

**FAMILLES, JEUNES ET DÉLINQUANCE :  
PORTRAIT DES CONNAISSANCES  
ET PROGRAMMES DE PRÉVENTION DE LA  
DÉLINQUANCE JUVÉNILE EN MILIEU FAMILIAL**

Julie Savignac

**Rapport de recherche : 2009-01**

**Publié par le :**

Centre national de prévention du crime (CNPC)  
Sécurité publique Canada  
Ottawa, Ontario, Canada  
K1A 0P8

**Visitez le site Web de Sécurité publique Canada pour ajouter votre nom à la liste de distribution : [www.SecuritePublique.gc.ca/CNPC](http://www.SecuritePublique.gc.ca/CNPC).**

**Numéro de catalogue : PS4-68/2009F**

**ISBN : 978-1-100-90683-6**

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2009

Ce matériel peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales à condition d'en citer la source.

**Dans la même collection:**

*Facteurs de risque et de protection dans les familles et leurs effets sur la délinquance juvénile : ce que nous en savons (2008)*

*Programmes en milieu familial de prévention et de réduction de la criminalité juvénile (2008)*

*This publication is also available in English under the title: Families, Youth and Delinquency: the State of Knowledge, and Family-Based Juvenile Delinquency Prevention Programs.*

## Table des matières

<b>Résumé</b> .....	1
<b>Portrait des connaissances sur les facteurs de risque et les facteurs de protection associés aux familles</b> .....	3
Les facteurs de risque.....	3
La situation au Canada : portrait statistique des facteurs de risque en lien avec le fonctionnement et la dynamique familiale .....	7
La situation des familles dans les collectivités autochtones .....	9
Les facteurs de protection .....	10
<b>Prévenir et réduire les risques de délinquance juvénile en intervenant auprès des familles</b> .....	13
L'approche scientifique en prévention de la délinquance.....	13
Les programmes en milieu familial : ce qui fonctionne le mieux .....	14
Les programmes axés sur la formation parentale .....	14
Les programmes axés sur la thérapie familiale .....	16
Les programmes axés sur une approche intégrée.....	19
Éléments clés de la réussite des programmes en milieu familial.....	24
<b>Conclusion</b> .....	25
<b>Annexe : Fiches techniques des programmes</b> .....	27
Preventive Treatment Program .....	28
Parenting with Love and Limits (PLL) .....	30
Focus on Families .....	32
Functional Family Therapy (FFT) .....	34
Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC).....	36
Brief Strategic Family Therapy (BSFT) .....	38
Multidimensional Family Therapy (MDFT) .....	40
Positive Parenting Program – Triple P .....	42
Multisystemic Therapy (MST) .....	44
CASASTART (Striving Together to Achieve Rewarding Tomorrows) .....	46
Wraparound Milwaukee.....	48
All Children Excel (ACE).....	50
SNAP™ Under 12 Outreach Project (ORP) .....	52
<b>Références bibliographiques</b> .....	55
<b>Notes</b> .....	63





## Résumé

Lieu d'apprentissage, de découverte et de socialisation, la famille représente un pilier important dans le développement des enfants et des adolescents. Facteur de protection, la famille, lorsque dysfonctionnelle, est également considérée comme un domaine de facteurs de risque associés à la délinquance chez les jeunes.

Pour mieux tenir compte des relations entre famille, facteurs de risque, facteurs de protection, délinquance juvénile et programmes d'intervention auprès des familles vulnérables, ce travail se divise en deux parties principales.

La première partie de ce rapport fait état des connaissances sur les facteurs de risque et de protection associés aux familles. Une analyse détaillée des facteurs de risque a permis d'identifier trois catégories de facteurs de risque en milieu familial :

- a) les facteurs de risque relatifs au fonctionnement et à la dynamique familiale (ceux que l'on considère comme les facteurs de risque proximaux),
- b) les facteurs de risque en lien avec les caractéristiques des familles et, enfin,
- c) les facteurs de risque en lien avec le quartier/secteur de résidence des familles.

Concernant les facteurs de protection, les connaissances actuelles sont relativement limitées mais une recherche documentaire a permis d'identifier les principaux facteurs de protection en lien avec le milieu familial. Enfin, cette première section présente également un portrait statistique des familles canadiennes confrontées à certains facteurs de risque et elle se termine par la présentation d'un bref portrait de la situation dans les collectivités autochtones.

La deuxième partie de ce rapport présente des programmes de prévention et de réduction de la délinquance juvénile en milieu familial. Cette recension a permis de constater que trois méthodes d'interventions sont particulièrement efficaces auprès des familles :

- i) la formation parentale,
- ii) la thérapie familiale et
- iii) l'approche intégrée.

Basée sur des rapports de recherche, des études longitudinales et des résumés d'évaluation, cette recherche se veut une première étape vers l'approfondissement des connaissances scientifiques sur ce qu'on appelle « les familles vulnérables » ou « les familles à risque », et vers une meilleure utilisation des connaissances pour mieux agir et intervenir auprès de celles-ci.





## CHAPITRE 1

# Portrait des connaissances sur les facteurs de risque et les facteurs de protection associés aux familles

De façon générale, il est admis que le risque de développer une trajectoire de vie orientée vers la délinquance est influencé par le nombre de facteurs de risque auxquels un jeune est exposé.<sup>1</sup> Au même titre, on peut suggérer que plus un jeune est entouré de facteurs de protection, plus les risques de s'orienter vers la délinquance sont atténués.

## Les facteurs de risque

De façon très sommaire, on peut décrire les facteurs de risque comme étant des caractéristiques ou des variables qui, lorsqu'elles sont présentes, font que ces individus sont davantage susceptibles, comparativement à d'autres, d'adopter des comportements qui peuvent leur faire du tort.<sup>2</sup>

Les facteurs de risque liés à la délinquance sont multidimensionnels, c'est-à-dire qu'ils se manifestent dans plusieurs aspects du quotidien et de la vie des individus. À cet effet, la typologie généralement acceptée par les chercheurs classe les facteurs de risque en fonction des domaines suivants : les caractéristiques individuelles, la famille, l'école, les pairs, et la collectivité.<sup>3</sup>

Il est aussi admis que les effets des facteurs de risque varient selon l'âge.<sup>4</sup> Par exemple, durant l'enfance, les facteurs de risque ayant une plus grande incidence sont ceux qui agissent au sein de la famille; à mesure que les enfants grandissent et s'intègrent davantage dans leur environnement, les facteurs de risque liés aux pairs, à l'école, au quartier et à la communauté jouent un rôle plus important.<sup>5</sup> Quant aux facteurs de risque en lien avec les caractéristiques individuelles, par exemple, l'hyperactivité, l'anxiété, l'agressivité, ceux-ci doivent être pris en considération à tous les âges.

De plus, il faut rappeler que les comportements délinquants s'acquièrent sur une certaine période de temps, dans des conditions qui se chevauchent et des situations à problèmes multiples. L'interaction et l'accumulation des facteurs de risque augmentent la probabilité de commettre des actes de délinquance.<sup>6</sup> Ceci, non seulement parce que les facteurs de risque additionnent leurs effets, mais aussi parce qu'ils interagissent entre eux, les effets de l'un multipliant les effets de l'autre et ainsi de suite. Par exemple, l'abus d'alcool de la part des parents peut provoquer des conflits familiaux qui, à leur tour, ont comme effet un risque d'accroître les problèmes liés à la consommation de substances.

Selon une étude réalisée par le Social Exclusion Task Force (Londres), à 14 ans, plus un jeune présente des facteurs de risque familiaux, plus les probabilités d'être exclu de l'école, d'être pris en charge par les services de protection de la jeunesse, ou d'être en contact avec la police augmentent; cette relation étant particulièrement prononcée dans le cas de l'exclusion de l'école chez les jeunes qui présentent 5 facteurs de risque familiaux ou plus.<sup>7</sup>

Concernant les facteurs de risque associés au milieu familial, une analyse détaillée a permis de faire la distinction entre trois sous-catégories :

- les facteurs de risque relatifs à la dynamique et au fonctionnement de la famille,
- les facteurs de risque en lien avec les caractéristiques des familles,
- les facteurs de risque associés au quartier de résidence.

**TABLEAU 1 – FACTEURS DE RISQUE DE DÉLINQUANCE JUVÉNILE ASSOCIÉS À LA FAMILLE SELON L'ÂGE DES ENFANTS ET DES JEUNES<sup>8</sup>**

*Effet cumulatif et interactif des facteurs de risque* →

	6-12 ANS	13-17 ANS	18 ANS ET PLUS
<b>Dynamique et fonctionnement de la famille</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pratiques parentales inadéquates</li> <li>• Criminalité des parents et/ou fratrie</li> <li>• Parents antisociaux et attitudes favorables à la violence</li> <li>• Conflits familiaux</li> <li>• Toxicomanie des parents</li> <li>• Abus physique et négligence</li> <li>• Violence familiale</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pratiques parentales inadéquates</li> <li>• Criminalité des parents et/ou fratrie</li> <li>• Violence familiale</li> <li>• Histoire de mauvais traitements</li> </ul>
<b>Caractéristiques de la famille</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revenu familial précaire</li> <li>• Rupture familiale</li> <li>• Mobilité familiale</li> <li>• Santé mentale des parents</li> <li>• Jeune âge de la mère</li> <li>• Nombre d'enfants dans la famille</li> <li>• Un seul parent à la charge de la famille</li> <li>• Le passé des parents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revenu familial précaire</li> <li>• Rupture familiale</li> <li>• Mobilité familiale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revenu familial précaire</li> </ul>
<b>Quartier de résidence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pauvreté du quartier</li> <li>• Présence de jeunes ayant des comportements délinquants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pauvreté du quartier</li> <li>• Criminalité du quartier</li> <li>• Présence de gangs de jeunes</li> <li>• Disponibilité des drogues et des armes à feu dans le quartier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pauvreté</li> <li>• Criminalité</li> <li>• Gangs de jeunes</li> <li>• Drogues et armes à feu</li> </ul>

*Effet cumulatif et interactif des facteurs de risque*



## Les facteurs de risque relatifs à la dynamique et au fonctionnement de la famille

Les connaissances scientifiques actuelles suggèrent que les facteurs de risque en lien avec le fonctionnement et la dynamique familiale sont étroitement associés à la délinquance.<sup>9</sup>

### Conduites parentales inefficaces

De mauvaises pratiques parentales, comme l'absence de supervision, une trop grande permissivité, une discipline incohérente ou trop stricte, un faible lien d'attachement et l'incapacité d'établir des limites claires, représentent des facteurs de risque importants de délinquance,<sup>10</sup> de consommation de drogues,<sup>11</sup> de mauvaises performances académiques<sup>12</sup>, et d'adhésion aux gangs de jeunes.<sup>13</sup>

Selon les chercheurs, la supervision et le contrôle parentaux<sup>14</sup> jouent un rôle déterminant dans l'adoption de comportements délinquants.<sup>15</sup> Comme le souligne LeBlanc, « la supervision est la variable clé, celle qui catalyse l'impact de toutes les autres caractéristiques du fonctionnement de la famille ».<sup>16</sup>

L'enquête longitudinale The Edinburgh Study of Youth Transitions and Crime (ESYTC), identifie sept caractéristiques de conduites parentales et du fonctionnement de la famille associées à la délinquance chez les jeunes de 15 ans. Les plus importants sont : la surveillance des parents, la volonté du jeune à communiquer avec ses parents, la cohérence des parents, les conflits parent-enfant et la punition excessive.<sup>17</sup> Les résultats de cette enquête montrent que les pratiques parentales inefficaces à l'âge de 13 ans sont un prédicteur important de délinquance à l'âge de 15 ans.<sup>18</sup>

### Criminalité des parents

La criminalité des parents est un puissant facteur de risque de délinquance appuyé par différentes études.<sup>19</sup>

Les études longitudinales de Pittsburgh et de Cambridge montrent que la criminalité du père, de la mère, d'un frère ou d'une sœur est un bon prédicteur de délinquance chez les garçons. Le facteur le plus important demeure la criminalité du père : 63 % des garçons qui ont un père impliqué dans des activités criminelles risquent d'être eux-mêmes impliqués dans ce genre d'activités, comparativement à 30 % pour les autres.<sup>20</sup>

Avoir des frères ou des sœurs plus âgés impliqués dans des activités criminelles est également un facteur de risque de délinquance, cette relation étant moins importante lorsque les frères ou les sœurs sont plus jeunes.

Selon les travaux de Farrington (2002), 8 % des familles sont responsables de 43 % de la criminalité. Des résultats similaires ont également été obtenus par une étude réalisée par Roché sur la délinquance juvénile des adolescents âgés de 13 à 19 ans en France : 5 % des familles sont responsables de 50 % des petits délits, de 86 % des délits graves et de 95 % des trafics.<sup>21</sup>

### Mauvais traitements durant l'enfance et la violence familiale

Plusieurs recherches ont confirmé que l'exposition très précoce à la violence physique et psychologique est un fort prédicteur de la violence physique de la part de la victime, notamment celle qu'elle exercera plus tard à l'endroit de son partenaire ou de ses enfants.<sup>22</sup>

Être témoin de violence à la maison représente un important facteur de risque d'agressivité et de délinquance chez les jeunes. Selon les résultats de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), les enfants de 6 à 11 ans qui ont été témoins de violence à la maison étaient deux fois plus susceptibles d'adopter un comportement agressif (2,2 fois) que les enfants n'ayant jamais été témoins de violence.<sup>23</sup>

Les mauvais traitements reçus durant l'enfance sont aussi un facteur de risque associé à différents comportements à problèmes. Les recherches qui ont comparé des adolescents maltraités durant leur enfance à ceux qui ne l'ont pas été, montrent que les premiers sont plus nombreux à présenter des problèmes de comportement<sup>24</sup> (fugues, décrochage scolaire, grossesse précoce), des problèmes liés à l'abus de substance,<sup>25</sup> à porter des armes, à adopter des comportements délinquants, à s'exposer à des situations intimidantes<sup>26</sup> et à adhérer à des gangs.<sup>27</sup>

D'autres recherches ont également montré que la violence subie à un jeune âge est un facteur associé aux fugues et au départ précoce du domicile familial, ce qui accroît fortement les risques pour l'adolescent d'être aussi bien victime qu'auteur de diverses formes de délinquance liées à l'errance.<sup>28</sup>

### **Abus de substances de la part des parents<sup>29</sup>**

L'enquête *The Edinburgh Study of Youth Transitions and Crime* (ESYTC) illustre que chez les jeunes de 15 ans, le fait d'avoir un parent qui consomme de la drogue augmente de deux fois les risques qu'ils en consomment eux aussi. Par contre, les jeunes dont les parents ont une consommation excessive d'alcool (21 unités par semaine) ne sont pas plus à risque que les autres jeunes de boire de façon quotidienne.<sup>30</sup>

Selon les résultats de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), l'influence des pairs est un facteur de risque de consommation d'alcool par les adolescents plus prononcé que la consommation d'alcool des parents.<sup>31</sup>

### **Les facteurs de risque en lien avec les caractéristiques des familles**

Dans la compréhension des liens entre famille et délinquance juvénile, ces facteurs de risque doivent être interprétés avec prudence : leurs effets négatifs découlent parfois d'autres facteurs présents dans l'environnement familial, parfois d'une combinaison de plusieurs facteurs de risque. Pris isolément, ces facteurs de risque entretiennent des liens moins évidents avec l'adoption de comportements délinquants chez les jeunes comparativement aux facteurs de risque en lien avec le fonctionnement et la dynamique familiale.<sup>32</sup>

Le débat sur les effets de la monoparentalité dans la manifestation de comportements délinquants chez les jeunes est l'un des exemples les plus parlants du caractère particulier de ces facteurs de risque. La monoparentalité est considérée comme un facteur de risque parce que cette structure familiale est souvent associée à un manque de surveillance, à un manque de temps libre passé avec les enfants, à une précarité financière, à un quartier de résidence plus pauvre, etc. De fait, parce que la monoparentalité peut facilement conduire vers la précarisation et, du même coup, devenir une situation difficile et stressante pour les familles, la monoparentalité représente une caractéristique familiale associée aux risques de délinquance juvénile.<sup>33</sup>

Wells et Rankin (1991) concluent dans leurs travaux que la relation entre familles dissociées et délinquance chez les jeunes varie selon les cas : elle est faible ou nulle pour les délits graves (vols, comportements violents), un peu plus forte pour la consommation de drogues (surtout douces), et significative pour les « comportements problématiques » (fugues, absentéisme scolaire, problèmes de discipline en classe).<sup>34</sup>

Les résultats de l'enquête de Cambridge sur la trajectoire des jeunes délinquants montrent que si les garçons en provenance de familles séparées sont plus délinquants que les garçons en provenance de familles intactes, ils ne sont pas plus délinquants que les garçons en provenance de familles intactes mais conflictuelles.<sup>35</sup>

Farrington (1995; 2006) suggère que le contexte dans lequel se déroule la rupture familiale et les effets « post-séparation » sont les facteurs le plus importants à prendre en considération.

De façon générale, les garçons qui sont restés avec leur mère après la séparation ont eu le même taux de délinquance que des garçons en provenance de familles intactes ayant de faibles conflits tandis que les garçons qui sont restés avec leur père ou avec d'autres parents présentent des taux plus élevés de délinquance.<sup>36</sup>

Quant aux transitions familiales,<sup>37</sup> les résultats de l'étude de Rochester font état de liens clairs et statistiquement significatifs entre le nombre de transitions familiales, la prévalence de la délinquance et la consommation de drogues. Tandis que 64,1 % des jeunes qui n'ont jamais vécu de transitions familiales présentent des signes de délinquance, ce taux atteint un sommet de 90 % pour les jeunes ayant vécu cinq transitions familiales ou plus. Après avoir contrôlé le genre, la pauvreté et la supervision parentale, les chercheurs concluent qu'un plus grand nombre de transitions familiales est significativement lié à un taux de délinquance et de consommation de drogues plus élevé.<sup>38</sup>

### Les facteurs de risque en lien avec le quartier de résidence des familles

De façon générale, vivre dans un quartier défavorisé double les risques de délinquance.<sup>39</sup>

En lien avec le quartier de résidence, plusieurs facteurs de risque sont à prendre en considération : présence de gangs de jeunes et de jeunes délinquants, disponibilité des drogues et des armes à feu, taux de criminalité du quartier,<sup>40</sup> faible degré d'intégration au secteur, haut niveau de désorganisation, peu de ressources et de services offerts, et la pauvreté du secteur.

Sampson (1997) propose un cadre d'analyse basé sur le capital social et les caractéristiques du quartier (*social capital/collective efficacy model*). Selon ce modèle, les conduites parentales sont influencées par le contexte social dans lequel vivent les familles. Les quartiers caractérisés par une forte pauvreté, des ruptures familiales et une forte mobilité résidentielle tendent à affaiblir les réseaux sociaux et à exacerber les conduites parentales inefficaces.<sup>41</sup>

Dans la même lignée, Smith (2004) souligne que le fonctionnement de la famille est influencé par le contexte social environnant. Les parents qui habitent un quartier défavorisé et qui disposent de peu de ressources auront davantage de difficultés à éloigner leur jeune des comportements déviants et à risquer.

