

Université de Montréal

Le programme cognitif-comportemental au CJM-IU : l'effet du degré d'exposition
au programme sur l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes six
mois après leur admission au CJM-IU

par
Laurence Magnan-Tremblay

École de criminologie
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maître ès Sciences (M.Sc.)
en criminologie

Juin 2015

© Laurence Magnan-Tremblay, 2015
Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé

Le programme cognitif-comportemental au CJM-IU : L'effet du degré d'exposition au programme sur l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes six mois après leur admission au CJM-IU

présenté par
Laurence Magnan-Tremblay

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Nathalie Fontaine
Présidente-rapporteuse

Jean-Pierre Guay
Directeur de recherche

Nadine Lanctôt
Co-directrice de recherche

Marie-Marthe Cousineau
Membre du jury

RÉSUMÉ

L'implantation de programmes probants dans les milieux d'intervention peut comporter son lot de difficultés pour les gestionnaires ainsi que les intervenants en contexte de réadaptation pour adolescents. En effet, les contraintes auxquelles peuvent être confrontés les milieux de pratique mènent parfois à la modification des programmes, ceci en vue de faciliter leur implantation. Il devient alors important de documenter ainsi qu'identifier l'effet des éléments associés à la fidélité d'implantation lorsque les programmes d'intervention sont évalués. En plus d'évaluer l'effet du degré d'exposition au programme cognitif-comportemental implanté dans les unités d'hébergement du Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire (CJM-IU) sur l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes, ce mémoire propose une nouvelle piste de recherche. Puisque la recherche empirique ne permet pas encore d'identifier les conditions selon lesquelles il serait possible de modifier les programmes d'intervention qui sont adoptés dans le contexte de la pratique, cette étude propose d'élaborer une logique d'exposition au programme qui s'inspire des principes d'intervention efficace élaborés par Andrews et ses collègues (1990). Cette approche permettrait d'adapter le niveau d'intervention aux caractéristiques de la clientèle, et ce, tout en s'assurant de l'efficacité du programme cognitif-comportemental. L'échantillon de cette étude est donc constitué de 74 adolescentes hébergées au CJM-IU pour une durée de six mois. Les résultats indiquent d'abord que les activités du programme cognitif-comportemental ont été appliquées de façon plutôt irrégulière et bien en deçà de la fréquence initialement prévue, ce qui rend bien compte des difficultés à implanter des programmes en contexte de pratique. Les résultats suggèrent aussi une diminution de l'ampleur des troubles de comportement six mois après l'admission au CJM-IU pour les adolescentes qui étaient caractérisées par une ampleur des troubles de comportement plus marquée au moment de leur admission et qui ont complété un plus grand nombre d'auto-observations durant leur placement.

Mot clés : Évaluation de programme, degré d'exposition, programme cognitif-comportemental, adolescentes, fidélité d'implantation, Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire, troubles de comportement, risque-besoin-réceptivité.

ABSTRACT

The implementation of evidence-based programs into real world settings can be a difficult process for administrators and educators with adolescent clientele. Practice settings are faced with constraints that may lead to the modification of intervention programs in order to facilitate their implementation. It is therefore imperative to document and measure the effect of these modifications when programs are evaluated. However, because research hasn't yet identified the conditions in which it is possible to modify programs for use in intervention settings, this study proposes a new approach based on the principles of effective treatment elaborated by Andrews and his colleagues (1990). This approach allows for the modification of intervention levels while ensuring the effectiveness of the cognitive-behavioral program. This study sampled 74 adolescent girls hosted at the Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire (CJM-IU) over 6 months in order to assess the effects of the cognitive-behavioral program dosage among behavioral disorders. The results indicate that cognitive-behavioral therapy was applied in an irregular fashion and much less frequently than originally planned, which speaks to the difficulties encountered in implementing evidence-based programs in real-world settings. The results also suggest that the adolescent girls with more characteristics of a behavioral disorder and who completed more auto-evaluations during their rehabilitation showed significantly fewer behavioral problems 6 months after the beginning of the treatment.

Keywords: Program evaluation, degree of exposition, cognitive-behavioral therapy, adolescent girls, *implementation accuracy*, Centre jeunesse de Montreal - Institut universitaire, risk-need-responsivity.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Table des matières	iii
Liste des tableaux	v
Liste des graphiques.....	vi
Sigles et abréviations	vii
Remerciements.....	viii
INTRODUCTION	1
1. RECENSION DES ÉCRITS	7
1.1 L'implantation de programmes probants en milieu d'intervention	7
1.1.1 Les difficultés d'implantation des programmes probants: un défi bien réel pour les milieux d'intervention.....	7
1.1.2 De la recherche à la pratique : transportabilité des programmes probants	9
1.2 La fidélité d'implantation des programmes probants en contexte de pratique.....	11
1.2.1 La fidélité d'implantation : un aspect considéré lorsque les programmes d'intervention destinés aux adolescents en contexte de réadaptation sont évalués?	13
1.2.2 Débat sur la fidélité d'implantation des programmes probants : miser sur l'intégrité ou l'adaptation des programmes?	17
1.3 Principes d'intervention auprès d'une clientèle judiciarisée	20
1.3.1 Principes d'intervention efficace.....	20
1.3.1.1 Les principes du risque, des besoins et de la réceptivité	20
1.3.2 Les principes de l'intervention différentielle	23
2. PROBLÉMATIQUE.....	24
2.1. Les objectifs de l'étude.....	27
2.1.1. Objectif général.....	27
2.1.2. Objectifs spécifiques	27

3. L'APPROCHE COGNITIVE-COMPORTEMENTALE PRÉCONISÉE AU CJM-IU	28
3.1 Activités du volet individuel du programme cognitif-comportemental.....	29
3.1.1 Le contrat comportemental	29
3.1.2 Les auto-observations	29
3.2 Activités du volet de groupe du programme cognitif-comportemental	30
3.2.1 La régulation de la colère	30
3.2.2 La gestion du stress	30
3.2.3 La résolution de problèmes.....	31
3.2.4 Les habiletés de communication	31
4. MÉTHODOLOGIE	32
4.1. Cadre théorique.....	32
4.2. L'approche quantitative	32
4.2.1. Justification de la méthodologie	32
4.2.2. Échantillon	33
4.2.3. La collecte de données	34
4.2.4. Source de données	35
4.2.4.1 Ampleur des troubles de comportement.....	35
4.2.4.2 Degré d'exposition au programme cognitif-comportemental	37
4.2.4.3 L'effet de modulation du degré d'exposition au programme sur la relation entre l'ampleur des troubles de comportement à l'admission et l'ampleur des troubles de comportement six mois plus tard.....	38
4.2.5 Analyses des données.....	39
5. RÉSULTATS	41
6. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	54
CONCLUSION.....	64
BIBLIOGRAPHIE.....	69
ANNEXE I	ix
ANNEXE II	xvii

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I. Nombre d'activités complétées pour le volet individuel du programme cognitif-comportemental au cours des six premiers mois du programme	42
Tableau II. Nombre d'activités complétées pour le volet de groupe du programme cognitif-comportemental au cours des six premiers mois du programme (n = 74)	44
Tableau III. Force d'association entre l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes à l'admission et le nombre d'activités du programme cognitif-comportemental complétées au cours du placement	47
Tableau IV. Effet du degré d'exposition au programme sur l'ampleur des troubles de comportement six mois après l'admission des adolescentes (n = 74)	49
Tableau V. Effet de modération du degré d'exposition au programme sur la relation entre l'ampleur des troubles de comportement à l'admission et l'ampleur des troubles de comportement rapportés six mois après le début du placement (n = 74)	51

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique I. Décomposition de la relation entre l'ampleur des troubles de comportement à l'admission et l'ampleur des troubles de comportement six mois plus tard en fonction du nombre d'auto-observations complétées.....53

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

CJM-IU : Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire

SAMHSA: *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*

REMERCIEMENTS

La rédaction de ce mémoire constituait pour moi un défi personnel mais je dois dire que cette aventure n'aurait pas été la même sans l'aide précieuse de certaines personnes qu'il m'importe de remercier!

Nadine, merci de m'avoir donné l'opportunité de travailler avec toi pour ce projet de mémoire. Je te serai toujours reconnaissante de m'avoir permis de rencontrer les adolescentes qui ont participé à la première phase de ton projet de recherche puisqu'au fond, ce sont elles qui m'ont donné la motivation et la détermination pour continuer d'avancer. Cette aventure m'a permis de mieux me connaître et de savoir ce que j'ai envie d'accomplir dans le futur. Je te remercie d'avoir été le guide dont j'avais besoin pour y arriver. Tu mérites toute mon admiration pour ta disponibilité, ton écoute et ta sensibilité envers tes étudiantes!

Jean-Pierre, merci d'avoir accepté de t'embarquer dans cette aventure avec Nadine et moi! Ce mémoire n'aurait pas été le même sans tes idées, tes conseils ainsi que la simplicité avec laquelle tu as été capable de me guider au travers de tout ça! Je te suis reconnaissante d'avoir su jumeler le domaine de la criminologie à celui de la psychoéducation pour la réalisation de ce mémoire.

La famille, merci pour votre soutien, vos encouragements tout au long de mes études et, surtout, de n'avoir jamais douté une seconde que j'allais y arriver!

Les amis, merci d'avoir su me changer les idées avec vos histoires, votre façon de voir le monde, vos rires et votre folie.

Sébastien, merci de m'avoir accompagnée depuis le début de mes études en criminologie. Ta bonne humeur contagieuse, ton amour inconditionnel et tes blagues un peu bizarres (des fois) ont rendu les deux dernières années tellement plus faciles à vivre. Je suis clairement ton meilleur public!

Finalement, merci aux adolescentes qui ont pris le temps de rencontrer l'équipe de recherche depuis le début du projet, sans qui, la réalisation de ce mémoire n'aurait aucune raison d'être.

INTRODUCTION

Chaque année, plusieurs jeunes bénéficient des services des Centres jeunesse du Québec. Au cours de l'année 2012-2013, le bilan annuel de l'association des Centres jeunesse du Québec indiquait que 27 634 jeunes avaient fait l'objet d'au moins un signalement retenu pour divers motifs en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ). Durant cette même période, 14 447 jeunes contrevenants ont reçu des services du directeur provincial (DP) en vertu de la Loi du système de justice pénale pour adolescents (LSJPA) (Association des centres jeunesse du Québec, 2013). En réponse aux troubles de comportement sérieux des jeunes, la mission des Centres jeunesse du Québec vise, entre autres, à offrir une aide spécialisée aux jeunes qui connaissent des difficultés graves ainsi qu'à leurs familles (Association des Centres jeunesse du Québec, 2014). Afin de promouvoir le développement des connaissances et de meilleures pratiques professionnelles en matière d'intervention, les centres jeunesse du Québec appuient leur prise de décisions sur les travaux de recherche universitaires les plus récents (CJM-IU, 2011). Les Centres jeunesse du Québec s'assurent ainsi de demeurer un chef de file en matière d'intervention ainsi qu'en matière de recherche pour agir sur les problématiques que vivent les enfants et les adolescents (CJM-IU, 2011).

Toujours dans l'optique d'offrir des programmes d'intervention dont les effets ont été jugés prometteurs par la recherche empirique, la Direction des services de réadaptation aux enfants et adolescents (DSREA) du Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire (CJM-IU) choisissait d'implanter le programme cognitif-comportemental au sein de certaines unités d'hébergement dès 1998-1999. L'intégration de ce programme visait à orienter le processus d'évaluation et d'intervention en tenant compte des caractéristiques de la clientèle (Masse, 2012). En effet, ce programme est jugé à ce jour l'un des plus efficaces pour répondre aux besoins d'une clientèle judiciairisée (Le Blanc, 2003; Lanctôt, 2006) ainsi que pour réduire la récidive criminelle (Andrews, Zinger, Hoge, Bonta, Gendreau et Cullen, 1990; Landenberger et Lipsey, 2005; Lipsey, 2009).

L'implantation du programme cognitif-comportemental destiné aux adolescentes hébergées dans les unités du CJM-IU a fait l'objet d'une évaluation au cours des dernières années (Lanctôt et Chouinard, 2006). Un des principaux constats qui se dégage de cette étude réside dans le fait que, malgré la volonté des équipes en place au CJM-IU, l'implantation du programme cognitif-comportemental au sein des unités d'hébergement ne s'est pas déroulée sans difficultés (Lanctôt et Chouinard, 2006). En effet, l'adoption d'un nouveau programme d'intervention au CJM-IU a d'abord engendré la résistance de certains membres du personnel en raison de la surcharge de travail qui accompagnait l'implantation des activités dans la routine des intervenants: « trop de temps et d'efforts devaient être déployés afin que l'ensemble des éléments du programme à implanter soient appliqués, compris, et intégrés à la pratique quotidienne » (Lanctôt et Chouinard, 2006; p.116). Au cours de la démarche d'implantation, certains intervenants se sont montrés réticents à adopter le programme puisqu'ils doutaient de sa pertinence et de sa valeur clinique alors que d'autres n'étaient pas suffisamment confiants pour animer les activités de groupe. Cette situation semble avoir affecté la mise en place des activités du programme puisque « l'implantation [et] les composantes du programme cognitif-comportemental avaient été appliquées avec irrégularité et sans véritable intégration » (Lanctôt et Chouinard, 2006; p.116). L'implantation de programmes probants dans les milieux d'intervention peut parfois comporter plusieurs défis pour les gestionnaires et les intervenants. Devant cette réalité bien imparfaite, les gestionnaires ont pris connaissance des difficultés à implanter le programme et des actions ont ensuite été mises en place par les chefs de services afin d'assurer l'application des activités du programme de façon fidèle. De cette façon, la démarche d'implantation s'est consolidée afin que le programme cognitif-comportemental soit appliqué avec plus de régularité (Lanctôt et Chouinard, 2006).

Suite à l'implantation du programme cognitif-comportemental dans les unités d'hébergement du CJM-IU, celui-ci a aussi fait l'objet d'une évaluation afin d'identifier les effets du programme sur l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes (Lanctôt, 2012). Ce devis évaluatif a été mené auprès

d'adolescentes hébergées en Centre jeunesse, afin de comparer un groupe de 104 adolescentes ayant participé au programme cognitif-comportemental avec un groupe de 78 adolescentes qui n'avaient pas participé au programme. Les résultats de cette étude indiquent que l'application d'un programme de type cognitif-comportemental contribue à diminuer l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes, bien que les effets soient modestes et qu'ils s'observent surtout à court terme. Les adolescentes qui ont été exposées au programme cognitif-comportemental pendant leur placement rapportent moins de troubles de comportement que les adolescentes du groupe de comparaison, et ce, trois mois après le début du programme. Malgré les effets prometteurs du programme cognitif-comportemental auprès des adolescentes en bénéficiant, il semble que les effets s'atténuent à plus long terme. En effet, l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes du groupe de traitement et du groupe profitant du programme s'équivaut 18 mois après l'admission au Centre jeunesse (Lanctôt, 2012).

Dans le cadre de l'étude menée pour évaluer les effets à court terme du programme cognitif comportemental sur les troubles de comportement des adolescentes, l'effet du degré d'exposition aux activités du programme a été évalué pour les trois premiers mois du placement (Lanctôt, 2010). Cette étape était nécessaire afin de bien situer les résultats de l'évaluation du programme dans le contexte réel de la pratique, ainsi que pour identifier si les effets du programme varient en fonction du degré d'exposition aux activités du programme. Bien que toutes les adolescentes du groupe de traitement aient participé au programme, les résultats de l'étude de Lanctôt (2010) indiquent qu'elles n'ont pas toutes participé avec la même intensité aux activités du volet individuel et du volet de groupe. Force est de constater que le degré d'exposition au programme n'était pas optimal pour la majorité des adolescentes, ce qui rend bien compte des difficultés à appliquer un programme de façon fidèle en contexte de pratique (Lanctôt, 2010). Il est important de souligner que même si le degré d'exposition au programme a été documenté pour toute la durée de l'étude évaluative, cet aspect n'a été évalué que pour les trois premiers mois d'hébergement des adolescentes (Lanctôt, 2010).

La présente recherche s'inscrit dans le cadre de l'étude qui a été menée afin d'évaluer les effets du programme cognitif-comportemental appliqué aux adolescentes hébergées en centre de réadaptation (Lanctôt, 2012). Ce mémoire vise plus spécifiquement à évaluer l'effet du degré d'exposition au programme sur l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes sur une période de six mois, en plus de proposer une nouvelle piste de recherche. Dans un premier temps, le nombre d'activités du programme qui ont été complétées par l'ensemble des adolescentes sera présenté, pour ensuite déterminer si l'ampleur des troubles de comportement de la clientèle à l'admission au CJM-IU est associée au degré d'exposition au programme. Dans un deuxième temps, ce mémoire vise à identifier si le degré d'exposition au programme prédit l'ampleur des troubles de comportement six mois après l'admission des adolescentes au CJM-IU. Il s'agira aussi de déterminer l'effet de modération du degré d'exposition au programme sur la relation entre l'ampleur des troubles de comportement à l'admission et l'ampleur des troubles de comportement six mois plus tard.

Le premier chapitre du mémoire présente la recension des écrits scientifiques sur les défis que présente l'implantation des programmes probants dans les milieux de pratique. Ce chapitre expose entre autres les difficultés d'implantation auxquelles sont confrontés les milieux lorsqu'ils adoptent de nouveaux programmes d'intervention pour ensuite faire état des études qui documentent les aspects liés à la fidélité d'implantation lorsque les programmes d'intervention sont évalués. Les principes d'intervention différentielle (Le Blanc et al., 1998) seront présentés afin de mettre en évidence l'importance d'adapter les différents types d'intervention aux caractéristiques de la clientèle. La dernière section de la recension des écrits présente les principes d'intervention efficace (Andrews et al., 1990) qui mettent en évidence le principe selon lequel le degré d'exposition au programme doit être adapté en fonction des caractéristiques de la clientèle pour que les programmes génèrent des effets optimaux. Finalement, une brève description du programme cognitif-comportemental sera faite afin de bien comprendre les principes sous-

jacents au programme ainsi que les activités du volet individuel et de groupe qui font partie de la programmation.

Le second chapitre présente la méthodologie qui a permis de répondre aux objectifs du mémoire. Cette section fait état de la description des participantes à l'étude ainsi que la procédure employée pour la collecte de données. Les variables employées pour les différentes analyses du mémoire y sont aussi présentées.

Le troisième chapitre traite des résultats des analyses statistiques qui ont été menées dans le cadre de ce mémoire. Le degré d'exposition aux activités du programme cognitif-comportemental implanté au CJM-IU est d'abord décrit. La force d'association entre l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes lors de leur admission à l'unité d'hébergement et le degré d'exposition au programme cognitif-comportemental pendant les six mois suivants est ensuite présentée. Puisque les principes d'intervention différentielle (Le Blanc, 1998) et les principes d'intervention efficace (Andrews et coll., 1990) soulignent l'importance d'adapter l'intervention aux caractéristiques de la clientèle, ces analyses permettent d'établir si le degré d'exposition au programme a été attribué en fonction de l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes au moment de leur admission au CJM-IU. Les résultats établissent ensuite à quel point le degré d'exposition aux activités du programme prédit l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes six mois après leur admission au CJM-IU. Finalement, la dernière section des résultats permet de déterminer l'effet modérateur du degré d'exposition au programme sur la relation entre l'ampleur des troubles de comportement rapportés à l'admission au CJM-IU et l'ampleur des troubles de comportement six mois plus tard, tel que l'avancent les principes d'intervention efficace (Andrews et coll., 1990).

Le quatrième chapitre présente l'interprétation des résultats des analyses menées pour répondre aux objectifs du mémoire. Cette section fait état d'une discussion sur les principaux résultats obtenus en regard de la littérature au sujet de l'implantation des programmes probants en contexte de pratique. Les résultats sont

aussi discutés selon les principes d'intervention auprès des adolescents en contexte de réadaptation qui permettraient d'adapter les programmes tout en s'assurant de leur efficacité.

La conclusion du mémoire propose de nouvelles pistes de recherche afin de faire avancer les connaissances au sujet de l'implantation des programmes ainsi que de leur modification, ceci en vue d'améliorer les services dont bénéficie la clientèle adolescente en contexte de réadaptation.

