

Résumé

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



boscoville
innover pour la jeunesse

PROGRAMME LOTUS : MISE EN CONTEXTE

À la suite des différents changements organisationnels vécus dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) au cours des dernières années, plusieurs besoins ont émergé dans la mise en application du programme Jeunes en difficulté. Parmi ceux-ci, l'harmonisation et l'uniformisation des pratiques probantes entourant les particularités cliniques et structurelles spécifiques à l'exercice du mandat sur la Loi sur le système de justice pénale pour adolescent (LSJPA) soulèvent des questionnements dans divers CISSS et CIUSSS.

Les partenaires terrain, gestionnaires et professionnels, se sont retournés vers Boscoville afin d'être orientés quant aux meilleures pratiques à déployer auprès des jeunes suivis en vertu de la LSJPA. Boscoville s'est alors engagé à soutenir la prestation de services cliniques par l'entremise de pratiques probantes en lien avec la diminution du risque de récidive.

1

LA PREMIÈRE PHASE DU PROJET

- Évaluation des pratiques et besoins des milieux de mise sous garde et de suivi dans la communauté de onze régions du Québec.
- Rencontres auprès des délégués à la jeunesse, éducateurs, personnel de soutien clinique et gestionnaires.

Objectifs poursuivis :

- (1) faire le portrait des pratiques provinciales
- (2) connaître les défis vécus et les besoins du personnel œuvrant auprès des jeunes suivis en vertu de la LSJPA.

2

LA DEUXIÈME PHASE DU PROJET

- Appréciation/analyse des pratiques québécoises.

Objectifs poursuivis :

- (1) mettre en commun
- (2) analyser les données recueillies à la lumière du modèle risque, besoins et réceptivité d'Andrews et Bonta (2016) (RBR). Le modèle RBR est reconnu empiriquement pour son effet sur la diminution du risque de récidive.
- (3) émettre des propositions en lien avec la prestation de services cliniques auprès des jeunes contrevenants.

Besoins et défis exprimés par les milieux



Collaboration LSJPA-LPJ pour les jeunes suivis en vertu des deux lois

- Difficultés dans la priorisation des objectifs et des cibles communes pour couvrir les exigences des deux lois (besoins globaux vs besoins associés à la diminution du risque de récidive);
- Obstacles d'accès réciproque au système 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 multiple (ex. encadrement intensif et mise sous garde fermée).



Accessibilité aux services pour les jeunes suivis en vertu de la LSJPA

- Délais importants d'accès aux services du RSSS;
- Peu d'arrimage avec les services aux adultes du RSSS, ainsi qu'avec les organismes communautaires;
- Disparités entre les services cliniques offerts aux jeunes et le volet juridique;
- Régions rurales et vastes territoires : difficultés d'accès aux services, familles éloignées, perte d'opportunités de sorties provisoires, intensité de services difficile à offrir, animation limitée de programmes de groupe.



Formation et accompagnement

- Besoin de formations spécifiques et continues sur les savoirs, le savoir-faire et le savoir-être associés au mandat LSJPA sur des sujets touchant l'intervention et les caractéristiques spécifiques des jeunes contrevenants;
- Complexité de mettre en application les apprentissages issus des différentes formations étant donné le peu de temps et d'accompagnement post-formation.



Collaboration entre la mise sous garde et le suivi dans la communauté

- Accessibilité limitée des éducateurs aux notes de suivis rédigées par les délégués à la jeunesse;
- Difficultés dans le transfert des outils cliniques d'évaluation et d'intervention;
- Difficultés sur le plan de la communications générales éducateurs-délégués à la jeunesse;
- Etc.



Structure clinique de service et outils cliniques

- Difficulté d'harmoniser les services aux jeunes contrevenants dans les différents établissements;
- Absence d'un langage commun à travers la province sur les approches à préconiser;
- Besoin d'accompagnement pour les intervenants en lien avec le processus et la réflexion clinique;
- 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;
- Outils cliniques trop nombreux et perte de leur sens aux yeux des intervenants.

Constats issus de l'analyse de la prestation de services cliniques, à la lumière du modèle RBR

Évaluation structurée du risque et des besoins criminogènes

- L'évaluation avec le YLS/CMI-II n'est pas effectuée de manière systématique dans toutes les régions et n'est pas appliquée de façon systématique avec tous les jeunes dans les régions qui utilisent l'instrument;
- La cotation du YLS/CMI-II n'est pas toujours uniforme entre les professionnels d'une même région;
- 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.

Risque-Besoins-Réceptivité

- L'intensité de service ne semble pas déterminée de façon systématique en fonction du niveau de risque de récidive et les objectifs au plan d'intervention ne sont généralement pas déterminés en fonction des besoins criminogènes;
- Certains besoins criminogènes sont fréquemment nommés par les intervenants (école/travail, loisirs, famille et abus de substances) alors que d'autres le sont très peu (attitudes/valeurs/croyances antisociales, personnalité et fréquentation de pairs antisociaux);
- Il est difficile de savoir si les besoins criminogènes et non criminogènes font l'objet d'interventions de façon équivalente;
- Il existe peu d'outils, d'activités et de programmes cliniques pour intervenir sur les besoins criminogènes dans le suivi en communauté, contrairement à la mise sous garde;
- L'approche cognitive-comportementale semble davantage préconisée lors de la mise sous garde que lors du suivi dans la communauté. La restructuration cognitive est la technique rapportée comme soulevant le plus de difficultés;;
- Les habiletés enseignées lors de la mise sous garde semblent difficiles à transférer lors du suivi dans la communauté;;
- Les intervenants ont un souci de créer et de maintenir une alliance thérapeutique : ils s'intéressent aux jeunes, accueillent avec ouverture les diverses situations vécues et déploient des interventions individualisées et adaptées en fonction des particularités singulières des jeunes;
- La zone qui traite de la réceptivité spécifique dans le YLS/CMI-II semble peu utilisée lors de sa complétion et n'est pas systématiquement communiquée par le délégué à la jeunesse à l'éducateur;
- Les intervenants semblent éprouver de la difficulté à prioriser et adapter les cibles d'intervention lorsque les jeunes manifestent des symptômes associés à des problèmes de santé mentale ou qu'ils ont commis des infractions à caractère sexuel;
- Les intervenants sont soucieux de travailler sur la motivation au changement des jeunes. L'approche motivationnelle est connue par les intervenants provenant de la majorité des régions.