Ainsi, les enfants en bas âge qui vivent dans un secteur défavorisé et qui, de surcroît, grandissent dans une famille où la supervision parentale est déficiente, sont à risque de développer durant leur adolescence des comportements délinquants.<sup>42</sup>

## La situation au Canada : portrait statistique des facteurs de risque en lien avec le fonctionnement et la dynamique familiale

### Violence familiale et être témoin de violence à la maison

- En 2005, près de 4 enfants et jeunes<sup>43</sup> sur 10 (37 %) qui ont été victimes de violence familiale ont subi des blessures physiques. Les garçons étaient plus susceptibles que les filles de subir des blessures (44 % par rapport à 33 %).<sup>44</sup>
- En 2005, les jeunes parents sont représentés de façon disproportionnée parmi les auteurs présumés ayant tué leur enfant. Bien que les parents de 15 à 24 ans n'aient constitué que 2 % de tous les parents, ils étaient responsables de 60 % des homicides sur des nourrissons et de 14 % des homicides sur des enfants et des jeunes.<sup>45</sup>

- En 2005, selon l'Enquête sur les homicides, 60 homicides ont été commis contre des enfants et des jeunes de moins de 18 ans; plus du tiers de ces homicides ont été perpétrés par un membre de la famille.<sup>46</sup>
- Selon l'Enquête sociale générale de 2004, environ 33 % des victimes de violence conjugale ont dit que leurs enfants avaient vu ou entendu cette violence.<sup>47</sup>
- Selon l'Enquête sur les maisons d'hébergement, entre le 1<sup>er</sup> avril 2005 et le 31 mars 2006, les admissions de femmes et d'enfants dans les refuges pour femmes violentées au Canada se sont chiffrées à environ 106 000.<sup>48</sup>
- Selon l'Enquête sur les maisons d'hébergement, le 19 avril 2006, 2 912 femmes se trouvaient dans des maisons d'hébergement en raison de mauvais traitements; parmi elles, 51 % étaient hébergées avec leurs enfants.<sup>49</sup>

## Mauvais traitements durant l'enfance

- En 2003, parmi l'ensemble des enquêtes consultées par les chercheurs de l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (ECI), 47 % des enquêtes ont corroboré des cas de mauvais traitements envers des enfants âgés de 15 ans et moins au Canada<sup>50</sup> (à l'exclusion du Québec).
- Le taux d'incidence correspondait alors à 21,7 cas de mauvais traitements corroborés pour 1 000 enfants.<sup>51</sup>
- Parmi les cas de mauvais traitements corroborés, un tiers était des cas de négligence (30 %), suivi par des cas d'exposition à la violence familiale (28 %). La violence physique représentait 24 % des cas, la violence psychologique 15 % et les abus sexuels 3 %.<sup>52</sup>
- Selon l'Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportements sérieux signalés à la Direction de la protection de la jeunesse du Québec (ÉIC-1998), 45 % des enfants pour lesquels le signalement de négligence s'est avéré fondé vivaient dans une famille aux prises avec un problème de consommation abusive de drogues ou d'alcool:<sup>53</sup>
  - Pour 41,7 % des familles, la situation de négligence envers les enfants coexiste avec la consommation abusive de drogues ou d'alcool et la présence de violence conjugale.
  - Pour 32,2 % des familles, la situation de négligence envers les enfants coexiste avec la consommation abusive de drogues ou d'alcool et la présence d'activités criminelles.
  - Pour 31,3 % des familles, la situation de négligence envers les enfants coexiste avec la consommation abusive de drogues ou d'alcool ainsi qu'avec la présence de problèmes de santé mentale.

## Supervision parentale et comportements délinquants

- Selon les résultats de la version canadienne de l'Enquête internationale auprès des jeunes, la prévalence des comportements délinquants était nettement plus élevée chez les jeunes qui ont déclaré avoir consommé de l'alcool et de la drogue, et qui ont mentionné que leurs parents exerçaient peu de supervision.<sup>54</sup>
- 56 % des jeunes qui ont déclaré que leurs parents ne savaient *jamais* avec qui ils étaient ont manifesté un comportement délinquant au cours des 12 derniers mois comparativement à 35 % chez les jeunes dont les parents ne savent *pas toujours* et à 12% chez les jeunes dont les parents savent *toujours* avec qui ils sortaient.<sup>55</sup>

- Les jeunes qui ne s'entendent pas bien avec leurs parents affichent des niveaux de délinquance plus élevés.<sup>56</sup> Plus du tiers des jeunes qui ont mentionné ne pas s'entendre avec leur père ou leur mère ont manifesté un comportement délinquant au cours des 12 derniers mois comparativement à environ 20 % chez ceux qui ont déclaré bien s'entendre avec leurs parents.

## L'abus de substances

- Les données actuellement disponibles sur les problèmes de consommation (drogues/alcool) sont rarement en lien avec le contexte familial et ses conséquences.
- Néanmoins, voici quelques résultats issus de l'Enquête sur les toxicomanies au Canada<sup>57</sup> qui illustrent quelques aspects généraux des problèmes de consommation :
  - Une forte consommation d'alcool<sup>58</sup> est plus fréquente chez les Canadiens âgés de 18 à 24 ans.
  - Les hommes étaient proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir l'habitude de boire au moins cinq verres par occasion (23,2 % contre 8,8 %) et à avoir bu au moins cinq verres par occasion au moins une fois par semaine (9,2 % contre 3,3 %).
  - 10,5 % des personnes ayant participé à l'enquête affirment que leur vie conjugale ou familiale a souffert de la consommation d'alcool de la part d'un tiers; 15,8 % ont connu des épisodes de violence verbale et 3,2 % des coups ou des agressions physiques.
  - Presque 30 % des jeunes de 15 à 17 ans, et un peu plus de 47 % chez les 18-19 ans, ont consommé du cannabis au cours des douze derniers mois.
  - Parmi ceux ayant consommé du cannabis au cours des douze derniers mois, 4,9 % disent avoir des ennuis de santé et des difficultés d'ordre social ou juridique découlant de l'usage du cannabis.
  - Au cours de l'année précédente, environ 3 % des Canadiens (4,3 % des hommes et 1,8 % des femmes) disent avoir consommé au moins une des cinq drogues illicites autres que le cannabis (cocaïne ou crack; hallucinogènes, PCP ou LSD; speed ou amphétamines; héroïne; ecstasy).

## La situation des familles dans les collectivités Autochtones

Les études qui approfondissent les liens entre la délinquance juvénile chez les jeunes Autochtones et les facteurs de risque relatifs aux familles sont peu nombreuses; il s'agit d'une limite importante au niveau des connaissances visant à prévenir efficacement la délinquance chez les jeunes dans ces communautés.

Chez les jeunes Autochtones de sexe masculin, la majorité des facteurs de risque associés à la délinquance sont similaires à ceux des non Autochtones : antécédents de comportements criminels, toxicomanie, attitudes antisociales, et fréquentation de pairs antisociaux.<sup>59</sup> Par contre, il n'est pas possible de dire si les facteurs de risque « problèmes familiaux ou conjugaux » et « les problèmes à l'école ou au travail » sont applicables de façon similaire chez les Autochtones et les non Autochtones; des recherches plus approfondies sont nécessaires pour répondre à cette question.<sup>60</sup>

En ce qui concerne la violence familiale et conjugale, les statistiques montrent que la violence au sein des familles est plus fréquente chez les communautés autochtones.<sup>61</sup> En 2004, 21 % des Autochtones ont déclaré avoir subi une forme quelconque de violence physique ou sexuelle de la part d'un conjoint durant les cinq années précédant l'enquête, comparativement à 6 % des personnes non Autochtones.<sup>62</sup> Ceci se traduit par un taux de violence conjugale chez les Autochtones qui est 3 fois plus supérieur à celui affiché par les non Autochtones.

Concernant la toxicomanie et l'alcoolisme au sein des collectivités autochtones, les statistiques disponibles font rarement le lien avec la dimension familiale. Voici quelques résultats issus de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002-2003:<sup>63</sup>

- Les hommes étaient plus susceptibles d'avoir consommé de l'alcool que les femmes, les taux les plus élevés étant chez les hommes âgés de 18 à 29 ans.
- La proportion de buveurs excessifs parmi les adultes des Premières Nations est plus élevée que dans la population canadienne et est plus marquée chez les hommes.
- Les hommes âgés de 18 à 29 ans sont ceux dont la consommation de drogues était la plus élevée. 29,1 % des répondants ont indiqué consommer de la marijuana tous les jours. Arrive en second la consommation de médicaments sur ordonnance, notamment la codéine, la morphine et les opiacés.

Une étude sur les liens entre la structure familiale et les problèmes de consommation a été menée chez les Indiens d'Amérique du Nord et les Inuits (*American Indian/Alaska Native-AI-AN*).<sup>64</sup> Les résultats de cette étude laissent croire que les jeunes en provenance d'une famille dont un seul parent est à la charge ont une probabilité plus grande de boire et de fumer du tabac de façon régulière, comparativement aux jeunes qui habitent avec leurs deux parents. La probabilité de consommer de la marijuana est également plus élevée du côté des jeunes qui habitent dans une famille monoparentale et chez ceux qui n'habitent pas avec leurs parents, comparativement à ceux qui habitent avec les deux parents. Rappelons à ce propos que les enfants et les jeunes autochtones sont beaucoup plus susceptibles d'être membres d'une famille monoparentale : en 2001, 35 % des enfants autochtones de moins de 15 ans vivaient dans une famille monoparentale, soit le double de la proportion observée chez les enfants non autochtones (17 %).<sup>65</sup>

Compte tenu de ces résultats, il importe donc d'approfondir les recherches sur l'importance de l'unité familiale en tant que facteur de protection pour les jeunes Autochtones. De plus, comme le notent Lonczak, H. et al. (2007), des études approfondies doivent aussi être menées pour mieux comprendre, au-delà de la structure des familles, comment les pratiques parentales influencent les problèmes de consommation chez les jeunes Autochtones.

## Les facteurs de protection

Les connaissances sur les facteurs de protection associés à la famille sont moins étoffées que celles sur les facteurs de risque; il s'agit d'une limite importante en matière de connaissances reliées à la prévention de la délinquance juvénile.

Les facteurs de protection aident à mieux comprendre les caractéristiques et les situations qui protègent et éloignent les jeunes de la délinquance.<sup>66</sup> Les facteurs de protection sont des caractéristiques ou des conditions qui agissent en tant que modérateur des risques, ils permettent d'atténuer les incidences négatives associées aux facteurs de risque et aident les jeunes à mieux faire face à leur situation.<sup>67</sup> À l'image des facteurs de risque, on peut suggérer que les facteurs de protection sont cumulatifs et interactifs. Par exemple, les effets négatifs de grandir dans un milieu pauvre peuvent être atténués par l'implication, la participation et le support des parents.<sup>68</sup>

Le tableau 2 ci-dessous présente les principaux facteurs de protection associés aux familles; la majorité des facteurs se rapportent au bon fonctionnement de la famille et à l'harmonie des relations familiales. Les recherches actuelles sur les facteurs de protection ne sont pas assez approfondies pour permettre de les distinguer en fonction de l'âge des enfants.

- Des pratiques parentales adéquates ont été associées à une présence moins importante des problèmes de comportements tels la délinquance et la consommation de drogues et d'alcool.<sup>69</sup>

- La supervision parentale, l'attachement aux parents et une discipline cohérente et constante sont les facteurs de protection les plus importants pour promouvoir la résilience chez les jeunes à risque<sup>70</sup> et réduire les chances qu'ils s'associent à des pairs délinquants.<sup>71</sup>
- Des liens familiaux harmonieux et une bonne relation avec les parents protègent contre la délinquance à tous les âges et ce, autant chez les garçons que chez les filles.<sup>72</sup>
- Le support et l'implication des parents réduisent les risques que les jeunes s'engagent dans des activités délinquantes<sup>73</sup> et consomment des drogues.<sup>74</sup>
- Lorsqu'on compare l'ensemble des familles qui vivent dans un quartier défavorisé, celles qui sont composées de deux parents semblent avoir un meilleur effet protecteur.<sup>75</sup> Par contre, les familles monoparentales qui vivent dans un quartier tranquille et sécuritaire ne sont pas plus à risque que les autres.<sup>76</sup>
- L'intégration des familles à la vie du quartier, une forte cohésion sociale, la disponibilité des ressources et des services dans le quartier,<sup>77</sup> et l'implication des familles aux activités parascolaires et scolaires<sup>78</sup> sont d'autres facteurs de protection.

**TABLEAU 2 – FACTEURS DE PROTECTION ASSOCIÉS À LA FAMILLE<sup>79</sup>**

<b>À TOUS LES ÂGES</b>		
<b>DYNAMIQUE ET FONCTIONNEMENT DE LA FAMILLE</b>	<b>CARACTÉRISTIQUES DE LA FAMILLE</b>	<b>QUARTIER DE RÉSIDENCE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relation basée sur l'attachement familial</li> <li>• Support positif au sein de la famille</li> <li>• Supervision parentale adéquate</li> <li>• Respect des ami(e)s de la part des parents</li> <li>• La proximité parents-enfants (affection)</li> <li>• Méthodes de disciplines cohérentes</li> <li>• Conduites et pratiques parentales adéquates</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niveau d'éducation des parents</li> <li>• Stabilité financière</li> <li>• Stabilité de l'unité familiale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégration des familles à la vie du quartier</li> <li>• Tissu relationnel établi dans le voisinage</li> <li>• Activités scolaires qui impliquent la famille</li> </ul>





# Prévenir et réduire les risques de délinquance juvénile en intervenant auprès des familles

Les connaissances actuelles ont montré qu'il est possible de réduire les effets négatifs de certains facteurs de risque, de renforcer les facteurs de protection et d'intervenir efficacement auprès des jeunes à risque et des familles vulnérables. Différentes études<sup>80</sup> ont montré que les programmes qui ciblent les facteurs de risque contribuant à la criminalité et à la victimisation, et qui mettent en valeur les facteurs de protection, sont efficaces et permettent de réduire l'incidence de la criminalité et de la victimisation dans une mesure pouvant atteindre, dans certains cas, jusqu'à 70 %.<sup>81</sup>

## L'approche scientifique en prévention de la délinquance

L'approche scientifique en prévention de la délinquance correspond à une manière de penser et d'agir qui s'appuie sur des faits scientifiquement démontrés et démontrables. Par l'entremise d'évaluations fiables et rigoureuses, le recours à cette approche permet de montrer qu'il existe des moyens efficaces de prévenir le crime. L'évaluation de l'efficacité des programmes repose sur les critères suivants:

- **Résultats effectifs au niveau de la prévention ou de la réduction des problèmes et/ou atténuation des facteurs de risque et/ou renforcement des facteurs de protection**

Démontrer, par l'entremise d'une évaluation rigoureuse, que les programmes mis en place produisent des résultats positifs au niveau de la réduction des comportements délinquants, de l'atténuation des facteurs de risque ou du renforcement des facteurs de protection. Ce critère est sûrement l'un des plus importants pour juger du succès et de l'efficacité des pratiques de prévention et des effets préventifs.

- **Effets positifs à long terme**

Démontrer que les effets positifs des programmes subsistent même après leur arrêt et qu'ils se manifestent dans la vie des jeunes sur plusieurs années. Les effets doivent être persistants et à long terme (*sustained effects*).<sup>82</sup> Or, ce critère est difficile à démontrer et évaluer : seules des études longitudinales sont en mesure de satisfaire ce critère.

- **Capacité de répliation**

Démontrer que la mise en œuvre du même programme dans différents milieux reproduit à chaque fois les mêmes résultats positifs.

Par exemple, les programmes qui ont démontré leur efficacité dans différentes conditions socio-économiques, avec différentes populations et dans différents contextes (urbain, rural), sont généralement considérés comme des programmes très fiables.<sup>83</sup>

- **Évaluation rigoureuse**

Sans entrer dans les détails méthodologiques, soulignons qu'une évaluation est considérée comme rigoureuse lorsqu'elle présente un haut degré de validité (interne, conceptuelle et statistique) et lorsque les instruments de mesure et d'évaluation reposent sur des fondements scientifiques.<sup>84</sup>

Les évaluations expérimentales (avec ou sans randomisation) et quasi-expérimentales sont les deux types d'évaluations dont les résultats au niveau de la validité interne sont les meilleurs.<sup>85</sup>

- **Analyse coût-bénéfice**

De plus en plus, l'analyse coût-bénéfice (*cost benefits*) représente un critère dans l'évaluation de l'efficacité des programmes. Cette analyse permet de démontrer que les sommes investies dans les programmes de prévention sont rentables lorsque comparés avec les bénéfices qui en résultent.

Les analyses coût-bénéfice des programmes mis en place auprès des jeunes à risque et de leur famille permettent de montrer que certains programmes font épargner aux contribuables de 7 à 10 fois le prix du programme.<sup>86</sup> À titre d'exemple, les meilleurs programmes ayant un bon ratio coût-bénéfice sont *Multidimensional Treatment Foster Care* (MTFC), où pour chaque dollar investi dans le programme, les contribuables épargnent jusqu'à 11,60 \$; le programme *Multisystemic Therapy* (MST) fait épargner jusqu'à 7,70 \$ et le programme *Functional Family Therapy* (FFT), 7,50 \$.<sup>87</sup>

## Les programmes en milieu familial : ce qui fonctionne le mieux

En matière de programmes en milieu familial, trois stratégies d'intervention sont considérées efficaces :

- les programmes axés sur la formation parentale;
- les programmes axés sur la thérapie familiale et;
- les programmes axés sur une approche intégrée.

Les critères de sélection ayant orienté le choix des programmes<sup>1</sup> sont les suivants :

- les programmes devaient être basés sur la famille c'est-à-dire que les stratégies d'interventions utilisées s'adressent à la fois aux parents et aux jeunes;
- les facteurs de risque devaient être associés majoritairement au milieu familial;
- les jeunes visés par les programmes sont à risque de développer des comportements délinquants ou sont déjà impliqués dans des activités délinquantes;<sup>88</sup>
- les résultats devaient être appuyés par des évaluations rigoureuses venant confirmer une réduction des risques de développer des comportements associés à la délinquance juvénile, l'atténuation des facteurs de risque ou le renforcement des facteurs de protection.<sup>89</sup>

### Les programmes axés sur la formation parentale

Les programmes axés sur la formation parentale visent essentiellement à améliorer les responsabilités et les conduites parentales. Ces programmes se proposent d'apprendre aux parents à utiliser des techniques de discipline adéquates, à utiliser une supervision et un contrôle équilibrés et à imposer des limites claires et cohérentes aux enfants et aux jeunes qui ont tendance à ne pas respecter les consignes.<sup>90</sup>

La formation parentale se déroule généralement en petit groupe où seuls les parents sont présents. Les sessions de formation peuvent avoir lieu dans différents endroits (écoles, centres communautaires, églises, en milieu de travail ou à la maison). Le déroulement de ces sessions est assuré par un thérapeute.

### Objectifs

La formation parentale utilise une approche structurée conçue pour :

- Aider les parents à identifier les comportements positifs et antisociaux de leur enfant et à utiliser des techniques d'éducation appropriées.
- Améliorer les relations familiales en resserrant les liens affectifs.
- Améliorer les habiletés parentales en matière de résolution de problèmes, de conflits familiaux et de maîtrise de soi.

<sup>1</sup> L'annexe 1 contient une description de chaque programme mentionné dans ce document : la méthodologie, l'évaluation, des renseignements additionnels et les références.

