55 %
Suicide	5	45 %
Maysi-2 (dépistage santé mentale)	4	36 %
Attachement	3	27 %
Gestions du stress (Iso-stress, détresse et progresse, stress et compagnie)	3	27 %
ITCA: intervention thérapeutique lors de conduites agressives	3	27 %
Modèle ARC (Trauma complexe)	3	27 %
Entretien ou approche motivationnelle	3	27 %
JESNESS Inventaire de la personnalité	3	27 %
Toxicomanie (DÉBA)	3	27 %
ART : agressive replacement training	2	18 %
Gestion des comportements difficiles	2	18 %
Typologie délinquantielle	2	18 %
Oméga (intervention sécuritaire)	2	18 %

Approche cognitive comportementale (restructuration cognitive)	2	18 %
Mesures d'encadrement/fugue/empêchement/remplacement	2	18 %
Interventions orientées vers les solutions (IOS)	1	9 %
Environnement (vire au vert)	1	9 %
Programme PARCOURS	1	9 %
Cadre juridique de la LSJPA	1	9 %
Rédaction rapport pré décisionnel	1	9 %
Mobilis (gang de rue)	1	9 %
Approche systémique	1	9 %
Piwashea et Wiohodadwin (Réalités autochtones)	1	9 %
Médiation	1	9 %

3. Programmes/activités cliniques structurés offerts en mise sous garde et en suivi dans la communauté

Nom	Problématique/ thématique ciblée	Nbre de régions /11	% de régions
Atelier cognitif comportemental : gestion de la colère	Agressivité	6	55 %
Atelier cognitif comportemental : habiletés de communication	Habiletés sociales	4	36 %
Atelier cognitif comportemental : habiletés de résolution de problèmes	Habiletés de résolutions de conflits	3	27 %
Atelier cognitif comportemental : gestion du stress	Stress et Anxiété	3	27 %
Groupe de réflexions sur les drogues	Consommation	3	27 %
ART	Agressivité et habiletés sociales	3	27 %
Pour Ados Seulement	Éducation sexuelle	3	27 %
PACIS	Infractions à caractère sexuel	2	18 %
Gaïa	Infractions à caractère sexuel	1	9 %
PIAJAR	Consommation	1	9 %
VIRAGE	Consommation	1	9 %
ISO stress	Stress et anxiété	1	9 %
Déstresse et progresse	Stress et anxiété	1	9 %

Parcours	Cycle délictuel et de la récidive, motivation, restructuration cognitive	1	9 %
Évaluation fonctionnelle cc	Comportements antisociaux et prosociaux, cognitions et émotions associées à la délinquance	1	9 %
PATCHS	Coaching parental	1	9 %

****À ces programmes s'ajoutent des programmes/activités développés par les intervenants ou le personnel de soutien clinique des diverses régions****

4. Programmes/activités cliniques structurées offerts en mise sous garde exclusivement

Nom du programme/activités cliniques structurées en mise sous garde	Nbre de régions /11	% de régions
Atelier cognitif comportemental : gestion de la colère	4	36 %
Atelier cognitif comportemental : habiletés de communication	4	36 %
Atelier cognitif comportemental : habiletés de résolution de problèmes	3	27 %
Groupe de réflexions sur les drogues	3	27 %
Pour Ados Seulement	3	27 %
ART	3	27 %
Atelier cognitif comportemental : gestion du stress	2	18 %
PARIS	2	18 %
VIRAGE	1	9 %
Évaluation fonctionnelle cc	1	9 %
Déstresse et progresse	1	9 %
ISO stress	1	9 %

À ces programmes s'ajoutent des programmes/activités développés par les intervenants ou le personnel de soutien clinique des diverses régions

5. Programmes/activités cliniques structurées offerts en suivi dans la communauté exclusivement

Nom du programme/activités cliniques structurées en suivi dans la communauté	Nbre de régions /11	% de régions
Ateliers cognitifs comportementaux : gestion de la colère	3	27 %
Ateliers cognitifs comportementaux : habiletés de communication	1	9 %
Ateliers cognitifs comportementaux : habiletés de résolution de problèmes	1	9 %
Groupe de réflexions sur les drogues	1	9 %
Pour Ados seulement	1	9 %
Ateliers cognitifs comportementaux : gestion du stress	1	9 %
Parcours	1	9 %
PACIS	1	9 %
Gaïa	1	9 %
PDHS habiletés sociales	1	9 %
PIAJAR	1	9 %
PATCHS	1	9 %

****À ces programmes s'ajoutent des programmes/activités développés par les intervenants ou le personnel de soutien clinique des diverses régions****



