

PORTRAIT DE L'ÉVALUATION DU RISQUE DE RÉCIDIVE ET DE LA DÉROGATION CLINIQUE

Alexis Rouleau, ÉTUDIANT À LA MAÎTRISE, ÉCOLE DE CRIMINOLOGIE, UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL,
PROFESSIONNEL DE RECHERCHE, INSTITUT UNIVERSITAIRE JEUNES EN DIFFICULTÉ, CCSMTL
Geneviève Parent, PROFESSEURE, DÉPARTEMENT DE PSYCHOÉDUCATION ET DE PSYCHOLOGIE, UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
EN OUTAOUAIS, PROFESSEURE ASSOCIÉE, ÉCOLE DE CRIMINOLOGIE, UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, CHERCHEURE,
INSTITUT UNIVERSITAIRE JEUNES EN DIFFICULTÉ, CCSMTL

INTRODUCTION

Afin de mieux protéger la population et de favoriser la réinsertion sociale des contrevenants, le système correctionnel canadien utilise désormais des instruments d'évaluation du risque et des besoins et applique un suivi des peines visant la réinsertion sociale des contrevenants basée sur le modèle d'intervention Risque-Besoins-Réceptivité (modèle RBR ci-après, Andrews et Bonta, 2010; Bonta *et al.*, 2008; Luong et Wormith, 2011). Bien que plusieurs travaux indiquent que ce modèle soit l'un des plus efficace, c'est-à-dire celui le plus susceptible de réduire la récidive des contrevenants adultes (Andrews *et al.*, 1999; Andrews *et al.*, 1990) et juvéniles (Dowden et Andrews, 1999; Koehler, 2013; Lipsey, 2009), peu d'études se sont intéressées à sa mise en œuvre au quotidien par les intervenants (Luong et Wormith, 2011; Miller et Maloney, 2013; Viglione *et al.*, 2014). Ce projet de recherche porte donc sur l'intégration complexe de cette pratique probante dans le suivi quotidien des peines et dans la réinsertion sociale des jeunes contrevenants. Avec la mise en place de la nouvelle offre de services basée sur ce modèle pour le continuum jeunes contrevenants (du suivi dans la collectivité à la mise sous garde fermée) de la Direction adjointe du programme jeunesse -

Réadaptation adolescents et jeunes contrevenants (DAPJ-RAJC), ce projet de recherche permettra d'identifier les moments où les efforts doivent être mis afin de favoriser une implantation des plus réussie.

Le principe du risque

Le modèle RBR d'Andrews et Bonta (2010) tient au respect des trois premiers principes sur lesquels repose l'intervention correctionnelle efficace (pour une description plus détaillée de ce modèle, voir Saint-Louis et Parent, 2016). Le principe du risque stipule que l'intensité de l'intervention doit être proportionnelle aux risques de récidive que posent les contrevenants. L'instrument d'évaluation du risque employé au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL) est l'Inventaire des risques et des besoins liés aux facteurs criminogènes (IRBC¹); une adaptation francophone du *Youth Level of Service/Case Management Inventory* (YLS/CMI, Hoge et Andrews, 2011). L'IRBC comporte huit domaines pour lesquels le risque est évalué : les antécédents criminels, la famille, l'éducation / l'emploi, les pairs, la toxicomanie, les loisirs, la personnalité et les attitudes. Pour chaque domaine, le jeune obtient un score qui peut être associé à un niveau de risque (faible, modéré ou élevé). Le score obtenu à chaque domaine

