

Direction des bibliothèques

AVIS

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal

**La perception de l'aide reçue, les délinquants juvéniles et la récidive :
L'effet de modération de la prise en charge**

Par Julie Ste-Marie

École de criminologie
Faculté des Arts et sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures

En vue de l'obtention du grade de M.Sc.

En criminologie

Le 19 décembre 2008



Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :
La perception de l'aide reçue, les délinquants juvéniles et la récidive :
L'effet de modération de la prise en charge

présenté par :

Julie Ste-Marie

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Denis Lafortune : président rapporteur

Louis-Georges Cournoyer : directeur de recherche

Jacques Dionne : examinateur externe

Résumé

L'impact de l'alliance thérapeutique sur le changement est un sujet dominant dans la recherche en psychothérapie. L'établissement d'une alliance serait même essentiel pour la réussite d'une intervention. Ce mémoire s'intéresse au lien entre la perception de l'aide reçue, un concept qui reprend certaines des composantes de l'alliance thérapeutique, et la récidive. Il cherche également à comprendre l'impact des caractéristiques de la prise en charge sur ce lien. La population à l'étude est composée de quatre-vingt-deux délinquants juvéniles (N=82) pris en charge par le Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire selon trois modalités, soit la probation intensive, la probation régulière et la mise sous garde ouverte continue. L'effet modérateur des types de prise en charge sur le lien entre la perception de l'aide reçue et la récidive est vérifié à l'aide d'analyses de régression logistique. Les données utilisées proviennent du plumitif criminel et pénal de la Cour du Québec, d'outils cliniques et des dossiers des jeunes. Les principaux résultats obtenus démontrent que le type de prise en charge a un effet de modulation sur le lien entre la perception de l'aide reçue et la récidive. Il est aussi démontré que la considération de différents types de récidive nuance les résultats. Il apparaît important de tenir compte des caractéristiques de la prise en charge des délinquants dans la mesure où celles-ci modèrent la relation entre la perception qu'ils ont de l'aide reçue et leur récidive.

Mots clés : Délinquance juvénile, délinquants juvéniles, alliance thérapeutique, récidive, efficacité des traitements, réhabilitation. probation intensive.

Abstract

The impact of the therapeutic alliance is a major concern in recent psychotherapy research. In fact, establishing such an alliance could be considered essential to an intervention's success. This master's thesis examines the relationship between the perception of assistance, inspired by concepts of the therapeutic alliance, and recidivism and verifies whether the characteristics of the modality of treatment moderate this relationship. The population under study is composed of eighty-two (N=82) juvenile delinquents followed at "Le Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire" in three treatment modality: intensive probation, regular probation and open custody. The effect of the subject's modality of treatment on the relationship between the perception of assistance and recidivism is verified by mean of logistic regressions. The data are collected from the criminal and penal records of the Court of Quebec, clinical tools and a questionnaire on the subject's perceptions of assistance. Results indicate that the subject's modalities of treatment moderate the relationship between the perception of assistance and recidivism. However, categorizing different types of recidivism does affect the results. The importance of considering participants and their treatment conditions in understanding the relationship between assistance perception and recidivism is emphasized.

Keywords : Juvenile delinquency, juvenile delinquent(s), therapeutic alliance, recidivisms, treatment outcomes, rehabilitation, intensive probation

Table des matières

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Introduction | 1 |
| Contexte théorique | 2 |
| 1- L'intervention auprès des délinquants juvéniles | 3 |
| 1.1 Travailler avec un adolescent | 3 |
| 1.2 Le travail avec les délinquants | 6 |
| 2- Les programmes élaborés pour le travail auprès des délinquants juvénile | 9 |
| 2.1 L'intervention différentielle | 9 |
| 2.2 L'approche cognitive-comportementale..... | 10 |
| 2.3 Le modèle RNR (risk-need-responsivity) | 12 |
| 3- L'alliance thérapeutique | 15 |
| 3.1 L'alliance thérapeutique et son efficacité..... | 15 |
| 3.2 La définition de l'alliance thérapeutique..... | 17 |
| 3.3 L'alliance thérapeutique avec les adolescents..... | 18 |
| 3.4 L'alliance thérapeutique avec les délinquants juvéniles | 20 |
| 4- Les caractéristiques qui influencent l'intervention et ses résultats | 21 |
| 4.1 Le contexte de la prise en charge | 22 |
| 4.2 Les caractéristiques personnelles | 25 |
| Problématique | 29 |
| Méthodologie | 32 |
| 1- Les participants..... | 32 |
| 2- La méthode et le temps de cueillette | 34 |
| 3- Les variables à l'étude | 35 |
| 3.1 La variable dépendante : la récidive..... | 35 |
| 3.2 La variable indépendante : la perception de l'aide reçue | 36 |
| 3.3 Les variables contrôle à l'étude..... | 43 |
| 4- Les analyses statistiques..... | 48 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Analyses et résultats | 53 |
| 1- Les interrelations entre les variables à l'étude | 53 |
| 1.1 Relations entre les variables contrôles | 53 |
| 1.2 Relations entre les échelles de la perception de l'aide reçue, l'âge, le nombre de délits antérieurs et la personnalité | 56 |
| 2- Vérification de la première hypothèse | 59 |
| 2.1 Relations entre la récidive et les variables contrôle | 59 |
| 2.2 Modèle final de l'hypothèse 1 | 63 |
| 2.3 Première hypothèse nuancée par le type de récidive..... | 63 |
| 3- Vérification de la deuxième hypothèse | 66 |
| 3.1 Effet de modulation de la prise en charge | 67 |
| 3.2 Deuxième hypothèse nuancée par le type de récidive..... | 71 |
| Discussion | 84 |
| 1- Étude du lien entre les variables | 85 |
| 2- La première hypothèse | 88 |
| 3- La deuxième hypothèse..... | 90 |
| Conclusion | 99 |
| Bibliographie | 102 |
| Annexes | 109 |
| Annexe 1 : Description des échelles du PARI | 109 |
| Annexe 2 : Tableaux de l'analyse factorielle | 112 |

Table des tableaux

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tableau 1 | 35 |
| Statistiques descriptives de la variable dépendante « récidive » | |
| Tableau 2 | 41 |
| Statistiques descriptives des échelles de la variable indépendante « perception de l'aide reçue » | |
| Tableau 3 | 42 |
| Corrélations paramétriques et non-paramétriques entre les échelles de la variable indépendante « perception de l'aide reçue » | |
| Tableau 4 | 47 |
| Statistiques descriptives de la variable contrôle « personnalité » | |
| Tableau 5 | 51 |
| Vérification de l'effet de modulation de la prise en charge sur le lien entre la disponibilité de l'intervenant et la récidive (exemple fictif) | |
| Tableau 6 | 54 |
| Âge moyen des jeunes selon leur modalité de prise en charge | |
| Tableau 7 | 55 |
| Nombre de délits antérieurs selon la modalité de prise en charge | |
| Tableau 8 | 61 |
| Taux de récidive des jeunes selon leur groupe de prise en charge | |
| Tableau 9 | 62 |
| Le type de prise en charge, le nombre de délits et l'âge comme prédicteurs de la récidive | |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tableau 10 | 66 |
| Vérification du lien entre la récidive reliée à des infractions contre la personne et les échelles « disponibilité de l'intervenant » et « évaluation globale du suivi » | |
| Tableau 11 | 70 |
| Vérification de l'effet de modération de la prise en charge sur le lien entre la récidive et la perception de l'aide reçue | |
| Tableau 12 | 80 |
| Vérification de l'effet de modération de la prise en charge sur la relation entre la récidive et la perception de l'aide reçue pour le groupe de référence « probation intensive » | |
| Tableau 13 | 82 |
| Vérification de l'effet de modération de la prise en charge sur la relation entre la récidive et la perception de l'aide reçue pour le groupe de référence « mise sous garde ouverte continue » | |
| Tableau 14 | 83 |
| Vérification de l'effet de modération de la prise en charge sur la relation entre la récidive et la perception de l'aide reçue pour le groupe de référence « probation régulière » | |
| Tableau 15 | 112 |
| Analyse factorielle de l'échelle « Gestes et attitudes professionnels de l'intervenant » | |
| Tableau 16 | 113 |
| Analyse factorielle de l'échelle «Disponibilité de l'intervenant » | |
| Tableau 17 | 113 |
| Analyse factorielle de l'échelle « Évaluation générale du suivi » | |
| Tableau 18 | 114 |
| Analyse factorielle de l'échelle « Continuité dans le suivi » | |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tableau 19 | 114 |
| Analyse factorielle de l'échelle « Lien de confiance » | |
| Tableau 20 | 115 |
| Analyse factorielle de l'échelle « Lien de proximité avec l'intervenant » | |
| Tableau 21 | 116 |
| Analyse factorielle de l'échelle « Relations avec l'intervenant » | |

Introduction

Dans le travail de réhabilitation avec des délinquants, l'équilibre entre l'impératif de protection de la société énoncé par la loi et la réponse aux besoins des individus n'est pas simple à trouver (Holmqvist et al., 2007). Il est de plus en plus clair que l'incarcération sans traitement ou encore les traitements plus coercitifs n'amènent pas les résultats escomptés. En fait, il semblerait que c'est en mettant en place des programmes de traitement spécifiquement adaptés aux caractéristiques des délinquants que la protection de la société est la mieux garantie (Lipsey et Cullen, 2007 et Andrews et al., 1990).

Alors que dans le domaine de la psychothérapie en général une grande importance a été accordée à la dimension relationnelle dans les traitements, cet aspect a été en grande partie négligé dans le cas des clientèles délinquantes. Si la dimension du traitement apparaît de plus en plus centrale dans le domaine de la réhabilitation, rien ne porte à croire que la façon même dont les services sont prodigués au niveau relationnel n'est pas aussi importante. Le présent mémoire traite de cette question via une définition élargie du concept d'alliance thérapeutique tenant compte de la perception des principaux intéressés, les délinquants juvéniles, quant aux caractéristiques des services reçus et de la relation qui s'est établie avec le principal intervenant qui les a pris en charge.

Contexte théorique

Les lois régissant les comportements criminels placent au cœur de leur intervention la protection de la société (Code criminel canadien, Loi sur le système de justice pénal pour adolescents). Toutefois, pour assurer cette protection, notamment par la diminution du risque de récidive, il ne suffit pas de punir. En effet, la punition à elle seule n'amène pas de changement dans les comportements des délinquants (Lipsey et Cullen, 2007). Il faut que des programmes de traitement soient mis en place par les différentes institutions responsables de la gestion des individus criminalisés (Andrew et al., 1990). Lipsey et Cullen (2007) rapportent que c'est en mettant en place des programmes qui répondent aux besoins des délinquants que la protection de la société sera assurée. D'un autre côté, pour Holmqvist et ses collaborateurs (2007), trouver un équilibre entre la protection de la société et la réponse aux besoins des délinquants représente un dilemme important pour ces institutions. Ainsi, au cours des dernières décennies, de nombreux programmes ont été créés, mis en place et évalués, dans le but de déterminer ceux qui permettent une atteinte maximale des objectifs de protection de la société, de réponse aux besoins des délinquants et de diminution du risque de récidive. Cependant, aucun consensus n'a encore été établi. Ces auteurs prétendent même que la mise en place d'une seule modalité d'intervention est impossible. Par contre, ils s'entendent sur le fait que le « *Nothing Works* » de Martinson (1974) est loin derrière nous. Les méta-analyses en font la démonstration, il est possible d'avoir un impact sur la récidive (Lipsey et

Cullen, 2007; Martin et al., 2000; Lipsey, 1995; Andrews et al., 1990;) et ce, auprès de clientèles autant adultes que juvéniles.

1. L'intervention auprès des délinquants juvéniles

Dans le domaine général de la psychothérapie, les adolescents constitueraient une des clientèles qui représente les plus grands défis pour les thérapeutes, notamment parce que le besoin de se distancer de l'adulte leur est essentiel (Digiuseppe et al., 1996; Church, 1994). Les délinquants représentent eux aussi une clientèle particulièrement difficile d'approche pour les intervenants (Andrews et Bonta, 2006; Richards et Sullivan, 1996; Werry, 1992). Le travail avec les délinquants juvéniles apparaît alors être un défi de taille pour les spécialistes amenés à établir une relation avec eux. Toutefois, il semble que ce ne soit pas une mission impossible.

1.1 Travailler avec un adolescent

Le travail avec les adolescents représente un défi de taille pour les spécialistes et ce, pour plusieurs motifs. L'adolescence est une période de la vie durant laquelle un jeune veut se distancer des adultes, principalement de ses parents (Church, 1994). Il cherche à obtenir une certaine autonomie, c'est-à-dire une définition de soi qui est différente de celle de sa famille et une recherche de buts personnels fondée sur des valeurs qui lui sont propres (Church, 1994). Ce processus de séparation est grandement influencé par les pairs, qui deviennent le point de repère et l'influence principale des comportements adoptés (Morizot et LeBlanc, 2000). L'adolescent est à la recherche de relations égalitaires et veut être l'agent de son changement (Church,

1994). Il peut aussi être en opposition avec les figures d'autorité (Digiuseppe et al., 1996). Mettre en place un cadre où l'adolescent doit accepter l'aide de l'adulte paraît alors complexe, cela allant à l'encontre de ses besoins. Martin et ses collaborateurs (2006) ont identifié, au moyen de groupes de discussion, les qualités que les adolescents recherchent chez les adultes avec qui ils entrent en relation. Le respect, l'ouverture, le partage, la reconnaissance du jeune comme son égal, la liberté, la responsabilité et la possibilité de s'exprimer sont quelques unes des composantes de la relation recherchées par cette clientèle.

Il est aussi plus difficile d'entrer en relation avec la clientèle adolescente car celle-ci est très rarement à l'origine de la demande d'aide (Digiuseppe et al., 1996; Kazdin, 1993a; O'Malley, 1990). Les adolescents ne sont pas ceux qui voient la nécessité d'apporter un changement à leurs comportements. La demande d'aide vient généralement des membres de l'entourage de l'adolescent, comme ses parents, qui subissent les contres coups de ses comportements (O'Malley, 1990). Le jeune se voit alors contraint de se soumettre à l'intervention. Cela pose problème à trois niveaux. Premièrement, les besoins de départ auxquels doit répondre l'intervention ne sont pas ceux de l'adolescent, mais ceux des demandeurs d'aide (Kazdin, 1993a). Deuxièmement, la relation doit s'établir dans un contexte non-volontaire, ce qui représente un obstacle à la mise en place des éléments propices au changement (Digiuseppe et al., 1996; O'Malley, 1990). Le cadre non-volontaire peut également poser problème au niveau de la réceptivité (Serin, 2000) et de la motivation au changement (Miller et Rollnick, 2006) de l'adolescent. Troisièmement, le fait que l'adolescent ne soit pas le demandeur de l'aide laisse supposer que, soit il ne

considère pas ses comportements comme étant problématiques (Digiuseppe et al., 1996), soit il ne voit pas le besoin de traitement (Shirk et Saiz, 1992), soit il ne veut tout simplement pas changer (Digiuseppe et al., 1996). Ainsi, le fait que la demande d'aide émane d'une tierce personne rend l'intervention auprès des adolescents plus complexe car les individus ciblés ne sont pas nécessairement volontaires et désireux de changer.

Le travail auprès des adolescents est l'un des plus ardues pour les thérapeutes, car ils en sont souvent à un stade du processus de changement où ce dernier n'est pas encore envisagé (Digiuseppe et al., 1996), soit celui que Prochaska et Diclemente (1982) nomment « précontemplation ». À cette étape du processus, soit le jeune n'est pas conscient du problème, soit son comportement ne lui fait pas vivre suffisamment de malaise ou de conséquences pour qu'il veuille le changer. Cela a un impact sur la motivation de l'adolescent quand vient le temps de travailler avec le thérapeute pour changer le comportement, car il n'en voit pas la nécessité. La première étape de la psychothérapie sera donc de faire évoluer l'adolescent du stade de précontemplation à celui de contemplation, stade où la personne perçoit le besoin de changement (Digiuseppe et al., 1996). Ainsi, le travail avec les adolescents est plus complexe, car ils n'ont pas encore, dans leur processus, identifié la nécessité de ce travail.

En bref, le travail avec les adolescents représente un défi important pour les intervenants, car ils recherchent une autonomie face aux adultes, sont rarement initiateurs de la demande d'aide et, soit qu'ils ne sont pas conscients du problème, soit qu'ils ne souhaitent tout simplement pas changer. Dans un tel contexte, qu'en est-

il des jeunes pour qui les comportements inadéquats comportent en plus des avantages importants?

1.2 Le travail avec les délinquants

S'il est difficile de travailler avec les adolescents parce qu'ils ne considèrent pas leurs comportements comme étant problématiques (Digiuseppe et al., 1996), qu'ils ne vivent pas de conséquences désagréables qui y sont associées ou qu'ils ne voient pas la nécessité de changer (Shirk et Saiz, 1992), qu'en est-il du travail avec une clientèle qui retire des avantages de ses comportements antisociaux? C'est notamment le cas des délinquants juvéniles, à qui les actes antisociaux procurent des avantages, qu'ils soient de type financiers ou sociaux (Cournoyer et Dionne, 2007; Andrews et Bonta, 2006).

Il a d'abord été démontré par des auteurs que les jeunes présentant des troubles extériorisés représentent une clientèle plus difficile en intervention que ceux qui présentent des troubles intériorisés et ce, parce leur opposition à l'autorité est plus importante (Digiuseppe et al., 1996). Or, les troubles extériorisés sont constitués entre autres des troubles de comportement et de la conduite antisociale (Kazdin, 1993a). Donc, les jeunes qui présentent une conduite antisociale, comme les délinquants, adhèreraient plus difficilement au processus de changement que les autres. Werry (1992) souligne aussi qu'il est presque impossible d'obtenir un changement avec les jeunes diagnostiqués pour des troubles de la conduite, car il s'agit de la problématique la plus sérieuse rencontrée chez cette clientèle.

Swenson et Kennedy (1995) soutiennent de leur côté que le travail avec les délinquants est difficile, car ceux-ci ont plus de problématiques que les autres jeunes de leur âge (résolution de problèmes, problèmes d'apprentissage, déficit d'attention, hyperactivité, santé mentale, consommation, etc). Kazdin (1993a) souligne aussi cette comorbidité chez les jeunes ayant des troubles de comportement.

Les délinquants juvéniles ont des caractéristiques qui représentent un obstacle important au travail des intervenants. À ces problématiques spécifiques s'ajoutent les difficultés présentées précédemment avec une clientèle adolescente. Ainsi, s'il est vrai qu'un jeune qui n'est pas conscient du côté problématique de ses comportements est à un stade du processus de changement où celui-ci n'est pas encore envisagé, cela est aussi vrai pour celui qui, non seulement ne voit pas les conséquences négatives de ses actes, mais qui, en plus, en retire des bénéfices (Cournoyer et Dionne, 2007; Andrews et Bonta, 2006). Le jeune est dans ce cas contraint de se soumettre à une intervention pour modifier un comportement même s'il ne veut pas le faire. Alors que, pour les adolescents en général, le côté non-volontaire de l'intervention représente un défi dans la création d'un contexte favorable au travail (Digiuseppe et al., 1996), la notion d'intervention en contexte d'autorité est inhérente dans l'intervention auprès des délinquants, car celle-ci sous-tend qu'il y a eu jugement et ordonnance de la Cour pour qu'elle soit mise en marche. Le cadre de travail est encore plus ardu à mettre en place avec les adolescents aux conduites antisociales, non seulement dans la mesure où ils souhaitent se détacher des adultes, mais parce qu'ils sont en opposition avec toute forme d'autorité (Andrews et Bonta, 2006;

LeBlanc et al., 2002; Fréchette et LeBlanc, 1987). Cependant, il n'est pas impossible de le faire.

Par exemple, Holmviqt et ses collaborateurs (2007) rapportent, dans une étude faite sur le traitement des jeunes délinquants placés en institution, que les intervenants doivent mettre l'accent sur le travail concret à accomplir. Si les intervenants misent trop sur les aspects émotionnels, le jeune risque de se distancer de l'adulte. Ainsi, Holmviqt et al. (2007) rapportent que: « the optimal staff attitude seems to imply limits on emotional over-involvement and a clear focus on the work » (page 176). De leur côté, Swenson et Kennedy (1995) soutiennent que, pour les jeunes présentant des troubles extériorisés, les résultats de l'intervention sont liés à la perception de contrôle de ces jeunes. Ils définissent la perception de contrôle comme étant d'une part la perception de leur compétence, c'est-à-dire de leur capacité à changer, et, d'une autre part, la perception qu'ils sont le principal agent de leur changement. Les auteurs soulignent que plus un jeune perçoit qu'il est en contrôle, plus il est possible de travailler avec lui. Pour obtenir le changement, il faut alors enseigner aux adolescents présentant des troubles extériorisés comment faire les choses adéquatement, mais ne pas chercher à les faire pour eux.

Toutefois, s'il apparaît plus difficile pour les spécialistes de mettre en place un contexte favorable aux changements avec une clientèle de délinquants juvéniles qu'avec d'autres adolescents, pour Elliot (2007), il n'est pas impossible de traverser ces résistances. Lipsey et Cullen (2007), Floresheim et ses collaborateurs (2000), Lipsey (1995) et d'Andrews et ses collaborateurs (1990) vont en ce sens en

démontrant que la mise en place de programmes de traitement pour délinquants juvéniles permet de diminuer la récidive. Lipsey et Cullen (2007) avancent même que le traitement chez les délinquants juvéniles a un plus grand impact sur la récidive que pour la clientèle adulte.

En bref, il apparaît que le travail auprès des adolescents représente un défi important pour les spécialistes (Diguissepe et al., 1996; Church, 1994). Ce défi est encore plus grand quand il s'agit d'une clientèle composée de délinquants juvéniles (Swenson et Kennedy, 1995). Toutefois, il n'est pas impossible d'avoir un impact sur les changements de comportements auprès de ces jeunes (Lipsey et Cullen, 2007; Elliot, 2007; Lipsey, 1995; 1999; Andrews et al., 1990).

2. Les programmes élaborés pour le travail auprès des délinquants juvéniles

L'intervention auprès des délinquants juvéniles peut mener à un changement de comportement qui est souvent mesuré dans les recherches par la diminution de la récidive (Lipsey et Cullen, 2007; Floresheim et al., 2000; Lipsey, 1995; Lipsey, 1999; Andrews et al., 1990). Alors qu'il a été affirmé que la seule punition ne suffit pas à modifier les comportements, plusieurs composantes ont été mises en évidence quant aux programmes de traitement les plus efficaces avec les délinquants juvéniles. La partie qui suit s'attarde à cette question.

2.1 L'intervention différentielle

L'intervention différentielle est l'approche préconisée au Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire (CJM-IU). Elle est décrite par LeBlanc, Dionne,

Proulx, Grégoire et Trudeau-LeBlanc (2002) dans l'ouvrage *«Intervenir autrement : un modèle différentiel pour les adolescents en difficulté»*. Elle découle du principe que, même s'ils présentent des caractéristiques semblables, les jeunes en difficulté n'ont pas tous les mêmes besoins. Les auteurs soulignent dans leur ouvrage l'importance d'un bon appariement entre intervenants, adolescents en difficulté et méthodes.

L'approche différentielle combine diverses méthodes d'intervention : le modèle psycho-éducatif, l'approche cognitive-comportementale et l'approche cognitive-développementale. Le modèle psycho-éducatif s'inspire des travaux de Gendreau (1985) sur les schèmes relationnels. L'approche cognitive-comportementale s'appuie sur le fait que le comportement humain est appris et se traduit dans les schèmes cognitifs des personnes qui déterminent leur façon d'appréhender les situations et les comportements à privilégier. Elle se base sur les travaux notamment de Watson, Pavlov et Skinner (LeBlanc et al., 2002). L'approche cognitive-développementale s'appuie, quant à elle, sur l'étude des stades du développement de l'intelligence (Piaget, 1932) et du jugement moral (Kohlberg, 1987). En bref, dans l'approche différentielle, il s'agit d'employer des méthodes diversifiées et adaptées aux besoins spécifiques des délinquants (LeBlanc et al., 2002).

2.2 L'approche cognitive-comportementale

L'approche cognitive-comportementale, prise en compte dans le modèle d'intervention différentielle de LeBlanc et al., (2002) est efficace pour intervenir en

regard d'un grand nombre de problématiques (Wormith et al., 2007; Lipsey et Cullen, 2007; Richards et Sullivan, 1995; Horvath et Symonds, 1991). Par exemple, Horvath et Symonds (1991) comparent diverses approches dans leur méta-analyse. L'approche cognitive-comportementale a un effet de taille de 0,26, en comparaison avec celui de l'approche psychodynamique, qui est de 0,17. Cependant, ils ne s'attardent pas particulièrement à une clientèle délinquante. Wormith et ses collaborateurs (2007) présentent, quant à eux, l'approche cognitive-comportementale comme une bonne solution pour les intervenants qui sont appelés à travailler avec les délinquants juvéniles. Dans une méta-analyse, Landerbeger et Lipsey (2005) soulignent aussi qu'elle est l'une des méthodes les plus efficaces avec cette clientèle.