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Andrews, D. A., Dowden, C., & Gendreau, P. (1999). Clinically relevant and psychologically informed approaches to reduced re-offending: A meta-analytic study of human service, risk, need, responsivity, and other concerns in justice contexts. Unpublished manuscript, Carleton University, Ottawa, ON.
- Andrews, D. A., Dowden, C., & Rettinger, J. L. (2001). *Special populations within corrections*. In J. A. Winterdyk (Ed.), *Corrections in Canada: Social reactions to crime* (pp. 170-212). Toronto: Prentice-Hall.
- Andrews, D. A., Zinger, I., Hoge, R. D., Bonta, J., Gendreau, P., & Cullen, F. T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28(3), 369-404.
- Blanchette, K., & Brown, S. L. (2006). *The assessment and treatment of women offenders: An integrative perspective*. Chichester, UK : Wiley.
- Bonta, J. (1996). Risk-needs assessment and treatment. In A. T. Harland (Ed.), *Choosing correctional options that work: Defining the demand and evaluating the supply* (pp. 18-32). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Bonta, J. (2002). Offender risk assessment: Guidelines for selection and use. *Criminal Justice and Behavior*, 29(4), 355-379.
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2017). *The Psychology of Criminal Conduct* (6th ed.). New York (NY) : Routledge.
- Bonta, J., Bourgon, G., Rugge, T., Gress, C., & Gutierrez, L. (2013). Taking the Leap: From Pilot Project to Wide-Scale Implementation of the Strategic Training Initiative in Community Supervision (STICS). *Justice Research and Policy*, 15(1), 17-35.
- Bonta, J., Bourgon, G., Rugge, T., Scott, T.-L., Yessine, A. K., Gutierrez, L., & Li, J. (2011). An Experimental Demonstration of Training Probation Officers in Evidence-Based Community Supervision. *Criminal Justice and Behavior*, 38(11), 1127-1148.
- Bonta, J., Law, M., & Hanson, R. K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 123, 123-142.
- Bourgon, G., Bonta, J., Rugge, T., Scott, T. L., & Yessine, A. K. (2009). Comment transformer des approches efficaces en pratiques quotidiennes durables : Conception, mise en œuvre et évaluation des programmes. Ottawa ON, Canada : Sécurité publique Canada.
- Branson, C. E., Baetz, C. L., Horwitz, S. M., & Hoagwood, K. E. (2017). Trauma-informed juvenile justice systems: A systematic review of definitions and core components. *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(6), 635.

- Chua, J. R., Chu, C. M., Yim, G., Chong, D., & Teoh, J. (2014). Implementation of the Risk-Need-Responsivity Framework across the Juvenile Justice Agencies in Singapore. *Psychiatry, Psychology and Law*, 21(6), 877-889.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Kliethermes, M., & Murray, L. A. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child abuse & neglect*, 36(6), 528-541.
- Cottle, C., Lee, R., & Heilbrun, K. (2001). The prediction of criminal recidivism in juveniles: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 28, 3, 367-394.
- Dowden, C., & Andrews, D. A. (1999). What works for female offenders: A meta-analytic review. *Crime and Delinquency*, 45, 438-452.
- Dowden, C., & Andrews, D. A. (2004). The Importance of Staff Practice in Delivering Effective Correctional Treatment: A Meta-Analytic Review of Core Correctional Practice. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 48(2), 203-214.
- Dyck, H. L., Campbell, M. A., & Wershler, J. L. (2018). Real-World Use of the Risk-Need-Responsivity Model and the Level of Service/Case Management Inventory With Community-Supervised Offenders. *Law & Human Behavior (American Psychological Association)*, 42(3), 258-268.
- Fernandez, E., Foellmi, M. (2017). *Understanding the concept of responsivity within the RNR model*, National Tasc Organisation, Phoenix, [lien URL] <http://nationaltasc.org/wp-content/uploads/2017/04/Understanding-the-Concept-of-Responsivity-within-the-RNR-Model.pdf>
- Gendreau, P., Little, T., & Goggin, C. (1996). A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What works! *Criminology*, 34(4), 575-608.
- Gendreau, P., & Ross, R. R. (1987). Revivification of rehabilitation : Evidence from the 1980s. *Justice Quarterly*, 4 (3), 349-407.
- Grisso, T., & Barnum, R. (2000). Massachusetts Youth screening instrument, second version (MAYSI-2): User's manual and technical report. Worcester, MA : University of Massachusetts, Medical School, Department of Psychiatry.
- Guay, J. P., & Lafortune, D. (2015). L'évaluation du risque de récidive et l'intervention basée sur les données probantes: les conditions nécessaires à l'implantation de méthodes structurées d'évaluation et d'intervention efficaces. *Pratiques psychologiques*, 21(3), 293-303.
- Hannah-Moffat, K., & Maurutto, P. (2003). *Youth Risk-need Assessment: An Overview of Issues and Practices*. Ottawa (ON) : Department of Justice Canada.
- Hoge, R. D., & Andrews, D. A. (2011). *Youth Level of Service/Case Management Inventory 2.0 (YLS/CMI 2.0) : User's manual*. Toronto, Ontario, Canada : Multi-Health Systems.
- Koehler, J. A., Lösel, F., Akoensi, T. D., & Humphreys, D. K. (2013). A systematic review and meta-analysis on the effects of young offender treatment programs in Europe. *Journal of Experimental Criminology*, 9(1), 19-43.