1. RECENSION DES ÉCRITS

1.1 L'implantation de programmes probants en milieu d'intervention

L'émergence de plusieurs études visant à documenter ainsi qu'à évaluer les programmes d'intervention dans le domaine de la criminologie a marqué les années 1990 (Bishop, 2012). Au fil du temps, les travaux de recherche ont permis d'identifier les meilleurs programmes d'intervention auprès des adolescents et des adolescentes pris en charge par le système de justice (Landenberger et Lipsey, 2005; Lipsey, 2009; Zahn, Day, Mihalic et Tichavsky, 2009). De cette façon, le développement des connaissances au sujet des programmes à préconiser a permis de promouvoir leur utilisation dans plusieurs milieux d'intervention (Domitrovich et Greenberg, 2000; Fixen, Blase, Naom et Wallace, 2009; McCall, 2009) et ainsi guider les gestionnaires dans leur prise de décision (MacKenzie, 2000). L'implantation de programmes d'intervention dans les milieux de pratique fait maintenant partie des initiatives mises de l'avant en vue de répondre aux multiples besoins de la clientèle (Kazdin, 2008; Domitrovich, Bradshaw, Poduska, Hoagwood, Buckley, Olin, Romanelli, Leaf, Greenberg et Jalongo, 2008; Urban, 2008; McCall, 2009).

1.1.1 Les difficultés d'implantation des programmes probants: un défi bien réel pour les milieux d'intervention

Bien que plusieurs milieux se soucient d'innover en matière d'intervention, l'adoption et le maintien des programmes probants en contexte de pratique peut s'avérer un processus assez complexe (Lanctôt et Chouinard, 2006; Rhine, Mawhorr et Parks, 2006; Durlak et DuPre, 2008). En effet, lorsque vient le temps de répliquer les programmes d'intervention dans leur contexte réel de pratique, les gestionnaires et les intervenants peuvent être confrontés à plusieurs difficultés liées à l'implantation (Lanctôt et Chouinard, 2006; Rhine, Mawhorr et Parks, 2006; Durlak et DuPre, 2008). Comme le mentionnent certains auteurs, ces difficultés peuvent

nuire à la qualité des programmes qui sont mis en place dans les milieux d'intervention (Landenberger et Lipsey, 2005).

Un des facteurs pouvant nuire à l'implantation d'un nouveau programme fait référence au manque d'information dans le manuel d'accompagnement qui vise à décrire et expliquer le programme d'intervention (Santacroce, Maccarelli et Grey, 2004). À cet effet, il peut sembler évident que les programmes doivent être décrits de façon suffisante pour que leur application s'effectue adéquatement (McCall, 2009). Par exemple, certains auteurs mentionnent que les manuels d'accompagnement devraient inclure « la théorie d'impact du programme, des stratégies proposées pour atteindre les objectifs du programme, les activités prescrites et aussi les activités proscrites avec des standards minimaux de quantité et de qualité d'intervention (Santacroce et al., 2004) » (dans Joly, Tourigny et Thibaudeau, 2005; p. 105). En réalité, il arrive parfois que les intervenants ne détiennent que très peu d'information à savoir comment répliquer les programmes dans leur routine (Connor-Smith et Weisz, 2003; Mihalic et Irwin, 2003; Chen, 2005; Fixen, Naom, Blase, Friedman et Wallace, 2005; Glasgow et Emmons, 2007).

Il semble que d'autres facteurs associés aux membres du personnel peuvent aussi nuire à l'implantation d'un programme. Pour bien se familiariser avec les composantes théoriques et pratiques d'un nouveau programme, les milieux d'intervention offrent généralement une formation aux intervenants (Dusenbury et al., 2003; Elliott et Mihalic, 2004; Lanctôt et Chouinard, 2006; Durlak et DuPre, 2008; Fixen et coll., 2009). Bien que la formation vise entre autres à soutenir les intervenants dans l'application du programme (Lanctôt et Chouinard, 2006), il peut arriver que certains d'entre eux se montrent réticents à l'appliquer (Rhine et al., 2006) ou qu'ils ressentent un manque de confiance à animer les activités prévues (Lanctôt et Chouinard, 2006). D'autres peuvent douter de la valeur clinique de l'intervention ou encore penser que le programme n'est pas adapté aux besoins de leur clientèle (Connor-Smith et Weisz, 2003; Lanctôt et Chouinard, 2006). L'adoption d'un nouveau programme nécessite donc le soutien de l'organisation

dans laquelle le programme est implanté (Lanctôt et Chouinard, 2006; Fixen et al., 2009).

Les milieux de pratique qui véhiculent une philosophie d'ouverture, d'apprentissage et qui sont réceptifs au changement sont plus susceptibles de réussir la mise en place d'un nouveau programme (Gordon et DiTomaso, 1992; Mannion, Davies et Marshall, 2004, Cooke et Szumal, 2000; Ogbonna et Harris, 2000; Dusenbury et al., 2003). Certains milieux d'intervention peuvent toutefois être confrontés à plusieurs difficultés liées au contexte organisationnel (Mihalic et Irwin, 2003, Lanctôt et Chouinard, 2006; Glasgow et Emmons, 2007; Durlak et DuPre, 2008). Plus spécifiquement, le manque de support de l'administration, le manque de communication entre les intervenants et les gestionnaires, le manque de leadership de certains acteurs-clés, un climat de travail instable ainsi que le manque de support financier peuvent nuire à la mise en place d'un nouveau programme (Mihalic et Irwin, 2003, Durlak et DuPre, 2008). L'implantation de programmes probants en contexte de pratique peut ainsi représenter tout un défi pour les milieux d'intervention dans le contexte réel de la pratique (Domitrovich et Greenberg, 2000; Fixen et al., 2005; Rhine, Mawhorr et Parks, 2006; Durlak et DuPre, 2008).

1.1.2 De la recherche à la pratique : transportabilité des programmes probants

L'adoption de nouveaux programmes d'intervention dans les milieux de pratique nécessite beaucoup d'efforts de la part des gestionnaires ainsi que des intervenants. Les efforts déployés ne résultent toutefois pas toujours en une implantation réussie (Mihalic et Irwin, 2003; Elliott et Mihalic, 2004; Rhine et al., 2006; Chen, 2005). Plusieurs chercheurs se sont donc intéressés à la transportabilité des programmes probants qui sont adoptés dans les milieux de pratique (Connor-Smith et Weisz, 2003; Derzon, Sale, Springer et Brounstein, 2005). Bien que les programmes d'intervention soient d'abord conçus en contexte de recherche pour ensuite être implantés en contexte de pratique, il semblerait que les effets des programmes d'intervention peuvent différer selon le contexte dans lequel ils sont évalués. En

effet, plusieurs auteurs mentionnent que le contexte de la recherche et celui des milieux de pratique dans lesquels sont implantés les programmes probants diffèrent à plusieurs égards (Connor-Smith et Weisz, 2003). L'implantation et l'évaluation des programmes d'intervention en contexte de recherche s'effectue souvent dans des conditions optimales, alors que ce n'est pas toujours le cas lorsque l'implantation d'un nouveau programme relève de la seule initiative d'un milieu de pratique (Connor-Smith et Weisz, 2003; Derzon et al., 2005).

Notamment, l'évaluation des programmes en contexte de recherche se déroule la plupart du temps sous la supervision d'une équipe de chercheurs qui s'assure que le programme est répliqué de façon fidèle (Connor-Smith et Weisz, 2003; Small, 2005). Les caractéristiques liées à la fidélité d'implantation des programmes (faible taux d'abandon au traitement, supervision de la qualité et de la fidélité d'implantation, la formation du personnel) seraient donc plus souvent associées aux programmes évalués en contexte de recherche que ceux relevant directement des milieux de pratique (Landenberger et Lipsey, 2005). Certains auteurs ajoutent que l'implantation de programmes associée à un contexte de recherche permet aux intervenants de recevoir une formation spécifique tout en disposant des ressources nécessaires pour que le programme soit appliqué de façon fidèle à ce qui était prévu initialement par les concepteurs (Connor-Smith et Weisz, 2003; Small, 2005).

Les difficultés à implanter des programmes en contexte réel d'intervention peuvent donc engendrer un écart entre les connaissances issues de la recherche et les services dont bénéficient la clientèle (Derzon et al., 2005; Fixen et al., 2005; Fixen et al., 2009, Mitchell, 2011). Les programmes qui sont évalués sans égard aux difficultés d'implantation pourraient ainsi résulter en des effets décevants ou contreproductifs (Mihalic et Irwin, 2003; Derzon et al. 2005). Par exemple, Fixen et al. (2005) mentionnent que les programmes qui s'avèrent inefficaces trahissent la plupart du temps une implantation déficiente (Fixen et al., 2005). Il devient donc important de documenter les aspects qui sont associés à la fidélité d'implantation avant d'évaluer si les programmes se traduisent bel et bien par les résultats escomptés (Dane et Schneider, 1998; Durlak et DuPre, 2008).

1.2 La fidélité d'implantation des programmes probants en contexte de pratique

De façon générale, alors que la plupart des auteurs s'entendent pour dire que la fidélité d'implantation constitue l'une des composantes du processus d'implantation des programmes (Durlak, 1998; Durlak et DuPre, 2008; Berkel, Mauricio, Schoenfelder et Sandler, 2011), d'autres ont plutôt constaté que ce concept aurait été défini de façon inconstante dans la littérature (Dusenbury et al., 2003; McHugh et al., 2009; Berkel et al., 2011). À cet effet, la fidélité d'implantation aurait d'abord été définie comme étant un synonyme de l'intégrité d'implantation, faisant ainsi référence au degré auquel les différentes activités d'un programme sont implantées tel que planifiées par les concepteurs du programme (Fresham, Gansle, Noell, Cohen et Rosenblum, 1993; Dane et Schneider, 1998; Dusenbury et al., 2003; McHugh et al., 2009). Les composantes d'un programme qui ont été modifiées lors de son implantation constitueraient aussi un aspect jugé nécessaire à inclure dans cette définition (Moncher et Prinz, 1991). Malgré l'inexistence d'une définition consensuelle de la fidélité d'implantation, la plupart des études emploient les indicateurs utilisés par Dane et Schneider (1998) pour traiter de la fidélité d'implantation comme étant 1) le degré de conformité au programme, 2) le degré d'exposition au programme (dosage), 3) la qualité de la mise en application du programme, 4) la participation de la clientèle au programme ainsi que 5) la différenciation (la présence d'éléments qui distinguent le programme d'un autre programme) (Dusenbury et al., 2003).

En raison des difficultés d'implantation auxquelles sont confrontés les milieux d'intervention, la fidélité avec laquelle un programme est appliqué constitue un aspect important à documenter lorsque les programmes sont évalués (Joly et al., 2005). Il s'agit en effet d'un aspect qui permette de mieux comprendre comment s'est déroulée la mise en application d'un nouveau programme en milieu d'intervention (Dusenbury et al., 2003). Le fait de documenter la façon dont un

programme a été implanté permet de conclure avec plus de justesse sur les effets du programme lorsque celui-ci est évalué (Brounstein et al., 1997; Derzon et al., 2005; Fixen et al., 2005). La fidélité d'implantation permet ainsi de mieux comprendre les éléments qui sont associés au succès ou à l'échec d'un programme d'intervention (Dane et Schneider, 1998; Chen, 2005; Durlak et DuPre, 2008; Helmond, Overbeek et Brugman, 2012). C'est la raison pour laquelle, avant d'évaluer les effets d'un programme d'intervention auprès de la clientèle, il s'avère important de déterminer les composantes du programme qui devaient être implantées pour ensuite identifier celles qui ont bel et bien été implantées (Domitrovich et Greenberg, 2000). Cette étape est nécessaire puisque, dans certains cas, l'implantation du programme pourrait avoir été effectuée de façon partielle même lorsqu'un plan d'action a été proposé au préalable (Chen, 2005).

À ce jour, les études qui ont documenté la fidélité d'implantation et évalué ses effets ont rarement considéré tous les indicateurs mentionnés plus haut (Dane et Schneider, 1998; Dusenbury et al., 2003). Un des aspects le plus souvent pris en compte dans les études évaluatives constitue le degré d'exposition de la clientèle au programme (Derzon et al., 2005; Landenberger et Lipsey, 2005; Lipsey, 2009). Même si le degré d'exposition au programme fait généralement référence à la quantité d'intervention à laquelle les participants ont été exposés pendant la durée de l'intervention (Dusenbury et al., 2003), les études qui ont traité du degré d'exposition ne se positionnent pas toutes de la même façon lorsqu'il est question d'opérationnaliser ce concept.

Certaines études ont mesuré le degré d'exposition au programme par le nombre de sessions complétées (Berkel, Mauricio, Schoenfelder et Sandler, 2011) ou le nombre d'heures d'exposition au programme (Lipsey, 2009). D'autres ont plutôt mesuré le degré d'exposition par la durée du programme d'intervention (Landenberger et Lipsey, 2005; Lipsey, 2009) ou encore par le degré d'intensité d'exposition au programme (nombre de séances ou nombre d'heures d'exposition/durée du programme) (Derzon et al., 2005; Landenberger et Lipsey, 2005). Il se pourrait que le degré d'exposition soit employé plus fréquemment dans les études en raison de

la facilité à documenter cet aspect par le personnel dans les milieux d'intervention. En effet, le degré d'exposition au programme peut être documenté de façon factuelle et objective en notant le nombre de séances ou le nombre d'heures du programme ayant été complétés par la clientèle (Dusenbury et al., 2003). Il se pourrait aussi que les études qui se sont intéressé à cet aspect aient conceptualisé le degré d'exposition en fonction des données qui étaient disponibles dans les milieux de pratique.

1.2.1 La fidélité d'implantation : un aspect considéré lorsque les programmes d'intervention destinés aux adolescents en contexte de réadaptation sont évalués?

Plusieurs méta-analyses ainsi que revues systématiques des écrits ont été effectuées afin de connaître les meilleurs programmes d'intervention destinés aux adolescents en contexte d'hébergement (Grietens et Hellinckx, 2004; Landenberger et Lipsey, 2005; McGuire, 2008; Lipsey, 2009; Townsend et al., 2010). Bien que la majorité des auteurs aient souligné l'importance de documenter et d'évaluer les éléments liés à la fidélité d'implantation (Dane et Schneider, 1998; Dusenbury et al., 2003; McHugh et al., 2009), cet aspect n'est que rarement pris en compte lors de l'évaluation des programmes d'intervention auprès des jeunes en réadaptation. Parmi les études recensées dans les méta-analyses et revues systématiques, celles qui traitent des éléments associés à la fidélité d'implantation ne documentent que les principales composantes du programme qui ont été mises en place ainsi que le degré d'exposition de la clientèle au programme (Myers et al., 2000; Ahrens et Rexford, 2002; Biggam et Power, 2002; Friedman, Terras et Glassman, 2002; Armstrong, 2003). Étant donné les difficultés à implanter les programmes de façon fidèle dans les milieux d'intervention, les effets des programmes pourraient se révéler plus importants si les aspects liés à la fidélité d'implantation étaient pris en compte lors de leur évaluation.

Parmi les études recensées dans les méta-analyses et les revues systématiques des écrits identifiées plus haut, l'étude de Biggam et Power (2002) avait pour objectif d'évaluer l'efficacité d'une intervention de groupe visant l'apprentissage d'habiletés à résoudre des problèmes auprès d'adolescents en contexte d'incarcération. Bien que les auteurs mentionnent dans la section méthodologique de leur étude que l'intervention s'est déroulée de façon fidèle au manuel d'accompagnement du programme, ceux-ci ne mentionnent pas de quelles composantes de la fidélité d'implantation il s'agit (Biggam et Power, 2002). Cette étude n'évalue pas non plus l'impact de la fidélité d'implantation sur les effets du programme évalué alors que les auteurs concluent que l'intervention de groupe s'est avérée efficace pour réduire la détresse psychologique des adolescents ainsi que pour augmenter leurs habiletés à résoudre leurs problèmes.

Certaines études recensées dans les méta-analyses et revues systématiques des écrits mentionnées plus haut rapportent parfois le degré d'exposition au programme tel qu'il était prescrit dans les manuels d'accompagnement alors que le degré d'exposition tel qu'observé dans le contexte réel d'intervention n'a pas fait l'objet d'analyse (Myers et al., 2000; Ahrens et Rexford, 2002; Biggam et Power, 2002; Friedman, Terras et Glassman, 2002; Armstrong, 2003). Dans la section méthodologique de ces études, le degré d'exposition au programme est indiqué comme étant le nombre de séances par semaine qui devaient être complétées ainsi que le nombre d'heures auquel les participants devaient être exposés pendant la durée totale du programme (Myers et al., 2000; Armstrong, 2003). Bien que le degré d'exposition n'ait pas fait l'objet d'analyse pour en évaluer l'impact sur les effets du programme, ces études concluent des résultats décevants et les programmes évalués se sont révélés inefficaces (Myers et al., 2000; Armstrong, 2003). Il n'est donc pas possible de déterminer si un écart existe entre le degré d'exposition tel que prescrit par le programme et le degré d'exposition réellement attribué à la clientèle pour ainsi identifier si cet aspect a un impact sur les effets des programmes.

Bien que peu d'études recensées dans les méta-analyses et revues systématiques des écrits ayant traité des meilleurs programmes d'intervention auprès d'adolescents en contexte de réadaptation aient évalué la fidélité d'implantation ou le degré d'exposition au programme, d'autres recherches plus récentes ont traité du sujet (Lanctôt, 2010; Helmond et coll., 2012). C'est le cas de l'évaluation du programme cognitif-comportemental destiné aux adolescentes hébergées au CJM-IU qui a été effectuée en fonction du degré d'exposition au programme (Lanctôt, 2010). Puisque le programme n'a pas été appliqué de façon uniforme, il était important de tenir compte de cet aspect afin de rendre compte des effets du programme avec justesse. Les adolescentes qui ont participé au programme ont donc été séparées en deux groupes selon que leur degré de participation soit faible (n=82) ou élevé (n=25) au cours des trois premiers mois du programme. Les analyses ont ensuite permis de déterminer si les troubles de comportement des adolescentes qui avaient le plus participé au programme avait davantage diminué que les troubles de comportement des adolescentes ayant participé au programme à un degré moins élevé.

Les résultats de l'étude de Lanctôt (2010) révèlent que la taille de certains effets varie en fonction du degré d'exposition au programme. Entre autres, les adolescentes qui ont participé à un nombre plus élevé d'activités du programme rapportent, sur une période de trois mois, moins de violence physique, verbale et indirecte que les adolescentes qui ont le moins participé. D'ailleurs, les résultats indiquent qu'en regard du groupe de comparaison, les adolescentes qui ont participé à un degré plus élevé au programme se distinguent de façon plus marquée que les adolescentes qui ont le moins participé quant à l'utilisation de violence physique. Bien que le degré d'exposition au programme n'ait pas montré un effet sur tous les types de comportements (comme la consommation de drogues ou les activités sexuelles à risque), il demeure qu'une participation plus soutenue au programme contribuait à une baisse plus marquée des activités violentes. Il est important de souligner que l'évaluation des effets du programme en fonction du degré d'exposition de la clientèle n'a été effectuée que pour les trois premiers mois de

l'étude évaluative. Il s'avère donc pertinent d'évaluer les effets du programme selon le degré d'exposition à plus long terme.

Une autre étude récente a été effectuée afin d'évaluer les effets du programme EQUIP, une intervention de type cognitif-comportemental destinée aux adolescents en contexte de réadaptation (Helmond et al., 2012). Ce programme a fait l'objet de plusieurs évaluations jusqu'à maintenant, mais peu d'études ont évalué les effets de ce programme en considérant également les éléments associés à la fidélité d'implantation (Leeman et al., 1993; Liau et al., 2004; Nas et al., 2005; Brugman et Bink, 2010; Devlin et Gibbs; 2010). L'étude de Helmond et al. (2012) visait donc à évaluer les effets du programme EQUIP en fonction de la fidélité d'implantation telle qu'opérationnalisée par Dane et Schneider (1998), soit en évaluant à la fois le degré d'exposition au programme, le degré de conformité au programme, la participation de la clientèle au programme ainsi que la qualité de la mise en application du programme. Les résultats de Helmond et al. (2012) indiquent que le programme stabilise les habiletés sociales ainsi que les valeurs morales pour le groupe expérimental alors que ces aspects se détériorent au sein du groupe de comparaison.

Cette étude précise que la fidélité d'implantation n'a pas eu d'effet modérateur sur l'efficacité du programme EQUIP. Les auteurs avaient divisé le groupe de traitement en deux sous-groupes, soit l'un qui obtenait un score faible sur un indice de fidélité d'implantation (moyenne = 49%; É.-T. = 5,97) et un autre qui obtenait un score modéré sur ce même indice (moyenne = 61%; É.-T. = 2,30). Le programme paraît avoir eu le même effet pour chacun des sous-groupes, peu importe si la fidélité d'implantation était faible ou modérée. Pour expliquer ce résultat, les auteurs mentionnent qu'il serait possible que le programme EQUIP n'ait pas été implanté à un niveau assez élevé pour influencer les effets du programme. Les auteurs ont été incapables d'identifier un sous-groupe de leur échantillon pour lequel la fidélité d'implantation se trouvait à un niveau élevé.