L'approche cognitive-comportementale est basée sur l'idée que, pour modifier un comportement, il faut s'attaquer aux cognitions qui y sont rattachées (LeBlanc et al., 2002). Un comportement inapproprié est le résultat d'une erreur dans le schème de pensées de l'individu. LeBlanc et al. (2002) soulignent que l'objectif principal du travail en cognitif-comportemental est de repérer ces cognitions associées aux comportements antisociaux. Cela permet d'en comprendre les causes et ainsi de mettre en place des moyens pour en diminuer la fréquence. Plusieurs outils sont présentés par les auteurs dans leur livre. Par exemple, il y a la grille d'auto-observations. Les jeunes, suite à une situation donnée, sont amenés à trouver les cognitions, les émotions, les sensations physiques, la réponse et les conséquences qui y sont associés. Par la suite, ils doivent réfléchir à des alternatives à ces cognitions, ces émotions, ces sensations qui auraient menées à une réponse différente, socialement acceptable.

Pour apprendre à corriger les réponses antisociales, au CJM-IU, les jeunes sont amenés à participer à différents ateliers d'apprentissage construits selon le programme ART (*agression replacement training*) élaboré par Goldstein, Glick et Gibbs (1998) (Cournoyer et Dionne, 2007; LeBlanc et al., 2002). Ces ateliers visent à répondre aux besoins du jeune notamment au niveau de la gestion de la colère, de l'empathie et de la résolution de conflits (LeBlanc et al., 2002).

2.3 Le modèle RNR (*risk-need-responsivity*)

Andrews et Bonta (2006), de leur côté, ne présentent pas une approche spécifique en soi. Après avoir étudiés les programmes des traitements les plus efficaces avec les délinquants, ils ont présenté un modèle dans lequel sont nommés les éléments que devraient comporter les programmes pour être efficaces. Leur principes ont été d'abord mis de l'avant pour une clientèle adulte, mais se sont aussi avérés efficaces pour les délinquants juvéniles (Andrews et al., 1990).

Andrews et Bonta (2006) et Andrews et ses collaborateurs (1990) proposent, pour diminuer le risque de récidive chez les délinquants, trois composantes des programmes : le risque, les besoins et la « responsivity ». Premièrement, le risque représente le risque de récidive. Les interventions les plus intensives ne doivent être réservées qu'aux individus présentant les risques de récidive les plus élevés. Deuxièmement, pour être efficace, une intervention doit s'attarder aux besoins liés aux facteurs criminogènes qui peuvent être répartis dans huit sphères : la famille, les antécédents de conduites antisociales, les pairs, la consommation, les loisirs, l'école ou le travail, la personnalité antisociale et les comportements antisociaux. Bien que

l'intervention puisse également cibler certains besoins non-criminogènes, comme l'estime de soi et la dépression, l'intervention s'attardant uniquement à ces besoins ne permet pas d'avoir un impact sur la récidive (Andrews et al., 1990). Holmviqt et al. (2007) vont également dans ce sens en soutenant que les traitements qui se concentrent sur les comportements antisociaux s'avèrent plus efficaces que ceux qui traitent d'éléments périphériques. Troisièmement, Andrews et Bonta (2006) et Andrews et ses collaborateurs (1990) soutiennent qu'il est essentiel de trouver la bonne approche pour chacun des individus. C'est la « responsivity ». Andrews et al. (1990) définissent la « responsivity » comme étant, d'une part, le fait de cerner les cibles d'intervention qui répondent aux besoins spécifiques de chaque individu et, d'une autre part, le fait de s'adapter à la capacité d'apprentissage de chaque client. L'intervention doit également tenir compte de l'intérêt et des caractéristiques personnelles de chacun. Ainsi, une même approche ne peut pas être appropriée pour tous les individus.

Andrews et Bonta (2006) et Andrews et ses collaborateurs (1990) proposent donc qu'il n'existe pas une méthode unique pour modifier les comportements des délinquants. Dans leur méta-analyse de 1990, Andrews et al. rapportent cependant que le type de traitement est la variable qui a le plus grand impact sur les variations observées lors de la comparaison des recherches s'intéressant au lien entre l'intervention et la récidive. Il faut alors un traitement approprié pour diminuer la récidive. Par contre, pour eux, tout traitement peut être approprié tant que les trois composantes sont présentes. Wormith et al. (2007) vont également en ce sens. Ils

rapportent, dans leur méta-analyse, que l'effet de taille est de 0,38 lorsque les trois composantes d'Andrews et Bonta (2006) sont présentes.

Cependant, de nombreuses critiques ont été formulées envers le modèle d'Andrews et Bonta (2006) et d'Andrews et ses collègues (1990). Ward et ses collaborateurs (2007), notamment, défendent qu'il est incomplet. Par exemple, la question de la motivation du client n'est pas prise en compte dans la notion de « responsivity ». De plus, ce modèle ne tient pas compte de l'identité personnelle du délinquant. Ward et al. (2007) soulignent aussi que le fait de ne pas considérer les facteurs non-criminogènes est une erreur. Pour eux, il est nécessaire de s'attarder aux besoins non-criminogènes pour répondre aux besoins liés aux facteurs criminogènes. Ward et al. (2007) indiquent que : « Personal distress, low self-esteem, and distrust can all impact on the development of the therapeutic alliance and make it difficult for therapist to deliver standard RNR model interventions. (...) It has been argued that the creation of a sound therapeutic alliance requires a suite of interventions that are not directly concerned with targeting risk » (page 224). Ward et ses collaborateurs (2007) amènent aussi l'idée qu'une alliance thérapeutique est nécessaire pour la réussite d'une intervention. Ainsi, ne tenant pas compte de l'importance d'établir une alliance thérapeutique, notamment en ignorant les facteurs non-criminogènes, la méthode proposée par Andrews et Bonta (2006) et Andrews et al. (1990) serait incomplète. Jensen et ses collaborateurs (2005) reprennent également cette idée en soulignant l'importance des facteurs non spécifiques, comme l'alliance thérapeutique, dans le processus de changement.

3. L'alliance thérapeutique

Dans le domaine général de la psychothérapie, plusieurs études ont tenté de mettre en évidence les composantes de la relation entre le thérapeute et le client qui favorisent la réussite du traitement. Au cours des dernières décennies, un concept a été mis de l'avant et a gagné en intérêt. Il s'agit de l'alliance thérapeutique. Selon Gaston (1990), l'alliance thérapeutique ne serait pas le propre d'une seule école de pensées. Bordin (1979), Safran et Muran (1995) et Martin et al. (2000) rapportent que sans l'établissement d'une alliance thérapeutique, l'atteinte des objectifs n'est pas possible dans un contexte thérapeutique. Martin et al. (2000) indique quant à eux suite à une méta-analyse que le type de traitement ne change aucunement le lien qu'il y a entre l'alliance thérapeutique et les résultats obtenus.

Plusieurs recherches recensées au cours des dernières années se sont attardées à étudier le rôle que joue l'alliance thérapeutique dans l'atteinte des objectifs fixés.

3.1 L'alliance thérapeutique et son efficacité

Le rôle de l'alliance thérapeutique dans le processus de changement a été fortement étudié aux cours des trois dernières décennies. Les recherches qui traitent du lien entre l'alliance et les résultats du traitement mettent en évidence le côté essentiel de cette composante de la relation thérapeutique.

Dans une méta-analyse réalisée en 1991, Horvath et Symonds rapportent que, chez les adultes, les résultats des analyses mettent en évidence que le lien entre l'alliance de travail et les résultats de la thérapie ne peut pas être dû au hasard. Pour

ces auteurs, l'alliance joue un rôle dans le processus de changement. De même, Martin et al. (2000) établissent, dans une méta-analyse considérant des études faites auprès de populations adultes, un effet de taille de 0,22, donc un lien de force modérée, entre l'alliance thérapeutique et les résultats du traitement. Shirk et Karver (2003), quant à eux, ont repris la question dans une méta-analyse regroupant les recherches dont la population à l'étude est mineure. Le lien entre l'alliance thérapeutique et les résultats est aussi de force modérée ($r=0,24$). L'alliance apparaît aussi comme étant le prédicteur le plus robuste de la réussite ou de l'échec du traitement chez cette population.

L'intérêt pour l'étude du lien entre l'alliance thérapeutique et les résultats du traitement est toutefois assez récent pour la clientèle juvénile. En effet, en 2003, Shirk et Karver ne recensaient que vingt-trois études dans leur méta-analyse. Green (2006) souligne d'ailleurs la nécessité de développer les connaissances sur cette population. Aujourd'hui, il est possible de recenser plus de cent recherches sur les mineurs dans les différentes bases de données. Les problématiques étudiées et les sous-clientèles d'adolescents sont diverses. Par exemple, Robbins et al. (2003) rapportent que le développement de l'alliance est essentiel pour mener l'intervention à son terme. McLoad et Weisz (2005) soulignent quant à eux l'importance de l'alliance dans l'intervention auprès des jeunes présentant des troubles intériorisés. Kazdin (2005) étudie de son côté le lien entre l'alliance thérapeutique et les résultats du traitement avec des jeunes présentant des troubles d'opposition et d'agressivité et des comportements antisociaux. Finalement, Johnson et Ketring (2006) relatent, dans le cas des enfants négligés et abusés, que le développement d'une alliance en cours de

traitement prédit une diminution des symptômes de détresse et de violence qui ont mené à la demande d'aide.

Le rôle de l'alliance thérapeutique dans le processus de changement n'est plus à démontrer. Par contre, une clientèle demeure négligée dans les études présentées précédemment. En effet, les délinquants juvéniles n'ont pas fait l'objet de nombreuses études. Pourtant, une étude de Floresheim et ses collaborateurs (2000), qui ont étudié la question, rapportent que l'alliance thérapeutique permet de prédire la récidive dans différents groupes d'adolescents délinquants.

3.2 La définition de l'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique joue un rôle central dans le processus de changement. Il est donc essentiel de s'attarder à ce sujet dans les recherches. Par contre, la notion d'alliance thérapeutique est un concept qui est défini différemment selon les auteurs.

Dans le présent mémoire, la définition de l'alliance thérapeutique proposée par Bordin (1979) sera retenue. Cette définition comporte trois composantes : le lien, les buts et les activités. Premièrement, il doit se créer un lien affectif entre le thérapeute et son client. Par contre, contrairement à ce qui est mis de l'avant dans la théorie sur la relation thérapeutique, ce seul lien ne permet le changement. Les deux composantes suivantes font la différence entre la relation et l'alliance thérapeutique (Diguiseppe et al., 1996). Deuxièmement, il doit y avoir, entre le client et le thérapeute, une entente sur les buts recherchés dans la thérapie. Bordin (1979) souligne que les événements de la vie d'un client peuvent représenter des obstacles à certains buts fixés, d'où l'importance que les deux parties soient en accord.

L'acceptation d'un but par le client peut être liée à ses capacités personnelles, mais aussi au fait qu'il perçoit qu'il peut l'atteindre facilement ou non. Troisièmement, le client et le thérapeute doivent s'entendre sur la façon dont ils vont travailler, donc sur les activités qui seront réalisées par chacun des membres de la relation pour atteindre les buts fixés. Bordin (1979) note également que l'alliance ne s'établit pas de la même façon avec tous les clients.

L'alliance a été définie en fonction des composantes établies par Bordin (1979). Cependant, il est encore impossible de déterminer en quoi ces éléments sont si essentiels au changement. Qu'est-ce qui, dans l'alliance, amène le changement?

3.3. L'alliance thérapeutique avec les adolescents

Des auteurs ont souligné l'importance d'avoir une littérature différente sur l'alliance thérapeutique pour les jeunes et les adultes, car elle ne s'établirait pas de la même façon chez les deux groupes d'âge (Zack et al., 2007; Green, 2006). En fait, il serait plus difficile d'établir une alliance avec les mineurs qu'avec les adultes, notamment à cause du désir d'autonomie du jeune par rapport à la figure d'autorité (McLoad et Weisz, 2005). Cet argument n'est pas sans rappeler ceux mis de l'avant pour justifier le fait qu'il est plus complexe de mettre en place un cadre de travail avec les adolescents. Pourtant, l'établissement d'une alliance aurait un plus grand impact sur les résultats avec les jeunes qu'avec les adultes (Shirk et Saiz, 1992).

S'il est important de bâtir des connaissances spécifiques aux jeunes, c'est notamment parce que toutes les composantes de Bordin (1979) ne se retrouvent pas chez cette clientèle (Zack et al., 2007). Zack et ses collaborateurs (2007) relatent qu'il

est possible d'observer avec cette clientèle deux des composantes, soit le lien et l'entente sur les activités, mais pas l'entente sur les buts. Diguiseppe et ses collaborateurs (1996) font également cette constatation. Zack et ses collègues (2007) posent trois hypothèses pour expliquer l'absence de la composante « entente sur les buts » dans les observations avec les mineurs. Premièrement, il y a le niveau de développement cognitif des jeunes qui diffèrent de celui des adultes. Il faut un certain niveau d'habiletés sur le plan cognitif pour être en mesure de comprendre les buts de l'intervention et leurs implications à plus long terme (Zack et al., 2007). Or, pour Zack et al. (2007), les jeunes n'ont pas atteint ce niveau, ce qui explique l'absence de la composante « entente sur les buts ». Deuxièmement, les jeunes, n'étant pas eux-mêmes les demandeurs d'aide, peuvent ne pas être conscients du côté problématique des comportements visés par l'intervention. Il peut donc y avoir plus une absence de consensus dans les objectifs qu'une absence de but en tant que tel. Troisièmement, Zack et ses collaborateurs (2007) suggèrent que l'absence de but découle du fait que la composante « entente sur les buts » est confondue avec celle « entente sur les activités ». Le but et la façon de travailler seraient perçus par les jeunes comme une seule et même chose.

Il a été établi que l'alliance thérapeutique est essentielle pour enclencher le changement (Diguiseppe et al., 1996) et qu'elle est en relation avec les résultats de l'intervention chez les mineurs (Shirk et Karver, 2003). Par contre, elle ne se met pas en place de la même façon avec tous les clients (Bordin, 1979). Diguiseppe et ses collaborateurs (1996) suggèrent par exemple qu'une alliance est plus difficile à former avec des jeunes qui présentent des troubles de l'attachement, qui ont des

problèmes au niveau de l'identification de leurs émotions, qui rejettent la responsabilité de leurs actes sur autrui et qui ne voient pas en quoi leurs efforts peuvent avoir un effet positif sur eux. Plusieurs de ces caractéristiques sont présentes chez les délinquants juvéniles. Toutefois, le lien entre l'alliance thérapeutique et les résultats de l'intervention a été très peu étudié chez cette clientèle.

3.4 L'alliance thérapeutique avec les délinquants juvéniles

L'impact de l'alliance thérapeutique a été peu étudié chez les délinquants juvéniles. Zack et ses collaborateurs (2007) ont établi que le lien entre l'alliance et les résultats de l'intervention est plus fort chez les jeunes qui présentent des troubles extériorisés, comme la conduite antisociale, que chez ceux qui présentent des troubles intériorisés. Aussi, bien qu'elle soit plus difficile à établir avec les jeunes aux troubles extériorisés, l'alliance thérapeutique aurait un plus grand impact sur le changement avec cette clientèle.

Floresheim et ses collaborateurs (2000) sont parmi les auteurs qui ont étudié l'impact de l'alliance thérapeutique sur la récidive. D'abord, ils observent que les jeunes qui forment une alliance avec l'adulte complètent en plus grand nombre le traitement et que le fait de compléter le programme diminue la récidive. Ensuite, ils analysent le lien entre l'alliance thérapeutique et la récidive. Ils concluent que les jeunes qui rapportent une plus forte alliance thérapeutique au départ ou dont la cotation à l'outil d'évaluation s'améliore entre les deux temps de mesure récidivent moins que les jeunes qui rapportent une moins bonne alliance thérapeutique dès le départ ou dont la cotation diminue entre les temps un et deux. La nuance ici posée

soulève des questions d'ordre méthodologique importantes quant au temps de mesure de l'alliance thérapeutique. Floresheim et ses collaborateurs (2000) rapportent finalement une nuance intéressante. Ils font la distinction entre différents groupes de prise en charge présentant un niveau d'encadrement et une structure plus ou moins fermes. Notamment, les jeunes qui sont soumis à un encadrement plus serré rapportent une meilleure alliance. L'importance de tenir compte du contexte de prise en charge est soulevée par cette étude.

Ainsi, les recherches dans le domaine de la psychothérapie ont mis en évidence l'importance de l'établir une l'alliance au sein de la relation thérapeutique. L'alliance jouerait même un rôle déterminant dans la diminution de la récidive chez les délinquants juvéniles (Zack et al., 2007; Floresheim et al., 2000), bien qu'elle soit plus difficile à créer avec cette population (Digiuseppe et al., 1996). De plus, l'importance de tenir compte du contexte d'intervention (Floresheim et al., 2000) et des caractéristiques personnelles de la clientèle (Bordin, 1979) est soulignée, car l'alliance thérapeutique s'établit différemment avec chaque client. Cependant, peu de recherches se sont attardées à ces éléments qui modifient le lien entre l'alliance thérapeutique et la récidive.

4. Les caractéristiques qui influencent l'intervention et ses résultats

L'intervention faite auprès des délinquants juvéniles peut être efficace pour diminuer la récidive (Lipsey et Cullen, 2007; Lipsey, 1995; Andrews et al., 1990). Par contre, toutes les modalités d'intervention ne seraient pas aussi efficaces (LeBlanc et al., 2002; Lipsey, 1995; Andrews et al., 1990). D'ailleurs, Andrews et

Bonta (2006), LeBlanc et ses collaborateurs (2002) et Andrews et ses collaborateurs (1990) soulignent l'importance d'un bon appariement entre les caractéristiques du jeune et les programmes mis en place. Dans ce cas, quelles sont les caractéristiques des jeunes et de la prise en charge qui influencent le lien entre l'intervention et ses résultats? Et ces caractéristiques ont-elles aussi un impact sur l'établissement d'une alliance thérapeutique?

4.1 Le contexte de prise en charge

D'abord, Lipsey (1995) rapporte, dans une méta-analyse, que le type de traitement a un impact sur l'efficacité des programmes. Par exemple, les programmes qui offrent un apprentissage concret de comportements et d'habiletés, comme les programmes comportementaux et d'aide à l'emploi, sont plus efficaces que ceux qui se centrent sur la supervision, comme la probation, ou ceux qui mettent l'accent sur le processus psychologique, comme les thérapies individuelles. Lipsey (1999) souligne, dans une autre méta-analyse, que la relation entre l'intervention et ses résultats diffère en fonction du type de prise en charge. Il compare différentes études portant sur des programmes de réhabilitation gérés par le système de justice (probation intensive, médiation) et par la communauté (en lien avec l'école par exemple). Il apparaît que ce sont les traitements gérés par le système de justice qui sont les plus efficaces, notamment la probation intensive et la supervision intensive après que le délinquant ait purgé sa peine. Il rapporte aussi que les programmes les plus efficaces sont ceux qui impliquent plus d'heures de contact entre le jeune et son intervenant. D'un autre côté, Lipsey et Cullen (2007) soutiennent que trop de supervision n'a pas un effet

meilleur sur la récidive. Ces trois études n'abordent cependant pas la question de l'alliance thérapeutique.

Ensuite, Floresheim et ses collègues (2000) comparent les jeunes suivis dans trois programmes présentant un niveau de structure et une intensité de contacts différente entre le jeune et son intervenant. Les « *proctor homes* » sont des environnements structurés, qui fournissent un traitement souvent individuel, mais qui laissent un haut niveau d'autonomie aux jeunes. Les « *group homes care* » sont des traitements résidentiels proposant un haut niveau de supervision et de traitement intensifs. Les « *work programs* » mettent l'accent sur la réparation des torts causés à la victime ou à l'état, le travail sur les comportements y est moins présent. Les résultats de cette étude montrent que l'alliance thérapeutique est plus élevée et la récidive, plus faible, dans le groupe où le jeune a le plus de contacts avec son intervenant, soit le « *group home care* ».

Finalement, au Québec, Cournoyer et Dionne (2007) se sont intéressés à l'impact différentiel, sur la récidive, de trois types de prise en charge (probation intensive, probation régulière et mise sous garde ouverte continue) dans le cadre d'une étude sur l'évaluation du programme de probation intensive du CJM-IU.

La mise en place du programme de probation intensive au CJM-IU visait le développement d'une alternative au placement en mise sous garde ouverte continue qui répondrait à l'impératif de protection de la société énoncé par la loi sur les jeunes

contrevenants (LJC)¹. Le suivi en probation intensive (suivi dans la communauté) se veut une alternative à la prise en charge en institution (mise sous garde ouverte continue). La clientèle qui compose la probation intensive est semblable à celle retrouvée en mise sous garde ouverte continue. Il s'agit de jeunes, majoritairement des garçons, âgés entre quatorze et dix-sept ans, ayant commis des délits sans conséquences graves pour les victimes et présentant plusieurs antécédents criminels, un risque élevé de récidive et un niveau modéré de besoins (cotation selon l'inventaire des risques et des besoins criminogènes). Les jeunes ayant des parents criminalisés, présentant un mode de vie centré sur la consommation de drogues, ayant commis des délits graves contre la personne et ceux présentant une déficience intellectuelle ou un problème de santé mentale étaient exclus du programme de probation intensive (Cournoyer et Dionne, 2007).

Au moment du prononcé de la sentence devant la Cour de la jeunesse, le jeune qui répond aux critères d'admissibilité se voit offrir la possibilité d'être assigné en probation intensive plutôt que d'être placé en institution. Il est alors nécessaire que le jeune et ses parents choisissent de s'impliquer dans le processus, sans quoi le suivi en probation intensive s'avère impossible (Cournoyer et Dionne, 2007).

Il apparaît dans cette étude que les jeunes pris en charge en probation intensive et en mise sous garde ouverte continue ont un profil criminel semblable, qui est plus grave que celui des adolescents en probation régulière. De plus, le profil des délinquants en probation intensive diffère de celui de ceux en probation régulière.

¹ Au moment de la réalisation de la recherche, la LJC n'avait pas encore été remplacée par la loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSJPA).

Cela établi, les auteurs ont comparé la récidive des trois groupes de prise en charge. Premièrement, les auteurs soulignent les bénéfices d'un suivi dans la communauté plus intensif en rapportant un plus grand nombre de manquements pour les jeunes en probation intensive, cela étant dû au fait que, plus ils sont surveillés, plus il est possible de cibler leurs comportements inadéquats, et non au fait qu'ils en commettent plus. Deuxièmement, les auteurs soulignent la réussite du programme de probation intensive en rapportant des taux de récidive inférieurs pour les jeunes de ce groupe que pour ceux en mise sous garde ouverte continue, qui présentaient pourtant un profil semblable au départ.

Ainsi, tel que démontré par les travaux de Courmoyer et Dionne (2007), Floresheim et ses collaborateurs (2000) et Lipsey (1995; 1999), les modalités de la prise en charge des délinquants peuvent avoir un impact sur les résultats de l'intervention.

4.2. Les caractéristiques personnelles

Les caractéristiques des jeunes peuvent avoir une influence sur le lien entre l'intervention et la récidive. Par exemple, Lipsey (1995) rapporte que l'âge, l'ethnie et les antécédents criminels sont des caractéristiques qui ont un impact sur la capacité d'un programme à diminuer le risque de récidive. Cependant, les travaux de Lipsey (1995) ne font pas état de l'alliance thérapeutique.

Dew et Bickman (2005) soulignent l'importance de tenir compte de ce que le client est au départ pour avoir une intervention plus efficace. LeBlanc et ses

collaborateurs (2002) et Bordin (1979) soulignent aussi l'importance d'adapter les techniques et l'intervention aux caractéristiques individuelles des clients.

De leur côté, Floresheim et ses collaborateurs (2000) montrent qu'il y a des différences dans la façon de coter l'alliance thérapeutique entre les jeunes présentant des troubles intériorisés, comme la dépression et l'anxiété, et les jeunes présentant des troubles extériorisés, comme la conduite antisociale. Les jeunes du premier groupe auraient tendance à coter plus haut sur les instruments de mesure de l'alliance thérapeutique. Shirk et Karver (2003) constatent la même chose. Diguseppe et ses collaborateurs (1996) rapportent aussi que le lien entre l'alliance thérapeutique et les résultats de l'intervention est modéré par les caractéristiques des jeunes.