- Lafortune, D., Royer, M.N., Rossi, C., Turcotte, M.E., Boivin, R., Cousineau, M.M., Dionne, J., Drapeau, S., Guay, J.P., Fenchel, F., Laurier, C., Meilleur, D. et Trépanier, J. (2015). *La Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents sept ans plus tard : portrait des jeunes, des trajectoires et des pratiques* (FQRSC 2011 — TA-144097).
- Landenberger, N. A., & Lipsey, M. W. (2005). The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of experimental criminology*, 1(4), 451-476.
- Latessa, E. J. (2004). The Challenge of Change: Correctional Programs and Evidence-Based Practices. *Criminology & Public Policy*, 3(4), 547-560.
- Le Blanc, P. T., & Le Blanc, M. (2014). *La réadaptation de l'adolescent antisocial : un programme cognitivo-émotivo-comportemental*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- Lipsey, M. W. (2009). The Primary Factors that Characterize Effective Interventions with Juvenile Offenders: A Meta-Analytic Overview. *Victims & Offenders*, 4(2), 124-147.
- Miller, J., & Maloney, C. (2013). Practitioner Compliance With Risk/Needs Assessment Tools: A Theoretical and Empirical Assessment. *Criminal Justice and Behavior*, 40(7), 716-736.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2017). *Vers une meilleure intégration des services pour les jeunes en difficulté et leur famille Orientations ministérielles relatives au programme-services destiné aux jeunes en difficulté 2017-2022*, Éditions du Gouvernement du Québec, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 80 p.
- Ministère de la Justice du Canada (2013). *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents : résumé et historique*, Éditions Gouvernement du Canada, Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 22p.
- Rocque, M., Welsh, B. C., Greenwood, P. W., & King, E. (2013). Implementing and Sustaining Evidence-Based Practice in Juvenile Justice: A Case Study of a Rural State. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 58(9), 1033-1057.
- Rugge, T. (2006). *Risk assessment of male Aboriginal offenders: A 2006 perspective*. Ottawa, (ON) : Public Safety and Emergency Preparedness Canada.
- Snyder, S. E. (2018). Implementation of trauma-focused cognitive-behavioral therapy in juvenile detention: A practice note from the field. *Practice Innovations*, 3(4), 284.
- Sprague, Jeffrey & Scheuermann, Brenda & Wang, Eugene & Nelson, C. & Jolivette, Kristine & Vincent, Claudia. (2013). Adopting and Adapting PBIS for Secure Juvenile Justice Settings: Lessons Learned. *Education and Treatment of Children*. 36. 121-134. 10.1353/etc.2013.0031.

- Tarollo, S. M., Wagner, E. F., Rabinowitz, J., & Tubman, J. G. (2002). Understanding and treating juvenile offenders: A review of current knowledge and future directions. *Aggression and violent behavior, 7*(2), 125-143.
- Taxman, F. S., Henderson, C., Young, D., & Farrell, J. (2014). The Impact of Training Interventions on Organizational Readiness to Support Innovations in Juvenile Justice Offices. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 41*(2), 177-188.
- Viglione, J. (2018a). A Multi-Level Examination of Organizational Context on Adult Probation Officer Attitudes Toward Evidence-Based Practice. *International journal of offender therapy and comparative criminology, 62*(5), 1331-1356.
- Viglione, J. (2018 b). The Risk-Need-Responsivity Model: How Do Probation Officers Implement the Principles of Effective Intervention? *Criminal Justice and Behavior, 44*(5), 655-673.
- Viglione, J., & Blasko, B. L. (2018). The differential impacts of probation staff attitudes on use of evidence-based practices. *Psychology, Public Policy, and Law, 24*(4), 449-458.
- Viglione, J., Blasko, B. L., & Taxman, F. S. (2018). Organizational Factors and Probation Officer Use of Evidence-Based Practices: A Multilevel Examination. *International journal of offender therapy and comparative criminology, 62*(6), 1648-1667.
- Viglione, J., Rudes, D. S., & Taxman, F. S. (2015). Misalignment in Supervision: Implementing Risk/Needs Assessment Instruments in Probation. *Criminal Justice and Behavior, 42*(3), 263-285.
- Viglione, J., & Taxman, F. S. (2018). Low Risk Offenders Under Probation Supervision: Risk Management and the Risk-Needs-Responsivity Framework. *Criminal Justice and Behavior, 45*(12), 1809-1831.
- Viljoen, J. L., Shaffer, C. S., Muir, N. M., Cochrane, D. M., & Brodersen, E. M. (2019). Improving Case Plans and Interventions for Adolescents on Probation: The Implementation of the SAVRY and a Structured Case Planning Form. *Criminal Justice and Behavior, 46*(1), 42-62.
- Young, D., Moline, K., Farrell, J., & Bierie, D. (2006). Best Implementation Practices: Disseminating New Assessment Technologies in a Juvenile Justice Agency. *Crime & Delinquency, 52*(1), 135-158.