



L'impact des contraintes judiciaires dans le traitement de la toxicomanie

CPLT

Dépôt légal :
ISBN : 2-550-35394-3
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
Quatrième trimestre 1999

**L'impact des contraintes judiciaires
dans le traitement de la toxicomanie**

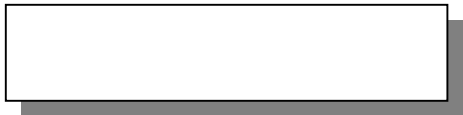
Par

**Serge Brochu Ph.D.
Pascal Schneeberger M.Sc.**

**Comité permanent de lutte à la toxicomanie
Novembre 1999**

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	i
AVANT-PROPOS	ii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : LA RECENSION DES ÉCRITS	5
1.1 Considérations méthodologiques	5
1.2 Les expériences de prise en charge	6
1.2.1 Populations étudiées	6
1.2.2 Types de conditions imposées	6
1.2.3 Types de traitement	9
1.2.3.1 Modalités de traitement	9
1.2.3.2 Durée des traitements	13
1.2.3.3 Formation du personnel	14
1.2.4 Résultats	14
1.2.4.1 La rétention en traitement	15
1.2.4.2 L'impact du traitement	17
1.2.5 Limites des études présentées	23
1.2.5.1 La récurrence comme indicateur de succès	23
1.2.5.2 La description des programmes évalués	24
1.2.5.3 L'utilisation d'un groupe de contrôle	24
1.3 Le Québec	25
1.3.1 Les programmes offerts aux toxicomanes judiciarisés	25
1.3.1.1 Les programmes offerts en institution carcérale	25
1.3.1.2 Les programmes offerts dans la communauté	28
1.3.2 Les résultats des programmes de prévention et de traitement	31
1.3.2.1 La persévérance en traitement	31
1.3.2.2 L'impact du traitement	32
1.4 Résumé et conclusion	36
CHAPITRE 2 : LES GROUPES DE DISCUSSION	37
2.1 Considérations méthodologiques	37
2.2 Analyse des informations recueillies dans les groupes de discussion	38
2.2.1 Éléments relevant du système de justice	36
2.2.1.1 Sources de renvoi	38
2.2.1.2 Évaluation du contrevenant	40
2.2.1.3 Type de conditions imposées	43
2.2.1.4 Importance des conséquences en cas de manquement	41
2.2.1.5 Difficultés	45
2.2.2 Éléments relevant du système de réadaptation	47
2.2.2.1 Motivation	47
2.2.2.2 L'alliance thérapeutique	49
2.2.2.3 Stratégies d'appariement	51
2.2.2.4 Difficultés	52
CONCLUSIONS ET PISTES DE SOLUTIONS	54
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	56
ANNEXE 1 : Canevas pour les <i>focus groups</i>	67



Serge Brochu détient un doctorat en psychologie de l'Université de Montréal. Il a débuté sa carrière professionnelle en tant qu'intervenant au Service correctionnel du Canada (pénitenciers Leclerc, Centre régional de réception et Millhaven) et dans un centre de réadaptation pour personnes toxicomanes (Alternatives). Professeur titulaire à l'École de criminologie de l'Université de Montréal, il s'est principalement consacré à l'étude de la relation drogue/crime, à l'intervention auprès des toxicomanes et aux politiques en matière de drogues. Au cours de sa carrière, il a publié 54 articles scientifiques, 18 chapitres de livres, 5 livres et participé à 93 conférences. Il est actuellement directeur du Centre international de criminologie comparée de l'Université de Montréal et directeur scientifique du groupe de Recherche et d'intervention sur les substances psychoactives - Québec (RISQ).

Pascal Schneeberger est criminologue depuis 1990. Il est également titulaire d'une maîtrise en criminologie de l'Université de Montréal depuis 1994. Il occupe actuellement la fonction de professionnel de recherche pour le Centre international de criminologie comparée (CICC) de l'Université de Montréal, le Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et sur la violence faite aux femmes (CRIVIFF) de l'Université de Montréal et le groupe de recherche et d'intervention sur les substances psychoactives-Québec (RISQ). Ses travaux ont particulièrement porté sur la clientèle toxicomane judiciairisée, de même que sur l'évaluation des programmes qui leur sont destinés.

REMERCIEMENTS

Les auteurs souhaiteraient remercier en premier lieu toutes les personnes qui ont accepté de participer aux groupes de discussion. Leur expertise a été d'un grand apport dans la description et la compréhension du rôle que jouent les pressions judiciaires sur l'efficacité du traitement en toxicomanie. Il s'agit de :

Claude Aubin, Le Virage
Nathalie Baron, Maison Charlemagne
Donald Beaudoin, Maison Charlemagne
Michèle Beaudoin, SPCUM
Daniel Bellemare, Maison Radisson
Jacques Boucher, Domrémy Mauricie/Centre du Québec (externe)
Line Boudreault, Centre Dollard-Cormier
Linda Delli Colli, Pavillon Foster
Daniel Desrosiers, Maison Mélaric
Diane Ducharme, Service correctionnel québécois
Michel Harvey, Pavillon Foster
Lionel Lambert, Établissement de détention de Montréal
Stéphane LeBlanc, Maison Carignan
André Lemaire, SPCUM
Lorraine Pelletier, Domrémy Mauricie/Centre du Québec (interne)
Pierrette Savard, CRAN
Alain Thibeault, SPCUM
Sylvain Touchette, Maison Radisson
Diane Trudeau, Domrémy Mauricie/Centre du Québec (externe)
Aline White, Maison Tanguay

Les auteurs désirent également remercier les membres du Comité permanent de lutte à la toxicomanie et Madame Jocelyne Forget, directrice générale, pour leur avoir permis de réaliser cette étude.

Nous tenons également à souligner la collaboration de madame Mélanie Desrosiers pour la recension de certains articles et la synthèse du contenu des groupes de discussion.

Enfin, des remerciements sont adressés à madame Jocelyne Deguire-Rioux pour la mise en page finale du texte.

AVANT-PROPOS

Le mandat du Comité permanent de lutte à la toxicomanie est principalement de conseiller la ministre de la Santé et des Services sociaux et le ministre délégué à la santé, aux services sociaux et à la Protection de la jeunesse, sur les grandes orientations qui devraient être retenues en matière de lutte à la toxicomanie et de leur proposer les priorités d'action ou les domaines d'intervention à privilégier. Pour mener à bien son mandat, le Comité scrute l'évolution des déterminants et des méfaits de la toxicomanie au Québec. Ses préoccupations portent autant sur les problèmes liés à l'usage et à l'abus de psychotropes que sur les actions à entreprendre pour trouver des solutions à ces problèmes. Le Comité permanent s'intéresse à la fois aux données issues de la recherche, aux opinions des intervenants et des experts des divers milieux concernés et à celles de la population de l'ensemble du Québec.

Dans le cadre de ce mandat, le Comité procède régulièrement à des travaux visant à mieux clarifier certains aspects de la problématique, à préciser les liens existants avec d'autres phénomènes sociaux associés, ou encore à dégager les caractéristiques spécifiques de certains sous-groupes de toxicomanes.

Parmi les clientèles cibles qui nécessitent des services spécifiques, les clientèles judiciairisées ont retenu l'attention de membres du Comité permanent. Une étude a alors été commandée, en vue de faire le point sur l'intervention auprès des toxicomanes judiciairisées et de clarifier l'impact des contraintes judiciaires sur l'efficacité du traitement et la prestation de services. Il a également été demandé aux auteurs de dégager certaines pistes de solutions.

INTRODUCTION

Une enquête américaine, effectuée en 1992, auprès de grands consommateurs de drogues illicites qui n'étaient pas suivis en traitement révèle que 50 % d'entre eux se trouvaient impliqués dans des activités illégales au cours du mois précédant cette enquête (White House, 1994). Bien plus, 10 % de ces personnes affirmaient qu'elles ne vivaient que de revenus illégaux.

L'existence d'une relation entre la consommation de substances psychoactives (drogues et alcool) et certaines formes de criminalité ne fait maintenant plus aucun doute. En effet, de nombreux auteurs ont analysé le phénomène à partir de données empiriques, de récits de vie et d'observations ethnographiques pour ne citer que ces quelques méthodes (parmi les études qui ont marqué le champ de la relation drogue/crime, mentionnons : Adler, 1992; Anglin & Speckart, 1988; Blount, Danner, Vega & Silverman, 1991; Bourgois, 1989; Brody, 1990; Chaiken & Chaiken, 1990; Collins, Hubbard & Rachal, 1985; Da Agra, 1996; Dembo, Washburn, Wish, Schmeidler, Getreu, Berry, Williams & Blount, 1987; Elliot, Huizinga & Menard, 1989; Faupel, 1986; Gandossy, Williams, Cohen & Haarwood, 1980; Goldstein, Browstein, Ryan & Bellucci, 1989; Grapendaal, Leuw & Nelen, 1995; Hammersley, Forsyth & Lavelle, 1990; Hser, Anglin & Chou, 1992; Hser, Prendergast, Anglin, Chen & Shied, 1998; Inciardi, 1987; Johnson, Goldstein, Preble, Schmeidler, Lipton, Spunt & Miller, 1985; Kinlock, 1991; Leuw, 1990; Levine and Singer, 1988; Mc Bride and Mc Coy, 1982; Mieczkowski, 1990; Nurco, Hanlon & Kinlock, 1991; Pernanen, 1981, 1995; Shaffer, Nurco, Ball, Kinlock, Duszynski & Langrod, 1987; Speckart & Anglin, 1986; Tuchfeld, Clayton & Logan, 1982; et Wish, 1988).

Même si les explications de cette relation diffèrent selon les auteurs, il n'en demeure pas moins qu'ils perçoivent tous une certaine proximité entre les deux comportements. En raison des activités délictueuses commises par plusieurs consommateurs de substances psychoactives, on retrouve fréquemment cette clientèle dans les filets de la justice pénale. À titre d'exemple, Mumola (1998) rapporte que 51 % des détenus américains de son échantillon ont relaté avoir commis le crime pour lequel ils sont incarcérés en étant sous l'influence de l'alcool ou de la drogue. Au Canada, une récente étude indique que le quart des prisonniers interrogés ont avoué

que la plupart de leurs crimes avaient été commis sous l'effet de la drogue ou de l'alcool (Brochu, Cournoyer, Motiuk & Pernanen, sous presse).

Les intervenants des systèmes judiciaires et correctionnels n'ont pas tardé à réaliser que le simple enfermement de ces individus n'était pas suffisant pour garantir l'absence de récidives et que, bien au contraire, on ne pouvait penser mettre un terme à la criminalité de ces personnes sans aborder les problèmes de surconsommation et de toxicomanie qui accompagnent cette délinquance, postulant ainsi que l'arrêt de la consommation entraînera la cessation de la criminalité (Ball, Rosen, Flueck & Nurco, 1981). C'est à partir de ce principe que différentes initiatives ont été élaborées et appliquées auprès des toxicomanes judiciairisés.

Lorsqu'on s'intéresse de plus près aux expériences de prise en charge des consommateurs de drogues éprouvant des démêlés judiciaires, on remarque que plusieurs formules ont été tentées, tant en ce qui concerne la modalité du traitement offert que du type d'intervenant dispensant l'intervention et du moment auquel cette intervention s'inscrit sur le continuum de la prise en charge pénale.

Il va de soi que les différentes instances gouvernementales ont porté une attention particulière à l'évaluation des diverses mesures adoptées en la matière. Un certain nombre d'études visant à mesurer l'efficacité des programmes de traitement auprès d'une clientèle judiciairisée ont démontré un pronostic plutôt sombre quant à l'impact du traitement sur ces personnes (Anglin & Hser, 1990; Beudet *et al.*, 1995; Simpson *et al.*, 1986; Steer, 1980). Ce mauvais pronostic serait attribuable à la faible motivation de cette clientèle à poursuivre une démarche volontaire de réadaptation suffisamment longtemps pour en retirer de véritables bénéfices (Beudet & Brochu, 1995). Toutefois, d'autres études indiquent que lorsqu'on réussit à maintenir ces individus en traitement, le pronostic s'améliore nettement (Anglin, Brecht & Maddahian, 1990), laissant penser que le succès de l'intervention soit relié à la persévérance des clients dans un programme thérapeutique (De Leon, 1988).

Il existe différentes stratégies pour améliorer la persistance en traitement des personnes judiciairisées. La façon la plus courante que l'on retrouve dans la documentation scientifique américaine actuelle consiste à imposer des pressions légales (spectre d'une longue sentence, d'un

retour en milieu carcéral...). On espère ainsi que la contrainte légale s'avérera une pression assez efficace pour maintenir les personnes judiciarisées en traitement. Certaines études évaluatives effectuées aux États-Unis sur l'efficacité de cette stratégie montrent des résultats positifs en termes de rétention en traitement et d'impact du processus de réadaptation sur la rechute et la récidive (Anglin & Hser, 1990; Brecht, Anglin & Wang, 1993; Hubbard *et al.*, 1988; Schwartz & Schwartz, 1998; Torres, 1996; Van Stelle, Mauser & Moberg, 1994).

Toutefois, le contexte socio-politique américain diffère sensiblement de celui du Québec et on peut émettre l'hypothèse que cette différence joue un rôle quant à l'utilisation et l'efficacité des pressions judiciaires dans le traitement de la toxicomanie. L'objectif de cette étude consiste alors à mieux comprendre l'impact des contraintes judiciaires sur : a) l'efficacité du traitement; et b) la prestation des services.

Le rapport sera présenté en deux grands chapitres. Le premier chapitre s'attardera à l'analyse de la recension des écrits sur le thème de la recherche. Après avoir exposé la méthodologie employée pour réaliser cette section, nous relaterons, dans un premier temps, les différentes expériences de prise en charge que l'on peut trouver dans la documentation scientifique. Plus précisément, nous nous attarderons aux populations étudiées, aux types de conditions imposées, aux modalités du traitement impliquées, aux résultats concernant l'efficacité des mesures présentées et aux principales lacunes méthodologiques répertoriées. Dans un deuxième temps, nous présenterons les résultats de recherches conduites au Québec sur le thème de l'intervention auprès des toxicomanes judiciarisés. Nous conclurons la première section du rapport en présentant les particularités du contexte québécois quant à notre objet de recherche.

Le deuxième chapitre du rapport sera consacré à la présentation du point de vue des intervenants pénaux et des intervenants en toxicomanie qui oeuvrent auprès d'une clientèle qui présente des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues et qui est impliquée dans le système judiciaire. En effet, comme peu d'études québécoises se sont penchées sur cette question, nous avons cru bon interroger les praticiens qui vivent la réalité de l'intervention avec des individus présentant la double problématique toxicomanie/délinquance. Le second chapitre sera divisée en deux parties: les éléments relevant du système de justice et les éléments relevant du système de réadaptation. Dans la première partie, nous traiterons des sources de renvoi impliquées, de

l'évaluation du contrevenant, du type de conditions imposées, des conséquences en cas de manquement et des principales difficultés rencontrées. La seconde section abordera les thèmes de la motivation, de l'alliance thérapeutique, des stratégies d'appariement et des principales difficultés rencontrées.

Nous concluons enfin le document en suggérant certaines pistes de solutions qui découlent de l'analyse qui aura été élaborée.

1.1 CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES

Durant les dix dernières années, l'unité de recherche en toxicomanie du Centre international de criminologie comparée de l'Université de Montréal a constitué une importante banque de références sur la question de la drogue et de la criminalité. Au cours de cette période, 2 600 titres (monographies, articles, textes de conférences, documents inédits, documents provenant de "internet"...) ont été répertoriés, lus et classés selon leur thématique spécifique. Parmi ces thèmes, celui de l'intervention auprès des personnes judiciairisées compte près de 400 références. Ce sont ces textes qui ont constitué le point de départ de notre recension des écrits. En plus de ces textes, nous avons scruté la banque de références informatisée "*Current Contents*" de façon à nous assurer de répertorier les documents publiés au cours de la dernière année. Enfin, nous avons effectué une recherche sur le réseau internet afin de compléter l'information recueillie, notamment à propos des programmes d'incarcération-choc et des "*drug courts*".

Nous avons estimé qu'il serait plus intéressant pour le lecteur d'exposer une analyse globale de la situation de l'intervention auprès des toxicomanes judiciairisés plutôt que de procéder à une présentation exhaustive de chacune des recherches répertoriées.

En dernier lieu, il importe de soulever les quelques limites inhérentes à cette section : 1) les grandes banques de données informatisées (ex : *Current Contents*) recensent presque exclusivement des articles scientifiques publiés en anglais; 2) en raison de leur situation géographique, les bibliothèques des universités québécoises possèdent nettement plus de matériel provenant de l'Amérique du nord, en particulier des États-Unis, que des autres continents de la planète; et 3) les limites linguistiques des chercheurs ont fait en sorte que seuls les écrits francophones et anglophones ont été recensés. Les auteurs de ce rapport sont donc conscients que les résultats présentés témoignent davantage de la situation

vécue sur le continent nord-américain, et en particulier aux États-Unis, que des expériences tentées dans d'autres contrées. Il est donc possible qu'il existe d'autres types de prise en charge que ceux qui sont rapportés ici et que l'utilisation des pressions judiciaires n'ait pas le même impact dans ces pays. Nous croyons également que ce ne sont pas toutes les expériences auxquelles nous nous intéressons qui font l'objet d'une publication. C'est notamment pour pallier cette difficulté que nous avons rencontré des intervenants québécois oeuvrant dans le domaine.

1.2 LES EXPERIENCES DE PRISE EN CHARGE

1.2.1 Populations étudiées

La grande majorité des programmes d'intervention répertoriés lors de cette recension des écrits scientifiques s'adressent à une clientèle masculine, bien que l'on en trouve certains qui visent une clientèle mixte ou strictement féminine. Les études sont généralement réalisées aux États-Unis, bien que certaines proviennent de l'Australie ou de l'Angleterre. En général, les populations étudiées sont composées de personnes de race blanche, d'hispanophones et d'afro-américains, les dernières étant plus souvent représentées que les deux premières. Les produits habituellement consommés par les personnes inscrites aux programmes répertoriés étaient, dans l'ordre, l'héroïne, l'alcool et la cocaïne. Dans beaucoup de cas, il s'agit d'une clientèle relativement jeune (moins de 30 ans).