Enfin, Kazdin (1993a) rapporte que les caractéristiques des jeunes (par exemple l'agressivité, les troubles de l'attention, l'hyperactivité, la dépression, la toxicomanie, le déficit dans les relations interpersonnelles et dans la résolution de problèmes, etc.) doivent être pris en compte dans le travail avec ceux présentant des troubles de la conduite (définis comme le vol, les agressions, la fugue, etc), car elles font partie du contexte dans lequel l'intervention se déroule. Pour Kazdin (1993a), il est essentiel de bien cerner la problématique dans son ensemble pour mettre en place une intervention efficace. Il faut alors bien connaître les caractéristiques des jeunes avec qui le travail doit être effectué, car celui-ci diffère en fonction du client à qui il s'adresse.

Il importe ainsi de prendre en compte les caractéristiques des jeunes lors de l'intervention, car celles-ci peuvent jouer un rôle dans l'établissement d'une l'alliance

thérapeutique et dans l'atteinte des objectifs de l'intervention (la diminution de la récidive chez les délinquants).

En bref, la relation entre l'intervention auprès des délinquants et la récidive est influencée par les modalités de la prise en charge (Cournoyer et Dionne, 2007; Floresheim et al., 2002; Lipsey, 1999;1995) et par les caractéristiques personnelles des jeunes (Floresheim et al., 2002; Lipsey, 1995; Kazdin, 1993a). Ces deux éléments ont également un impact sur la mise en place d'une alliance thérapeutique (Floreshaim et al., 2002).

En conclusion, le contexte théorique a d'abord fait la démonstration qu'il semble plus complexe d'intervenir auprès d'une clientèle composée de personnes mineures (Diguissepe et al., 1996; Church, 1994). L'intervention serait encore plus ardue lorsqu'il s'agit de délinquants juvéniles (Diguissepe et al., 1996; Swenson et Kennedy, 1995). Pourtant, bien que certains auteurs soient pessimistes quant à la possibilité de traiter les délinquants juvéniles (Werry, 1992), les recherches ont démontré qu'il est possible de mettre en place une intervention qui permette de diminuer la récidive (Lipsey, 1995; 1999; Andrews et al., 1990). Pour ce faire, il est nécessaire de trouver l'approche qui réponde aux besoins précis des délinquants (LeBlanc et al., 2002), celle-ci peut donc différer d'une personne à l'autre.

Le contexte théorique a ensuite présenté le concept de l'alliance thérapeutique. Il a été souligné que l'établissement d'une alliance thérapeutique est essentiel à la réussite d'une intervention (Ward et al., 2007; Shirk et Karver, 2003;

Martin et al., 2000; Duguiseppe et al., 1996; Horvath et Symonds, 1991; Gaston, 1990; Bordin, 1979) et ce, même auprès des délinquants juvéniles (Floresheim et al., 2000). Pourtant, la revue de la littérature a souligné le manque d'étude sur le sujet auprès de cette clientèle.

Enfin, il a été relevé dans le contexte théorique que la récidive des délinquants juvéniles varie en fonction des modalités de leur prise en charge (Cournoyer et Dionne, 2007; Floresheim et al., 2000; Lipsey, 1999; 1995) et qu'il importe de tenir compte des caractéristiques personnelles de ses jeunes pour mettre en place une intervention efficace (Dew et Bickman, 2005; Lipsey, 1995; Kazdin, 1993a). Floresheim et ses collaborateurs (2000) montrent aussi que le type de prise en charge a un impact sur la cotation de l'alliance thérapeutique par les délinquants et que cette cotation varie en fonction des troubles (intériorisés ou extériorisés) qu'ils présentent.

La problématique

À la lumière du contexte théorique présenté, le présent mémoire propose de vérifier le lien entre l'alliance thérapeutique et la récidive auprès d'un échantillon composé de délinquants juvéniles pris en charge par le Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU) selon trois modalités, soit la probation intensive, la mise sous garde ouverte continue et la probation régulière.

Le manque de recherches concernant le lien entre l'alliance thérapeutique et la récidive pour une population de délinquants juvéniles a été mis en exergue dans le contexte théorique. Il apparaît alors pertinent de s'y attarder. De plus, Cournoyer et Dionne (2007) et Dionne et Cournoyer (2006) ont relevé que le taux de récidive diffère chez les délinquants pris en charge par le CJM-IU en fonction de la modalité de prise en charge. Comme il s'agit ici de la population à l'étude, il est pertinent de vérifier si le type de prise en charge influe également sur le lien entre l'alliance thérapeutique et la récidive.

Dans ce mémoire, l'alliance thérapeutique est étudiée à l'aide d'un concept plus large, nommé « perception de l'aide reçue » (Cournoyer, Lupien, Dionne et Laporte, 2003). Dans le contexte théorique, il a été question du concept de « responsivity » mis de l'avant par Andrews et ses collaborateurs (1990). La « responsivity » est l'idée selon laquelle, pour maximiser l'efficacité d'une intervention, il faut adapter son mode de dispensation aux besoins individuels des individus. Dans un tel contexte, il est plus probable qu'une alliance thérapeutique s'établisse entre l'intervenant et le client. De son côté, l'alliance thérapeutique est un

concept qui traite davantage des aspects relationnels d'une intervention et de l'accord entre l'intervenant et le client sur les modalités de dispensation. Il s'agit donc ici de deux concepts distincts qui ont un impact l'un sur l'autre. En effet, si les modalités de dispensation sont adaptés aux besoins de l'individu, il est davantage probable que le client y adhère et les accepte, favorisant ainsi la mise en place d'une alliance thérapeutique. La perception de l'aide reçue telle qu'ici considérée aborde les deux concepts présentés précédemment. D'un côté, il est question de la façon dont l'intervention répond, selon les jeunes, à leurs besoins individuels en termes notamment de supervision, de support et de la relation avec l'adulte. D'un autre côté, la perception de l'aide reçue est un concept qui traite de la relation qui s'établit entre le jeune et son intervenant. Les différents éléments de l'alliance thérapeutique de Bordin (1979) sont ainsi considérés; soit le lien, l'entente sur les buts et l'entente sur les activités. Dans son étude de la relation établie, le concept va cependant plus loin que la notion d'alliance thérapeutique et reprend par exemple certaines composantes de la relation thérapeutique telles que présentées par Lambert (1992), soit l'empathie, l'acceptation des idées du jeune, la confiance envers l'intervenant, etc. La perception de l'aide reçue traite finalement de la question du changement, tel que perçu par le jeune. C'est là une dimension du concept qui n'a pas été abordé dans la littérature.

En regard du contexte théorique présenté précédemment et de la définition conceptuelle explicitée, voici les deux hypothèses qui seront vérifiées dans les sections subséquentes :

Première hypothèse

Il existe un lien entre la perception de l'aide reçue et la récidive. Ce lien demeure même lorsqu'il y a introduction de variables contrôle dans le modèle (âge, antécédents criminels, personnalité).

Seconde hypothèse

Le type de prise en charge a un effet modérateur sur le lien entre la récidive et la perception de l'aide reçue. Cela signifie que la nature de ce lien diffère d'un type de suivi à un autre.

Méthodologie

La prochaine section présente la méthodologie employée dans ce mémoire, c'est-à-dire les caractéristiques des participants, la méthode de cueillette des données, les variables à l'étude ainsi que les analyses qui seront effectuées.

1. Les participants

La population étudiée dans le présent mémoire est extraite d'une recherche réalisée par Cournoyer et Dionne (2007) et par Dionne et Cournoyer (2006) portant sur l'évaluation du programme de probation intensive du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU). Ce projet de recherche avait entre autres pour objectif d'évaluer l'impact du programme de probation intensive, en comparant le taux de récidive des délinquants juvéniles suivis dans ce programme à celui d'autres pris en charge selon des modalités différentes, soit la mise sous garde ouverte continue et la probation régulière (Cournoyer et Dionne, 2007; Dionne et Cournoyer, 2006).

L'échantillon étudié est composé de quatre-vingt-deux (82) jeunes recrutés parmi les délinquants juvéniles pris en charge par le CJM-IU en 2000 et 2001, suite à l'énoncé d'un verdict de culpabilité en vertu de la loi sur les jeunes contrevenants (LJC). Ils sont âgés d'en moyenne 16,33 ans (écart-type=1,22). Les jeunes sont pris en charge selon trois modalités, soit la probation intensive (n=22), la mise sous garde ouverte continue (n=28) et la probation régulière (n=32). Le contexte légal sous-tendant la prise en charge ne permet toutefois pas une assignation aléatoire des

participants dans chacun des trois groupes (Cournoyer et Dionne, 2007). En effet, la répartition des jeunes dans chacun des modes de prise en charge résulte d'une ordonnance du tribunal de la jeunesse et doit donc respecter des impératifs légaux. Par exemple, les motifs du placement en institution ne sont pas les mêmes que pour le suivi en probation régulière. De plus, les jeunes en probation intensive ont eu le choix entre cette modalité de prise en charge et le placement en institution, cette opportunité étant offerte à tous ceux qui présentaient les critères d'admissibilité.

Pour composer l'échantillon, tous les jeunes suivis en probation intensive ont été approchés par l'équipe de recherche. Il en va de même pour les jeunes assignés à la mise sous garde ouverte continue. Dans le cas des jeunes suivis en probation régulière, seuls ceux ayant reçu une ordonnance d'au moins un an ont été approchés. Ce critère correspond à la durée minimale de la prise en charge en probation intensive (Cournoyer et Dionne, 2007).

Cournoyer et Dionne (2007) et Dionne et Cournoyer (2006) présentent le processus de recrutement des sujets. Les délinquants ont été dans un premier temps approchés par les intervenants du CJM-IU. Suite à la présentation du projet de recherche, ils avaient alors le libre choix d'accepter ou de refuser d'y participer. Les intervenants ont explicitement mentionné aux jeunes que leur participation au projet de recherche était totalement indépendante de leur suivi par le CJM-IU et que les informations qu'ils fourniraient à l'équipe de recherche demeurerait confidentielles. À partir du moment où un jeune acceptait de participer au projet, un membre de l'équipe de recherche entrait en contact avec lui afin de lui présenter les

modalités complètes de son implication, notamment la durée du projet. De plus, le membre de l'équipe devait obtenir du jeune la permission d'entrer en contact avec un membre de la famille ou un praticien social afin de s'assurer de confirmer son consentement. Il est à noter que le procédé présenté a été entériné par un comité d'éthique et de la recherche universitaire.

2. La méthode et le temps de cueillette

Les données qui sont utilisées dans les analyses subséquentes ont été recueillies à deux temps de mesure. D'abord, les caractéristiques des jeunes (âge, antécédents criminels, personnalité) ont été colligées au début de la prise en charge. Ensuite, les données sur la récidive et la perception de l'aide reçue ont été recueillies un an suite à la fin du suivi au CJM-IU.

À chacun des deux temps, deux entrevues semi-structurées d'environ quatre-vingt-dix minutes ont été réalisées par les membres de l'équipe de recherche. Durant ces entrevues, le participant était amené à répondre à divers questionnaires, dont *l'Inventaire de personnalité Jesness* (temps 1) et le PARI (temps 4). À ces deux temps de mesure, les dossiers des usagers du CJM-IU et le plumitif criminel et pénal de la Cour du Québec ont également été consultés pour recueillir les informations pertinentes.

3. Les variables à l'étude

3.1 La variable dépendante : la récidive

La variable dépendante du présent projet est la récidive. Les données sur la récidive proviennent de sources officielles comme le plumeau criminel et pénal de la Cour du Québec et les dossiers du CJM-IU (Cournoyer et Dionne, 2007). Les délits pour lesquels les jeunes n'ont pas été interpellés ne sont donc pas considérés.

Dans les analyses, la récidive est d'abord considérée dans son ensemble, puis selon différents types d'infractions dans le but d'apporter une nuance aux résultats obtenus. Les infractions contre la personne, les délits contre la propriété, les manquements aux conditions de probation et les méfaits sont les types de récidives retenus. Ce choix est justifié par le fait que ce sont les délits qui présentent la plus grande densité (Cournoyer et Dionne, 2007). Le tableau 1 montre la répartition des participants selon qu'ils ont ou non récidivé un an après leur prise en charge.

Tableau 1 : Statistiques descriptives de la variable dépendante « récidive »

| | Récidive = oui | Récidive = non |
|-----------------------------------|----------------|----------------|
| Récidive globale | 35,8% | 64,2% |
| Crimes contre la personne | 13,4% | 86,6% |
| Crimes contre la propriété | 22,0% | 78,0% |
| Méfaits | 4,9% | 95,1% |
| Manquements | 29,3% | 70,9% |

La variable dépendante « récidive » est une variable dichotomique. Un an après la fin de la prise en charge, 35,8% des quatre-vingt-deux jeunes ont récidivé, contre 64,2% qui ne l'ont pas fait. De plus, 13,4% des jeunes ont commis des crimes

contre la personne, 22,0% des infractions contre la propriété, 4,9% des méfaits et 29,3% ont manqué à leurs conditions de probation.

3.2 La variable indépendante : la perception de l'aide reçue

Dans le cadre d'un projet de recherche sur l'évaluation du programme de probation intensive, Cournoyer et Dionne (2007) et Dionne et Cournoyer (2006) ont mesuré la perception de l'aide reçue à l'aide d'un questionnaire, le PARI (*perception de l'aide reçue en cours d'intervention*). Le PARI a été élaboré par Cournoyer, Lupien, Dionne et Laporte (2003) dans le cadre du projet de recherche. L'objectif visé par cet outil est de recueillir la perception qu'ont les jeunes pris en charge de leur suivi, que ce soit au niveau de la relation avec leur intervenant, des méthodes de travail et des changements qui sont survenus pendant ou après la prise en charge (relations familiales, délinquance, relations avec les pairs, consommation).

Le questionnaire comprend cent quatre-vingt-neuf (189) items que les participants doivent coter sur une échelle de Likert allant de un à sept, un correspondant à « pas du tout d'accord » et sept à « tout à fait en accord ». Le questionnaire comporte également une section avec des questions ouvertes, mais elle ne sera pas considérée ici. Les 189 items du PARI sont répartis en dix échelles. Sept de ces échelles traitent de la perception de l'aide, du lien avec l'intervenant et des méthodes de travail. Elles reprennent entre autres les composantes de l'alliance thérapeutique de Bordin (1979) et de la relation thérapeutique de Lambert (1992). Ce sont ces sept échelles qui seront retenues dans les analyses du présent mémoire. La

description détaillée des échelles du PARI (Cournoyer et al., 2003) est présentée à l'annexe 1 (page 109).

Une analyse factorielle exploratoire a été d'abord effectuée à partir des items du PARI dans le but de valider la composition des échelles présentées par Cournoyer et al. (2003). Compte tenu du faible N et du nombre important d'items à considérer, il est impossible d'en effectuer une seule et même. Une analyse factorielle est alors faite individuellement pour chacune des échelles du PARI retenues afin de vérifier si plus d'un facteur peut être identifié à l'intérieur de chacune d'entre elles. Compte tenu de l'absence de normalité dans les distributions des items composant les échelles, la méthode « principal axis factoring » est utilisée (Costello et Osbourne, 2005). De plus, puisque l'hypothèse de départ stipule une relation entre les concepts compris dans les échelles du PARI, la méthode de rotation oblique est retenue (Tabachnick et Fidell, 2007). Voici les résultats obtenus² :

1- Gestes et attitudes professionnels de l'intervenant (KMO= 0,92)

L'analyse factorielle exploratoire de l'échelle « gestes et attitudes professionnels de l'intervenant » donne deux facteurs :

- *Soutien dans les projets (soutien 1)*³

Ce premier facteur traite de la perception que le jeune a d'avoir été supporté dans les projets qu'il a entrepris durant sa prise en charge.

² Le détail des indicateurs composant chacune des dimensions ainsi que les « loadings » sont présentés dans les tableaux 15 à 21 en annexe 2 (page 112).

³ Les noms compris dans les parenthèses sont ceux qui seront utilisés dans les tableaux.

- *Soutien dans les moments difficiles (soutien 2)*

Ce second facteur contient les items sur la perception du jeune d'avoir été soutenu, écouté et accompagné au cours des difficultés rencontrées.

2- Disponibilité de l'intervenant (KMO= 0,882)

L'analyse factorielle de la deuxième échelle du PARI produit un seul facteur. Il aborde la question de la perception du jeune de son intervenant comme ayant été disponible pour répondre à ses besoins et présent tout au long du processus.

3- Évaluation du suivi (KMO= 0,873)

L'échelle « évaluation du suivi » comporte également un seul facteur. Il traite de la façon dont le jeune perçoit son suivi en général comme ayant été utile et nécessaire dans son processus de changement.

4- Cohérence du suivi (KMO=0,69)

L'analyse factorielle de la quatrième échelle du PARI divise celle-ci en trois facteurs :

- *Mesures concernant le jeune (mesures)*

Ce premier facteur traite du fait que, selon le jeune, l'intervenant a abordé la question des mesures (dispositions légales) qui sous-tendent la prise en charge.

- *Actions de l'intervenant (actions)*

Ce second facteur concerne les gestes posés par l'intervenant en réponse aux agirs délinquants du jeune.

- *Lois concernant le jeune (lois)*

Ce troisième facteur aborde la question des lois qui concernent spécifiquement le jeune et du fait que son intervenant y a ou non fait référence.

5- Lien de confiance avec l'intervenant (KMO= 0,89)

L'analyse factorielle de cette échelle produit deux facteurs :

- *Lien de respect (respect)*

Ce premier facteur aborde spécifiquement la perception du jeune d'avoir établi avec son intervenant une relation de confiance basée sur le respect.

- *Liberté d'expression (expression)*

Ce deuxième facteur contient les items qui traitent de la perception du jeune d'avoir pu s'exprimer en toute liberté sans être jugé par son intervenant.

6- Lien de proximité (KMO= 0,890)

La sixième échelle du PARI contient un seul facteur suite à l'analyse factorielle. Il traite du fait que le jeune se soit senti près de son intervenant et que la relation établie a eu un impact positif pour lui.

7- Apports de la relation (KMO=0,911)

Finalement, cette échelle se subdivise en deux facteurs suite à l'analyse factorielle :

- *Perception des relations avec autrui (relations)*

Ce premier facteur contient les items qui abordent la question des relations avec autrui et de comment le jeune a appris à prendre sa place dans ces relations.

- *Façon de dialoguer (dialogue)*

Ce second facteur traite du fait que la relation établie avec l'intervenant a permis au jeune de développer ses habiletés relationnelles avec autrui, dont la capacité à dialoguer et à s'exprimer.

En résumé, les analyses factorielles rapportent que le concept de la perception de l'aide reçue se mesure à l'aide de douze dimensions. Les KMO (coefficients de Kaiser-Meyer-Olkin), pour la grande majorité supérieurs à 0,7, sont acceptables (Tabachnick et Fidell, 2007). Les douze échelles obtenues correspondent aux dimensions de la variable indépendante qui seront reprises dans les analyses subséquentes. Les statistiques descriptives de ces échelles sont détaillées dans le tableau 2.

Tableau 2 : Statistiques descriptives des échelles de la variable indépendante « perception de l'aide reçue ».

| | Alpha | Moyenne | Écart-type | Médiane | Asymétrie ^a | Aplatissement ^b |
|----------------------|-------|---------|------------|---------|------------------------|----------------------------|
| <i>Soutien 1</i> | 0,941 | 5,39 | 1,50 | 5,92 | -3,94 | 0,47 |
| <i>Soutien 2</i> | 0,922 | 4,56 | 1,91 | 4,90 | -0,99 | -2,44 |
| <i>Disponibilité</i> | 0,913 | 5,40 | 1,52 | 5,89 | -3,97 | 0,13 |
| <i>Évaluation</i> | 0,919 | 4,47 | 1,87 | 4,83 | -1,50 | -2,02 |
| <i>Mesures</i> | 0,685 | 5,69 | 1,43 | 6,17 | -3,47 | -0,51 |
| <i>Actions</i> | 0,642 | 5,48 | 1,51 | 6,00 | -3,00 | -1,12 |
| <i>Lois</i> | 0,734 | 4,80 | 1,88 | 5,50 | -2,01 | -1,55 |
| <i>Respect</i> | 0,915 | 5,15 | 1,66 | 5,69 | -2,85 | -1,09 |
| <i>Expression</i> | 0,852 | 5,38 | 1,74 | 5,87 | -4,36 | 0,91 |
| <i>Proximité</i> | 0,957 | 4,47 | 2,00 | 4,75 | -1,05 | -2,53 |
| <i>Relations</i> | 0,959 | 4,28 | 2,00 | 4,63 | -0,93 | -2,73 |
| <i>Dialogue</i> | 0,898 | 4,84 | 1,72 | 5,33 | -2,00 | -1,67 |

a= La mesure rapportée est le rapport asymétrie/écart asymétrie

b= La mesure rapportée est le rapport aplatissement/écart aplatissement

Le tableau 2 montre que les alphas de Cronbach des échelles sont pour la majorité très bons (supérieur à 0,7) et que pour certains autres (ceux inférieurs à 0,7), ils sont acceptables. Les moyennes des échelles varient entre 4,17 (écart-type=1,99) et 5,69 (écart-type=1,43). Le nombre de sujets dans les échelles est de quatre-vingt-deux. De plus, les rapports pour les mesures d'aplatissement et d'asymétrie sont pour la plupart inférieurs à 3,96, les distributions des échelles seront considérées comme normales, à l'exception de l'échelle « liberté d'expression ».

Dans le but de comprendre les relations entre les dimensions de la variable indépendante « perception de l'aide reçue », des tests de corrélations paramétriques et non-paramétriques (lorsque l'échelle « liberté d'expression » est incluse dans la corrélation) sont effectués entre les douze échelles. Le tableau 3 présente les r de Pearson et les rho de Spearman.

Tableau 3 : Corrélations paramétriques et non-paramétriques entre les échelles de la variable indépendante « perception de l'aide reçue »

| | <i>Soutien1</i> | <i>Soutien2</i> | <i>Disponibilité</i> | <i>Évaluation</i> | <i>Mesures</i> | <i>Actions</i> | <i>Lois</i> | <i>Respect</i> | <i>Expression^a</i> | <i>Proximité</i> | <i>Relations</i> | <i>Dialogue</i> |
|-------------------------------|-----------------|-----------------|----------------------|-------------------|----------------|----------------|-------------|----------------|-------------------------------|------------------|------------------|-----------------|
| <i>Soutien 1</i> | 1,000 | 0,851*** | 0,895*** | 0,714*** | 0,460*** | 0,271* | 0,427*** | 0,849*** | 0,605*** | 0,781*** | 0,753*** | 0,805*** |
| <i>Soutien2</i> | | 1,000 | 0,861*** | 0,718*** | 0,381*** | 0,300** | 0,430*** | 0,879*** | 0,508*** | 0,837*** | 0,830*** | 0,743*** |
| <i>Disponibilité</i> | | | 1,000 | 0,728*** | 0,373*** | 0,296** | 0,384*** | 0,826*** | 0,538*** | 0,773*** | 0,803*** | 0,807*** |
| <i>Évaluation</i> | | | | 1,000 | 0,321** | 0,167 | 0,304** | 0,740*** | 0,496*** | 0,770*** | 0,805*** | 0,677*** |
| <i>Mesures</i> | | | | | 1,000 | 0,330** | 0,347*** | 0,486*** | 0,455*** | 0,339** | 0,282** | 0,319** |
| <i>Actions</i> | | | | | | 1,000 | 0,330** | 0,336** | 0,176 | 0,267* | 0,305** | 0,297** |
| <i>Lois</i> | | | | | | | 1,000 | 0,333** | 0,185 | 0,380*** | 0,395*** | 0,332** |
| <i>Respect</i> | | | | | | | | 1,000 | 0,623*** | 0,820*** | 0,789*** | 0,720*** |
| <i>Expression^a</i> | | | | | | | | | 1,000 | 0,613*** | 0,513*** | 0,501*** |
| <i>Proximité</i> | | | | | | | | | | 1,000 | 0,883*** | 0,743*** |
| <i>Relations</i> | | | | | | | | | | | 1,000 | 0,816*** |
| <i>Dialogue</i> | | | | | | | | | | | | 1,000 |

*** p<0,001

** p<0,01

* p<0,05

a = Les coefficients de la rangée et de la colonne sont des rhos de Spearman (corrélations non-paramétriques). Tous les autres coefficients présentés sont des r de Pearson (corrélations paramétriques).