1.2.2 Débat sur la fidélité d'implantation des programmes probants : miser sur l'intégrité ou l'adaptation des programmes?

Devant la persistance des difficultés à implanter des programmes probants de façon fidèle et devant les résultats divergents des études qui évaluent la fidélité d'implantation ou le degré d'exposition sur les effets des programmes, l'émergence d'un débat sur la fidélité d'implantation a récemment soulevé l'attention. Plusieurs se sont questionnés à savoir s'il était préférable d'implanter les programmes tels qu'ils ont été développés par les concepteurs ou si une adaptation serait nécessaire pour répondre aux besoins des milieux de pratique ainsi que ceux de la clientèle (Domitrovich et Greenberg, 2000; Dusenbury et al., 2003; Elliott et Mihalic, 2004; Chen, 2005; Koerner, Dimeff, Swenson, 2007).

Les contraintes auxquelles font face les milieux de pratique peuvent parfois inciter les intervenants à vouloir modifier les programmes qui sont adoptés dans leur milieu de travail (Ayotte, 2006; Koerner, Dimeff et Swenson, 2007). Dans certains cas, il peut s'avérer plutôt difficile d'implanter un programme puisque le mode d'emploi visant à reproduire le contenu, la durée ou encore le nombre de rencontres avec la clientèle sont définis de façon trop structurée pour être intégrés dans la routine des intervenants, soit dans un contexte réel de pratique (Connor-Smith et Weisz, 2003; Elliott et Mihalic, 2004; Fixen et al., 2005; McCall, 2009). Il pourrait aussi arriver que les intervenants sentent le besoin d'adapter le contenu du programme afin qu'il corresponde aux caractéristiques des participants (Connor-Smith et Weisz, 2003). Dans d'autres cas, les intervenants ne sont pas convaincus de la valeur clinique du programme auprès de leur clientèle (Connor-Smith et Weisz, 2003; Lanctôt et Chouinard, 2006). Pour ainsi faciliter l'adoption des programmes d'intervention, les milieux de pratique souhaiteraient que les concepteurs identifient les éléments qui seraient essentiels d'implanter et ceux qu'il serait possible de modifier (Elliott et Mihalic, 2004; McHugh et al., 2009).

D'autres hésitent à modifier les programmes d'intervention puisque leur adaptation pourrait en compromettre l'efficacité (Domitrovich et Greenberg, 2000; Koerner,

Dimeff et Swenson, 2007; Perepletchikova, Teresa, Treat et Kazdin, 2007; Wilson, 2007; McHugh, Murray et Barlow, 2009). En effet, quelques méta-analyses indiquent que la fidélité d'implantation (Landenberger et Lipsey, 2005; Lipsey, 2009) serait associée à l'efficacité des programmes d'intervention visant notamment à réduire la récidive des délinquants juvéniles. L'implantation partielle d'un programme ainsi que la modification de la durée initialement prévue peut parfois se traduire par des résultats décevants ou contreproductifs (Wilson, 2007). Le fait d'implanter un programme de façon partielle porterait atteinte aux objectifs des programmes élaborés initialement par les concepteurs (Urban, 2008).

Dans cette perspective, certains auteurs ont voulu identifier quel effet pouvait occasionner les conditions d'implantation sur l'efficacité des programmes de prévention de consommation de substances auprès des jeunes (Derzon et al., 2005). Cette étude visait à comparer la taille des effets de 46 programmes recensés par la *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA). La taille d'effet des programmes a d'abord été évaluée sans égard aux conditions d'implantation, révélant que presque la moitié des programmes évalués s'avéraient contre-productifs. Ce sont donc 21 des 46 programmes de prévention qui paraissaient engendrer des effets négatifs, où le groupe de traitement rapportait avoir consommé davantage dans les 30 derniers jours que le groupe de comparaison. Par la suite, les auteurs se sont questionnés à savoir quelle serait la taille d'effet de ces programmes si les résultats étaient ajustés selon des conditions d'implantation optimales. En ajustant ainsi la taille des effets de ces programmes pour tenir compte du biais associé à l'exposition aux interventions alternatives pour le groupe de comparaison, au faible niveau d'intensité des programmes et au faible niveau de cohérence du programme, la taille des effets est passée de 0,02 à 0,24, et ce, de façon significative (Derzon et al., 2005). Les résultats de cette étude suggèrent que l'efficacité des programmes de prévention se trouverait améliorée si l'implantation des programmes était effectuée tel que planifiée et que cet aspect était pris en compte lors de l'évaluation.

Par ailleurs, l'état actuel des connaissances n'est peut-être pas suffisamment avancé pour être en mesure de se prononcer sur le débat entourant l'adaptation des programmes. En effet, la recherche n'a pas encore identifié les conditions essentielles selon lesquelles il serait possible d'adapter ou de modifier les programmes existants. Plus encore, trop peu de recherches ont été effectuées pour établir l'impact qu'aurait l'adaptation des programmes sur leur efficacité (Dusenbury et al., 2003; Elliott et Mihalic, 2004; McCall, 2009; McHugh et al., 2009). Entre autres, les manuels qui visent à détailler l'implantation des nouvelles pratiques ne permettent pas encore d'effectuer des modifications selon les besoins du milieu d'intervention ni selon les besoins de la clientèle (Glasgow et Emmons, 2007). Certains questionnements sont aussi soulevés lorsque les modifications apportées aux programmes ne sont pas documentées puisqu'il serait difficile d'identifier les ingrédients actifs du programme qui sont responsables des effets auprès de la clientèle (Durlak, 1998; Perepletchikova et al., 2007).

Dans l'éventualité où les milieux de pratique effectueraient des modifications aux programmes, les ingrédients actifs devraient toutefois faire partie de l'intervention (Connor-Smith et Weisz, 2003). Dans de telles conditions, il serait important de bien documenter les modifications qui sont apportées au programme initial afin qu'il soit possible d'identifier si les changements effectués engendrent les effets escomptés auprès de la clientèle (Durlak et DuPre, 2008). Ce constat rend bien compte des limites à modifier les programmes d'intervention tel que les milieux de pratique le souhaiteraient. Le débat qui entoure la question de la fidélité d'implantation ou de l'adaptation des programmes en milieu de pratique est loin d'être résolu. Malgré le manque de consensus à ce sujet, certains auteurs proposent une façon d'aborder cette problématique en considérant non pas les modalités générales d'implantation des programmes, mais plutôt les caractéristiques de la clientèle visée par le programme d'intervention (Andrews et al., 1990; Le Blanc et al., 1998).

1.3 Principes d'intervention auprès d'une clientèle judiciarisée

1.3.1 Principes d'intervention efficace

Bien que la fidélité d'implantation soit considérée comme un aspect important dans l'atteinte de l'efficacité des programmes, il semble que les éléments associés à la fidélité d'implantation ne sont encore que rarement pris en compte lors de l'évaluation des programmes. En effet, les études qui ont cherché à identifier les meilleurs programmes d'intervention auprès des adolescents en contexte de réadaptation n'ont que brièvement documenté les aspects associés à la fidélité d'implantation (Myers et al., 2000; Ahrens et Rexford, 2002; Biggam et Power, 2002; Friedman, Terras et Glassman, 2002; Armstrong, 2003). Les études qui ont cherché à identifier les meilleurs programmes d'intervention auprès des adultes en milieu correctionnel présentent une nette longueur d'avance à ce sujet (Andrews, Bonta et Hoge, 1990; Andrews, Zinger et al., 1990; Dowden et Andrews, 2000; Bourgon et Armstrong, 2005; Andrews et Bonta, 2007; Lipsey et Cullen, 2007; Smith, Gendreau et Swartz, 2009). Ces études soutiennent d'ailleurs que le degré d'exposition au programme d'intervention doit être adapté selon les besoins de la clientèle pour être efficaces.

1.3.1.1 Les principes du risque, des besoins et de la réceptivité

Les travaux de recherche d'Andrews, Bonta et Hoge (1990) sur les principes d'intervention efficace en milieu correctionnel ont largement contribué à développer une meilleure compréhension des facteurs associés à la récidive criminelle ainsi que des aspects à considérer pour que l'intervention auprès de la clientèle judiciarisée s'avère efficace. De façon générale, les principes du risque, des besoins et de la réceptivité soutiennent que l'intervention doit être adaptée au niveau de risque de récidive, cibler les besoins criminogènes et traiter les facteurs de réceptivité de la clientèle visée (Andrews, Bonta et Hoge, 1990). Bien que ce mémoire ne traite que du principe du risque pour permettre de mieux apprécier des effets d'un programme d'intervention, les principes des besoins et de la réceptivité

seront aussi présentés ci-dessous afin de bien situer la théorie élaborée par Andrews et ses collègues (1990).

Le principe du *risque* indique que le niveau d'intervention doit être adapté proportionnellement au risque de récidive de la clientèle pour qu'une diminution significative de la récidive soit observable. Selon ce principe, la clientèle à haut risque de récidiver aurait besoin d'un niveau d'intensité plus élevé d'intervention alors que la clientèle à faible risque de récidiver aurait besoin d'une intensité moins élevée d'intervention (Andrews, Bonta et Hoge, 1990; Dowden et Andrews, 2000; Andrews et Bonta, 2006). L'évaluation du risque s'effectue à partir d'instruments actuariels, tel que le *Level of Supervision/Case Management Inventory* (LS/CMI; Andrews, Bonta et Wormith, 2004), qui s'avèrent utiles pour prédire la récidive générale et violente (Andrews, Bonta et Wormith, 2006).

Le principe des *besoins* soutient qu'il est nécessaire de faire la distinction entre les besoins criminogènes et non-criminogènes. Les besoins criminogènes constituent des facteurs dynamiques de risque qui sont directement liés au comportement antisocial et sur lesquels il est possible d'intervenir en vue de diminuer la récidive criminelle (Andrews, Bonta et Hoge, 1990; Andrews et Bonta, 2006; 2007). Les besoins non-criminogènes constituent plutôt des facteurs de risque dynamiques qui ne s'avèrent pas liés à la récidive tels l'anxiété, la dépression ou encore l'estime de soi (Andrews et Bonta, 2006; 2007). Les interventions qui ciblent les besoins non-criminogènes seraient inefficaces, voire contreproductives pour diminuer la récidive criminelle (Andrews et Bonta, 2007). Plusieurs méta-analyses supportent le principe des besoins lors de l'intervention avec une clientèle incarcérée en milieu correctionnel (Dowden et Andrews, 2000; Smith, Gendreau et Swartz, 2009).

Finalement, le principe de la *réceptivité* suppose que l'on doit tenir compte des facteurs de réceptivité générale et spécifique pour que l'intervention s'avère efficace (Andrews et Bonta, 2006; 2007; 2010). Les facteurs de réceptivité générale spécifient que l'intervention doit être adaptée au style d'apprentissage de la clientèle par le biais d'interventions multidisciplinaires, basées sur l'acquisition de

plusieurs habiletés et sur l'approche cognitive-comportementale (Andrews et Bonta, 2006; 2010). Les facteurs de réceptivité spécifiques consistent à tenir compte des caractéristiques propres à chacun pour que l'intervention soit efficace (Andrews et Bonta, 2006; 2007). Par exemple, il serait important de tenir compte des habiletés cognitives, du niveau de motivation, de l'engagement dans le traitement, de la culture propre à la clientèle ciblée (Bonta, 1995) et d'utiliser les forces de chacun (Andrews and Bonta, 2007).

1.3.1.2 Le principe du risque : adapter les programmes d'intervention selon les caractéristiques de la clientèle

Devant les difficultés à implanter des programmes dans les milieux de pratique et considérant le souhait des intervenants de vouloir modifier les programmes adoptés dans leur contexte de travail, le principe du risque élaboré par Andrews et ses collègues (1990) permettrait d'ajuster le degré d'exposition à l'intervention en fonction des caractéristiques de la clientèle. Plusieurs études menées auprès d'une clientèle adulte appuient empiriquement le principe du risque élaboré par Andrews et ses collègues (1990). Par exemple, Andrews et Dowden (2006) ont effectué une méta-analyse afin d'identifier la contribution du principe du risque sur l'efficacité des programmes en milieu correctionnel. Les résultats indiquent que le traitement des délinquants à haut risque de récidive est associé à une réduction de 10% du risque de récidive alors que le traitement des délinquants à faible risque est associé à une réduction de seulement 3% du risque de récidive (Andrews et Dowden, 2006). Les études menées auprès des adolescents judiciairisés indiquent aussi que l'ajustement du niveau d'intervention au profil de la clientèle s'avère nécessaire pour que les programmes d'intervention soient efficaces. Une méta-analyse effectuée par Dowden et Andrews (1999) indique que les programmes d'intervention qui sont associés à des effets plus importants sont ceux qui traitent les délinquants à haut risque de récidive (+0,12) contrairement aux programmes qui traitent les délinquants à faible risque de récidive (+0,03). Il serait donc plus efficace

d'intervenir de façon intensive auprès des délinquants à risque élevé de récidive que ceux qui présentent un faible risque de récidive (Andrews et Dowden, 2006).

Suite aux travaux de recherche sur les principes d'intervention efficace (Andrews, Bonta et Hoge, 1990), une autre étude récente a examiné l'effet de la durée d'exposition au programme d'intervention sur le risque de récidive des contrevenants adultes en milieu correctionnel (Bourgon et Armstrong, 2005). La durée du programme variait de 5, 10 à 15 semaines et se voyait attribuée entre autres en fonction du risque de récidive des contrevenants. Les résultats indiquent qu'une durée de cinq semaines (100 heures) était suffisante pour diminuer significativement le risque de récidive des délinquants à risque modéré alors qu'une durée d'intervention plus élevée était nécessaire pour réduire le risque de récidive des délinquants identifiés à haut risque de récidive (Bourgon et Armstrong, 2005). Le fait d'attribuer un degré d'exposition à l'intervention qui ne suit pas le principe du risque pourrait ainsi contribuer à une mauvaise gestion des ressources et s'avérer contreproductif (Andrews et al., 1990; Lowenkamp et Latessa, 2004, Van Voorhis, 2004; Andrews et Dowden, 2006). Plutôt que d'adopter une durée de programmation équivalente pour l'ensemble de la clientèle, les gestionnaires en milieu correctionnel devraient offrir une durée d'intervention qui correspond au niveau de risque ainsi qu'aux besoins que présente la clientèle. Il s'avère donc que l'adéquation entre le profil de la clientèle et le degré d'exposition à l'intervention serait critique pour réduire la récidive (Bourgon et Armstrong, 2005).

1.3.2 Les principes de l'intervention différentielle

En raison des multiples caractéristiques que présentent les adolescents en contexte de réadaptation, certains auteurs soulignent aussi l'importance d'ajuster les différents types d'intervention en fonction des besoins des adolescents en difficulté (Le Blanc et al., 1998). Le principe d'intervention différentielle soutient que l'appariement entre les méthodes d'intervention et les différents types d'adolescents en difficulté augmenterait l'efficacité des mesures (Le Blanc et al.,

1998). Dans cette perspective, il faut s'attendre à ce qu'un type d'intervention en particulier n'engendre pas les mêmes résultats avec tous les adolescents (Le Blanc, 1990; Le Blanc et al., 1998). Par exemple, le modèle psychoéducatif appliqué aux adolescents en difficulté dans un centre de réadaptation a produit plus de succès avec les adolescents qui présentaient certaines caractéristiques plutôt que d'autres (Le Blanc et al., 1998). Ainsi, bien que le centre de réadaptation visé par la recherche affirmait que le modèle psychoéducatif s'appliquait à l'ensemble des adolescents en difficulté, les résultats des travaux de Le Blanc indiquaient plutôt que ce modèle était plus efficace auprès des adolescents névrotiques qu'auprès des adolescents les plus égocentriques (Le Blanc, 1983). Tel que le mentionnent Le Blanc et ses collaborateurs, « il importe donc de déterminer avec qui telle approche, méthode ou technique est la plus efficace maintenant qu'il a été établi que l'intervention est préférable à la non-intervention » (Le Blanc et al., 1998; p.6). Malgré le manque d'études empiriques pour soutenir les principes de l'intervention différentielle, celui-ci semble plutôt complémentaire aux principes d'intervention efficace élaborés par Andrews et ses collaborateurs (1990), mettant de l'avant l'importance de l'appariement entre les caractéristiques de la clientèle et de l'intervention à préconiser.

2. PROBLÉMATIQUE

Il est bien documenté que les difficultés d'implantation auxquelles sont confrontés les milieux d'intervention peuvent parfois influencer la façon dont les programmes sont implantés. Devant les difficultés à appliquer les programmes de façon fidèle, il arrive parfois que le contenu des sessions prévues dans le programme soient modifiées ou adaptées. Il peut donc arriver que le degré d'exposition au programme diffère d'une personne à l'autre sans que ces informations soient prises en compte lors de l'évaluation des programmes. Il devient important de rapporter le degré d'exposition de la clientèle au programme afin de savoir à quel point le programme

a été appliqué à la fréquence prévue. Dans le cas où le degré d'exposition au programme serait lacunaire, il pourrait être périlleux de conclure sur les effets du programme d'intervention et les résultats pourraient être biaisés.

Le débat sur la fidélité d'implantation témoigne d'une réalité bien imparfaite puisque les milieux d'intervention font face à plusieurs difficultés qui peuvent nuire à la mise en application des programmes de façon intègre. Bien que les milieux d'intervention souhaiteraient pouvoir modifier les programmes afin d'en faciliter l'implantation, plusieurs limites ont été identifiées concernant cette approche. En effet, ceci pourrait remettre en question l'efficacité des services dont bénéficie la clientèle puisque les programmes qui sont modifiés n'ont pas été évalués par la recherche empirique.

Par ailleurs, les principes d'intervention différentielle soulignent bien l'importance d'apparier le profil de la clientèle avec le type d'intervention à préconiser afin de s'assurer de l'efficacité des mesures (Le Blanc et al., 1998). Dans le même ordre d'idées, les principes d'intervention efficace développés par Andrews et ses collègues (1990) pourraient constituer une alternative possible à la modification des programmes en permettant d'ajuster le degré d'exposition à l'intervention en fonction de la sévérité du profil de la clientèle. Puisque le principe d'intervention du risque permet d'augmenter l'efficacité des programmes d'intervention auprès d'une clientèle adulte en contexte d'incarcération, il serait possible d'appliquer ce principe aux adolescentes en contexte de réadaptation afin de réduire leurs troubles de comportement. Dans cette optique, les adolescentes aux prises avec une plus grande fréquence de troubles de comportement se verraient attribuer un degré d'exposition plus élevé au programme cognitif-comportemental. Ce principe d'intervention permet d'avancer l'hypothèse que l'adéquation entre la fréquence des troubles de comportement des adolescentes et le degré d'exposition au programme permettrait d'augmenter l'efficacité du programme cognitif-comportemental.

Les effets du programme cognitif-comportemental appliqué à des adolescentes en Centre jeunesse ont été évalués à court terme en fonction du degré d'exposition aux activités, soit trois mois après l'admission des adolescentes au CJM-IU (Lanctôt, 2010). Lorsque les effets du programme sont évalués en fonction du degré d'exposition, les résultats révèlent que la taille de certains effets varie de façon considérable. Entre autres, les adolescentes qui ont été exposées davantage au programme rapportent une implication moins élevée dans des activités violentes, et ce, trois mois après le début de leur hébergement. Bien que la taille de certains effets varie à court terme selon le degré d'exposition au programme, la taille de ces effets n'a pas encore été évaluée à plus long terme.

2.1. Les objectifs de l'étude

2.1.1. Objectif général

L'objectif général de ce mémoire consiste à évaluer l'effet du degré d'exposition au programme cognitif-comportemental sur l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes hébergées au CJM-IU six mois après leur admission dans les unités d'hébergement.

2.1.2. Objectifs spécifiques

- Décrire le nombre d'activités du volet individuel et du volet de groupe du programme cognitif-comportemental qui ont été complétées par les adolescentes du groupe de traitement;
- évaluer si l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes lors de leur admission à l'unité d'hébergement est associée au degré d'exposition au programme ;
- déterminer si le degré d'exposition au programme prédit l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes six mois après leur admission à l'unité d'hébergement du CJM-IU;
- déterminer l'effet de modulation du degré d'exposition au programme sur la relation entre l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes à l'admission et l'ampleur des troubles de comportement six mois après le début du placement.