1.2.2 Types de conditions imposées

Hall (1997) énumère, dans son article, les différents types de contraintes judiciaires exercées auprès des toxicomanes pour leur suggérer de s'inscrire en traitement : 1) la contrainte peut provenir de la part des policiers qui, utilisant leur pouvoir discrétionnaire, vont promettre au contrevenant toxicomane de ne pas porter plainte contre lui et de ne pas entamer de procédures judiciaires s'il participe à un traitement en toxicomanie; 2) il peut s'agir d'une ordonnance du Tribunal stipulant que le juge exige du contrevenant qu'il poursuive une démarche thérapeutique, sans quoi il y aura bris de condition. Dans

certains cas, le juge suspendra le prononcé de sa sentence, attendant le résultat de la thérapie avant de se prononcer; 3) le traitement en toxicomanie peut aussi faire partie des conditions de probation ou d'une mise en liberté sous condition; 4) enfin, l'ordonnance de traitement peut être combinée à une incarcération, représentant ainsi une mesure que l'on pourrait qualifier de post-carcérale. À ceci s'ajoutent les programmes de traitement offerts en milieu correctionnel durant la sentence purgée.

Dans la plupart des cas, l'instance judiciaire à l'origine de la démarche de traitement ne réfère pas des individus dont le crime est jugé violent (sauf pour certains programmes d'incarcération-choc) ou qui possèdent un passé criminel trop chargé (Brochu & Drapeau, 1997). Certains programmes exigent d'autres critères de sélection, tels un quotient intellectuel suffisamment élevé et l'absence d'handicap physique majeur (Benda *et al.*, 1996).

Bien qu'habituellement identifiée par le vocable "toxicomane", la clientèle à qui s'adresse l'intervention peut varier d'un programme à l'autre. Ainsi, certains programmes s'adresseront aux consommateurs de substances psychoactives, généralement identifiés à partir du dossier judiciaire ou correctionnel, de tests d'urine ou encore du propre aveu du contrevenant. D'autres recruteront les participants parmi les contrevenants qui se trouvaient intoxiqués au moment de la commission de leur délit. Certains chercheront à rejoindre les personnes accusées ou condamnées pour des délits reliés aux drogues, même si certains d'entre eux ne consomment pas de substances psychoactives. Enfin, d'autres programmes tenteront plutôt de rejoindre une clientèle présentant une dépendance à l'alcool ou à une drogue (les véritables toxicomanes à notre avis).

On voit rapidement que les clientèles judiciairisées faisant l'objet d'un renvoi vers un centre de traitement de la toxicomanie ne présentent pas toutes les mêmes caractéristiques. Il y a donc lieu de croire qu'elles répondront éventuellement d'une manière différente à l'intervention dispensée.

1.2.3 Types de traitement

Dans cette section, nous aborderons les modalités de traitement, la durée des programmes ainsi que la formation des thérapeutes. D'entrée de jeu, il faut mentionner que plusieurs études recensées étaient avares de détails, sinon carrément muettes sur le sujet.

1.2.3.1 Modalités de traitement

Dans la documentation scientifique consultée, on retrouve plusieurs modalités de traitement utilisées conjointement avec les pressions judiciaires. Malheureusement ces modalités ne sont pas toujours bien précisées et il n'est pas toujours possible d'associer les résultats obtenus à un type de traitement en particulier. Nous exposerons tout de même les principales modalités de traitement que l'on rencontre. Ces dernières ne sont pas nécessairement présentées par ordre d'importance.

➤ *Les communautés thérapeutiques*

Un premier type d'intervention proposée aux contrevenants toxicomanes est la communauté thérapeutique. Brochu (1995) résume les ingrédients qui caractérisent ce type d'organismes. Il s'agit de programmes relativement isolés du monde extérieur, ou des autres détenus lorsque ces programmes sont dispensés dans un environnement carcéral. Les activités des communautés sont généralement bien structurées. Un "code de règlements" établit les comportements proscrits et les sanctions prévues. Quatre de ces règles sont communes à l'ensemble de ces thérapies (lois cardinales) : 1) il est interdit de consommer des substances psychoactives quelles qu'elles soient (exception faite de la méthadone et de certains médicaments, dans certains programmes); 2) toute forme de violence ou de menaces de violence est proscrite; 3) la confidentialité des informations divulguées à l'intérieur du groupe doit être préservée; et 4) les rapports sexuels sont strictement interdits. Une structure hiérarchique bien définie et plutôt rigide caractérise les communautés thérapeutiques. Un système de privilèges permet aux participants de récolter certains avantages, qui peuvent aussi être perdus en cas de manquement au code. L'accent est mis sur la prise de responsabilités communautaires et personnelles et sur le changement des anciens comportements et anciennes valeurs. Les participants qui ont

plus d'ancienneté servent de modèle aux nouveaux. Enfin, les membres bénéficient généralement d'un suivi post-cure lors de leur sortie en communauté. En d'autres termes, les communautés thérapeutiques sont caractérisées par une intervention de groupe où chaque client devient de plus en plus conscient qu'il est responsable de son évolution et de celle des autres membres de la communauté. Chaque client tient, en quelque sorte, un rôle de thérapeute et se voit donc ainsi co-responsable de maintenir une ambiance favorable à la réhabilitation. Le groupe occupe une fonction importante de régulation. Les comportements positifs sont renforcés par la communauté, alors que les attitudes négatives sont l'objet de confrontations de la part du groupe et doivent être modifiées (Poirier, Brochu & Forget, 1990). La "famille" constitue donc un milieu générateur de changements au plan de la personnalité et du mode de vie des individus (Turcotte, 1988). De façon générale, pour être accepté dans ce type de programme, l'individu doit reconnaître qu'il éprouve de la difficulté à bien gérer sa consommation de substances psychoactives.

➤ ***Les programmes d'incarcération-choc***

Une adaptation plus radicale des programmes des communautés thérapeutiques a donné naissance aux programmes d'incarcération-choc, mieux connus sous l'expression de *Boot Camps*. Le premier programme d'incarcération-choc a ouvert ses portes en Georgie, en 1983 (National Institute of Justice, 1992). Près de 15 ans plus tard, 32 États américains opéraient un total de 52 programmes d'incarcération-choc pouvant accueillir près de 10 000 détenus (National Institute of Justice, 1996). La majorité de ces programmes d'incarcération-choc s'adressent à de jeunes adultes condamnés pour des délits sans violence et qui servent leur premier terme de prison.. Ce type d'intervention, qui s'appuie sur l'autorité, des règlements rigides et des punitions, s'avère fort populaire dans la presse américaine ainsi que parmi le grand public : lors d'une enquête effectuée au début des années 1990, aux États-Unis, 49 % des personnes interrogées mentionnaient qu'elles étaient tout à fait favorables au renvoi des consommateurs occasionnels de drogues illicites dans ce type de programmes (U.S. Department of Justice, 1991). Selon l'analyse effectuée par Brochu, en 1995, même si certaines modifications ont été apportées à ces programmes depuis leur création, la philosophie de base demeure essentiellement la

même. Ces plans d'interventions physique et psychologique, d'une durée s'échelonnant entre trois et six mois¹, mettent l'accent sur l'acquisition d'une discipline très rigoureuse, de même que sur un changement radical du mode de vie des personnes qui y sont référées (Sechrest, 1989). Alors que la réadaptation s'appuie en grande partie sur certains ingrédients des programmes des communautés thérapeutiques, les dispositions disciplinaires sont, quant à elles, issues des camps d'entraînement des recrues militaires américaines (voir Brochu et Forget, 1990). On entretient ainsi l'espoir que les jeunes soumis à un tel entraînement physique et psychologique pourront acquérir des valeurs de base tel le respect de l'autorité et des institutions en place (McDermott, Gigliotti et Stafford, 1988).

➤ *Les mouvements d'entraide*

La philosophie des mouvements d'entraide tels les Alcooliques Anonymes (AA), les Narcotiques Anonymes (NA) ou les Cocaïnomanes Anonymes (CA) est également très présente en milieu correctionnel ainsi que le montrent les écrits scientifiques sur le sujet (MacCormick, 1963; Messmer & Brown, 1991; Samuels, 1991; Wagoner & Piazza, 1993; Weiner *et al.*, 1997). S'appuyant sur le modèle des 12 étapes des AA, ces programmes encouragent le partage d'expériences personnelles et insistent sur l'acquisition de la sobriété. Ces mouvements d'entraide, souvent de concert avec d'autres programmes de traitement, constituent, dans bien des cas, un réseau de support aux personnes intéressées plutôt qu'un réel programme de réadaptation, à moins qu'ils ne soient organisés selon le modèle Minnesota.

➤ *Les programmes de maintien à la méthadone*

Les programmes de maintien à la méthadone sont également utilisés assez fréquemment auprès des toxicomanes judiciairisés. Il s'agit de programmes qui s'adressent aux

¹ Offerts en échange d'une sentence pouvant aller jusqu'à 10 ans (Sechrest, 1989).

personnes qui ont développé une dépendance aux opiacés, habituellement des héroïnomanes. Ces programmes s'appuient principalement sur l'administration d'un opiacé synthétique (généralement la méthadone) qui, en plus de contrer l'effet euphorisant de l'héroïne, évite tout symptôme de sevrage. Cette intervention à caractère médical s'accompagne généralement de services de supports psychosociaux, de soins de santé et d'un cadre thérapeutique bien réglementé (Schneeberger, Lauzon & Brochu, 1996).

➤ ***Les "drug free clinics"***

Les programmes regroupés sous l'appellation de "*drug free clinic*" incluent une grande variété de programmes (Maugh II & Anglin, 1994). On a noté leur apparition au début des années '70. Généralement, ce type de programmes met l'accent sur le *counselling* et l'apprentissage d'habiletés sociales. Les modalités de traitement dispensées dans les *drug free clinics* sont également très variées. Ainsi, certains programmes peuvent exiger de leur clientèle une participation quotidienne, puisant leurs principes auprès des communautés thérapeutiques, alors que d'autres prendront la forme d'ateliers de relaxation ou d'activités récréatives que le client fréquentera à son gré (Maugh II & Anglin, 1994).

➤ ***Les programmes de surveillance***

Plusieurs articles mentionnent également la participation des services de probation et de libération conditionnelle dans la réadaptation des toxicomanes judiciairisés. Il s'agit habituellement de programmes de surveillance intensifiée, qui multiplient les rencontres, les appels et les tests d'urine comme moyen d'assurer la surveillance. Certains de ces bureaux font parfois appel à un programme spécialisé d'intervention en toxicomanie, afin que leur clientèle bénéficie d'une aide spécifique par rapport à ses problèmes de consommation (généralement des programmes de maintien à la méthadone ou des *drug free clinics*), mais on ne peut prétendre qu'il s'agit de la majorité.

➤ ***Les "drug courts"***

Ajoutons également que, sans que ce soit une modalité d'intervention comme telle, les Américains ont développé le concept des *drug courts*, qui constituent des tribunaux ne traitant que des causes reliées à la drogue et dont les différents acteurs (juges, avocats, etc.) sont sensibilisés à la dynamique toxicomane. Plutôt que de mettre l'emphase sur le crime qui a été commis, l'accent est mis sur le problème sous-jacent, soit la toxicomanie. Ce type de programme est apparu en Floride, en 1989, et a tranquillement gagné en popularité : on en compte aujourd'hui plus de 300 à travers les États-Unis. De façon générale, ces tribunaux "invitent" les accusés qui comparaissent devant eux à poursuivre une démarche de traitement en toxicomanie, dans une ressource extérieure. Les intervenants de la Cour sont relativement bien informés sur les ressources existant dans leur secteur, lesquelles sont d'ailleurs souvent représentées devant le Palais de Justice par un agent de liaison. Le délinquant est appelé à rendre compte périodiquement à la Cour des progrès réalisés. Le juge décide alors s'il doit y avoir poursuite du traitement, imposition d'une sanction plus sévère, élargissement de l'individu, etc. (General Accounting Office, 1997).

➤ ***Les stratégies à l'intention des jeunes usagers de drogues violents***

Enfin, mentionnons l'apparition de nouvelles stratégies d'intervention spécifiquement créées pour venir en aide aux jeunes usagers de drogues violents. Ainsi, Chicago a mis sur pied un nouveau programme de jour intensif visant à briser le cycle de la violence chez les jeunes associés à des gangs (White House, 1994).

1.2.3.2 Durée des traitements

En ce qui concerne la durée du traitement, elle peut être très variable. Ainsi, certains programmes identifiés offraient un traitement de trois mois (Benda *et al.*, 1996; Weiner *et al.*, 1997), alors que d'autres se poursuivaient sur une période de deux ans (Schwartz & Schwartz, 1998). Toutefois, dans l'ensemble, ces programmes s'échelonnent habituellement sur une période de six à douze mois.

1.2.3.3 Formation du personnel

Enfin, la formation du personnel qui dispense les programmes est très variée. On retrouve plusieurs professionnels de l'intervention psycho-sanitaire (médecins, travailleurs sociaux, psychologues, psychiatres), des membres du système judiciaire (agents de probation, agents de libération conditionnelle), et un nombre considérable de psychothérapeutes dont la formation est souvent mal décrite ou même ambiguë. Notons que plusieurs ex-toxicomanes ou ex-détenus agissent à titre de thérapeute.

1.2.4 Résultats

Dans un contexte où la pression judiciaire joue un rôle déterminant dans l'admission en traitement, il est normal de se questionner sur l'impact de tels programmes. D'entrée de jeu, mentionnons brièvement les résultats d'une enquête américaine effectuée auprès de probationnaires. Cette enquête avait pour but de recueillir l'opinion de ces personnes sur les services de probation, de même que sur les traitements offerts pour les problèmes de toxicomanie. Les résultats indiquent qu'à l'admission, le tiers des répondants croyaient que ce type de traitement n'était plus ou moins qu'un jeu (game) auquel ils se plieraient de façon à compléter leur période de probation. Toutefois, huit mois plus tard, ce pourcentage n'était plus que de 8 % (National Institute of Justice, 1992). Il s'agit donc ici d'un indice intéressant à l'effet que plusieurs personnes qui poursuivent leur cheminement en traitement se laissent finalement prendre à leur propre jeu. D'ailleurs, les études d'impact de deux communautés thérapeutiques, dans les pénitenciers du Québec, montrent également que la motivation des individus à entreprendre une démarche de traitement peut se modifier en cours de route (Barrette *et al*, 1999; Schneeberger *et al*, 1999).

Les résultats des diverses études peuvent généralement être regroupés selon deux catégories : certaines études présentent uniquement des taux de rétention à un programme particulier, alors que d'autres discutent de l'impact des programmes sur certaines dimensions de la vie de l'individu, notamment la rechute et la récidive.

À l'analyse des écrits recensés, on remarque que l'on s'est intéressé à l'efficacité des mesures judiciaires dans le traitement de la toxicomanie depuis plus d'une vingtaine d'années. Ainsi, l'approche coercitive était déjà reconnue aux États-Unis comme favorisant un meilleur taux de rétention et une diminution de la criminalité, à cette époque (Joseph, 1973; Joseph & Dole, 1970; Schnoll *et al.*, 1978).

1.2.4.1 La rétention en traitement

Les intervenants en toxicomanie savent bien que la rétention en traitement constitue un élément crucial relativement à l'impact des services. En effet, l'impact est en grande partie attribuable à l'exposition au traitement. Dans l'ensemble, on estime que l'abandon est à son maximum dans les 30 premiers jours de traitement (De Leon, 1988). Les écrits scientifiques américains estiment qu'entre 52 % et 75 % de la clientèle toxicomane abandonne les services avant la fin (Baekland & Lundwall, 1975). Plus près de nous, au Québec, 25 % de l'ensemble des toxicomanes abandonnent le processus de réadaptation après l'entrevue d'évaluation, 50 % poursuivent plus de quatre semaines et 15 % plus de six mois (Laflamme-Cusson et Moisan, 1993). Moins du cinquième des clients persévèrent jusqu'à l'obtention d'un congé fourni par le thérapeute (Laflamme-Cusson et Moisan, 1993). Si on s'intéresse de plus près à la clientèle judiciairisée, on remarque qu'elle présente une probabilité d'abandon prématuré des services plus élevée que d'autres types de clientèles. Ainsi, une étude de Bergeron *et al.* (1996) mentionne que les contrevenants judiciairisés ont, statistiquement, 23 % de chances d'abandonner le programme, alors que cette proportion chute à 15 % pour les clients présentant des difficultés de santé mentale, et à 12 % pour la clientèle fréquentant le programme social.

En ce qui concerne plus spécifiquement la rétention des individus "invités" par le système judiciaire ou pénal à poursuivre une démarche thérapeutique, on remarque que les taux varient selon les études, mais que l'exercice de pressions judiciaires est généralement associé à une plus forte proportion d'individus qui complètent le programme. Par exemple, Benda *et al.* (1996), après avoir suivi pendant trois ans l'évolution de la clientèle participant à un programme d'incarcération-choc en Arkansas, indiquent que le taux d'abandon du programme s'élevait à seulement 20 %. Le programme était offert sur une

base "volontaire" et le contrevenant "choisissait" entre la poursuite du programme et une peine d'incarcération. Un document du *National Institute of Justice* rapportant les résultats de tous les programmes d'incarcération-choc recensés aux États-Unis indique qu'entre 50 % et 90 % des individus terminent leur démarche. Ces taux de rétention sont beaucoup plus élevés que dans la population générale. Weiner *et al.* (1997), pour leur part, ont remarqué que 60 % de la clientèle qui participait au programme qu'ils ont évalué complétait les 90 jours exigés. Il s'agissait d'un programme qui alliait groupes thérapeutiques, formation reliée à l'emploi et modèle des 12 étapes, bref, un exemple type d'une *drug free clinic*. Dans cette étude, le détenu devait également effectuer un choix entre un séjour derrière les barreaux et sa participation au programme de traitement. Une autre étude américaine réalisée auprès d'une population de contrevenants en probation, sous surveillance intensive, enregistre des taux de rétention de 68 %, sur une période de trois mois, et de 50 % sur un laps de temps de six mois (Van Stelle, Mauser & Moberg ; 1994). L'étude ne spécifie toutefois ni le type de traitement dispensé (ressource extérieure) ni les conséquences en cas de manquement.

En ce qui concerne les programmes de *drug court*, les taux de rétention enregistrés, bien que plus faibles que ceux qui viennent d'être présentés, se comparent avantageusement à ceux que l'on retrouve dans les programmes généraux de traitement de la toxicomanie. En effet, le *General Accounting Office* (1997) mentionne qu'en moyenne 48 % des individus qui participent à un programme supervisé par une *drug court* complètent leur démarche.

Plusieurs des études répertoriées ne mentionnent pas clairement les conséquences qui guettent le toxicomane contrevenant si sa tentative de réhabilitation échoue. Toutefois, à en croire les articles mentionnant que le client peut choisir entre le programme et la prison, de même que les informations disponibles sur les *drug courts*, on peut émettre l'hypothèse que l'emprisonnement constitue une conséquence, sinon assurée, du moins probable, en cas d'échec thérapeutique. Dans ces circonstances, il n'est pas étonnant que l'individu fasse tout en son pouvoir pour terminer sa démarche.