Le tableau 3 montre que les relations obtenues, qui sont significatives et de force modérée ou forte⁴, varient entre 0,242 et 0,910. Par contre, certaines échelles de la perception de l'aide reçue sont très fortement corrélées entre elles. Il importe d'en tenir compte dans les analyses de régression logistique subséquentes, car cela peut être un indice de multicollinéarité, c'est-à-dire que les échelles présenteraient un pourcentage élevé de variance commune. La redondance des informations contenues dans les échelles peut avoir pour effet de faire disparaître le lien de prédiction entre une ou des dimensions de la perception de l'aide reçue et la récidive. Pour contrer cette limite dans les analyses ultérieures, les échelles du PARI ne seront pas toutes introduites dans une même équation de régression logistique.

3.3 Les variables contrôle à l'étude : l'âge, le nombre de délits antérieurs, la personnalité du jeune et la prise en charge

La première variable contrôle est le type de modalité de prise en charge. Elle comprend trois groupes, soit la probation intensive (n=22), la mise sous garde ouverte continue (n=28) et la probation régulière (n=32).

Les trois types de prise en charge présentent une intensité de contact entre le jeune et l'intervenant différente (Cournoyer et Dionne, 2007). La mise sous garde ouverte continue et la probation intensive ont une intensité semblable, qui est beaucoup plus importante que celle de la probation régulière. Par exemple, les jeunes suivis en probation intensive ont environ cent heures de rencontre avec leur intervenant durant les quatre premiers mois de la prise en charge, contre dix heures en

⁴ La force de la relation est considérée selon les seuils suivants (Cohen, 1988): 0 à 0,2 = faible ; 0,2 à 0,3 = modérée ; plus de 0,3 = forte

dix-huit semaines pour les jeunes suivis en probation régulière (Cournoyer et Dionne, 2007). Dans l'étude de Floresheim et al. (2000), il a été montré que l'intensité avait un impact sur l'évaluation de l'alliance thérapeutique par le jeune. Cournoyer et Dionne (2007), quant à eux, ont soulevé une différence dans les taux de récidive des délinquants selon les modalités de prise en charge. Compte tenu que le contexte de prise en charge influe à la fois sur la variable indépendante et la variable dépendante du présent mémoire, il apparaît pertinent et nécessaire de le considérer à titre de variable contrôle. Toutefois, le fait que la distribution des participants dans les trois groupes ne soit pas aléatoire peut constituer une limite (Cournoyer et Dionne, 2007).

La seconde variable contrôle est la personnalité des jeunes, mesurée au début de la prise en charge à l'aide de *l'Inventaire de personnalité Jesness* tiré du MASPAQ (LeBlanc et al., 1994). Elle a été retenue dans le présent mémoire compte tenu que des auteurs, par exemple Shirk et Karver (2003), Floresheim et ses collègues (2002) et Kazdin (1993a), ont souligné son impact sur la récidive et la mise en place d'une alliance thérapeutique. Quatre échelles de cet outil ont été sélectionnées pour les analyses subséquentes. Il s'agit des échelles « mésadaptation sociale », « aliénation », « agressivité manifeste » et « indice d'asocialité ». La description des échelles qui suit est tirée du Guide d'utilisation du MASPAQ (LeBlanc et al., 1994).

1- Mésadaptation sociale

L'échelle de mésadaptation sociale correspond à la capacité d'un jeune à répondre de façon socialement acceptable aux exigences de son milieu. Le Jesness rapporte un Alpha de 0,84 à cette échelle et les adolescents en difficulté obtiennent

une moyenne de 62 (écart-type = 12). L'échelle de mésadaptation sociale a été retenue dans le présent projet, car les conduites antisociales sont rapportées dans la littérature comme un obstacle dans la création d'une relation entre le jeune et l'intervenant (Shirk et Karver, 2003; Diguiseppe et al., 1996; Kazdin, 1993a).

2- Aliénation

L'échelle d'aliénation traite de la méfiance et de l'éloignement qui caractérise les relations que le jeune entretient avec autrui, principalement avec les figures d'autorité. Le Jesness rapporte un Alpha de 0,83 et les adolescents en difficulté obtiennent un score moyen de 61 (écart-type=13). Cette échelle a été retenue, car la méfiance des jeunes face aux figures d'autorité est présentée comme une difficulté importante rencontrée dans l'intervention auprès des adolescents (Shirk et Karver, 2003; Diguiseppe et al., 1996)

3- Agressivité manifeste

L'échelle d'agressivité manifeste reflète les difficultés du jeune à gérer ses tensions internes et ses frustrations autrement que par l'agressivité. Le Jesness rapporte un Alpha de 0,83 et les jeunes en difficultés obtiennent un score moyen de 59 (écart-type=11). Cette échelle a été retenue car elle correspond à un des problèmes extériorisés présents chez les jeunes en difficulté qui influencent l'intervention (Kazdin, 1993a).

4- Indice d'asocialité

L'indice d'asocialité est une combinaison de différentes échelles du Jesness. Il indique la propension d'un jeune à faire appel à des solutions qui ne sont pas acceptables socialement et à rejeter de façon systématique celles qui correspondent aux normes sociales du milieu. Les adolescents en difficulté obtiennent une moyenne de 41 (écart-type=13) à l'indice d'asocialité. La diminution de ces comportements antisociaux est l'objectif principal de l'intervention cognitive-comportementale, telle que définie dans l'ouvrage *Intervenir autrement : un modèle différentiel pour les adolescents en difficulté* (LeBlanc et al., 2002). C'est pour cette raison que cette échelle est considérée dans les analyses.

La variable contrôle « personnalité du jeune » est traitée de deux façons. D'abord, les scores normalisés (les scores peuvent varier entre 0 et 100) sont utilisés sans transformation, c'est-à-dire sous forme de variable continue. Par exemple, pour l'indice d'asocialité, plus le score d'un jeune est bas, plus il est asocial et plus il est élevé, plus il est antisocial. Ensuite, les échelles sont recodées en trois catégories. Cette démarche a pour objectif de vérifier les différences entre les groupes. Les trois catégories sont : 1- sous-fonctionnel (scores entre 0 et 45), 2- corridor normatif (scores entre 45 et 55) et 3- sur-fonctionnel (scores entre 55 et 100). Par exemple, pour l'indice d'asocialité, un jeune dans la catégorie « sous-fonctionnel » est considéré comme asocial, celui dans la catégorie « sur-fonctionnel », comme antisocial et celui du corridor normatif, comme normal. Le tableau 4 présente les statistiques descriptives de la variable « personnalité du jeune ».

Tableau 4 : Statistiques descriptives de la variable contrôle « personnalité du jeune »

| | Mésadaptation | Aliénation | Agressivité | Asocialité |
|----------------------------------|---------------|------------|-------------|------------|
| Moyenne | 52,29 | 52,80 | 51,18 | 39,93 |
| Médiane | 52,53 | 52,99 | 50,90 | 33,10 |
| Écart-type | 8,7 | 9,68 | 9,67 | 10,12 |
| Asymétrie^a | 1,98 | 4,10 | 1,58 | 0 |
| Aplatissement^b | -0,48 | -4,17 | -0,05 | 0,86 |
| Sous-fonctionnel | N= 18 | N= 13 | N= 21 | N= 69 |
| Corridor | N= 21 | N= 48 | N= 38 | N= 12 |
| Sur-fonctionnel | N= 69 | N= 21 | N= 23 | N= 1 |

a= La mesure rapportée est le rapport asymétrie/écart asymétrie

b= La mesure rapportée est le rapport aplatissement/écart aplatissement

Le tableau 4 montre que la répartition des jeunes dans les différents groupes et ce, pour chacune des échelles, n'est pas uniforme. Cela pourra présenter une limite dans les analyses quand il sera question des différences entre les groupes. Notamment, pour l'indice d'asocialité, seul un jeune est classé comme étant sur-fonctionnel. Le tableau 4 montre également que la moyenne des jeunes se situe dans le corridor normatif pour les échelles « mésadaptation sociale », « aliénation » et « agressivité manifeste », mais pas pour l'échelle « indice d'asocialité ». Cela signifie qu'en moyenne, les délinquants sont considérés comme asociaux. De plus, les distributions des échelles « aliénation » (rapports d'aplatissement et d'asymétrie supérieurs à 3,96) et « indice d'asocialité » (rapport d'asymétrie = 0) ne sont pas normales.

La troisième variable contrôle considérée dans le modèle est le nombre de délits antérieurs, soit ceux commis avant la prise en charge (temps1). La variable comprend les antécédents criminels ainsi que les délits pour lesquels le suivi a cours. Les données ont été recueillies à partir du plumitif criminel et pénal de la Cour du

Québec et des dossiers des usagers du CJM-IU. Il s'agit de données issues de sources officielles et elles ne tiennent pas compte de la délinquance commise à l'insu des autorités. La variable « nombre de délits antérieurs » comprend tous les types de délits. Elle ne fait pas la distinction entre, par exemple, la délinquance contre la propriété et celle contre les personnes. Au moment de leur prise en charge, les jeunes avaient commis en moyenne 4,84 délits (écart-type=3,9), l'étendue des données allant de 1 à 15, la médiane étant de 4. Cette variable n'est pas distribuée normalement (rapport d'asymétrie = 4,38, rapport d'aplatissement = 0,77).

La quatrième variable contrôle retenue est l'âge des participants au moment de leur prise en charge (temps 1). L'âge a été retenue dans le modèle, car Lipsey (1995), notamment, a souligné le fait qu'elle peut modifier le lien entre l'intervention et la récidive. L'âge moyen de participants au projet de recherche est de 16,33 ans (écart-type=1,22), la médiane est de 16,43. Le délinquant le moins âgé a 12,87 ans, le plus vieux a 19,09 ans. Cette variable est distribuée normalement (rapport d'asymétrie = -0,83, rapport d'aplatissement = -0,36).

4. Les analyses statistiques

Dans le présent mémoire, la méthodologie quantitative est employée. Ainsi, plusieurs méthodes d'analyses statistiques bivariées et multivariées sont utilisées à différentes étapes du processus de vérification des hypothèses.

D'abord, des analyses bivariées sont effectuées afin d'étudier les interrelations entre les variables à l'étude, qu'il s'agisse de la variable indépendante, de la variable dépendante ou des variables contrôle. Dans cette partie, des analyses de corrélations

paramétriques (dans le cas où les variables ont des distributions normales) et non-paramétriques (dans le cas où la distribution d'une variable n'est pas normale), des tests de moyennes paramétriques, soit les tests T et les *oneway anova* (analyse de variance à un critère de classification), et non-paramétriques, soit les tests de Mann Whitney et de Kruskal Wallis, ainsi que des tests de tableaux croisés sont employés.

Ensuite, une fois les interrelations entre les variables à l'étude étudiées, des corrélations bisérielles en point et des analyses de régression logistique sont effectuées dans le but de vérifier les deux hypothèses proposées. À cette étape, des tests sont effectués entre la récidive et les variables contrôle afin de déterminer lesquelles seront reprises dans le modèle final. Il s'agit de tests de moyennes paramétriques et non-paramétriques et d'analyses de régression logistique.

La première hypothèse stipule qu'il existe un lien direct entre la perception de l'aide reçue et la récidive et que ce lien est modifié en fonction de l'introduction de variables contrôle dans le modèle. Ici, l'ensemble des participants sont considérés dans un même groupe. Dans un premier temps, des analyses de corrélations bisérielles en point (corrélations paramétriques dans le cas où une des variables est dichotomique) sont faites afin de cibler les échelles qui sont significativement liées à la récidive. Dans un deuxième temps, une fois ces relations identifiées, des analyses de régression logistique sont faites en introduisant les variables contrôle (au préalable identifiées lors de la vérification des interactions) ciblées dans l'équation et ce, pour chacune des échelles de la variable indépendante qui a été retenue suite aux corrélations bisérielles en point. Cette étape est justifiée par le fait que, compte tenu

du petit nombre de sujets et de la possible présence de multicollinéarité soulignée précédemment, toutes les variables ne peuvent pas être introduites en même temps dans l'équation de régression logistique (Tabachnick et Fidell, 2007). Dans un troisième temps, les échelles qui demeurent prédictive de la récidive malgré la présence des variables contrôle sont introduites dans une même équation de régression logistique afin de voir laquelle ou lesquelles sont les prédicteurs les plus robustes de la récidive. Enfin, les trois étapes précédemment détaillées sont reprises, en nuancant cette fois pour chacun des types de récidive à l'étude, soit les délits contre les personnes, les délits contre la propriété, les méfaits et les manquements. Un modèle final est fait pour chacune des quatre types de délits séparément.

La deuxième hypothèse soutient que le type de prise en charge a un effet modérateur sur le lien entre la perception de l'aide reçue et la récidive. Pour la vérifier, des corrélations bisérielles en point sont faites entre les échelles de la perception de l'aide reçue et la récidive, séparément pour chacun des trois groupes de prise en charge (la probation intensive, la probation régulière et la mise sous garde ouverte continue). Les relations significatives sont relevées pour être ensuite reprises dans les analyses de régression logistique, dans le but de vérifier si la prise en charge a un effet de modulation, tel que stipulé au départ. Cette démarche s'effectue en introduisant dans une équation de régression logistique la variable indépendante (dont l'effet serait modéré), la variable modératrice et l'interaction entre les deux (Cournoyer, 1994). Par exemple, si le lien entre l'échelle « disponibilité de l'intervenant » et la récidive est révélé significatif par les corrélations bisérielles en point dans le cas du groupe « probation intensive », l'équation de régression

logistique s'écrira comme suit (en spécifiant dans la formule que le groupe de référence est la probation intensive) :

$$\text{Récidive} = \text{disponibilité} + \text{prise en charge} + \text{disponibilité} * \text{prise en charge}.$$

Le tableau 5 illustre les résultats qui seront obtenus (exemple fictif) et interprétés suite à cette analyse.

Tableau 5 : Vérification de l'effet de modération de la prise en charge sur le lien entre la disponibilité de l'intervenant et la récidive (exemple fictif)

| Modèle | B | Se | Wald | ddl | Sig | Exp (B) |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----|------|-----|-----|---------|
| Disponibilité (probation intensive) | | | | | (1) | (2) |
| Groupe | | | | | | |
| Groupe (Mise sous garde) | | | | | | |
| Groupe (Probation régulière) | | | | | | |
| Disponibilité*Groupe | | | | | | |
| Disponibilité*(Mise sous garde) | | | | | (3) | |
| Disponibilité*(Probation régulière) | | | | | (3) | |
| Constante | | | | | | |
| <i>Coefficients</i> | <i>Logarithme = 78,597 X² = 20,547 ddl=5 p=0,001</i> | | | | | |

D'abord, il s'agit de voir si la pente de l'échelle, pour le groupe de référence, est significative (1). Si c'est le cas, il sera possible de conclure que la variable indépendante (ici la disponibilité de l'intervenant) est un prédicteur de la variable dépendante (la récidive), pour le groupe de référence précisé (ici probation intensive). Le sens de la relation peut alors être interprété en considérant l'exp(b) (2), qui donne la pente de l'équation. Ensuite, il s'agit de voir si les termes d'interaction sont significatifs (3). Si c'est le cas, cela signifie que la pente du groupe de référence diffère de celle pour lequel l'effet d'interaction est significatif. Il est alors possible de

conclure que la prise en charge (variable contrôle ou modératrice) a un effet de modulation sur le lien entre la récidive (variable dépendante) et la disponibilité de l'intervenant (variable indépendante).

Dans le cas de la deuxième hypothèse, une nuance est aussi apportée pour les différentes catégories d'infractions. Par contre, un modèle final n'est pas tenté compte tenu que l'objectif ici est de vérifier l'effet de modulation de la prise en charge sur le lien et non quels sont les meilleurs prédicteurs de la récidive. De plus, compte tenu du nombre limité de sujets, il n'est pas possible d'introduire un trop grand nombre de variables dans l'équation de régression logistique, car il pourrait y avoir une sur-spécification du modèle causé par un trop grand nombre de variables compte tenu du petit nombre de sujets (Tabachnick et Fidell, 2007).

Analyses et résultats

La prochaine section présente les analyses effectuées et les résultats obtenus. D'abord, les interrelations entre les variables sont présentées. Ensuite, la première hypothèse est vérifiée. Finalement, les résultats obtenus dans le cadre de la vérification de la deuxième hypothèse sont détaillés.

1. Les interrelations entre les variables à l'étude

Les premières analyses effectuées présentent les différentes relations qu'il est possible d'observer entre les variables à l'étude. Dans la prochaine partie, il sera ainsi question des douze échelles de la variable indépendante « perception de l'aide reçue » et des quatre variables contrôle, soit l'âge, le nombre de délits antérieurs, la prise en charge et la personnalité du jeune (évaluée par *l'Inventaire de personnalité Jesness*).

1.1 Relations entre les variables contrôle

Premièrement, un test de moyenne paramétrique (*Oneway anova; analyse de variance à un critère de classification*) est effectué entre les variables contrôle « prise en charge » et « âge ». Le modèle obtenu est significatif ($F=3,343$, $p=0,040$). Le tableau 6 présente la moyenne d'âge des participants en fonction de leur groupe de prise en charge.

Tableau 6 : Âge moyen des jeunes selon leur modalité de prise en charge

| | N | Moyenne | Écart-type |
|-----------------------------------------|----------|----------------|-------------------|
| Probation intensive | 22 | 16,85 | 0,97 |
| Mise sous garde ouverte continue | 28 | 15,98 | 1,1 |
| Probation régulière | 32 | 16,29 | 1,37 |
| Total | 82 | 16,33 | 1,22 |
| <i>F = 3,343 p=0,040</i> | | | |

Comme l'illustre le tableau 6, la moyenne d'âge diffère d'une modalité de prise en charge à une autre. Elle est de 16,85 ans (écart-type=0,97) pour la probation intensive, de 15,98 ans (écart-type=1,1) pour la mise sous garde ouverte continue et de 16,29 ans (écart-type=1,22) pour la probation régulière.

Des tests de comparaison à posteriori (correction de Scheffé) sont ensuite effectués afin de vérifier si les différences entre les trois groupes sont significatives. Les tests à posteriori montrent que les jeunes en probation intensive sont plus âgés que ceux en mise sous garde ouverte continue (différence de moyennes=0,86850, $p=0,042$). Il n'y a pas de différence d'âge significative entre les jeunes en probation régulière et ceux des deux autres groupes.

Deuxièmement, un test de moyennes non-paramétriques de Kruskal Wallis est fait entre les variables contrôles « prise en charge » et « nombre de délits antérieurs ». Le tableau 7 présente les résultats obtenus.

Tableau 7 : Nombre moyen de délits antérieurs selon la modalité de prise en charge

| | Rang moyen | Moyenne | Écart-type |
|-----------------------------------------|-------------------|----------------|-------------------|
| Probation intensive | 47,66 (n=22) | 5,59 | 3,55 |
| Mise sous garde ouverte continue | 54,32 (n=28) | 7,00 | 4,12 |
| Probation régulière | 24,24 (n=31) | 2,35 | 2,27 |

H de Kruskal Wallis = 27,061, p=0,000
 Probation intensive vs mise sous garde : U de Mann Whitney= 241,5, p=0,192
 Probation intensive vs probation régulière : U de Mann Whitney = 128,000,
 Mise sous garde vs probation régulière : U de Mann Whitney = 127,5, p=0,000

Le test de moyenne effectué est significatif (H de Kruskal Wallis=27,061, p=0,000). Il y a donc une différence entre les rangs moyens de la probation intensive, de la probation régulière et de la mise sous garde ouverte continue. Des tests de moyennes non-paramétriques de Mann Whitney sont ensuite effectués afin de déterminer si les trois groupes diffèrent les uns des autres quant au nombre de délits antérieurs commis. Les tests à posteriori⁵ déterminent qu'il y a une différence significative au niveau du nombre de délits commis entre la probation intensive et la probation régulière (U de Mann Whitney=128,000, p=0,000) et entre la mise sous garde ouverte continue et la probation régulière (U de Mann Whitney=127,5, p=0,000), mais pas entre la mise sous garde ouverte continue et la probation intensive.

Les moyennes entre les différents groupes sont ensuite calculées individuellement. Les jeunes suivis en probation intensive ont commis en moyenne 5,59 délits (écart-type=3,55) avant leur prise en charge, ceux en mise sous garde

⁵ Les tests à posteriori sont réalisés avec la correction de Bonferroni; ($p < 0.01 / 3$) = $p < 0.0033$

ouverte continue, 7,00 (écart-type=4,12) et ceux en probation régulière, 2,35 (écart-type=2,27).

Troisièmement, des tests de tableaux croisés sont réalisés entre la variable « prise en charge » et les quatre échelles de l'*Inventaire de personnalité Jesness* recodées en trois catégories. Les modèles obtenus ne sont pas significatifs. Les différences entre les groupes ne seront pas détaillées. Des tests de moyenne paramétriques et non-paramétriques (selon la normalité des distributions des échelles) sont aussi faits à partir des échelles de la variable « personnalité du jeune » contenant les scores normalisés (variables continues). Pour l'échelle « mésadaptation sociale », le modèle est significatif ($F=3,254$, $p=0,044$). Les scores moyens à cette échelle varient selon que le jeune est en probation intensive (moyenne=50,02, écart-type=6,47), en mise sous garde ouverte continue (moyenne=55,56, écart-type=9,3) ou en probation régulière (moyenne=50,99, écart-type=8,89). Cependant, les tests a posteriori (avec correction de Scheffé) ne sont pas significatifs. Il n'est alors pas possible de déterminer où se situent les différences entre les groupes.

1.2 Relations entre les échelles de la perception de l'aide reçue, l'âge, le nombre de délits antérieurs et la personnalité

Premièrement, des tests de corrélations paramétriques et non-paramétriques (lorsque il est question de l'échelle « liberté d'expression ») sont effectués entre les douze échelles de la variable indépendante « perception de l'aide reçue » et l'âge des participants. Aucun des coefficients de corrélation obtenus n'est significatif. Ainsi, la perception de l'aide reçue n'est pas significativement liée à l'âge des jeunes.

Deuxièmement, des tests de corrélations non-paramétriques sont faits entre les douze échelles de la perception de l'aide reçue et la variable contrôle « nombre de délits antérieurs ». Une relation significative est observée pour une échelle, soit « l'évaluation globale du suivi » (R de Pearson = -0,237, $p=0,03$). Il s'agit d'une relation modérée⁶ et négative qui signifie que, plus un délinquant a commis de délit avant sa prise charge, plus sa cotation sur l'échelle « évaluation globale du suivi » sera basse.

Troisièmement, des tests de moyenne paramétriques (*Oneway anova; analyse de variance à un critère de classification*) sont réalisés entre les échelles de la variable indépendante « perception de l'aide reçue » (à l'exception de l'échelle « liberté d'expression ») et les échelles de *l'Inventaire de personnalité Jesness* (recodées en trois catégories). Aucun des modèles obtenus n'est significatif. Il n'y a donc pas de différence de cotation significative sur les échelles de la perception de l'aide reçue entre les jeunes qui sont sous-fonctionnels, sur-fonctionnels ou dans le corridor normatif. Un test de moyenne non-paramétrique est aussi fait avec l'échelle de la perception de l'aide reçue « liberté d'expression ». Le modèle obtenu n'est pas significatif. Des tests de corrélations paramétriques et non-paramétriques sont également effectués à partir des échelles continues de *l'Inventaire de personnalité Jesness*. Aucun des coefficients de corrélation n'est significatif.

Quatrièmement, des tests de moyenne paramétriques (*Oneway anova; analyse de variance à un critère de classification*) sont réalisés entre les échelles de la

⁶ La force de la relation est considérée selon les seuils suivants (Cohen, 1988): 0 à 0,2 = faible ; 0,2 à 0,3 = modérée ; plus de 0,3 = forte

variable indépendante « perception de l'aide reçue » (à l'exception de l'échelle « liberté d'expression ») et la variable contrôle « prise en charge ». Les résultats s'avèrent significatifs pour deux des échelles, soit « mesures concernant le jeune » et « actions de l'intervenant ». Un test de moyenne non-paramétrique est aussi fait avec l'échelle « liberté d'expression », mais le modèle n'est pas significatif. Pour les échelles dont le lien est significatif, des tests à posteriori (avec la correction de Scheffé) sont effectués afin de déterminer où se situent les différences entre les groupes.

Pour l'échelle « mesures concernant le jeune », la cotation du jeune diffère selon qu'il est en probation intensive (moyenne=6,89, écart-type=0,94), en mise sous garde ouverte continue (moyenne=5,26, écart-type=1,7) ou en probation régulière (moyenne=5,66, écart-type=1,36) ($\text{Chi}^2=213,032$, $F=6,979$, $p=0,040$). Ainsi, les intervenants traiteraient différemment la question des mesures légales concernant les jeunes dans les trois types de prise en charge. Les tests à posteriori montrent que la cotation des jeunes en probation intensive est supérieure à celle de ceux en mise sous garde ouverte continue en ce qui concerne cette échelle (différence de moyennes=1,002597, $p=0,041$).