LES PROGRAMMES AXÉS SUR LA FORMATION PARENTALE

TITRE	GROUPE CIBLE	PROBLÉMATIQUES ET FACTEURS DE RISQUE CIBLÉS	RÉSULTATS ET CLASSIFICATION <sup>91</sup>
<p><b>Preventive Treatment Program</b></p>	<p><b>Groupe d'âge :</b> 7-9 ans (garçons seulement)</p> <p>Garçons en provenance de familles défavorisées qui présentent des problèmes de comportements.</p>	<p><b>Problématiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• activités liés aux gangs;</li> <li>• délinquance;</li> <li>• abus de substances;</li> <li>• agression et violence.</li> </ul> <p><b>Facteurs de risque :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mauvaise gestion des conflits familiaux;</li> <li>• mauvaise supervision parentale;</li> <li>• utilisation des punitions physiques;</li> <li>• discipline incohérente.</li> </ul>	<p><b>Résultats :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• à 12 ans, les garçons ayant participé à ce programme commettent moins de vols, sont moins susceptibles d'avoir des problèmes d'abus, et s'impliquent moins dans des bagarres;</li> <li>• à 15 ans, les garçons ayant participé à ce programme s'impliquent moins dans les gangs, ont moins de problèmes d'abus, commettent moins d'actes délinquants et ont moins d'amis qui ont été arrêtés par la police.<sup>92,93</sup></li> </ul> <p><b>Niveau de classification :</b> I : exemplaire II : nd (non disponible)</p>
<p><b>Parenting with Love and Limits (PLL)</b></p> <p>S'accompagne aussi de thérapie familiale.</p>	<p><b>Groupe d'âge :</b> 10-18 ans (filles et garçons)</p> <p>Jeunes ayant commis un premier délit/jeunes à risque d'adopter des comportements délinquants/jeunes décrocheurs.</p>	<p><b>Problématiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• activités liées aux gangs;</li> <li>• délinquance;</li> <li>• abus de substances;</li> <li>• agression et violence;</li> <li>• problèmes scolaires.</li> </ul> <p><b>Facteurs de risque :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mauvaise supervision parentale;</li> <li>• mauvaise gestion des conflits familiaux;</li> <li>• faible lien d'attachement;</li> <li>• violence familiale;</li> <li>• frère et sœur ayant des problèmes de comportements;</li> <li>• utilisation des punitions physiques;</li> <li>• discipline incohérente.</li> </ul>	<p><b>Résultats :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• durant l'année suivant la fin du PLL, 85 % des jeunes n'ont pas fait de rechutes liées à l'abus de substances;</li> <li>• comparés à un groupe contrôle, les jeunes du PLL ont diminué leurs problèmes d'agressivité, de dépression et de déficit de l'attention;</li> <li>• les parents du PLL, comparés à ceux du groupe témoin, ont amélioré la communication avec leur jeune.<sup>94</sup></li> </ul> <p><b>Niveau de classification :</b> I: exemplaire II: nd</p>

## LES PROGRAMMES AXÉS SUR LA FORMATION PARENTALE (suite)

TITRE	GROUPE CIBLE	PROBLÉMATIQUES ET FACTEURS DE RISQUE CIBLÉS	RÉSULTATS ET CLASSIFICATION <sup>91</sup>
<b>Focus on Families</b>	<p><b>Groupe d'âge :</b> 3-14 ans (filles et garçons)</p> <p>S'adresse aux familles dont un des parents est sous traitement de méthadone.</p>	<p><b>Problématique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>abus de substances.</li> </ul> <p><b>Facteurs de risque :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>parents impliqués dans des activités criminelles ou ayant des antécédents criminels;</li> <li>mauvaise supervision parentale;</li> <li>mauvaise gestion des conflits familiaux;</li> <li>utilisation des punitions physiques;</li> <li>discipline incohérente;</li> <li>faible lien d'attachement.</li> </ul>	<p><b>Résultats :</b></p> <p>Après un suivi de 12 mois, les parents de <i>Focus on Families</i>, comparés au groupe témoin :<sup>93,95</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>rappellent moins d'épisode de conflits;</li> <li>font mieux respecter les règles à la maison;</li> <li>ont changé leur cercle de fréquentation;</li> <li>ont rapporté une réduction de 65 % de la fréquence d'utilisation d'héroïne;</li> <li>étaient 6 fois moins susceptibles d'avoir consommé de la cocaïne dans le dernier mois.</li> </ul> <p><b>Niveau de classification :</b></p> <p>I : exemplaire II : modèle</p>

### Les programmes axés sur la thérapie familiale

Les programmes axés sur la thérapie familiale adoptent une approche multidimensionnelle qui combine la formation des parents, la formation du jeune et l'amélioration de la dynamique familiale. Ces programmes sont généralement conduits par des thérapeutes qualifiés et se déroulent en milieu clinique.

Les thérapies familiales visent deux types de familles.

Premièrement, les familles dont les jeunes présentent des problèmes affectifs et comportementaux (troubles de conduite, désordres affectifs, dépression, problèmes à l'école et avec les amis, etc.) sans pour autant avoir manifesté des comportements plus graves (délinquance, crimes, consommation hâtive de drogues et d'alcool, etc.). Cette thérapie dite préventive vise à traiter les problèmes avant que ceux-ci ne s'amplifient.

Deuxièmement, les familles dont les jeunes adoptent des comportements délinquants et sont clairement identifiés (ou diagnostiqués) comme tels. Ce type de thérapie vise à réhabiliter et à traiter les jeunes et sa famille, à prévenir les risques de récidive et à empêcher une aggravation de la délinquance.

### Objectifs

Peu importe le type de famille qui y participe, les programmes de thérapie familiale visent essentiellement à :

- Améliorer la communication et les interactions entre parents et enfants et à régler les problèmes qui surviennent.<sup>96</sup>
- Améliorer le fonctionnement de la famille.
- Bonifier les pratiques parentales.

LES PROGRAMMES AXÉS SUR LA THÉRAPIE FAMILIALE

TITRE	GROUPE CIBLE	PROBLÉMATIQUES ET FACTEURS DE RISQUE CIBLÉS	RÉSULTATS ET CLASSIFICATION <sup>91</sup>
<p><b>Functional Family Therapy (FFT)</b></p>	<p><b>Groupe d'âge :</b> 11-18 ans (filles et garçons)</p> <p>Jeunes qui présentent des comportements délinquants/jeunes présentement engagés dans des activités délinquantes.</p>	<p><b>Problématiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• agression et violence;</li> <li>• abus de substances.</li> </ul> <p><b>Facteurs de risque :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mauvaise supervision parentale;</li> <li>• mauvaise gestion des conflits familiaux.</li> </ul>	<p><b>Résultats :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• comparés aux services traditionnels de justice pour les jeunes, FFT réduit les risques de récidive de 50 % à 60 % ;<sup>93</sup></li> <li>• après 1 an de suivi, le taux de récidive chez les jeunes ayant participé au projet est de 19,8 % versus 36 % chez les autres jeunes;<sup>97</sup></li> <li>• comparés aux services traditionnels de probation chez les jeunes, les traitements résidentiels et les approches thérapeutiques, FFT obtient de meilleurs résultats.<sup>93</sup></li> </ul> <p><b>Niveau de classification :</b> I: exemplaire II: exemplaire</p>
<p><b>Multi-dimensional Treatment Foster Care (MTFC)</b></p> <p>Considéré aussi comme un programme utilisant une approche intégrée</p>	<p><b>Groupe d'âge :</b> 11-18 ans (filles et garçons)</p> <p>Jeunes ayant des comportements délinquants chroniques et qui risquent l'incarcération.</p>	<p><b>Problématiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• délinquance;</li> <li>• agression et violence.</li> </ul> <p><b>Facteurs de risque :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mauvaise supervision parentale;</li> <li>• mauvaise gestion des conflits familiaux;</li> <li>• parents impliqués dans des activités criminelles ou ayant des antécédents criminels.</li> </ul>	<p><b>Résultats :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• après un suivi de 12 mois, les jeunes du MTFC, comparativement aux jeunes placés dans les centres traditionnels de placement, ont commis moins de délits (une moyenne de 2.6 délits versus 5.4) ;<sup>97</sup></li> <li>• après un suivi de 12 mois, les garçons de 12 à 17 ans du MTFC ont passé 60 % moins de jours en prison comparativement à des garçons placés dans les centres traditionnels de placement, ont consommé moins de drogues dures, ont un taux de récidive moins élevé et sont plus nombreux à retourner dans leur famille;<sup>93</sup></li> <li>• après un suivi de 24 mois, les jeunes de MTFC ont une meilleure intégration scolaire.<sup>98</sup></li> </ul> <p><b>Niveau de classification :</b> I: exemplaire II: exemplaire</p>

LES PROGRAMMES AXÉS SUR LA THÉRAPIE FAMILIALE (suite)

TITRE	GROUPE CIBLE	PROBLÉMATIQUES ET FACTEURS DE RISQUE CIBLÉS	RÉSULTATS ET CLASSIFICATION <sup>91</sup>
<p><b>Brief Strategic Family Therapy (BSFT)</b></p>	<p><b>Groupe d'âge :</b> 8-18 ans (filles et garçons)</p> <p>Jeunes qui présentent ou sont à risque d'adopter des comportements délinquants.</p> <p>La thérapie s'adresse également aux décrocheurs et aux jeunes ayant un problème d'abus de substances.</p>	<p><b>Problématiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• délinquance;</li> <li>• abus de substances.</li> </ul> <p><b>Facteurs de risque :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mauvaise supervision parentale;</li> <li>• mauvaise gestion des conflits familiaux;</li> <li>• faible lien d'attachement;</li> <li>• frère/sœur ayant des problèmes de comportements.</li> </ul>	<p><b>Résultats :</b></p> <p>BSFT est considérée comme une thérapie efficace aux niveaux de l'amélioration des problèmes de comportements, de la réduction de la récidive parmi les jeunes délinquants, et de l'amélioration des relations familiales.<sup>95</sup></p> <p><b>Niveau de classification :</b></p> <p>I : efficace II : exemplaire</p>
<p><b>Multi-dimensional Family Therapy (MDFT)</b></p>	<p><b>Groupe d'âge :</b> 11-18 ans (filles et garçons)</p> <p>Jeunes ayant un problème d'abus de substances et qui présentent des problèmes de comportements.</p>	<p><b>Problématiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• abus de substances;</li> <li>• agression et violence.</li> </ul> <p><b>Facteurs de risque :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mauvaise supervision parentale;</li> <li>• mauvaise gestion des conflits familiaux;</li> <li>• utilisation des punitions physiques;</li> <li>• discipline incohérente.</li> </ul>	<p><b>Résultats :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les jeunes du MDFT ont démontré davantage de changements positifs (45 %) que les jeunes en thérapie de groupe (32 %) et les jeunes en thérapie multi-familles (26 %);<sup>93</sup></li> <li>• après 1 an, 70 % des jeunes du MDFT et 55 % des jeunes ayant participé à des thérapies cognitives ont cessé de consommer;<sup>95</sup></li> <li>• MDFT a permis aux familles participantes d'améliorer leur fonctionnement et leur cohésion.<sup>95</sup></li> </ul> <p><b>Niveau de classification :</b></p> <p>I : efficace II : exemplaire</p>

LES PROGRAMMES AXÉS SUR LA THÉRAPIE FAMILIALE (suite)

TITRE	GROUPE CIBLE	PROBLÉMATIQUES ET FACTEURS DE RISQUE CIBLÉS	RÉSULTATS ET CLASSIFICATION <sup>91</sup>
<p><b>Positive-Parenting-Program (Triple P)</b></p> <p>S'accompagne aussi de formation aux parents</p>	<p><b>Groupe d'âge :</b> Jeunes de moins de 16 ans (filles et garçons)</p> <p>Jeunes ayant des problèmes de comportements (ou émotionnels).</p>	<p><b>Problématique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• problèmes de comportements.</li> </ul> <p><b>Facteurs de risque :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mauvaise gestion des conflits familiaux;</li> <li>• parents dépressifs.</li> </ul>	<p><b>Résultats :</b></p> <p>Comparées aux familles sur une liste d'attente pour recevoir le traitement, celles ayant participé au Triple P<sup>99</sup> ont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• réduit les problèmes de comportements des enfants;</li> <li>• amélioré les pratiques parentales et les compétences parentales.</li> </ul> <p><b>Niveau de classification :</b></p> <p>I : nd II : nd</p>

### Les programmes axés sur une approche intégrée

L'approche intégrée part du principe que le jeune et la famille ne vivent pas de façon isolée. De ce fait, une intervention efficace doit, premièrement, replacer la famille dans son environnement, deuxièmement, viser des facteurs de risque en provenance de plusieurs domaines à la fois (par exemple, la collectivité, le quartier, l'école, les amis, la famille, et le jeune lui-même), et troisièmement, développer une intervention intégrée qui implique la participation de plusieurs intervenants clés (santé et services sociaux, éducation, justice, santé mentale, toxicomanie, etc.).

Il s'agit d'une approche multidimensionnelle où l'intervention est généralement sous la coordination d'un gestionnaire de cas. Selon les projets mis en place, le gestionnaire de cas travaille parfois directement avec les familles, parfois comme support aux intervenants.

Selon plusieurs associations américaines, une véritable approche intégrée doit essentiellement satisfaire aux critères suivants<sup>100</sup> :

- Une collaboration intersectorielle basée sur le partenariat de plusieurs intervenants (justice des jeunes, éducation, santé mentale, santé et services sociaux, groupes communautaires, etc.). Une organisation doit assumer le leadership de la concertation.
- Un plan de travail bien établi (la clientèle cible, les actions et les services à rendre, les résultats à atteindre et les indicateurs de rendement, les investissements en ressources humaines et financières, etc.).
- Des plans personnalisés de traitement développés en concertation avec les différents services de la collectivité pour répondre directement aux besoins des jeunes, et fournir aux familles des conseils sur la démarche et les étapes à suivre.
- Une mise à jour régulière des plans de traitement de façon à pouvoir faire état de l'avancement positif du jeune et de ses difficultés.

## Objectifs

Les programmes basés sur une approche intégrée visent à :

- Réduire l'utilisation des programmes prédéterminés et traditionnels de traitement.
- Supporter et guider les familles dans leur démarche.
- Améliorer les soins et services offerts aux jeunes les plus à risque.
- Combiner, de façon personnalisée, plusieurs services et réseaux de soutien autour des jeunes à risque.

### LES PROGRAMMES AXÉS SUR UNE APPROCHE INTÉGRÉE

TITRE	GROUPE CIBLE	PROBLÉMATIQUES ET FACTEURS DE RISQUE CIBLÉS	RÉSULTATS ET CLASSIFICATION <sup>91</sup>
<p><b>Multi-systemic Therapy (MST)</b></p> <p>Parfois classé sous thérapie familiale.</p>	<p><b>Groupe d'âge :</b> 12-17 ans (filles et garçons)</p> <p>Jeunes ayant des problèmes chroniques de violence, d'abus de substances et qui sont à risque de placement.</p>	<p><b>Problématiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• agression et violence;</li> <li>• abus de substances.</li> </ul> <p><b>Facteurs de risque :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mauvaise gestion des conflits familiaux;</li> <li>• mauvaise supervision parentale.</li> </ul>	<p><b>Résultats :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la réduction du taux de récidive varie entre 25 % et 70 %;<sup>97</sup></li> <li>• la réduction du taux de placements des jeunes varie entre 47 % et 64 %;<sup>97</sup></li> <li>• comparés aux jeunes ayant reçus des services traditionnels, ceux du MST ont connu une baisse significative de l'activité criminelle;<sup>94</sup></li> <li>• MST est l'un des programmes les plus efficaces chez les adolescents agressifs et antisociaux;<sup>101</sup></li> <li>• comparativement aux jeunes en placement traditionnel, les jeunes du MST ont diminué leur taux d'arrestation, la délinquance auto-déclarée et le nombre d'agressions envers d'autres jeunes.<sup>102</sup></li> </ul> <p><b>Niveau de classification :</b></p> <p>I : exemplaire II : exemplaire</p>



LES PROGRAMMES AXÉS SUR UNE APPROCHE INTÉGRÉE (suite)

TITRE	GROUPE CIBLE	PROBLÉMATIQUES ET FACTEURS DE RISQUE CIBLÉS	RÉSULTATS ET CLASSIFICATION <sup>91</sup>
<p><b>CASASTART</b></p> <p><b>(Striving Together to Achieve Rewarding Tomorrows)</b></p> <p>Également connu sous le nom de <i>Children at Risk</i></p> <p>Aussi considéré comme thérapie familiale</p>	<p><b>Groupe d'âge :</b> 8-13 ans (filles et garçons)</p> <p>Jeunes à risque de s'impliquer dans des activités criminelles ou qui présentent un problème d'abus de substances.</p>	<p><b>Problématiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• délinquance;</li> <li>• abus de substances;</li> <li>• agression et violence;</li> <li>• problèmes scolaires.</li> </ul> <p><b>Facteurs de risque :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• parents impliqués dans des activités criminelles ou ayant des antécédents criminels;</li> <li>• mauvaise supervision parentale;</li> <li>• mauvaise gestion des conflits familiaux;</li> <li>• faible lien d'attachement;</li> <li>• violence familiale;</li> <li>• instabilité familiale.</li> </ul>	<p><b>Résultats :</b></p> <p>Après 1 an, les jeunes qui ont participé à CASASTART, comparés aux jeunes du groupe témoin<sup>103</sup> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ont un taux de consommation de drogues moins élevé (56 % versus 63 %);</li> <li>• ont vendu moins de drogues (14 % versus 24 %);</li> <li>• et ont commis moins de crimes violents (22 % versus 27 %).</li> </ul> <p><b>Niveau de classification :</b></p> <p>I: efficace II: nd</p>
<p><b>Wraparound Milwaukee</b></p> <p>S'accompagne aussi de thérapie familiale.</p>	<p><b>Groupe d'âge :</b> 13-17 ans (filles et garçons)</p> <p>Jeunes qui présentent des problèmes émotionnels et de comportements/jeunes ayant des besoins en santé mentale.</p>	<p><b>Problématiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• délinquance;</li> <li>• abus de substances;</li> <li>• agression et violence.</li> </ul> <p><b>Facteurs de risque :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• parents impliqués dans des activités criminelles ou ayant des antécédents criminels;</li> <li>• mauvaise supervision parentale;</li> <li>• mauvaise gestion des conflits familiaux;</li> <li>• violence familiale;</li> <li>• frère/sœur ayant des problèmes de comportements;</li> <li>• utilisation des punitions physiques;</li> <li>• discipline incohérente.</li> </ul>	<p><b>Résultats :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• des évaluations pré et post test montrent que les jeunes impliqués dans Wraparound ont diminué leur taux de récidive et amélioré leur fonctionnement à l'école, à la maison et dans la collectivité;</li> <li>• après un suivi de 1 an, le taux d'infractions a diminué au niveau de la violence sexuelle (de 14 % à 2 %), des crimes contre la propriété (de 42 % à 15 %), des agressions (de 20 % à 5 %), et des crimes reliés aux armes à feu (de 11 % à 3 %).<sup>93</sup></li> </ul> <p><b>Niveau de classification :</b></p> <p>I : prometteur II : nd</p>

LES PROGRAMMES AXÉS SUR UNE APPROCHE INTÉGRÉE (suite)

TITRE	GROUPE CIBLE	PROBLÉMATIQUES ET FACTEURS DE RISQUE CIBLÉS	RÉSULTATS ET CLASSIFICATION <sup>91</sup>
<p><b>All Children Excel (ACE)</b></p>	<p><b>Groupe d'âge :</b> 6-15 ans (filles et garçons)</p> <p>Jeunes qui présentent des risques élevés de délinquance chronique et de violence.</p>	<p><b>Problématiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• délinquance;</li> <li>• agression et violence;</li> <li>• problèmes scolaires.</li> </ul> <p><b>Facteurs de risque :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• parents impliqués dans des activités criminelles ou ayant des antécédents criminels;</li> <li>• mauvaise supervision parentale;</li> <li>• mauvaise gestion des conflits familiaux;</li> <li>• faible lien d'attachement;</li> <li>• violence familiale;</li> <li>• frère/sœur ayant des problèmes de comportements;</li> <li>• utilisation des punitions physiques;</li> <li>• discipline incohérente.</li> </ul>	<p><b>Résultats :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• une évaluation portant sur les années 1999-2003 a démontré que les jeunes ayant participé à ACE ont fréquenté l'école régulièrement, ont été acceptés à l'école secondaire, ont amélioré leurs attitudes et comportements en milieu scolaire;<sup>104</sup></li> <li>• pour des jeunes qui présentent le même niveau de risque, ceux ayant participé à ACE ont un taux de récurrence moins élevé (35 % versus 57 %);</li> <li>• sur une période de 4,5 ans, 86 % des jeunes de ACE n'ont pas eu de nouvelles accusations.<sup>105</sup></li> </ul> <p><b>Niveau de classification :</b></p> <p>I : prometteur II : nd</p>