3. L'APPROCHE COGNITIVE-COMPORTEMENTALE PRÉCONISÉE AU CJM-IU

Le programme cognitif-comportemental dont il est question dans ce mémoire fait référence au programme implanté dans neuf unités d'hébergement du CJM-IU tel qu'élaboré par Le Blanc, Dionne, Proulx, Grégoire et Trudeau-LeBlanc (1998). De façon générale, l'approche cognitive comportementale est préconisée pour traiter les troubles sérieux de comportements ainsi que la délinquance, sans distinction selon sexe de la clientèle. Le programme offre toutefois une certaine flexibilité pour répondre aux besoins des adolescentes à travers les jeux de rôles et le volet individualisé des auto-observations. Il s'agit d'une approche qui s'appuie sur une multitude de principes relatifs aux théories comportementales, aux théories de l'apprentissage ainsi qu'à plusieurs aspects liés aux processus cognitifs (Boisclair, 2009). Le programme cognitif-comportemental utilise donc plusieurs techniques d'intervention faisant référence aux volets cognitifs, émotionnels et comportementaux des adolescentes (Le Blanc et al., 1998). Le programme vise à aider les adolescentes à identifier, analyser ainsi que modifier les cognitions, les émotions et les comportements qui sont associés à leurs problèmes (Le Blanc et al., 1998).

L'objectif général du programme constitue à réduire la fréquence des cognitions et des comportements antisociaux tout en favorisant l'augmentation de la fréquence des cognitions et des comportements prosociaux de la clientèle visée par l'intervention. Les adolescentes doivent ensuite appliquer les apprentissages acquis dans leur quotidien. De façon plus spécifique, le programme vise entre autres l'amélioration des habiletés interpersonnelles, l'apprentissage de la résolution de problèmes dans les relations interpersonnelles ainsi que l'apprentissage de la maîtrise de la colère et de l'agressivité. Ces acquis s'effectuent par la participation des adolescentes aux activités individuelles et aux activités de groupe prévues dans la programmation du CJM-IU (Le Blanc et al., 1998).

3.1 Activités du volet individuel du programme cognitif-comportemental

Le volet individuel du programme cognitif-comportemental vise à identifier et analyser les comportements problématiques des adolescentes ainsi que les circonstances dans lesquelles ils se produisent (Le Blanc et al., 1998). Ce volet est donc constitué du contrat comportemental ainsi que des auto-observations à effectuer par les adolescentes pendant toute la durée de leur hébergement.

3.1.1 Le contrat comportemental

Le contrat comportemental consiste à établir une entente entre l'intervenant et l'adolescente afin de responsabiliser les adolescentes envers un comportement précis. Par exemple, le contrat vise l'apprentissage d'un comportement prosocial en remplacement d'un comportement antisocial (Le Blanc et Trudeau-LeBlanc, 2007). Le comportement prosocial identifié par l'adolescente et l'intervenant doit ensuite être pratiqué dans une période de temps déterminée pour que l'intervenant puisse rendre compte de l'application du comportement prosocial par l'adolescente. Lorsque le comportement prosocial est adopté par l'adolescente, une conséquence positive s'ensuit alors que si elle n'applique pas le comportement alternatif, une conséquence négative est attribuée. Le programme prévoit qu'il doit y avoir un contrat comportemental actif en tout temps et que les contrats se renouvellent périodiquement pendant toute la durée du placement des adolescentes.

3.1.2 Les auto-observations

Les auto-observations permettent d'identifier et d'analyser les pensées et les émotions qui sont à l'origine des comportements problématiques. L'objectif de cet outil est donc d'amener les adolescentes à comprendre que leurs pensées et leurs émotions sont reliées à leurs comportements. Ceci permet de les aider à développer leur capacité à reconnaître, comprendre et juger leurs pensées ainsi que leurs émotions. Tel que le programme le prévoit, il est attendu que les adolescentes

remplissent une grille d'auto-observation au moins quatre fois par semaine pendant toute la durée de leur placement.

3.2 Activités du volet de groupe du programme cognitif-comportemental

Les ateliers de groupe visent quant à eux à améliorer les habiletés relationnelles et de maîtrise des émotions déficitaires chez les adolescentes en difficulté (Le Blanc et al., 2002). Plus précisément, les activités de groupe s'actualisent à travers quatre activités distinctes : 1) la régulation de la colère, 2) la gestion du stress, 3) la résolution de problèmes et 4) les habiletés de communication.

3.2.1 La régulation de la colère

L'apprentissage de la régulation de la colère vise à enseigner aux adolescentes à gérer leur colère de façon socialement acceptable (Le Blanc et al., 2002) par l'entremise de l'utilisation de modes convenables d'expression de la colère (Le Blanc et al., 2002). Cet atelier comporte trois volets, soit : 1) dégager les éléments cognitifs et affectifs qui sous-tendent les comportements agressifs, 2) acquérir des capacités qui permettent d'exprimer de façon commode la juste colère que l'on peut ressentir et 3) renforcer les acquis en ce domaine (Le Blanc et al., 2002). Entre autres, il s'agit d'apprendre à garder la maîtrise de soi, faire face à la colère d'une autre personne, négocier, défendre ses droits et apprendre à rester en dehors des conflits (Le Blanc et al., 2002). Le programme prévoit que les adolescentes participent aux 15 séances prévues pour l'activité de régulation de la colère (Lanctôt et Chouinard, 2006).

3.2.2 La gestion du stress

L'apprentissage de la gestion du stress vise à apprendre aux adolescentes à faire face aux situations de stress et de frustrations auxquelles elles peuvent être confrontées (Le Blanc et al., 2002). L'objectif consiste à enseigner aux adolescentes à reconnaître les éléments cognitifs et affectifs qui se rattachent aux situations stressantes ainsi qu'acquérir des habiletés afin de faire face au stress de façon

prosociale (Le Blanc et al., 2002). Entre autres, les jeunes apprennent à exprimer et répondre à une plainte, répondre à une situation embarrassante, faire face aux pressions d'un groupe, réagir face à l'échec et faire face à une accusation (Le Blanc et al., 2002). Le programme prévoit que les adolescentes participent aux 15 séances prévues pour l'activité de la gestion du stress (Lanctôt et Chouinard, 2006).

3.2.3 La résolution de problèmes

L'apprentissage de résolution de problèmes vise l'acquisition de solutions alternatives à la violence pour résoudre les situations problématiques avec les autres (Le Blanc et al., 2002). Par exemple, les séances de l'activité visent à définir le problème, chercher des solutions convenables, identifier les avantages et désavantages pour chacune des solutions, choisir une solution et ensuite appliquer la solution retenue (Le Blanc et al., 2002). Ainsi, l'adolescente saura adopter des solutions socialement acceptables aux plans cognitif, émotif et comportemental (Le Blanc et al., 2002). Le programme prévoit que les adolescentes doivent participer aux 15 séances prévues pour l'activité de résolution de problèmes pendant la durée de leur hébergement (Lanctôt et Chouinard, 2006).

3.2.4 Les habiletés de communication

L'apprentissage des habiletés de communication vise l'acquisition des aptitudes nécessaires aux relations interpersonnelles tout en respectant les besoins du jeune ainsi que ceux de son entourage (Le Blanc et al., 2002). Entre autres, les habiletés de communication visent à écouter les autres, débiter et entretenir une conversation, demander de l'aide, se conformer à des instructions, exprimer ses émotions et comprendre les émotions des autres (Le Blanc et al., 2002). Le programme prévoit que les adolescentes participent aux 15 séances prévues pendant la durée de leur hébergement (Lanctôt et Chouinard, 2006).

4. MÉTHODOLOGIE

4.1. Cadre théorique

Ce mémoire s'inscrit dans une approche théorique exploratoire puisqu'il vise à évaluer l'effet du degré d'exposition au programme cognitif-comportemental sur l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes hébergées au CJM-IU à partir des principes d'intervention efficace élaborés par Andrews et ses collègues (1990). Tel que mentionné dans la recension des écrits, ces auteurs ont développé un modèle d'intervention visant à réduire la récidive criminelle basé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité. Cette approche permet entre autres d'identifier de degré d'intensité du traitement à prescrire en fonction des caractéristiques de la clientèle (Rettinger et Andrews, 2010). Le modèle élaboré par ces auteurs est basé sur la théorie générale de la personnalité ainsi que sur la théorie de l'apprentissage social et cognitif de la conduite criminelle (Andrews et Bonta, 2003; 2006). Les interventions qui adhèrent au principe du risque seraient associées à des effets plus importants de la réduction de la récidive que celles qui n'adhèrent pas à ce principe (Andrews et al., 1990; Dowden et Andrews, 1999; Dowden et Andrews, 2006; Andrews et Bonta, 2010a, 2010b). Dans le cadre de ce mémoire, il s'agit de vérifier si l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes est associée au degré d'exposition au programme ainsi que de déterminer si le degré d'exposition au programme prédit l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes six mois après leur admission au CJM-IU. En dernier lieu, il s'agira de déterminer l'effet de modération du degré d'exposition au programme sur la relation entre l'ampleur des troubles de comportement des rapportés à l'admission et l'ampleur des troubles de comportement rapportés six mois plus tard.

4.2. L'approche quantitative

4.2.1. Justification de la méthodologie

L'approche quantitative a été privilégiée pour ce mémoire visant à identifier les effets du programme cognitif-comportemental selon le degré d'exposition aux

activités ainsi qu'en fonction de l'adéquation entre le degré d'exposition aux activités et l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes lors de leur admission au CJM-IU. Le degré d'exposition aux activités du programme cognitif-comportemental renvoie d'ailleurs nécessairement à des éléments quantitatifs puisqu'il est question du nombre de séances auxquelles les adolescentes ont été exposées, de la durée du programme et de l'intensité de l'exposition au programme (nombre de séances/durée du programme). Cette approche permet de recueillir une grande quantité d'informations ainsi que de mettre en relation plusieurs variables tirées d'un large échantillon.

4.2.2. Échantillon

Il est important de rappeler que ce projet de mémoire s'inscrit dans le cadre de l'étude évaluative menée afin d'évaluer les effets du programme cognitif-comportemental sur les troubles de comportement des adolescentes hébergées en Centre jeunesse (Lanctôt, 2012). L'échantillon de cette étude évaluative est constitué d'un groupe de 104 adolescentes ayant participé au programme ainsi que d'un groupe de comparaison de 78 adolescentes n'ayant jamais participé au programme. Ces adolescentes étaient placées sous la Loi de la protection de la jeunesse (LPJ), la Loi sur la justice pénale pour adolescents (LSJPA) et la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Pour l'échantillon du présent mémoire (n=69), la majorité des adolescentes ont été placées pour des troubles de comportement (33,3%) et de la négligence (31,9%) alors que les autres ont été placées pour des mauvais traitements psychologiques (10,1%), sous la Loi sur les services de santé et les services sociaux (7,2%), de l'abus physique (7,2%), de l'abus sexuel (5,8%) et pour de l'abandon (4,3%). Pour faire partie de l'échantillon, les adolescentes devaient être placées dans leur unité d'hébergement pour une durée minimale de trois mois.

Puisque le mémoire vise spécifiquement à évaluer les effets du degré d'exposition au programme cognitif-comportemental, l'échantillon est uniquement constitué des adolescentes qui faisaient partie du groupe ayant participé au programme. La

stratégie d'échantillonnage s'est définie sur deux critères d'inclusion: les adolescentes devaient avoir été hébergées pour une durée minimale de six mois et avoir complété le questionnaire de suivi. Le critère d'inclusion relatif à la durée d'hébergement des adolescentes permettait d'évaluer les effets du degré d'exposition au programme cognitif-comportemental sur une fenêtre de temps commune pour toutes les adolescentes considérant que la durée des placements varient d'une adolescente à l'autre.

L'échantillon retenu est constitué de 74 des 104 adolescentes du groupe ayant participé au programme de l'étude de Lanctôt (2012), ce qui représente 71% de l'échantillon initial. Lors de leur admission au Centre jeunesse, ces adolescentes avaient en moyenne 14,6 ans (É.-T. = 1,3). Les adolescentes retenues pour l'échantillon du mémoire ne se distinguent pas significativement des adolescentes qui n'ont pas été retenues en regard aux troubles de comportement qu'elles présentent lors de leur admission. Seulement une adolescente a omis de répondre à l'échelle de violence physique. La stratégie d'échantillonnage est exposée de façon détaillée dans l'étude de Lanctôt (2012).

4.2.3. La collecte de données

Les adolescentes invitées à participer au projet de recherche sont celles qui ont été admises dans une unité d'hébergement entre les mois de janvier 2008 et octobre 2009. Ensuite, les adolescentes qui désiraient participer étaient contactées et informées des modalités de leur participation. Les participantes étaient invitées à remplir un questionnaire d'une durée approximative de 90 minutes avec l'assistante de recherche. La participation au projet de recherche était volontaire et le consentement des parents était requis lorsque les adolescentes étaient âgées de 14 ans et moins. Les adolescentes qui désiraient participer ont complété un

questionnaire¹ lors de leur admission au CJM-IU (pré-test) ainsi que trois mois (post-test) et six mois après (suivi 1).

4.2.4. Source de données

Au moment de chaque évaluation, les adolescentes devaient remplir un questionnaire de nature auto-révélee. Ce questionnaire était constitué de plusieurs sections, dont l'une qui portait sur leurs troubles de comportement. Par exemple, plusieurs questions portaient sur la violence commise envers les autres, la commission de vols, les comportements de prostitution et de danse nue, la consommation d'alcool et de drogues ainsi que la fréquentation de membres de gangs de rue. Pour chacun des temps de mesure, la période de référence ciblait les trois derniers mois.

4.2.4.1 Ampleur des troubles de comportement

L'ampleur des troubles de comportement des adolescentes a été mesurée à l'aide d'un indice composite. Cet indice calcule la fréquence des conduites violentes, des vols, des activités sexuelles à risque, de la consommation de substances et de la fréquentation de membres de gangs. Cet indice était mesuré à l'admission ainsi que six mois plus tard et peut varier de 4 à 25. La moyenne de l'indice des troubles de comportement à l'admission se situe à 7,96 (É.-T. = 2,89) et la moyenne de l'indice des troubles de comportement au suivi 1 se situe à 6,22 (É.-T. = 2,49). L'alpha de Cronbach se chiffre à 0,69 pour l'ampleur des troubles de comportement à l'admission et se chiffre à 0,73 pour l'ampleur des troubles de comportement six mois après le début du traitement. Les échelles qui composent l'indice de l'ampleur des troubles de comportement sont présentées ci-dessous.

Violence physique, verbale et relationnelle. Trois échelles de violence ont été créées à partir d'une adaptation du *Direct and Indirect Aggression Scales* (DIAS;

¹ Voir le questionnaire à l'Annexe I.

Bjorkqvist, Lagerspetz et Osterman, 1992), laquelle a été validée auprès d'un échantillon mixte pris en charge par les centres jeunesse (Pauzé et coll., 2004). L'échelle de violence physique fait référence à des comportements tels que frapper, gifler, griffer et pincer les autres. L'échelle de violence verbale fait plutôt référence à l'utilisation d'insultes, de menaces, ou encore crier envers les autres. L'échelle de violence relationnelle fait référence aux comportements tels que provoquer le rejet, médire ainsi que répandre des rumeurs. Pour chacune des échelles de violence, les choix de réponse variaient de *1-Jamais* à *5-Très souvent*. D'un temps de mesure à l'autre, l'alpha de Cronbach variait de 0,81 à 0,88 pour l'échelle de violence physique, de 0,85 à 0,92 pour l'échelle de violence verbale et de 0,82 à 0,91 pour l'échelle de violence relationnelle.

Vols. Cette échelle est composée de six items se rapportant aux vols (vols à l'étalage, vols de moins de 10\$, vols entre 10\$ et 100\$, vols de plus de 100\$, le recel ainsi que les introductions par effraction) au cours des six derniers mois. Ces items proviennent du manuel sur l'adaptation sociale et personnelle des adolescents québécois (MASPAQ; Le Blanc, 1996). Les choix de réponses variaient de *1-Jamais* à *5-Très souvent* et l'alpha de Cronbach pour cette échelle variait de 0,82 à 0,87 du pré-test au suivi 1.

Prostitution et danse nue. Cette dimension a été mesurée à l'aide de six items se rapportant à la sollicitation à des fins de prostitution (se faire offrir des cadeaux, de l'argent, de la drogue ou des promesses en échange de faveurs sexuelles) ainsi que deux items se rapportant à la danse nue (danser nue dans un bar ou dans une fête privée) au cours des trois derniers mois. Les choix de réponse pour cette échelle variaient de *1-Jamais* à *5-Très souvent*. L'alpha de Cronbach pour cette échelle variait de 0,82 à 0,86 du pré-test au suivi 1.

La consommation d'alcool et de drogues. Le questionnaire DEP-ADO (version 3.1) vise à mesurer la fréquence de consommation de diverses substances auprès des adolescentes (Germain, Guyon, Landry, Tremblay, Brunelle et Bergeron, 2005). Le

questionnaire a été adapté pour évaluer la consommation de substances au cours des trois derniers mois, ceci en raison du devis de recherche. Cette échelle est composée de huit items tels que la consommation d'alcool, de cannabis, de cocaïne, de colle/solvant, d'hallucinogènes, d'héroïne, d'amphétamines, ou autres médicaments pris sans prescriptions. Les choix de réponse pour mesurer la fréquence de consommation de substances des adolescentes varient de *1-Pas consommé à 6-Tous les jours*. L'alpha de Cronbach pour cette échelle variait de 0,76 à 0,81 du pré-test au suivi 1.

Fréquentation de membres de gangs de rue. Pour mesurer cette dimension, la fréquence à laquelle les adolescentes ont fréquenté des membres de gangs de rue a été utilisée. Les choix de réponses pour cette question variaient de *1-Jamais à 5-Très souvent*.

4.2.4.2 Degré d'exposition au programme cognitif-comportemental

Le degré d'exposition au programme cognitif-comportemental fait référence au nombre d'activités du volet individuel et du volet de groupe qui ont été complétées par les adolescentes hébergées au CJM-IU lors des six premiers mois du placement. Dans le contexte d'évaluation du programme cognitif-comportemental, le degré d'exposition aux activités a été pris en note par les éducateurs afin de mieux situer les effets du programme sur les troubles de comportement des adolescentes (Lanctôt, 2010; 2012). Une grille de codification était compilée chaque semaine par l'équipe d'éducateurs au sein de chaque unité d'hébergement. Pour chacune des adolescentes qui participaient à l'étude évaluative, cette grille précisait les activités du programme qui avaient été complétées au cours de la semaine.

Application du contrat comportemental. Au cours de leur placement, les adolescentes devaient avoir un contrat comportemental actif en tout temps. De plus, le contrat comportemental devait être mis en pratique à la fréquence stipulée (généralement trois fois par semaine). L'application du contrat comportemental

renvoie au nombre de jours où un contrat comportemental était actif, en pondérant selon son degré de mise en pratique (contrat mis en pratique 0%, 25%, 50% 75% ou 100% du temps prévu). Le nombre de jours attendus pour lequel un contrat devait être actif a été fixé à 150 jours dans le contexte de la présente recherche. Ce nombre de jours équivaut aux six mois de placement (180 jours) moins 30 jours pendant lesquels les adolescentes étaient en période d'évaluation. Cette évaluation permettait ensuite de définir le premier contrat comportemental.

Le nombre d'auto-observations complétées. Les adolescentes devaient aussi compléter au moins quatre auto-observations par semaine pendant la durée du placement. Le nombre d'auto-observations à compléter a été fixé à 96, ce qui équivaut à six mois de placement (24 semaines). Le nombre d'auto-observations a donc été mesuré comme étant le nombre d'auto-observations complétées au cours de la période à l'étude.

Indice d'exposition aux activités du volet de groupe. Le nombre de séances complétées pour les activités du volet de groupe a été calculé en faisant la somme du nombre de séances complétées pour les activités de la régulation de la colère, de la gestion du stress, de la résolution de problèmes et des habiletés de communication pour la durée du placement des adolescentes.