ÉVALUATION DU RISQUE DE RÉCIDIVE

est additionné pour obtenir le score total (0 à 42) qui est également converti en niveau de risque (faible, modéré, élevé ou très élevé). Alors que l'étude des propriétés psychométriques du YLS/CMI soutient son utilisation (Catchpole et Gretton, 2003; Olver *et al.*, 2009; Schmidt *et al.*, 2016), l'IRBC n'a fait l'objet que d'une évaluation et ce, à l'aide d'un échantillon restreint (St-Louis, 2015). De plus, les résultats quant à la transposition du principe du risque dans la pratique sont contradictoires dans la littérature scientifique. En effet, alors que certains auteurs soulignent le respect de ce principe par les personnes responsables du suivi des peines (Flores *et al.*, 2003; Luong & Wormith, 2011; Singh *et al.*, 2014), d'autres rapportent son non-respect (Miller & Maloney, 2013; Viglione *et al.*, 2014). Bien que l'intensité du suivi, c'est-à-dire le nombre d'heures d'intervention allouées à chaque jeune, soit théoriquement répartie en fonction du niveau de risque au CCSMTL, empiriquement nous ne savons pas où se situe l'établissement quant au respect de ce principe.

Le principe des besoins

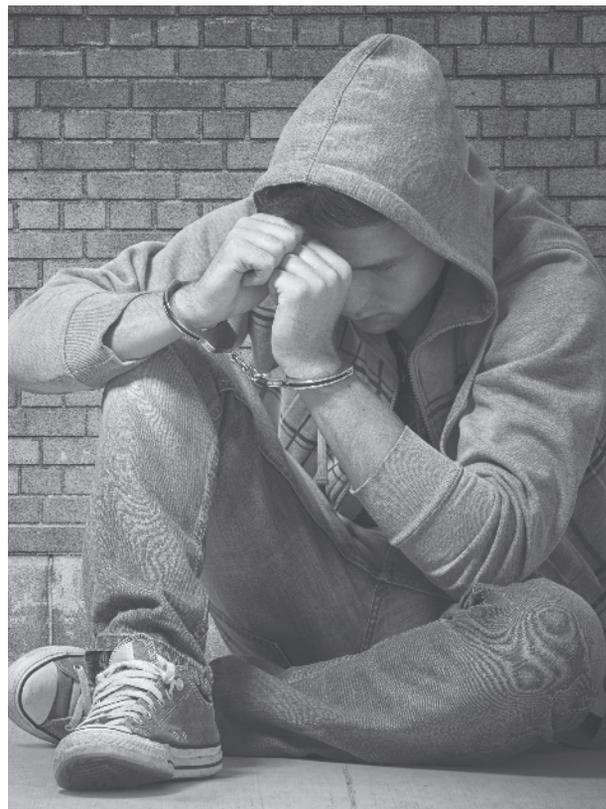
Le principe des besoins indique que les stratégies d'intervention ciblant en priorité les facteurs de risque dynamiques statistiquement associés aux comportements délinquants sont les plus susceptibles d'être efficaces. Ceux-ci sont généralement appelés besoins criminogènes. Les domaines évalués par l'IRBC, à l'exception des antécédents criminels, permettent d'identifier ces besoins criminogènes. L'IRBC, comme d'autres instruments d'évaluation du risque de récidive, permet de formuler des recommandations concrètes touchant les programmes et le suivi des peines à travers le plan d'intervention (PI) de la personne. Toutefois, les décisions des intervenants quant aux cibles d'intervention ne semblent pas nécessairement basées sur les conclusions de l'instrument selon la littérature scientifique (Bonta *et al.*, 2008; Haas & DeTardo-Bora, 2009; Harris *et al.*, 2004; Luong & Wormith, 2011; Miller & Maloney, 2013; Vieira *et al.*, 2009; Viglione *et al.*, 2014). Ces décisions ont pourtant un poids important, considérant que la concordance des besoins identifiés avec ceux du PI est associée à une diminution de la récidive (Bonta *et al.*, 2008; Luong & Wormith, 2011; Singh *et al.*, 2014; Vieira *et al.*, 2009).