Pour l'échelle « actions de l'intervenant », la cotation des jeunes varie également selon leur prise en charge ($\text{Chi}^2=27,795$, $F=6,979$, $p=0,002$). Les jeunes en probation régulière (moyenne=4,77, écart-type=1,56), en probation intensive (moyenne=6,14, écart-type=1,18) et en mise sous garde ouverte continue (moyenne=5,76, écart-type=1,40) ne perçoivent pas de la même façon les actions

posées par les intervenants en réponse à leurs comportements délinquants. Les tests à posteriori (avec la correction de Scheffé) montrent que la cotation diffère entre les jeunes en probation intensive et en probation régulière (différence de moyennes= 0,37446, $p=0,003$) et entre les jeunes en mise sous garde ouverte continue et en probation régulière (différence de moyennes=0,97107, $p=0,0230$), mais pas entre les jeunes en mise sous garde ouverte continue et en probation intensive. Les jeunes en probation intensive et en mise sous garde ouverte continue rapportent que leurs intervenants ont posé plus d'actions en lien avec leurs comportements délinquants que ceux en probation régulière.

2. Vérification de la première hypothèse

La première hypothèse proposée soutient qu'il existe un lien entre la perception de l'aide reçue et la récidive et ce, même lorsque plusieurs variables décrivant la prise en charge ou les caractéristiques individuelles des participants sont contrôlées dans l'équation de régression logistique. La prochaine section présente le processus de vérification de cette première hypothèse.

2.1 Relation entre la récidive et les variables contrôle

Premièrement, un test de moyenne paramétrique (test T) est effectué entre la variable dépendante « récidive » et la variable contrôle « âge » afin de vérifier s'il existe une différence d'âge entre les jeunes qui récidivent et ceux qui ne le font pas.

Le test est significatif à un seuil de $p < 0,1$ ($T=1,806$, $p=0,074$)⁷. Les jeunes qui récidivent sont âgés d'en moyenne 16,17 ans (écart-type=1,17) au moment de leur prise en charge tandis que ceux qui ne récidivent pas sont âgés d'en moyenne 16,59 ans (écart-type=1,12). Ainsi, les délinquants qui ne récidivent pas sont légèrement plus âgés que ceux qui le font.

Deuxièmement, un test de moyenne non-paramétrique (test de Mann Whitney) est réalisé entre les variables « récidive » et « nombre de délits antérieurs » dans le but de déterminer si les jeunes qui récidivent ont commis plus de délits au moment de leur prise en charge que ceux qui ne le font pas. Le test montre un lien significatif entre les deux variables (U de Mann Whitney=955,5, $p=0,016$). Ainsi, les jeunes qui récidivent (rang moyen=63,50) ont tendance à avoir commis davantage de délits au moment de leur prise en charge que ceux qui ne récidivent pas (rang moyen=48,55).

Troisièmement, des tests de tableaux croisés et des tests de moyennes (paramétriques et non-paramétriques) sont faits entre la récidive et les échelles de la variable « personnalité du jeune » (variable catégorielle et continue). Aucun des résultats n'est significatif.

Quatrièmement, des analyses de tableaux croisés sont effectuées entre les variables « récidive » et « prise en charge » afin de voir si les jeunes d'un groupe récidivent davantage que ceux d'un autre. Le tableau 8 présente les résultats obtenus.

⁷ Même si des résultats ne sont significatifs qu'à $p < 0,1$, ils seront interprétés compte tenu de la nature clinique et exploratoire de la recherche. Ils seront toutefois considérés avec prudence. Ce choix concorde avec les recommandations de Hosmer et Lemeshow (1989).

Tableau 8 : Taux de récidive des jeunes selon leur groupe de prise en charge

| | Probation intensive | Mise sous garde ouverte continue | Probation régulière |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|
| Récidive = non | 77,37 % (n=17) | 39,3% (n=11) | 77,4% (n=24) |
| Récidive = oui | 22,7% (n=5) | 60,7 % (n=17) | 22,6% (n=7) |
| <i>Chi² = 11,555, Coefficient de contingence = 0,353, p = 0,003</i> | | | |

Le tableau 8 montre que les jeunes en probation intensive (22,7%) et en probation régulière (22,6%) ne présentent aucune différence quant à leur taux de récidive. Les jeunes en mise sous garde ouverte continue, quant à eux, récidivent davantage, soit dans 60,7% des cas.

Une analyse de régression logistique est également faite afin de comparer les groupes entre eux. Pour se faire, la pente désignant le taux de récidive d'un groupe précis est comparée à celle des deux autres. Il apparaît que le taux de récidive des jeunes en probation intensive ($\exp(b) = 0,190$, $p = 0,005$) diffère de celui des jeunes en mise sous garde ouverte continue ($\exp(b) = 5,255$, $p = 0,009$) et que le taux de récidive des délinquants en probation régulière ($\exp(b) = 0,1895$, $p = 0,005$) diffère de celui de ceux en mise sous garde ouverte continue ($\exp(b) = 5,299$, $p = 0,004$). Les taux de récidive des jeunes suivis dans les deux types de probation ne sont pas significativement différents. En bref, les différences entre les pentes désignant les taux de récidive montrent que les jeunes en mise sous garde ouverte continue récidivent davantage que ceux suivis en probation intensive ou en probation régulière.

Cinquièmement, une analyse de régression logistique est effectuée en introduisant dans l'équation les trois variables contrôle qui ont présenté des liens

significatifs avec la récidive dans les analyses précédentes, soit l'âge, le nombre de délits antérieurs et le groupe de prise en charge. Cette étape a pour objectif de déterminer les variables qui seront introduites dans le modèle final, soit celles qui prédiront encore de façon significative la récidive lorsqu'elles sont considérées avec les autres variables contrôle. Le tableau 9 présente les résultats obtenus.

Tableau 9 : Le type de prise en charge, le nombre de délits et l'âge comme prédicteurs de la récidive

| | B | Se | Wald | ddl | Sign | Exp (B) |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------|-------|-----|-------|---------|
| Nombre de délits | 0,072 | 0,074 | 0,926 | 1 | 0,336 | 1,074 |
| Âge | -0,155 | 0,216 | 0,513 | 1 | 0,474 | 0,857 |
| (Probation intensive) | | | 6,234 | 2 | 0,044 | |
| Mise sous garde ^a | 1,463 | 0,667 | 4,805 | 1 | 0,028 | 4,318 |
| Probation régulière | 0,151 | 0,730 | 0,043 | 1 | 0,837 | 1,163 |
| Constante | 0,952 | 3,644 | 0,068 | 1 | 0,794 | 2,590 |
| <i>Coefficients du modèle</i> | <i>Logarithme=92,855 Chi² = 12,813 ddl=4 p= 0,012</i> | | | | | |

a= désigne la mise sous garde ouverte continue

b= désigne le logarithme du maximum de la fonction de vraisemblance partielle

() = Groupe de référence

Le tableau 9 montre que seul le type de prise en charge a un impact sur la récidive lorsque toutes les variables contrôle sont introduites dans le même modèle. L'âge et le nombre de délits antérieurs ne sont pas prédictifs de la récidive dans ce modèle. Le taux de récidive des groupes suivis en probation intensive et en probation régulière diffère ici encore de celui des jeunes placés en mise sous-garde continue. Dans le tableau 9, seule l'équation permettant de contraster le groupe de probation intensive aux deux autres groupes est présentée.

Compte tenu de ces résultats, seule la prise en charge sera reprise à titre de variable contrôle dans les analyses subséquentes.

2.2 Modèle final de l'hypothèse 1

Des tests de corrélations bisérielles en point sont d'abord effectués entre la variable dépendante « récidive » et les onze échelles de la variable indépendante « perception de l'aide reçue » qui présentent une distribution normale. Cette étape a pour but de déterminer les échelles qui seront introduites dans le modèle final. Aucune des relations obtenues n'est significative à un seuil de $p < 0,05$. Un test de moyenne non-paramétrique de Mann Whitney est également effectué pour l'échelle « liberté d'expression » compte tenu de l'absence de normalité dans sa distribution. Les différences de moyenne ne sont pas significatives non plus.

Ainsi, comme aucune des dimensions de la perception de l'aide reçue n'est significativement en lien direct avec la récidive, le modèle final ne peut pas être tenté. La première hypothèse ne peut donc pas être vérifiée sans apporter de nuance quant au type de récidive.

2.3 Première hypothèse nuancée par le type de récidive

Dans l'objectif d'amener une vision nuancée du lien entre la récidive et la perception de l'aide reçue, la récidive est considérée en fonction de différentes catégories de délits, soit les infractions contre la personne, les délits contre la propriété, les méfaits et les manquements aux conditions de probation.

D'abord, des corrélations bisérielles en point sont faites entre les types de récidives et les onze échelles de la variable indépendante dont la distribution est normale. Pour les crimes contre la propriété, les manquements et les méfaits, aucune

corrélation significative n'est observée. Pour les délits contre la personne, l'échelle « disponibilité de l'intervenant » ($r = -0,274$, $p = 0,013$) et l'échelle « évaluation globale du suivi » ($r = -0,266$, $p = 0,016$) sont significativement en lien avec la récidive. Il s'agit ici de relations négatives de force modérée qui rapportent que, plus un jeune perçoit son intervenant comme disponible et plus il évalue son suivi en général de façon positive, moins il récidivera.

Ensuite, une analyse de régression logistique est faite pour chacune des échelles significativement corrélée à la récidive reliée à des infractions contre la personne en introduisant la variable contrôle au préalable déterminée, soit la prise en charge.

Dans ces modèles, les échelles « disponibilité de l'intervenant » et « évaluation globale du suivi » demeurent significatives. Le tableau 10 montre les résultats obtenus suite aux analyses de régression logistique.

Le tableau 10 montre que l'échelle « disponibilité de l'intervenant » demeure significativement prédictive de la récidive même lorsque la variable contrôle est introduite dans l'équation de régression logistique. En fait, aucun des groupes de la variable « prise en charge » ne prédit de façon significative la récidive reliée à des infractions contre la personne lorsqu'il est considéré dans la même équation que la dimension « disponibilité de l'intervenant ». La pente désignant le taux de récidive de l'échelle ($\exp(b) = 0,625$, $p = 0,020$) montre que plus une jeune perçoit que son intervenant a été disponible pour lui, moins il a de chances de récidiver. Le tableau 10 illustre également que l'échelle « évaluation globale du suivi » est un prédicteur

significatif de la récidive reliée à des infractions contre la personne malgré l'ajout de la variable contrôle « prise en charge » dans l'équation de régression logistique ($\exp(b) = 0,643$, $p = 0,022$). Ainsi, plus un jeune évalue son suivi global de manière positive, moins il est probable qu'il récidive. Finalement, un modèle final est tenté en introduisant simultanément les échelles « disponibilité de l'intervenant » et « évaluation globale du suivi » et la variable contrôle « prise en charge » dans l'équation de régression logistique. Le modèle obtenu n'est pas significatif à $p < 0,05$ ($p = 0,081$). De plus, aucune des variables de l'équation ne présentent de lien significatif avec la récidive. Cela indique qu'il peut y avoir la présence d'un effet de redondance causé une forte corrélation observée entre les deux échelles ($r = 0,728$, $p < 0,001$).

Tableau 10: Vérification du lien entre la récidive reliée à des infractions contre la personne et les échelles « disponibilité de l'intervenant » et « évaluation globale du suivi »⁸

| Échelle disponibilité (n=82) | B | Se | Wald | ddl | Sign | Exp (B) |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|------------|-------------|----------------|
| Disponibilité | -0,471 | 0,202 | 5,425 | 1 | 0,020 | 0,625 |
| Probation intensive | | | 2,259 | 2 | 0,323 | |
| Mise sous garde ^a | 0,850 | | 0,879 | 1 | 0,348 | 2,341 |
| Probation régulière | -0,285 | 0,999 | 0,082 | 1 | 0,775 | 0,752 |
| Constante | 0,236 | 1,273 | 0,034 | 1 | 0,853 | 1,266 |
| <i>Coefficient du modèle</i> | <i>Logarithme^b = 56,880 X² = 7,768 ddl=3 p0,051</i> | | | | | |
| Échelle évaluation du suivi (n=82) | B | Se | Wald | ddl | Sign | Exp (B) |
| Évaluation | -0,442 | 0,193 | 5,217 | 1 | 0,022 | 0,643 |
| Probation intensive | | | 2,258 | 2 | 0,323 | |
| Mise sous garde ^a | 0,819 | 0,911 | 0,808 | 1 | 0,369 | 2,269 |
| Probation régulière | -0,323 | 1,002 | 0,104 | 1 | 0,747 | 0,724 |
| Constante | -0,367 | 1,054 | 0,121 | 1 | 0,728 | 0,693 |
| <i>Coefficient du modèle</i> | <i>Logarithme^b = 55,593 X² = 9,055 ddl=3 p=0,060</i> | | | | | |
| Disponibilité et évaluation (n=82) | B | Se | Wald | ddl | Sign | Exp (B) |
| Disponibilité | -0,271 | 0,265 | 1,042 | 1 | 0,307 | 0,763 |
| Évaluation | -0,284 | 0,250 | 1,291 | 1 | 0,256 | 0,753 |
| Probation intensive | | | 2,371 | 2 | 0,306 | |
| Mise sous garde ^a | 0,810 | 0,915 | 0,784 | 1 | 0,376 | 2,247 |
| Probation régulière | -0,392 | 1,012 | 0,150 | 1 | 0,698 | 0,675 |
| Constante | 0,393 | 1,285 | 0,094 | 1 | 0,760 | 1,482 |
| <i>Coefficient du modèle</i> | <i>Logarithme^b = 56,038 X² = 8,319 ddl=3 p=0,081</i> | | | | | |

a= désigne la mise sous garde ouverte continue

b= désigne le logarithme du maximum de la fonction de vraisemblance partielle

3. Vérification de la deuxième hypothèse

La deuxième hypothèse soutient que le lien entre la perception de l'aide reçue et la récidive est modéré par la prise en charge. Le lien direct entre la récidive et la perception de l'aide reçue est vérifié pour chacun de trois groupes successivement. Les variables présentant des liens significatifs sont par la suite reprises pour vérifier

⁸ Compte tenu de la nature clinique et exploratoire de la présente recherche, les modèles qui présentent un seuil de $p < 0,1$ sont considérés. Ce choix concorde avec les recommandations de Hosmer et Lemeshow (1989).

l'effet de modération du type de prise en charge sur la récidive. Finalement, une vision nuancée du lien est apportée en considérant séparément les différents types de délits à l'étude.

3.1 Effet de modération de la prise en charge

Dans un premier temps, trois séries de corrélations bisérielles en point sont effectuées entre les dimensions de la perception de l'aide reçue et la récidive. La première considère uniquement les sujets qui sont suivis en probation intensive, la seconde porte sur ceux qui sont placés en mise sous garde ouverte continue et la dernière prend en compte les jeunes suivis en probation régulière. Pour les jeunes suivis en probation intensive, l'échelle « disponibilité de l'intervenant » (r de Pearson = -0,495, $p=0,019$) est significativement liée à la récidive et ce, de manière forte et négative. Cela signifie que, plus un jeune suivi en probation intensive perçoit son intervenant comme étant disponible, moins il récidivera. Dans le cas des délinquants placés en mise sous garde ouverte continue, l'échelle « lois concernant le jeune » est significativement, fortement et négativement liée à la récidive ($r = -0,491$, $p=0,008$). Cela illustre que, plus un jeune en mise sous garde ouverte continue rapporte que son intervenant lui explique les lois le concernant, moins il récidivera. Pour les jeunes en probation régulière, l'échelle « actions de l'intervenant » ($r = 0,367$, $p=0,042$) est en relation significative avec la récidive. Cette relation forte et positive montre que, plus un jeune en probation régulière perçoit que son intervenant a posé des gestes en réponse à ses comportements délinquants, plus il récidivera.

Dans un deuxième temps, une série d'analyses de régression logistique est réalisée à partir des relations qui ont été révélées significatives par les corrélations bisérielles en point. Pour chacun des modèles, il s'agit de voir si la prise en charge a un effet de modération sur le lien entre la récidive et la perception de l'aide reçue. Le tableau 11 présente les résultats.

Le premier modèle présente la relation entre la récidive et l'échelle « disponibilité de l'intervenant » pour les jeunes suivis en probation intensive ($X^2=18,414$, $p=0,002$). La pente de l'échelle est significative pour le groupe de référence ($\exp(b)= 0,396$, $p=0,055$)⁹. Cela signifie que, plus un jeune suivi en probation intensive perçoit que son intervenant a été disponible pour lui, moins il y a de chances qu'il récidive. De plus, la pente pour le groupe de référence « probation intensive » diffère de celle du groupe « probation régulière » ($\exp(b)=2,912$, $p=0,059$), comme le montrent les termes d'interaction. Cela démontre que la relation entre l'échelle « disponibilité de l'intervenant » et la récidive n'est pas la même selon que le jeune est suivi en probation intensive ou en probation régulière. Il est donc possible de conclure à un effet de modération de la prise en charge. Le second modèle présente la relation entre la récidive et l'échelle « lois concernant le jeune » pour les jeunes en mise sous garde ouverte continue ($X^2= 23,088$, $p=0,000$). La pente de l'échelle est significative pour le groupe de référence ($\exp(b)= 0,481$, $p=0,018$). Cela veut dire que, plus un jeune en mise sous garde ouverte rapporte que les lois le concernant lui ont été expliquées, moins il est probable qu'il récidive. De plus, les

⁹ Compte tenu de la nature clinique et exploratoire de la présente recherche, les modèles qui présentent un seuil de $p<0,1$ sont considérés. Ce choix concorde avec les recommandations de Hosmer et Lemeshow (1989).

termes d'interaction illustrent que cette pente diffère de celle des jeunes suivis en probation régulière ($\exp(b)= 2,557$, $p=0,017$). L'échelle « lois concernant le jeune » n'est alors pas en relation de la même façon avec la récidive selon que le jeune est en mise sous garde ouverte continue ou en probation régulière. Il y a donc ici aussi un effet de modération de la prise en charge. Le troisième modèle présente la relation entre la récidive et l'échelle « actions de l'intervenant » pour le groupe de référence « probation régulière ». La pente de l'échelle est significative ($\exp(b)= 1,969$, $p=0,059$). Ainsi, plus un jeune suivi en probation régulière rapporte que son intervenant a posé des actions en lien avec ses comportements délinquants, plus il y a de risques qu'il récidive. De plus, selon les termes d'interaction, cette pente diffère de celle des jeunes suivis en probation intensive ($\exp(b)= 0,256$, $p=0,018$) et de celle des jeunes en mise sous garde ouverte continue ($\exp(b)=0,359$, $p=0,033$). La prise en charge a donc un effet de modération sur le lien entre la récidive et l'échelle « actions de l'intervenant », car celui-ci diffère selon que le jeune est en probation régulière, en mise sous garde ouverte continue ou en probation intensive.

Tableau 11: Vérification de l'effet de modération de la prise en charge sur le lien entre la récidive et la perception de l'aide reçue

| Modèle 1 (N=81) | B | Se | Wald | ddl | Sig | Exp (B) |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|------------|------------|----------------|
| Disponibilité (probation intensive) | -0,927 | 0,483 | 3,692 | 1 | 0,055 | 0,396 |
| Groupe | | | 5,109 | 2 | 0,078 | |
| Groupe (Mise sous garde) | -1,487 | 3,119 | 0,227 | 1 | 0,633 | 0,226 |
| Groupe (Probation régulière) | -5,824 | 3,126 | 3,470 | 1 | 0,062 | 0,003 |
| Disponibilité*Groupe | | | 3,851 | 2 | 0,146 | |
| Disponibilité*(Mise sous garde ^a) | 0,579 | 0,556 | 1,084 | 1 | 0,298 | 1,785 |
| Disponibilité*(Probation régulière) | 1,069 | 0,566 | 3,570 | 1 | 0,059 | 2,912 |
| Constante | 3,847 | 2,664 | 2,086 | 1 | 0,149 | 46,853 |
| <i>Coefficients</i> | <i>Logarithme^b = 87,254 X² = 18,414 ddl=5 p=0,002</i> | | | | | |
| Modèle 2 (n=82) | B | Se | Wald | ddl | Sig | Exp (B) |
| Lois (mise sous garde ^a) | -0,731 | 0,308 | 5,636 | 1 | 0,018 | 0,481 |
| Groupe | | | 9,528 | 2 | 0,009 | |
| Groupe (Probation intensive) | -2,768 | 2,374 | 1,359 | 1 | 0,244 | 0,063 |
| Groupe (Probation régulière) | -6,433 | 2,148 | 8,970 | 1 | 0,003 | 0,002 |
| Lois *Groupe | | | 6,751 | 2 | 0,034 | |
| Lois *(Probation intensive) | 0,188 | 0,448 | 0,176 | 1 | 0,675 | 1,207 |
| Lois *(Probation régulière) | 0,939 | 0,393 | 5,699 | 1 | 0,017 | 2,557 |
| Constante | 4,234 | 1,735 | 5,952 | 1 | 0,015 | 68,965 |
| <i>Coefficients</i> | <i>Logarithme^b = 82,581 X² = 23,088 ddl=5 p=0,000</i> | | | | | |
| Modèle 3 (n=81) | B | Se | Wald | ddl | Sig | Exp (B) |
| Action (probation régulière ^a) | 0,677 | 0,359 | 3,570 | 1 | 0,059 | 1,969 |
| Groupe | | | 8,091 | 2 | 0,018 | |
| Groupe (Probation intensive) | 7,612 | 3,394 | 5,030 | 1 | 0,025 | 2022,0 |
| Groupe (Mise sous garde ^a) | 7,206 | 2,823 | 6,514 | 1 | 0,011 | 1347,0 |
| Action *Groupe | | | 6,980 | 2 | 0,030 | |
| Action *(Probation intensive) | -1,364 | 0,575 | 5,633 | 1 | 0,018 | 0,256 |
| Action *(Mise sous garde ^a) | -1,025 | 0,481 | 4,542 | 1 | 0,033 | 0,359 |
| Constante | -4,739 | 2,044 | 5,375 | 1 | 0,020 | 0,009 |
| <i>Coefficients</i> | <i>Logarithme^b = 85,591 X² = 20,078 ddl=5 p=0,001</i> | | | | | |

a= désigne la mise sous garde ouverte continue

b= désigne le logarithme du maximum de la fonction de vraisemblance partielle

3.2 Deuxième hypothèse nuancée par le type de récidive

Finally, a nuance is brought in by verifying the moderation effect of the charge on the link between the perception of the help received and the categories of offenses considered.

In a first step, bivariate correlations are made between the different types of recidivism and the dimensions of the perception of the help received and this, for each of the three groups of charge separately. For the reference group « intensive probation », the scales « support in projects » ($r = -0,457$, $p = 0,033$), « availability of the intervenant » ($r = -0,566$, $p = 0,006$) and « way of dialoguing » ($r = -0,452$, $p = 0,035$) are significantly correlated with the recidivism related to offenses against property. It is, for all the scales, of strong and negative relations. Thus, the more a young person feels supported in his projects, the more he perceives that his intervenant is available for him and the more he has had the feeling to develop his skills to enter into relation with people, the less he will re-offend. For offenses against persons, a significant relation is observed with the scales « availability of the intervenant » ($r = -0,430$, $p = 0,046$) and « actions of the intervenant » ($r = -0,449$, $p = 0,036$). It is also here of strong and negative relations which mean that the more a young person perceives his intervenant as available and as posing gestures in reaction to his delinquent behaviors, the less he will commit offenses against the person. For the recidivism related to non-compliance with probation conditions, it is the scale « availability of the intervenant » ($r = -0,495$, $p = 0,019$) which is significantly correlated with the recidivism and this, in a strong and negative way. Thus,

moins un jeune perçoit son intervenant comme ayant été disponible pour lui, plus il récidivera. Enfin, aucune relation significative n'est observée entre les échelles de la perception de l'aide reçue et la récidive dans le cas précis des méfaits.