De plus hauts taux de rétention sont parfois associés à certaines caractéristiques des participants. Par exemple, Salmon (1982) a constaté que l'approche coercitive favorisait un meilleur taux de rétention dans les programmes, chez une clientèle plus âgée et

consommatrice d'héroïne, depuis une plus grande période de temps. L'auteur explique ces résultats par une plus grande maturité de ceux qui graduent. Selon la même étude, l'approche coercitive serait plus efficace dans les programmes de traitement qui visent l'abstinence totale des individus que dans ceux qui proposent le maintien à la méthadone. Une autre étude indique que les personnes qui proviennent directement d'un établissement pénitentiaire complètent davantage le traitement que ceux qui sont référés par la probation ou les libérations conditionnelles (Schnoll *et al.*, 1978). Notons cependant que ces études sont isolées et que nous ne pouvons tirer de conclusions valides sur ces bases.

1.2.4.2 L'impact du traitement

Conscients que la simple mesure du taux de rétention en traitement constituait un bien mince indicateur de l'efficacité de ce dernier, plusieurs auteurs ont tenté de mesurer l'effet du traitement sur diverses sphères de la vie des individus. Une des dimensions qui a le plus intéressé les chercheurs a été la récidive. Explorons donc cette dimension en distinguant le type de programme dont il est question et le lieu où il a été dispensé (établissement de détention vs communauté).

Les études portant sur les programmes de communauté thérapeutique, dispensés à l'intérieur des murs, indiquent de façon claire que le taux moyen de récidive des gens qui complètent les programmes est inférieur à celui retrouvé chez les détenus qui interrompent ce type de traitement. Par exemple, Lipton (1995) rapporte un taux d'arrestation plus faible chez les hommes (27 %) et les femmes (18 %) qui ont complété le *Stay'n Out Program* (programme de communauté thérapeutique à l'intérieur de centres de détention) que chez ceux qui n'ont reçu que du *counselling* (H=40 %; F=29 %) ou qui n'ont pas reçu de traitement du tout (H=41 %; F=24 %). Le temps de séjour en communauté thérapeutique est également identifié comme un facteur influençant l'efficacité de la démarche. Alors que 49 % des individus qui sont demeurés moins de trois mois en traitement ont terminé leur libération conditionnelle sans être arrêtés à nouveau, 77 % de ceux qui sont demeurés entre neuf mois et 12 mois ont obtenu des résultats équivalents (Lipton, 1995). Par contre, une certaine saturation peut survenir car les détenus qui ont poursuivi leur démarche plus d'un an obtiennent des résultats

inférieurs (57 %). On peut également émettre l'hypothèse que les personnes retenues en traitement pour une si longue période présentait, au départ, un pronostic moins reluisant que les autres.

Plusieurs études portant sur les communautés thérapeutiques avancent que le suivi à l'extérieur de l'établissement de détention constitue un aspect important de la réhabilitation. Ainsi, Inciardi *et al.* (1997) indiquent que 72 % des détenus qui ont complété à la fois le programme de communauté thérapeutique en détention (KEY) et le programme offert au cours de leur libération conditionnelle (CREST) n'ont pas connu de nouvelle arrestation, pendant les 18 mois suivant leur thérapie. On enregistre, par ailleurs, un taux de 62 % chez ceux qui n'ont bénéficié que du programme en communauté, et un taux de 46 % chez ceux qui ont bénéficié uniquement du programme à l'intérieur des murs ou qui n'ont pas fait le programme du tout (groupe contrôle). Lipton (1995) montre des résultats semblables concernant le programme de communauté thérapeutique d'*Amity* (Californie). Les résultats indiquent que seulement 26 % des détenus qui ont complété à la fois le programme en détention et le programme de réinsertion en communauté ont été réincarcérés. Cette proportion augmente, par ailleurs, à 43 % chez ceux qui n'ont complété que le programme en institution carcérale; elle s'élève à 50 % chez ceux qui ont interrompu leur démarche en cours de route et à 63 % pour le groupe de contrôle.

Quant aux programmes de communauté thérapeutique qui se sont déroulés à l'extérieur des établissements de détention, les résultats sont éloquentes. En effet, des recherches montrent que trois ans après avoir suivi un tel programme (dispensé dans un hôpital), les personnes qui ont gradué n'ont été réincarcérées que dans une proportion de 29 %, alors que 74 % de ceux qui n'ont pas complété le programme ont été réincarcérés (Field, 1985; 1989). La même étude indique qu'environ la moitié des participants qui ont terminé le programme n'ont pas été accusés d'une nouvelle offense, alors que ce n'est le cas que pour 15 % des gens qui l'ont interrompu.

Bref, les programmes de communauté thérapeutique destinés à une clientèle judiciairisée semblent obtenir certains résultats lorsqu'ils sont dispensés dans les établissements

carcéraux. Par contre, la combinaison gagnante paraît être un jumelage entre l'intervention en détention et le suivi en communauté par la suite, du moins en ce qui concerne ce type de programmes.

Qu'en est-il de l'impact des programmes d'incarcération-choc? Comme leur nom l'indique, ces programmes ne sont dispensés qu'en milieu carcéral. Plusieurs évaluations d'impact de ces programmes (Bourque, Han & Hill, 1996; Burns & Vito, 1995; Burns, Anderson & Dyson, 1997; Clark, Aziz & MacKenzie, 1994; Correia, 1997; Cowles, Castellano & Gransky, 1995; Dickey, 1994; Ethridge & Sorensen, 1997; Lutze & Marenin, 1997; MacKenzie, 1990; MacKenzie, 1993; MacKenzie, 1991; MacKenzie & Brame, 1995; MacKenzie, Brame, McDowall & Souryal, 1995; MacKenzie & Parent, 1992; Mackenzie & Souryal, 1995; Mathlas & Mathews, 1991; Morash & Rucker, 1990; Shaw & MacKenzie, 1992), incluant celle effectuée par le *National Institute of Justice* (1994 et 1996) indiquent que les participants à ce type de programmes ne présentent pas des taux de récidive moindres que pour l'ensemble des contrevenants qui se trouvent dans des prisons traditionnelles.

Les mouvements d'entraide, bien qu'extrêmement répandus, tant dans la communauté que dans les établissements de détention, se font plutôt discrets lorsqu'on discute d'évaluation de programmes. En fait, nous n'avons retracé aucune étude évaluative portant sur les AA, les NA ou les CA, pour ne citer que les groupes d'entraide les plus populaires. Bien sûr, on retrouve l'inspiration des programmes en 12 étapes dans plusieurs programmes de traitement destinés aux toxicomanes judiciairisés, particulièrement les *drug free clinics*, mais il est difficile de connaître quel est l'apport et l'impact spécifiques du modèle par rapport à l'ensemble du programme.

L'efficacité des programmes de maintien avec méthadone a été prouvée depuis déjà de nombreuses années (Ball & Ross, 1991; Bellis, 1993; Bianchi *et al.*, 1992; Fisher & Anglin, 1987; Gottheil, Sterling & Weinstein, 1993; Joseph, 1973; Joseph & Dole, 1970; Senay, 1985; pour ne citer que quelques travaux). Ce type de programme a été reconnu pour diminuer à la fois la consommation d'héroïne des usagers et réduire la criminalité de ces derniers. Toutefois, rares sont les programmes de ce genre qui sont dispensés dans un

établissement de détention. En fait, nous en avons identifié deux lors d'une recension antérieure (Schneeberger, Lauzon & Brochu, 1996). Un premier programme, qui distribuait de la méthadone aux héroïnomanes d'une prison de Hong Kong, obtenait des résultats pour le moins surprenants puisque la majorité des détenus rapportaient avoir repris leur consommation d'héroïne; toutefois, le programme avait comme objectif de réduire leur niveau de tolérance et ainsi diminuer les coûts reliés à leur consommation (Sun, 1977). La seconde expérience de distribution de méthadone dans un établissement de détention était plus concluante, puisque le fait de suivre ce programme entre les murs était directement relié à la poursuite d'un traitement en communauté. De plus, les personnes qui persévéraient plus de six mois et demi dans le programme offert dans la communauté, commettaient moins de crimes et consommaient moins d'héroïne que les autres (Magura *et al.*, 1993).

Si les expériences de prescription de méthadone en détention ne se sont pas avérées nombreuses, les expériences réalisées dans la communauté avec une clientèle judiciarisée sont beaucoup plus fréquentes et témoignent, pour la grande majorité, d'un succès quant à la réduction de la consommation et de la récidive et de l'employabilité des individus (Anglin & Hser, 1990; Brecht, Anglin & Wang, 1993; Collins *et al.*, 1983; Hubbard *et al.*, 1988).

Tel que mentionné dans une des sections précédentes, les *drug free clinics* sont caractérisées par une diversité d'approches. Maugh II & Anglin (1994) prétendent qu'historiquement il s'agit du type de programmes qui obtiennent le moins de succès quant à la réduction de la récidive et des comportements criminels, notamment à cause du faible taux de rétention (40 %) enregistré dans ces programmes. La conclusion de ces auteurs nous paraît un peu sévère. Par exemple, Van Stelle *et al.* (1994) ont comparé la récidive de la clientèle (N=109) qui a participé au *Treatment Alternative Program* (TAP), 18 mois suivant la fin du programme. Leurs résultats indiquent que ceux qui ont interrompu avant la fin de la thérapie ont été arrêtés à nouveau dans une proportion de 74 %, alors que seulement 43 % de ceux qui ont terminé le programme ont fait l'objet d'une nouvelle arrestation. Vito *et al.* (1990), pour leur part, ont remarqué que la récidive s'avère beaucoup plus élevée chez les personnes qui n'ont pas complété la

thérapie (17,5 %) que ceux qui ont terminé le programme avec succès (3 %). Étonnamment, ceux qui n'ont pas suivi du tout le programme (groupe de contrôle) enregistrent un taux de récidive inférieur (8,7 %) à ceux qui ont débuté une démarche, mais qui l'ont interrompue en cours de route.

Enfin, les *drug courts* constituent un type d'intervention relativement jeune puisqu'elles ne comptent qu'une dizaine d'années d'existence. Les études réalisées ne sont donc pas aussi nombreuses que pour d'autres types de programmes. Le *General Accounting Office* publiait, en 1997, un document "internet" recensant les activités de plus de 130 *drug courts* aux Etats-Unis; il déplorait, toutefois, que la majorité des études qui ont mesuré les taux d'arrestation des participants, une fois le programme terminé, ne présentaient pas de groupe de comparaison. Le document indique aussi que la moitié des programmes n'effectuent pas de suivi concernant les nouvelles arrestations des participants et que les deux tiers ne le font pas concernant la rechute. Les données disponibles montrent des résultats pour le moins variés. Ainsi, on rapporte qu'entre 7 % et 80 % (selon le programme) des participants ont eu une rechute durant leur participation. De la même façon, le rapport indique que les résultats les plus positifs font état d'une absence de récidive, alors que les moins bons résultats notent un taux de nouvelles arrestations de 58 %. Il faut être prudent avec ces chiffres car certains programmes n'ont pas accueilli plus de quatre participants.

L'impact du traitement, mesuré en termes de récidive, peut être plus important chez certains types de clients que chez d'autres. Par exemple Benda *et al.* (1996) ont remarqué que la récidive était moins présente chez les personnes condamnées pour délits liés aux drogues que chez les autres types de contrevenants et qu'on la retrouvait moins chez les blancs que chez les afro-américains. Dans le même ordre d'idée, le *National Institute of Justice* (1996), dans sa recension des programmes d'incarcération-choc dispensés dans les différents états américains, indique que dans certains programmes, le taux de rétention est plus faible chez les femmes (30 %) que chez les hommes (70 %). Les échantillons sur lesquels s'appuient ces affirmations sont cependant très petits.

Par ailleurs, certaines études montrent qu'un type de traitement n'est pas toujours indiqué pour tous les types de contrevenants toxicomanes. Ainsi, les programmes d'éducation de courte durée destinés aux conducteurs reconnus coupables de conduite avec facultés affaiblies ne semblent pas très efficaces (Hall, 1997).

D'autres facteurs, de nature administrative, sont en relation avec l'impact éventuel d'un programme d'intervention en matière de drogues se déroulant dans un contexte correctionnel. Ainsi, Trace (1998) indique que ces programmes doivent être bien financés et bien pourvus en personnel compétent. Pourtant, la réalité carcérale impose parfois des priorités sécuritaires qui peuvent avoir pour effet de détourner les argents disponibles vers l'achat d'armes ou de gyrophares. De plus, la définition de "poste" ne permet pas d'engager certains types de personnel (eg. ex-toxicomanes ayant un casier judiciaire), etc.

En somme, il apparaît que le traitement de la toxicomanie peut présenter un impact appréciable en ce qui concerne la consommation de drogues et les crimes qui y sont associés, lorsqu'il est possible de retenir cette clientèle suffisamment longtemps. Des études indiquent une réduction de 85 % de la consommation quotidienne d'opiacés, ainsi qu'une réduction de 40 % de la criminalité durant la période de traitement (White House, 1994). L'impact des traitements a pu être observé sur de longues périodes, allant même jusqu'à six années après la fin du programme (White House, 1994).

1.2.5 Limites des études présentées

L'analyse des études portant sur l'impact des traitements de la toxicomanie sous contrainte judiciaire a permis de relever un certain nombre de limites inhérentes aux recherches décrites. Nous discuterons ici des trois limites principales : l'utilisation de la récidive comme indicateur de succès, la description des traitements évalués et l'utilisation de groupes de contrôle.

1.2.5.1 La récidive comme indicateur de succès

On a pu remarquer que plusieurs études utilisent l'absence de récidive comme indicateur du succès thérapeutique. Or, il existe deux moyens de mesurer cette criminalité (Hunt, 1990). La première façon consiste à observer les nouvelles actions judiciaires entreprises contre les personnes (arrestations, comparutions, condamnations, etc.). Dans ces cas, on discute de criminalité officielle. Or, le chiffre noir de la criminalité, qui représente la proportion de crimes qui n'est pas portée à la connaissance de l'appareil judiciaire, est extrêmement élevé, particulièrement chez les toxicomanes. Cette notion est d'ailleurs reconnue depuis fort longtemps dans le domaine de la criminologie et invite à la prudence dans l'interprétation des données présentées, dans le sens que ces chiffres sous-estiment certainement la réalité. Ils ne sont peut-être que le reflet de l'habileté ou non du délinquant ou encore des priorités du système de justice.

La seconde façon de mesurer la récidive consiste à considérer la délinquance auto-rapportée par les toxicomanes contrevenants. Même si cette méthode est considérée valide par plusieurs chercheurs (Brochu, 1995), il n'en demeure pas moins qu'elle comporte certaines limites. On peut facilement deviner que la perception et la confiance que l'interviewé accordera à la personne qui l'interroge influencera grandement le contenu de ses réponses. Ainsi, si cette personne est associée à un quelconque organisme judiciaire ou para-judiciaire, il y a de fortes chances pour que l'interviewé ne s'en tienne qu'à la récidive officielle, qu'il contestera éventuellement. À l'inverse, si la personne qui recueille les données est une jeune personne avec peu d'expérience, il n'est pas impossible

que l'interviewé tente d'impressionner son interlocuteur en s'attribuant des crimes qu'il n'a pas commis ou un titre qu'il ne possède pas vraiment².

1.2.5.2 La description des programmes évalués

Il est étonnant, par ailleurs, de constater à quel point, dans plusieurs études, le traitement n'est pas clairement défini et spécifiquement décrit. Il est parfois très difficile, sinon impossible, de connaître précisément le type de programme offert, les modalités du traitement (durée/fréquence) ou la formation du personnel. S'agit-il de la supervision régulière d'un agent correctionnel auprès d'une population toxicomane, d'un programme structuré et reconnu, ou de l'initiative de quelques personnes sans expertise qui s'improvisent thérapeutes? Bien malin qui peut le dire à la suite de la lecture de certains articles.

1.2.5.3 L'utilisation d'un groupe de contrôle

Une grande partie des études d'impact recensées ne comportent pas de groupe de contrôle. Toutefois, cette situation de faiblesse méthodologique n'est pas rare dans le domaine de la recherche en toxicomanie, notamment pour des raisons éthiques. En effet, sur quelle base peut-on offrir un service à certains clients et le refuser à d'autres, sous prétexte de servir la science? Cependant, cette absence de groupe de contrôle rend l'interprétation des résultats plus difficile. Les progrès enregistrés sont-ils le fruit de l'exposition au traitement? Auraient-ils eu lieu tout de même en l'absence d'intervention?

Plusieurs recherches effectuent une comparaison entre les individus qui abandonnent le traitement et ceux qui le poursuivent. Généralement, ces études observent une amélioration plus marquée chez les personnes qui complètent le programme que chez les autres. On peut toutefois se demander si les clients qui interrompent leur démarche ne sont pas les "mauvais clients" et si les résultats ne s'expliquent pas davantage par les caractéristiques individuelles des clients que par l'effet de l'intervention.

² Par exemple, il est fascinant d'entendre le nombre de détenus prétendre faire partie de l'organisation des *Hells Angels* lorsqu'on sait qu'ils ne sont en fait que quelques uns à être membre en règle de cette organisation.

Au Québec, la façon de faire est quelque peu différente. La section qui suit présentera, dans un premier temps, les expériences de prise en charge des toxicomanes judiciairisés qui se sont effectuées dans la province, en mettant bien sûr l'accent sur l'impact des pressions judiciaires dans le processus; puis, nous tenterons de dégager ce qui distingue le Québec des études que nous avons présentées jusqu'à maintenant.

1.3 LE QUEBEC

1.3.1 Les programmes offerts aux toxicomanes judiciairisés

1.3.1.1 Les programmes offerts en institution carcérale

Au Québec, il existe deux types d'établissements carcéraux gérés par deux paliers gouvernementaux différents : 1) les pénitenciers, sous juridiction fédérale, accueillent les individus sentencés à une peine de deux ans et plus; et 2) les prisons, sous juridiction provinciale, reçoivent les personnes condamnées à une période d'emprisonnement inférieure à deux ans, ainsi que les personnes en attente de procédures judiciaires (prévenus), ces dernières représentant 35 % de la clientèle des prisons (Centre canadien des statistiques juridiques, à paraître).

➤ Les pénitenciers

Le Service correctionnel du Canada a mis sur pied un ensemble de programmes d'intervention en toxicomanie disponibles à divers moments du cheminement carcéral. Cet ensemble de programmes couvre à la fois la prévention et la réadaptation.