Similairement, l'identification des besoins criminogènes dans le PI n'implique pas que ces thèmes soient automatiquement abordés lors du suivi quotidien des intervenants avec les contrevenants. Par suivi

quotidien, il est ici question des rencontres de suivi avec le jeune qui font l'objet d'une retranscription dans le système informatique Projet Intégration Jeunesse (PIJ). Les conclusions des deux seules études à ce sujet suggèrent que les intervenants consacrent beaucoup de temps à la gestion du risque (p. ex. conditions de remise en liberté) comparativement aux besoins criminogènes (Bonta *et al.*, 2008; Viglione *et al.*, 2014). Cela augmenterait les taux de récidive (Bonta *et al.*, 2008). La généralisation de ces deux études est toutefois limitée, vu la taille de l'échantillon (103 et 69 rencontres). De plus, ces études ne portent que sur une ou deux rencontres en personne entre un intervenant et un contrevenant et non sur l'ensemble de son suivi. Au-delà de la littérature scientifique, nous ne savons pas où se situe le CCSMTL quant au respect du principe des besoins.

Le principe de la réceptivité

Le principe de réceptivité générale stipule que les approches comportementales structurées, comme les modèles cognitivo-comportementaux, sont les plus susceptibles de réduire la récidive, alors que le principe de réceptivité spécifique suggère que les interventions doivent se moduler aux particularités des contrevenants, telles que les origines culturelles (Andrews & Bonta, 2010). Considérant que l'approche cognitivo-comportementale est celle mise de l'avant auprès des jeunes contrevenants au CCSMTL, il serait possible de déduire que le principe de réceptivité générale est



ÉVALUATION DU RISQUE DE RÉCIDIVE

respecté dans l'établissement. Aucune information ne permet toutefois de statuer sur le principe de réceptivité spécifique.

Le jugement professionnel discrétionnaire

Malgré les nombreux appuis empiriques quant à l'efficacité du modèle RBR dans la réduction de la récidive (Andrews et Bonta, 2010; Andrews *et al.*, 1999; Andrews *et al.*, 1990; Koehler, 2013; Lipsey, 2009), plusieurs obstacles peuvent rendre difficile la mise en œuvre du modèle, dont les biais associés au jugement professionnel (Ægisdóttir *et al.*, 2006; Meehl, 1954; Miller et Maloney, 2013). De fait, le quatrième principe de l'intervention efficace, celui du jugement professionnel discrétionnaire, rappelle que l'intervenant peut procéder à une dérogation clinique dans de rares exceptions. Une dérogation clinique implique une modification, de la part de l'intervenant, du niveau de risque fourni par l'instrument s'il juge que celui-ci n'est pas adéquat (Hoge et Andrews, 2011). Concrètement, il est possible de modifier le niveau de risque à l'IRBC en assignant au jeune un niveau de risque plus élevé (dérogation à la hausse) ou plus bas (dérogation à la baisse) que le niveau de risque tel que calculé par l'outil. Une analyse non publiée indiquait un taux de 49 % de dérogation clinique au CCSMTL pour la période de 2011 à 2013 (Guay *et al.*, 2014), alors qu'une dérogation clinique conclurait entre 2 % et 42 % des évaluations avec d'autres outils similaires (Ansbro, 2010; Gore, 2007; Guay et Parent, 2017; Schmid, 1994; Viglione *et al.*, 2014). Cette pratique aurait toutefois comme conséquence de dégrader la capacité de l'instrument à prédire la récidive, (Ansbro, 2010; Gore, 2007; Guay et Parent, 2017; Schmid, 1994; Viglione *et al.*, 2014) et, par conséquent, à offrir l'intensité optimale de suivi dont le jeune pourra tirer bénéfice, sans l'exposer à un effet iatrogène (c'est-à-dire un effet néfaste provoqué par l'intervention comme, par exemple, l'augmentation de la délinquance d'un jeune à faible de risque de récidive suite à l'exposition de celui-ci, dans un groupe, à des jeunes contrevenants davantage impliqués dans le milieu criminel).

Le projet de recherche

Dans un domaine où les intervenants sont imputables de leurs décisions, chacun trouve un équilibre fragile sur un continuum entre respect et ignorance des pratiques probantes et des contraintes organisationnelles (Miller et Maloney, 2013; Viglione *et al.*, 2014; Worley et Worley, 2013). Il importe donc de comprendre la qualité de la mise en œuvre du modèle RBR par le

biais d'études sur les décisions prises par les intervenants tout au long du processus de suivi des peines et l'impact de cette mise en œuvre sur la récidive des jeunes contrevenants.