Pour le groupe de référence « mise sous garde ouverte continue », aucune relation significative n'est observée entre les dimensions de la perception de l'aide reçue et la récidive reliée à des infractions contre la propriété et les méfaits. Par contre, l'échelle « lois concernant le jeune » est significativement corrélée à la récidive reliée aux manquements ($r = -0,466$, $p = 0,012$). Cette relation forte et négative montre que, plus un jeune rapporte se faire expliquer les lois le concernant par son intervenant, moins il manquera à ses conditions de probation. Enfin, pour la récidive reliée à des infractions contre la personne, une relation forte et négative est observée avec l'échelle « évaluation du globale suivi » ($R = -0,387$, $p = 0,042$). Ainsi, plus un jeune évalue son suivi en général de manière négative, plus il commettra de crimes contre la personne suite à sa prise en charge.

Pour les jeunes suivis en probation régulière, aucun lien significatif n'est observé entre les dimensions de la perception de l'aide reçue et la récidive reliée à des crimes contre la personne, aux manquements aux conditions de probation et aux méfaits. Pour la récidive reliée à des délits contre la propriété, une relation significative est observée pour les échelles, « lien de proximité » ($r = 0,359$, $p = 0,044$), « façon de dialoguer » ($r = 0,349$, $p = 0,050$) et « perception des relations avec autrui » ($r = 0,352$, $p = 0,048$). Pour ces trois échelles, une relation forte et positive est obtenue.

Cela signifie que plus un jeune perçoit ces aspects de la relation de manière positive, plus il récidivera.

Dans un deuxième temps, pour vérifier si la prise en charge a un effet de modération sur le lien entre un type de récidive et la perception de l'aide reçue, une série d'analyses de régression logistique est effectuée. Pour chacune des relations relevées comme significatives par les corrélations bisérielles en point, une analyse de régression logistique est faite. Les tableaux 12, 13 et 14 présentent les résultats obtenus.

Le tableau 12 présente les résultats obtenus pour le groupe de référence « probation intensive ». Le modèle 1 présente l'effet de modération de la prise en charge sur le lien entre la récidive reliée à des infractions contre la propriété et l'échelle « soutien dans les projets » ($X^2= 5,838$, $p=0,129$)¹⁰. La pente de cette échelle est significative ($\exp(b)=0,442$, $p=0,062$). Cela signifie que, plus un jeune qui est en probation intensive se sent soutenu dans ses projets, moins il y a de chances qu'il récidive. De plus, cette pente diffère de celle de la probation régulière ($\exp(b)=3,286$, $p=0,036$), comme le montrent les termes d'interaction. Il est alors possible de conclure que la prise en charge a un effet de modération sur le lien entre la récidive reliée à des infractions contre la propriété et l'échelle « soutien dans les projets », puisque la relation entre ces deux variables varie selon que le jeune est suivi en probation intensive ou en probation régulière.

¹⁰ Même si des modèles ne sont significatifs qu'à $p<0,1$, ils seront interprétés dans la mesure où certaines des variables contenues dans le modèle sont significatives. Les résultats seront toutefois considérés avec prudence.

Le modèle 2, quant à lui, présente l'effet de modération de la prise en charge sur le lien entre la récidive reliée à des infractions contre la propriété et l'échelle « disponibilité de l'intervenant » ($X^2= 12,276$, $p=0,031$). La pente de l'échelle « disponibilité de l'intervenant » est significative ($\exp(b)= 0,329$, $p=0,040$) dans le modèle. Cela signifie que, plus un jeune qui est suivi en probation intensive perçoit son intervenant comme étant disponible, moins il est probable qu'il récidive. Comme le montrent les termes d'interaction, la pente pour les jeunes en probation intensive est différente de celle de ceux en probation régulière ($\exp(b)= 6,872$, $p=0,014$). Ainsi, la prise en charge a un effet de modération sur le lien entre l'échelle « disponibilité de l'intervenant » et la récidive reliée à des infractions contre la propriété, la relation entre ces deux variables n'étant pas la même pour les jeunes en probation régulière et en probation intensive.

Le modèle 3 présente l'effet de modération de la prise en charge sur le lien entre la récidive relative à des délits contre la propriété et l'échelle « façon de dialoguer » ($X^2= 11,719$, $p=0,039$). La pente de l'échelle est significative ($\exp(b)= 0,445$, $p=0,064$). Cela veut dire que, plus un jeune suivi en probation intensive perçoit que la relation avec son intervenant lui permet de développer ses capacités à entrer en relation avec autrui, moins il y a de chances qu'il récidive. De plus, cette pente diffère de celle des jeunes suivis en probation régulière, comme le montrent les termes d'interaction ($\exp(b)=2,064$, $p=0,011$). Il est donc possible de conclure que la prise en charge a un effet de modération sur le lien entre la récidive relative à des délits contre la propriété et l'échelle « façon de dialoguer », puisque la cotation à cette échelle n'a

pas le même impact selon que le jeune est suivi en probation intensive ou en probation régulière.

Le modèle 4 présente la relation entre la récidive reliée à des infractions contre la personne et l'échelle « disponibilité de l'intervenant » ($X^2=8,708$, $p=0,121$). La pente de l'échelle est significative ($\exp(b)=0,410$, $p=0,095$). Ainsi, plus un jeune en probation intensive perçoit son intervenant comme étant disponible, moins il est probable qu'il récidive. Cependant, aucun des termes d'interaction n'est significatif. Il est ainsi impossible de conclure que la prise en charge a un effet de modération sur le lien entre la récidive reliée à des infractions contre la personne et l'échelle « disponibilité de l'intervenant ».

Le modèle 5 présente la relation entre la récidive reliée aux infractions contre la personne et l'échelle « actions de l'intervenant » ($X^2=5,886$, $p=0,317$). La pente de l'échelle est significative ($\exp(b)=0,418$, $p=0,093$), signifiant que, plus un jeune en probation intensive rapporte que son intervenant pose des gestes en réponse à ses comportements délinquants, moins il y a de chances qu'il récidive. De plus, cette pente diffère de celle des jeunes en mise sous garde ouverte continue ($\exp(b)=3,314$, $p=0,079$), comme le montrent les termes d'interaction. Il est alors possible de conclure à un effet de modération de la prise en charge, car le lien entre la récidive reliée à des infractions contre la personne et l'échelle « actions de l'intervenant » diffère selon que le jeune est en probation intensive ou en mise sous garde ouverte continue.

Finalement, le modèle 6 présente l'effet de modération de la prise en charge sur la relation entre la récidive reliée à des manquements et l'échelle « disponibilité de l'intervenant » ($X^2= 20,547$, $p=0,001$). La pente du groupe de référence « probation intensive », qui est significative, montre que plus un jeune de ce groupe rapporte que son intervenant est disponible pour lui, moins il est probable qu'il récidive ($\exp(b)=0,396$, $p=0,055$). De plus, les termes d'interaction montrent que cette pente diffère de celle du groupe de prise en charge « probation régulière » ($\exp(b)= 4,158$, $p=0,040$). La prise en charge a donc un effet modérateur sur le lien entre la récidive reliée aux manquements et l'échelle « disponibilité de l'intervenant », puisqu'elle fait en sorte que la relation diffère selon que le jeune est suivi en probation intensive ou régulière.

Le tableau 13 montre les résultats obtenus pour le groupe de référence « mise sous garde ouverte continue ». Le modèle 7 présente la relation entre la récidive reliée à des infractions contre la personne et l'échelle « évaluation globale du suivi » ($X^2=8,404$, $p=0,135$). La pente de cette échelle est significative ($\exp(b)=0,558$, $p=0,060$). Cela signifie que, plus un jeune en mise sous garde ouverte continue évalue son suivi en général de façon positive, moins il y a de chances qu'il récidive. Cependant, aucun des termes d'interaction n'est significatif. Il est donc impossible de conclure à un effet de modération de la prise en charge sur le lien entre la récidive reliée aux infractions contre la personne et l'échelle « évaluation globale du suivi ».

Le modèle 8 présente la relation entre l'échelle « lois concernant le jeune » et la récidive reliée aux manquements ($X^2= 22,653$, $p=0,000$). La pente du groupe de

référence « mise sous garde ouverte continue », significative ($\exp(b)= 0,528$, $p=0,022$), rapporte que, plus un jeune en mise sous garde ouverte continue rapporte que les lois le concernant lui sont expliquées, moins il est probable qu'il récidive. De plus, comme le montrent les termes d'interaction, cette pente diffère de celle du groupe de référence « probation régulière » ($\exp(b)= 1,910$, $p=0,096$). Comme l'échelle « lois concernant le jeune » n'a pas le même impact sur la récidive reliée aux manquements selon que le jeune est en mise sous garde ouverte continue ou en probation régulière, il est possible de conclure à un effet de modération de la prise en charge sur le lien.

Le tableau 14 montre les résultats obtenus pour le groupe de référence « probation régulière ». Le modèle 9 présente la relation entre la récidive reliée à des infractions contre la propriété et l'échelle « lien de proximité » ($X^2= 10,510$, $p=0,062$)¹¹. La pente du groupe de référence « probation régulière » est significative ($\exp(b)= 1,816$, $p=0,072$). Cela signifie que, plus un jeune en probation régulière rapporte un lien de proximité entre lui et son intervenant, plus il y a de chances qu'il récidive. Cette relation diffère de celle observée pour les jeunes en probation intensive ($\exp(b)= 0,293$, $p=0,014$) et de celle observée pour ceux en mise sous garde ouverte continue ($\exp(b)=0,525$, $p=0,096$), comme le montrent les termes d'interaction. La prise en charge a donc un effet de modération sur le lien entre la récidive reliée à des infractions contre la propriété et l'échelle « lien de proximité »,

¹¹Compte tenu de la nature clinique et exploratoire de la présente recherche, le seuil privilégié afin de sélectionner les variables à retenir est dans l'équation finale de $p<0,1$. Ce choix concorde avec les recommandations de Hosmer et Lemeshow (1989).

puisque celui-ci diffère selon que le jeune est suivi en probation régulière, en mise sous garde ouverte continue ou en probation intensive.

Le modèle 10 présente la relation entre la récidive reliée à des infractions contre la propriété et l'échelle « perception des relations avec autrui » ($X^2=10,688$, $p=0,058$). La pente du groupe de référence « probation régulière » est significative ($\exp(b)=1,830$, $p=0,085$). Cela signifie que, plus un jeune en probation régulière rapporte un changement positif dans ses relations avec autrui suite à l'intervention, plus est probable qu'il récidive. Les termes d'interaction montrent que cette pente diffère de celle des jeunes suivis en probation intensive ($\exp(b)=0,316$, $p=0,018$) et de celle de ceux en mise sous garde ouverte continue ($\exp(b)=0,463$, $p=0,059$). L'échelle « perception des relations avec autrui » ayant un impact différent sur la récidive reliée à des infractions contre la propriété selon que le jeune est suivi en probation régulière, en mise sous garde ouverte continue ou en probation intensive, il est possible de conclure que la prise en charge a un effet de modération.

Le modèle 11 présente la relation entre la récidive reliée à des infractions contre la propriété et l'échelle « façon de dialoguer » ($X^2 = 11,719$, $p=0,039$). La pente du groupe de référence « probation régulière » est significative ($\exp(b)=2,211$, $p=0,081$). Cela signifie que plus un jeune suivi en probation régulière rapporte que la relation avec son intervenant lui permet de développer ses capacités à entrer en relation avec autrui, plus il y a de probabilités qu'il récidive. Cette relation diffère de celle observée pour les jeunes suivis en probation intensive ($\exp(b)=0,201$, $p=0,011$) et de celle observée pour ceux en mise sous garde ouverte continue ($\exp(b)=0,415$,

$p=0,082$), comme le montrent les termes d'interaction. La prise en charge a donc un effet de modération sur la relation entre la récidive liée à des délits contre la propriété et l'échelle « façon de dialoguer », puisque cette relation n'est pas la même selon que le jeune est en probation régulière, en mise sous garde ouverte continue ou en probation intensive.

Tableau 12 : Vérification de l'effet de modération de la prise en charge sur la relation entre la récidive et la perception de l'aide reçue pour le groupe de référence « probation intensive »

| Modèle 1 (N=82) : Propriété | B | Se | Wald | ddl | Sig | Exp (B) |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|------------|------------|----------------|
| Soutien 1 | -0,816 | 0,437 | 3,488 | 1 | 0,062 | 0,442 |
| Groupe | | | 4,289 | 2 | 0,117 | |
| Groupe (Mise sous garde ^{a)}) | -3,258 | 2,732 | 1,423 | 1 | 0,233 | 0,038 |
| Groupe (Probation régulière) | -7,232 | 3,506 | 4,254 | 1 | 0,039 | 0,001 |
| Soutien 1 *Groupe | | | 4,502 | 2 | 0,105 | |
| Soutien 1*(Mise sous garde ^{a)}) | 0,781 | 0,524 | 2,222 | 1 | 0,136 | 2,183 |
| Soutien 1*(Probation régulière) | 1,331 | 0,636 | 4,375 | 1 | 0,036 | 3,786 |
| Constante | 2,708 | 2,188 | 1,532 | 1 | 0,216 | 14,994 |
| <i>Coefficients</i> | <i>Logarithme^b = 77,777 X² = 8,535 ddl=5 p=0,129</i> | | | | | |
| Modèle 2 (n=82) : Propriété | B | Se | Wald | ddl | Sig | Exp (B) |
| Disponibilité | -1,113 | 0,541 | 4,238 | 1 | 0,040 | 0,329 |
| Groupe | | | 5,611 | 2 | 0,060 | |
| Groupe (Mise sous garde ^{a)}) | -4,384 | 3,171 | 1,912 | 1 | 0,167 | 0,012 |
| Groupe (Probation régulière) | -10,770 | 4,547 | 5,610 | 1 | 0,018 | 0,000 |
| Disponibilité*Groupe | | | 6,002 | 2 | 0,050 | |
| Disponibilité*(Mise sous garde ^{a)}) | 0,964 | 0,592 | 2,651 | 1 | 0,103 | 2,623 |
| Disponibilité*(Prob. régulière) | 1,927 | 0,788 | 5,987 | 1 | 0,014 | 6,872 |
| Constante | 4,431 | 2,875 | 2,376 | 1 | 0,123 | 84,028 |
| <i>Coefficients</i> | <i>Logarithme^b = 74,036 X² = 12,276 ddl=5 p=0,031</i> | | | | | |
| Modèle 3 (n=82) : Propriété | B | Se | Wald | ddl | Sig | Exp (B) |
| Dialogue | -0,811 | 0,438 | 3,428 | 1 | 0,064 | 0,445 |
| Groupe | | | 6,039 | 2 | 0,049 | |
| Groupe (Mise sous garde ^{a)}) | -2,594 | 2,283 | 1,291 | 1 | 0,256 | 0,075 |
| Groupe (Probation régulière) | -8,028 | 3,273 | 6,016 | 1 | 0,014 | 0,000 |
| Dialogue *Groupe | | | 6,480 | 2 | 0,039 | |
| Dialogue *(Mise sous garde ^{a)}) | 0,725 | 0,491 | 2,178 | 1 | 0,140 | 2,064 |
| Dialogue *(Probation régulière) | 1,604 | 0,631 | 6,464 | 1 | 0,011 | 4,974 |
| Constante | 2,273 | 1,963 | 1,341 | 1 | 0,247 | 9,708 |
| <i>Coefficients</i> | <i>Logarithme^b = 74,592 X² = 11,719 ddl=5 p=0,039</i> | | | | | |
| Modèle 4 (n=82) : Personnes | B | Se | Wald | ddl | Sig | Exp (B) |
| Disponibilité | -0,891 | 0,534 | 2,785 | 1 | 0,095 | 0,410 |
| Groupe | | | 1,162 | 2 | 0,559 | |
| Groupe (Mise sous garde ^{a)}) | -1,251 | 2,917 | 0,184 | 1 | 0,668 | 0,286 |
| Groupe (Probation régulière) | -3,110 | 3,120 | 0,993 | 1 | 0,319 | 0,045 |
| Disponibilité*Groupe | | | 0,882 | 2 | 0,644 | |
| Disponibilité*(Mise sous garde ^{a)}) | 0,440 | 0,600 | 0,538 | 1 | 0,463 | 1,1553 |
| Disponibilité*(Prob. régulière) | 0,605 | 0,646 | 0,877 | 1 | 0,349 | 1,832 |
| Constante | 2,241 | 2,556 | 0,768 | 1 | 0,381 | 9,398 |
| <i>Coefficients</i> | <i>Logarithme^b = 55,939 X² = 8,708 ddl=5 p=0,121</i> | | | | | |

| Modèle 5 (n=82) Personnes | B | Se | Wald | ddl | Sig | Exp (B) |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|------------|------------|----------------|
| Action | -0,873 | 0,520 | 2,823 | 1 | 0,093 | 0,418 |
| Groupe | | | 2,856 | 2 | 0,240 | |
| Groupe (Mise sous garde ^a) | -5,469 | 3,682 | 2,207 | 1 | 0,137 | 0,004 |
| Groupe (Probation régulière) | -5,381 | 3,490 | 2,377 | 1 | 0,123 | 0,005 |
| Action *Groupe | | | 3,337 | 2 | 0,189 | |
| Action *(Mise sous garde ^a) | 1,142 | 0,649 | 3,094 | 1 | 0,079 | 3,314 |
| Action *(Probation régulière) | 0,982 | 0,657 | 2,234 | 1 | 0,135 | 2,670 |
| Constante | 2,580 | 2,793 | 0,854 | 1 | 0,356 | 13,201 |
| <i>Coefficients</i> | <i>Logarithme^b = 58,762 X² = 5,886 ddl=5 p=0,317</i> | | | | | |
| Modèle 6 (n=82) Manquements | B | Se | Wald | ddl | Sig | Exp (B) |
| Disponibilité | -0,927 | 0,483 | 3,692 | 1 | 0,055 | 0,396 |
| Groupe | | | 5,126 | 2 | 0,077 | |
| Groupe (Mise sous garde ^a) | -2,059 | 3,039 | 0,459 | 1 | 0,498 | 0,128 |
| Groupe (Probation régulière) | -8,565 | 3,988 | 4,614 | 1 | 0,032 | 0,000 |
| Disponibilité*Groupe | | | 4,263 | 2 | 0,119 | |
| Disponibilité*(Mise sous garde ^a) | 0,626 | 0,545 | 1,316 | 1 | 0,251 | 1,870 |
| Disponibilité*(Prob. régulière) | 1,425 | 0,692 | 4,239 | 1 | 0,040 | 4,158 |
| Constante | 3,847 | 2,664 | 2,086 | 1 | 0,149 | 46,853 |
| <i>Coefficients</i> | <i>Logarithme^b = 78,597 X² = 20,547 ddl=5 p=0,001</i> | | | | | |

a= désigne la mise sous garde ouverte continue

b= désigne le logarithme du maximum de la fonction de vraisemblance partielle

Tableau 13 : Vérification de l'effet de modération de la prise en charge sur la relation entre la récidive et la perception de l'aide reçue pour le groupe de référence mise sous garde ouverte continue »

| Modèle 7 (N=82) : Personne | B | Se | Wald | ddl | Sig | Exp (B) |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|------------|------------|----------------|
| Évaluation | -0,583 | 0,309 | 3,550 | 1 | 0,060 | 0,558 |
| Groupe | | | 1,487 | 2 | 0,475 | |
| Groupe (Probation intensive) | -1,697 | 2,044 | 0,689 | 1 | 0,407 | 0,183 |
| Groupe (Probation régulière) | -1,997 | 1,741 | 1,316 | 1 | 0,251 | 0,136 |
| Évaluation *Groupe | | | 0,386 | 2 | 0,825 | |
| Évaluation *(Prob. intensive) | 0,239 | 0,483 | 0,245 | 1 | 0,621 | 1,270 |
| Évaluation *(Probation régulière) | 0,254 | 0,461 | 0,304 | 1 | 0,581 | 1,289 |
| Constante | 0,951 | 1,181 | 0,649 | 1 | 0,420 | 2,589 |
| <i>Coefficients</i> | <i>Logarithme^a = 56,243 X² = 8,404 ddl=5 p=0,135</i> | | | | | |
| Modèle 8 (n=82) Manquements | B | Se | Wald | ddl | Sig | Exp (B) |
| Lois | -0,638 | 0,279 | 5,217 | 1 | 0,022 | 0,528 |
| Groupe | | | 7,616 | 2 | 0,022 | |
| Groupe (Probation intensive) | -1,891 | 2,209 | 0,733 | 1 | 0,392 | 0,151 |
| Groupe (Probation régulière) | -5,343 | 1,986 | 7,238 | 1 | 0,007 | 0,005 |
| Lois *Groupe | | | 3,161 | 2 | 0,206 | |
| Lois *(Probation intensive) | 0,095 | 0,429 | 0,049 | 1 | 0,825 | 1,100 |
| Lois *(Probation régulière) | 0,647 | 0,389 | 2,766 | 1 | 0,096 | 1,910 |
| Constante | 3,357 | 1,502 | 4,995 | 1 | 0,025 | 28,704 |
| <i>Coefficients</i> | <i>Logarithme^a = 76,491 X² = 22,653 ddl=5 p=0,000</i> | | | | | |

a= désigne le logarithme du maximum de la fonction de vraisemblance partielle

Tableau 14 : Vérification de l'effet de modération de la prise en charge sur la relation entre la récidive et la perception de l'aide reçue pour le groupe de référence « probation régulière »

| Modèle 9 (N=82) : Propriété | B | Se | Wald | ddl | Sig | Exp (B) |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|------------|------------|----------------|
| Proximité | 0,597 | 0,331 | 3,244 | 1 | 0,072 | 1,816 |
| Groupe | | | 5,664 | 2 | 0,059 | |
| Groupe (Probation intensive) | 5,665 | 2,419 | 5,483 | 1 | 0,019 | 288,637 |
| Groupe (Mise sous garde ^a) | 3,953 | 2,210 | 3,478 | 1 | 0,062 | 52,088 |
| Proximité *Groupe | | | 6,112 | 2 | 0,047 | |
| Proximité *(Probation intensive) | -1,228 | 0,502 | 5,995 | 1 | 0,014 | 0,293 |
| Proximité *(Mise sous garde ^a) | -0,645 | 0,388 | 2,771 | 1 | 0,096 | 0,525 |
| Constante | -4,465 | 1,840 | 5,891 | 1 | 0,015 | 0,012 |
| <i>Coefficients</i> | <i>Logarithme^b = 75,801 X² = 10,510 ddl=5 p=0,062</i> | | | | | |
| Modèle 10 (n=82) : Propriété | B | Se | Wald | ddl | Sig | Exp (B) |
| Relations | 0,605 | 0,351 | 2,973 | 1 | 0,085 | 1,830 |
| Groupe | | | 5,342 | 2 | 0,069 | |
| Groupe (Probation intensive) | 5,302 | 2,388 | 4,931 | 1 | 0,026 | 200,788 |
| Groupe (Mise sous garde ^a) | 4,474 | 2,165 | 4,269 | 1 | 0,039 | 87,709 |
| Relations *Groupe | | | 5,909 | 2 | 0,052 | |
| Relations *(Probation intensive) | -1,151 | 0,485 | 5,630 | 1 | 0,018 | 0,316 |
| Relations *(Mise sous garde ^a) | -0,769 | 0,407 | 3,579 | 1 | 0,059 | 0,463 |
| Constante | -4,523 | 1,949 | 5,387 | 1 | 0,020 | 0,011 |
| <i>Coefficients</i> | <i>Logarithme^b = 75,643 X² = 10,688 ddl=5 p=0,058</i> | | | | | |
| Modèle 11 (n=82) : Propriété | B | Se | Wald | ddl | Sig | Exp (B) |
| Dialogue | 0,794 | 0,454 | 3,051 | 1 | 0,081 | 2,211 |
| Groupe | | | 6,039 | 2 | 0,049 | |
| Groupe (Probation intensive) | 8,028 | 3,273 | 6,016 | 1 | 0,014 | 3065,888 |
| Groupe (Mise sous garde ^a) | 5,434 | 2,866 | 3,594 | 1 | 0,058 | 229,138 |
| Dialogue *Groupe | | | 6,480 | 2 | 0,039 | |
| Dialogue *(Probation intensive) | -1,604 | 0,631 | 6,464 | 1 | 0,011 | 0,201 |
| Dialogue *(Mise sous garde ^a) | -0,880 | 0,506 | 3,024 | 1 | 0,082 | 0,415 |
| Constante | -5,755 | 2,619 | 4,829 | 1 | 0,028 | 0,003 |
| <i>Coefficients</i> | <i>Logarithme^b = 74,592 X² = 11,719 ddl=5 p=0,039</i> | | | | | |

a= désigne la mise sous garde ouverte continue

b= désigne le logarithme du maximum de la fonction de vraisemblance partielle

La discussion

Lorsqu'ils discutent des recherches en psychothérapie et plus particulièrement de celles portant sur l'alliance thérapeutique, Holmqvist et ses collaborateurs (2007) relèvent que : « an interesting finding in this research tradition is that it is the client's experience of being helped and understood that matters for outcome » (page 164). Dans cet ordre d'idées, le présent mémoire a tenté de vérifier le lien entre la perception de l'aide reçue (Cournoyer, Dionne, Lupien et Laporte, 2003) et la récidive pour un groupe de jeunes pris en charge par le Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU). Les données utilisées pour les analyses sont extraites d'une recherche de Cournoyer et al. (2003) et Cournoyer et Dionne (2007) portant sur l'évaluation du programme de probation intensive du CJM-IU. Dans le cadre de ce projet, trois groupes ont été évalués : les jeunes suivis en probation intensive, ceux placés en institution (mise sous garde ouverte continue) et ceux pris en charge en probation régulière. Il importe de rappeler qu'une assignation aléatoire des sujets n'était pas possible dans cette étude compte tenu de l'aspect légal qui sous-tend la prise en charge des jeunes délinquants (Cournoyer et Dionne, 2007). En effet, elle découle d'un processus judiciaire au cours duquel le jeune a été reconnu coupable par un juge de la Cour de la jeunesse en vertu d'une infraction au code criminel canadien. Un impératif de protection de la société et de réponse aux besoins du délinquant est alors présent dans le choix du mode de prise en charge (Loi sur les jeunes contrevenants). La prise en charge a été introduite dans les équations de régression logistique afin de vérifier son effet modérateur sur le lien entre la perception de l'aide

reçue et la récidive, suivant l'idée de certains auteurs selon laquelle les caractéristiques de la prise en charge modifient le lien entre l'intervention et ses résultats (Cournoyer et Dionne, 2007; Floresheim et al., 2000; Lipsey, 1995; 1999).