4.2.4.3 L'effet de modération du degré d'exposition au programme sur la relation entre l'ampleur des troubles de comportement à l'admission et l'ampleur des troubles de comportement six mois plus tard

Une variable a été créée pour mesurer l'effet de modération entre l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes à l'admission au CJM-IU et l'ampleur des troubles de comportement qu'elles présentent, six mois après le début du placement. Une variable interaction a été créée pour chacun des indicateurs du degré d'exposition mentionnés plus haut. L'interaction a été mesurée en faisant la multiplication de l'indice des troubles de comportement des adolescentes à l'admission et 1) l'application du contrat comportemental, 2) le nombre d'auto-

observations complétées et 3) l'indice d'exposition aux activités du volet de groupe. L'indice de l'ampleur des troubles de comportement à l'admission ainsi que toutes les variables concernant le degré d'exposition (application du contrat comportemental pondéré, nombre d'auto-observations complétées et l'indice d'exposition aux activités de groupe) ont été standardisés (score Z) avant d'être multipliés.

4.2.5 Analyses des données

Dans un premier temps, afin de décrire le degré d'exposition aux activités du programme cognitif-comportemental auxquelles les adolescentes ont participé au cours de leur placement au CJM-IU, des analyses descriptives ont été effectuées selon la participation au volet individuel ainsi qu'au volet de groupe.

Ensuite, des tests de corrélation ont été réalisés afin de déterminer si l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes à l'admission au CJM-IU était associée au degré d'exposition au programme cognitif-comportemental, soit 1) l'application du contrat comportemental, 2) le nombre d'auto-observations complétées ainsi que 3) l'indice d'exposition aux activités du volet de groupe.

Il était aussi question d'évaluer si le degré d'exposition au programme, soit 1) l'application du contrat comportemental, 2) le nombre d'auto-observations complétées ainsi que 3) l'indice d'exposition aux activités du volet de groupe pouvaient prédire l'ampleur des troubles de comportement six mois après l'admission des adolescentes au CJM-IU. Pour ce faire, une analyse de régression linéaire multiple a été effectuée en contrôlant pour l'âge des adolescentes et pour l'ampleur des troubles de comportement à l'admission au CJM-IU.

Finalement, une analyse de régression linéaire multiple a aussi été effectuée pour identifier l'effet modérateur du degré d'exposition au programme sur la relation entre l'ampleur des troubles de comportement à l'admission et l'ampleur des troubles de comportement rapportés six mois plus tard. Le degré d'exposition au

programme, soit 1) l'application du contrat comportemental, 2) le nombre d'auto-observations complétées ainsi que 3) l'indice d'exposition aux activités du volet de groupe a été inclus dans le modèle, en plus de l'âge des adolescentes et de l'ampleur des troubles de comportements qu'elles présentaient à l'admission au CJM-IU. Les variables incluses dans la régression linéaire multiple ont été standardisées (score Z). La procédure proposée par Holmbeck (2002) a ensuite été utilisée pour décomposer les interactions qui se sont avérées significatives.

Toutes les analyses statistiques ont été effectuées à partir du logiciel informatique *Statistical Package for the Social Sciences* (version 20.0). Puisque l'âge des adolescentes, l'ampleur des troubles de comportement à l'admission, l'ampleur des troubles de comportement six mois après l'admission, l'application du contrat comportemental, le nombre d'auto-observations et le nombre de séances aux activités de groupe étaient distribués plutôt normalement, aucune transformation n'a été effectuée pour améliorer la distribution des variables.

5. RÉSULTATS

Cette section présente les résultats des analyses statistiques qui ont été menées pour répondre aux objectifs de ce mémoire. La première section détaille les activités du volet individuel et du volet de groupe qui ont été complétées par les adolescentes au cours des six premiers mois d'hébergement au CJM-IU. La section suivante présente les résultats des tests de corrélations effectués afin d'identifier si l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes à l'admission était associée au degré d'exposition au programme pendant la période couverte par l'étude. La troisième section présente les résultats de la relation entre le degré d'exposition au programme cognitif-comportemental et l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes, six mois après leur admission au CJM-IU. Finalement la dernière section présente les résultats des analyses qui visaient à déterminer l'effet de modération du degré d'exposition au programme sur la relation entre l'ampleur des troubles de comportement à l'admission et l'ampleur des troubles de comportement rapportés six mois après le début du placement.

5.1 Degré d'exposition aux activités du programme cognitif-comportemental

Pendant la durée de leur hébergement, les adolescentes devaient participer aux activités du volet individuel du programme cognitif-comportemental. Ainsi, un contrat comportemental devait être actif durant la totalité du placement des adolescentes (150 jours) en plus de pondérer selon le degré de mise en pratique du contrat (0%, 25%, 50% 75% ou 100% du temps prévu)². Celles-ci devaient aussi remplir des auto-observations au moins quatre fois par semaine, soit un total de 96 auto-observations au cours des six mois de leur placement³. Le tableau I présente le

² Par exemple, si le contrat comportemental d'une adolescente a été appliqué pendant 120 jours durant 75% du temps, on obtient un pourcentage d'application de 90% ($120 \text{ jours} \times 0,75$). Le contrat comportemental de cette adolescente était donc appliqué à 90% du temps.

³ Par exemple, une adolescente qui a complété 65 auto-observations pendant les six premiers mois de son placement obtiendrait un pourcentage d'application de 68% ($65 \text{ auto-observations complétées} / 96 \text{ auto-observations prévues}$).

nombre d'activités individuelles complétées pour l'ensemble des adolescentes pendant les six premiers mois du placement. Les résultats sont présentés en fonction du degré d'exposition tel qu'attendu dans le manuel d'accompagnement du programme et du degré d'exposition observé dans le contexte d'intervention du CJM-IU.

Tableau I. Nombre d'activités complétées pour le volet individuel du programme cognitif-comportemental au cours des six premiers mois du programme

Activités du volet individuel	Nombre d'activités du volet individuel complétées		
	Valeur attendue	Valeur observée Moyenne (É.-T.)	Pourcentage (%)
Application du contrat comportemental (jours)	150	98,87 (39,88)	65,9%
Nb. Auto-observations	96	94,61 (30,92)	98,6%

Le programme cognitif-comportemental implanté dans les unités d'hébergement du CJM-IU prévoyait que toutes les adolescentes soient exposées de façon uniforme aux activités afin de diminuer les troubles de comportement. Bien que le programme était prévu de cette façon, les résultats du tableau I révèlent que certaines activités ont plutôt été appliquées de façon partielle. En ce qui concerne le volet individuel du programme, le contrat comportemental a été appliqué, en moyenne, pendant un peu plus de la moitié de la durée du placement. En effet, le nombre moyen de jours où un contrat comportemental était actif se chiffre à 98,87 (É.-T.= 39,88). Autrement dit, le nombre de jours où un contrat comportemental était actif s'est avéré plutôt en dessous du degré d'exposition tel que recommandé par le manuel d'accompagnement puisque celui-ci a été appliqué à 65,9% (valeur observée/valeur attendue). Les résultats indiquent aussi que les adolescentes ont complété en moyenne 94,61 (É.-T.= 30,92) auto-observations pendant la période de six mois couverte par l'étude évaluative. Bien que ce résultat se rapproche des quatre auto-

observations par semaine qui devaient être complétées, ceci s'avère légèrement en-dessous de ce qui était recommandé puisque l'activité a été appliquée à 98,6 % (valeur observée/valeur attendue).

Pendant la durée de leur placement, les adolescentes devaient aussi participer aux activités du volet de groupe du programme cognitif-comportemental. Dans le cadre de cette programmation, les adolescentes devaient participer aux activités de régulation de la colère, de la gestion du stress, de la résolution de problèmes et d'habiletés de communication. Celles-ci devaient compléter 15 séances pour chacune des quatre activités du volet de groupe du programme pour un total de 60 séances, et ce, pendant la totalité de leur hébergement. Le tableau II présente le degré d'exposition aux activités de groupe prévues dans la programmation du CJM-IU. Les résultats ont été regroupés selon le nombre de séances complétées pour chacune des activités de groupe au cours de la période d'évaluation. Le nombre total de séances pour l'ensemble des quatre activités de groupe du programme est aussi inclus dans le tableau II.

Tableau II. Nombre d'activités complétées pour le volet de groupe du programme cognitif-comportemental au cours des six premiers mois du programme (n = 74)

Activités du volet de groupe	Nombre d'adolescentes qui ont complété les séances des activités de groupe					
	Valeur attendue	Moyenne (É.-T.)	0 séance	1 à 4 séances	5 à 9 séances	10 et + séances
Régulation de la colère	15	4,88 (4,26)	23 (31,1%)	14 (18,9%)	23 (31,1%)	14 (18,9%)
Gestion du stress	15	4,26 (4,29)	30 (40,5%)	11 (14,9%)	25 (33,8%)	8 (10,8%)
Résolution de problèmes	15	7,84 (7,21)	18 (24,3%)	12 (16,2%)	19 (25,7%)	25 (33,8%)
Habiletés de communication	15	6,99 (5,56)	14 (18,9%)	11 (14,9%)	25 (33,8%)	24 (32,4%)
Total	60	23,96 (10,78)	2 (2,7%)	1 (1,4%)	4 (5,4%)	67 (90,5%)

Tout comme pour les activités du volet individuel, les adolescentes devaient participer de façon uniforme aux activités du volet de groupe du programme cognitif-comportemental. Bien que les adolescentes devaient compléter les quatre activités du volet de groupe du programme cognitif-comportemental pendant la durée de leur hébergement, les résultats du tableau II indiquent que le degré d'exposition s'est avéré incomplet pour la plupart d'entre-elles. En outre, il était attendu que les adolescentes complètent 60 séances pour l'ensemble des quatre activités pendant la durée de leur hébergement. Malgré ce qui était prévu dans la programmation du CJM-IU, celles-ci ont participé en moyenne à 23,96 séances (É.-T.= 10,78).

De plus, les adolescentes ont participé davantage à certaines activités plutôt qu'à d'autres. Par exemple, elles ont été exposées en moyenne à 4,88 (É.-T.= 4,26) séances de régulation de la colère et à 4,26 (É.-T.= 4,29) séances de gestion du stress alors qu'elles ont participé en moyenne à 7,84 (É.-T.= 7,21) séances de résolution de problèmes ainsi qu'à 6,99 (É.-T.= 5,56) séances d'habiletés de communication. Il est important de noter que, dans le cadre de la programmation de groupe, les adolescentes débutaient généralement par l'activité d'habiletés de communication, ce qui pourrait expliquer pourquoi elles ont été davantage exposées à cette activité plutôt qu'aux autres activités du programme.

Les résultats du tableau II indiquent aussi que plusieurs adolescentes n'ont jamais participé à certaines activités du volet de groupe du programme cognitif-comportemental au cours des six mois où elles étaient hébergées. Par exemple, 31,1% adolescentes n'ont jamais participé à l'activité de régulation de la colère, 40,5% n'ont jamais participé à l'activité de gestion du stress, 24,3% n'ont jamais participé à l'activité de résolution de problèmes et 18,9% n'ont jamais participé à l'activité d'habiletés de communication. Au total, ce sont 2,7% des adolescentes qui n'ont jamais participé aux séances du volet de groupe du programme cognitif comportemental.

Bien que certaines adolescentes n'aient jamais été exposées aux activités prévues dans le volet de groupe du programme, d'autres ont plutôt complété moins du 1/3 des séances prévues par activité pendant la durée de leur hébergement, ce qui correspond au nombre de 1 à 4 séances par activité. Selon les résultats du tableau II, il est possible

d'observer que 18,9% ont complété de 1 à 4 séances pour l'activité de régulation de la colère, 14,9% pour l'activité de gestion du stress, 16,2% pour l'activité de résolution de problèmes ainsi que 14,9% pour l'activité d'habiletés de communication. Au total, 1,4% des adolescentes ont complété de 1 à 4 séances prévues dans le volet de groupe du programme, toutes activités confondues. D'autres adolescentes ont plutôt complété entre 5 à 9 séances des activités. Parmi l'ensemble des adolescentes, ce sont donc 31,1% qui ont complété de 5 à 9 séances pour l'activité de régulation de la colère, 33,8 % pour l'activité de gestion du stress, 25,7% pour l'activité de résolution de problèmes ainsi que 33,8% pour l'activité d'habiletés de communication. Au total, 5,4% des adolescentes ont complété de 5 à 9 séances pour l'ensemble des activités du volet de groupe confondues.

Enfin, certaines adolescentes ont été exposées à plus du 2/3 des séances pour chacune des activités du volet de groupe. Par exemple, les résultats indiquent que 18,9% des adolescentes ont complété un nombre de séances relativement satisfaisant pour l'activité de régulation de la colère, 10,8% pour l'activité de gestion du stress, 33,8% pour l'activité de résolution de problèmes et 32,4% pour l'activité d'habiletés de communication. Il est possible de noter que 90,5% des adolescentes ont entamé au moins 10 séances et plus pour toutes les activités confondues prévues dans le volet de groupe du programme. Les adolescentes complètent ainsi un plus grand nombre de séances pour les activités de résolution de problèmes et d'habiletés de communication que pour les autres activités du volet de groupe. Ces résultats demeurent toutefois bien en deçà de ce qui était prescrit initialement dans la programmation du CJM-IU.

5.2 Force d'association entre l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes à l'admission et le degré d'exposition au programme cognitif-comportemental six mois après l'admission

Afin de déterminer si l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes à l'admission au CJM-IU⁴ était associée au degré d'exposition subséquent au programme, des tests de corrélation ont été effectués. L'âge des adolescentes à l'admission au CJM-IU a été considéré. Les résultats sont présentés dans le tableau III en fonction de l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes à l'admission et du nombre d'activités du volet individuel et du volet de groupe qui ont été complétées pendant la durée du placement.

Tableau III. Force d'association entre l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes à l'admission et le nombre d'activités du programme cognitif-comportemental complétées au cours du placement

	Degré d'exposition au programme cognitif-comportemental		
	Application du contrat comportemental	Nb. Auto-observations	Nb. Séances de groupe
Ampleur des troubles de comportement à l'admission	-0,20	0,01	-0,21 [†]
Âge	-0,25 [*]	-0,07	-0,33 ^{**}
n	66	74	74

† = p<0,10; * = p<0,05; ** = p<0,01; *** = p<0,001

Les résultats des tests de corrélations présentés dans le tableau III révèlent que l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes à l'admission n'est pas associée significativement au degré d'exposition aux activités du volet individuel. En effet, ni l'application du contrat comportemental ($r = -0,20$; $p > 0,05$), ni le nombre

⁴ Rappelons que l'ampleur des troubles de comportement fait référence à la somme de la fréquence des conduites violentes, des vols, des activités sexuelles à risque, de la consommation de substances et de la fréquentation de membres de gangs. Cet indice était mesuré à l'admission ainsi que six mois plus tard et varie de 4 à 25.

d'auto-observations complétées ($r = 0,01$; $p > 0,05$) ne sont associées à l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes au moment de leur admission dans l'unité d'hébergement du CJM-IU. Bien que la relation soit marginalement significative, l'ampleur des troubles de comportement à l'admission est associée négativement au nombre de séances complétées pour les activités du volet de groupe ($r = -0,21$; $p < 0,10$). Par ailleurs, il semble que l'âge des adolescentes à l'admission soit associé négativement au degré d'exposition au programme cognitif-comportemental puisque les adolescentes les plus âgées sont exposées de façon significativement moins élevée au contrat comportemental ($r = -0,25$; $p < 0,05$) ainsi qu'au nombre de séances complétées pour les activités du volet de groupe ($r = -0,33$; $p < 0,01$).

De façon générale, les résultats indiquent que l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes à l'admission au CJM-IU n'est pas associée au degré d'exposition du volet individuel et que plus l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes à l'admission est marquée, moins celles-ci ont tendance à être exposées aux activités du volet de groupe du programme cognitif-comportemental.

5.3 Degré d'exposition au programme et ampleur des troubles de comportement des adolescentes, six mois après l'admission au CJM-IU

Afin d'évaluer si le degré d'exposition au programme cognitif-comportemental prédit l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes six mois après leur admission au CJM-IU, une analyse de régression linéaire multiple a été effectuée à partir de l'application du contrat comportemental, du nombre d'auto-observations complétées et du nombre de séances de groupe effectuées, tout en contrôlant pour les troubles de comportement ainsi que l'âge à l'admission.

Tableau IV. Effet du degré d'exposition au programme sur l'ampleur des troubles de comportement six mois après l'admission des adolescentes (n = 74)

	Ampleur des troubles de comportement (suivi 1)		
	b	Beta	p
Ampleur des troubles de comportement (admission)	0,543	0,570	0,000
Application du contrat comportemental	0,008	0,127	0,291
Nb. Auto-observations	-0,010	-0,126	0,259
Nb. Séances de groupe	0,005	0,018	0,881
Âge	0,190	0,085	0,465
F	5,613		
R ²	0,338***		

* = p<0,05; ** = p<0,01; *** = p<0,001

À la lumière des résultats présentés au tableau IV, il est possible de constater que le modèle prédit l'ampleur des troubles de comportement six mois après l'admission des adolescentes au CJM-IU (F = 5,613; p<0,001). L'ensemble des prédicteurs inclus dans le modèle explique à 33,8% l'ampleur des troubles de comportement six mois après l'admission des adolescentes dans l'unité d'hébergement.

Malgré que le modèle explique 33,8% de l'ampleur des troubles de comportement six mois après l'admission des adolescentes au CJM-IU, le degré d'exposition au programme n'a aucun effet significatif sur l'ampleur des troubles de comportement rapportés six mois après le début du programme. Les résultats suggèrent que le degré d'exposition aux différentes activités du volet individuel et du volet de groupe du programme cognitif-comportemental n'est pas associé à l'ampleur des troubles de comportement six mois après l'admission des adolescentes au CJM-IU. En effet, ni l'application du contrat comportemental (Beta = 0,127; p>0,05), ni le nombre d'auto-observations complétées (Beta = -0,126; p>0,05), ni le nombre de séances pour les activités du volet de groupe (Beta = 0,018; p>0,05) ne sont associés statistiquement à l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes au moment du suivi 1.

Il est toutefois possible d'observer que l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes à l'admission prédit l'ampleur des troubles de comportement des

adolescentes six mois après leur placement au CJM-IU (Beta = 0,570; $p < 0,001$). C'est donc dire que plus l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes est élevée à l'admission, plus l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes sera élevée six mois après leur admission au CJM-IU.

5.4 Effet de modération du degré d'exposition au programme sur la relation entre l'ampleur des troubles de comportement à l'admission et l'ampleur des troubles de comportement rapportés six mois après le début du placement

En regard aux principes d'intervention efficace (Andrews et al., 1990) qui soutiennent que le degré d'exposition doit être adapté aux caractéristiques de la clientèle pour générer des résultats efficaces, une analyse de régression linéaire multiple a été effectuée. Cette analyse a été effectuée afin de déterminer l'effet de modération du degré d'exposition au programme sur la relation entre l'ampleur des troubles de comportement à l'admission et l'ampleur des troubles de comportement rapportés six mois après le début du placement⁵. Les analyses contrôlent statistiquement l'âge des adolescentes. Les résultats sont présentés dans le tableau V.

⁵ Toutes les variables ont été standardisées (score Z) avant d'être incluses dans le modèle de régression multiple.