Le projet de recherche en cours, subventionné par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (2016-2018), vise à mieux comprendre l'intégration, par les intervenants, des principes du risque, des besoins et du jugement professionnel discrétionnaire dans le suivi des peines des jeunes contrevenants et l'impact de celle-ci sur leur récidive. Cet article vise à présenter les résultats préliminaires permettant de répondre partiellement aux sous-objectifs suivants :

1. Dresser un portrait du risque de récidive d'une cohorte de jeunes contrevenants;
2. Décrire l'utilisation du jugement professionnel discrétionnaire;
3. Identifier les éléments associés à une dérogation clinique.

MÉTHODOLOGIE

Dans le cadre de ce projet de recherche, les données proviennent des dossiers archivés de jeunes contrevenants du CCSMTL, de données officielles et d'entrevues auprès des délégués à la jeunesse responsables du suivi des peines des jeunes contrevenants. Seuls les éléments méthodologiques pertinents aux résultats présentés dans cet article sont décrits.

Participants

La cohorte initiale comportait 2042 jeunes contrevenants dont au moins un dossier a été fermé entre le 1er janvier 2014 et le 31 décembre 2016 en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSJPA). Parmi ce nombre, 1978 avaient au moins un dossier accessible. L'échantillon final est composé des 750 jeunes contrevenants ayant au moins un IRBC. Parmi eux, 86,2 % sont de sexe masculin ($n = 645$)². Au moment de compléter l'IRBC, les jeunes avaient entre 12,7 et 28,9 ans, l'âge moyen étant de 17,4 ans (écart-type = 1,6 ans). Notons que 21 jeunes (2,8 %) avaient 20 ans ou plus lors de l'évaluation ce qui porte à réflexion, considérant qu'il existe un outil similaire pour les contrevenants adultes qui peut être administré dès l'âge de 16 ans. Une étude ultérieure de ces dossiers pourra nous

ÉVALUATION DU RISQUE DE RÉCIDIVE

permettre de comprendre ce choix. Les Canadiens français constituent 54,0% de l'échantillon (n = 404) alors que les Antillais forment le second groupe ethnique en importance avec 17,2 % (n = 129)³.

Sources de données et mesures

Les informations sociodémographiques du jeune ont été extraites directement du système informatique Projet Intégration Jeunesse (PIJ). L'ensemble des informations contenues dans chaque IRBC au dossier de chaque jeune a été colligé. Dans le cadre de cet article, seul l'IRBC le plus récent (ou le seul IRBC s'il n'y en avait qu'un) a été considéré pour les analyses. Les scores et niveaux de risque pour chaque domaine de l'IRBC et pour le total ont été calculés. Le recours à la dérogation clinique globalement pour chaque IRBC a été recensé (oui/non), puis distingué pour la dérogation à la hausse et à la baisse.

RÉSULTATS

Portrait du risque de récidive

Pour les 750 jeunes contrevenants, le score moyen initial (avant la possibilité de déroger) au dernier IRBC était de 14,1 (écart-type = 8,3), allant de 0 à 37. Le score moyen correspond à un niveau de risque modéré⁴. Environ le tiers (32,4 %, n = 242) des jeunes contrevenants présentait un niveau de risque faible et près de

la moitié, un risque modéré (45,2 %, n = 338). Seulement 22 jeunes de l'échantillon présentaient un risque très élevé (2,9 %). Le score total est associé à l'âge du jeune contrevenant (r = 0,11; p < 0,01). En effet, plus le jeune contrevenant est âgé, plus son score total augmente.