LES PROGRAMMES AXÉS SUR UNE APPROCHE INTÉGRÉE (suite)

TITRE	GROUPE CIBLE	PROBLÉMATIQUES ET FACTEURS DE RISQUE CIBLÉS	RÉSULTATS ET CLASSIFICATION <sup>91</sup>
<p><b>SNAP™ Under 12 Outreach Project (ORP)</b></p> <p>S'accompagne aussi de thérapies familiales et de formations aux parents</p>	<p><b>Groupe d'âge :</b> 6-12 ans (garçons seulement)</p> <p>Garçons ayant commis des infractions ou qui présentent de sérieux problèmes de comportements.</p> <p>Note : pour les filles, depuis 1996, il y a le programme <i>SNAP™ Girls Connection</i>.</p>	<p><b>Problématiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• délinquance;</li> <li>• agression et violence.</li> </ul> <p><b>Facteurs de risque :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• conduites parentales inadéquates;</li> <li>• mauvaise supervision parentale.</li> </ul>	<p><b>Résultats :</b></p> <p>Comparés à un groupe témoin, les participants de SNAP™ :<sup>93</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ont eu une diminution des problèmes individuels (inquiétude, dépression);</li> <li>• ont amélioré leurs compétences sociales (meilleures relations avec les pairs, participation à des activités);</li> <li>• ont diminué leur taux d'agression et de délinquance;</li> <li>• 60 % des enfants à haut risque qui ont participé à ORP n'ont pas de casier judiciaire;</li> <li>• démontrent des habiletés positives après le traitement, tissent des liens positifs avec les professeurs, les amis et les membres de la famille, et ils ont moins tendance à fréquenter de « mauvais amis »; et,</li> <li>• les parents éprouvent moins de difficultés dans les relations avec leurs enfants et ils ont confiance de pouvoir superviser adéquatement leur comportement.</li> </ul> <p><b>Niveau de classification :</b></p> <p>I : exemplaire II: nd</p>

## Éléments clés de la réussite des programmes en milieu familial

Les résultats présentés précédemment illustrent qu'il est possible d'intervenir de façon efficace auprès des familles vulnérables pour réduire et prévenir les risques de délinquance chez les jeunes.<sup>106</sup> Voici quelques éléments clés de la réussite de ces programmes.<sup>107</sup>

### La combinaison des stratégies d'intervention

- Les connaissances actuelles démontrent que les programmes qui combinent une formation destinée aux jeunes et une formation aux parents ont un impact plus important sur l'atténuation des facteurs de risque et sur le renforcement des facteurs de protection que les programmes qui ciblent seulement le jeune ou seulement les parents.<sup>108</sup>
- Les programmes qui combinent des stratégies d'intervention diversifiées, qui utilisent une approche intégrée et qui impliquent plusieurs acteurs ont de meilleures chances de succès.<sup>109</sup>
- Dans cette optique, pour obtenir de meilleurs résultats, il est fortement suggéré de combiner une intervention en milieu familial et en milieu scolaire.<sup>110</sup>
- Agir sur les facteurs de risque qui peuvent se modifier (c'est-à-dire sur les facteurs de risque dynamiques plutôt que sur ceux statiques); par exemple, les pratiques parentales, la supervision, la gestion des conflits, etc.

### Conception et déroulement du programme

- Utiliser une approche structurée et proposer des activités diversifiées.
- S'échelonner sur une période de temps assez longue, surtout pour les familles qui présentent des risques élevés, pour créer des effets à long terme. Plusieurs projets échouent parce qu'ils sont trop courts et ne laissent pas assez de temps aux parents d'acquérir de nouvelles habiletés.
- Tenir compte de l'âge et du sexe des jeunes.
- Tenir compte également des spécificités ethniques et culturelles. Des recherches plus approfondies sur les éléments clés d'une intervention réussie auprès des communautés ethniques et culturelles doivent être menées pour mieux comprendre l'influence de l'appartenance culturelle dans le déroulement et la réussite des programmes.
- S'assurer que le personnel engagé dans la mise en œuvre et le déroulement des programmes possède les qualifications académiques nécessaires, l'expertise et les traits de personnalité adéquats.



## Conclusion

Tel que le suggère les résultats présentés dans ce rapport, les programmes de prévention et de traitement auprès des familles vulnérables sont efficaces et, par le fait même, ces programmes doivent être inclus dans une démarche et une stratégie globale de prévention et de réduction de la délinquance et de la récidive chez les jeunes qui présentent des risques élevés.

La famille étant un milieu de vie important dans le développement positif des jeunes, il faut considérer la nécessité de mettre en place des programmes qui ont démontré leur efficacité et offrir aux jeunes à risque et leur famille des activités de formation et d'apprentissage, des thérapies ou des plans de traitement intégrés et personnalisés.

Or, la famille étant à l'intersection de plusieurs milieux de vie, que l'on pense seulement aux pairs, à l'école ou au quartier, elle doit être comprise comme un système de relations influencé par plusieurs facteurs de risque et de protection, issus à la fois de l'influence de ces milieux de vie, à la fois de sa dynamique interne et de ses caractéristiques.

Pour cette raison, en matière d'intervention, il n'existe pas de vérité absolue ni un seul programme qui s'applique à l'ensemble des familles dites à risque. La réalité des familles à risque se décline sur un continuum et une intervention personnalisée et individualisée, tenant compte de la spécificité de chaque famille, permet de cibler de façon adéquate le noyau central des facteurs de risque sur lesquels il faut agir ainsi que les facteurs de protection déjà en place sur lesquels un renforcement doit être fait.

Cette intervention ciblée doit reposer sur une évaluation de la réalité et des besoins des familles ainsi que sur un bagage de connaissances scientifiques solides et actuelles sur les familles vulnérables.

En matière de connaissances scientifiques, cette recherche exploratoire a permis de dresser un portrait d'ensemble des connaissances et, par le fait même, ceci a permis de mettre en évidence des limites auxquelles la recherche est confrontée. Une meilleure connaissance des facteurs de protection et de leur rôle en fonction de l'âge des jeunes et une meilleure connaissance de la situation dans les familles autochtones et les façons d'intervenir efficacement avec elles sont des limites sur lesquelles des recherches devraient être menées.

Enfin, à titre de suggestions pour des pistes de recherches futures, des études approfondies pourraient être menées au niveau des coûts-bénéfices engendrés par les programmes de prévention basés sur les familles à moyen et long terme dans les domaines, par exemple, de la justice, de la santé, de l'employabilité, du traitement des dépendances, etc. et, en parallèle, des études longitudinales pourraient être développées sur les impacts à long terme des programmes de prévention et de traitement sur la trajectoire de vie des jeunes de ceux qui y ont participés.





## Fiches techniques des programmes

## Preventive Treatment Program

« *The Preventive Treatment Program was aimed at disruptive kindergarten boys and their parents, with the goal of reducing short- and long-term antisocial behaviour.* » (OJJDP)

Ce programme, connu aussi sous le nom de *Montreal Prevention Experiment*, s'adresse aux garçons de 7 à 9 ans identifiés par les professeurs comme ayant des comportements turbulents à l'école.

Les objectifs du *Preventive Treatment Program* sont de réduire :

- la délinquance,
- la consommation de drogues et
- l'implication dans des gangs.

## Méthodologie

- Ce programme offre une formation de deux ans aux parents et aux garçons.

### Formation aux parents

- La formation aux parents est basée sur un modèle développé par le *Oregon Social Learning Center*.
- Les parents participent à des sessions de formation sur l'apprentissage d'habiletés concernant : la gestion des crises familiales, le renforcement positif et l'utilisation d'une discipline cohérente.
- L'objectif visé par la formation aux parents est de les outiller pour qu'ils soient en mesure d'influencer positivement leur enfant et de modifier son comportement.
- Les garçons sont invités à participer aux sessions de formation des parents mais leur présence n'est pas obligatoire.
- Au total, sur une période de deux ans, les parents participent, en moyenne, à 20 sessions de formation.
- Les intervenants aident les parents à appliquer à la maison ce qu'ils ont appris et les professeurs sont encouragés à s'impliquer et à participer.

### Formation aux garçons

- La formation des garçons se déroule en milieu scolaire.
- Des groupes de jeunes sont formés (1 ou 2 garçons turbulents jumelés avec 3 à 5 garçons non turbulents).
- L'emphase est mise sur la promotion des compétences sociales et sur la gestion des émotions par l'apprentissage d'habiletés pour résoudre les problèmes, gérer les conflits, et le contrôle de soi.
- Les sessions à l'école utilisent des méthodes interactives (par exemples, jeux de rôle, coaching) et des techniques comportementales pour modifier de façon positive le comportement des jeunes et favoriser l'apprentissage d'habiletés et de compétences positives.
- Au total, durant deux ans, les garçons reçoivent 19 sessions :
  - La première année (9 sessions de formation) se concentre sur le développement d'habiletés sociales (par exemple, comment entrer en contact avec une autre personne).
  - La deuxième année (10 sessions de formation) se concentre sur la promotion du contrôle de soi (par exemple, qu'est-ce que je fais quand je suis fâché).



## Renseignements additionnels

### Formation aux parents

- Les sessions de formation aux parents sont assurées par 4 professionnels : 2 travailleurs sociaux spécialisés dans le domaine de l'enfance, 1 travailleur social et 1 psychologue. Ce sont les mêmes personnes qui assurent la formation des parents à la maison et la formation des garçons en milieu scolaire.
- Les parents assistent à environ 20 sessions de groupe toutes les 2-3 semaines pendant 2 ans.
- La durée de la formation des parents dépend de leur facilité à appliquer les nouvelles connaissances et habiletés apprises (ce sont les professionnels qui les évaluent et jugent de poursuivre ou d'arrêter les sessions).

### Formation aux garçons

- Les sessions de formation aux garçons sont assurées par les mêmes professionnels que la formation aux parents.
- Les sessions ont lieu tous les 15 jours à raison d'environ 45 minutes la session.
- Elles se déroulent du mois de novembre à avril pendant 2 années consécutives.
- Les professionnels responsables de ces sessions rencontrent les professeurs pour les conseiller sur le genre de renforcement à offrir aux jeunes.

### Évaluation

- À l'âge de 12 ans (3 ans après l'intervention), les garçons du programme comparés aux ceux qui n'y ont pas participé, sont moins nombreux à présenter des difficultés d'adaptation en milieu scolaire (22 % versus 44 %) et sont moins nombreux à être placés dans des classes spéciales (23 % versus 43 %).
- À l'âge de 15 ans, les garçons du programme comparés à ceux qui n'y ont pas participé, s'impliquent moins dans les gangs, commettent moins d'actes de délinquance (vols, vandalisme, consommation de drogues) et ont moins d'amis qui ont déjà été arrêtés par la police.

### Références

- **McCord, J. et al.** 1994. "Boys' Disruptive Behaviour, School Adjustment, and Delinquency: The Montreal Prevention Experiment". *International Journal of Behavioral Development*, 17(4): 739-752.
- **Tremblay, R. E., et al.** 1992. "Parent and Child Training to Prevent Early Onset of Delinquency: The Montreal Longitudinal Experimental Study". In *Preventing Antisocial Behavior: Interventions from Birth through Adolescence*. New York, N.Y.: The Guilford Press.
- **Tremblay, R. E., et al.** 1996. "From Childhood Physical Aggression to Adolescent Maladjustment: The Montreal Prevention Experiment". In *Preventing Childhood Disorders, Substance Abuse, and Delinquency*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.

## Parenting with Love and Limits (PLL)

*« Parenting With Love and Limits® is a parenting education program that integrates the best principles of a structural family therapy approach into a comprehensive program for juvenile delinquent populations. » (Brush Dance Clinic)*

Parenting with Love and Limits (PLL) est un programme d'intervention qui intègre la thérapie de groupe et la thérapie familiale. Ce programme s'adresse aux jeunes âgés de 10 à 18 ans identifiés (ou diagnostiqués) comme ayant de sérieux problèmes émotionnels ou de comportements, des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues, des idées suicidaires et/ou des problèmes de dépression.

Les objectifs de PLL sont de :

- réduire l'incidence des problèmes chez les jeunes à risque;
- développer chez les parents et les jeunes de nouvelles habiletés sociales et aptitudes;
- prévenir les rechutes en aidant les parents et les jeunes à bien utiliser dans leur vie quotidienne leurs nouvelles habiletés et aptitudes.

## Méthodologie

- PLL fonctionne avec des thérapies de groupe et des thérapies familiales : en thérapie de groupe (environ 6 sessions), les parents et les jeunes apprennent de nouvelles habiletés et en thérapie familiale (4 sessions ou plus), ils participent à des jeux de rôle pour mettre en pratique ce qu'ils ont appris.
- PLL se base sur l'échelle en 6 étapes vers le changement (Savannah Family Institute, Inc.) (pré-contemplation, contemplation, préparation, action, maintien, clôture).
- Thérapie de groupe :
  - Les groupes se composent au maximum de six familles et de 15 personnes (les frères et sœurs peuvent participer à la thérapie de groupe).
  - Les groupes sont sous la supervision de deux intervenants.
  - La thérapie de groupe se déroule sur 6 semaines à raison de 2 heures par semaine.
  - Durant la première heure, les parents et les jeunes se réunissent ensemble et durant la deuxième heure, ils forment deux groupes séparés. Chaque groupe avec est accompagné d'un intervenant.
- Thérapie familiale :
  - Durant la thérapie familiale, les jeunes et les parents se réunissent individuellement avec un intervenant.
  - La thérapie familiale, dont la durée varie entre 1 et 2 heures, sert à mettre en pratique les nouvelles qualifications qui ont été apprises en thérapie de groupe.
  - De 3 à 4 sessions de thérapie familiale sont recommandées pour les jeunes à faible risque et jusqu'à 20 sessions pour ceux qui présentent des risques élevés.

### Renseignements additionnels

- Durant les sessions de groupe et les thérapies familiales, les intervenants sont équipés de manuels détaillés sur le traitement et les démarches à suivre.
- De leur côté, les parents et les jeunes ont des cahiers d'activité.
- Pour obtenir des précisions sur les détails de mise en œuvre, consulter le site Internet *Parenting with Love and Limits – PLL, an Evidence-Based Treatment Model for Mental Health* à l'adresse suivante : <http://www.gopll.com/>.

### Évaluation

- Comparés à un groupe contrôle, les jeunes du PLL ont montré une réduction significative de l'agressivité, de la dépression et du déficit de l'attention.
- Les familles participantes à PLL ont également amélioré la communication parent-enfant.
- Après une période de suivi de 12 mois, les jeunes du PLL, comparés à un groupe contrôle, avaient un taux de récurrence moins élevé (16 % versus 55 %).

### Références

- **Sells, S.P., T.E. Smith, and J. Rodman.** 2006. "Reducing Substance Abuse through Parenting with Love and Limits". *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, (15): 105-115.
- **Parenting with Love and Limits – PLL** : <http://www.gopll.com/>

## Focus on families

*« As a result of Focus on Families, parents are expected to have less risk for relapse, to be better skilled to cope with relapse incidents and to have decreased drug use episodes. » (Strengthening families)*

Focus on families est un programme conçu pour les parents toxicomanes. Ce programme s'adresse aux familles dont l'un des parents est sous traitement de méthadone et dont les enfants sont âgés entre 3 et 14 ans. Il est préférable que les parents aient au moins complété 90 jours de traitement sous la méthadone avant de débiter ce programme.

Les objectifs sont de :

- prévenir les rechutes;
- aider et outiller les parents pour qu'ils fassent face à leur problème de dépendance;
- réduire les risques que les enfants de ces familles développent également des problèmes de consommation.

## Méthodologie

- Ce programme combine une formation aux parents et des services à domicile.
- Les familles éligibles participent d'abord à une retraite familiale de 5 heures.
- Cette retraite est ensuite suivie de 32 sessions de formation destinées aux parents (environ 16 semaines). Chaque session de formation dure 1h30 et se déroule 2 fois par semaine avec un groupe formé de 6 à 8 familles.
- La supervision de ces sessions est assurée par une personne qui possède une formation en thérapie et une expérience de travail en traitement de la toxicomanie.
- Ces sessions de formation abordent les sujets suivants : identifier des objectifs familiaux; améliorer la communication familiale; savoir gérer les crises; créer des opportunités de vivre dans une famille sans drogues; aider les enfants à réussir à l'école; apprendre aux enfants à développer des habiletés.
- Les enfants assistent à 12 sessions dans lesquelles ils apprennent à développer des habiletés avec leurs parents.
- Un service de visite à domicile est également offert pendant 9 mois par une personne qui possède une formation en thérapie et une expérience de travail en traitement de la toxicomanie.
- Les visites à domicile débutent 1 mois avant le début des sessions de formation offertes aux parents pour les motiver et les encourager.
- Les visites à domicile doivent continuer environ 4 mois après la fin des sessions de formation pour assurer un suivi.

## Renseignements additionnels

- Les sessions de formation aux parents nécessitent 2 thérapeutes expérimentés dans le domaine du traitement des toxicomanes.
- Les sessions de formation où les enfants sont présents nécessitent 2 autres thérapeutes.
- Le programme nécessite également un directeur de cas pour les visites à domicile.

- Les manuels de formation et les cahiers d'enseignement doivent être achetés (environ 200 \$).
- La formation pour le programme est disponible par les concepteurs.
- Les coûts varient selon la longueur et l'intensité de la formation.
- Il est recommandé d'offrir des collations, un service de transport et un service de garde pour les plus jeunes enfants.
- Le programme utilise une rétroaction à partir d'enregistrements vidéo.
- Ce projet est aussi connu sous le nom de The Families Facing the Future.

### Évaluation

- Après un suivi de 12 mois, les parents ayant participé au programme, comparés à ceux du groupe contrôle, rapportent moins de conflits conjugaux, sont davantage capables de faire respecter les consignes à la maison et ont réduit leur consommation d'héroïne de 65 %.
- Après un suivi de 24 mois, les jeunes ayant participé au programme rapportent moins de problèmes de comportements et une consommation de drogues moins élevée que les jeunes du groupe contrôle.

### Références

- **Bry, B. H. et al.** 1998. "Scientific Findings from Family Prevention Intervention Research". In R. S. Ashery, E. B. Robertson, & K. L. Kumpfer (Eds.), NIDA Research Monograph: Vol. 177. *Drug Abuse Prevention through Family Interventions* (pp. 103-129). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- **Social Development Research Group** : <http://depts.washington.edu/sdrg/FOF.htm>

## Functional Family Therapy (FFT)

« *Functional Family Therapy is a short-term approach designed to engage and motivate youths and families to change negative effect.* » (OJJDP)

Functional Family Therapy est un projet de prévention et d'intervention centré sur les familles et qui s'adresse aux jeunes de 11 à 18 ans ayant de sérieux problèmes de comportements, d'abus de drogues et de violence. Ce projet a été appliqué avec succès avec différents groupes ethniques, et dans différents contextes socioéconomiques.

FFT est un programme de prévention multi-systémique qui vise à :

- réduire le négativisme associé aux familles à risque;
- renforcer les liens d'attachement au sein de la famille;
- améliorer la capacité des parents à gérer les conflits familiaux;
- développer des comportements positifs;
- renforcer les habiletés parentales pour qu'ils soient en mesure de fournir à leurs enfants une discipline cohérente et structurée.