Tableau V. Effet de modulation du degré d'exposition au programme sur la relation entre l'ampleur des troubles de comportement à l'admission et l'ampleur des troubles de comportement rapportés six mois après le début du placement (n = 74)

	Ampleur des troubles de comportement (suivi 1)		
	b	Beta	p
Ampleur des troubles de comportement (admission)	0,702	0,637	0,000
Application du contrat comportemental	0,138	0,136	0,235
Nb. Auto-observations	-0,322	-0,313	0,019
Nb. Séances de groupe	-0,013	-0,012	0,919
Interaction TC1*Contrat comportemental	0,073	0,071	0,556
Interaction TC1*auto-observations	-0,368	-0,321	0,019
Interaction TC1*nb. séances de groupe	0,209	0,170	0,150
Âge	0,041	0,035	0,751
F	5,280		
R ²	0,448***		

* = p<0,05; ** = p<0,01; *** = p<0,001

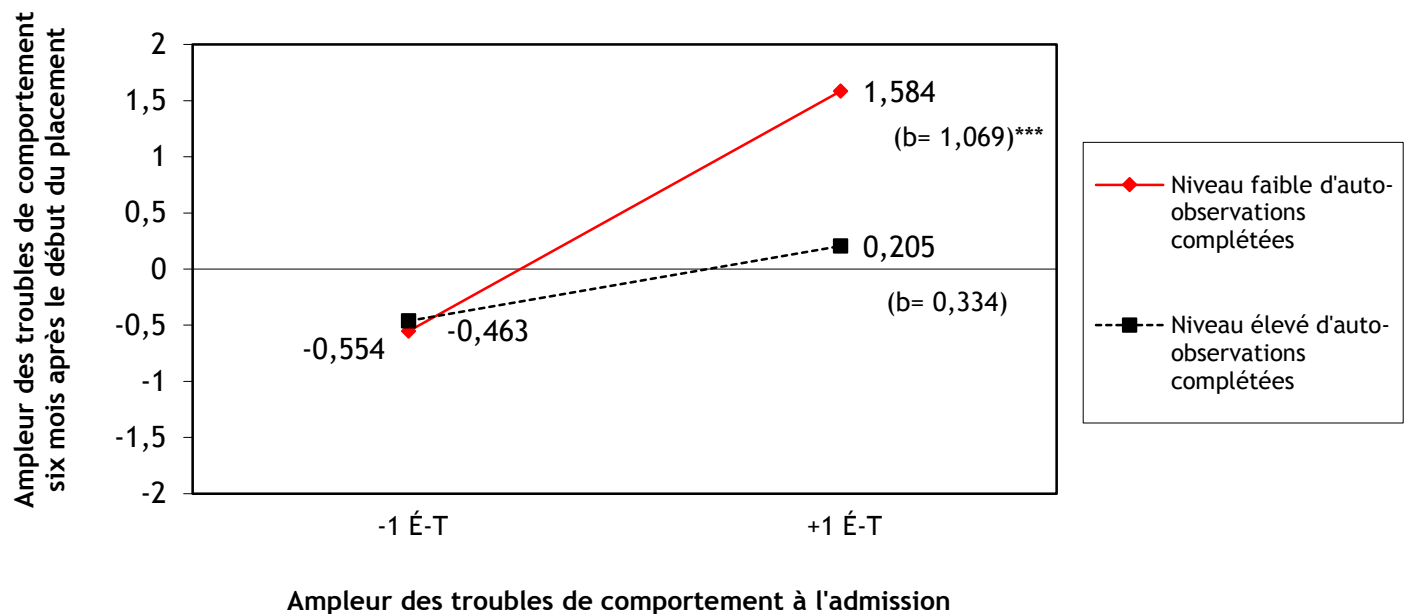
Les résultats du tableau V révèlent que le modèle prédit bel et bien l'ampleur des troubles de comportement six mois après l'admission des adolescentes au CJM-IU (F = 5,280; p<0,001). L'ensemble des variables incluses dans le modèle prédisent à 44,8% l'ampleur des troubles de comportement six mois après l'admission des adolescentes. Bien que les analyses précédentes (tableau IV) indiquaient que l'application du contrat comportemental, le nombre d'auto-observations complétées et le nombre de séances complétées pour les activités du volet de groupe ne s'avéraient pas associés à l'ampleur des troubles de comportement six mois plus tard, les résultats présentés dans le tableau V diffèrent. Plus précisément, lorsque l'effet de modulation entre les variables du degré d'exposition et de l'ampleur des troubles de comportement à l'admission est prise en compte, les résultats ne sont plus les mêmes.

Lorsque la contribution unique de l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes à l'admission est prise en compte, celle-ci prédit l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes six mois après leur admission dans les unités d'hébergement (Beta = 0,637; p<0,001). Les adolescentes qui présentent une ampleur des troubles de comportement plus marquée à l'admission se démarqueront aussi par une ampleur des troubles de comportement plus marquée, six mois après le début de

leur placement. Dans le même ordre d'idées, lorsque la contribution unique du nombre d'auto-observations complétées est prise en compte, celui-ci prédit aussi l'ampleur des troubles de comportements, six mois après l'admission au CJM-IU (Beta = -0,313; $p < 0,05$). Ceci signifie que plus les adolescentes rapportent avoir complété un nombre élevé d'auto-observations pendant leur séjour au CJM-IU, moins celles-ci rapportent de troubles de comportement six mois après leur admission. Les résultats révèlent aussi que l'effet modérateur du nombre d'auto-observations complétées sur l'ampleur des troubles de comportement rapportés à l'admission prédit de façon significative l'ampleur des troubles de comportement six mois après le début du traitement (Beta = -0,321; $p < 0,05$). Selon la procédure proposée par Holmbeck (2002), il était important de décomposer l'effet de modulation du nombre d'auto-observations complétées pour identifier si l'ampleur des troubles de comportement à l'admission pouvait toujours prédire l'ampleur des troubles de comportement six mois plus tard selon des niveaux faible et élevé d'auto-observations complétées.

Le graphique ci-dessous présente la relation entre les scores standardisés de l'ampleur des troubles de comportement à l'admission et de l'ampleur des troubles de comportement six mois après l'admission au CJM-IU pour des niveaux faible et élevé du nombre d'auto-observations complétées par les adolescentes.

Graphique I. Décomposition de la relation entre l'ampleur des troubles de comportement à l'admission et l'ampleur des troubles de comportement six mois plus tard en fonction du nombre d'auto-observations complétées⁶



*** = $p < 0,001$
 É-T = Écart-Type
 b = Coefficient de régression non-standardisé

Afin d'interpréter la nature de l'interaction, trois niveaux du nombre d'auto-observations complétées ont été examinés, soit à un niveau faible (un écart-type en-dessous de la moyenne), un niveau moyen (lorsque la moyenne se situe à 0) et un à un niveau élevé (un écart-type au-dessus de la moyenne). Le coefficient de régression associé à l'ampleur des troubles de comportement à l'admission lorsque le nombre d'auto-observations complétées se situe à la moyenne est présenté dans le tableau V (b

⁶ Voir Annexe II pour les tableaux de régression linéaire multiple lorsque le nombre d'auto-observations est complété à un niveau faible (tableau I) et lorsque le nombre d'auto-observations est complété à un niveau élevé (tableau II).

= 0,702; $p < 0,001$). Les résultats présentés dans le graphique I révèlent que lorsque le nombre d'auto-observations est complété à un niveau faible (un écart-type en-dessous de la moyenne), l'ampleur élevée des troubles de comportement à l'admission s'avère associée à l'ampleur élevée des troubles de comportement six mois plus tard ($b = 1,069$; $p < 0,05$). Les résultats indiquent aussi que lorsque les adolescentes ont complété un nombre élevé d'auto-observations (un écart-type au-dessus de la moyenne), l'ampleur des troubles de comportement à l'admission n'est pas associée significativement à l'ampleur des troubles de comportement six mois plus tard ($b = 0,334$; n.s.). Ainsi, parmi les adolescentes qui présentaient le plus de troubles de comportement à l'admission, celles qui ont complété le moins d'auto-observations sont celles qui étaient caractérisées par une ampleur des troubles de comportement plus élevée six mois plus tard.

Les autres variables du modèle présenté dans le tableau V ne se sont pas avérées significativement associées à la variable dépendante. En effet, l'application du contrat comportemental ($Beta = 0,136$; $p > 0,05$) et le nombre de séances complétées pour les activités du volet de groupe ($Beta = -0,012$; $p > 0,05$) ne se sont pas avérées associées à l'ampleur des troubles de comportements six mois après le début du placement. Les effets modérateurs de l'application du contrat comportemental ($Beta = 0,071$; $p > 0,05$) et du nombre de séances complétées pour les activités du volet de groupe ($Beta = 0,170$; $p > 0,05$) ne se sont pas non plus avérés associés à la relation entre l'ampleur des troubles de comportement à l'admission et l'ampleur des troubles de comportement rapportés six mois plus tard.

6. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

L'implantation de programmes probants de façon fidèle dans les milieux de pratique peut constituer un défi de taille. Plusieurs études rapportent les difficultés auxquelles peuvent être confrontés les milieux d'intervention lorsqu'un nouveau programme est adopté (Lanctôt et Chouinard, 2006; Rhine, Mawhorr et Parks, 2006; Durlak et DuPre, 2008). Ces difficultés caractérisent plus souvent le contexte de la pratique que celui de la recherche puisque les conditions qui entourent l'implantation des programmes n'y

sont pas toujours optimales (Connor-Smith et Weisz, 2003; Derzon, Sale, Springer et Brounstein, 2005). Contrairement au contexte de la recherche, il est plutôt rare qu'un programme soit répliqué de façon 100% fidèle à ce qui était prévu au départ par les concepteurs en milieu de pratique (Durlak et DuPre, 2008). Ainsi, plusieurs modifications peuvent être effectuées lorsqu'un nouveau programme est adopté en milieu d'intervention, que ce soit pour répondre aux besoins du personnel ou encore pour répondre aux besoins de la clientèle (Connor-Smith et Weisz, 2003). Il s'avère donc important de documenter ainsi que d'évaluer les aspects liés à la fidélité d'implantation lorsque les programmes d'intervention sont évalués. La recherche empirique ne permet pas encore d'identifier sous quelles conditions il serait possible de modifier les programmes qui sont adoptés en contexte de pratique. Certains auteurs proposent toutefois une approche qui pourrait permettre d'adapter les programmes en fonction des caractéristiques de la clientèle, tout en s'assurant de l'efficacité des programmes d'intervention (Andrews et al., 1990).

Le présent mémoire visait à évaluer l'effet du degré d'exposition au programme cognitif-comportemental sur l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes hébergées au CJM-IU, six mois après leur admission dans les unités d'hébergement. Plus précisément, il était question de décrire le degré d'exposition aux activités du programme cognitif-comportemental qui ont été complétées par les 74 adolescentes du groupe de traitement toujours hébergées six mois après leur admission au CJM-IU. Il était par la suite question d'évaluer si l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes lors de leur admission à l'unité d'hébergement était associée au degré d'exposition aux activités du programme. Nous cherchions aussi à déterminer si le degré d'exposition aux activités du programme pouvait prédire l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes, six mois après leur admission à l'unité d'hébergement du CJM-IU. Enfin, nous avons voulu déterminer l'effet de modulation du degré d'exposition au programme sur la relation entre l'ampleur des troubles de comportement à l'admission et l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes, six mois après l'admission au CJM-IU.

6.1 La participation au programme cognitif-comportemental

Le programme cognitif-comportemental a été implanté au CJM-IU à la fin des années 1990 afin d'agir sur les problématiques que présentent les adolescentes admises dans les unités d'hébergement. Plusieurs activités individuelles et de groupe ont alors été mises en place au CJM-IU pour diminuer la fréquence des attitudes et des comportements antisociaux ainsi qu'augmenter la fréquence des attitudes et des comportements prosociaux de la clientèle. Tel que le programme cognitif-comportemental le prévoyait, toutes les adolescentes devaient participer de façon équivalente aux activités pendant la durée de leur placement. Ainsi, les adolescentes devaient avoir un contrat comportemental actif pendant toute la durée de leur placement, devaient compléter quatre auto-observations par semaine et devait avoir participé aux 15 séances prévues pour chacune des activités du volet de groupe (Le Blanc et al., 1998).

Malgré les indications prescrites par les concepteurs du programme, les résultats des analyses descriptives menées dans le cadre de ce mémoire indiquent que les activités du programme cognitif-comportemental n'ont pas été appliquées avec régularité. En ce qui concerne le volet individuel, l'application du contrat comportemental semble avoir été effectuée en-deçà de la valeur qui était attendue. Il en est de même pour le nombre de séances complétées pour les activités du volet de groupe du programme. En outre, les adolescentes ont participé davantage à certaines activités plutôt que d'autres. Plus précisément, les adolescentes ont complété en moyenne un plus grand nombre de séances pour les activités de résolution de problèmes et d'habiletés de communication. En contrepartie, une moins grande proportion de séances a été complétée pour les activités de régulation de la colère et de gestion du stress. Bien que toutes les adolescentes devaient participer aux activités du programme de façon uniforme, la plupart d'entre-elles n'ont jamais participé à certaines activités du volet de groupe. C'est le cas principalement de l'activité de gestion du stress, où 40,5% des adolescentes n'ont jamais complété une seule séance pour cette activité ainsi que de l'activité de régulation de la colère, où 31,1% des adolescentes n'ont jamais participé à l'activité. Malgré l'implantation plutôt imparfaite du contrat comportemental et des activités du volet de groupe du programme, le nombre d'auto-observations complétées par les

adolescentes s'est avéré assez satisfaisant. En effet, le nombre d'auto-observations complétées par les adolescentes pendant les six premiers mois d'hébergement se rapproche de la valeur qui était prescrite par les concepteurs du programme.

Puisque les auto-observations sont complétées par les adolescentes et qu'elles ne sont discutées qu'une fois par semaine avec leur éducateur, il se pourrait que cette activité soit moins difficile à implanter que les autres activités du programme. En contrepartie, l'application du contrat comportemental nécessite que les intervenants prennent des notes quotidiennement pour vérifier si les comportements des adolescentes respectent l'entente établie, ce qui demande une plus grande implication de leur part. Pour les activités du volet de groupe, il est attendu que les éducateurs aient reçu une formation sur les différentes activités et qu'ils maîtrisent leur contenu avant de les animer. Chaque semaine, l'animation des séances pour chaque activité nécessite de prévoir un espace de temps dans l'horaire des adolescentes. Les activités du volet de groupe nécessitent donc elles aussi davantage d'implication de la part des éducateurs et de l'organisation pour être appliquées de façon régulière.

Dans son ensemble, l'application des activités du programme cognitif-comportemental a été effectuée en deçà de la valeur qui était prescrite dans la programmation du CJM-IU. Ceci rend bien compte des difficultés à répliquer les programmes probants de façon fidèle dans le contexte de la pratique (Lanctôt et Chouinard, 2006; Rhine, Mawhorr et Parks, 2006; Durlak et DuPre, 2008). Tel que le mentionnaient Koerner et ses collègues (2007), certaines difficultés auxquelles font face les milieux de pratique peuvent parfois inciter à modifier les programmes qui sont adoptés. C'est d'ailleurs le constat auquel en était arrivé Ayotte (2006), soulignant que certaines adaptations au programme cognitif-comportemental s'étaient avérées nécessaires en raison des contraintes auxquelles le CJM-IU pouvait être confronté. Bien entendu, lorsque des modifications sont apportées aux programmes d'intervention, il s'avère primordial de les documenter afin d'identifier par la suite si les effets du programme s'en trouvent changés (Dane et Schneider, 1998; Derzon et al., 2005; Durlak et DuPre, 2008).

Afin de favoriser l'application des activités du programme cognitif-comportemental au sein des unités d'hébergement du CJM-IU, certains éducateurs ont déjà mentionné que

des ajustements devaient avoir lieu pour tenir compte des besoins variés des adolescentes et de leur profil hétérogène (âge, problématiques, durée du placement, capacité d'apprentissage) (Ayotte, 2006). Ils soulignaient aussi l'importance de la cohésion des interventions, de l'obtention du support et des conseils des autres membres de l'équipe, de pouvoir consulter les animateurs des autres unités, d'inclure un moment dans les rencontres d'équipe pour discuter du programme, de se familiariser avec le contenu des activités, d'obtenir une formation sur le programme avant de l'appliquer, d'échanger dans un cahier de communication et que de savoir où étaient rendus les autres éducateurs dans leur activité s'avérait nécessaire pour la mise en application du programme de façon plus régulière (Ayotte, 2006). Bien sûr, tous ces ajustements nécessitent le soutien de l'organisation et des membres de la direction du CJM-IU pour s'assurer que l'application du programme s'effectue sans compromettre son efficacité (Mihalic et Irwin, 2003, Lanctôt et Chouinard, 2006, Durlak et DuPre, 2008).

Dans l'éventualité où les activités du programme seraient appliquées de façon plus régulière, il serait attendu que l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes s'en trouve diminuée, six mois après leur admission au CJM-IU. L'étude de Lanctôt (2010) visant à évaluer l'effet du programme cognitif-comportemental sur l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes hébergées au CJM-IU à court terme soutient d'ailleurs cette hypothèse. De fait, les résultats de Lanctôt (2010) indiquent que les 25 adolescentes ayant le plus participé au programme rapportaient s'impliquer de façon moins marquée dans la violence physique, verbale et indirecte que les 82 adolescentes qui avaient moins participé au programme, et ce, trois mois après leur admission⁷. Puisque les effets du programme sur l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes varient en fonction du degré d'exposition aux activités trois mois après le début du placement, il était pertinent de déterminer quels seraient les résultats, six mois après l'admission des adolescentes au CJM-IU.

⁷ Les adolescentes qui ont le plus participé au programme avaient complété des auto-observations au moins 50% du temps, un contrat comportemental était actif dans la plupart des situations prévues et elles avaient entamé au moins deux activités de groupe différentes où leur participation équivalait à au moins six séances pour chaque activité depuis leur admission au CJM-IU.

6.2 La relation entre le profil des adolescentes à l'admission et le degré d'exposition au programme

Bien que toutes les adolescentes n'aient pas participé au programme cognitif-comportemental de façon équivalente, il était important de déterminer si celles qui ont le plus été exposées aux activités du programme étaient celles qui étaient caractérisées par une ampleur des troubles de comportement plus marquée à l'admission. Les principes d'intervention différentielle (Le Blanc et al., 1998) ainsi que les principes d'intervention efficace (Andrews et al., 1990) soulignent l'importance d'adapter l'intervention en fonction du profil de la clientèle pour générer des effets désirés. Nous avons ainsi voulu déterminer si l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes au moment de leur admission au CJM-IU était associée au degré d'exposition aux activités du programme cognitif-comportemental au cours des six premiers mois d'hébergement.

De façon générale, les analyses qui ont été menées dans le cadre de ce mémoire rendent compte du fait que l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes au moment de leur admission n'est pas associée au degré d'exposition au programme cognitif-comportemental. En effet, le profil des adolescentes n'était pas associé de façon significative à l'application du contrat comportemental, ni au nombre d'auto-observations complétées pendant les six premiers mois du placement. Bien que marginalement significative, il semble que la force d'association entre l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes et le nombre de séances complétées pour les activités du volet de groupe soit proportionnellement négative. C'est donc dire que plus l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes est marquée, moins celles-ci auraient tendance à compléter les séances des activités de groupe du programme cognitif-comportemental. Il faudrait donc se questionner à savoir si ces adolescentes seraient moins disposées à participer à des ateliers dans un contexte de groupe.

Il est important de rappeler que l'application du programme devait être équivalente pour l'ensemble des adolescentes admises dans les unités d'hébergement du CJM-IU. Il se pourrait donc que l'évaluation des adolescentes au début de leur placement ne soit

pas un facteur déterminant lorsque vient le moment d'attribuer le degré d'exposition aux activités du programme. L'attribution du degré d'exposition en fonction de l'évaluation des adolescentes au moment de leur admission pourrait toutefois constituer une approche qui permette d'ajuster l'intervention aux caractéristiques de la clientèle. Suivant le principe du risque élaboré par Andrews et ses collègues (1990), les adolescentes dont l'ampleur des troubles de comportement est plus marquée se verraient attribuer un degré d'exposition au programme plus élevé alors que les adolescentes qui présentent une ampleur des troubles de comportement moins marquée se verraient attribuer un degré d'exposition moins élevé. Cette logique d'attribution de l'intervention permettrait d'adapter le programme cognitif-comportemental tout en s'assurant de générer les effets souhaités puisque le principe du risque bénéficie d'un appui empirique important (Bourgon et Armstrong, 2005; Andrews et Dowden, 2006). L'adéquation entre le profil de la clientèle au moment de l'admission dans les unités d'hébergement et le degré d'exposition au programme permettrait de concentrer les efforts auprès des adolescentes qui présentent une ampleur des troubles de comportements plus marquée, tout en s'assurant de ne pas compromettre son efficacité.

6.3 L'effet du degré d'exposition au programme sur l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes six mois après le début du traitement

Pour bien situer les résultats de ce mémoire, il importe de mentionner qu'au cours des dernières années, le programme cognitif-comportemental implanté au CJM-IU a fait l'objet d'une évaluation auprès des adolescentes admises dans les unités d'hébergement (Lanctôt, 2012). L'objectif de cette évaluation était d'identifier les effets du programme sur l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes en comparant un groupe ayant participé au programme et un groupe n'y ayant pas participé. Les résultats montrent que les adolescentes ayant participé au programme rapportent moins de troubles de comportement, fréquentent moins de membres de gangs, consomment moins de cannabis et s'impliquent moins dans les activités de violence verbale et relationnelle que les adolescentes qui n'ont pas participé au programme, et ce, trois mois après leur admission. L'ampleur des troubles de

comportement semblent toutefois s'équivaloir après 18 mois de placement pour toutes les adolescentes, peu importe si elles avaient participé ou non au programme (Lanctôt, 2012). Pour mieux comprendre les effets du programme cognitif-comportemental sur l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes, il était donc important d'identifier l'effet du degré d'exposition aux activités prévues, six mois après leur admission.