Le tableau 1 présente le score et le niveau de risque initialement obtenus au dernier IRBC pour chaque domaine de risque, pour l'échantillon total et pour chaque sexe séparément. À l'exception des domaines des antécédents criminels et de la famille, dont le niveau de risque médian est faible, et des loisirs, dont le niveau de risque médian est élevé, les cinq autres domaines de risque obtiennent des niveaux de risque médians modérés. Notons qu'aucun des 750 jeunes ne présente tous les facteurs de risque dans le domaine de l'école et de l'emploi, alors qu'au moins un jeune atteint le maximum dans les autres domaines.

Le score total moyen est similaire entre les garçons (14,2) et les filles (13,4; t = -0,87; p > 0,05). Cependant, les scores moyens des garçons et des filles se distinguent sur quatre domaines : antécédents criminels (t = -4,35; p < 0,001), pairs (t = -2,01; p < 0,05), personnalité (t = 1,85; p < 0,10) et attitudes (t = -2,17; p < 0,05). En effet, les garçons présentent un score plus élevé que les filles en ce qui concerne les domaines des antécédents criminels (1,7 versus 1,0), des pairs (1,9 versus 1,7) et des attitudes

Tableau 1. Score moyen obtenu au dernier IRBC par domaine et en fonction du sexe

Domaine	Ensemble de l'échantillon (n = 750)				Garçons seulement (n = 645)				Filles seulement (n = 103)				Test de t
	Moy.	É.-t.	Min.	Max.	Moy.	É.-t.	Min.	Max.	Moy.	É.-t.	Min.	Max.	
Antécédents criminels (0-5)	1,6	1,7	0	5	1,7	1,0	0	5	1,0	1,4	0	5	-4,35***
Famille (0-6)	1,9	1,6	0	6	1,9	1,6	0	6	1,8	1,5	0	6	-0,28
École et emploi (0-7)	2,1	1,7	0	6	2,0	1,7	0	6	2,3	1,7	0	6	1,44
Pairs (0-4)	1,9	1,3	0	4	1,9	1,3	0	4	1,7	1,3	0	4	-2,01*
Toxicomanie (0-5)	1,7	1,6	0	5	1,7	1,6	0	5	1,6	1,6	0	5	-0,80
Loisirs (0-3)	1,4	1,0	0	3	1,4	1,0	0	3	1,4	0,9	0	3	-0,31
Personnalité (0-7)	2,3	1,8	0	7	2,3	1,8	0	7	2,6	1,9	0	6	1,85†
Attitudes (0-5)	1,3	1,4	0	5	1,3	1,4	0	5	1,1	1,2	0	5	-2,17*

Note : † p < 0,10; * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

ÉVALUATION DU RISQUE DE RÉCIDIVE

(1,3 versus 1,1). Les filles présentent toutefois un score moyen marginalement plus élevé que les garçons pour le domaine de la personnalité (2,6 versus 2,3).

Dérogação clinique et facteurs associés

Pour 630 jeunes (84,0 % de l'échantillon), un niveau de risque final (après la possibilité de déroger) a été indiqué. De ces 630 IRBC, 28,6% (n = 180) ont fait l'objet d'une dérogation clinique. La majorité de ces dérogations étaient à la hausse (86,1 %, n = 155). Autrement dit, lorsqu'une personne utilise son jugement professionnel discrétionnaire, dans près de neuf cas sur 10, c'est pour augmenter le niveau de risque de récidive du jeune contrevenant. Afin de mieux comprendre ce qui pousse une personne à déroger du niveau de risque fourni par l'instrument, des corrélations entre les caractéristiques sociodémographiques (sexe et âge au moment de

l'évaluation), le score total (avant dérogation), le score aux huit domaines de risque et la dérogation clinique ont été effectuées (voir Tableau 2).

Le fait d'être de sexe masculin est associé à la dérogation clinique en général ($\rho = 0,12$; $p < 0,01$) et à la dérogation à la hausse en particulier ($\rho = 0,11$; $p < 0,01$). Le score total est également positivement lié à la présence de dérogation en général ($\rho = 0,11$; $p < 0,05$) et à la dérogation à la hausse en particulier ($\rho = 0,13$; $p < 0,05$). Autrement dit, si le jeune est un garçon et plus le score total du jeune augmente, plus une personne risque de déroger, et ce, à la hausse.