Un Programme prélibératoire pour toxicomanes (PPT) est offert dans plusieurs pénitenciers du Québec. Il s'agit d'un programme d'intervention multidimensionnelle en matière de substances psychoactives, d'orientation cognitivo-comportementale, s'appuyant à l'origine sur les célèbres travaux de Marlatt et Gordon (1980). Ce programme fournit des composantes d'éducation et de réflexion en matière d'alcool

et de drogues, ainsi que des moyens de développer des habiletés de résolution de problèmes. On y retrouve notamment des modules d'apprentissage d'habiletés cognitives et comportementales, d'habiletés sociales, d'habiletés de recherche d'emploi et de planification de loisirs. Enfin, la prévention de la rechute reçoit une attention particulière. Ce programme est composé de 26 sessions de groupe de trois heures et de trois rencontres individuelles avec un animateur accrédité (Millson & Weekes, 1996). Ce programme est donc constitué de trois composantes principales : d'abord, un volet éducatif dans lequel les animateurs informent les participants concernant les conséquences d'une consommation abusive de substances psychoactives; ensuite, un volet "implication" dans lequel les participants évaluent leur propre consommation ainsi que les problèmes reliés à cette consommation; enfin, un volet "apprentissage", dans lequel on entraîne les participants à acquérir de nouvelles habiletés sociales, de façon à combler les déficits évalués.

Au Québec, pour le moment, les programmes d'intervention tertiaire de forte intensité sont offerts sous la forme de communautés thérapeutiques. Deux communautés thérapeutiques existent actuellement dans les pénitenciers québécois. Il s'agit des programmes ÉCHO et STOP. Le premier est offert à l'établissement Leclerc, une institution à sécurité médium, alors que le second est offert au Centre fédéral de formation, un pénitencier à sécurité minimum. La durée de la thérapie est de neuf mois.

Les rencontres des mouvements d'entraide animées par des membres AA, NA ou CA sont également disponibles dans tous les pénitenciers fédéraux. Ces programmes fonctionnent selon les principes en vigueur dans la communauté pour ce type de *meetings*.

Enfin, notons que des programmes spécifiques se développent parfois dans certains pénitenciers, afin de répondre aux besoins particuliers de leurs détenus.

➤ *Les prisons*

Force est de constater que les programmes pour toxicomanes offerts dans les prisons provinciales sont peu nombreux, pour ne pas dire quasi-inexistants. Deux raisons expliquent cette situation : 1) la courte durée des sentences ne permet pas d'envisager des programmes à long terme; 2) la signature d'un protocole d'entente entre le ministère de la Sécurité publique et le ministère de la Santé et des Services sociaux spécifiant une politique d'intervention en matière de toxicomanie orientée vers les services offerts en communauté. Ces facteurs font en sorte que les autorités carcérales préfèrent référer leur clientèle à des ressources extérieures déjà existantes dans la communauté plutôt que d'offrir de nouveaux programmes de traitement à l'intérieur de leurs établissements. Par contre, il faut mentionner ajouter que l'on retrouve dans les établissements provinciaux la présence de groupes de soutien tels les AA, NA et CA. Ce service est offert à l'ensemble de la population carcérale. Brochu & Schneeberger (1995) ont également répertorié quelques programmes de prévention primaire offerts sur une base volontaire, notamment au Centre de prévention Parthenais (maintenant le centre de prévention de Rivière-des-Prairies) et au Centre de détention de Montréal. Enfin, notons que des programmes de maintien à la méthadone sont maintenant accessibles en milieu carcéral.

1.3.1.2 Les programmes offerts dans la communauté

Le Service correctionnel du Canada a mis en place ou a établi un contrat de services avec certains centres correctionnels communautaires (CCC)³ ou centres résidentiels communautaires (CRC). C'est notamment le cas du CCC Ogilvy et du CRC Émmanuel Grégoire. Ces maisons de transition, respectivement gérées par le Service correctionnel du Canada et par un organisme privé, accueillent des personnes en libération conditionnelle de jour. Les services qu'elles offrent utilisent une approche multifactorielle tenant compte de la diversité des problèmes affectifs, psychologiques et sociaux avec lesquels l'individu est aux prises (Desjardins, Rioux & Brochu, 1991).

³ Les centres correctionnels communautaires sont des institutions fédérales dirigées par le Service correctionnel du Canada. Étant donné leur vocation et leur mandat, elles n'admettent que des libérés de jour en provenance des pénitenciers fédéraux.

Toutefois, ces centres n'offrent pas nécessairement des services en continuité directe avec les programmes offerts en détention. Ainsi, un détenu ayant suivi le programme de communauté thérapeutique ÉCHO de l'institution Leclerc ne se verra pas proposer un programme de communauté thérapeutique s'il obtient une libération de jour dans l'une ou l'autre de ces maisons de transition. Ceci constitue un problème majeur relevé dans l'évaluation des programmes de communauté thérapeutique du Service correctionnel du Canada (SCC) (Barrette *et al.*, 1999; Schneeberger *et al.*, 1999).

Le SCC a toutefois instauré un suivi en communauté pour son programme de prévention secondaire. Le volet "communauté" de ce programme de prévention secondaire, intitulé CHOIX, est offert par des éducateurs accrédités par le Service correctionnel du Canada, durant la période de libération conditionnelle du contrevenant. Il s'appuie sur les mêmes principes que le programme de prévention secondaire offert en établissement carcéral. Voici la description que le Service correctionnel du Canada fait du programme CHOIX :

Le programme Choix divise le traitement en deux phases : une phase intensive de deux semaines et une phase de suivi de trois mois. La durée des séances de suivi coïncide avec la période de risque maximal de rechute dans la collectivité (les 90 jours qui suivent le traitement). Les séances de suivi visent à favoriser le maintien, pendant la libération conditionnelle, des changements favorables opérés pendant le traitement au niveau des attitudes, des connaissances et des aptitudes tant cognitives que comportementales. En ce qui concerne l'encadrement du délinquant, les animateurs du programme Choix sont à même de communiquer au surveillant du libéré conditionnel dans quelle mesure celui-ci maintient les acquis du traitement (Service correctionnel du Canada, 1996).

Les toxicomanes judiciairisés peuvent également s'adresser aux centres publics de réadaptation en toxicomanie. Ces centres favorisent une approche biopsychosociale pour le traitement de la toxicomanie. Depuis 1994, le Regroupement des centres de réadaptation Alternatives, Domrémy-Montréal, Préfontaine (devenu, depuis, le centre Dollard-Cormier), offre un programme spécifique (programme toxico-justice) constitué expressément pour la clientèle toxicomane judiciairisée. Le programme toxico-justice s'inscrit dans une stratégie d'appariement permettant de regrouper la clientèle toxicomane et délinquante en fonction de certains déterminants reliés aux conditions de traitement.

Ainsi, le programme a développé une grille de lecture clinique tenant compte principalement de l'histoire de délinquance du sujet, de son profil de consommation, des contraintes judiciaires lors de la demande d'aide, de son profil psychologique et de son histoire sociale. L'intervention dispensée dans le programme vise alors la persévérance en traitement et la réduction des méfaits associés à la toxicomanie des usagers. Cet objectif sera atteint en tenant compte de la motivation de celui-ci à s'engager dans une démarche de changement, de son potentiel et de sa capacité de changement. De façon plus spécifique, des activités de renforcement de la motivation ont été développées, afin d'augmenter chez l'utilisateur son intérêt à s'impliquer dans une démarche de traitement (Brochu *et al.*, 1999). De façon plus précise, le module "motivation" emprunte les techniques de prévention de la rechute développées par Annis, Graham & Davis (1987), de même que Marlatt & Gordon (1980), et les applique à la prévention de la défection au traitement. L'intervenant tentera d'identifier des situations personnelles dans lesquelles l'utilisateur se sent plus vulnérable quant à l'abandon du traitement. La plupart des activités du programme sont offertes sur une base individuelle, dans un contexte ambulatoire, par une équipe multidisciplinaire. La nature du suivi individuel est adaptée à la multiplicité des profils cliniques et à la nature des finalités cliniques recherchées (Brochu *et al.*, 1999). Même si les autres centres publics de réadaptation n'ont pas le bassin de clients suffisant pour développer un tel programme spécialisé, ils acceptent cette clientèle en l'intégrant à leur programme régulier. On estime qu'environ 20 % de leur clientèle éprouve, au moment de la demande d'admission, des problèmes avec la justice (Brochu & Schneeberger, 1997).

Plusieurs centres privés de traitement ont aussi, au fil des ans, développé une expertise auprès des toxicomanes judiciairisés. Le ministère de la Sécurité publique du Québec a développé un bottin de ressources décrivant brièvement les centres qui sont prêts à accueillir cette clientèle (Verreault, Couture & Lachance, 1995). Certaines de ces ressources engagent même un agent de liaison, présent au Palais de justice, de façon à évaluer la problématique toxicomane de certains contrevenants pouvant éventuellement être intéressés à bénéficier d'un traitement avant le prononcé de la sentence, ou même en lieu et place de l'incarcération (Brochu & Drapeau, 1997). Bon nombre de ces ressources privées s'inspirent du modèle Minnesota, des principes des communautés thérapeutiques

ou encore d'un modèle bio-psychosocial. Malheureusement, très peu de ressources privées ont le temps, l'énergie, l'argent ou le souci de produire des documents écrits permettant de faire une recension précise du contenu de ces thérapies et encore moins d'en évaluer l'impact (Brochu & Schneeberger, 1995).

Enfin, la personne toxicomane judiciarisée peut également joindre un groupe d'entraide tels AA, NA ou CA. Ces groupes formés d'"ex" toxicomanes ou alcooliques, s'appuyant sur 12 étapes relativement précises pour la réadaptation, permettent aux membres de se constituer un bon réseau d'entraide.

1.3.2 Les résultats des programmes de prévention et de traitement

Quelle est l'efficacité des programmes que nous venons de décrire succinctement? En fait, peu de recherches ont été effectuées sur leur succès respectif. Lorsqu'il y en a eu, le petit échantillon disponible, les instruments de mesure sommaires utilisés, de même que les variables employées, ne permettaient de tirer que des conclusions partielles. Comme nous l'avons fait dans les sections précédentes, nous présenterons d'abord les données sur la persistance en traitement pour ensuite discuter de l'impact de ces programmes québécois.

1.3.2.1 La persévérance en traitement

Tout d'abord, analysons le matériel disponible concernant la rétention en traitement en rappelant que, dans les centres publics de réadaptation du Québec, seulement 15 % de la clientèle toxicomane persévère plus de six mois en traitement (Laflamme-Cusson & Moisan, 1993). Les taux de rétention enregistrés dans les programmes offerts en détention sont de beaucoup supérieurs puisqu'ils se situent entre 20 % et 50 % (Barette *et al.*, 1999; Bourdages, 1992; Girard, 1991; Schneeberger *et al.*, 1999). De plus, près des deux tiers des personnes qui abandonnent le programme ne le font pas de façon volontaire, mais se voient expulsées à la suite de leur difficulté à se soumettre au cadre contraignant de la thérapie (Barrette *et al.*, 1999; Schneeberger *et al.*, 1999). Une étude effectuée au CCC Ogilvy rapporte que 52,8 % des sujets admis ont été suspendus du programme (Desjardins *et al.*, 1991). Les programmes de réadaptation pour toxicomanes

institués dans les centres de détention semblent donc présenter un plus fort taux de rétention en traitement que les programmes pour toxicomanes dispensés dans la communauté.

Par ailleurs, une étude (Beaudet, Brochu, Bergeron & Landry;1995) réalisée dans un centre public de réadaptation de la toxicomanie au Québec indique que, de façon générale, les personnes judiciairisées abandonnent leur traitement plus rapidement que les autres clients. Ainsi, 23 % des sujets judiciairisés abandonnent dès l'étape de l'entrevue d'accueil et d'évaluation-orientation, comparativement à 14 % chez les clients non-judiciairisés.

1.3.2.2. L'impact du traitement

Les résultats d'une étude pilote du programme pré-libératoire pour toxicomanes (PTT) du Service correctionnel du Canada, réalisée auprès de 324 détenus d'un pénitencier à sécurité minimum de l'Ontario (Bath), révèlent qu'après avoir complété le programme, les détenus :

...connaissaient davantage les conséquences de la consommation d'alcool et de drogues, comprenaient mieux les effets de l'usage de l'alcool et des drogues sur les êtres humains, savaient mieux comment refuser fermement mais d'une manière socialement acceptable des invitations à consommer de l'alcool ou des drogues, étaient plus aptes à faire part aux autres de leur désir de cesser ou de réduire leur consommation de drogues ou d'alcool, comprenaient mieux l'incidence que la consommation de drogues et d'alcool peut avoir sur l'emploi (Millson, Weekes & Lightfoot, 1996).

Les auteurs ont également examiné le rendement post-libératoire des participants au programme, en suivant ces derniers pendant une période moyenne de 15 mois après leur mise en liberté. Au cours de cette période de suivi, 31,4 % des délinquants ayant achevé le programme ont été réincarcérés en pénitencier: 19,9 % pour manquement à une condition de leur mise en liberté et 13,6 % pour avoir commis une nouvelle infraction. Toutefois, les auteurs ne nous fournissent pas de données comparatives du taux de réincarcération pour une population semblable. Il s'avère donc difficile de bien évaluer l'impact du programme. On peut croire que la participation à un programme dans le cadre

pénitentiaire renseigne peu sur l'adhésion des participants au processus proposé. Fait intéressant, les auteurs ont analysé leurs résultats en fonction du "niveau de rendement au programme" des participants. Ainsi, chez les détenus dont le niveau de rendement était supérieur à la moyenne, le taux de réincarcération pour de nouvelles infractions, ainsi que le taux global de réincarcération pour bris d'une condition de mise en liberté, étaient sensiblement plus faibles que pour les participants dont le rendement était évalué plus négativement.

Une étude conduite par Clavet (1990) au défunt programme de communauté thérapeutique de l'établissement de Waterloo indique que le potentiel interpersonnel des individus ayant suivi le programme est supérieur à celui enregistré dans la population régulière. De la même façon, on constate que les participants à cette communauté thérapeutique présentaient des handicaps interpersonnels et une rigidité d'adaptation interpersonnelle moins élevés que ceux qui n'avaient pas bénéficié du programme.

Une étude de Bourdages (1992) auprès des toxicomanes inscrits à la communauté thérapeutique ÉCHO du pénitencier Leclerc démontre que, sur le nombre de détenus qui ont complété la thérapie, 79 % des cas entendus par la Commission nationale des libérations conditionnelles ont obtenu une libération totale ou de jour, ou encore ont été transférés dans un établissement de sécurité moindre.

L'évaluation de l'impact de la communauté thérapeutique STOP (Centre fédéral de formation) sur les détenus qui complètent la thérapie montre que le programme produit un effet positif à plusieurs niveaux. Ainsi, on note chez les résidents une plus grande capacité d'introspection, l'adoption de nouvelles valeurs, une meilleure connaissance d'eux-mêmes et la maîtrise d'outils thérapeutiques, pour ne citer que ces quelques effets (Schneeberger *et al.*, 1999). Une étude similaire a été conduite au programme de communauté thérapeutique ÉCHO, dispensé au pénitencier Leclerc (Barrette *et al.*, 1999). Les principaux résultats indiquent que les résidents acquièrent un plus grand contrôle de leurs comportements (agressivité, impulsivité), une meilleure compréhension de leur problématique, une ouverture d'esprit plus grande et qu'ils ont développé des moyens afin d'éviter de consommer à nouveau. On remarque, par contre, que certains résidents

remettent en cause l'existence d'un programme de thérapie pour toxicomanes à l'intérieur d'un établissement de détention, notamment en raison de la présence de drogues dans l'environnement thérapeutique et de la contradiction entre les valeurs de la communauté thérapeutique et celles des détenus. Malheureusement, ces études ne présentent pas de mesures d'impact, une fois la thérapie terminée, et il n'est pas possible de savoir si les changements enregistrés se poursuivent après la thérapie et s'ils préservent les participants d'une éventuelle réincarcération.

Une étude (Desjardins, Rioux & Brochu, 1991) réalisée au CCC Ogilvy indique que, sur le nombre d'individus qui sont demeurés au programme jusqu'à l'expiration de leur période de libération conditionnelle de jour, près du tiers avait récidivé. Selon les auteurs, ce taux était légèrement supérieur à la moyenne de l'ensemble des détenus libérés par la Commission nationale des libérations conditionnelles. Toutefois, Desjardins *et al.* (1991) mentionnent que le CCC Ogilvy accueille des toxicomanes présentant une lourde problématique de toxicomanie et de délinquance qui, dans bien des cas, se sont vus refuser leur admission dans d'autres maisons de transition.

Par ailleurs, une étude (Beaudet *et al.*, 1995) réalisée dans un centre public de réadaptation en toxicomanie, au Québec, indique que les personnes qui abandonnent plus tôt ont tendance à moins profiter du traitement et ce, quel que soit leur statut judiciaire. Le système pénal québécois n'a pas adopté aussi résolument que son vis-à-vis américain les pressions judiciaires pour maintenir les contrevenants toxicomanes en traitement. Cette clientèle judiciairisée présente donc des taux d'abandon supérieurs à ceux, déjà élevés, qui sont relevés dans le domaine du traitement de la toxicomanie. Toutefois, il est rassurant d'observer qu'à persévérance égale, l'impact semble semblable, que le client toxicomane soit judiciairisé ou non.

Des avenues autres que les pressions judiciaires s'offrent aux responsables des programmes. Ainsi, un déterminant important de la persévérance en traitement et de son efficacité consiste en la mise en place de stratégies d'appariement. Le concept d'appariement s'est développé à partir de la fin des années 70 (Annis, 1988; Gottheil, McLellan & Druley, 1981; Landry *et al.*, 1994; Miller, 1989; Pattison, Sobell & Sobell, 1977). En vertu de cette approche, la toxicomanie constitue un problème multidimensionnel revêtant des formes variées selon les personnes. Par conséquent, les modalités de traitement offertes doivent tenir compte de cette diversité et ainsi pouvoir s'adapter aux besoins spécifiques de la clientèle. La clientèle toxicomane judiciairisée présentant un profil spécifique nécessiterait-elle la mise sur pied de services mieux adaptés à ses besoins? Entre autres, ne devrait-on pas travailler explicitement la notion de motivation, qui semble, dans bien des cas, exclusivement extrinsèque au moment de l'admission en traitement (Schneeberger & Brochu, accepté pour publication)?