C'est selon le principe du risque élaboré par Andrews et al. (1990) que nous avons voulu déterminer l'effet de modération du degré d'exposition au programme sur la relation entre l'ampleur des troubles de comportement à l'admission et l'ampleur des troubles de comportement rapportés six mois après le début du placement. Ainsi, il était important d'identifier si les adolescentes qui avaient le plus activement participé au programme étaient caractérisées par une ampleur des troubles de comportements moins marquée six mois après le début de leur placement. Bien que le degré d'exposition ait été pris en compte dans l'évaluation du programme cognitif-comportemental pour mieux situer les effets du programme (Lanctôt, 2010), celui-ci n'a été évalué que pour les trois premiers mois d'hébergement des adolescentes. Il était donc important d'évaluer l'effet du degré d'exposition à plus long terme, soit six mois après l'admission des adolescentes dans les unités d'hébergement du CJM-IU.

Les résultats des analyses révèlent que le degré d'exposition aux activités du programme cognitif-comportemental n'est pas associé de façon significative à l'ampleur des troubles de comportement six mois après le début du placement des adolescentes. Ce sont plutôt l'ampleur des troubles de comportement à l'admission qui prédisent de façon significative l'ampleur des troubles de comportement six mois après le début du programme cognitif-comportemental. Ainsi, plus l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes était marquée à l'admission, plus l'ampleur des troubles de comportement sera marquée six mois plus tard. Bien que le degré d'exposition au programme cognitif-comportemental ne soit pas associé à l'ampleur des troubles de comportement six mois après l'admission des adolescentes dans les unités d'hébergement, ce résultat va dans le même sens que l'étude de Helmond et al. (2012), soit que le programme EQUIP avait le même effet tant auprès du groupe caractérisé par

un niveau d'implantation plus faible qu'auprès du groupe caractérisé par un niveau d'implantation modéré (Helmond et al., 2012).

Il se pourrait que les adolescentes n'aient pas été exposées à un niveau assez élevé aux activités du programme pour que le degré d'exposition ait un effet significatif sur l'ampleur des troubles de comportement, six mois après leur admission au CJM-IU. En ce sens, Durlak et DuPre (2008) indiquaient que l'implantation d'un programme d'intervention de façon fidèle à 100% est plutôt improbable en contexte de pratique. Ces auteurs mentionnaient aussi que les programmes d'intervention évalués dans les études retenues pour leur méta-analyse auraient des effets positifs auprès de la clientèle lorsque le niveau d'implantation a été effectué à des niveaux atteignant 60% (Durlak et DuPre, 2008). Or, compte tenu que peu d'adolescentes ont participé au programme à un degré élevé, il devient difficile d'identifier si le degré d'exposition au programme cognitif-comportemental a un effet sur l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes six mois après leur admission.

6.4 L'effet de modération du degré d'exposition au programme sur la relation entre l'ampleur des troubles de comportement à l'admission et l'ampleur des troubles de comportement rapportés six mois plus tard

En raison des difficultés à appliquer les activités du programme cognitif-comportemental de façon fidèle dans le contexte du CJM-IU, certaines modifications semblent inévitables. Puisque la recherche empirique ne permet pas encore d'identifier les conditions selon lesquelles il serait possible d'adapter les programmes, les principes d'intervention efficace élaborés par Andrews et ses collègues (1990) apparaissent comme une solution prometteuse qui permettrait d'ajuster les programmes selon les caractéristiques de la clientèle. En regard au principe du risque, l'appariement entre les caractéristiques de la clientèle et le degré d'exposition au programme serait nécessaire pour que l'intervention génère des effets bénéfiques (Andrews et al., 1990). Plusieurs études empiriques soutiennent d'ailleurs ce principe auprès d'une clientèle judiciairisée en contexte de réadaptation ou d'incarcération (Bourgon et Armstrong, 2005; Andrews et Dowden, 2006). Nous avons donc voulu déterminer l'effet de modération du degré d'exposition au programme sur la relation entre l'ampleur des

troubles de comportement à l'admission et l'ampleur des troubles de comportement rapportés six mois après le début du placement. Des variables d'interaction entre l'ampleur des troubles de comportement à l'admission et chacune des activités du programme ont alors été ajoutées au modèle de régression linéaire multiple, en plus de l'ampleur des troubles de comportement à l'admission et des activités du programme cognitif-comportemental.

Plusieurs constats se dégagent des résultats obtenus. D'abord, il est intéressant d'observer que certaines variables prédisent de façon significative l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes, six mois après leur admission au CJM-IU. Plus précisément, l'effet modérateur du nombre d'auto-observations complétées s'est avéré particulièrement fort pour les adolescentes caractérisées par une ampleur des troubles de comportement plus marquée à l'admission. De cette façon, la décomposition de cette interaction montre que parmi les adolescentes qui présentaient le plus de troubles de comportement à l'admission, celles qui ont complété le moins d'auto-observations sont celles qui étaient caractérisées par une ampleur des troubles de comportement plus élevée six mois plus tard. En contrepartie, l'effet modérateur de l'application du contrat comportemental ne s'est pas avéré associé à la relation entre l'ampleur des troubles de comportement à l'admission et l'ampleur des troubles de comportements rapportés six mois plus tard. Il en est de même pour l'effet modérateur du nombre de séances complétées pour les activités de groupe.

Il est important de rappeler que les auto-observations constituent la seule activité du programme cognitif-comportemental implantée à la fréquence attendue initialement, contrairement à l'application du contrat comportemental et des activités du volet de groupe, qui ont été appliqués avec moins de régularité. Il est donc intéressant de constater que l'effet de modération d'une activité, lorsqu'appliquée à la fréquence prévue génère des résultats prometteurs sur l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes, six mois après le début du programme. Toutefois, il se pourrait que les auto-observations constituent un outil individualisé qui réponde de façon plus spécifique aux besoins des adolescentes lorsqu'on les compare aux autres activités du programme. Selon Le Blanc et al. (1998), les auto-observations « sont une excellente façon de responsabiliser l'adolescent puisque celui-ci acquiert la capacité de

reconnaître, de comprendre et de juger les pensées qui sont à l'origine de ses comportements antisociaux » (p.129). Ceci pourrait expliquer ce qui fait que la relation entre l'ampleur des troubles de comportement rapportée à l'admission et celle rapportée six mois plus tard n'est pas significativement associée lorsque le nombre d'auto-observations complétées par les adolescentes est élevé (un écart-type au-dessus de la moyenne).

Ceci dit, si le niveau d'intervention était adapté à l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes au moment de leur admission, il est probable que de meilleurs résultats seraient observables six mois après le début de la participation au programme pour ce qui est de l'application du contrat comportemental et des activités du volet de groupe. C'est d'ailleurs le principe que proposent Andrews et ses collègues (1990) afin de pouvoir ajuster les programmes d'intervention en fonction des caractéristiques que présente la clientèle.

CONCLUSION

Les milieux d'intervention cherchent de plus en plus à adopter des programmes d'intervention qui répondent aux besoins de leur clientèle et dont les effets ont été jugés prometteurs par la recherche empirique. Dès la fin des années 1990, le CJM-IU choisissait ainsi d'implanter le programme cognitif-comportemental dans certaines unités d'hébergement pour répondre aux troubles de comportement sérieux des adolescentes. En raison des difficultés d'implantation auxquelles peuvent être confrontés les milieux d'intervention ainsi que des modifications qui peuvent être effectuées pour assurer l'adoption des programmes en contexte de pratique, ce mémoire visait à évaluer le degré d'exposition au programme cognitif-comportemental sur l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes hébergées au CJM-IU, six mois après leur admission dans les unités d'hébergement. De plus, puisque le débat sur la fidélité d'implantation des programmes d'intervention persiste au fil du temps et que la recherche empirique n'a pas encore identifié les conditions selon lesquelles il serait possible d'adapter les programmes qui sont adoptés en contexte de pratique, nous avons voulu identifier si le principe du risque issu des principes d'intervention efficaces

pouvait s'avérer une alternative viable dans le contexte du CJM-IU. Il était donc question de déterminer l'effet de modération du degré d'exposition au programme sur la relation entre l'ampleur des troubles de comportement à l'admission et l'ampleur des troubles de comportement rapportés six mois après le début du placement.

L'application du programme cognitif-comportemental implanté dans les unités d'hébergements pour adolescentes avait pour objectif initial la participation équivalente pour l'ensemble de la clientèle, peu importe l'ampleur des troubles de comportement à l'admission au CJM-IU. Fort est de constater que le degré d'exposition au programme pendant les six premiers mois du placement est loin d'être optimal. En effet, l'application du contrat comportemental a été effectuée à 65,9%, soit bien en deçà de ce qui avait été prévu initialement. Il en est de même en ce qui concerne la participation aux activités de groupe, puisqu'environ le tiers (31,1%) des adolescentes n'a jamais participé à l'activité de régulation de la colère et presque la moitié (40,5%) d'entre elles n'a jamais participé à l'activité de gestion du stress. Bien que les activités de résolution de problèmes et d'habiletés de communication aient été appliquées de façon plus régulière, le degré d'exposition pour ces activités reste encore bien imparfait comparativement à ce qui était prévu dans la programmation du CJM-IU. Ces résultats témoignent des difficultés réelles d'implantation auxquelles les milieux d'intervention font face lorsqu'ils adoptent un nouveau programme. Malgré cette réalité, il est important de noter que le nombre d'auto-observations complétées a été effectué de façon satisfaisante, puisque l'activité a été appliquée à 98,6 %, surpassant ainsi les objectifs du programme.

Le débat sur la fidélité d'implantation soulève encore plusieurs questions au sujet de la modification des programmes et de l'effet qu'une telle approche peut occasionner sur leur efficacité. Même si l'ensemble du programme cognitif-comportemental implanté dans les unités d'hébergement pour adolescentes n'a pas été appliqué de façon intégrée, plusieurs constats se dégagent des analyses du présent mémoire. D'abord, le nombre d'auto-observations constitue la seule activité du programme associée à une ampleur des troubles de comportement moins marquée six mois après l'admission des adolescentes au CJM-IU, soit l'activité implantée à la fréquence prévue initialement. Il se pourrait donc que les autres activités du programme n'aient pas été appliquées à un

niveau assez élevé pour engendrer un effet significatif sur l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes, six mois après le début du traitement. Un certain niveau d'implantation serait donc nécessaire pour que le programme engendre une diminution des troubles de comportement auprès des adolescentes hébergées au CJM-IU.

Les résultats de cette recherche permettent aussi de constater que le nombre d'auto-observations complétées a un effet de modération sur la relation entre l'ampleur des troubles de comportement à l'admission et l'ampleur des troubles de comportement rapportés six mois après le début du placement. Les adolescentes qui présentaient le plus de troubles de comportement à l'admission et qui ont complété le moins d'auto-observations pendant leur placement sont celles qui étaient caractérisées par une ampleur des troubles de comportement plus élevée six mois plus tard. Compte-tenu des contraintes liées à l'implantation des activités du programme cognitif-comportemental dans le contexte du CJM-IU, il ne s'avère pas réaliste d'appliquer le programme de façon uniforme et ceci, particulièrement à la fréquence qui était prévue initialement pour l'ensemble de la clientèle. Les résultats de ce mémoire suggèrent que plutôt que d'attribuer un degré d'exposition équivalent pour l'ensemble de la clientèle, il serait bénéfique d'évaluer dans un premier temps les adolescentes à leur admission au CJM-IU, pour ensuite leur attribuer un degré d'exposition apparié à l'ampleur des troubles de comportement qu'elles présentent au moment de leur admission dans les unités d'hébergement. Ceci permettrait d'ajuster le programme en fonction des caractéristiques des adolescentes en difficulté, tout en s'assurant de ne pas compromettre l'efficacité du programme cognitif-comportemental.

Malgré la pertinence de la présente recherche, il importe de soulever quelques limites afin de mieux situer la portée des résultats. Bien que le degré d'exposition au programme ait été pris en note par les intervenants dans chacune des unités d'hébergement, il est possible que les adolescentes aient été sensibilisées aux principes du programme cognitif-comportemental, en dehors des activités du volet individuel et du volet de groupe du programme. Par exemple, dans les aires communes, les adolescentes peuvent être encouragées pour leurs attitudes ou comportements prosociaux ainsi que réprimandées pour des attitudes ou comportements antisociaux par

les intervenants. Cette façon d'être exposée aux principes de l'intervention cognitive-comportementale n'est toutefois pas prise en considération dans la présente recherche. Une autre limite réside dans le niveau d'implantation du programme cognitif-comportemental dans les unités d'hébergement du CJM-IU. En effet, il se pourrait que le niveau d'implantation de certaines activités, telles que l'application du contrat comportemental et les activités du volet de groupe n'aient pas été implantées à un niveau assez élevé pour engendrer un effet significatif sur l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes, six mois après le début du placement. De plus, nous avons choisi de créer un indice composite qui additionnerait les séances des activités du volet de groupe puisqu'il était question d'identifier l'effet du degré d'exposition au programme cognitif-comportemental dans son ensemble et non pas l'effet du degré de chaque activité sur l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes. Dans le cas contraire, il n'aurait pas été possible d'identifier l'effet du degré d'exposition au volet de groupe sur l'ampleur des troubles de comportements des adolescentes en raison du faible degré d'exposition pour chacune des activités. La création d'un indice composite a donc permis de mieux cerner l'effet global du degré d'exposition au volet de groupe que si la contribution de chaque activité avait été mesurée individuellement.

Pour les recherches à venir, il serait intéressant d'évaluer l'effet du degré d'exposition au programme cognitif-comportemental sur l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes lorsque les activités du programme sont implantées avec plus de régularité. Ceci permettrait d'identifier à quel degré le programme doit être implanté dans le contexte du CJM-IU afin de générer des effets bénéfiques. Dans un deuxième temps, il serait pertinent d'évaluer les effets du programme en fonction des autres principes d'intervention efficace, c'est-à-dire les principes des besoins et de la réceptivité (Andrews et al., 1990). Il est reconnu empiriquement que l'approche cognitive-comportementale, lorsqu'appliquée selon les principes d'intervention efficace, génère de meilleurs résultats auprès de populations juvéniles et adultes. Malgré ce, peu d'études ont évalué cette approche auprès des adolescentes ayant des difficultés de comportement. Finalement, ce mémoire s'est concentré à évaluer l'effet du degré d'exposition sur l'ampleur des troubles de comportement des adolescentes puisque le programme cognitif-comportemental implanté au CJM-IU visait surtout à

traiter les problèmes de comportement sérieux et la délinquance plutôt que certains problèmes intériorisés tels que l'anxiété ou la dépression. Plusieurs soulignent toutefois que la prévalence des symptômes d'anxiété et de dépression auprès des adolescentes judiciairisées serait trois fois plus élevée que pour les adolescentes de la population générale (Kataoka et al., 2001). Éventuellement, il serait donc pertinent d'évaluer si le programme cognitif-comportemental a un effet sur d'autres difficultés d'adaptation que présentent les adolescentes en contexte de réadaptation au moment où elles sont admises dans les unités d'hébergement du CJM-IU.

BIBLIOGRAPHIE

- Ahrens, J. et Rexford, L. (2002). Cognitive Processing Therapy for incarcerated adolescents with PTSD. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 6(1), 201-216.
- Andrews, D. A. et Bonta, J. (2007). Risk, Need, Responsivity Model for offender assessment and rehabilitation. Rapport présenté à la Sécurité publique du Canada, 1-22.
- Andrews, D. A., Bonta, J. et Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17(1), 19-52.
- Andrews, D. A., Bonta, J. et Wormith, J. S. (2004). Level of Supervision/Case Management Inventory (LS/CMI): An offender assessment system. User's guide. Toronto, ON: Multi Health Systems.
- Andrews, D. A., Bonta, J. et Wormith, J. S. (2006). The recent past and near future of risk and/or need Assessment. *Crime and Delinquency*, 52(1), 7-27.
- Andrews, D. A., Zinger, I., Bonta, J., Gendreau, P. et Cullen, F. T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28(3), 369-404.
- Armstrong, T. A. (2003). The effect of Moral Reconciliation Therapy on the recidivism of youthful offenders: A randomized experiment. *Criminal Justice and Behavior*, 30(6), 668-687.
- Association des Centres jeunesse du Québec (2014). <http://www.acjq.qc.ca/>.
- Ayotte, M.-H. (2006). Évaluation de l'implantation d'un programme cognitive-comportemental au CJM-IU: de la quantité à la qualité. (Mémoire de maîtrise, Université de Montréal).

- Berkel, C., Mauricio, A. M., Schoenfelder, E. et Sandler, I. N. (2011). Putting the pieces together: An integrated model of program implementation. *Prevention Science*, 12, 23-33.
- Biggam, F. H. et Power, K. G. (2002). A controlled, problem-solving, group-based intervention with vulnerable incarcerated young offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 46(6), 678-698.
- Bishop, D. M. (2012). Evidence-based practice and juvenile justice. *Criminology and Public Policy*, 11(3), 483-489.
- Bjorkqvist, K., Lagerspetz, K. M. J., et Osterman, K. (1992). The direct and indirect aggression scales. Vasa, Finland : Abo Akademi University, Department of Social Sciences.
- Boisclair, J. (2009). Les éléments facilitant ou entravant la mise en place des activités individuelles de l'approche cognitive-comportementale: les représentations sociales des éducateurs (Mémoire de maîtrise, Université de Montréal). Repéré du site de la bibliothèque de l'Université de Montréal : <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/7393>.
- Bonta, J. (1995). The responsivity principle and offender rehabilitation. *Forum on Corrections Research*, 7, 34-37.
- Bourgon, G. et Armstrong, B. (2005). Transferring the principles of effective treatment into a "real world" prison setting. *Criminal Justice and Behavior*, 32(1), 3-25.
- Bloom, B., Owen, B., Rosenbaum, J. et Deschenes, E. P. (2003). Focusing on girls and young women: A gendered perspective on female delinquency. *Women and Criminal Justice*, 14, 117-136.
- Brounstein, P. J., Emshoff, J. G., Hill, G. A. et Stoil, M. J. (1997). Assessment of methodological practices in the evaluation of alcohol and other drug (AOD) abuse prevention. *Journal of Health and Social Policy*, 9(2), 1-19.

- Chen, H.-T. (2005). *Practical program evaluation: Assessing and improving planning, implementation and effectiveness*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Connor-Smith, J. K. et Weisz, J. R. (2003). Applying treatment outcome research in clinical practice: Techniques for adapting interventions to the real world. *Child and Adolescent Mental Health*, 8(1), 3-10.
- Cooke, R. A., et Szumal, J. L. (2000). Using the organizational culture inventory to understand the operating cultures of organizations. Dans N. M. Ashkanasy, C. P. M. Wilderom et M. F. Peterson (dir.), *Handbook of organizational culture and climate*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Dane, A. V. et Schneider, B. H. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention : Are implementation effects out of control? *Clinical Psychology Review*, 18(1), 23-45.
- Domitrovich, C. E. et Greenberg, M. T. (2000). The study of implementation: Current findings from effective programs that prevent mental disorders in school-aged children. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 11(2), 193-221.
- Domitrovich, C. E., Bradshaw, C. P., Poduska, J. M., Hoagwood, K., Buckley, J. A., Olin, S., ... Jalongo, N. S. (2008). Maximizing the implementation quality of evidence-based preventive intervention in schools: A conceptual framework. *Advances in school mental health promotion*, 1(3), 6-28.
- Dowden, C., et Andrews, D. A. (1999). What works in young offender treatment: A meta-analysis. *Forum on Corrections Research*, 11, 21-24.
- Dowden, C. et Andrews, D. A. (2000). Effective correctional treatment and violent reoffending: A meta-analysis. *Canadian Journal of Criminology*, 449-467.
- Durlak, J. A. (1998). Why program implementation is important. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 17(2), 5-18.

- Durlak, J. A. et DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community and Psychology*, 41, 327-350.
- Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M. et Hansen, W. B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: Implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research*, 18(2), 237-256.
- Elliott, D. S. et Mihalic, S. (2004). Issues in disseminating and replicating effective prevention programs. *Prevention Science*, 5(1), 47-53.
- Farrington, D. P. (2003). Methodological quality standards for evaluation research. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 587, 49-68.
- Fixen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F. et Wallace, F. (2009). Core implementation components. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 531-540.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., et Wallace, F. (2005). Implementation research: A synthesis of the literature (FMHI #231). Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.
- Friedman, A. S., Terras, A. et Glassman, K. (2002). Multimodel substance use intervention program for male delinquents. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 11(4), 43-65.
- Germain, M., Guyon, L., Landry, M., Tremblay, J., Brunelle, N., et Bergeron, J. (2005). DEP-ADO Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes. Version 3.1. Recherche et intervention sur les substances psychoactives (RISQ) : Québec.
- Glasgow, R. E. et Emmons, K. M. (2007). How can we increase translation of research into practice? Types of evidence needed. *The Annual Review of Public Health*, 28, 413-433.