Le score de quatre domaines de risque est associé positivement à la dérogation et particulièrement à la dérogation à la hausse : l'école et l'emploi ($\rho = 0,12$;

Tableau 2. Corrélations entre les caractéristiques sociodémographiques, le score aux huit domaines de risque, le score total (avant dérogation) et la dérogation clinique pour le dernier IRBC complété

	Dérogação		Dérogação à la hausse		Dérogação à la baisse	
	rho	n	rho	n	rho	n
Caractéristiques sociodémographiques						
Sexe masculin	0,12**	628	0,11**	603	0,08	474
Âge au moment de l'évaluation	-0,02	622	0,00	597	-0,05	469
Score total de risque	0,11*	630	0,13**	605	-0,02	475
Domaines de risque						
Antécédents criminels	0,07	630	0,09*	605	-0,04	475
Famille	0,06	629	0,08	604	-0,02	474
École et emploi	0,12*	629	0,10*	604	0,09	474
Pairs	0,10*	630	0,12**	605	-0,02	475
Toxicomanie	-0,02	630	-0,03	605	0,04	475
Loisirs	0,06	627	0,06	604	0,03	474
Personnalité	0,10*	630	0,13**	605	-0,05	475
Attitudes	0,12**	628	0,16***	603	-0,08	473

Note : * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

ÉVALUATION DU RISQUE DE RÉCIDIVE

$p < 0,05$ et $\rho = 0,10$; $p < 0,05$), les pairs ($\rho = 0,10$; $p < 0,05$ et $\rho = 0,12$; $p < 0,01$), la personnalité ($\rho = 0,10$ et $p < 0,05$; $\rho = 0,13$; $p < 0,01$) et les attitudes ($\rho = 0,12$; $p < 0,01$; $\rho = 0,16$; $p < 0,01$). Ainsi, plus le score associé aux domaines de l'école et de l'emploi, des pairs, de la personnalité ou des attitudes augmente, plus il y a de probabilités qu'une personne déroge et ce, particulièrement, à la hausse. Finalement, plus le score du domaine des antécédents criminels augmente, plus une personne risque de déroger à la hausse ($\rho = 0,09$; $p < 0,05$). L'ensemble de ces liens sont toutefois de faible amplitude. Notons qu'aucun élément considéré n'est statistiquement associé à la dérogation à la baisse.

DISCUSSION

Cet article visait à présenter les résultats préliminaires d'un projet de recherche actuellement en cours au CCSMTL. Un peu plus du $\frac{3}{4}$ des jeunes présentent un risque de récidive faible ou modéré et devraient donc faire l'objet d'une intensité d'intervention faible à modérée. Bien que les garçons et les filles ne se distinguent pas quant au score total à l'IRBC, les garçons présenteraient des scores moyens plus élevés que les filles pour les domaines des antécédents criminels, des pairs et des attitudes alors qu'il s'agit de l'inverse pour le domaine de la personnalité. Des analyses plus approfondies sur les sept items du domaine de la personnalité permettent de constater qu'une plus grande proportion de filles que de garçons semble manifester de l'agressivité physique et verbale (effronterie) ainsi que des crises de colère. Ce résultat, à la base contradictoire, pourrait s'expliquer par le fait que les adolescentes qui commettent des délits peu graves sont souvent prises en charge en vertu de la Loi sur la Protection de la Jeunesse (LPJ) sous l'alinéa de troubles de comportement avant d'être prises en charge en vertu de la LSJPA. Pineau-Villeneuve (2015) soulignait, dans son étude sur les facteurs de risque d'incidence LSJPA chez les jeunes pris en charge en protection de la jeunesse en raison de troubles de comportement, que « le premier délit pour lequel les filles sont prises en charge est plus souvent un délit contre la personne que ce n'est le cas pour les garçons de l'échantillon » (p. 73). Ainsi, il est possible de conclure qu'une proportion non négligeable des filles de notre échantillon sont déjà bien enracinées dans un mode de vie délinquant et criminalisé expliquant ainsi qu'elles se démarquent des garçons en ce qui a trait à leur personnalité.