## Méthodologie

- FFT est considéré comme un programme court, délivré par des thérapeutes au domicile des familles participantes.
- FFT repose sur une approche clinique c'est-à-dire que dans chacune des trois phases (cf. ci-dessous), le thérapeute identifie les facteurs de risque et les facteurs de protection, et intervient auprès de la famille et auprès de chaque individu.
- Le programme se déroule en trois phases :
  - 1) Engagement et motivation : réduire le négativisme associé aux familles à risque.
  - 2) Changement de comportements : réduire et éliminer les problèmes de comportements et améliorer les relations familiales.
  - 3) Généralisation : augmenter la capacité des familles à utiliser les ressources de la collectivité et à prévenir les rechutes.
- Un thérapeute familial travaille avec une famille à la fois.
- Les familles ayant de multiples problèmes intègrent à leur thérapie un traitement familial.
- FFT se déroule généralement sur une période de 3 mois (d'une session de 8 à 12 heures pour les cas légers à 30 sessions pour les familles en difficulté, avec une moyenne de 12 sessions par famille).

## Renseignements additionnels

- FFT combine et intègre des principes empiriques et une expérience clinique.
- Une équipe FFT se compose de 3 à 8 cliniciens; ceux-ci reçoivent une formation intensive et soutenue, et une période de suivi de 12 mois sous forme de conversation téléphonique avec les responsables du programme.

- La mise en œuvre du programme FFT obtient du succès parce qu'il s'agit d'un programme multi-systémique qui met l'emphase sur la formation des thérapeutes, la communauté, et le système clinique de traitement.
- Coût du programme: en moyenne, par famille, pour 12 visites, le coût varie de 1 350 \$ à 3 750 \$ (Lawrence A. et al. 2001).

### Évaluation

- Comparé aux services de probation traditionnels, aux traitements résidentiels ou aux approches thérapeutiques alternatives, FFT obtient de meilleurs résultats sur la diminution du taux de récidive.
- FFT réduit également les chances que les frères et sœurs du jeune commettent des actes de délinquance.
- FFT réduit le nombre de placements dans les centres de traitement spécialisés.
- Très bon ratio coût-efficacité: 700 \$ à 1 000 \$ par famille participant au FFT, comparativement à un minimum de 6 000 \$ par jeune en placement (Mihalic S., Irwin K., et al., 2001).
- L'efficacité de cette approche est démontrée par plusieurs travaux depuis environ 25 ans (Greenwood P., 2004).

### References

- **Mihalic, S., K. Irwin, et al.** 2001. "Blueprint for Violence Prevention." *Juvenile Justice Bulletin*. Washington: US Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- **Sexton, T., and J. Alexander.** 2000. "Functional Family Therapy." In *Justice Juvenile Journal*. Washington: Family Strengthening Series, US Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- **Functional Family Therapy:** <http://www.fftinc.com/>

## Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC)

« *Community foster families are recruited and trained to provide out-of-home placements for juvenile offenders or children at risk for detention.* » (OJJDP)

MTFC, parfois appelé Treatment Foster Care, est un programme alternatif au placement résidentiel traditionnel, l'incarcération ou l'hospitalisation des jeunes âgés de 11 à 18 ans ayant des problèmes chroniques de violence et de délinquance. Les jeunes sont placés dans une famille MTFC (multidimensional treatment foster care family) durant 6 à 9 mois où ils reçoivent un traitement intensif. Durant ce temps, la famille d'origine du jeune suit une thérapie et les parents reçoivent également une formation.

Le programme est basé sur la théorie de l'apprentissage social selon laquelle les contextes sociaux et les interactions quotidiennes influencent les comportements autant positifs qu'antisociaux chez les jeunes.

Les objectifs poursuivis par le programme MTFC sont de :

- réduire les comportements criminels et la consommation de drogues;
- améliorer la participation à l'école;
- réduire les associations avec des jeunes délinquants;
- augmenter les habiletés des jeunes pour que le retour dans leur famille d'origine se fasse sans heurts et pour éviter les rechutes.

Pour les familles d'origine, le traitement MTFC cherche à :

- améliorer les habiletés parentales par l'entremise d'une discipline efficace et cohérente;
- accroître la participation et l'implication des parents envers leurs enfants.

## Méthodologie

- MTFC comprend plusieurs activités d'intervention notamment : la formation aux parents de la famille d'origine; le soutien aux parents de la famille MTFC; la thérapie de famille pour les parents biologiques; le développement d'habiletés chez les jeunes; la thérapie pour les jeunes; le support académique et les interventions pour impliquer l'école dans la démarche et, si nécessaire, une consultation psychiatrique.
- Le traitement du jeune se compose de 3 dimensions qui fonctionnent ensemble :
  - 1) **La famille MTFC** : les jeunes sont envoyés dans une famille MTFC. Les parents MTFC reçoivent au préalable une formation complète, ce qui leur permet de superviser adéquatement les jeunes et d'intervenir de façon personnelle auprès de chaque jeune. À tous les jours, les parents MTFC informent le coordonnateur sur les changements de chaque jeune. En fonction des changements de chaque jeune, le coordonnateur conseille les parents MTFC sur ce qu'ils doivent faire.
  - 2) **La famille d'origine** : les parents reçoivent une formation et suivent une thérapie. Ils apprennent à utiliser une discipline cohérente, à encourager et à utiliser des techniques semblables à celles de la famille MTFC. Cette formation vise également à développer des relations familiales positives et à réduire les conflits au moment où le jeune revient dans sa famille.



- 3) **L'équipe d'intervention du projet (treatment team)** : cette équipe est gérée par un coordonnateur (le même qui conseille la famille MTFC) et se compose de deux thérapeutes (un thérapeute pour les sessions familiales et un thérapeute pour les sessions individuelles), d'un psycho-éducateur et d'une secrétaire.
- Il existe actuellement 3 versions du MTFC : pour les 3-5 ans, les 6-11 ans et les 12-17 ans.

### Renseignements additionnels

- Les familles MTFC bénéficient du soutien d'un coordonnateur. C'est le coordonnateur qui se charge du programme de traitement des jeunes et, à tous les jours, les familles appellent le coordonnateur pour l'informer des améliorations ou des difficultés du jeune.
- Les contacts réguliers entre les familles MTFC et le coordonnateur sont la pierre angulaire du succès de ce programme.
- Ces familles sont formées pendant 20 heures aux principes de la théorie sociale de l'apprentissage et elles reçoivent une compensation financière.
- Ces familles sont parfois difficiles à recruter.
- Mis en place en 2002, les consultants TFC Inc. sont chargés de conseiller et d'appuyer les intervenants qui veulent démarrer le programme MTFC.
- Le budget doit inclure les coûts en ressources humaines, les coûts matériels pour équiper le personnel, les compensations financières pour les familles MTFC, et les dédommagements pour l'équipe d'intervention MTFC (surtout pour les frais liés aux déplacements).

### Évaluation

- Après un suivi de 12 mois, les jeunes de MTFC, comparés à ceux d'un groupe contrôle, ont passé 60 % moins de jours en prison, ont été arrêté moins souvent et ont consommé moins de drogues dures.
- Cette même évaluation révèle que les garçons ayant complété le traitement ont une meilleure santé mentale, de meilleurs résultats scolaires et ont une attitude de la vie plus positive.
- MTFC est l'un des programmes qui s'adaptent très bien aux besoins particuliers rencontrés chez les filles délinquantes (Sherman F. 2005). Après un suivi de 2 ans, les filles de MTFC ont passé 100 jours de moins dans les services de détention comparativement aux filles du groupe contrôle.
- Après un suivi de 2 ans, les économies réalisées grâce à un niveau moins élevé d'incarcération sont de 122 000 \$. (Mihalic, Irwin et al., 2001).

### Références

- **Chamberlain, P. et J. Reid.** 1998. "Comparison of Two Community Alternatives to Incarceration for Chronic Juvenile Offenders". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(4): 624-633.
- **MTFC** : <http://www.mtfc.com/index.html>

## Brief Strategic Family Therapy (BSFT)

*« BSFT is based on the assumption that the family—one of the most important and influential systems in the lives of children and adolescents—provides the foundation for child development. As a result, BSFT conceptualizes and intervenes to change youth behavior problems at the family level. » (site Internet du BSFT)*

Brief Strategic Family Therapy (BSFT) est une thérapie familiale de courte durée conçue pour traiter et prévenir les problèmes de comportement chez les jeunes de 8 à 18 ans. BSFT cible les jeunes qui présentent ou qui sont à risque de présenter des problèmes de comportements, notamment la consommation de drogues et le décrochage scolaire.

L'approche de BSFT conçoit la famille comme le point central dans le développement des jeunes. La famille joue un rôle de protection contre les influences négatives d'où l'importance d'agir sur la famille.

Les objectifs de BSFT sont essentiellement de :

- réduire les problèmes de comportements du jeune;
- améliorer le fonctionnement de la famille en réduisant les effets négatifs des facteurs de risque et en renforçant les facteurs de protection.

## Méthodologie

- La thérapie est conçue pour répondre aux besoins de chaque famille.
- Par l'entremise de coaching, le thérapeute s'assure de modifier les interactions entre les parents et le jeune.
- Les techniques principales utilisées sont : l'engagement (les familles décrivent la façon dont fonctionne leur famille), le diagnostic (identifier les interactions inefficaces et les forces de la famille), et la restructuration (modifier les interactions négatives en des interactions positives).
- La durée du traitement varie de 12 à 15 sessions sur une période d'environ 3 mois.
- Chaque session dure de 60 à 90 minutes.
- Pour les familles qui présentent des problèmes plus graves, la durée du traitement peut doubler.
- La thérapie peut prendre place à la maison, en clinique ou dans des centres communautaires.

## Renseignements additionnels

- Le personnel requis pour mettre en application la BSFT inclut : des thérapeutes et un surveillant clinique.
- Un thérapeute peut s'occuper, à temps plein, d'un maximum de 20 familles.
- Les thérapeutes doivent détenir un diplôme de deuxième cycle en santé mentale, en travail social ou dans une discipline connexe.
- Il est préférable que les thérapeutes aient au moins 3 ans d'expérience clinique.
- Les coûts de déplacement des thérapeutes doivent être pris en considération.
- Le Center for Family Studies offre des services de formation pour satisfaire les besoins de ceux qui souhaitent mettre en œuvre BSFT selon le niveau d'expérience clinique du personnel et les besoins particuliers des familles à traiter. Cette formation dure environ 5 jours pour un coût d'environ 18,000 \$.

## Évaluation

- BSFT a été développé par le Center for Family Studies, département de psychiatrie et des sciences sociales de l'Université de Miami.
- Ce modèle a reçu plusieurs prix de reconnaissance du gouvernement et des agences privées.
- BSFT est considéré comme un modèle très efficace au niveau des communautés culturelles.
- Ce programme, comparé aux autres formes de thérapie familiale, obtient un meilleur taux de participation des familles (81 % versus 61 %) et les familles sont plus nombreuses à terminer le programme (71 % versus 42 %).
- Ce programme a été certifié comme programme modèle par le Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA].

## Références

- **Robbins, M.S., et J. Szapocznik.** 2000. *Brief Strategic Family Therapy*. Juvenile Justice Bulletin. Washington: Family Strengthening Series, U.S Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- **Robbins, M. S., et al.** 2001. "Assessing Changes in Family Interaction: The Structural Family Systems Ratings". In *Family Observational Coding Systems: Resources for Systemic Research*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- **Robbins, M. S., et al.** 2003. "Brief Strategic Family Therapy for Hispanic Youth". In *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents*. New York: Guilford.
- **Szapocznik, J., et al.** 2002. "Brief Strategic Family Therapy with Behavior Problem Hispanic Youth". In *Comprehensive Handbook of Psychotherapy: Volume 4*. New York: Wiley.
- **Brief Strategic Family Therapy** : <http://www.brief-strategic-family-therapy.com/bsft>

## Multidimensional Family Therapy (MDFT)

« MDFT targets the known areas of risk associated with adolescent drug abuse and delinquency and enhances those protective factors and processes known to promote successful teen and family development. » (Strengthening families)

Multidimensional Family Therapy est un traitement complet multidimensionnel basé sur la famille qui s'adresse aux jeunes âgés de 11 à 18 ans qui présentent des problèmes de consommation de drogues et des problèmes de comportements.

L'approche de MDFT consiste à favoriser le bon fonctionnement du jeune dans plusieurs domaines. De façon plus spécifique, MDFT se propose de modifier le style de vie des jeunes dans plusieurs domaines dont : les relations amicales, la santé, la fréquentation scolaire, et les liens avec les parents.

Le programme a été appliqué dans plusieurs communautés culturelles et la majorité des familles traitées au moyen de ce programme provenaient d'un quartier défavorisé. Du côté des jeunes ayant participé au MDFT, ils sont souvent considérés comme à risque élevé de présenter des problèmes multiples et de s'impliquer dans des activités pouvant les conduire vers le système de justice pour les jeunes.

Les objectifs de ce programme sont les suivants:

- réduire ou éliminer les problèmes de consommation et les problèmes de comportements;
- améliorer le fonctionnement de la famille.

Du côté des parents, MDFT vise à faciliter l'engagement et l'investissement des parents, améliorer la communication entre les parents et l'adolescent, et changer les pratiques parentales inadéquates. Enfin, pour chaque famille, il y a deux objectifs intermédiaires : aider les jeunes à créer des liens d'attachement avec les parents, et forger des relations positives et durables avec des groupes de pairs.

## Méthodologie

- MDFT se compose de thérapie individuelle destinée aux jeunes et de thérapie familiale.
- MDFT est un modèle flexible qui s'adapte aux besoins cliniques des différentes populations.
- Par exemple, une version intensive de MDFT peut durer de 16 à 25 sessions (de 4 à 6 mois) tandis qu'une version moins intensive de MDFT peut comprendre 12 sessions (environ 3 mois).
- Les sessions de thérapie ont lieu chaque semaine et elles peuvent se dérouler dans différents endroits : à la maison, en clinique, à l'école.
- Cinq modules d'évaluation et d'intervention structurent l'approche de MDFT : 1) Interventions avec le jeune, 2) Interventions avec les parents, 3) Interventions pour changer l'interaction parent-jeune, 4) Interventions avec d'autres membres de la famille, et 5) Interventions avec des membres externes de la famille.

## Renseignements additionnels

- Le nombre de familles par thérapeute varie de 6 à 10.
- L'équipe clinique de MDFT est composée d'un surveillant clinique, de deux à quatre thérapeutes, et selon les moyens financiers disponibles, d'un ou deux assistants pour les thérapeutes.
- Les thérapeutes de MDFT possèdent de 2 à 3 ans d'expérience dans le traitement des problèmes de consommation de drogues chez les jeunes et possèdent une maîtrise dans un domaine connexe.

- La formation des thérapeutes peut varier selon les besoins de la clientèle à traiter. De façon générale, les thérapeutes qui mènent les sessions sont formés en ayant pris connaissance de la thérapie MDFT, en écoutant des vidéos ou en participant, avec d'autres thérapeutes, à des sessions d'observation et d'apprentissage.

## Évaluation

- Ce programme a été certifié comme programme modèle par le *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* [SAMHSA].
- Au niveau de la réduction du taux de consommation de drogues, la thérapie MDFT obtient de meilleurs résultats (réduction 45 %) que la thérapie de groupe (32 %) ou la thérapie multi-famille (26 %).
- Comparé aux thérapies cognitives, ce programme obtient de meilleurs résultats sur la persistance à long terme des effets positifs. Les thérapies cognitives et MDFT obtiennent de bons résultats concernant les changements de comportement chez les jeunes mais les effets de MDFT sont plus persistants dans le temps.

## Références

- **Liddle, H. A., et al.** 2001. "Multidimensional Family Therapy for Adolescent Drug Abuse: Results of a Randomized Clinical Trial". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27(4): 651-688.
- **Liddle, H.** 2002. *Multidimensional Family Therapy for Adolescent Cannabis Users*. US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment : <http://www.kap.samhsa.gov/products/manuals/cyt/pdfs/cyt5.pdf>
- **SAMHSA Model Programs** : <http://modelprograms.samhsa.gov/pdfs/model/multi.pdf>

## Positive Parenting Program – Triple P

*« Triple P-Positive Parenting Program – is a unique parenting and family support strategy designed to reduce the prevalence of behavioural and emotional problems in children and adolescents. Triple P is a multi-level system of family intervention, which provides five levels of intervention of increasing strength. » (Sanders M. et al.)*

En provenance de l’Australie, le Triple P est un modèle d’intervention multi-niveaux destiné à la prévention et au traitement des problèmes émotionnels et de comportements chez les enfants et les jeunes de 0 à 16 ans.

Le modèle du Triple P, basé sur la théorie comportementale et développementale, vise les facteurs de risque liés au développement des problèmes affectifs et comportementaux chez les enfants. L’accent est mis sur le soutien et les conseils pratiques donnés aux parents.

Les objectifs du Triple P sont les suivants :

- renforcer les habiletés parentales;
- fournir du soutien aux parents;
- promouvoir le bon fonctionnement de la famille;
- promouvoir les comportements non-violents;
- réduire les risques d’abus chez les enfants;
- augmenter les ressources destinés aux parents.

## Méthodologie

- Le programme Triple P est divisé en 5 niveaux; la durée et l’intensité dépend de chaque famille.
- Selon ses besoins et les problèmes qu’elle rencontre, une famille peut participer à un niveau sans pour autant avoir passé par les niveaux précédents.
- Les cinq niveaux se répartissent sur un continuum de services :
  - Niveau 1 : prévention universelle fournissant des conseils aux parents sur l’amélioration des soins de santé de base aux nouveau-nés.
  - Niveau 2 : offre une ou deux interventions de soins de santé aux parents dont les enfants présentent de faibles problèmes de comportements; les contacts avec le thérapeute sont peu nombreux.
  - Niveau 3 : offre quatre sessions destinées aux parents dont les enfants présentent des problèmes affectifs (par exemple, trouble de l’humeur).
  - Niveau 4 : cible les parents dont les enfants présentent des problèmes de comportements plus sérieux. Ce niveau inclut la formation comportementale intensive des parents et se déroule sur 8 à 10 sessions.
  - Niveau 5 : conçu pour les familles dont les difficultés de fonctionnement sont aggravées par plusieurs facteurs de risque (p. ex. dépression parentale, stress parental ou conflits entre les conjoints).
- Le niveau 5 offre un programme intensif individualisé pour les familles dysfonctionnelles dont les enfants sont aux prises avec des troubles de comportements. Ce niveau comprend des séances pratiques pour améliorer les compétences parentales et les capacités à gérer l’humeur et le stress, notamment pour les parents qui sont à risque d’infliger des mauvais traitements à leur enfant.

## Renseignements additionnels

- Plusieurs des niveaux de l'intervention de Triple P peuvent être délivrés sous une variété de formats : entretien face à face, session de groupe, assistance par téléphone ou une combinaison de plusieurs formats. Cette flexibilité permet aux parents d'ajuster leur participation aux modalités du programme qui leur convient le mieux.
- L'intervention inclut également la visualisation de vidéos pour aborder une question familiale spécifique.
- Triple P s'adapte à plusieurs populations.
- Selon les niveaux d'interventions, les praticiens impliqués dans ce programme sont des travailleurs en santé mentale, en assistance sociale ou d'autres professionnels de soutien dans le domaine de la santé et de l'éducation; ces professionnels sont amenés à rencontrer régulièrement les parents au sujet du comportement de leur enfant.

## Évaluation

- Le programme, ou l'un de ses volets, a été mis en œuvre dans une douzaine de pays autour du monde, notamment en Chine, en Allemagne, en Nouvelle-Zélande, à Singapour et au Royaume-Uni (Kruger et al. 2000).
- Vingt-cinq années de recherches et d'évaluation ont démontré que le programme Triple P est une méthode efficace de soutien aux familles.