- Gordon, G. G., et DiTomaso, N. (1992). Predicting corporate performance from organizational culture. *Journal of Management Studies*, 29(6), 783-798.
- Gresham, F. M., Gansle, K. A., Noell, G. H., Cohen, S. et Rosenblum, S. (1993). Treatment integrity of school-based behavioral intervention studies: 1980-1990. *School Psychology Review*, 22, 254-272.
- Grietens, H. et Hellinckx, W. (2004). Evaluating effects of residential treatment for juvenile offenders by statistical meta-analysis: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 401-415.
- Helmond, P., Overbeek, G. et Brugman, D. (2012). Program integrity and effectiveness of a cognitive behavioral intervention for incarcerated youth on cognitive distortions, social skills, and moral development. *Children and Youth Services Review*, 34, 1720-1728.
- Holmbeck, G. N. (2002). Post-hoc probing of significant moderational and mediational effects in studies of pediatric populations. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(1), 87-96.
- Joly, J., Tourigny, M. et Thibaudeau, M. (2005). La fidélité d'implantation des programmes de prévention ou d'intervention dans les écoles auprès des élèves en difficulté de comportement. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 8(2), 101-110.
- Kataoka, S., Zima, B., Dupre, D., Moreno, K., Yang, X. et McCracken, J. (2001). Mental health problems and service use among female juvenile offenders: Their relationship to criminal history. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 549-555.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63(3), 146-159.

- Koerner, K., Dimeff, L. A. et Swenson, C. R. (2007). Adopt or adapt? Fidelity matters. Dans A. Dimeff et K. Koerner (dir.), *Dialectical Behaviour Therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings* (p. 19-36). New York: Guilford.
- Lanctôt, N. et Chouinard, J. (2006). Comment favoriser la réussite d'une démarche d'implantation d'un programme au sein d'un milieu d'intervention : leçons tirées d'une étude de cas. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 21(2), 105-131.
- Lanctôt, N. (2006). Doit-on définir des programmes d'intervention spécifiques pour réduire la déviance des adolescentes? Dans P. Verlaan et M. Déry (dir.), *Les conduites antisociales chez les filles : comprendre pour mieux agir* (pp. 415-439). Ste-Foy, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Lanctôt, N. (2010). La délinquance féminine : une spécificité à nuancer. Dans M. Le Blanc et M. Cusson (dir.), *Traité de criminologie empirique du Québec*, 4e édition. (p. 273-303). Québec : Presses de l'Université de Montréal
- Lanctôt, N. (2010). Les effets d'un programme cognitif-comportemental à des adolescentes hébergées en Centre jeunesse : une évaluation de ses effets à court terme sur les difficultés de comportement. *Criminologie*, 43(2), 303-328.
- Lanctôt, N. (2012). *L'évaluation d'un programme cognitif-comportemental appliqué à des adolescentes hébergées en Centre jeunesse : les effets sur les difficultés de comportement et des facteurs associés*. Rapport de recherche, Rapport final déposé au Centre national de prévention du crime, 54 pages.
- Landenberger, N. A. et 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, 451-476.
- Le Blanc, M. (1983). *Boscoville : la rééducation évaluée*. Montréal, Hurtubise HMH.

- Le Blanc, M. (2003). La réadaptation des adolescents ayant des difficultés d'adaptation: recherches empiriques et interventions professionnelles. Dans Le Blanc, M., Ouimet, M. et Szabo, D (dir.), *Traité de criminologie empirique* (pp. 677- 777). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Le Blanc, M. (1996). MASPAQ: mesures de l'adaptation sociale et personnelle pour les adolescents québécois. Manuel et guide d'utilisation 3^e édition. Montréal, École de psychoéducation, Groupe de recherche sur les adolescents en difficulté, Université de Montréal.
- Le Blanc, M., Dionne, J., Proulx, J., Grégoire, J. C. et Trudeau-LeBlanc, P. (1998). *Intervenir autrement : un modèle différentiel pour les adolescents en difficulté*. Montréal, 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 and Offenders*, 4, 124-147.
- Lipsey, M. W. et Cullen, F. T. (2007). The effectiveness of correctional rehabilitation: A review of systematic review. *Annual Review of Law and Social Science*, 3, 297-320.
- Mannion, R., Davies, H. T. O., et Marshall, M. N. (2004). *Cultures for performance in health care*. Buckingham: Open University Press.
- McCall, R. B. (2009). Evidence-based programming in the context of practice and policy. *Social Policy Report*, 23(3), 3-20.
- McGuire, J. (2008). A review of effective interventions for reducing aggression and violence. *Philosophical Transactions of The Royal Society*, 363, 2577-2597.
- McHugh, R. K., Murray, H. W. et Barlow, D. H. (2009). Balancing fidelity and adaptation in the dissemination of empirically-supported treatments: The promise of transdiagnostic interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 946-953.
- MacKenzie, D. L. (2000). Evidence-based corrections: Identifying what works. *Crime and Delinquency*, 46(4), 457-471.

- Masse, D. (2012). *Guide de soutien à la pratique: programme de réadaptation dans les services spécialisés*. Rapport déposé au Centre jeunesse de Montréal - Institut Universitaire, Montréal.
- Mihalic, S. F. et Irwin K. (2003). Blueprints for violence prevention: From research to real-world settings - factors influencing the successful replication of model programs. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 1(4), 307-329.
- Mitchell, P. F. (2011). Evidence-based practice in real-world services for young people with complex needs: New opportunities suggested by recent implementation science. *Children and Youth Services Review*, 33, 207-216.
- Moncher, F. J. et Prinz, R. J. (1991). Treatment fidelity in outcome studies. *Clinical Psychology Review*, 11, 247-266.
- Myers, W. C., Burton, P. R. S., Sanders, P. D., Donat, K. M., Cheney, J., Fitzpatrick, T. M. et Monaco, L. (2000). Project Back-on-Track at 1 year: A delinquency treatment program for early-career juvenile offenders. *Journal of American Academic Child Adolescent Psychiatry*, 39(9), 1127-1134.
- Ogbonna, E., et Harris, L. C. (2000). Leadership style, organizational culture and performance: Empirical evidence from UK companies. *International Journal of Human Resource Management*, 11(4), 766-788.
- Pauzé, R. et Touchette, L. (2010). L'implantation de programmes d'intervention probants dans les milieux de pratique: un défi réaliste? Dans M. Déry, A.S. Denault et J.P. Lemelin (dir.), *Aide aux jeunes en difficulté de comportement: regards sur nos pratiques* (p. 7-23). Sherbrooke, Québec : GRISE, Université de Sherbrooke.
- Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., Mercier, H., Cyr, M., Cyr, F. (...)Chamberland, C. (2004). Portrait des jeunes âgés de 0-17 ans et de leur famille desservis par les Centres jeunesse du Québec, leurs parcours dans les services et leur évolution dans le temps. Rapport de recherche, Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance Université de Sherbrooke : Sherbrooke.

- Perepletchikova, F., Treat, T. A. et Kazdin, A. E. (2007). Treatment integrity in psychotherapy research: Analysis of the studies and examination of the associated factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 829-841.
- Rhine, E. E., Mawhorr, T. L. et Parks, E. C. (2006). Implementation: The bane of effective correctional programs. *Criminology and Public Policy*, 5(2), 347-358.
- Sackett, D. L., Strauss, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W. et Haynes, R. B. (2000). Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM. New York: Churchill-Livingstone.
- Santacroce, S. J., Maccarelli, L. M. et Grey, M. (2004). Intervention fidelity. *Nursing Research*, 53(1), 63-66.
- Small, S. A. (2005). Bridging research and practice in the family and human sciences. *Family Relations*, 54, 320-334.
- Smith, P., Gendreau, P. et Swartz, K. (2009). Validating the principles of effective intervention : A systematic review of the contributions of meta-analysis in the field of corrections. *Victims and Offenders: An International Journal of Evidence-based Research, Policy, and Practice*, 4(2), 148-169.
- Thyer, B. A. (2003). Evidence-based practice in the United States. Dans B.A. Thyer et M.A.F. Kazi (dir.), International perspectives on evidence-based practice in social work. Birmingham, UK: Venture Press.
- Thyer, B. A. et Kazi, M. A. F. (2003). International perspectives on evidence-based practice in social work. Birmingham, UK: Venture Press.
- Townsend, E., Walker, D.-M., Sargeant, S., Vostanis, P., Hawton, K., Stocker, O. et Sithole, J. (2010). Systematic review and meta-analysis of interventions relevant for young offenders with mood disorders, anxiety, or self-harm. *Journal of Adolescence*, 33, 9-20.
- Urban, L. S. (2008). Issues in juvenile program implementation: A case study. *American Journal of Criminal Justice*, 33, 99-112.

Wilson, J. A. (2007). Habilitation or harm : Project Greenlight and the potential consequences of correctional programming. *National Institute of Justice Journal*, 257, 2-7.

Zahn, M. A., Day, J. C., Mihalic, S. F. et Tichavsky, L. (2009). Determining what works for girls in the juvenile justice system: A summary of evaluation evidence. *Crime and Delinquency*, 55(2), 266-293.

ANNEXE I

Protocole d'évaluation pour les adolescentes hébergées au CJM-IU

Évaluation des effets du programme cognitif-comportemental sur la délinquance des adolescentes et sur ses facteurs associés

PROTOCOLE D'ÉVALUATION

ADOLESCENTES – TEMPS 1

Sections à remplir par l'adolescente

Directrice scientifique :

Nadine Lanctôt (Ph.D.)

**Chaire de recherche du Canada
sur la délinquance des adolescents et des adolescentes
Grise – Université de Sherbrooke**

Partenaires :

**Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire
Centre jeunesse de Laval**

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX - À REMPLIR PAR L'INTERVIEWEURE

Numéro d'identification de l'intervieweure : _____

NUMÉRO D'IDENTIFICATION DE LA FILLE:

-

NUMÉRO D'IDENTIFICATION DE L'ÉDUCATEUR DE SUIVI:

-

DATE D'ENTREVUE (JJ/MM/AAAA) : ____ / ____ / _____

SITE ET UNITÉ D'HÉBERGEMENT DE LA FILLE :

- 1 Rose-Virginie Pelletier unité Alizé
- 2 Rose-Virginie Pelletier unité Cascades
- 3 Rose-Virginie Pelletier unité Clairière
- 4 Rose-Virginie Pelletier unité Entre-Deux
- 5 Rose-Virginie Pelletier unité Éveil
- 6 Rose-Virginie Pelletier unité Val-Chantant
- 7 Dominique-Savio unité Étincelle
- 8 Dominique-Savio unité Mélodie
- 9 Dominique-Savio unité Mont-Joie
- 10 Notre-Dame-de-Laval unité Agora
- 11 Notre-Dame-de-Laval unité Âtre
- 12 Notre-Dame-de-Laval unité Interlude
- 13 Notre-Dame-de-Laval unité Oasis
- 14 Notre-Dame-de-Laval unité Mirabel
- 15 Notre-Dame-de-Laval unité Parenthèse
- 16 Notre-Dame-de-Laval unité Passerelle
- 17 Notre-Dame-de-Laval unité Quatre-Saisons
- 18 Notre-Dame-de-Laval unité Ressac

TES COMPORTEMENTS

Cette section porte sur les conduites que tu peux avoir à l'égard des autres. Réponds aux énoncés en pensant uniquement aux comportements que tu as eus au cours des 3 derniers mois.

Si tu penses que certaines questions ne s'appliquent pas parce que tes comportements ne sont pas les mêmes quand tu es au Centre jeunesse, réponds en pensant aux moments où tu n'étais pas au Centre jeunesse (soit parce que tu n'étais pas encore ici ou parce que tu avais des sorties). Par exemple, si juste avant ton placement tu frappais souvent les autres, mais que tu ne le fais pas quand tu es au Centre jeunesse, tu répondrais « souvent ». Peu importe la situation, pense toujours aux trois derniers mois.

Je te rappelle qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses et que tes réponses resteront confidentielles. Je te laisse remplir cette section toute seule. N'hésite pas à me demander de l'aide si tu en as besoin.

	Au cours des 3 derniers mois, ...	Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	Très souvent
del1	J'ai frappé les autres.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
del2	J'ai ris des autres et je les ai ridiculisés.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
del3	J'ai dit des paroles blessantes aux autres.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
del4	J'ai essayé d'amener les autres à ne pas aimer un autre.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
del5	J'ai fait du commérage sur les autres.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
del6	Je me suis bagarrée avec les autres.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

	Au cours des 3 derniers mois, ...	Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	Très souvent
del7	J'ai parlé dans le dos des autres.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
del8	J'ai raconté de mauvaises choses ou des mensonges sur les autres.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
del9	J'ai raconté les secrets des autres.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
del10	J'ai bousculé les autres.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
del11	J'ai insulté ou critiqué les autres.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
del12	J'ai mordu les autres.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
del13	Je suis devenue amie avec quelqu'un d'autre pour me venger.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
del14	J'ai dit aux autres : «Ne soyons pas avec lui/elle».	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
del15	J'ai donné des coups de poings ou des coups de pieds.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
del16	J'ai suggéré aux autres d'exclure un autre du groupe.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
del17	J'ai pincé ou griffé les autres.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
del18	J'ai agacé (achalé, écœuré) les autres.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
del19	J'ai écrit des notes méchantes sur les autres.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
del20	J'ai giflé les autres (je leur ai donné une claque).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

	Au cours des 3 derniers mois, ...	Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	Très souvent
del21	J'ai crié après les autres.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
del2 2	J'ai menacé de battre les autres.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
del2 3	J'ai pris et gardé quelque chose sans payer dans un magasin.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
del2 4	J'ai pris et gardé quelque chose de moins de 10\$ qui ne m'appartenait pas.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
del2 5	J'ai pris et gardé quelque chose entre 10\$ et 100\$ ne m'appartenait pas.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
del2 6	J'ai pris et gardé quelque chose de 100\$ et plus ne m'appartenait pas.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
del2 7	J'ai acheté, utilisé ou vendu quelque chose que je savais qui avait été volé.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
del2 8	J'ai défoncé une porte ou une fenêtre et je suis entrée quelque part pour y prendre quelque chose.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
del2 9	J'ai vendu de la drogue (n'importe quelle sorte).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
del3 0	J'ai fréquenté des membres de gang de rue	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Au cours des 3 derniers mois (depuis la dernière entrevue), ...		
del31	J'ai été membre d'un gang de rue	Oui <input type="checkbox"/> ₁ Non <input type="checkbox"/> ₀

CE QUE TU AS VÉCU AU NIVEAU DE TA SEXUALITÉ

Cette section porte sur certaines situations que tu aurais pu vivre au niveau de ta sexualité. Il se peut, qu'à ce jour, tu n'aies pas eu ta première relation sexuelle. Toutefois, souviens-toi qu'une rencontre sexuelle ne se limite pas nécessairement à la relation sexuelle complète. Je te propose donc d'essayer de répondre aux questions qui suivent. Ne tiens pas compte des situations d'abus dont tu as pûes être victime. Je te laisse répondre seule à cette section. Souviens-toi qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, nous voulons simplement que tu rapportes ce qui reflètent le plus ce que tu as vécu. Tes réponses demeurent entièrement confidentielles.

Pour répondre aux questions, il est important que tu penses à ce que tu as fait aux cours des TROIS derniers mois seulement.

	Au cours des 3 derniers mois...	Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	Très souvent
sexe 11	Quelqu'un t'as donné de l'argent pour avoir une relation sexuelle avec toi ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
sexe 12	Quelqu'un t'as donné des cadeaux (vêtements, sorties, bijoux, etc) pour avoir une relation sexuelle avec toi ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
sexe 13	Quelqu'un t'as fait des promesses pour avoir une relation sexuelle avec toi ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
sexe 14	Quelqu'un t'as donné de la drogue pour avoir une relation sexuelle avec toi ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
sexe 15	Tu as dansé nue dans un bar ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
sexe 16	Ta as dansé nue dans un party privé ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

sexe9	Combien de fois as-tu pris la pilule du lendemain parce que tu avais peur d'être enceinte?	Nombre de fois =
sexe10	Combien as-tu eu de partenaires sexuels (Relations sexuelles avec pénétration ou non)?	Nombre de partenaires =

LA CONSOMMATION D'ALCOOL

Au cours des trois derniers mois, à quelle fréquence as-tu consommé						
		jamais	Moins d'une fois par mois	1 à 3 fois par mois	1 à 2 fois par semaine	3 fois et + par semaine
De la bière, du vin, du fort ou d'autres boissons alcoolisées ?	psy1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Au cours des trois derniers mois, lors d'une semaine typique de consommation d'alcool						
Combien de journées par semaine buvais-tu ?					psy2	Nb =
Les journées où tu buvais, combien de consommations prenais-tu habituellement					psy3	Nb =
Au cours des 3 derniers mois, combien de fois as-tu bu 4 verres ou plus en une seule occasion ?					psy4	Nb =

(RISQ, DEBA- Alcool, Tremblay, Rouillar et Sirois, 2000)

CONSOMMATION DE DROGUES

Cette section du questionnaire porte sur la consommation de drogues et d'alcool. Réponds uniquement en pensant à ce que tu as consommé depuis les TROIS derniers mois.

Au cours des 3 derniers mois, as-tu consommé l'un de ces produits et, SI OUI, quelle a été la fréquence de ta consommation ? (Cocher une seule réponse par produit).

Au cours des 3 derniers mois, as-tu consommé...		Pas consommé	À l'occasion	1 fois par mois environ	Fin de semaine ou 1-2 fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
Cannabis (ex. : mari, pot, haschich, etc.)	dep1b	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Cocaïne (ex. : coke, snow, crack, freebase, etc.)	dep1c	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Colle/Solvant	dep1d	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Hallucinogènes (ex. : LSD, ecstasy, PCP, mescaline, buvard, etc.)	dep1e	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Héroïne (ex. : smack)	dep1f	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Amphétamines/Speed (ex. : upper)	dep1g	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
L'un ou l'autre des médicaments suivants, pris sans prescription : barbituriques, sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, ritalin.	dep1h	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

ANNEXE II

Tableau I. Effet de modération du degré d'exposition au programme sur la relation entre l'ampleur des troubles de comportement à l'admission et l'ampleur des troubles de comportement rapportés six mois après le début du placement (n = 74)

	Ampleur des troubles de comportement (suivi 1)		
	b	Beta	p
Ampleur des troubles de comportement (admission)	1,069	0,970	0,000
Application du contrat comportemental	0,138	0,136	0,235
Nb. Auto-observations faible	-0,322	-0,313	0,019
Nb. Séances de groupe	-0,013	-0,012	0,919
Interaction TC1*Contrat comportemental	0,073	0,071	0,556
Interaction TC1*Auto-observations faible	-0,368	-0,484	0,019
Interaction TC1*Nb. Séances de groupe	0,209	0,170	0,150
Âge	0,041	0,035	0,751
F	5,280		
R ²	0,448***		

* = p<0,05; ** = p<0,01; *** = p<0,001

** Lorsque le nombre d'auto-observations a été complété à un niveau faible

Tableau II. Effet de modération du degré d'exposition au programme sur la relation entre l'ampleur des troubles de comportement à l'admission et l'ampleur des troubles de comportement rapportés six mois après le début du placement (n = 74)

	Ampleur des troubles de comportement (suivi 1)		
	b	Beta	p
Ampleur des troubles de comportement (admission)	0,334	0,303	0,074
Application du contrat comportemental	0,138	0,136	0,235
Nb. Auto-observations élevé	-0,322	-0,313	0,019
Nb. Séances de groupe	-0,013	-0,012	0,919
Interaction TC1*Contrat comportemental	0,073	0,071	0,556
Interaction TC1*Auto-observations élevé	-0,368	-0,441	0,019
Interaction TC1*Nb. Séances de groupe	0,209	0,170	0,150
Âge	0,041	0,035	0,751
F	5,280		
R ²	0,448***		

* = p<0,05; ** = p<0,01; *** = p<0,001

** Lorsque le nombre d'auto-observations a été complété à un niveau élevé