La documentation scientifique montre clairement que la persistance en traitement peut être influencée par la motivation que présente l'individu à l'égard d'un éventuel changement de comportement (Frayn, 1992; Longo *et al.*, 1992). Par ailleurs, il semblerait qu'on puisse agir sur la motivation initiale des personnes en traitement, de façon à l'augmenter, et ainsi favoriser la persistance dans le processus thérapeutique (DiClemente & Hugues, 1990; DiClemente *et al.*, 1991; Prochaska & DiClemente, 1982; Saunders, Wilkinson & Phillips, 1995). Fier de ces résultats et dans une philosophie d'appariement, un groupe d'intervenants de Domrémy-Montréal a mis sur pied un programme spécialement destiné aux toxicomanes judiciairisés. Ce programme intègre les connaissances actuelles sur la motivation.

Une étude récente (Brochu *et al.*, soumis pour publication) s'est attardée à comparer l'impact de ce programme public de réadaptation spécialisé dans le traitement des contrevenants judiciairisés à un programme régulier de traitement. Un échantillon de 151 toxicomanes contrevenants a été constitué et admis à la procédure expérimentale (traitement spécialisé), alors que 30 autres toxicomanes furent admis au groupe de comparaison (traitement régulier). Les sujets des deux groupes furent contactés quatre mois, huit mois et onze mois après leur admission en traitement. Les résultats présentent

une amélioration significative de la situation des clients des deux groupes lors des suivis. Toutefois, les clients en traitement régulier s'améliorèrent plus rapidement que ceux référés au traitement spécialisé. Cependant, après huit mois, le niveau d'amélioration entre les deux groupes est similaire et stable.

1.4 RESUME ET CONCLUSION

Le système de justice américain a développé une approche axée sur l'utilisation de pressions judiciaires, afin de "forcer la main" aux toxicomanes pris dans le filet pénal pour qu'ils s'inscrivent et qu'ils poursuivent une démarche de réadaptation dans un centre de traitement. Nous l'avons vu, dans la deuxième section du chapitre 1, plusieurs études ont confirmé que ce "coup de pouce" à la motivation s'avère efficace pour maintenir les gens en traitement, de même que pour réduire la récidive et la rechute.

Les moyens mis en oeuvre pour s'assurer la participation de la clientèle judiciairisée au traitement sont beaucoup moins importants et intrusifs au Québec, comparativement aux États-Unis (utilisation des tests d'urine, rencontres fréquentes, appels téléphoniques de contrôle, etc.). Malheureusement, à notre connaissance, l'efficacité des pressions judiciaires pour réduire la toxicomanie n'a jamais été mesurée dans notre contexte québécois. En fait, la tendance actuelle consiste davantage à tenter d'influencer la motivation de la clientèle, plutôt que de forcer directement la persévérance en utilisant le spectre des conséquences pénales. En fait, lorsqu'on y parvient, la clientèle judiciairisée semble bénéficier autant des services de traitement que ne le fait l'ensemble de la clientèle toxicomane.

Enfin, quelques études (beaucoup trop peu, doit-on dire), sans pouvoir présenter des taux de succès exceptionnels, indiquent que les programmes de traitement offerts en établissements de détention obtiennent tout de même certains résultats positifs. Toutefois, ces études sont effectuées avec de faibles moyens financiers et comptent rarement sur

l'apport de groupes de contrôle (ou de comparaison) et sur des suivis à moyen terme (12 mois), ce qui limite grandement leur utilité.

CHAPITRE 2 : LES GROUPES DE DISCUSSION

2.1 CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES

Le deuxième volet de cette étude consistait à recueillir le point de vue des intervenants québécois impliqués auprès des toxicomanes judiciairisés, que ce soit à titre de professionnels qui effectuent la référence, ou d'intervenants qui assurent la réhabilitation. Nous avons estimé que l'utilisation de groupes de discussion (*focus groups*) constituerait une méthode appropriée à l'objectif que nous visions. En effet, cette méthode offre l'avantage, outre d'exiger des frais de déplacement et de temps d'entrevue beaucoup moins élevés, de pousser la réflexion de chaque participant plus loin qu'il ne l'aurait fait s'il avait été rencontré individuellement. Comme nous nous intéressions particulièrement au processus de la contrainte judiciaire sur le traitement de la toxicomanie, il était aussi plus facile d'embrasser l'ensemble du continuum en ayant plusieurs acteurs autour de la même table.

Compte tenu que nos travaux dans le domaine de l'intervention en toxicomanie auprès des personnes judiciairisées ont impliqué, depuis quelques années, déjà des intervenants provenant de la région de Montréal, de Trois-Rivières et de la Montérégie, nous avons décidé de faire appel encore une fois à leurs services. Comme il était prévu dans le devis de recherche de réunir quatre groupes de discussion, nous avons choisi de tenir trois rencontres dans la région de Montréal (les intervenants de la Montérégie pouvaient facilement s'y rendre) et une autre dans la région trifluvienne. Les rencontres qui se sont tenues dans la région de Montréal ont eu lieu dans les locaux du CPLT, alors que celle de Trois-Rivières s'est déroulée dans les locaux des services externes de Domrémy Mauricie/Centre du Québec (M.C.Q.) situés à Trois-Rivières.

Les quatre rencontres se sont toutes déroulées sensiblement de la même façon. Après avoir donné la chance à tous les participants de se présenter et d'indiquer la nature de leur travail, nous avons posé tour à tour les questions suivantes⁴ : Comment fonctionne la référence judiciaire dans votre secteur? Quels sont les types et les sources de pressions judiciaires exercés? Quelles sont les principales difficultés rencontrées? Peut-on penser avoir un impact auprès des toxicomanes lorsqu'il y a référence du système judiciaire? Dans quelles conditions?

À la fin de la rencontre, les participants étaient informés qu'ils recevraient le compte rendu, de manière à s'assurer que nous avons bien compris leurs propos. Ils étaient également invités à communiquer avec nous, s'ils souhaitaient que certaines nuances ou corrections soient apportées à ce compte rendu. Les participants étaient également informés qu'ils recevraient tous une copie du rapport produit par le CPLT.

2.2 ANALYSE DES INFORMATIONS RECUEILLIES DANS LES GROUPES DE DISCUSSION

L'intervention en toxicomanie dans un contexte judiciaire peut s'avérer complexe. À prime abord, la double problématique toxicomanie-délinquance, son évaluation et sa prise en charge, impliquent une multitude d'acteurs provenant de différents milieux, ce qui rend relativement complexe la démarche de traitement.

2.2.1 Éléments relevant du système de justice

2.2.1.1 Sources de renvoi

Lorsqu'un individu est appréhendé, il doit généralement traverser différentes étapes du processus judiciaire (arrestation par la police, enquête préliminaire, procès, condamnation, etc.). Il arrive aussi que des individus se trouvant dans l'appareil judiciaire et présentant des besoins spécifiques se voient référés à d'autres sphères de compétences. Dans le cas où l'individu présente une problématique de toxicomanie, il n'est pas rare que

4 Le lecteur intéressé à connaître le canevas d'entrevue détaillé pourra le consulter à l'annexe 1.

celui-ci soit référé à une ressource spécialisée dans la réadaptation des toxicomanes. Cette référence ou renvoi peut provenir de différentes sources.

Dans le cadre des *focus groups* réalisés avec des représentants de la Justice, de la Sécurité publique et du système de réadaptation, nous avons été à même de constater la diversité des sources de renvoi.

Les premières personnes généralement appelées à intervenir auprès des toxicomanes judiciairisés sont habituellement les policiers. Dès cette étape, la personne présentant des problèmes de toxicomanie peut être référée à une ressource pour toxicomanes. Cela ne signifie pas forcément l'interruption du processus judiciaire, quoique certains policiers peuvent utiliser leur pouvoir discrétionnaire et de référer l'individu, plutôt que de l'arrêter et d'entreprendre des poursuites. En juillet 1996, une initiative du genre avait été prise par les services de police de la Communauté urbaine de Montréal du centre-ville, en collaboration avec le centre de réadaptation pour toxicomanes Portage. Il s'agissait du programme "Option toxicomanie". L'un des participants nous explique que les individus arrêtés par les policiers pouvaient, à ce moment, bénéficier d'une rencontre avec un intervenant en toxicomanie et, selon leur volonté et leurs besoins, se voir référés en thérapie. Bien que la formule ait reçu un bon accueil de la part des personnes mises en arrestation (environ la moitié acceptait de suivre un programme), cette pratique a dû être interrompue après un an, faute de moyens financiers.

Outre les autorités policières, différents groupes d'intervenants peuvent utiliser le renvoi avec des toxicomanes judiciairisés. Ainsi, les avocats de la défense peuvent adresser une demande à la Cour, afin que leur client soit référé à une ressource pour toxicomanes. Cependant, certains participants des groupes de discussion nous rapportent qu'une telle mesure a parfois des effets pervers et peut être perçue comme une bonne façon d'alléger les sanctions pénales. En effet, le souci de certains avocats de la défense pourrait davantage être de réduire la peine au maximum, plutôt que d'évaluer la nécessité d'une intervention en toxicomanie.

Les procureurs de la Couronne sont également des intervenants pénaux susceptibles d'utiliser le renvoi auprès des toxicomanes contrevenants. Généralement, ils demanderont au juge de jumeler cette mesure à une sentence suspendue, à une ordonnance de probation, voire à une mise en liberté sous condition.

Le renvoi à une ressource spécialisée peut également se réaliser par le biais des établissements de détention. Compte tenu de la limite de notre mandat, dans le cadre des groupes de discussion, nous n'avons abordé que le renvoi effectué par les établissements de détention provinciaux. Dans le cas d'un individu incarcéré dans une prison provinciale, la peine purgée est souvent inférieure à six mois⁵. Pour cette raison, les intervenants des établissements de détention croient qu'une démarche thérapeutique peut difficilement être entreprise à l'intérieur des murs. C'est pourquoi un individu présentant une problématique de toxicomanie sera référé à une ressource spécialisée au moment de sa mise en liberté sous condition. La Commission québécoise des libérations conditionnelles impose certaines conditions à l'individu libéré pour qu'il puisse purger le reste de la peine dans la communauté. Parmi ces conditions, on retrouve très souvent la condition de non-consommation et la Commission va parfois jusqu'à demander à l'individu de suivre un traitement afin de régler ses problèmes de toxicomanie.

2.2.1.2 Évaluation du contrevenant

La question de la toxicomanie étant très présente lorsqu'on évalue les problématiques associées à la commission d'un délit, plusieurs entités du système judiciaire et de la Sécurité publique se sont dit très préoccupées par la question de l'évaluation des délinquants toxicomanes. Ce thème fut donc abondamment discuté lors de nos rencontres de groupes.

Les intervenants présents s'accordaient pour affirmer qu'une bonne évaluation de la problématique toxicomane constitue la base d'un traitement efficace. Pour ce faire, il est

⁵ Selon les données préliminaires du Centre canadien des statistiques juridiques, la durée moyenne des séjours en prison serait de 60 jours, bien que la moitié des détenus n'y demeureraient pas plus d'un mois. Quant aux prévenus, la durée de séjour est encore plus brève (moyenne = 17 jours, médiane = 3 jours).

essentiel d'examiner attentivement avec le contrevenant sa **gestion de la consommation de drogues** (e.g. type de substances consommées, mode de consommation, indice quantité/fréquence, niveau de dépendance, etc.). Il faut tenter de comprendre la **place de la drogue dans la commission des délits** (ex.: La drogue est-elle utilisée pour se donner du courage? S'agit-il plutôt d'une criminalité visant à se procurer l'argent nécessaire pour se procurer sa drogue?). Il importe également d'effectuer une évaluation poussée de chacune des **sphères de la vie pouvant être affectées par la consommation**, de façon à effectuer un renvoi adéquat vers une ressource susceptible de répondre aux besoins spécifiques du client (e.g.: conséquences familiales, sociales, psychologiques et médicales de la consommation). Enfin, il importe d'effectuer l'évaluation de la **trajectoire judiciaire** de l'individu. En effet, l'étape du cheminement où se trouve la personne évaluée pourrait avoir un impact considérable sur un éventuel traitement (e.g. début ou fin d'une carrière criminelle; gloire criminelle vs saturation délinquante; stades de motivation...).

Comme nous l'avons vu précédemment, des efforts ont été faits, dans certains cas, pour que l'évaluation du contrevenant soit réalisée le plus rapidement possible lorsqu'un individu est appréhendé par la justice (i.e. policiers, en collaboration avec Portage). Toutefois, ces initiatives sont exigeantes en temps et en argent. Elles requièrent la présence d'un personnel formé à l'évaluation de la problématique toxicomane. Aussi, en contexte de contraintes budgétaires, il n'est pas toujours possible de soutenir et de maintenir ce genre d'initiative.

Cette évaluation des toxicomanes judiciairisés, jugée nécessaire par l'ensemble des intervenants, semble cependant soulever la controverse car elle présenterait, aux dires des participants, des lacunes majeures. L'un des problèmes rencontrés s'avère le manque de formation et d'expertise en matière de toxicomanie de certains intervenants pénaux. Cette réalité occasionne parfois un renvoi inapproprié à une ressource pour toxicomanes. À cet effet, plusieurs participants faisaient remarquer qu'il existe une différence importante entre consommation et toxicomanie, puisqu'on ne fait pas état de dépendance dans le premier cas, et que les besoins des individus diffèrent nettement d'une situation à l'autre. Or, certains intervenants pénaux à qui l'on confie la tâche d'évaluer et de préparer

l'individu ne sont pas toujours en mesure de faire ce genre de distinction, étant donné le contexte illégal de la consommation de drogues.

L'évaluation des toxicomanes judiciairisés ne devrait pas, selon les intervenants des groupes de discussion, être effectuée uniquement par les intervenants du réseau de la justice, mais plutôt se faire conjointement avec les experts du réseau de la toxicomanie, de façon à tenir compte des deux expertises nécessaires à une évaluation complète de la problématique du contrevenant qui abuse de substances psychoactives. Ainsi, les problématiques seraient mieux identifiées et les ressources mieux adaptées aux besoins des contrevenants.

2.2.1.3 Type de conditions imposées

Lorsqu'un individu entreprend une démarche de traitement et est pris en charge par un programme pour toxicomanes, certaines conditions se doivent d'être respectées, de façon à assurer le bon fonctionnement des opérations. Cette réalité est d'autant plus vraie chez les contrevenants qui doivent aussi, et surtout, rendre des comptes au système judiciaire. Plusieurs types de conditions peuvent être imposés à l'individu par les différents paliers de l'appareil pénal. De façon générale, ces conditions vont dans le sens d'un contrôle relativement strict. À cet effet, l'un des participants rapporte que les détenus inscrits à un programme de maintien à la méthadone sont souvent doublement surveillés par le personnel de l'établissement où il se trouve. Ils doivent évidemment prendre leur dose de méthadone telle que prescrite, mais aussi ils devront régulièrement rendre des comptes, par exemple, par la passation de tests d'urine pour s'assurer de leur sobriété. Un autre participant mentionne que les résidents des maisons de transition qui suivent un traitement sont aussi très surveillés et il ne doit y avoir aucun manquement de leur part, sinon ils risquent d'être incarcérés à nouveau.

Les instances judiciaires vont parfois imposer certaines ressources pour toxicomanes aux contrevenants, ce qui n'est pas sans poser quelques problèmes, puisque ce ne sont pas toutes les ressources de réadaptation qui désirent intervenir dans ces conditions. En fait, c'est surtout le secteur public de réadaptation en toxicomanie qui considère d'un mauvais

oeil l'identification d'une ressource en particulier, alléguant que cette procédure entraîne une obligation de résultats, à laquelle est liée la possibilité d'une réincarcération pour l'individu, et ils ne veulent avoir à endosser la responsabilité de ce nouvel emprisonnement. Les ressources privées de traitement en toxicomanie n'envisagent généralement pas la situation de la même façon. Plusieurs d'entre elles vont même jusqu'à engager un agent de liaison qui entretiendra des contacts étroits avec les intervenants pénaux et qui proposera même à certains d'entre eux de leur confier le traitement de tel ou tel client. Mentionnons, par ailleurs, qu'il n'est pas rare que des intervenants pénaux exigent que leurs clients soient accueillis par une ressource pouvant offrir un encadrement thérapeutique en milieu résidentiel, accordant plus de crédibilité à ces ressources, notamment pour leur capacité de "surveiller" les contrevenants.

Comme nous l'avons mentionné auparavant, une des conditions fréquemment associée au traitement des toxicomanes contrevenants est la condition de non consommation. Cette condition est largement répandue et utilisée par les intervenants pénaux et soulève la controverse avec les intervenants du secteur de la réadaptation, les premiers considérant la rechute comme un prédicteur important d'une récurrence imminente et les seconds convaincus que la rechute constitue une étape normale dans un processus de réadaptation, tout en offrant un matériel d'intervention de premier choix.

2.2.1.4 Importance des conséquences en cas de manquement

Lorsque la condition de non consommation n'est pas respectée par un individu en traitement, celui-ci devra, de toute évidence, en subir les conséquences. Or, cela peut être relativement problématique. On remarque qu'il se crée autour de cette question une espèce de jeu, de chasse aux sorcières où les énergies des intervenants pénaux sont consacrées à l'identification de la rechute et celles des contrevenants à l'élaboration de stratégies qui permettront de déjouer les méthodes mises de l'avant par les systèmes correctionnels et judiciaire. Dans cette perspective, il n'est pas difficile d'imaginer la pression que subissent les toxicomanes. La situation semble encore plus difficile dans le cas des individus bénéficiant d'un programme de maintien à la méthadone, les participants rapportant que ces derniers sont constamment menacés d'exclusion en cas de

manquement, ce qui n'est pas sans ajouter une pression supplémentaire à une tension déjà bien présente.

Nous avons vu précédemment que la Commission (nationale ou québécoise) des libérations conditionnelles considère généralement la rechute, non seulement comme un bris de condition, mais comme un sérieux indice d'une récidive probable, suggérant dans plusieurs cas la suspension de la mise en liberté de l'individu. Les conséquences des conditions imposées par le système pénal peuvent être néfastes pour l'individu ayant entrepris une démarche de traitement, puisque celui-ci, en plus de se voir privé à nouveau de sa liberté, se voit également privé de ses ressources d'aide. À cet effet, plusieurs participants expliquent que la rechute constitue un processus normal et qu'il faut la considérer comme un outil thérapeutique, et non comme un manquement à une règle établie.