## Références

- **National Crime Prevention.** 1999. *Pathways to Prevention: Developmental and Early Intervention Approaches to Crime in Australia*. Canberra: Attorney-General's Department, National Crime Prevention, Australia.
- **Sanders, M., C. Markie, et M.K. Turner.** 2003. *Theoretical, Scientific and Clinical Foundations of the Triple P- Positive Parenting Program: A Population Approach to the Promotion of Parenting Competence*. Australia: University of Queensland, Parenting and Family Support Centre.
- **Sanders, M., T. Mazzucchelli et L. Studman.** 2004. "Stepping Stones Triple P - An Evidence-Based Positive Parenting Program for Families with a Child who has a Disability: Its Theoretical Basis and Development". In *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29(3): 265-283.
- **Triple P** : <http://www1.triplep.net/>

## Multisystemic Therapy (MST)

« *The underlying premise of MST is that criminal conduct is multi-causal... effective interventions would address multiple factors in a youth ecology: individual, family, peer, school, and community.* » (Leschied A.W & Cunningham A.)

MST est un traitement intensif centré sur la famille qui vise les jeunes de 12 à 18 ans considérés comme ayant de sérieux problèmes de comportement (violence chronique, problèmes d'abus, délinquance, etc.) et qui sont à risque de placement.

MST est basé sur une approche d'intervention multidimensionnelle qui cible les facteurs de risque en provenance de plusieurs domaines : caractéristiques individuelles, famille, école, amis, quartier. MST aide les parents à traiter les problèmes de comportements de leurs enfants, à les éloigner de leurs mauvaises fréquentations et à favoriser leur réussite scolaire.

Les principaux objectifs de MST sont :

- réduire les comportements antisociaux des jeunes;
- réduire le nombre de placements;
- augmenter les aptitudes de la famille à résoudre les problèmes et les conflits c'est-à-dire :
  - aider les parents à mieux gérer les problèmes de leurs jeunes pour réduire ou éliminer les placements;
  - apprendre aux parents à discipliner de manière cohérente leurs jeunes;
  - identifier ce qui semble empêcher les parents d'utiliser des conduites parentales efficaces (par exemple, les problèmes de consommation et de santé mentale des parents);
  - développer un réseau social de soutien pour les parents, incluant la famille élargie, le voisinage, les membres de l'église, les amis.

## Méthodologie

- Les plans d'intervention, spécifiques aux besoins de chaque jeune, se composent de thérapie familiale, de formation comportementale aux parents et de thérapie comportementale cognitive.
- Chaque thérapeute s'occupe de 4 à 6 familles.
- Les thérapeutes utilisent les forces déjà en place dans le réseau du jeune pour l'amener à modifier ses comportements antisociaux.
- MST peut se dérouler dans différents endroits : à la maison, à l'école, dans les centres communautaires.
- MST relève d'une équipe composée de 2 à 4 thérapeutes et de leur superviseur; cette équipe doit être disponible en tout temps. Les membres de l'équipe détiennent un diplôme universitaire dans une discipline appropriée.
- La durée moyenne de MST est d'environ 4 mois avec 60 heures de thérapie familiale.

## Renseignements additionnels

- Une grande partie des ressources est consacrée à la formation des thérapeutes et à la consultation clinique continue.
- L'appui et la formation à MST est fourni sur place par MST Services, Inc.



- Lors de la mise en œuvre d'un programme basé sur MST, l'assistance et le soutien au niveau de la conception, du développement et de l'exécution du programme peuvent être obtenus par les MST Services.
- Les partenaires de la mise en œuvre peuvent relever de plusieurs secteurs : justice pour les jeunes, santé mentale, école, santé et services sociaux, éducation, justice.
- L'implantation de MST est relativement coûteuse, environ 5 000 \$ (US) par jeune. Par contre, MST réduit le taux de récidive, et permet ainsi d'éviter les coûts associés au traitement des récidivistes.

## Évaluation

- Plusieurs études d'évaluation appuient l'efficacité de MST (voir le site Internet de MST pour l'ensemble des résultats d'évaluation à l'adresse suivante : [http://www.mstservices.com/complete\\_overview.php](http://www.mstservices.com/complete_overview.php)).
- Les jeunes de MST, comparés à ceux ayant reçus un traitement traditionnel, présentaient une réduction significative de leur activité criminelle. Les jeunes de MST avaient également moins de problèmes de santé mentale.
- Un suivi de 2,4 ans a montré que MST avaient doublé le nombre de jeunes qui n'avaient pas commis de récidive comparativement aux jeunes ayant reçus un traitement traditionnel.
- Les familles ayant participé à MST font état d'une meilleure cohésion, de plus d'entraide et de moins de conflit et d'hostilité.
- Les résultats positifs du MST se font sentir jusqu'à 4 ans après la fin de l'intervention.

## Références

- **Leschied, A.W. and A. Cunningham.** 2002. *Seeking Effective Interventions for Serious Young Offenders – Interim Results of a Four-Year Randomized Study of Multisystemic Therapy in Ontario, Canada.* Centre for Children and Families in the Justice System.
- **Mihalic, S., et al.** 2001. *Blueprint for Violence Prevention.* Juvenile Justice Bulletin. Washington: U.S Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- **Multisystemic Therapy :** <http://www.mstservices.com/>

## CASASTART (Striving Together to Achieve Rewarding Tomorrows)

« CASASTART is based on the assumption that, while all preadolescents are vulnerable to experimentation with substances, those who lack effective human and social support are especially vulnerable. It seeks to build resiliency in youths, strengthen families, and make neighborhoods safer for children and their families. » (OJJDP)

CASASTART (Striving Together to Achieve Rewarding Tomorrows), connu également sous le nom de Children at Risk (CAR), est un programme basé sur la communauté, l'école et les familles. Ce programme s'adresse aux jeunes de 8 à 13 ans qui présentent des risques élevés de s'impliquer dans des activités criminelles ou de consommer des drogues. Les jeunes visés par ce programme proviennent de quartiers généralement défavorisés.

CASASTART réunit les familles, les intervenants en provenance des services de santé et de services sociaux, les écoles et les institutions de la justice pour les jeunes. Ce programme veut fournir aux jeunes le soutien et les services nécessaires pour qu'ils deviennent des citoyens responsables et respectueux des lois, et créer un environnement sécuritaire pour les jeunes et leur famille en réduisant les crimes et les infractions liées aux drogues.

Les principaux objectifs de CASASTART sont :

- prévenir l'abus de drogues et réduire la vente de drogue dans la communauté;
- prévenir les crimes et la délinquance;
- améliorer l'assiduité scolaire;
- développer la collaboration entre les agences de services sociaux, les écoles et les services d'application de la loi (police et justice) afin de satisfaire les besoins des jeunes et de leur famille;
- améliorer la communication entre les jeunes et leur famille, et favoriser les échanges entre les familles, les écoles et les autres intervenants impliqués dans le programme CASASTART.

## Méthodologie

Pour réduire les facteurs de risque relatifs au voisinage, à la famille, aux amis et aux caractéristiques individuelles, ce programme se base sur les volets suivants:

1. Augmenter la présence policière dans la communauté ainsi que leur implication et leur participation auprès des jeunes.
2. La gestion de cas : les intervenants s'occupent d'un petit nombre de familles à la fois (13 à 18 familles) ce qui permet d'assurer une attention particulière aux besoins particuliers des jeunes et de leurs familles.
3. La justice pour les jeunes : communication accrue entre les directeurs de cas et les départements de justice pour les jeunes afin d'assurer une surveillance et une planification adéquate pour les jeunes aux prises avec une ordonnance de la Cour.
4. Les services aux familles : divers services aux familles sont offerts par les intervenants pour augmenter la participation des parents à la vie de leurs enfants (par exemple, programmes spéciaux pour les parents, conseils, activités organisées, etc.)
5. Les activités après l'école et durant l'été pour les jeunes. Ces activités comportent des activités sportives et récréatives, mais aussi des programmes de développement et de contrôle de soi.

6. Des services d'éducation pour renforcer certaines habiletés chez les jeunes au moyen de cours particuliers à la maison.
7. Le mentorat : en groupe ou individuel, le mentorat sert à promouvoir les changements positifs de comportements chez les jeunes.

### Renseignements additionnels

- Pour établir un programme réussi de CASASTART, ces étapes doivent être suivies :
  - Phase I – Mesures initiales : 1) conduire une évaluation de la communauté, 2) identifier une agence qui assume le leadership, 3) identifier les partenaires potentiels, 4) créer un conseil consultatif et recruter ses membres, 5) définir des buts réalistes. Cette phase peut prendre de 6 à 8 mois.
  - Phase II – Exécution : 1) développer des protocoles d'entente, 2) si nécessaire, engager des associés additionnels, 3) établir des accords de confidentialité, 4) commencer la livraison de services, 5) commencer les réunions de CASASTART. Cette phase peut s'étendre durant 1 an.
- Le programme s'adapte aux besoins et aux forces déjà en place dans chaque site et d'un site à l'autre, il peut y avoir des différences dans le niveau de développement du programme.
- Il y a des incitatifs monétaires et non-monétaires pour la participation aux activités de CASASTART.
- CASASTART fonctionne avec des gestionnaires de cas formés par les responsables du programme. Il est préférable que ces gestionnaires aient un minimum d'expérience en travail social. Chaque gestionnaire de cas s'occupe en moyenne de 15 familles.
- La coopération des services de police et des agences de la justice juvénile est nécessaire pour aider les jeunes qui sont en période de probation.
- Une formation et de l'assistance technique pour l'implantation de CASASTART dans les nouveaux emplacements sont offertes par les responsables du programme, pour un montant de 3,000 \$ par jour (en 2005).

### Évaluation

- Ce programme a été développé par le National Center on Addiction and Substance Abuse de l'Université Columbia et il a été certifié comme programme modèle par le Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA].
- Après un suivi de 1 an, les jeunes de CASASTART, comparés aux jeunes du groupe contrôle, était plus nombreux à ne pas avoir consommé (marijuana, alcool, inhalant, tabac) (74 % versus 64 %), ont commis moins de crimes violents (22 % versus 27 %).
- Par contre, pour certains aspects, il n'y a pas de différences significatives entre les jeunes du programme et ceux du groupe contrôle (par exemple l'estime de soi, les comportements sexuels à risque, les crimes contre la propriété, l'adhésion aux gangs et les contacts avec la police).

### Références

- **The National Center on Addiction and Substance Abuse (CASA) at Columbia University**, Guide de mise en œuvre du programme CASASTART : [http://www.casacolumbia.org/absolutenm/articlefiles/203-203-casastart\\_field\\_guide\\_2003.pdf](http://www.casacolumbia.org/absolutenm/articlefiles/203-203-casastart_field_guide_2003.pdf)
- **Site Internet de CASASTART** : <http://casastart.org/content/AboutCASASTART.aspx>

## Wraparound Milwaukee

« *Wraparound Milwaukee is a system of community-based care for families of children with severe emotional, behavioral, and mental health needs. This wraparound approach is based on an identification of the services families really need to care for a child with special needs.* » (OJJDP)

Wraparound Milwaukee est un système de soins intégrés pour les jeunes âgés de 13 à 17 ans qui présentent de sérieux problèmes émotionnels et de comportements, et qui nécessitent des services en santé mentale.

Ce programme met l'accent sur le développement de soins appropriés aux jeunes et à leur famille en offrant des soins intégrés en santé mentale, en toxicomanie et en service social.

Ce programme a été conçu pour réduire l'utilisation des soins institutionnels dans les centres de traitement et les hôpitaux psychiatriques, tout en fournissant plus de services aux jeunes et à leur famille.

Ce programme est sous la direction du Child and Adolescent Services, une division du Milwaukee County Mental Health Division (Wisconsin).

## Méthodologie

- Ce programme est basé sur une approche intégrée et personnalisée des soins.
- La participation des familles est un aspect clé de la réussite du traitement.
- Les intervenants clés de la communauté et des ressources professionnelles sont identifiés pour participer aux services offerts aux jeunes et à leur famille.
- Les jeunes sont référés au programme par les agents de probation ou par les agents des services à la jeunesse.
- Ce programme s'adresse aux jeunes qui présentent de sérieux problèmes affectifs et qui ont été identifiés par les services de protection de la jeunesse ou par le système de justice juvénile comme étant à risque immédiat de placement résidentiel, correctionnel ou en centre psychiatrique.
- L'équipe chargée de l'administration du programme inclut des coordonnateurs de soin, une équipe jeune-famille (child and family team – CFT), une équipe mobile de crise et un réseau de partenaires associés au programme.

Les coordonnateurs de soin :

- Les coordonnateurs de soin sont la pierre angulaire du programme.
- Ils procèdent aux évaluations, rassemblent les équipes jeune-famille, animent les réunions, aident à déterminer les besoins et les ressources avec le jeune et la famille, aident l'équipe en identifiant les services pour satisfaire ces besoins, assurent la livraison des services spécifiques, et surveillent l'exécution du plan d'intervention.
- Les coordonnateurs de ce programme travaillent avec un nombre restreint de familles à la fois (au maximum 8 familles).

L'équipe jeune-famille :

- C'est un réseau de soutien qui comprend les membres de la famille et les agents de probation de la justice pour les jeunes ou les travailleurs sociaux de la protection de la jeunesse.

L'équipe mobile de crise :

- L'équipe mobile de crise offre un service continu (24 heures).
- Cette équipe est disponible pour satisfaire les besoins du jeune et de sa famille lorsqu'un coordonnateur des soins n'est pas disponible.
- Elle se compose de psychologues et de travailleurs sociaux qualifiés dans l'intervention en moment de crise.
- Les jeunes qui participent à ce programme sont automatiquement inscrits dans ce service de crise, et leurs plans des soins incluent, lorsque nécessaire, le recours immédiat à cette équipe de crise.

Un réseau de partenaires :

- Le réseau de partenaires se compose d'un large éventail de services et de ressources pour satisfaire les besoins du jeune.

### Renseignements additionnels

- Le coût moyen mensuel par famille est de 3 796 \$. (Rapport annuel du Wraparound Milwaukee, 2006).

### Évaluation

- En 1994, le comté de Milwaukee a reçu un financement fédéral de cinq ans du centre des services de santé mentaux pour lancer ce programme de soin intégré.
- Des évaluations pré-post test (après 1 an), ont montré que le programme Wraparound Milwaukee a permis de réduire chez les jeunes du programme les taux d'infractions liés aux drogues (6 % à 3 %), les infractions contre la propriété (34 % à 17 %), les crimes avec armes à feu (15 % à 4 %), les voies de fait (14 % à 7 %) et les agressions sexuelles (11 % à 1 %).

### Références

- **Kamradt, B. 2000.** "Wraparound Milwaukee: Aiding Youth With Mental Health Needs" in *Juvenile Justice*, vol. VII (1), Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, Washington, DC.
- **Wraparound Milwaukee** : <http://www.city.milwaukee.gov/router.asp?docid=7851>

## All Children Excel (ACE)

« *Deflecting Children from the Path of Violence – Intensive Early Intervention for very young offenders.* » (Ed Frickson, project Director)

Le programme ACE (All Children Excel) s'adresse aux jeunes de 6 à 15 ans qui présentent des risques élevés de devenir des délinquants violents et chroniques, qui sont déjà impliqués dans des activités délinquantes ou qui présentent des risques élevés de subir des mauvais traitements. ACE veut réduire les facteurs de risque et améliorer la résilience des familles et des jeunes.

Les objectifs de ACE sont de prévenir et de réduire :

- l'adoption de comportements délinquants sérieux et violents;
- la transmission intergénérationnelle de comportements criminels et/ou la négligence;
- la consommation de drogues;
- la violence familiale;
- le décrochage scolaire.

Pour atteindre ces objectifs, le programme mise sur la création de liens positifs avec l'école, la famille et les amis, sur l'amélioration des habiletés sociales et sur la participation à des activités de loisir.

## Méthodologie

- L'identification des facteurs de risque se fait à l'aide d'une grille développée par les chercheurs de ce programme.
- Le modèle ACE se base sur une intervention qui intègre des intervenants en provenance de plusieurs domaines : les soins de santé mentale, la justice pour les jeunes, l'éducation, les services policiers et le système de protection de l'enfance.
- L'intervention de ce modèle se base également sur une collaboration entre les parents, les jeunes, l'école et la communauté pour réduire les facteurs de risque et renforcer les facteurs de protection.

## Renseignements additionnels

- Une équipe multidisciplinaire s'assure de fournir une intervention multidimensionnelle et un support aux familles.

## Évaluation

- Ce projet a été développé en 1998 par the Ramsey County (St. Paul), Minnesota, Board of Commissioners, pour contrer l'augmentation du nombre de jeunes délinquants et l'entrée de plus en plus précoce dans la délinquance.
- 6 mois après leur évaluation initiale, 35 % des jeunes du programme ACE ont commis une nouvelle infraction comparativement à 57 % chez les jeunes du groupe contrôle.
- Dans la collectivité de Ramsey (St-Paul, Minnesota), à leur 13<sup>e</sup> anniversaire de naissance, 82,7 % des jeunes considérés comme très à risque commettent un délit criminel comparativement à 30,5 % chez les jeunes ayant participé à ACE.
- Le coût par jour du programme ACE est de 22 \$ par jeune comparativement à 100 \$ par jeune par jour pour une détention dans un établissement correctionnel pour les jeunes.

## Références

- **Beuhring, T.** 2003. *Risk Factor Profile Instrument*. Ramsey County ACE Program. University of Minnesota
- **McVicker, C.** (n.d.). *Minnesota Youth ACE Intervention Program. Children's Voice*. Disponible sur le site Internet du Child Welfare League of America: <http://www.cwla.org/programs/r2p/cvarticlesmn.htm>
- **Schmitz, C. et M. Luxenberg.** 2006. *Final Report on the 2005-2006 Evaluation of the Ramsey County ACE Program*, November 2006.
- **Site Internet de ACE :** <http://www.co.ramsey.mn.us/ph/yas/ace.htm>

## SNAP™ Under 12 Outreach Project (ORP)

« SNAP™ helps children and parent interrupt problematic pathways between thinking and doing, to stop and think before they act and to learn more appropriate ways to calm down. »

SNAP™ (Stop Now and Plan) Under 12 Outreach Project est un programme basé sur une approche intégrée qui s'adresse aux garçons de 6 à 11 ans en contact avec les services policiers, à risque de récidive, ou qui présentent de sérieux problèmes de comportements. SNAP™ a été développé par le Child Development Institute (Ontario, Canada).

ORP se base sur l'apprentissage social et les changements cognitifs et emploie une approche multi-systémique qui vise le jeune, la famille et la communauté.

Les objectifs de ce programme sont les suivants :

- empêcher les jeunes garçons d'avoir à faire avec la police dans le futur,
- prévenir les risques de récidives,
- faciliter l'accès rapide et efficace à un éventail de services.