1. Étude du lien entre les variables

Des analyses ont été faites entre les différentes variables à l'étude afin d'en comprendre les interrelations. Ainsi, les jeunes en probation intensive sont les plus âgés. Les jeunes en probation intensive et ceux en mise sous garde ouverte continue sont ceux qui avaient commis le plus de délits au moment de leur prise en charge. Ces constats correspondent à ce qui est observé par Cournoyer et Dionne (2007). Les jeunes les plus vieux récidivent moins et ceux qui ont le plus d'antécédents criminels récidivent plus. Quant aux différences observées en termes de récidive entre les trois types de prise en charge, les résultats concordent à ceux obtenus par Cournoyer et Dionne (2007). Les jeunes suivis en probation intensive ou en probation régulière récidivent dans une moins grande proportion que les jeunes placés en mise sous garde ouverte continue. L'âge n'amène aucune différence dans la cotation de la perception de l'aide reçue par les jeunes suivis au CJM-IU. Par contre, plus un jeune avait commis de délits au moment de sa prise en charge, moins il évaluera globalement son suivi de façon positive.

La perception de l'aide reçue ne varie pas en fonction des caractéristiques individuelles des jeunes telles qu'évaluées au moyen de *l'Inventaire de personnalité Jesness* (LeBlanc et al., 1994). Aucune différence au niveau des caractéristiques individuelles n'est non plus observée entre les trois groupes de prise en charge. Il est

surprenant de constater que la cotation aux échelles du Jesness ne diffère pas selon le type de prise en charge ou que la perception de l'aide reçue n'est pas influencée par le profil criminel du jeune. Ce constat peut être contrasté avec les différences de profils observées par Cournoyer et Dionne (2007) qui démontrent que les jeunes suivis en probation intensive et en mise sous garde ouverte continue ont un profil plus grave que ceux en probation régulière. Par contre, leur échantillon compte plus de sujets que celui du présent mémoire.

Il est également à noter que lorsque la prise en charge, le nombre de délits antérieurs et l'âge sont considérés dans une même l'équation de régression logistique, seul le type de prise en charge prédit significativement la récidive. Cela peut s'expliquer par le fait que l'âge et le nombre de délits antérieurs sont des éléments qui déterminent le type de prise en charge imposé aux délinquants par le tribunal. Ces trois variables partagent ainsi une importante variance commune.

Il existe aussi peu de différences dans la cotation de la perception de l'aide reçue entre les trois groupes de prise en charge. Cela paraît étonnant selon les principes même à la base du programme de probation intensive. En effet, elle implique un plus grand nombre d'heures de contact avec les intervenants que la probation régulière (Cournoyer et Dionne, 2007). Par exemple, une différence dans la perception de la disponibilité de l'intervenant, du lien de confiance ou du lien de proximité aurait été attendue en regard des études présentées dans le contexte théorique (Martin et al., 2002; Diguiseppe et al., 1996; Lambert, 1992; Bordin, 1979). Or, ce n'est pas le cas. Par contre, les intervenants prendraient plus soin de préciser

les mesures légales les concernant aux jeunes en probation intensive qu'à ceux en mise sous garde ouverte continue. Cela peut s'expliquer par le fait que les jeunes suivis dans la communauté sont plus exposés à commettre des infractions. Il y a alors davantage d'occasions pour les intervenants de parler aux jeunes des mesures qui les concernent, comparativement à ceux placés en institution. De plus, les jeunes rapportent que leurs intervenants ont posé plus des gestes en réponse à leurs comportements délinquants s'ils sont en probation intensive que s'ils sont en mise sous garde ouverte continue. L'explication précédente concernant la différence dans l'explication des mesures peut être reprise ici. Les jeunes ayant plus d'occasions de récidiver lorsqu'ils sont suivis dans la communauté, les intervenants sont davantage amenés à réagir aux comportements délinquants. En mise sous garde ouverte continue, les occasions de poser des gestes à caractère délinquant sont moins présentes et il y a davantage de gestion des comportements au quotidien. Les jeunes vont donc percevoir que les intervenants posent moins d'actions en lien direct avec leurs comportements délinquants, parce qu'ils en adoptent moins. Enfin, les délinquants en mise sous garde ouverte continue rapportent davantage d'actions posées en réponse à leurs comportements inadéquats par leurs intervenants que ceux en probation régulière. Cela peut s'expliquer par le fait que leur profil est plus sévère que ceux en probation régulière. Les intervenants sont alors amenés à réagir à ce type de comportements plus fréquemment. Il est à noter qu'il n'y a pas de différence au niveau des gestes des intervenants en réponse à des comportements délinquants entre les jeunes en probation intensive et ceux en probation régulière.

2. La première hypothèse

La première hypothèse stipule qu'il existe un lien entre la récidive et la perception de l'aide reçue et ce, même si la prise en charge est considérée dans le modèle. Cependant, aucune relation directe entre la récidive et les dimensions de la perception de l'aide reçue n'est significative. Il apparaît donc essentiel d'apporter des nuances pour bien comprendre la relation entre ces variables.

Une nuance a par la suite été apportée au lien entre la perception de l'aide reçue et la récidive en considérant celle-ci selon différentes catégories de délits, soit les crimes contre la personne, les crimes contre la propriété, les méfaits et les manquements aux conditions de probation. Des relations significatives sont observées entre la disponibilité de l'intervenant et la récidive reliée à des infractions contre la personne et entre l'évaluation globale du suivi et cette même récidive. En fait, plus un jeune perçoit son intervenant comme disponible et plus son appréciation générale du suivi est positive, moins la probabilité qu'il commette des infractions contre la personne suite à sa prise en charge est élevée.

La présence d'un lien entre la disponibilité de l'intervenant et la récidive reliée aux infractions contre la personne et non avec la récidive en général peut s'expliquer par le fait que les jeunes qui commettent les délits les plus graves, dont les infractions contre la personne, présentent davantage de traits antisociaux et de problèmes relationnels, notamment avec les adultes (Fréchette et LeBlanc, 1987). Or, il est plus difficile d'établir une alliance thérapeutique avec les jeunes aux caractères antisociaux (Kazdin, 1993a) ou en opposition avec l'autorité (Diguseppe et al.,

1996). De plus, il a été démontré que les personnes qui ont une grande facilité à établir un réseau de soutien social ont généralement une meilleure capacité à établir une alliance thérapeutique (Mallinkroft, 1992). Ce n'est pas le cas avec les jeunes qui commettent des délits contre la personne. Suivant cette logique, le jeune qui perçoit l'intervenant plus disponible est celui qui a les capacités à se créer un réseau de soutien social, donc celui qui a le plus de chances d'établir une alliance thérapeutique et le moins de probabilités de récidiver. Ceux qui récidivent plus sont ceux qui ont le plus de difficultés à établir un contact avec l'intervenant, donc ceux qui, dans les faits, rapportent avoir perçu une moins grande disponibilité de la part de celui-ci. Ainsi, pour observer une relation entre la disponibilité de l'intervenant et la récidive, il importe que nuancer pour le type de délit, car cette relation varie en fonction de la gravité de l'infraction commise.

Un jeune qui perçoit son suivi en général comme positif a moins de probabilité de récidive uniquement lorsque la récidive reliée à des infractions contre la personne est considérée. Cela peut être dû au fait qu'il est demandé au jeune de mesurer l'alliance thérapeutique établie avec son intervenant un an suite à sa prise en charge. La perception du jeune est auto-confirmatoire, telle que présentée dans la littérature (Horvath et Bedi, 2002), qui soutient qu'une alliance qui est mesurée tard dans le traitement n'est pas prédictive du maintien dans le traitement, puisque les personnes qui restent jusqu'à la fin sont celles qui établissent une alliance. La perception du jeune, qui est mesurée en même temps que la récidive, sera en lien avec sa perception de la situation. S'il y a récidive, cette perception peut être plus négative.

Si cette récidive est plus grave, il est probable que la perception de l'utilité du suivi soit encore plus négative.

La perception de l'intervenant comme ayant été disponible ou non et l'évaluation globale du suivi demeurent des prédicteurs de la récidive relative à des infractions contre la personne lorsque la prise en charge est considérée dans chacun des deux modèles. Par contre, lorsque ces deux dimensions de la perception de l'aide reçue sont introduites dans un même modèle, aucune des deux ne ressort comme étant significativement prédictive de la récidive. Cela peut s'expliquer par un effet de redondance (Courmoyer, 1994; Cohen, 1988). En effet, deux variables, qui considérées séparément sont significatives, mais ne le sont plus lorsqu'elles sont considérées ensembles, peuvent laisser supposer qu'elles sont redondantes dans l'information qu'elles fournissent. Étant fortement corrélées, ces deux variables partagent une importante variance dans la prédiction de la variable dépendante. C'est le cas des deux variables ici considérées. Le nombre restreint de sujets pris en compte dans l'équation peut aussi expliquer ce résultat.

3. La deuxième hypothèse

La deuxième hypothèse soutient que le type de prise en charge a un effet de modération sur le lien entre la récidive et la perception de l'aide reçue. Les résultats l'illustrent. Pour les jeunes en probation intensive, c'est la perception que l'intervenant a été disponible qui a un impact sur la probabilité de récidive. Par contre, cette dimension n'est significative qu'à un seuil de $p < 0,1$. Compte tenu de la nature clinique et exploratoire de cette recherche, il apparaît toutefois intéressant de

mettre ce résultat en exergue, car celui-ci est cohérent avec les objectifs de la probation intensive qui mise justement sur le lien établi avec l'intervenant. Une intervention réalisée dans la communauté, donc dans la famille du jeune et aux moments où il est le plus à risque de commettre des délits, aurait un plus grand impact sur la récidive. De plus, le fait de percevoir son intervenant comme disponible n'a pas le même effet sur la récidive selon que le jeune est suivi en probation intensive ou en probation régulière. Cet effet de modération peut s'interpréter de la façon suivante. Les jeunes avec un niveau d'encadrement plus important (la probation intensive) développent une meilleure alliance thérapeutique et cela diminue la récidive (Floresheim et al., 2000). Pour les jeunes en probation régulière, la faible fréquence des contacts, qui se traduit le plus souvent strictement par une vérification du respect des conditions de probation, rend plus difficile le développement de cette alliance.

Pour les jeunes en mise sous garde ouverte continue, le fait que le jeune rapporte s'être fait expliquer les lois le concernant par son intervenant est associée à une diminution de la probabilité de récidive. Cela peut s'expliquer par le fait que l'explication des lois rejoint l'idée de la mise en place d'un cadre de travail et de l'entente sur les stratégies de travail (Bordin, 1979). Ces deux éléments sont essentiels au développement d'une relation thérapeutique (d'une alliance thérapeutique) qui, elle, a un impact sur les résultats de l'intervention et ce, même avec les délinquants (Richards et Sullivan, 1996). Zack et ses collaborateurs (2007) rapportent aussi que l'entente sur la façon de travailler avec les mineurs se confond avec les buts de l'intervention. La mise en place d'un cadre légal pourrait ainsi être

associée par les délinquants au travail à accomplir. De plus, le contexte légal lui-même détermine les enjeux thérapeutiques de l'intervention, amenant une contrainte dans la relation entre le jeune et son intervenant (Digiuseppe et al., 1996). En ce sens, dans la mise en place d'un cadre de travail avec les délinquants juvéniles, l'aspect légal peut être considéré comme une dimension essentielle pour qu'il y ait entente sur les finalités de l'intervention entre le jeune et son intervenant. Il apparaît alors essentiel, suivant cette logique, que l'intervenant s'attarde à détailler les lois qui concernent le jeune, car cela signifie qu'il prend le temps de bien cerner le cadre de travail mis en place. Enfin, le fait d'expliquer aux délinquants le cadre légal est en lien différemment avec la récidive selon que le jeune est suivi en mise sous garde ouverte continue ou en probation régulière. Cet effet de modération peut s'expliquer par le fait que c'est avec les jeunes qui présentent un profil criminel plus sévère que cette entente sur le cadre de travail contraint est la plus importante.

Dans le cas des jeunes suivis en probation régulière, aucune relation significative n'est observée à $p < 0,05$. Par contre, il y aurait une plus grande probabilité de récidive chez les jeunes qui rapportent que l'intervenant a posé plus de gestes en réaction à leurs comportements délinquants. Cette relation, significative à un seuil de $p < 0,1$, mérite d'être soulignée. En fait, cela peut laisser croire que, dans le cas de la probation régulière, l'intervenant établira davantage de contacts avec les jeunes qui présentent le risque de récidive le plus élevé. En plus, l'intervenant sera amené à poser des actions en lien avec les comportements délinquants uniquement dans les cas où les jeunes en commettent. Ainsi, le jeune qui rapporte que l'intervenant a posé davantage de gestes en lien avec ses comportements délinquants

est celui qui en a commis. Cette réflexion est aussi valable pour expliquer l'effet de modération observé. En effet, l'impact de la dimension diffère selon que le jeune est suivi en probations régulière et en probation intensive ou en probation régulière et en mise sous garde ouverte continue. Cela peut s'expliquer par le fait que la finalité derrière les gestes des intervenants en réaction aux comportements délinquants n'est pas la même. Dans le cas de la probation intensive et de la mise sous garde ouverte, l'intervenant poserait plus de gestes en lien avec des comportements délinquants de façon préventive. Par exemple, il peut y avoir une plus grande surveillance, un encadrement plus strict et un travail centré sur les comportements antisociaux avec les jeunes dont le profil est le plus grave. Cette approche permettrait alors une diminution de la récidive. Dans le cas des jeunes en probation régulière, les actions posées en réponse à des comportements délinquants viendraient uniquement lorsque de tels gestes ont été posés. La finalité, d'une part préventive, d'une autre réactive, n'est donc pas la même selon la modalité de prise en charge, d'où l'effet de modération noté.

Une nuance à ces résultats a aussi été tentée en considérant l'effet de modération des trois groupes sur les différents types de délits. Dans le cadre de la probation intensive, la perception de la disponibilité de l'intervenant est en lien avec une diminution de la récidive pour les infractions contre la propriété, contre la personne et pour les manquements. Ce constat est logique en regard des objectifs de la probation intensive, notamment l'augmentation de la fréquence des contacts entre le jeune et son intervenant. Cela explique aussi l'effet de modération observé. Le fait de percevoir son intervenant comme étant disponible a un effet différent pour les

jeunes suivis en probation intensive et en probation régulière. La différence quant aux nombres d'heures de contact entre les intervenants et les jeunes pour les deux groupes (cent heures en quatre mois versus 10 heures en dix-huit semaines selon Cournoyer et Dionne, (2007)) peut expliquer que la perception de la disponibilité de l'intervenant n'aura pas la même incidence sur la récidive pour les deux formes de suivis dans la communauté. En effet, dans le cadre de la probation régulière, les contacts ont principalement pour objectif la vérification du respect des conditions de probation, contrairement à la probation intensive. Ainsi, un jeune en probation régulière qui perçoit son intervenant comme plus disponible est celui qui est le plus à risque de commettre des délits. La perception de la disponibilité n'est pas ici en lien avec le développement d'une alliance thérapeutique, comme c'est le cas pour les jeunes en probation intensive.

La relation entre le fait de s'être senti soutenu dans ses projets et la récidive relative à des infractions contre la propriété et la relation entre la perception du jeune que le lien avec son intervenant lui a permis de développer ses capacités à communiquer avec les autres et cette même récidive ne sont pas aussi importantes d'un point de vue statistique. Ces deux dimensions, qui comportent des éléments de l'alliance thérapeutique, apparaissent tout de même comme pouvant être déterminantes dans la diminution de la récidive chez les jeunes en probation intensive. Cela est également cohérent avec l'objectif de cette prise en charge d'augmenter la fréquence des contacts entre le jeune et son intervenant (Cournoyer et Dionne, 2007).

Bien cette relation n'atteigne pas le seuil de signification de $p < 0,05$, il importe de noter que le fait que l'intervenant pose des actions en réaction aux comportements délinquants du jeune est en lien avec la récidive relative à des infractions contre la personne pour le groupe de probation intensive. Étant donné le niveau de gravité du profil des jeunes, il apparaît important que l'intervention dans la communauté soit cohérente avec les gestes du délinquant qui ont mené à sa prise en charge, notamment compte tenu de l'impératif de protection de la société énoncé par la LJC. Ainsi, le fait que le jeune sache que l'intervenant va réagir à sa délinquance serait déterminant pour la diminution de la probabilité de récidive.

Pour les jeunes en mise sous garde ouverte continue, l'évaluation globale du suivi est déterminante pour diminuer le risque de récidive reliée à des infractions contre la personne. Or, au départ, ce sont justement ces jeunes qui ont commis le plus d'infractions contre la personne (Courmoyer et Dionne, 2007). La récidive ici peut être en lien avec la capacité des jeunes à établir une alliance thérapeutique ou à voir leur suivi comme positif. La logique présentée précédemment comme quoi les jeunes au profil les plus graves (traits antisociaux, difficulté au niveau des relations sociales) auraient plus de difficultés à se créer un réseau social de soutien et donc récidiveraient davantage (Mallinckroft, 2002) peut être reprise ici. Ainsi, l'alliance thérapeutique serait établie avec les jeunes qui ont la capacité d'entretenir des relations avec autrui et donc ceux qui sont le moins à risque de récidive.

Pour les jeunes en mise sous garde ouverte continue, le fait que les intervenants aient pris le temps de leur expliquer les lois les concernant est aussi en

lien avec une diminution des manquements aux conditions de probation. Cela peut présenter un aspect auto-confirmatoire. Les jeunes qui commentent des manquements se rappelleraient davantage de l'explication des lois, car l'intervenant a dû en parler avec lui. Un effet de modération est observé entre les jeunes en mise sous garde ouverte continue et ceux en probation régulière. Les jeunes en mise sous garde ouverte continue seraient plus susceptibles de manquer à leurs conditions de probation lors de leur remise en liberté, puisqu'ils n'ont pas été exposés à la réalité du milieu naturel, comme c'est le cas pour les jeunes en probation régulière. La mise sous garde ouverte continue étant un milieu artificiel, la généralisation des acquis une fois ce milieu quitté est plus difficile (LeBlanc et al., 2002). Comme le risque de commettre des manquements est plus grand pour ce groupe, il apparaît alors cohérent que les intervenants prennent davantage le temps de traiter des lois avec ces jeunes qu'avec ceux suivis en probation régulière.

Pour les jeunes suivis en probation régulière, le fait qu'ils aient perçu une plus grande proximité avec son intervenant, qu'ils rapportent avoir développé leurs habiletés à dialoguer et qu'ils aient une meilleure capacité à établir des relations avec autrui suite à l'intervention est en lien avec une plus grande probabilité de récidiver. À première vue, ce résultat peut paraître étonnant. Par contre, il est possible de postuler que l'intervenant est plus présent auprès des jeunes qui sont le plus à risque de récidive dans ce sous-groupe. Ceux-ci auraient une plus grande possibilité d'établir un lien de proximité ou de développer une capacité à entrer en relation et à dialoguer que ceux qui sont le moins à risque de récidive et dont les contacts avec leurs intervenants sont moins importants. Ce lien diffère entre les jeunes en probation

régulière et les jeunes en probation intensive et entre les jeunes en probation régulière et en mise sous garde ouverte continue. Cet effet de modération de la prise en charge montre que la fréquence des contacts et le but poursuivi par ceux-ci diffèrent selon le type de suivi.

Enfin, il est à noter que les effets de modération observés rapportent majoritairement des différences entre les jeunes suivis en probation intensive et en probation régulière. Cela peut s'expliquer d'abord par la fréquence des contacts entre le jeune et son intervenant qui est plus élevée en probation intensive (Cournoyer et Dionne, 2007). Le jeune a ainsi une plus grande possibilité d'établir une alliance thérapeutique. Cela est cohérent avec l'étude de Floresheim et ses collaborateurs (2000). Par contre, une plus grande fréquence des contacts entre le jeune et son intervenant ne poursuit pas le même objectif pour les jeunes en probation régulière. Dans ce cas, il s'agit de surveiller davantage les jeunes les plus à risque de récidive. Il y aurait alors une plus grande variété dans les profils des jeunes d'un même groupe. Floresheim et ses collaborateurs (2000) rapportent aussi que l'alliance thérapeutique s'établit davantage dans le cas où la fréquence des contacts entre le jeune et son intervenant (dans le cas des programmes intensifs de supervision et de traitement) que dans les programmes axés sur l'unique surveillance. Il est également à noter qu'aucune différence n'est observée entre le groupe de probation intensive et le groupe de mise sous garde ouverte continue et ce, peu importe l'analyse réalisée. Cette observation s'inscrit dans l'objectif même du programme de probation intensive, qui se veut une alternative à la mise sous garde ouverte continue (Cournoyer et Dionne, 2007). Par contre, cela laisse croire que, dans ces modalités de

prise en charge, les intervenants n'adoptent pas une approche différente dans leur intervention.

Conclusion

Le contexte théorique a soulevé que le lien entre l'alliance thérapeutique et la récidive a été peu étudié auprès d'une population de délinquants juvéniles. Le présent mémoire s'est attardé à la question en reprenant la notion d'alliance thérapeutique à travers un concept plus large, soit la perception de l'aide reçue (Cournoyer, Dionne, Lupien et Laporte, 2003). De plus, suivant l'idée de Cournoyer et Dionne (2007) et de Floresheim et des collaborateurs (2000) selon laquelle le contexte de prise en charge a un impact sur la cotation de l'alliance thérapeutique et sur la récidive, son effet de modération sur la relation entre ces deux concepts a été vérifié.

Les résultats des analyses montrent qu'il n'y a pas de lien direct entre la perception de l'aide reçue et la récidive lorsque l'échantillon total est considéré sans égard au type de prise en charge. Par contre, un effet de modération de la prise en charge est confirmé. Cela se traduit par le fait que les dimensions de la perception de l'aide reçue qui sont significativement prédictives de la récidive ne sont pas les mêmes pour les trois types de prise en charge. Pour les jeunes suivis en probation intensive, ce sont les aspects liés à l'alliance thérapeutique, par exemple la disponibilité de l'intervenant, qui ont un impact sur la récidive. Cela est cohérent avec les objectifs à la base du programme de probation intensive. Pour le groupe de mise sous garde ouverte continue, la place accordée aux aspects légaux qui domine dans la prédiction de la récidive, traduisant l'importance de mettre en place un cadre de travail clair avec ce groupe. Enfin, un résultat surprenant est observé dans le cas des jeunes suivis en probation régulière. En effet, plus un jeune rapporte avoir eu de

contacts avec son intervenant (disponibilité, proximité), plus il est probable qu'il récidive. Cela a été expliqué par le fait que les intervenants établiraient davantage de contacts avec les jeunes les plus à risque de récidive, non pas pour créer un lien, mais dans un objectif de surveillance. Ce résultat laisse aussi voir une différence de profil entre les jeunes d'un même groupe. Cette façon de contraster les types de prise en charge représente une perspective novatrice qui n'a pas été vérifiée à ce jour.