Plus du quart (28,6 %) des IRBC auraient fait l'objet d'une dérogation clinique dont 86,1 % à la hausse. Rappelons que la dérogation clinique ne devrait être utilisée que dans de rares exceptions (Andrew *et al.*, 2004), généralement en deçà de 10 % des évaluations. Bien que le taux de dérogation soit en diminution (il était de 49 % pour la période de 2011 à 2013, selon Guay *et al.*, 2014), l'identification des cas exceptionnels, où la dérogation trouve sa pertinence, demeure un enjeu important au CCSMTL. De plus, en dérogeant à la hausse, l'intervenant augmente le niveau de risque de récidive du jeune et, par extension, l'intensité de son suivi. Considérant que la majorité de nos jeunes contrevenants sont à risque faible ou modéré de récidive, cette tendance pourrait avoir des effets iatrogènes sur ces derniers. En effet, plusieurs travaux ont souligné qu'exposer des contrevenants présentant un risque de récidive plus faible à une intensité élevée de suivi faisait augmenter leur taux de récidive (Andrews et Friesen, 1987; Bonta *et al.*, 2000; Brusman Lovins *et al.*, 2007).

Un constat positif mérite d'être souligné en ce qui concerne les éléments associés à la dérogation clinique. Les quatre domaines faisant augmenter le risque de dérogation clinique à la hausse, soit les antécédents criminels, les pairs, la personnalité et les attitudes, peuvent être regroupés sous le terme des *Big Four*. Il s'agit des domaines les plus fortement associés à la récidive (Andrews et Bonta, 2010). Ainsi, les intervenants sembleraient accorder plus d'importance à ces domaines qu'aux quatre autres moins fortement associés à la récidive. Considérant que les garçons obtiennent un score moyen plus élevé que les filles sur trois des *Big Four*, ceci peut expliquer pourquoi le fait d'être un garçon est associé à la dérogation clinique.

Il importe toutefois de se questionner sur le lien entre le score aux *Big Four* et la dérogation clinique. Est-ce que les intervenants ne font qu'accorder plus de poids à ces domaines ou bien les jeunes présentant des scores élevés dans ceux-ci présentent d'autres caractéristiques qui ne sont pas évaluées par l'instrument? Alors que la seconde explication est celle justifiant l'utilisation de la dérogation, la première revient à assigner un poids non optimal aux facteurs de risque (Guay, 2006). Afin de générer une prédiction fiable, le poids relatif de chacun des facteurs de risque pris en compte doit être soupesé. La dérogation clinique basée sur le score au *Big Four* revient à attribuer un poids plus grand que nécessaire aux facteurs de risque compris dans ces domaines.

ÉVALUATION DU RISQUE DE RÉCIDIVE

La dérogation ne doit en aucun cas être basée sur des éléments déjà évalués dans l'instrument.

Finalement, la dérogation à la baisse est peu fréquente (13,9 % des évaluations) et il a été impossible d'identifier des éléments associés à celle-ci dû, en partie, à sa faible prévalence. L'imputabilité des décisions prises par les intervenants pourrait être une des explications de ce constat. Aucun intervenant ne veut être responsable d'une récidive suite à un élargissement du suivi avec un jeune. Ainsi, peu d'entre eux seraient enclins à diminuer le niveau de risque et, par conséquent, l'intensité de suivi.