## Méthodologie

La stratégie de prévention développée par ce programme se décline en trois étapes :

- Étape 1 : un protocole avec les services policiers qui s'adresse aux jeunes déjà impliqués dans la délinquance. Ce genre de protocole facilite la collaboration des intervenants et permet de diriger les jeunes vers des services appropriés.
- Étape 2 : une évaluation clinique structurée des risques chez les jeunes (garçons et filles). Il s'agit de l'approche Early Assessment Risk List for Boys (EARL-20B) et de Early Assessment Risk List for Girls (EARL-21G).
- Étape 3 : application, selon le genre, du programme SNAP™. Ce programme consiste à enseigner aux enfants et aux familles des méthodes de contrôle de soi qui permettent de s'arrêter et de penser avant d'agir.
- Pour les garçons, il s'agit de « SNAP™ Under 12 Outreach Project » et pour les filles, « SNAP™ Girls Connection ».
- SNAP™ Under 12 Outreach Project (ORP) est un traitement de 12 semaines basé sur 5 composantes :
  1. L'apprentissage de SNAP™ : formation de groupes destinés aux enfants pour qu'ils apprennent les techniques de contrôle de soi et de résolution de conflits de SNAP™. Les exemples abordés sont : comment arrêter de voler, comment gérer l'influence des autres, comment gérer les mauvaises émotions comme la colère et l'agressivité, et comment éviter les ennuis.
  2. Un groupe de parents SNAP™ : les parents apprennent des stratégies efficaces de gestion des comportements de l'enfant basées sur les principes de SNAP™.
  3. Des rencontres individuelles pour les enfants qui n'arrivent pas à assimiler les principes de SNAP™ et qui ont besoin d'un appui additionnel.
  4. Des consultations familiales basées sur Stop Now And Plan Parenting, or SNAPP.
  5. Des cours d'appoint pour les enfants qui présentent des difficultés scolaires.



- Les parents sont des participants clés du processus : ils sont encouragés à participer aux groupes hebdomadaires qui portent sur l'apprentissage de techniques parentales en lien avec SNAP™.
- Les rencontres ont lieu toutes les semaines durant 12 semaines.

### Renseignements additionnels

- Le coût moyen des services d'ORP pour un enfant à faible risque est environ 1,000 \$ (programme de quatre mois), de 2,300 \$ pour un enfant à risque modéré (programme de six mois), et de 4,300 \$ pour un enfant à haut risque (programme de douze mois).
- SNAP™ est une marque déposée du Child Development Institute. Pour obtenir un permis de reproduction et le matériel nécessaire, on doit contacter le Child Development Institute.

### Évaluation

- Les évaluations de SNAP™ Outreach Project (ORP) et de Girls Connection (GC) montrent les effets positifs de ce traitement.
- Chez les jeunes de ORP et de GC, des améliorations significatives ont été noté dans trois domaines : personnalité (angoisse, dépression), externalité (agression, délinquance) et les habiletés sociales (relations avec les pairs, participation à des activités).
- Les études ont montré que les enfants qui participent au programme ont deux fois moins de probabilités d'avoir un casier judiciaire lorsqu'ils atteindront 18 ans.
- On constate que 60 % des enfants à risque élevé qui participent au programme n'ont pas de dossier criminel à 18 ans.
- Les jeunes du programme (ORP et GC) ont de meilleures relations avec les professeurs, les pairs et les membres de leur famille. Ils sont davantage conscients des effets négatifs de s'associer avec des pairs délinquants.
- Les parents ayant participé au programme (ORP et GC) ressentent moins de stress dans leurs interactions avec leur jeune et ont une meilleure confiance dans leur capacité de gérer convenablement les comportements déviants de ces derniers.
- Ce programme est présentement en œuvre dans différentes villes au Canada, aux États-Unis, en Europe et dans les pays scandinaves.

### Références

- **Augimera, L., D. Farrington, C. Keegl et D. Day.** 2007. « The SNAP™ Under 12 Outreach Project: Effects of a Community Based Program for Children with Conduct Problems » *Journal of Child and Family Studies*, (16)6: 799-807.
- **Child Development Institute** : [http://www.childdevelop.ca/public\\_html/home/index.html](http://www.childdevelop.ca/public_html/home/index.html)





## Références bibliographiques

- Adlaf, E.M., P. Begin et E. Sawka.** 2005. *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les canadiens : la prévalence de l'usage et les méfaits : rapport détaillé.* Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Anderson, B. et al.** 2005. *Risk and Protective Factors.* London, United Kingdom : Youth Justice Board.
- Augimera, L., et al.** 2007. « The SNAP™ Under 12 Outreach Project: Effects of a Community Based Program for Children with Conduct Problems ». *Journal of Child and Family Studies*, (16)6: 799-807.
- Beuhring, T.** 2003. *Risk Factor Profile Instrument.* Ramsey County ACE Program. University of Minnesota.
- Browning, K. et D. Huizinga.** 1999. *Highlights of Findings from the Denver Youth Survey.* OJJDP Fact Sheet, No. 106. Washington, DC.: US, Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Browning, K. et R. Loeber.** 1999. *Highlights of Findings from the Pittsburgh Youth Study.* OJJDP Fact Sheet, No. 95. Washington, DC.: US, Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Browning, K., T. Thornberry et P. Porter.** 1999. *Highlights of Findings from the Rochester Youth Development Study.* OJJDP Fact Sheet, No. 103. Washington, DC.: US, Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Bry, B. H., et al.** 1998. "Scientific Findings from Family Prevention Intervention Research". In R. S. Ashery, E. B. Robertson, and K. L. Kumpfer (Eds.), NIDA Research Monograph: Vol. 177. *Drug Abuse Prevention through Family Interventions* (pp. 103-129). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse. (SDRG #168)
- Brzowski, J.-A., A. Taylor et S. Johnson.** 2006. « La victimisation et la criminalité chez les peuples autochtones du Canada », *Juristat*, (26)3. Ottawa : Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique.
- Burns, B.J., et al.** 1999. "Promising Practices in Wraparound for Children with Serious Emotional Disturbance and their Families", in *Systems of Care: Promising Practices in Children's Mental Health, 1998 Series, Volume IV.* Washington, DC: Center for Effective Collaboration and Practice, American Institutes for Research.
- Cabinet Office, Social Exclusion Task Force.** 2007. *Families at Risk: Background on Families with Multiple Disadvantages.* London: Cabinet Office.
- Calverley, D.** 2007. « Les services communautaires et le placement sous garde des jeunes au Canada, 2004-2005 ». *Juristat*, 27(2). Ottawa : Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique.
- Calvert, G.** 2002. *Getting in Early to Prevent Crime.* Paper presented at the Crime Prevention Conference held in Sydney. Conference convened by the Australian Institute of Criminology and the Crime Prevention Branch. Sydney: Commonwealth Attorney-General's Department.
- Canada. Sécurité publique Canada. Centre national de prévention du crime.** 2007. *Plan d'action visant à diminuer efficacement la criminalité.* Ottawa : Sécurité publique et Protection civile Canada.
- Catalano, R.** 2007. "Prevention is a Sound Public and Private Investment". *Criminology & Public Policy*, 6(3) : 377-398.

**Centre canadien de la statistique juridique.** 2001. *Les Autochtones au Canada*. Série de profils du Centre canadien de la statistique juridique (CCSJ), Statistique Canada Ottawa.

**Centre des Premières Nations.** 2006. *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations*. (ERS) 2002-2003. Ottawa : Organisation nationale de la santé autochtone.

**Cernkovich, S., N. Lanctôt, et P. Giordano.** 2007. "Predicting Adolescent and Adult Antisocial Behavior among Adjudicated Delinquent Females". *Crime & Delinquency*, 10: 1-31.

**Chamberlain, P. et J. Reid.** 1998. "Comparison of Two Community Alternatives to Incarceration for Chronic Juvenile Offenders". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(4): 624-633.

**Child Trends.** 2007. *Guide to Effective Programs for Children and Youth*. Available from : [www.childtrends.org/Lifecourse/programs/TripleP-PositiveParentingProgram.htm](http://www.childtrends.org/Lifecourse/programs/TripleP-PositiveParentingProgram.htm).

**Claes, M., et al.** 2005. "Parenting, Peer Orientation, Drug Use, and Antisocial Behavior in Late Adolescence: A Cross-National Study". *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5): 401-411.

**Commission on Behavioral and Social Sciences Education.** 2001. "Preventing Juvenile Crime". In McCord J., C. Widom, & N. Crowell, *Juvenile Crime, Juvenile Justice* (107-153). Washington: National Academy Press.

**Conseil canadien de développement social.** 2006. *Le progrès des enfants et des jeunes au Canada – 2006*. Ottawa : CCDS.

**Crocker, R.** 2001. *Les enfants et les jeunes à risque : une synthèse*. Rapport du Colloque « L'enfance et la jeunesse à risque - Programme pancanadien de recherche en éducation », 2000. Toronto : Conseil des statistiques canadiennes de l'éducation.

**Donnermeyer, J., et al.** 1997. "Community Readiness and Prevention Programs". *Journal of the Community Development Society*, 28(1): 65-83.

**Dossier Front nouveau de Belgique.** 2001. *La délinquance des jeunes: les 13-19 ans racontent leurs délits*. Sébastien Roché. Paris : Édition du Seuil.

**Éthier, L., et al.** 2006. *L'évolution des familles négligentes : chronicité et typologie; étude de suivi 1992 à 2005*. Rapport de recherche, FQRSC.

**Éthier, L., et al.** 2007. « La chronicité dans l'évolution de familles négligentes ». *Feuillelet d'information du CEPB* (No. 50F). Toronto: Université de Toronto, École de service social.

**Farrington, D. et B. Welsh.** 1999. "Delinquency Prevention Using Family-based Interventions". *Children & Society*, 13: 287-303.

**Farrington, D. et B. Welsh.** 2003. "Family-based Prevention of Offending: a Meta-Analysis". *The Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 36(2): 127-151.

**Farrington, D.** 2002. "Developmental Criminology and Risk-Focused Prevention". In Maguire, M., Morgan, R. and Reiner, R. (Eds.) *The Oxford Handbook of Criminology (3rd ed.)* (657-701). Oxford: Oxford University Press.

**Farrington, D., et al.** 2006. *Criminal Careers Up to Age 50 and Life Success Up to Age 48 : New Findings from the Cambridge Study*. 2nd edition, London: Home Office Research, Development and Statistics Directorate.

**Greenwood, P.** 2004. "Cost-effective Violence Prevention through Targeted Family Interventions", In *Youth Violence – Scientific Approaches to Prevention. Annals of the New York Academy of Sciences*, 1036: 201-214.

**Guide to Effective Programs for Children and Youth** : <http://www.childtrends.org/>

**Hastings, R., et al.** 2007. *Bâtir un Canada plus sûr, Premier rapport du Groupe de travail national sur la prévention de la criminalité*. Ottawa : Institut pour la prévention de la criminalité (ICP).

**Helping America's Youth** (n.d). *Community Guide to Helping America's Youth* : [www.helpingamericasyouth.gov/](http://www.helpingamericasyouth.gov/).

**Henggeler, S. W.** 1997. *Treating Serious Antisocial Behavior in Youth: The MST approach*. Juvenile Justice Bulletin. Washington, DC: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.

**Hill, K., C. Lui et D. Hawkins.** 2001. *Early Precursors of Gang Membership: A Study of Seattle Youth*. Juvenile Justice Bulletin. Washington DC: U.S Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.

**Hoeve, M., et al.** 2007. "Long-Term Effects of Parenting and Family Characteristics on Delinquency of Male Young Adults". *European Journal of Criminology*, 4: 161-194.

**Hotton, T. et D. Haans.** 2004. « Consommation d'alcool et de drogues au début de l'adolescence ». *Rapports sur la santé*, 15(3), Ottawa : Statistique Canada.

**Hotton, T.** 2003. « L'agressivité chez les enfants et l'exposition à la violence à la maison ». *Série de documents de recherches sur la criminalité et la justice, (no. 85-561-MIF au catalogue, 002)*. Ottawa : Statistique Canada.

**Hubbard, D. et B. Matthews.** 2007. "Reconciling the Difference Between the 'Gender-Responsive' and the 'What Works' Literatures to Improve Services for Girls". *Crime and Delinquency*, 54(2):225-258.

**Huizinga, D., et al.** 2000. *Co-occurrence of Delinquency and Other Problem Behaviors*. Juvenile Justice Bulletin. Washington, DC: U.S Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.

**Johnston, D.** 2006. "Reaction Essay: The Wrong Road: Efforts to Understand the Effects of Parental Crime and Incarceration". *Criminology and Public Policy*, 5(4): 703-720.

**Juby, H. et D. Farrington.** 2001. "Disentangling the Link between Disrupted Families and Delinquency". *The British Journal of Criminology*, 41(1): 22-40.

**Kamradt, B.** 2000. "Wraparound Milwaukee: Aiding Youth With Mental Health Needs" in *Juvenile Justice*, vol. VII (1), Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, Washington, DC.

**Krug, E., et al.** 2002. *Rapport mondial sur la violence et la santé*, sous la direction de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Genève: OMS.

**Kumpfer, K. et R. Alvarado.** 1998. *Effective Family Strengthening Interventions*. Justice Juvenile Bulletin, Washington DC: Family Strengthening Series, U.S Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.

**Lacourse, E., et al.** 2006. "Prediction of Early-Onset Deviant Peer Group Affiliation: a 12-Year Longitudinal Study". *Arch Gen Psychiatry*, 63: 562-568.

- Lansford, J., et al.** 2007. "Early Physical Abuse and Later Violent Delinquency: A Prospective Longitudinal Study." *Child Maltreatment*, 12(3): 233-245.
- Lauritsen, J.** 2003. "How Families and Communities Influence Youth Victimization". *Juvenile Justice Bulletin*. Washington, DC: U.S Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Lawrence, A., et al.** 2001. *Youth Violence: A Report of the Surgeon General*. United States: Department of Health and Human Services.
- LeBlanc, M. et N. Kaspy.** 1998. "Trajectories of Delinquency and Problem Behavior: Comparison of Social and Personal Control Characteristics of Adjudicated Boys on Synchronous and Nonsynchronous Paths". *Journal of Quantitative Criminology*, 14(2): 181-213.
- LeBlanc, M.** 1999. « Les comportements violents des adolescents: un phénomène particulier ». In J. Proulx, M. Cusson, & M. Oimet (eds), *Les violences criminelles* (pp. 319-353). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Lengyel, T.** 2006. "Parental Incarceration and Child Welfare – Editorial Introduction". *Criminology and Public Policy*, 5(4): 673-676.
- Leschied, A.W. and A. Cunningham.** 2002. *Seeking Effective Interventions for Serious Young Offenders - Interim Results of a Four-Year Randomized Study of Multisystemic Therapy in Ontario, Canada*. Centre for Children and Families in the Justice System.
- Liddle, H. A., et al.** 2001. "Multidimensional Family Therapy for Adolescent Drug Abuse: Results of a Randomized Clinical Trial". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27(4) : 651-688.
- Liddle, H.** 2002. *Multidimensional Family Therapy for Adolescent Cannabis Users*. U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment.
- Loeber, R. et al.** 1998. "The Development of Male Offending: Key Findings from the First Decade of the Pittsburgh Youth Study". *Studies in Crime and Crime Prevention*, 7: 141-172.
- Loeber, R. et D. Farrington.** 1998. "Never Too Early, Never Too Late: Risk Factors and Successful Interventions for Serious Violent Juvenile Offenders". *Studies on Crime and Crime Prevention*, 7(1): 7-30.
- Loeber, R., D. Farrington et D. Petechuk.** 2003. *Child Delinquency: Early Intervention and Prevention*. Child Delinquency: Bulletin Series. Washington, DC: U.S Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Lonczak, H. et al.** 2007. "Family Structure and Substance Use among American Indian Youth: A Preliminary Study". *Families, Systems & Health*, 25(1): 10-22.
- Mayer, M., C. Lavergne, et R. Baraldi.** 2004. « Un intrus dans la famille : la consommation abusive de drogue ou d'alcool et la négligence envers les enfants ». *Feuille d'information, Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants* (CEPB no. 14F). Montréal, QC, Canada: Université de Montréal et Institut pour le développement social des jeunes.
- McAra, L. et S. McVie.** 2007. "Criminal Justice Transitions". *The Edinburgh Study of Youth Transition and Crime*, No. 14. Edinburgh: The University of Edinburgh, Centre for Law and Society.
- McCord, J. et al.** 1994. "Boys' Disruptive Behaviour, School Adjustment, and Delinquency: The Montreal Prevention Experiment". *International Journal of Behavioral Development*, 17(4): 739-752.

- McVie, S. et P. Bradshaw.** 2005. "Adolescent Smoking, Drinking and Drug Use". *The Edinburgh Study of Youth Transition and Crime*, No. 7. Edinburgh: The University of Edinburgh, Centre for Law and Society.
- McVie, S. et L. Holmes.** 2005. "Family Functioning and Substance Use at Ages 12 to 17". *The Edinburgh Study of Youth Transition and Crime*, No. 9, Edinburgh: The University of Edinburgh, Centre for Law and Society.
- Mihalic, S., et al.** 2001. *Blueprint for Violence Prevention*. Juvenile Justice Bulletin, Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Moreau, J., et al.** 2001. *Transmission intergénérationnelle de la maltraitance : étude des liens entre les facteurs de protection et les facteurs de risque auprès d'une population en difficulté*. Rapport d'activités scientifiques présenté au Conseil québécois de la recherche sociale. Montréal : Institut de recherche pour le développement social des jeunes.
- Mucchielli, L.** 2000. *Familles et délinquances: un bilan pluridisciplinaire des recherches francophones et anglophones*. France : Allocations familiales, Caisses nationale d'allocations familiales (CNAF).
- Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention (OJJDP).** (n.d.). *Model Programs Guide (MPG)*. Disponible au: <http://www.dsgonline.com>
- Ogrodnik, L.** 2006. *La violence familiale au Canada : un profil statistique 2006*. Ottawa: Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique.
- Ogrodnik, L.** 2007. *La violence familiale au Canada : un profil statistique 2007*. Ottawa: Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique.
- Prior, D. et A. Paris.** 2005. *Preventing Children's Involvement in Crime and Anti-Social Behaviour: A Literature Review*. Birmingham: University of Birmingham.
- Promising Practices Network.** 2008. *Promising Practices Network on Children, Families and Communities*. Available from: [www.promisingpractices.net/default.asp](http://www.promisingpractices.net/default.asp).
- Rae, J.** 2006. *Indigenous Children: Rights and Reality. A Report on Indigenous Children and the U.N. Convention on the Rights of the Child*. Toronto: University of Toronto, U.N. Sub Group on Indigenous Children and Young People (ISG).
- Reinhardt, V.A.** 2007. *An Ounce of Prevention: Taxpayer Costs Avoided Through Preventing Crime*. Présentation dans le cadre de l'obtention d'une bourse de doctorat en administration publique. St-Paul, Minnesota: Université de Hamline.
- Robbins, M.S. and J. Szapocznik.** 2000. "Brief Strategic Family Therapy". *Juvenile Justice Bulletin*. Washington: Family Strengthening Series. U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Robbins, M.S., et al.** 2001. "Assessing Changes in Family Interaction: The Structural Family Systems Ratings". In *Family Observational Coding Systems: Resources for Systemic Research*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Robbins, M.S., et al.** 2003. "Brief Strategic Family Therapy for Hispanic Youth". In *Evidence-based Psychotherapies for Children and Adolescents*. New York: Guilford.
- Rugge, T.** 2006. *Evaluation du risque présenté par les délinquants Autochtones de sexe masculin : perspective 2006*. Ottawa : Sécurité publique et Protection civile.

**Samson, R., S. Raudenbush, et F. Earls.** 1997. "Neighborhoods and Violent Crime: A Multilevel Study of Collective Efficacy". *Science*, 227(532): 918-924.

**Sanders, M., C. Markie, et M.K. Turner.** 2003. *Theoretical, Scientific and Clinical Foundations of the Triple P – Positive Parenting Program: A Population Approach to the Promotion of Parenting Competence*. Australia: University of Queensland, Parenting and Family Support Centre.

**Sanders, M., T. Mazzucchelli et L. Studman.** 2004. "Stepping Stones Triple P - An Evidence-Based Positive Parenting Program for Families with a Child Who Has a Disability: Its Theoretical Basis and Development". In *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29(3): 265-283.

**Savoie, J.** 2007. « La délinquance autodéclarée par les jeunes, Toronto, 2006 ». Ottawa : Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, *Juristat*, vol. 27, no.6.