2.2.1.5 Difficultés

Les difficultés liées à l'intervention en matière de toxicomanie chez une clientèle judiciairisée sont nombreuses. Ces difficultés peuvent être présentes à différents niveaux. D'abord, nous l'avons mentionné à plus d'une reprise, plusieurs intervenants pénaux ne se sentent pas en mesure de faire une **évaluation adéquate des problématiques reliées à la toxicomanie** des individus. Par exemple, on utilise souvent à tort l'appellation "toxicomane" et on appose parfois trop facilement cette étiquette aux dires de certains participants. Un participant nous a d'ailleurs fait remarquer qu'on ne prend pas les mêmes précautions dans l'usage de ce "diagnostic" que celles que l'on prend, par exemple, avec les diagnostics de "pédophile" ou de "schizophrène". L'individu ainsi étiqueté risque fort d'être stigmatisé par la suite, même si celui-ci ne présente pas réellement de problématique de toxicomanie. On a parfois tenté de remédier à cette situation en instaurant des mesures pour que l'évaluation se fasse par un personnel spécialisé (par exemple le programme "Option toxicomanie"), mais force est de constater que cette pratique n'est pas aussi répandue qu'on le souhaiterait.

De plus, la **référence vers des services adéquats** dans le domaine de la toxicomanie ne va pas de soi. Le ministère de la Santé et des Services sociaux n'a pas encore mis en place

de procédures d'accréditation des ressources en toxicomanie. La réputation de certaines d'entre elles s'appuie donc davantage sur le "bouche à oreille", ou sur des références "bien réussies", que sur une évaluation réelle de leur capacité à offrir un service adéquat aux personnes référées. De plus, lorsqu'elles existent, les procédures à suivre pour référer un individu à une ressource sont parfois ardues et le nombre de places disponibles est limité, notamment pour la clientèle féminine. Il n'est donc pas rare qu'un intervenant abandonne sa démarche de référence devant les difficultés qu'il rencontre.

La **durée du mandat judiciaire** constitue également une difficulté majeure rencontrée par les intervenants pénaux. Ce laps de temps s'avère, selon plusieurs, beaucoup trop court pour entreprendre une démarche thérapeutique. Cela fait en sorte que peu d'initiatives (mis à part la référence à des ressources extérieures) sont mises en application pour venir en aide à la clientèle toxicomane durant son incarcération.

Les **pressions judiciaires** exercées chez l'individu en traitement ainsi que sur les ressources qui les reçoivent sont aussi au nombre des difficultés mentionnées par les participants. Le système de justice "oblige" en quelque sorte certains délinquants toxicomanes à suivre un traitement. Dans ces circonstances, la décision d'entreprendre une démarche thérapeutique ne provient pas de l'individu lui-même, mais de l'appareil pénal. Cette situation fait en sorte que les ressources de réadaptation reçoivent souvent des individus peu motivés à suivre un traitement, ce qui ne facilite en rien leur pratique. Par contre, la majorité des intervenants des établissements de réadaptation en toxicomanie s'accordent pour dire qu'ils acceptent de travailler avec une clientèle présentant ce type de motivation initiale, affirmant que leur rôle consistera par la suite à leur permettre d'intérioriser cette motivation extrinsèque. Toutefois, dans un tel contexte judiciaire, le cadre de l'intervention en toxicomanie est très strict et l'individu est à tout moment menacé de voir sa démarche interrompue (dans le cas par exemple d'une rechute). Cette situation fait en sorte que plusieurs individus, qui auraient pu bénéficier d'une thérapie, ne la compléteront jamais, à cause d'un manquement à une condition imposée par le système pénal.

Un autre aspect qui a souvent été abordé lors des rencontres de groupe, c'est celui de la **confidentialité**. À cet effet, le principe de confidentialité prôné par les intervenants en

toxicomanie se heurte aux besoins des instances judiciaires de surveiller adéquatement leur clientèle. Les intervenants en toxicomanie affirment toutefois qu'ils peuvent consentir à livrer certaines informations avec le consentement explicite de leur client, telles des attestations de présence, si cela est jugé nécessaire.

Enfin, une autre difficulté soulevée réside dans le fait qu'il existe des **contradictions majeures entre les messages** de "tolérance zéro" de la plupart des instances pénales (représentants de la justice et de la sécurité publique) et la position axée sur la "réduction des méfaits" entérinée par certaines ressources pour toxicomanes.

Nous avons tenté dans cette première partie d'exposer le plus fidèlement possible l'opinion des intervenants pénaux sur l'utilisation des pressions judiciaires dans le traitement de la toxicomanie en leur demandant de nous décrire le fonctionnement de telles mesures, leur apparente efficacité, les enjeux soulevés et les principales difficultés qu'ils rencontrent. Quelle est, par ailleurs, l'opinion des intervenants en toxicomanie sur la question?

2.2.2 Éléments relevant du système de réadaptation

2.2.2.1 Motivation

La question de la motivation constitue un aspect fondamental dans le discours des personnes interrogées sur le traitement des personnes judiciairisées. Les motivations qui poussent un individu à entreprendre un traitement peuvent être variées. Elles peuvent provenir de l'individu lui-même (besoin de changer de style de vie, de se "caser"; maturité; culpabilité reliée au délit, etc.) ou de l'extérieur (peur de la perte d'un conjoint, demande de l'employeur, pressions familiales, pressions du système de justice, etc.). Les participants croient que, de façon générale, les toxicomanes judiciairisés se présentent en traitement avec une motivation extrinsèque, si motivation il y a.

Les toxicomanes judiciairisés peuvent se présenter en traitement dans deux états d'esprit. Dans un cas, l'individu acceptera de jouer le "jeu du traitement", de façon à en retirer des bénéfices indirects. Ainsi, la thérapie peut, par exemple, n'être perçue que comme une

alternative intéressante à une sanction pénale à laquelle il tente d'échapper. Dans ce cas, l'individu accepte de participer au traitement, mais sans désir réel de changement. Dans le second cas, les procédures judiciaires auront pu créer chez l'individu un réel désir de modifier ses comportements. Le choc de ces procédures, particulièrement chez des individus qui en sont à leur premier contact avec le système de justice, pourra créer alors un état de réceptivité autrement impossible.

La nature des motivations d'un individu à entreprendre une démarche thérapeutique modifie considérablement les stratégies d'intervention qui seront mises de l'avant par les ressources. Par exemple, en présence d'un individu présentant une forte motivation extrinsèque, l'intervenant sera d'abord préoccupé à briser l'image que s'est construite le délinquant, de façon à rejoindre l'individu derrière le masque. Il tentera également d'amener le client à s'approprier la démarche d'aide. En présence d'un contrevenant toxicomane convaincu de la nécessité d'un changement radical de son style de vie, l'intervention pourra être dirigée plus directement vers l'exploration des zones problématiques, la compréhension de leur nature et les actions à mettre en place pour entreprendre les changements désirés.

Les participants aux "groupes de discussion" s'accordaient également pour affirmer que la motivation d'un individu toxicomane n'est pas statique. Ainsi, un individu qui, au départ, joue le jeu de la thérapie uniquement pour satisfaire les exigences d'un agent de contrôle ou qui adhère à un traitement pour des raisons autres que le désir réel de changement pourra éventuellement, en cours de thérapie, entamer une réflexion plus approfondie sur son mode de vie toxicomane; il se fait prendre, en quelque sorte, à son propre jeu! Ainsi, la motivation initiale peut se modifier en cours de traitement et ce, pour différentes raisons. Entre autres, le contexte dans lequel se déroule la thérapie, la présence de pairs toxicomanes, le partage de certaines expériences, la prise de conscience de la souffrance vécue, sont autant d'éléments qui peuvent susciter la réflexion chez l'individu.

Par ailleurs, même si la motivation de l'individu ne se modifie pas immédiatement et que cette personne ne poursuit pas sa démarche thérapeutique durant une longue période, ce contact thérapeutique peut éventuellement susciter une réflexion qui s'approfondira avec le temps et qui pourra aboutir à une prise en charge subséquente. Ce contact thérapeutique

"un peu forcé" constituera pour beaucoup de contrevenants un premier lien, aussi ténu soit-il, avec un environnement thérapeutique qui servira par la suite de référence à la personne si elle envisage éventuellement d'entamer une nouvelle démarche de thérapie, cette fois-ci, de son propre chef. Les participants rencontrés croient donc que la contrainte à une thérapie n'est pas nécessairement une démarche complètement stérile, même si elle peut paraître ainsi étant donné sa très courte durée et son faible impact à court terme.

2.2.2.2 L'alliance thérapeutique

Plusieurs cliniciens soutiennent que l'alliance thérapeutique constitue une condition nécessaire à l'établissement d'un processus thérapeutique (Brochu *et al.*, 1999). Pour qu'une alliance thérapeutique s'installe entre le thérapeute et le client, certaines conditions sont nécessaires: un temps d'apprivoisement, l'écoute, et la confiance.

Le facteur **temps** semble constituer un élément crucial dans l'installation d'une alliance thérapeutique et éventuellement dans le développement d'une intervention efficace. Autrement dit, plus le client demeurera longtemps en traitement, plus l'intervenant aura l'occasion d'écouter ce client et de lui faire sentir cette acceptation nécessaire à l'établissement de toute relation de confiance. Ce climat de confiance pourra à son tour permettre le dévoilement de soi et l'utilisation des outils thérapeutiques appropriés pour réellement aider le client. En ce sens, l'utilisation des pressions judiciaires peut être un moyen adéquat pour conduire les contrevenants toxicomanes en traitement et pour assurer un minimum d'exposition au traitement. Par contre, de l'avis des participants, dans bien des cas, ce "support forcé" s'avère de très courte durée, beaucoup trop courte pour assurer une démarche thérapeutique efficace. Or, lorsque la pression judiciaire disparaît, il n'est pas rare de voir les individus quitter le traitement. Dans ce contexte, il ne s'agit pas de demander un contrôle judiciaire plus étendu en terme de temps mais plutôt, pour les intervenants, de mettre tout en oeuvre afin de créer une alliance thérapeutique avant l'expiration du mandat et espérer ainsi que la démarche se poursuivra au-delà de l'ordonnance pénale. Cela représente d'ailleurs, aux dires de certains participants, le défi et la responsabilité majeure de l'intervenant.

Pour qu'une démarche soit efficace, les intervenants interrogés affirment qu'on doit être à l'**écoute** des objectifs et des besoins des clients. On doit, entre autres, ne pas chercher à leur imposer des objectifs qui ne rencontrent pas leurs besoins. Il faut notamment prendre le client "là où il est rendu" dans sa démarche, plutôt que d'imposer des conditions d'abstinence qui sont, la plupart du temps, davantage appropriées au contexte pénal qu'à celui de l'intervention en toxicomanie.

Toutefois, lorsque l'intervention se déroule dans un contexte judiciaire, la relation de **confiance**, à la base de l'alliance client-thérapeute, peut s'avérer très difficile à construire; elle peut se trouver fortement affectée par les circonstances entourant la démarche thérapeutique. D'abord, on l'a vu, l'appareil pénal impose d'emblée certaines conditions que l'individu doit respecter, même si celui-ci se retrouve en traitement dans une ressource ne relevant pas directement de la justice. Or, cette situation fait en sorte que le thérapeute se voit souvent forcé d'adopter une position d'autorité qui ne concorde pas nécessairement avec ses aspirations professionnelles. Comme beaucoup d'individus judiciairisés ont de la difficulté à manoeuvrer dans un contexte d'autorité (qui leur rappelle souvent le contexte de détention), la relation de confiance à la base de l'alliance thérapeutique peut être difficile à obtenir. Une participante souligne par contre le fait qu'il ne faut pas confondre contexte d'autorité (position qu'ils sont parfois appelés à occuper) et attitude autoritaire, cette dernière étant souvent l'aspect problématique de la relation, contrairement au contexte qui, lui, est plus facilement accepté du contrevenant.

2.2.2.3 Stratégies d'appariement

Comme nous l'avons vu précédemment, la clientèle toxicomane judiciairisée ne constitue pas un groupe homogène. Les individus ne possèdent pas tous le même profil, tant en ce qui concerne la toxicomanie que la délinquance. Les stratégies d'intervention devraient donc être adaptées en fonction des différents types de clients. Chacune des ressources pour toxicomanes ne peut répondre à toute la gamme des besoins spécifiques des individus, d'où l'importance d'établir des stratégies d'appariement efficaces, pour que chaque individu soit placé dans une ressource qui lui convienne.

L'appariement est d'autant plus nécessaire dans un contexte où la clientèle présente une double problématique toxicomanie-délinquance. Comme le mentionnent certains participants, nombre de ressources pour toxicomanes ne sont pas adaptées à accueillir et à traiter la clientèle judiciairisée. Les intervenants qui prennent en charge cette clientèle devraient avoir reçu une formation solide par rapport à cette double problématique et devraient se sentir à l'aise d'intervenir dans un contexte d'autorité. Ils ne devraient pas non plus hésiter à faire appel à l'expertise des intervenants du réseau partenaire, lorsqu'ils sentent que leurs connaissances ne sont pas suffisantes sur un aspect particulier. Certains efforts sont faits pour que les toxicomanes judiciairisés soient placés dans des programmes correspondant à leurs besoins. Les participants aux "groupes de discussion" affirmaient qu'il y avait à cet égard une assez bonne collaboration entre l'appareil de justice et les ressources de réadaptation. Certains centres privés de traitement, comme les maisons Mélaric et Carignan, ou certaines maisons de transition, tel le Pavillon Émmanuel Grégoire et le CCC Ogilvy, se spécialisent dans l'intervention auprès des délinquants présentant une problématique de toxicomanie. D'autres programmes, comme le programme toxico-justice du Centre Dollard-Cormier, ont mis sur pied un module de traitement spécifiquement destiné à cette clientèle, où l'accent est mis sur le développement de la motivation et où les intervenants possèdent une expertise et un intérêt pour l'intervention avec la clientèle judiciairisée. D'autres centres qui n'ont pas un bassin de population et des ressources suffisamment élevés pour développer un programme d'intervention spécialisée accueillent tout de même cette clientèle dans leurs services réguliers, en tenant compte de leurs caractéristiques particulières.

Ce thème de l'appariement client/ressource a également donné lieu à une discussion sur l'accessibilité aux services. Ainsi, les participants ont mentionné que certains milieux de traitement refusent carrément d'admettre des toxicomanes ayant des antécédents judiciaires (surtout dans les cas d'antécédents de violence). On prétend que la présence de ces individus dans ces ressources pourrait avoir un effet néfaste sur les autres clients en traitement.

2.2.2.4 Difficultés

Les représentants des services de réadaptation dénotent plusieurs difficultés qui peuvent être rencontrées dans leur contexte de pratique auprès de la clientèle judiciairisée. En ce qui concerne l'intervention comme telle, les thérapeutes doivent **apprendre à composer avec le système pénal**, ce qui n'est certes pas facile pour tous. Bien sûr, le renvoi d'un contrevenant toxicomane vers une ressource de réadaptation fait en sorte que le traitement se fait "sous contrainte". Ce faisant, le contexte judiciaire impose des contraintes aux intervenants aussi bien qu'aux contrevenants. Alors que le client se voit imposer des conséquences pour sa mauvaise adhésion au traitement (e.g. sentence; retour en prison...), par le fait même, l'intervenant se voit imposer un client plus ou moins volontaire à poursuivre la démarche de changement.

Les participants mentionnaient notamment, lors des "groupes de discussion", que tous les intervenants ne se sentent pas forcément à l'aise de pratiquer dans un **contexte d'autorité**. Les intervenants rapportent que le fait de travailler dans un tel contexte ne leur permet pas toujours d'établir une relation de confiance propice au travail thérapeutique. L'individu référé à une ressource par le système pénal aura parfois de la difficulté à distinguer ce qui relève des contraintes pénales de ce qui constitue des exigences thérapeutiques. Les intervenants doivent donc apprendre à établir distinctement les rôles de chacun, les présenter clairement aux clients référés et s'assurer qu'il ne subsiste pas d'attentes irréalistes de la part d'une des trois parties représentées.

Le **manque de ressources disponibles** pour la clientèle judiciairisée compte aussi au nombre des difficultés soulevées par les participants. Ainsi, on rapporte que les

ressources spécialisées dans la double problématique toxicomanie-délinquance sont peu nombreuses. Cette réalité est particulièrement criante chez certaines clientèles spécifiques telles que les femmes ou les individus ayant commis des délits de violence.

Finalement, on souligne le **manque criant de concertation** entre les ressources de réadaptation et l'appareil pénal, mais aussi entre les ressources elles-mêmes.

CONCLUSIONS ET PISTES DE SOLUTIONS

Le traitement du contrevenant toxicomane constitue certes une meilleure solution que son emprisonnement. On sait très bien que la prison peut représenter un lieu de solidification d'une trajectoire déviante; on ne la qualifie pas d'école du crime sans raison. Certains détenus y trouvent la confirmation de leur statut; ils y acquièrent des galons; ils y apprennent de nouvelles habiletés.

La judiciarisation ou l'incarcération peut, par ailleurs, constituer pour certaines personnes une occasion de réflexion et de rupture avec un mode de vie déviant. Elle constitue, pour bien des personnes qui en sont à leur premier contact avec l'appareil pénal, un choc, une occasion de changement. Ceci incite donc à réfléchir sur l'importance de l'offre de traitement aux personnes judiciarisées.

De par sa situation particulière aux frontières du contrôle social et de l'aide thérapeutique, l'intervention avec une clientèle référée par le système de justice est marquée par le sceau de l'ambiguïté. De quel côté se situe l'intervenant? S'agit-il d'un policier déguisé, prêt à dénoncer tout manquement aux autorités carcérales, ou d'un véritable thérapeute prêt à recevoir toutes les confidences?

L'espace clinique "coercitif" n'est pas un espace clinique "libre". À tout le moins, il n'est pas libre de doutes dans l'esprit de la personne à aider. Dans ce contexte, plusieurs questions se posent. Comment bien évaluer la motivation initiale du client? Comment la faire progresser? Comment provoquer une alliance thérapeutique? Comment la nourrir? Comment donner le goût de poursuivre un cheminement thérapeutique au-delà de la période de contrainte judiciaire?

Devant cette difficile situation, les intervenants en toxicomanie peuvent refuser les renvois du système judiciaire, alléguant l'impossibilité de travailler dans un tel contexte. Ils peuvent également les accepter, mais en fermant toutes les voies de communication entre les deux systèmes. Toutefois, ce faisant, ils n'assurent plus l'indispensable communication qui permet de clarifier les attentes et les besoins de chacun, et surtout, de coordonner les efforts en vue de la

réadaptation du contrevenant toxicomane. On sépare alors la relation d'aide de l'infraction et de la sanction qui l'ont fait naître; on la dépossède d'une continuité structurante nécessaire à sa poursuite. Chacun intervient selon sa propre philosophie plutôt que dans l'intérêt véritable du client.