Une autre explication de cette faible prévalence pourrait être une méconnaissance des facteurs de protection. Probablement parce que se concentrer sur l'identification des éléments négatifs a davantage été mis de l'avant, les aspects positifs qui jalonnent la vie des contrevenants ont été négligés. Depuis quelques années, plusieurs auteurs ont tenté d'intégrer la notion de forces, de facteurs de protection ou d'intégration sociale dans l'étude des processus d'évaluation du risque comme le *Good Lives Model* (Ward *et al.*, 2007). Bien qu'historiquement les facteurs de protection n'aient reçu qu'un appui mitigé dans la littérature scientifique, de plus en plus de travaux s'intéressent à cette question (pour un survol des enjeux, voir Parent, 2014). Dans les avenues prometteuses, soulignons le *Structured Assessment of Protective Factors* (SAPROF; Vogel *et al.*, 2009), le premier instrument d'évaluation dédié uniquement aux facteurs de protection. Les facteurs de protection y sont regroupés sous trois grands domaines, soit les

facteurs internes (intelligence, attachement stable dans l'enfance, empathie, habiletés d'adaptation et maîtrise de soi), les facteurs liés à la motivation (travail, activités de loisirs, gestion des finances, motivation à l'égard du traitement, attitude envers les personnes en position d'autorité, objectifs de vie et médication) et les facteurs externes (réseau social, relation intime, soins professionnels, conditions de vie et contrôle externe). Ces facteurs devraient donner un souffle nouveau au champ de l'évaluation et de la gestion du risque, car au-delà de la diminution du risque se trouve probablement l'augmentation de la protection.

CONCLUSION

Malgré ces résultats, encore bien des questions demeurent en suspens en ce qui concerne la mise en œuvre du modèle RBR dans l'offre de services offerts aux jeunes contrevenants au CCSMTL. Est-ce que l'intensité du suivi est réellement établie en fonction du niveau de risque (principe du risque)? Les domaines les plus problématiques sont-ils visés par les PI et sont-ils abordés pendant les rencontres de suivi (principe des besoins)? Quelle est la capacité de l'IRBC à prédire la récidive? Les niveaux de risques fournis par les créateurs ontariens sont-ils adaptés aux jeunes contrevenants québécois? Quel est l'impact de la dérogation clinique sur la capacité de l'IRBC à prédire la récidive? Quelles sont les justifications invoquées par les intervenants pour déroger du niveau de risque fourni par l'instrument? Ces questions sont au cœur du projet de recherche et trouveront réponse dans les prochains mois et années. Restez à l'affût!

NOTES

- 1 Il existe deux versions de l'IRBC utilisées au CCSMTL : la 1re version et la version 2.0. Considérant que les différences sont minimes entre les deux versions, aucune distinction ne sera faite entre les versions dans cet article.
- 2 Le système informatique PIJ collige le marqueur de sexe apparaissant sur les cartes d'identité et non le genre. De plus, comme l'échantillon est majoritairement composé de garçons, le masculin sera employé dans le texte.
- 3 L'origine ethnique est basée sur un croisement entre l'appartenance ethnique, le pays de naissance, l'année d'arrivée au Québec, la langue d'usage et la langue de communication inscrits dans PIJ pour le jeune, sa mère et son père.
- 4 Considérant que la majorité des jeunes contrevenants sont suivis dans la collectivité, le barème pour ce type de suivi a été préconisé pour l'interprétation des résultats.

POUR EN SAVOIR PLUS SUR LE THÈME DE L'EXPLOITATION SEXUELLE

- Andrews, D. A. et Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5e éd.). New Providence, NJ : LexisNexis; Anderson Publishing.
- Benbouriche, M., Vanderstukken, O. et Guay, J.-P. (2015). Les principes d'une prévention de la récidive efficace : le modèle Risque-Besoins-Réceptivité. *Pratiques Psychologiques* 21(3), 219-234. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2015.05.002>
- Bonta, J. et Andrews, D. A. (2007). *Modèle d'évaluation et de réadaptation des délinquants fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité*. Ottawa : Sécurité publique Canada. Repéré à <https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrsc/pblctns/rsk-nd-rspnsvty/rsk-nd-rspnsvty-fra.pdf>
- Cortoni, F. et Lafortune, D. (2009). Le traitement correctionnel fondé sur des données probantes : une recension. *Criminologie* 42(1), 61-89. <http://dx.doi.org/10.7202/029808ar>