Transition entre la mise sous garde et le suivi dans la communauté

- Les instruments de mesure, les approches théoriques, les activités cliniques et les techniques d'intervention préconisées ne sont pas nécessairement les mêmes à l'interne et à l'externe;
- La détermination des objectifs au plan d'intervention lors de la transition ne semble pas systématiquement prendre en considération l'évolution du jeune par rapport à ses facteurs de réceptivité et ses besoins criminogènes;
- L'intensité de services offerts au jeune lors de sa sortie ne semble pas nécessairement déterminée en fonction de son niveau de risque de récidive tiré du YLS/CMI-II.

Implication de la famille ou personne significative

- Lorsque la famille incarne un besoin criminogène, il ne semble pas toujours évident de déterminer les objectifs au plan d'intervention et l'intervenant qui sera responsable de les travailler (ex. PJ ou LSJPA);
- Peu de programmes ou activités cliniques ciblent ou impliquent une participation de la famille ou d'une personne significative dans la vie du jeune;
- Certaines initiatives positives sont déployées dans les régions (ex. rencontre d'explication de la LSJPA et du mandat de l'intervenant, rencontres à domicile, heures flexibles de visites lors de la mise sous garde, objectif au plan d'intervention en lien avec le parent, etc.).

Propositions pour soutenir les pratiquesⁱ

Organiser une prestation de service basée sur le modèle RBR

- S'assurer que les gestionnaires, le personnel de soutien clinique et les intervenants comprennent la théorie expliquant le passage à l'acte délinquant et le modèle RBR;
- Réviser le continuum de services afin qu'il s'accorde avec les approches théoriques probantes, de même qu'avec les principes du modèle RBR;
- Encourager et formaliser les pratiques entourant l'implication des parents et des personnes significatives.

Collaboration entre la mise sous garde et le suivi dans la communauté

- Établir des rencontres statutaires entre les délégués à la jeunesse et les éducateurs pour uniformiser le processus clinique d'évaluation, d'intervention, de suivi et de révision des plans d'intervention;
- Adopter un langage commun en ciblant les mêmes approches théoriques probantes à utiliser pour baliser les pratiques.

Programmation des unités de mise sous garde

- Structurer l'unité selon les caractéristiques universelles à la majorité des jeunes en mise sous garde et animer les activités cliniques en sous-groupes selon les besoins criminogènes et non criminogènes spécifiques à chacun des jeunes;
- Consolider l'utilisation de programmes, outils cliniques et techniques d'intervention de type cognitivo-comportemental.

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 et utiliser les résultats pour prendre des décisions cliniques;
- Outiller les intervenants à identifier, prioriser et intervenir sur les besoins criminogènes des jeunes, leurs caractéristiques particulières et leurs forces;
- Communiquer les résultats du YLS/CMI-II aux partenaires (ex. éducateurs en mise sous garde, ARH, etc.);
- Outiller les intervenants à appliquer les techniques d'intervention cognitives-comportementales efficaces pour travailler sur les besoins criminogènes;
- Consolider le souci des intervenants à créer et maintenir une alliance thérapeutique de qualité avec le jeune;
- Structurer les rencontres individuelles selon les principes fondamentaux du modèle RBR;
- 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 de former les intervenants et le personnel de soutien clinique ainsi que de leur offrir une supervision clinique adéquate afin de les soutenir dans l'acquisition des compétences cliniques spécifiques au modèle RBR.

Encadrement

- Développer un système de reconnaissance pour les intervenants afin de soutenir l'acquisition et le maintien des compétences acquises;
- Développer un système de monitoring pour assurer l'intégrité du processus clinique;
- Mettre en place un comité de mise en œuvre pour élaborer des solutions aux défis rencontrés en cours d'implantation.



Pour plus d'information, consultez dès décembre 2019 le rapport *Jeunes suivis en vertu de la LSJPA : Portrait et réflexion sur les pratiques liées à la diminution du risque de récidive*. Un lien web référant à cette publication vous sera envoyé par courriel.

¹ Sources :

Bonta *et al.*, 2013; Bonta, 2016; Bourgon, 2012; Bourgon *et al.*, 2009; Chua *et al.*, 2014; Dowden et Andrews, 2004; E. Branson *et al.*, 2017; Fernandez, 2017; Guay et Lafortune, 2015; Hannah-Moffat et Maurutto, 2003; Latessa, 2004; Rocque *et al.*, 2013; Viljoen *et al.*, 2019; Viglione, 2018a; Viglione & Blasko, 2018; Viglione et Taxman, 2018; Viglione *et al.*, 2015; Taxman *et al.*, 2014; Young *et al.*, 2006.