L'analyse des écrits scientifiques, ainsi que l'écoute des propos des intervenants qui ont participé à nos groupes de discussion, nous laissent croire qu'il y a place pour beaucoup d'améliorations en matière d'intervention auprès d'une clientèle toxicomane judiciairisée. Au cours des quatre rencontres avec les groupes de discussion, les participants ont formulé plusieurs suggestions qui pourraient alimenter les réflexions et rendre plus efficace l'intervention en matière de toxicomanie chez une clientèle judiciairisée. Laissons donc la parole à nos participants.

Toutes les personnes interrogées s'entendaient sur la nécessité d'assurer une **meilleure concertation** entre les différents partenaires impliqués dans la double problématique "toxicomanie-justice" et une **simplification des procédures** à suivre lorsqu'un individu toxicomane est pris en charge par la justice. Cette concertation des efforts, de même que cette simplification des procédures, peut passer par différentes initiatives. Voici, à cet égard, les quatre pistes qui ont été mentionnées avec le plus de force par les participants à nos "groupes de discussion" : mettre en place des services d'évaluation et de référence en toxicomanie, développer une plus grande expertise en matière de toxicomanie et de délinquance; clarifier les rôles et présenter une position claire et sans ambiguïté aux clients et aux intervenants; trouver des solutions aux problèmes de réinsertion des personnes qui sont condamnées à une peine de prison.

Plusieurs intervenants pénaux de première ligne souhaiteraient la mise en place de **services d'évaluation et de référence** en toxicomanie qui les aideraient dans l'orientation et, éventuellement, dans la déjudiciarisation d'une partie de cette clientèle. Ce service devrait être facile d'accès (e.g. numéro 1-800, télé-avertisseur...), disponible en tout temps, et indépendant d'un centre de traitement ou d'une instance judiciaire. En ce sens, on suggère de créer un poste de coordonnateur de l'évaluation et des références qui relèverait directement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Plus tard dans le processus judiciaire, une fois la sentence donnée, on suggère la mise en place d'activités de concertation inter-ministérielles (Santé et Services sociaux, d'une part, et Justice et Sécurité publique, d'autre part) permettant l'évaluation et la

référence des cas par des experts du domaine de la délinquance et de la toxicomanie. En effet, on a trop souvent l'impression que le travail en parallèle de ces experts ne permet pas une évaluation adéquate de cette double problématique et que le manque de communication entre eux a pour effet de laisser une trop grande place à la manipulation des intervenants par des contrevenants plus soucieux de leur confort que de leur cheminement psychologique.

Pour illustrer cela, les personnes consultées nous ont fait part, entre autres, de la nécessité pour les corps policiers de pouvoir compter sur l'expertise de professionnels en matière d'évaluation de la toxicomanie. En effet, dans la présente problématique, les policiers constituent souvent les intervenants de première ligne auprès des individus toxicomanes. C'est souvent à cette étape qu'une bonne évaluation de cas est nécessaire en matière de toxicomanie. L'un des participants suggérait qu'il y ait un intervenant en toxicomanie présent dans les principaux centres opérationnels de la police des grands centres urbains, afin que la référence à une ressource pour toxicomane soit faite immédiatement, si nécessaire. On rapporte qu'un tel programme a déjà existé, mais a été retiré faute de financement. L'un des participants suggérait à cet effet qu'il y ait une ligne directe (ligne 1-800) disponible dans les centrales de police et qu'une liste de ressources accréditées⁶ pour toxicomanes soit mise à la disposition des policiers, permettant ainsi une référence rapide.

On s'accorde également pour mentionner la nécessité de **développer une plus grande expertise** en matière de toxicomanie et de délinquance. Ce développement d'expertise passe par des stratégies de formation/information des instances décisionnelles (e.g. juges, commissaires aux libérations conditionnelles...) et des professionnels en place (e.g. intervenants des divers réseaux impliqués) qui jouent des rôles déterminants dans les trajectoires pénales et de réadaptation des contrevenants toxicomanes. Malheureusement, ces personnes ne sont pas toujours bien au fait des besoins de cette clientèle, des ressources disponibles pour y répondre, ainsi que des conditions optimales de renvoi.

⁶ Le MSSS devrait éventuellement mettre en branle un processus d'accréditation des ressources en toxicomanie. En attendant que la démarche soit réalisée, l'accréditation qu'ont effectuée les services correctionnels québécois pourrait servir de guide (Verreault, Couture, Lachance, 1995).

Les participants s'entendent également pour affirmer que le système de justice peut réussir à créer une pression efficace (et jusqu'à un certain point justifiée) qui favorise l'adhésion à une démarche de changement. Toutefois, ces pressions ne devraient être utilisées que lorsque ces personnes ne sont pas déjà rejointes par des services de traitement. De plus, elles ne devraient viser que les personnes qui éprouvent réellement des problèmes de toxicomanie (et non pas les simples consommateurs ou les personnes accusées de trafic de drogues). Bien plus, avant d'être référé à un centre de traitement, le client devrait pouvoir être informé des grandes lignes d'une démarche de réadaptation, des conditions de sa réalisation, de la nature des services offerts par différents centres de traitement, du fonctionnement de ces ressources, et des attentes des thérapeutes (e.g. dévoilement de soi...). Ces réflexions mettent donc l'importance sur l'importance de **présenter une position claire et sans ambiguïté aux clients et aux intervenants**, face aux attentes des différents partis (représentants de la justice et des ressources pour toxicomanes) et face à leur rôle à jouer vis-à-vis la clientèle et ce, dès le départ. Selon le protocole d'entente entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de la Sécurité publique, ce dernier est responsable de l'évaluation de sa clientèle toxicomane, mais peut faire largement appel à l'expertise des intervenants du ministère de la Santé et des Services sociaux. Toutefois, en cas de non judiciarisation ou de déjudiciarisation, cette responsabilité incombe au ministère de la Santé et des Services sociaux (Fédération québécoise des CRPAT, 1993). La **clarification des rôles** doit insister sur le fait que l'aspect sécurité doit être réservé à ses experts, soit les intervenants pénaux. La clarification des positions adoptées touche en particulier le concept de rechute et les conséquences qui peuvent y être associées. Les intervenants du réseau pénal doivent être conscients de la signification de la rechute pour un intervenant en toxicomanie et du matériel qu'il peut y puiser si les contraintes des autorités judiciaires ne l'empêche pas d'y avoir accès.

De plus, de l'avis de plusieurs intervenants, un des problèmes majeurs se situe au niveau de la **réinsertion des personnes qui sont condamnées à une peine de prison**. Lorsque ces personnes ne reçoivent aucun traitement durant leur période de détention, elles sont généralement peu motivées à entreprendre une telle démarche une fois libérées, à moins que ce ne soit une condition spécifique de leur mise en liberté. Par ailleurs, lorsque ces personnes peuvent

bénéficier d'un traitement durant leur période d'incarcération, très souvent, elles ne pourront bénéficier de services de réinsertion directement reliés au traitement reçu durant leur incarcération.

En conclusion, bien qu'un certain nombre d'ententes "toxico-justice" régionales aient été paraphées au cours des dernières années, l'analyse de la situation actuelle, telle que dépeinte par les intervenants des réseaux sociaux et pénaux laisse l'impression que, depuis la signature du protocole d'entente entre le ministère de la Sécurité publique et le ministère de la Santé et des Services sociaux, en 1989, trop peu de progrès a été réalisé dans ce domaine au cours des dix dernières années, laissant ainsi la majorité des intervenants impliqués insatisfaits.

ANNEXE 1

Canevas pour les focus groups

CANEVAS POUR LES FOCUS GROUPS

- Parlez-nous de la difficulté d'intervenir dans un contexte d'autorité?
- Comment fonctionne la référence judiciaire dans votre secteur?
- Quels sont les types de pressions judiciaires?
- Quelles sont les sources de pressions judiciaires?
- Quels sont les problèmes rencontrés? À quel niveau?
- Peut-on évaluer correctement le toxicomane contrevenant?
- Peut-on penser avoir un impact auprès des toxicomanes lorsqu'il y a référence du système judiciaire?
 - Si oui, dans quelles conditions?
 - Si non, pourquoi?
- Est-ce que l'impact obtenu est fonction de l'intensité judiciaire? Comment la définir?
- Est-ce que certains types de clientèle toxicomane-judiciarisée nécessitent une plus grande "surveillance"?
- Quel devrait être le rôle des intervenants du réseau partenaire?
- Y a-t-il des demandes trop grandes de la part des intervenants de la Justice?
- Y a-t-il des résistances trop fortes des intervenants en toxicomanie?
- Les traitements en toxicomanie devraient-ils s'adapter à cette clientèle? Comment?

NOTES SUR LES AUTEURS

Serge Brochu détient un doctorat en psychologie de l'Université de Montréal. Il a débuté sa carrière professionnelle en tant qu'intervenant au Service correctionnel du Canada (pénitenciers Leclerc, Centre régional de réception et Millhaven) et dans un centre de réadaptation pour personnes toxicomanes (Alternatives). Professeur titulaire à l'École de criminologie de l'Université de Montréal, il s'est principalement consacré à l'étude de la relation drogue/crime, à l'intervention auprès des toxicomanes et aux politiques en matière de drogues. Au cours de sa carrière, il a publié 54 articles scientifiques, 18 chapitres de livres, 5 livres et participé à 93 conférences. Il est actuellement directeur du Centre international de criminologie comparée de l'Université de Montréal et directeur scientifique du groupe de Recherche et d'intervention sur les substances psychoactives - Québec (RISQ).

Pascal Schneeberger est criminologue depuis 1990. Il est également titulaire d'une maîtrise en criminologie de l'Université de Montréal depuis 1994. Il occupe actuellement la fonction de professionnel de recherche pour le Centre international de criminologie comparée (CICC) de l'Université de Montréal, le Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et sur la violence faite aux femmes (CRIVIFF) de l'Université de Montréal et le groupe de recherche et d'intervention sur les substances psychoactives-Québec (RISQ). Ses travaux ont particulièrement porté sur la clientèle toxicomane judiciairisée, de même que sur l'évaluation des programmes qui leur sont destinés.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Adler, P. T. (1992). The "Post" Phase of Deviant Careers : Reintegrating Drug Traffickers. *Deviant Behavior*, 13, 103-126.
- Anglin, M. D., Brecht, M. L. & Maddahian, E. (1990). Pre Treatment Characteristics and Treatment Performance of Legally Coerced Versus Voluntary Methadone Maintenance Admissions. *Criminology*, 23, 1011-1027.
- Anglin, M. D. & Hser, Y. I. (1990). Treatment of Drug Abuse. In M. Tonry & J. Q. Wilson (Eds.), *Drugs and Crime* (pp. 393-460). Chicago : The University of Chicago Press.
- Anglin, M. D. & Speckart, G. (1988). Narcotics Use and Crime : a Multisample, Multimethod Analysis. *Criminology*, 26(2), 197-233.
- Annis, H.M. (1988). Patient-Treatment Matching in the Management of Alcoholism. *National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series*, 90, 152-161.
- Annis, H.M., Graham, J.M. & Davis, C.S. (1988). Narcotics use and Crime : a Multisample, Multimethod Analysis. *Criminology*, 26(2), 197-233.
- Baekland, F. & Lundwall, L. (1975). Dropping Out of Treatment : A Critical Review. *Psychological Bulletin*, 82, 738-783.
- Ball, J. C., Rosen, L., Flueck, J. A. & Nurco, D. N. (1981). The Criminality of Heroin Addicts : When Addicted and When off Opiates. In J. A. Inciardi (Ed.), *The Drug-Crime Connection*, Chap. 2, (pp. 39-65). Beverly-Hills, CA : Sage.
- Ball, J. C. & Ross, A. (1991). *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment : Patterns, Programs, Services, and Outcome*. New York : Springer-Verlag.
- Barrette, M., Schneeberger, P. & Brochu, S. (1999). *Entrée au programme ÉCHO : Étude des différences entre les résidents qui interrompent et ceux qui terminent*. Montréal : Centre international de criminologie comparée.
- Beaudet, N., Brochu, S., Bergeron, J. & Landry, M. (1995). *Persistance en traitement et impact du processus de réadaptation des personnes toxicomanes judiciairisées admises à Domrémy-Montréal : Rapport no.5*. Université de Montréal : Centre international de criminologie comparée.
- Bellis, D. J. (1993). Reduction of AIDS Risk Among 41 Heroin Addicted Female Street Prostitutes : Effects of Free Methadone Maintenance. *Journal of Addictive Diseases*, 12(1), 7-23.
- Benda, B.B., Toombs, N.J. & Whiteside, L. (1996). Recidivism among Boot Camp Graduates : A Comparison of Drug Offenders to Other Offenders. *Journal of Criminal Justice*, 24(3), 241-253.

- Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S. & Cournoyer, L.-G. (1996). *Les déterminants de la persévérance en traitement de réadaptation pour l'alcoolisme et la toxicomanie : une approche multidimensionnelle*. Rapport final d'une recherche subventionnée par le Conseil québécois de la recherche sociale (# : RS 1351-087).
- Bianchi, E., Maremmani, I., Meloni, D. & Tagliamonte A. (1992). Controlled Use of Heroin in Patients on Methadone Maintenance Treatment, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9(4), 383-387.
- Blount, W. R., Danner, T. A., Vega, M. & Silverman, I. J. (1991). Influence of Substance Use among Adult Female Inmates. *Journal of Drug Issues*, 21(2), 449-467.
- Bourdages, A. (1992). *ÉCHO tel que rapporté par des ex-résidents du programme : L'étude qualitative d'une communauté thérapeutique en milieu carcéral*. Montréal : Université de Montréal.
- Bourgois, P. (1989). Crack in Spanish Harlem : Culture and Economy in the Inner City. *Anthropology Today*, 5(4), 6-11.
- Bourque, B. B., Han, M. & Hill, S. M. (1996). A National Survey of Aftercare Provisions for Boot Camp Graduates. Washington, D.C. : U.S. Department of Justice.
- Brecht, M. L., Anglin, M. D. & Wang, J. C. (1993). Treatment Effectiveness for Legally Coerced Versus Voluntary Methadone Maintenance Clients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 19(1), 89-106.
- Brochu, S. (1995). *Drogue et criminalité : une relation complexe*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Brochu, S., Bergeron, J., Landry, M. & Germain, M. (1999). *Intervention adaptée aux personnes toxicomanes judiciairisées*. Montréal : Centre international de criminologie comparée.
- Brochu, S., Bergeron, J., Brunelle, N., Cournoyer, L.-G., Landry, M. & Tremblay, J. (1999). *Compréhension de l'impact d'un traitement pour personnes toxicomanes-judicialisées à partir d'un modèle tripartite : l'intervention, le client et son environnement*. Demande de subvention déposée au Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS).
- Brochu, S., Bergeron, J., Landry, M., Germain, M., Schneeberger, P. (soumis pour publication). The Impact of Treatment on Criminalized Substance Addicts. *Substance Use and Misuse*.
- Brochu, S., Cournoyer, L.-G., Motiuk, L. & Pernanen, K. (sous presse). Drugs, Alcohol and Crime : Patterns among Canadian Federal Inmates. *Bulletin of Narcotics*.
- Brochu, S. & Drapeau, A. (1997). *La pratique des tribunaux face aux renvois vers les centres de traitement de la toxicomanie*. *Revue canadienne de criminologie*, 39(3), 329-356.
- Brochu, S. & Forget, C. (1990). *Revue de la littérature concernant l'intervention auprès des toxicomanes judiciairisés*. Montréal : Centre international de criminologie comparée.

- Brochu, S. & Schneeberger, P. (1995). *La réadaptation des personnes toxicomanes judiciairisées*. Montréal : Centre international de criminologie comparée.
- Brochu, S. & Schneeberger, P. (1997). *Services à offrir aux personnes présentant une double problématique toxicomanie/délinquance*. Montréal : Les cahiers de recherches criminologiques.
- Brody, S. L. (1990). Violence Associated with Acute Cocaine Use in Patients Admitted to a Medical Emergency Department. In NIDA Research Monograph Series *Drugs and Violence : Causes, Correlates, and Consequences*. Vol. 103 (pp. 44-59). Rockville, MD : National Institute on Drug Abuse.
- Burns, J., Anderson, J. F. & Dyson, L. (1997). What disciplinary Rehabilitation Unit Participants Are Saying About Shock Incarceration. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 13(2), 172-183.
- Burns, J. C. & Vito, G. F. (1995). An Impact Analysis of the Alabama Boot Camp Program. *Federal Probation*, 59(1), 63-67.
- Calogeras, R. C. & Camp, N. M. (1975). Drug Use and Aggression. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 39(4), 329-344.
- Centre canadien des statistiques juridiques (À paraître). *Les services correctionnels pour adultes au Canada 1998-1999*. Données préliminaires.
- Chaiken, J. M. & Chaiken, M. R. (1990). Drugs and Predatory Crimes. In M. Tonry & J. Q. Wilson (Eds.), *Drugs and Crime* (pp. 203-240). Chicago : The University of Chicago Press.
- Clark, C. L., Aziz, D. W. & Mackenzie, D. L. (1994). Shock Incarceration in New-York. National Institute of Justice (NIJ) : Rockville.
- Clavet, B. (1990). *Effets du programme de communauté thérapeutique La Relance sur la compétence interpersonnelle d'un groupe de détenus*. Trois-Rivières : Université du Québec à Trois-Rivières.
- Collins, J. J. & Allison, M. (1983). Legal Coercion and Retention in Drug Abuse Treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 34(12), 1145-1149.
- Collins, J. J., Hubbard, R. & Rachal, V. (1985). Expensive Drug Use and Illegal Income : A Test of Explanatory Hypotheses. *Criminology*, 23(4), 743-764.
- Correia, M. E. (1997). Boot Camps, Exercise, and Delinquency : An Analytical Critique of the Use of Physical Exercise to Facilitate Decreases in Delinquent Behavior. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 13(2), 94-113.
- Cowles, E. L., Castellano, T. C. & Gransky, L. A. (1995). "Boot Camp" Drug Treatment and Aftercare Interventions : An Evaluation Review. Washington, D.C. : U.S. Department of Justice.