**Schmitz, C. and M. Luxenberg.** 2006. *Final Report on the 2005-2006 Evaluation of the Ramsey County ACE Program*.

**Schonert-Reichl, K.** 2000. *L'enfance et la jeunesse à risque: quelques perspectives conceptuelles*. Document préparé pour le Colloque du Programme pancanadien de recherche en éducation. Parrainé par le Conseil des statistiques canadiennes de l'éducation, en collaboration avec Développement des ressources humaines Canada.

**Sécurité publique Canada.** 2008. *Facteurs de risque et de protection dans les familles et leurs effets sur la délinquance juvénile : ce que nous en savons*. Ottawa : Centre national de prévention du crime.

**Sécurité publique Canada.** 2008. *Programmes en milieu familial de prévention et de réduction de la criminalité juvénile*. Ottawa : Centre national de prévention du crime.

**Sécurité publique et Protection civile Canada.** 2006. « Facteurs de risque liés aux délinquants autochtones ». Recherche correctionnelle. *Recherche en bref*, 11(5), Ottawa: Sécurité publique et Protection civile Canada.

**Sells, S. P., T.E. Smith, and J. Rodman.** 2006. "Reducing Substance Abuse through Parenting with Love and Limits". *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse* (15): 105-115.

**Sexton, T., and J. Alexander.** 2000. "Functional Family Therapy". In *Justice Juvenile Journal*. Family Strengthening Series. Washington: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.

**Shader, M.** 2003. *Risk Factors for Delinquency: An Overview*. Washington DC: U.S Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.

**Sherman, F.** 2005. *13 Pathways to Juvenile Detention Reform – Detention Reform and Girls Challenges and Solutions*. Baltimore, Maryland: Annie E. Casey Foundation.

**Sherman, L.** 1997. "Family-Based Crime Prevention". In L. Sherman et al. *Preventing Crime: What Works, What Doesn't, What's Promising* (pp. 510-538). Washington, DC: US Department of Justice.

**Sherman, L.** et al. 2002. *Evidence-based Crime Prevention*. New York: Routledge.

**Slee, P. et al.** 2006. *Families at Risk: the Effects of Chronic and Multiple Disadvantage*. Adelaide: Shannon Research Press.

**Smith, D.** 2001. "Youth, Parenting and Crime". *The Edinburgh Study of Youth Transition and Crime*. Edinburgh: The University of Edinburgh, Centre for Law and Society.



- Smith, D.** 2004-a. "Parenting and Delinquency at Ages 12 to 15". *The Edinburgh Study of Youth Transition and Crime*, No. 3, Edinburgh: The University of Edinburgh Centre for Law and Society.
- Smith, D.** 2004-b. "The Links between Victimization and Offending". *The Edinburgh Study of Youth Transition and Crime*, No. 5, Edinburgh: The University of Edinburgh, Centre for Law and Society.
- Smith, D.** 2006. "Social Inclusion and Early Desistance from Crime". *The Edinburgh Study of Youth Transition and Crime*, No. 12. Edinburgh: The University of Edinburgh, Centre for Law and Society.
- Smith, T.** 1999. "Neighbourhood and Preventive Strategies with Children and Families: What Works?". *Children & Society*, 13(4): 265-277.
- Sprott, J., J. Jenkins et A. Doob.** 2000. *Early Offending: Understanding the Risk and Protective Factors of Delinquency*. Hull: Applied Research Branch, Strategic Policy, Human Resources Development Canada.
- Sprott, J., J. Jenkins, et A. Doob.** 2005. "The Importance of School: Protecting At-Risk Youth from Early Offending". *Youth Violence and Juvenile Justice*, 3 (1): 59-76.
- Strengthening America's Families, Effective Family Programs for Prevention of Delinquency.** *Program List*. Available from: <http://www.strengtheningfamilies.org/>
- Svenson, R.** 2003. "Gender Difference in Adolescent Drug Use". *Youth & Society*, 34(3): 300-329.
- Szapocznik, J. et al.** 2002. "Brief Strategic Family Therapy with Behavior Problem Hispanic Youth". In *Comprehensive Handbook of Psychotherapy*, Volume 4. New York: Wiley.
- Taylor, T., et al.** 2007. "Gang Membership as a Risk Factor for Adolescent Violence Victimization". *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 44: 351-380.
- Taylor-Butts, A.** 2007. « Les refuges pour femmes violentées au Canada, 2005-2006 ». *Juristat*, 27(4). Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique.
- The National Youth Anti-Drug Media Campaign.** 2007. *Teens, Drugs & Violence: a Special Report*. Washington, DC: Office of National Drug Control Policy, Executive Office of the President of the United States.
- Thomas, E.** 2004. *Le comportement agressif chez les jeunes enfants: la modification du milieu parental permet de prévoir le changement de comportement*. Ottawa: Statistique Canada, Division des enquêtes spéciales.
- Thompson, K. et R. Braaten-Antrim.** 1998. « Youth Maltreatment and Gang Involvement ». *Journal of Interpersonal Violence*, 13(3): 328-345.
- Thornberry, T., et al.** 1999. *Family Disruption and Delinquency*. Juvenile Justice Bulletin. Washington, DC: US Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Thornberry, T., D. Huizinga, et R. Loeber.** 2004. "The Causes and Correlates Studies: Findings and Policy Implications". *Juvenile Justice Journal*, 9(1): 3-19.
- Tremblay, R.E. et al.** 1992. "Parent and Child Training to Prevent Early Onset of Delinquency: The Montreal Longitudinal Experimental Study". In *Preventing Antisocial Behavior: Interventions from Birth through Adolescence*. New York, N.Y.: The Guilford Press.

- Tremblay, R.E., et al.** 1996. "From Childhood Physical Aggression to Adolescent Maladjustment: the Montreal Prevention Experiment". In *Preventing Childhood Disorders, Substance Abuse, and Delinquency*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Trocme, N., et al.** 2005. *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2003, données principales*. Ottawa: Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada.
- Turner, M., J. Hartman, et D. Bishop.** 2007. "The Effects of Prenatal Problems, Family Functioning, and Neighborhood Disadvantage" In Predicting Life-Course-Persistent Offending. *Criminal Justice and Behavior*, 34: 1241-1261.
- U.S. Department of Health and Human Services.** (2007). *Parent-Child Interaction Therapy with At-Risk Families*. Washington: Child Welfare Information Gateway.
- Vaillancourt, R., et A. Butts-Taylor.** 2007. *Les maisons d'hébergement au Canada: feuillets d'information pour le Canada, les provinces et les territoires - 2005-2006*. Ottawa : Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique.
- Vitaro, F., M. Brendgen, et R. Tremblay.** 2001. "Preventive Intervention: Assessing its Effects on the Trajectories of Delinquency and Testing for Mediational Processes". *Applied Developmental Science*, 5(4): 201-213.
- Waller, I., et D. Sansfaçon.** 2000. *Investing Wisely in Crime Prevention: International Experiences*. Crime Prevention Series. Washington, DC: US Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Assistance.
- Wasserman, G., et A. G. Seracini.** 2001. "Family Risk Factors and Interventions". In *Child Delinquents: Development, Intervention, and Service Needs*, édité par R. Loeber et D.P. Farrington. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, pp. 165–189.
- Wasserman, G., et al.** 2003. *Risk and Protective Factors of Child Delinquency*. Child Delinquency, Bulletin Series. Washington DC: U.S Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Welsh, B.** 2005. "Public Health and the Prevention of Juvenile Criminal Violence". *Youth Violence and Juvenile Justice*, 3(1): 23-40.
- Welsh, B.** 2007. *L'approche scientifique en prévention du crime : fondements, tendances, résultats et implication pour le Canada*. Ottawa: Sécurité publique Canada, Centre national de prévention du crime.
- Welsh, B. et D. Farrington.** 2007a. "Saving Children from a Life of Crime: Toward a National Strategy for Early Prevention in Victims and Offenders". *Victims and Offenders*, 2(1): 1-20.
- Welsh, B. et D. Farrington.** 2007b. "Scientific Support for Early Prevention of Delinquency and Later Offending". *Victims & Offenders*, 2(2): 125-140.
- Wyrick, P. et J. Howell.** 2004. "Strategic Risk-Based Response to Youth Gangs". *Juvenile Justice Journal*, 9(1): 20-29.



## Notes

1. Shader, 2003.
2. Ibid.
3. Hill et al., 2001; Thornberry et al. 1998, 2004.
4. Hoeve et al., 2007; Wasserman et al., 2003; Farrington et Welsh, 1999.
5. Loeber, Farrington et Petechuk, 2003; Wasserman et al., 2003; Lawrence et al., 2001.
6. Loeber et al. 1998.
7. Cabinet Office, Social Exclusion Task Force, 2007, p. 5.
8. McVie et Holmes, 2005; Welsh et Farrington, 2007; Leblanc, 1999; Lacourse et al., 2006; Thornberry, Huizinga, et Loeber, 2004; Wyrick et Howell, 2004; Farrington et al., 2006; Loeber, Farrington et Petechuk, 2003; Hoeve et al., 2007; Claes et al., 2005; Shader, 2003; Wasserman et Seracini, 2001; Wasserman et al., 2003; Éthier et al., 2006, 2007.
9. Voir notamment, McVie et Holmes, 2005; Loeber, Farrington et Petechuk, 2003 ; Mucchielli, 2000.
10. Wasserman et Seracini, 2001.
11. Smith, 2004-a; McVie et Holmes, 2005.
12. Claes et al., 2005.
13. Thornberry et al., 1998, 2004.
14. En général, la supervision fait référence au contrôle que les parents exercent sur les sorties de leurs enfants, leurs fréquentations, leur travail à l'école, leurs activités de loisir, sur le fait de savoir s'ils fument ou se droguent, etc. Mucchielli, 2000.
15. Ibid.
16. LeBlanc, 1988, p. 161 et 163, cité par Mucchielli, 2000.
17. Smith, 2004-a.
18. Smith, 2004-a; McVie et Holmes, 2005.
19. Farrington et al., 2006; Loeber et al., 1998.
20. Le problème de la criminalité intergénérationnelle a été associé à de nombreux facteurs de risque et facteurs de stress tels que le manque de supervision, les placements, les multiples relocalisations, les mauvaises aptitudes parentales, la gêne, l'isolement et la stigmatisation causée par l'incarcération des parents. (*Children of Offenders*, document non publié).
21. Dossier du Front nouveau de Belgique, 2002.
22. Selon la théorie de l'apprentissage social, les enfants victimes ou témoins de violence familiale auraient une plus grande probabilité, lorsqu'ils deviennent adultes, de reproduire le même modèle familial dans lequel ils ont grandi. (Hotton, 2003).
23. Ibid.
24. Shader, 2003.
25. Mayer, M., C. Lavergne, et R. Baraldi, 2004.
26. Lansford, J., et al. 2007.
27. Thompson et Braaten-Antrim, 1998.
28. Kaufman et Widom, 1999.
29. Pour mieux comprendre la transmission et les conséquences intergénérationnelles de la consommation de drogues, une attention particulière devra être portée aux résultats de l'étude *The Seattle Social Development Projects – Intergenerational Project* (SSDP-TIP).
30. McVie et Holmes, 2005.
31. Hotton et Haans, 2004.
32. Mucchielli, 2000.
33. Selon L. Mucchielli, la relation entre délinquance et familles monoparentales est souvent le résultat d'un double effet de stigmatisation. Elle apparaît, d'une part, comme la conséquence du préjugé selon lequel le parent seul serait moins capable d'élever correctement et de contrôler son enfant que la famille stable d'apparence unie. D'autre part, les familles dissociées et les jeunes délinquants sont généralement issus de milieux défavorisés, leur relation n'étant alors qu'un effet du contexte socio-économique (Mucchielli, 2000).
34. Ibid.
35. Farrington et al., 2006.
36. Ibid.

37. Les transitions familiales font références à un ensemble d'événements associés à des changements : par exemple, au niveau de la structure familiale (divorce, re-mariage) ou au niveau de la mobilité familiale (déménagements).
38. Comme le soulignent les chercheurs, les programmes de prévention doivent tenir compte du fait que les jeunes en période de transition familiale sont plus susceptibles d'avoir de la difficulté à gérer leurs émotions. Il importe donc d'améliorer les aptitudes et les habiletés des jeunes à mieux les contrôler durant ces périodes (Thornberry et al. 1999).
39. Browning and Loeber, 1999.
40. À titre informatif, soulignons que les travaux en lien avec le géocodage des données en matière de répartition de la criminalité sur un territoire donné sont une source importante de renseignements pour décrire les quartiers qui présentent des taux élevés de criminalité. Au Canada, l'analyse de la répartition de la criminalité selon les caractéristiques des secteurs a été effectuée pour trois villes : Régina, Montréal et Winnipeg. Cf. à ce propos **Fitzgerald, R., M. Wisener, M., et J. Savoie.** 2004. *Caractéristiques des quartiers et répartition de la criminalité à Winnipeg*. Ottawa : Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique; **Wallace, M., M. Wisener et K. Collins.** 2006. *Caractéristiques des quartiers et répartition de la criminalité à Regina*. Ottawa : Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique; **Savoie, J., F. Bédard et K. Collins.** 2006. *Caractéristiques des quartiers et répartition de la criminalité sur l'île de Montréal*. Ottawa : Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique.
41. Turner M., J. Hartman et D. Bishop., 2007.
42. Lauritsen, J., 2003.
43. Les termes « enfants » et « jeunes » comprennent les personnes de moins de 18 ans. Le terme « enfants » désigne les personnes de moins de 12 ans, alors que le terme « jeunes » fait référence aux personnes de 12 à 17 ans. (Ogrodnik , 2007; 24).
44. Ibid.
45. Ibid.
46. Ibid.
47. Conseil canadien de développement social, 2007.
48. Taylor-Butts A., 2007.
49. Ibid.
50. Trocmé et al., 2005.
51. Ibid.
52. Ogrodnik, 2006.
53. Mayer et al., 2004.
54. Savoie, 2007.
55. Ibid.
56. Ibid.
57. Adlaf, E.M., Begin, P., et Sawka, E. (2005). L'enquête sur les toxicomanies au Canada détermine la prévalence, l'incidence et les habitudes de consommation d'alcool et d'autres drogues chez les Canadiens âgés de 15 ans ou plus.
58. Une forte consommation correspond à cinq verres de boisson alcoolisée ou plus en une seule occasion pour les hommes et à quatre verres ou plus en une seule occasion pour les femmes (Ibid).
59. Sécurité publique et Protection civile Canada Canada, 2006.
60. Ibid.
61. Centre canadien de la statistique juridique, 2001.
62. Brozowski, J-A., A. Taylor et S. Johnson, 2006.
63. Centre des Premières Nations, 2006.
64. Lonczak et al., 2007.
65. Brozowski, J-A., A. Taylor et S. Johnson, 2006.
66. Shader, M., 2003.
67. Shader, 2003; Lawrence et al., 2001
68. Ibid.
69. Claes et al., 2005.
70. Kumpfer et Alvarado., 1998.
71. Shader, 2003; Lawrence et al., 2001; Claes et al., 2005.
72. Claes et al., 2005.
73. Browning et al. 1999.

74. McVie, S. et L. Holmes. 2005.
75. Lauritsen, 2003.
76. Turner M., J. Hartman et D. Bishop., 2007.
77. Sampson et al., 1997; Slee et al., 2006.
78. Smith, 2006.
79. Smith, 2004-a.
80. Sherman et al., 2002; Hastings et al., 2007.
81. Hastings et al., 2007.
82. Mihalic et al., 2001.
83. Ibid.
84. Welsh et Farrington, 2007a, 2007b; Farrington et Welsh, 2003; Sherman et al., 2002.
85. Welsh, 2007.
86. Greenwood, 2004.
87. Ibid.
88. En conséquence, les programmes de prévention primaire c'est-à-dire ceux qui s'adressent aux familles et aux jeunes sans prendre en considération les risques individuels auxquels ils font face n'ont pas été retenus dans le cadre de ce travail.
89. Pour éviter les redondances, les facteurs de protection associés aux familles n'ont pas été inclus dans les tableaux puisque ce sont essentiellement toujours les mêmes qui reviennent: l'amélioration des techniques parentales, l'implication des parents dans la vie familiale, des relations familiales positives, le renforcement du lien d'attachement familial, la stabilité familiale et la mise en place d'activités familiales auxquelles les enfants et les parents peuvent participer conjointement.
90. Kumpfer et Alvarado, 1998.
91. Explication des niveaux de classification des programmes :
  - I. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention (OJJDP) - *Model Programs Guide (MPG)*
    - Exemplaire (*exemplary*) : programme qui a un haut degré de fidélité, des résultats empiriques robustes, un cadre conceptuel de haut niveau, et une évaluation de très haute qualité (évaluation expérimentale).
    - Efficace (*effective*) : programme qui a un degré suffisant de fidélité, produit des résultats adéquats, utilise un cadre conceptuel pertinent, et une évaluation de qualité (évaluation quasi-expérimentale).
    - Prometteur (*promising*): programme qui démontre des résultats prometteurs, utilise un cadre conceptuel suffisant mais qui exige des évaluations plus approfondies; l'évaluation s'appuie seulement sur des mesures pré et post test.
  - II. Strengthening America's Families Project
    - Exemplaire (*exemplary*) : programme qui a été rigoureusement évalué, présente des résultats positifs et a été répliqué à plusieurs reprises.
    - Modèle (*model*) : programme qui a été rigoureusement évalué mais peu répliqué.
    - Prometteur (*promising*) : programme qui exige d'autres recherches et/ou emploie des méthodes d'évaluation non-expérimentales. Les résultats apparaissent comme prometteurs mais requièrent d'être confirmés avec des méthodes d'évaluations plus rigoureuses.
92. Farrington D. et Welsh B. 1999. Delinquency Prevention Using Family-Based Interventions.
93. OJJDP – *Model Programs Guide*, disponible au [www.dsgonline.com](http://www.dsgonline.com)
94. *Community Guide to Helping America's Youth*. Disponible au : [www.helpingamericasyouth.gov/](http://www.helpingamericasyouth.gov/)
95. Strengthening America's Families, *Effective Family Programs for Prevention of Delinquency*. Disponible au : [www.strengtheningfamilies.org/](http://www.strengtheningfamilies.org/)
96. Krug et al., 2002.
97. Mihalic, S. et al. 2001. *Blueprints for Violence Prevention*. US Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
98. Center for the Study and Prevention of Violence. *Blueprints for Violence Prevention*. Disponible au: [www.colorado.edu/cspv/blueprints/](http://www.colorado.edu/cspv/blueprints/)
99. *Guide to Effective Programs for Children and Youth*. Disponible au : [www.childtrends.org/Lifecourse/programs/TripleP-PositiveParentingProgram.htm](http://www.childtrends.org/Lifecourse/programs/TripleP-PositiveParentingProgram.htm)
100. Burns et Goldman, 1999, OJJDP- MPG.
101. Elliott et al., 1998.
102. Henggeler et al., 1997.
103. Promising Practices Network on Children, Families and Communities. Disponible au : [www.promisingpractices.net/default.asp](http://www.promisingpractices.net/default.asp)

104. Ed Frickson, Ramsey County, *All Children Excel*.
105. Reinhardt, 2007.
106. Concernant les programmes ayant plus ou moins fonctionnés (évaluation des résultats et évaluation des processus), les informations actuellement disponibles sur ces programmes ne sont pas assez nombreuses pour en trouver les explications.
107. Ces éléments proviennent de la série de bulletins de l'OJJDP intitulée *Effective Family Strengthening Interventions*.
108. Kumpfer et al., 1998.
109. Ibid.
110. Le sentiment d'appartenance au milieu scolaire étant considéré comme un important facteur de protection de la délinquance (Sprott et al., 2005).