Les analyses présentent toutefois certaines limites. D'abord, le faible nombre de sujets pose certains problèmes. D'un côté, il limite la puissance statistique, donc la possibilité d'observer des relations significatives. D'un autre côté, le nombre élevé d'analyses augmente le risque d'erreur alpha, donc la possibilité que les relations obtenues soient dû au hasard. Compte tenu de la perspective exploratoire du présent mémoire, il est pertinent de souligner la nécessité de reproduire la démarche afin de confirmer les résultats obtenus et ainsi de réduire les risques d'erreur causés par le petit nombre de participants. Ensuite, l'assignation non aléatoire des sujets dans les trois groupes de prise en charge fait en sorte que les jeunes dans chacun des groupes ne présentent pas des caractéristiques semblables. Il faut en tenir compte lorsque les trois groupes sont comparés, par exemple dans leur effet de modération sur le lien entre la récidive et la perception de l'aide reçue. Finalement, une dernière limite est présente dans le caractère auto-confirmatoire de l'étude. En effet, le jeune est questionné sur sa perception de l'aide reçue un an après la fin de sa prise en charge. Or, les données sur la récidive sont recueillies à ce même temps de mesure. Le jeune qui a récidivé risque de penser que l'intervention ne l'a pas aidé autant qu'un jeune qui n'a pas récidivé. Cela amène à penser qu'il serait intéressant, dans une prochaine

recherche, de considérer la perception de l'aide reçue en cours d'intervention et de vérifier si elle peut prédire la récidive suite à la prise en charge.

Le côté novateur de la démarche ouvre également la porte à de nombreux sujets d'étude. Par exemple, il peut être justifié de se questionner sur la notion d'intervention en contexte légal et contraint, car les résultats ici obtenus soutiennent l'idée de certains auteurs comme quoi il est possible de créer un lien avec une clientèle aux traits antisociaux (Lipsey et Cullen, 2007; Elliot, 2007; Andrews et al., 1990). Les résultats obtenus dans le cas de la probation régulière soulèvent aussi des questions quant à l'intervention auprès de clientèles au profil criminel moins grave, avec lesquelles il semble qu'une approche centrée sur la punition et non sur le changement soit mise de l'avant. Or, tel que mentionné au départ, cette intervention n'est pas efficace (Lipsey et Cullen, 2007).

Bibliographie

Andrews, D.A., Zinger, I., Hoge, R.D., Bonta, J., Gendreau, P. & Cullen F.T. (1990). Does Correctional Treatment Works? A Clinically Relevant and Psychologically Informed Meta-Analysis. *Criminology*, 28, 369-404.

Andrews, D.A., Bonta, J. & Wormith, J.S. (2006). The Recent Past and Near Future of Risk and/or Need Assessment. *Crime & Delinquency*, 52 (1), 7-27.

Andrews, D.A. & Bonta, J. (2006). *The psychology of criminal conduct*. (4^e edition). Newark: Anderson.

Bordin, E.S. (1979). The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.

Clark, M. D. (2001). Influencing Positive Behavior Change: Increasing the Therapeutic Approach of Juvenile Courts. *Federal Probation*, 65 (1), 18-27.

Church, E. (1994). The Role of Autonomy in Adolescent Psychotherapy. *Psychotherapy*, 31 (1), 101-149.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale: L. Erlbaum Associates, 567 pages.

Costello, A.B. et Osborne, J.W. (2005). Best Practice in Exploratory Factor Analysis : Four Recommendations for Getting the Most From Your Analysis. *Practical Assessment, Research and Evaluation*, 10 (7), en ligne.

Cournoyer L-G. (1994). *Les précurseurs cognitifs de l'abandon prématuré de la psychothérapie*. Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal. Canada, 41-50.

Cournoyer, L-G., Lupien, G., Dionne, J. & Laporte, C. (2003) : Le PARI : *Questionnaire portant sur la perception de l'aide reçue en cours intervention*. Document inédit, Montréal : Université de Montréal.

Cournoyer, L-G. & Dionne, J. (2007). Efficacité du programme de probation intensive du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. *Criminologie*, 40 (1), 155-183.

Cournoyer, L-G., Brochu, S. Landry, M. & Bergeron, J. (2007). Therapeutic alliance, patient behaviour and dropout in a drug rehabilitation programme : the moderating effect of clinical subpopulation. *Addiction*, 102, 1960-1970.

Creed, T.A. & Kendall, P.C. (2005). Therapist Alliance-Building Behavior Within a Cognitive-Behavioral Treatment for Anxiety and Youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (3), 498-505.

- Cusson, M. (1989). *Délinquant pourquoi?* Montréal: Bibliothèque québécoise.
- Dembo, R. & Scheimdlar, J. (2003). A Classification of High-Risk Youths. *Crime and Delinquency*, 49 (2), 201-230.
- Dew, S.E. & Bickman, L. (2005). Client Expectencies About Therapy. *Mental Health Services Research*, 7 (1), 21-33.
- Digiuseppe, R., Linscott, J. & Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy. *Applied & Preventive Psychology*, 5, 85-100.
- Dionne, J. & Cournoyer, L-G. (2006). Trajectoires délinquantes : la réadaptation est possible... À certaines conditions. *Prisme*, 45, 206-217.
- Elliott, W.N. (2007). Managing Offender Resistance to Counseling – The “3R’s”. *Federal Probation*, 66 (3), 43-49.
- Floresheim, P., Shotorbani, S., Guest-Warnick, G. & Barratt, T. (2000). Role of the Working Alliance in the Treatment of Delinquent Boys in Community-Based Programs. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29 (1), 94-107.
- Fréchette, M. & LeBlanc, M. (1987). *Délinquance et délinquants*. Chicoutimi : Gaëtan Morin.
- Gaston, L. (1990). The Concept of the Alliance and its Role in Psychotherapy: theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27 (2), 143-152.
- Gendreau, G. (1985). *Partager ses compétences entre parents, jeunes en difficulté et éducateurs : Un projet en devenir*. Montréal, Sciences et culture.
- Goldstein, A.P., Glick, B. & Gibbs, J.C. (1998). *Agression Replacement Training*. (édition révisée). Champaign: Research Press.
- Gouvernement du Canada (1985). *Loi sur les jeunes contrevenants*. Consulté le 1^{er} avril 2008, from : <http://lois.justice.gc.ca/fr/showdoc/cs/Y-1///fr?page=1>
- Gouvernement du Canada (2004) *Code criminel de poche*. Toronto : Thomson – Carswell.
- Gouvernement du Canada, Ministère de la Justice (2008). *La LSJPA expliquée*. Consulté le 1^{er} avril 2008, from : <http://www.justice.gc.ca/fra/pi/jj-yj/depot-repos/index.html>
- Green, J. (2006). Annotation: The Therapeutic Alliance – a significant but neglected variable in child mental health treatment studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (5), 425-435.

- Hintikka, U., Laukkanen, E., Marttunen, M. & Lehtonen, J. (2006). Good Working Alliance and Psychotherapy are Associated with Positive Changes in Cognitive Performance among Adolescence Psychiatric Inpatient. *Bulletin of Menninger Clinic*, 70 (4), 316-335.
- Hogue, A., Dauber, S., Stambaugh, L.F., Cecero, J.J. & Liddle, H.A. (2006). Early Therapeutic Alliance and Treatment Outcome in Individual and Family Therapy for Adolescent Behavior Problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (1), 121-129.
- Holmqvist, R., Hill, T. & Lang, A. (2007). Treatment Alliance in Residential Treatment of Criminal Adolescents. *Child and Youth Care Forum*, 36, 163-178.
- Hosmer, D. & Lemeshow, S. (1989). *Applied logistic regression*. New York: Wiley.
- Horvath, A.O. & Bedi R.P. (2002). The Alliance. *Psychotherapy Relationships That work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. (pp. 37-70). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A.O. & Symonds, B.D. (1991). Relation Between Working Alliance and Outcome in Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38 (2), 139-149.
- Hubble, M.A., Duncan, B.L. & Miller, S.D. (1999). *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Jensen, P.S., Weersing, R., Eaton Hoagwood, K. & Goldman, E. (2005). What Is the Evidence for Evidence-Based Treatments? A Hard Look at Our Soft Underbelly. *Mental Health Services Research*, 7 (1), 53-74.
- Johnson, L.N. & Ketring S.A. (2006). The Therapy Alliance: A Moderator in Therapy Outcome for Family Dealing with Child Abuse and Neglect. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32 (3), 345-354.
- Karver, M.S., Handelsman, J.B., Fields, S. & Bickman, L. (2005). A Theoretical Model of Common Process Factors in Youth and Family Therapy. *Mental Health Services Research*, 7 (1), 35-51.
- Kazdin, A.E., Marciano, P. & Whitley, M. (2005). The Therapeutic Alliance in Cognitive-Behavioral Treatment of Children Referred for Oppositional, Aggressive, and Antisocial Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (4), 726-730.
- Kazdin, A.E. (1993a). Treatment of conduct Disorder: Progress and directions in psychotherapy research. *Development and Psychopathology*, 5, 277-310.

- Kazdin, A.E., Mazurick, J.L. & Bass, D. (1993b). Risk for Attrition in Treatment of Antisocial Children and Families. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22 (1), 2-16.
- Kedia, S. & W. Perry, S. (2005). Factor associated with client-collateral agreement in substance abuse post-treatment self-report. *Addictive Behavior*, 30, 1086-1099.
- Kohlberg, L. (1987). *The Psychology of Moral Development*. (Vol.2). San Francisco: Harper and Row.
- Lambert, M.J. (1992). Implications of outcomes research for psychotherapy integration. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried. *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic.
- Landenberger, N.A. & Lipsey, M.W. (2005). The positive effects of cognitivl-behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 451-476.
- LeBlanc, M., Fréchette, M. & McDuff, P. (1994). *MASPAQ : manuel sur des mesures de l'adaptation sociale et personnelle des adolescents québécois*. Montréal : Université de Montréal, école de psycho-éducation.
- LeBlanc, M. Dionne, J., Proulx, J., Grégoire, J.C. & Trudeau-LeBlanc, P. (2002). *Intervenir autrement : un modèle différentiel pour les adolescents en difficulté*. Chicoutimi : Gaëtan Morin.
- Lipsey, M.W. & Cullen, F.T. (2007). The Effectiveness of Correctional Rehabilitation: A Review of Systematic Reviews. *Annual Review of Law and Social Science*, 3, 1-44.
- Lipsey, M.W. (1999). Can rehabilitative programs reduce the recidivism of juvenile offenders? An inquiry into the effectiveness of practical programs. *Virginia Journal Of Social Policy & the Law*, 6 (3), 611-641.
- Lipsey, M.W. (1995). What do We Learn from 400 Research Studies on the Effectiveness of Treatments with Juvenile Delinquants? *What Works: Reducing Reoffending-Guidelines from Research and Practice (63-78)*. Toronto: Wiley.
- Mallinckroft, B. (1992). Childhood Emotional Bonds with Parents Development of Adult Social Competencies and Availability of Social Support. *Journal of Clinical Psychology*, 39 (4), 453-461.
- Martin, D.J., Garske, J.P. & Davis, M.K. (2000). Relation of the Therapeutic Alliance With Outcome and Other Variables: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (3), 438-450.
- Martin, J., Romas, M., Medford, M., Leffert, N. & Hatcher, A.L.(2006). Adult Helping Qualities Preferred by Adolescents. *Adolescence*, 41 (161), pages 127-140.

Martinson, R. (1974) What Works? Questions and Answers About Prison Reform. *The Public Interest*, 35, 22-54.

McLeod, B.D. & Weisz, J.R. (2005). The Therapy Observational Coding System – Alliance Scale: Measure Characteristics and Prediction of Outcome in Usual Clinical Practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (2), pages 323-333.

Meisel, J. (2001). Relationship and Juvenile Offenders: The Effects of Intensive Aftercare Supervision. *The Prison Journal*, 81 (2), 206-245.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2006). *L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement*. Paris : InterEditions-Dunod.

Morizot, J. & LeBlanc, M. (2000). Le rôle des pairs dans l'émergence et le développement de la conduite délinquante : une réévaluation critique des écrits. *Revue Canadienne de Psycho-Éducation*, 29 (1), 87-117.

Mulvey, E.P., Arthur, M.W. & Reppucci, N.D. (1993). The Prevention and Treatment of Juvenile Delinquency: A Review of the Research. *Clinical Psychology Review*, 13, 133-167.

Norcross, J.C. (2002). *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. New York: Oxford University Press.

O'Malley, F. (1990). Developing a Therapeutic Alliance in the Hospital Treatment of Disturbed Adolescents. *Bulletin of Menninger Clininc*, 54, 13-24.

Piaget, J. (1932). *Le jugement moral chez l'enfant*. (nouvelle édition). Paris : Presses universitaires de France.

Piché, J-P. (2006) *L'encadrement des jeunes contrevenants dans la communauté : Guide d'intervention en matière de probation juvénile* (réalisé par le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec). Québec : Direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux.

Prochaska, J.O. & Diclemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy : Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 19, 276-288.

Richards, I. & Sullivan, A. (1996). Psychotherapy for delinquents? *Journal of Adolescence*, 19, 63-73.

Robbins, M.S., Liddle, H.A., Dakok, G.A., Turner, C.W. & Alexander, J.F. (2006). Adolescent and Parent Therapeutic Alliance as Predictors of Dropout in Multidimensional Family Therapy. *Journal of Family Psychology*, 20 (1), 108-116.

Robbins, M.S., Turner, C.W., Alexander, J.F. & Perez, G.A. (2003). Alliance and Dropout in Family Therapy for Adolescents With Behavior Problems: Individual and Systemic Effects. *Journal of Family Psychology*, 17 (4), 534-544.

- Safran, J.D. & Muran, J.C (1995). The therapeutic alliance. *Psychotherapy in Practice*, 1 (1), en ligne.
- Scholte, E.M. & Van Der Ploeg, J.D. (2000). Exploring Factors Governing Successful Residential Treatment of Youngsters with Serious Behavioural Difficulties. *Childhood*, 7(2), 129-153.
- Serin, R.C. (2000). L'évaluation des programmes : mesures intermédiaires du succès du traitement. *Compensium 2000 des programmes correctionnels efficaces*. Consulté le 15 mai 2008, from <http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/compensium/2000/>
- Shelef, K., Diamond, G.M., Diamond, G.S. & Liddle H.A. (2005). Adolescent and Parent Alliance and Treatment Outcome in Multidimensional Family Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (4), 689-698.
- Shirk, S.R. & Karver, M. (2003). Prediction of Treatment Outcome From Relationship Variables in Child and Adolescent Therapy : A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (3), 452-464.
- Shirk, S.R. & Saiz, C. (1992). The therapeutic alliance in child therapy: Clinical, empirical and developmental perspectives. *Development and Psychopathology*, 4, 713-728.
- Short, I.D. (1986). In-programme failure among delinquent young in community-based programmes: Some reflections on a neglect area of research. *International of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 30, 245-254.
- Swenson, C.C. & Kennedy, W.A. (1995). Perceived Control and Treatment Outcome with Chronic Adolescent Offenders. *Adolescence*, 30 (119), 565-578.
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (2007). *Using multivariate statistics*. Boston: Pearson/Allyn & Bacon.
- Tetzlaff, B.T., Kahn, J.H., Diamond, G.S., Godley, S.H., Godley, M.D. & Funk, R.R. (2005). Working Alliance, Traitment Satisfaction, and Patterns of Posttreatment Use Among Adolescent Substance Users. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19 (2), 199-207.
- Ward, T., Melsner, J. & Yates, P.M. (2007). Reconstructing the Risk – Need – Responsivity model: A theoretical elaboration and evaluation. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 208-228.
- Werry, J.S. (1992). Child psychiatric disorders: are they classifiable? *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 161, 472-480.
- Wiesner, M. & Capaldi, D.M. (2003). Relations of Childhood and Adolescent Factors to Offending Trajectories of Young Men. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 40 (3), 231-262.

Wormith, J.S., Althouse, R., Simpson, M., Reitzel, L.R., Fagan, T.J. & Morgan, R.D. (2007). The Rehabilitation and Reintegration of Offenders: The Current Landscape and Some Future Directions for Correctional Psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 34 (7), 879-892.

Zack, S.E., Castonguay, L.G. & Boswell, J.F. (2007). Youth Working Alliance: A Core Clinical Construct in Need of Empirical Maturity. *Har Rev Psychiatry*, 15 (6), 278-288.

Annexe 1 : Description des échelles du PARI

1- Les gestes et attitudes professionnels de l'intervenant

Cette échelle comprend des items qui abordent la question de l'empathie, du soutien de l'intervenant et de son écoute. Le jeune devait coter des items tels « mon intervenant prenait le temps de m'écouter », « mon intervenant m'a encouragé », « mon intervenant me soutenait dans mes efforts » et « mon intervenant ne se limitait pas à son rôle et montrait aussi ses côtés humains ». Cette échelle contient vingt-cinq items. Les différents items de cette échelle transposent certaines caractéristiques essentielles à la mise en place d'une relation thérapeutique telles que présentées dans la littérature sur la psychothérapie et l'alliance thérapeutique (Bordin, 1979).

2- La disponibilité de l'intervenant

Cette échelle présente des items qui questionnent le jeune sur le fait qu'il a eu l'impression ou non que son intervenant était présent et disponible pour lui. Les items auxquels le participant devaient répondre étaient par exemple : « mon intervenant se rendait disponible pour répondre à mes besoins » et « mon intervenant était disponible dans les moments difficiles pour moi ». Il y a dix items dans cette échelle.

3- Évaluation globale du suivi

Avec cette échelle, les jeunes sont questionnés sur leur impression globale de leur prise en charge. « Mon suivi avait du sens pour moi » et « mon suivi

m'a apporté quelque chose » sont des exemples des six items qui composent cette échelle.

4- Continuité dans le suivi

Cette échelle aborde la question de la cohérence des intervenants face au mandat de la prise en charge. Les items qui la composent traitent du fait que l'intervenant a ou n'a pas abordé la question des lois et des mesures associées au jeune (« mon intervenant a clairement expliqué le sens des lois qui me concernent ») et du fait que les actions des intervenants étaient ou non cohérentes avec le statut de délinquant du jeune (« mon intervenant confrontait les idées délinquantes »). Il y a huit items dans cette échelle.

5- Lien de confiance avec l'intervenant

Les items de cette échelle abordent la question du lien de confiance tel que perçu par le jeune entre lui et son intervenant. L'importance de la mise en place d'un tel lien sur les résultats d'une intervention a été soulignée dans la littérature sur l'alliance thérapeutique dès les débuts (Bordin, 1979). Les participants devaient donc coter des items tels « je me sentais capable de dire à mon intervenant ce que je vivais » et je faisais assez confiance à mon intervenant pour tenir compte de ses suggestions ». Cette échelle comporte 17 items.

6- Lien de proximité

Cette échelle traite du fait que le jeune se soit senti près de son intervenant de suivi. Les items qui la composent sont, par exemple, « je me sentais

proche de mon intervenant » et « la relation avec mon intervenant a été une relation importante pour moi ». Les dix items reprennent des concepts de l'alliance thérapeutique mis de l'avant par Bordin (1979).

7- Apports de la relation

Finally, le jeune a été questionné sur ce que la relation lui a apporté, par exemple au plan personnel (« mon intervenant m'a aidé à mieux me connaître ») et au niveau de ses relations avec les adultes (« j'ai appris avec mon intervenant à prendre ma place positivement dans une relation avec l'adulte »). Cette échelle est composée de dix-sept items.

Annexe 2 : Tableaux de l'analyse factorielle

Tableau 15 : Analyse factorielle de l'échelle « Gestes et attitudes professionnels de l'intervenant »

| | Facteur 1 nommé: Soutien dans les projets | Facteur 2 nommé : Soutien dans les moments difficiles |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Item 20 | 0,877 | |
| Item 16 | 0,828 | |
| Item 21 | 0,814 | |
| Item 9 | 0,779 | |
| Item 25 | 0,770 | |
| Item 13 | 0,734 | |
| Item 8 | 0,726 | |
| Item 10 | 0,672 | |
| Item 11 | 0,657 | |
| Item 3 | 0,648 | |
| Item 1 | 0,588 | |
| Item 23 | 0,503 | |
| Item 5 | | -0,878 |
| Item 6 | | -0,828 |
| Item 15 | | -0,641 |
| Item 19 | | -0,551 |
| Item 17 | | -0,478 |
| <i>Pourcentage de variance expliquée</i> | 57,9% | 4,6% |
| <i>Alpha</i> | 0,9419 | 0,9052 |
| <i>KMO</i> | | 0,923 |

Tableau 16 : Analyse factorielle de l'échelle « Disponibilité de l'intervenant »

| | Facteur 1 nommé: Disponibilité de l'intervenant |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Item 30 | 0,894 |
| Item 31 | 0,881 |
| Item 27 | 0,848 |
| Item 28 | 0,815 |
| Item 26 | 0,705 |
| Item 34 | 0,678 |
| Item 29 | 0,624 |
| Item 33 | 0,593 |
| Item 32 | 0,565 |
| <i>Pourcentage de variance expliquée</i> | 55,3% |
| <i>Alpha</i> | 0,9130 |
| <i>KMO</i> | 0,882 |

Tableau 17 : Analyse factorielle de l'échelle « Évaluation générale du suivi »

| | Facteur 1 nommé: Évaluation du suivi |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Item 38 | 0,880 |
| Item 39 | 0,878 |
| Item 37 | 0,803 |
| Item 36 | 0,791 |
| Item 41 | 0,760 |
| Item 40 | 0,752 |
| <i>Pourcentage de variance expliquée</i> | 66,0% |
| <i>Alpha</i> | 0,9196 |
| <i>KMO</i> | 0,873 |

Tableau 18 : Analyse factorielle de l'échelle « Continuité dans le suivi »

| | Facteur 1 : Mesures | Facteur 2 : Actions | Facteur 3 : Lois |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| Item 43 | 0,755 | | |
| Item 44 | 0,641 | | |
| Item 45 | 0,447 | | |
| Item 47 | | -0,902 | |
| Item 46 | | -0,515 | |
| Item 42 | | -0,455 | |
| Item 49 | | | -0,850 |
| Item 48 | | | -0,665 |
| <i>% de variance expliquée</i> | 30,3% | 11,6% | 10,0% |
| <i>Alpha</i> | 0,6855 | 0,6428 | 0,7342 |
| <i>KMO</i> | | 0,685 | |

Tableau 19 : Analyse factorielle de l'échelle « Lien de confiance »

| | Facteur 1 nommé: Lien de respect | Facteur 2 nommé : Liberté d'expression |
|------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Item 59 | 0,803 | |
| Item 64 | 0,793 | |
| Item 65 | 0,724 | |
| Item 50 | 0,700 | |
| Item 55 | 0,691 | |
| Item 66 | 0,670 | |
| Item 60 | 0,665 | |
| Item 58 | 0,635 | |
| Item 57 | | 0,957 |
| Item 56 | | 0,685 |
| Item 51 | | 0,596 |
| Item 52 | | 0,555 |
| <i>Pourcentage de variance expliquée</i> | 54,08% | 6,0% |
| <i>Alpha</i> | 0,9163 | 0,8528 |
| <i>KMO</i> | | 0,887 |

Tableau 20 : Analyse factorielle de l'échelle « Lien de proximité avec l'intervenant »

| | Facteur 1 nommé : Lien de proximité |
|------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Item 70 | 0,915 |
| Item 68 | 0,907 |
| Item 74 | 0,896 |
| Item 73 | 0,880 |
| Item 76 | 0,876 |
| Item 67 | 0,875 |
| Item 75 | 0,780 |
| Item 69 | 0,765 |
| Item 71 | 0,754 |
| Item 72 | 0,702 |
| <i>Pourcentage de variance expliquée</i> | 70,3% |
| <i>Alpha</i> | 0,9577 |
| <i>KMO</i> | 0,890 |

Tableau 21 : Analyse factorielle de l'échelle « Relations avec l'intervenant »

| | Facteur 1 nommé : Perception des relations avec autrui | Facteur 2 nommé : Façon de dialoguer |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Item 87 | 0,948 | |
| Item 84 | 0,919 | |
| Item 85 | 0,902 | |
| Item 86 | 0,822 | |
| Item 78 | 0,755 | |
| Item 79 | 0,741 | |
| Item 77 | 0,609 | |
| Item 89 | 0,563 | |
| Item 90 | | 0,993 |
| Item 83 | | 0,837 |
| Item 81 | | 0,729 |
| Item 82 | | 0,612 |
| Item 93 | | 0,585 |
| Item 80 | | 0,402 |
| <i>Pourcentage de variance expliquée</i> | 64,26% | 5,31% |
| <i>Alpha</i> | 0,959 | 0,898 |
| <i>KMO</i> | | 0,911 |