- Da Agra, C. (1996). *Droga E Crime : Relatorio de Sintese doPrograma de Estudos Interdisciplinares Sobre a Experiencia Portuguesa*. Porto.
- De Leon, G. (1988). Legal Pressure in Therapeutic Communities. *Journal of Drug Issues*, 18(4), 625-640.
- Dembo, R., Washburn, M., Wish, E. D., Schmeidler, J., Getreu, A., Berry, E., Williams, L. & Blount, W. R. (1987). Further Examination of the Association Between Heavy Marijuana Use and Crime among Youths Entering a Juvenile Detention Center. *Journal of Psychoactive Drugs*, 19(4), 361-373.
- Desjardins, L., Rioux, H. & Brochu, S. (1991). *Évaluation du programme pour toxicomanes du CCC Ogilvy*. Montréal : Centre international de criminologie comparée.
- Dickey, W. J. (1994). *Evaluating Boot Camp Prisons*. Washington, D.C. : Campaign for An Effective Crime Policy.
- DiClemente, C.C. & Hughues, S.O. (1990). Stages of Change Profiles in Outpatient Alcoholism Treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2, 217-235.
- DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K., Velicer, W.F., Velasquez, M.M. & Rossi, J.S. (1991). The Process of Smoking Cessation : An Analysis of Precontemplation, Contemplation and Preparation Stages of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304.
- Elliott, D. S., Huizinga, D. & Menard, S. (1989). *Multiple Problem Youth : Delinquency, Substance Use, and Mental Health Problems*. New York : Springer-Verlag.
- Ethridge, P. A. & Sorensen, J. R. (1997). An Analysis of Attitudinal Change and Community Adjustment among Probationers in a Country Boot Camp. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 13(2), 139-154.
- Faupel, C. E. (1986). Heroin Use, Street Crime, and the "Main Hustle" : Implications for the Validity of Official Crime Data. *Deviant Behavior*, 7(1), 31-45.
- Fédération québécoise des CRPAT (1993). *Les collaborations entre les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres personnes toxicomanes et les milieux judiciaires : position provinciale*. Montréal : Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes.
- Field, G. (1985). The Cornerstone Program : A Client Outcome Study. *Federal Probation*, 49(2), 50-55.
- Field, G. (1989). The Effects of Intensive Treatment on Reducing the Criminal Recidivism of Addicted Offenders. *Federal Probation*, 53(4), 51-56.
- Fisher, D.G. & Anglin, M.D. (1987). Survival Analysis in Drug Program Evaluation. Part I. Overall Program Effectiveness. *International Journal of the Addiction*, 22(2), 115-134.

- Gandossy, R. P., Williams, J. R., Cohen, J. & Haarwood, H. J. (1980). *Drugs and Crime : A Survey and Analysis of the Literature*. Washington : U.S. Department of Justice.
- General Accounting Office (1997). *Drug Courts : Overview of Growth, Characteristics, and Results*. United States : Committee on the Judiciary, U.S. Senate, and the Committee on the Judiciary, House of Representatives. Document internet <http://www.access.gop.gov/cgi-bin/getdoc.cgi/dbname-gao&docid-ngg9/106.txt> récupéré le 13 juin 1999.
- Girard, A. (1991). *Relance : Statistiques 1985-1991*. Waterloo : Centre de réhabilitation de Waterloo.
- Goldstein, P. J., Brownstein, H. H., Ryan, P. J. & Bellucci, P. A. (1989). Crack and Homicide in New-York City, 1988 : A Conceptually Based Event Analysis. *Contemporary Drug Problems*, 16(2), 651-687.
- Gottheil, E., McLellan, A.T. & Druley, K.A. (1981). *Matching Patient Needs and Treatment Methods in Alcoholism and Drug Abuse*. Springfield : Thomas
- Gottheil, E., Sterling, R.C. & Weinstein, S.P. (1993). Diminish Illicit Drug Use as a Consequence of Long-Term Methadone Maintenance. *Journal of Addictive Disease*, 12(4), 487-501.
- Grapendaal, M., Leuw, E. & Nelen, H. (1995). *A World of Opportunities : Lifestyle and Economic Behavior of Heroin Addicts in Amsterdam*. Albany : State University of New York.
- Hall, W. (1997). The Role of Legal Coercion in the Treatment of Offenders with Alcohol and Heroin Problems. *The Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 30, 103-120.
- Hammersley, R., Forsyth, A. & Lavelle T. (1990). The Criminality of New Drug Users in Glasgow. *British Journal of Addiction*, 85(12), 1583-1594.
- Hser, Y. I., Anglin, M. D. & Chou, C. P. (1992). Narcotics Use and Crime among Addicted Women : Longitudinal Patterns and Effects of Social Interventions. in T. Mieczkowski (Ed.), *Drugs, Crime, and Social Policy : Research, Issues, and Concerns* (pp. 197-221). Florida : Allyn and Bacon.
- Hser, Y., Prendergrast, M., Anglin, M., Chen, J. & Shied, S. (1998). A Regression Analysis Estimating the Number of Drug-Using Arrestees in 185 U.S. Cities. *American Journal of Public Health*, 88(3), 487-490.
- Hubbard, R. L., Collins, J. J., Rachal, J. V. & Cavanaugh, E. R. (1988). The Criminal Justice Client in Drug Abuse Treatment. *National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series* ,(86), 57-80.
- Hunt, D. E. (1990). *Drugs and Consensual Crimes : Drug Dealing and Prostitution*. In M. Tonry & J. Q. Wilson (Eds.), *Drugs and Crime* (pp. 259-202). Chicago : The University of Chicago Press.

- Inciardi, J. A. (1987). Crime and Alternative Patterns of Substance Abuse. in C. D. Chambers, J. A. Inciardi, D. M. Petersen, H. A. Siegal & O. Z. White (Eds.), *Chemical Dependencies : Patterns, Cost, and Consequences* (pp. 485-523). London : Ohio University Press.
- Inciardi, J. A. & Martin, S. S. (1993). Drug Abuse Treatment in Criminal Justice Settings. *Journal of Drug Issues*, 23(1), 1-6.
- Johnson, B. D., Goldstein, P. J., Preble, E., Schmiedler, J., Lipton, D. S., Spunt, B. & Miller, T. (1985). *Taking Care of Business : The Economics of Crime by Heroin Abusers*. Toronto : Lexington.
- Joseph, H. (1973). A Probation Department Treats Heroin Addicts. *Federal Probation*, 37, 35-39.
- Joseph, H. & Dole, V. P. (1970). Methadone Patients on Probation and Parole. *Federal Probation*, 34, 42-48.
- Kinlock, T. W. (1991). Does Phencyclidine (PCP) Use Increase Violent Crime? *Journal of drug Issues*, 21(4), 795-816.
- Laflamme-Cusson, S. & Moisan, C. (1993). *Le cheminement de la clientèle adulte des établissements publics de réadaptation de la toxicomanie*, étude conjointe du ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'équipe Recherche et intervention sur les substances psychoactives-Québec (RISQ), 124 pp.
- Landry, M., Lamarche, P., Boislard, J. & Nadeau, L. (1994). *L'alcoolisme et les autres toxicomanies*. In F. Dumont, S. Langlois & Y Martin (Éds.), *Traité des problèmes sociaux du Québec* (pp. 179-195). Québec : Institut québécois de recherche sur la culture.
- Leuw, E. (1995). *Drug Addiction and Methadone Maintenance in the Dutch Societal Context*. The Netherlands : Ministry of Justice, Research and Documentation Centre.
- Levine, M. & Singer, S. I. (1988). Delinquency, Substance Abuse, and Risk Taking in Middle Class Adolescents. *Behavioral Sciences and the Law*, 6(33), 386-400.
- Lipton, D. S. (1995). *The Effectiveness of Treatment for Drug Abusers Under Criminal Justice Supervision*. Washington, D.C. : U.S. Department of Justice.
- Longo, D.A., Lent, R.W. & Brown, S.D. (1992). Social Cognitive Variables in the Prediction of Client Motivation and Attrition. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 447-452.
- Lutze, F. E. & Marenin, O. (1997). The Effectiveness of a Shock Incarceration Program and a Minimum Security Prison in Changing Attitudes toward Drugs. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 13(2), 114-138.
- MacCormick, A. H. (1963). Correctional Views on Alcohol, Alcoholism, and Crime. *Crime and Delinquency*, 9(1), 15-28.

- MacKenzie, D. L. (1990). Boot Camp Prisons : Components, Evaluations, and Empirical Issues. *Federal Probation*, LIV, 44-52.
- MacKenzie, D. L. (1993). Boot Camp Prisons in 1993. *National Institute of Justice Journal*, 227, 21-28.
- MacKenzie, D. L. (1991). The Parole Performance of Offenders Released from Shock Incarceration (Boot Camp Prisons) : A Survival Time Analysis. *Journal of Quantitative Criminology*, 7(3), 213-236.
- MacKenzie, D. L. & Brame, R. (1995). Shock Incarceration and Positive Adjustment During Community Supervision. *Journal of Quantitative Criminology*, 11(2), 111-142.
- MacKenzie, D. L., Brame, R., McDowall, D. & Souryal, C. (1995). Boot Camp Prisons and Recidivism in Eight States. *Criminology*, 33(3), 327-357.
- MacKenzie, D. L. & Parent, D. G. (1992). Boot Camp Prisons for Young Offenders. in J. M. Byrne, A. J. Lurigio & J. Petersilia (Eds.), *Smart Sentencing the Emergence of Intermediate Sanctions* (pp. 103-119). Newbury Park : SAGE Publications.
- Mackenzie, D. L. & Souryal, C. (1995). Inmates' Attitude Change During Incarceration : A Comparison of Boot Camp with Traditional Prison. *Justice Quaterly*, 12(2), 501-530.
- Magura, S., Rosenblum, A., Lewis, C. & Joseph, H. (1993). The Effectiveness of In-Jail Methadone Maintenance. *Journal of Drug Issues*, 23(1), 75-99.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1980). Determinants of Relapse : Implications for the Maintenance of Behavior Change. In P. Davidson & S. Davidson (Eds.). *Behavioral Medicine : Changing Lyfstyles*. New York : Brunner/Mazel.
- Mathlas, R. E. & Mathews, J. W. (1991). The Boot Camp Program for Offenders : Does the Shoe Fit? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 35(4), 323-327.
- Maugh, T. H. & Anglin, M. D. (1994). Court-Ordered Drug Treatment Does Work. *The Judges' Journal*, (Winter), 10-13, 38-40.
- McBride, D. C. & McCoy, C. B. (1982). Crime and Drugs : The Issues and Literature. *Journal of Drug Issues*, 12(2), 137-152.
- McDermott, R. R., Gigliotti, C. J. & Stafford, R. (1988). New-York State Department of Corrections Comprehensive Drug Treatment Strategy. New-York : New York State Department of Correctional Services.
- Messmer, C. R. & Brown, H. A. (1991). Beyond the 80s : The Emergence of a Model Substance Abuse Treatment Program Within the Correctional Setting. *American Jails*, 4(5), 114-120.
- Mieczkowski, T. (1990). Crack Distribution in Detroit. *Contemporary Drug Problems*, 17(1), 9-30.

- Miller, W.R.M. (1989). Matching Individuals with Interventions. In W.R. Miller & R.K. Hester (Eds). *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches : Effective Alternatives* (pp. 261-271) Elmsford, NY : Pergamon.
- Millson, W.A. & Weekes, J.R (1996). The effects of neuropsychological impairment on offender performance in substance abuse treatment. Ottawa : Service correctionnel du Canada. Document internet <http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/forum/e062/e062d.shtml> récupéré le 24 octobre 1999.
- Millson, W.A., Weekes, J.R. & Lightfoot, L.O. (1996). Le programme prélibératoire pour toxicomanes : Analyse des résultats intermédiaires et postlibératoires. Ottawa : Service correctionnel du Canada. Document internet <http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/r40/tocf.shtml#t> récupéré le 24 octobre 1999.
- Morash, M. & Rucker, L. (1990). A Critical Look at the Idea of Boot Camp as a Correctional Reform. *Crime & Delinquency*, 36(2), 204-222.
- Mumola, C.J. (1998). Substance Abuse and Treatment, State and Federal Prisoners, 1997. Washington : Bureau of Justice Statistics.
- National Institute of Justice (1996). Boot Camp Research and Evaluation for Fiscal Year 1996. *National Institute of Justice Solicitation*.
- National Institute of Justice (1996). Corrections-Based Drug Abuse Treatment. Rockville : National Institute of Justice.
- National Institute of Justice (1994). Researchers Evaluate & Shock Incarceration Programs. Rockville : U.S. Department of Justice.
- National Institute on Justice (1992). Searching of Answers : Annual Evaluation Report on Drugs and crime : 1992. Washington : U.S. Department of Justice.
- Nurco, D. N., Hanlon, T. E. & Kinlock, T. W. (1991). Recent Research on the Relationship Between Illicit Drug Use and Crime. *Behavioral Sciences & the Law*, 9, 221-242.
- Pattison, E.M., Sobell, M.B. & Sobell, L.C. (1977). Emerging Concepts of Alcohol Dependence. New York : Springer.
- Pernanen, K. (1995). Alcohol and Crime. Second International Symposium on the Economic and Social Costs of Substance Abuse. Ottawa : Canadian Center on Substance Abuse.
- Pernanen, K. (1981). Theoretical Aspects fo the Relationship between Alcohol Use and Crime. in J. J. Collins (Ed.), *Drinking and Crime* (pp. 1-69). New York : Guilford Press.
- Poirier, M., Brochu, S. & Forget, C. (1990). ECHO : Program of Personal Development for Inmates. *Federal Probation*, 54, 57-62.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical Therapy : Toward a More Integrative Model of Change. *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.

- Salmon, R. W. (1982). The Role of Coercion in Rehabilitation of Drug Abusers. *Journal of Offender Counseling, Services and Rehabilitation*, 6(4), 59-70.
- Samuels, H. (1991). Criminal Histories and Addictions Addressed in a Rehabilitative Setting. *American Jails*, 5(4), 100-102.
- Saunders, B., Wilkinson, C. & Philips, M. (1995). The Impact of a Brief Motivational Intervention with Opiate Users Attending a Methadone Program. *Addiction*, 90, 415-424.
- Schneeberger, P., Barrette, M., Desrosiers, M. & Brochu, S. (1999). *Évaluation du programme de communauté thérapeutique STOP*. Montréal : Centre international de criminologie comparée.
- Schneeberger, P. & Brochu, S. (accepté pour publication). *L'intervention en toxicomanie auprès des personnes judiciairisées : les intervenants se prononcent*. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*.
- Schneeberger, P., Lauzon, P. & Brochu, S. (1996). *Le traitement avec méthadone auprès des personnes judiciairisées : la situation québécoise*. *Psychotropes : Revue internationale des toxicomanies*. 2(4), 57-72.
- Schnoll, S. H., Goldstein, M. R., Antes, D. E. & Rinella, V. J. (1978). The Impact of Legal Involvement on Substance Abusers in a Residential Treatment Setting. Pennsylvania : Eagleville Hospital and Rehabilitation Center.
- Schwartz, J.R. & Schwartz, L.P. (1998). The Drug Court : A New Strategy for Drug Use Prevention. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 25(1), 255-268.
- Sechrest, D. K. (1989). Prison "Boot Camps" Do Not Measure Up. *Federal Probation*, 53, 15-20.
- Senay, E.C. (1985). Methadone Maintenance Treatment. *International Journal of the Addiction*, 20(6/7), 803-821.
- Service correctionnel du Canada (1996). *Revue de la littérature sur les techniques de traitement en toxicomanie*. Ottawa : Service correctionnel du Canada. Document internet <http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/litrev/treatmod/tocf.shtml> récupéré le 24 octobre 1999.
- Shaffer, J. W., Nurco, D. N., Ball, J. C., Kinlock, T. W., Duszynski, K. R. & Langrod, J. (1987). The Relationship of Preaddiction Characteristics to the Types and Amounts of Crime Committed by Narcotic Addicts. *International Journal of the Addictions*, 22(2), 153-165.
- Shaw, J. W. & Mackenzie, D. L. (1992). The One-Year Community Supervision Performance Of Drug Offenders and Louisiana Doc-Identified Substance Abusers Graduating from Shock Incarceration. *Journal of Criminal Justice*, 20, 501-516.
- Simpson, D. D., Joe, L. J., Lehman, W. E. K. & Sells, S. B. (1986). Addiction Careers : Etiology, Treatment, and 12-Years Follow-Up Outcomes. *Journal of Drug Issues*, 16(1), 107-121.

- Speckart, G. & Anglin, M. D. (1986). Narcotics Use and Crime : An Overview of Recent Research Advances. *Contemporary Drug Problems*, 13(4), 741-769.
- Steer, R. A. (1980). Psychosocial Correlates of Retention in Methadone Maintenance. *International Journal of the Addictions*, 15(7), 1003-1009.
- Sun, C. (1977). Involvement of Treatment Centre Inmates in Metahdone Treatment Schemes. Hong Kong : Hong Kong Prison Department.
- Torres, S. (1996). An Effective Supervision Strategy for Substance Abusing Offenders. *Federal Probation*, 61(2), 38-44.
- Trace, M. (1998). Tackling Drug Use in Prison : A Success Story. *International Journal of Drug Policy*, 9, 277-282.
- Tuchfeld, B. S., Clayton, R. R. & Logan, J. A. (1982). Alcohol, Drug Use, and Delinquent and Criminal Behaviors among Male Adolescents and Young Adults. *Journal of Drug Issues*, 12(2), 185-198.
- Turcotte, L. (1988). *Unité toxicomanie, fonctionnement, programme*. Projet toxicomanie de Donnacona en collaboration avec le Centre Portage.
- U.S. Department of Justice (1991). Sourcebook of Criminal Justice Statistics 1990. Washington : Bureau of Justice Statistics.
- Van Stelle, K. R., Mauser, E. & Moberg, D. P. (1994). Recidivism to the Criminal Justice System of Substance-Abusing Offenders Diverted Into Treatment. *Crime and Delinquency*, 40(2), 175-196.
- Verreault, S., Couture, P. & Lachance, C. (1995). *Appréciation des centres privés offrant des services de réadaptation aux personnes toxicomanes. Bilan et perspectives*. Montréal : Direction générale des Services correctionnels.
- Vito, G. F., Wilson, D. G. & Keil, T. J. (1990). Drug Testing, Treatment, and Revocation : A Review of Program Findings. *Federal Probation*, 54(3), 37-43.
- Wagoner, J. L. & Piazza, N. J. (1993). Group Therapy for Adult Substance Abusers on Probation. *Journal of Offender Rehabilitation*, 19(3-4), 41-56.
- Weiner, H., Silberman, A., Glowacki, P. & Folks, W. C. (1997). Effective Treatment for Addicted Criminal Justice Clients. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 15(4), 17-32.
- White House (1994). *National Drug Control Strategy*. Washington : White House
- Wish, E. D. (1988). Urine Testing of Criminals : What Are We Waiting for? *Journal of Policy Analysis and Management*, 7, 551-554.