



« Centre d'entraide La boussole inc. »

6, rue Court, GRANBY, (Québec), J2G 4Y5

Téléphone et télécopieur (450) 378-6116

Courriel : rene.gagnon@centrelaboussole.ca

**Intervention de réadaptation  
du comportement d'abus ou de dépendance  
aux substances psychotropes  
en contexte de justice pénale.**

Par:

**René GAGNON**, s.a.m.

Intervenant en toxicomanie

Présentation au XXI<sup>e</sup> Colloque  
de l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec  
*Qualité des services et des interventions en toxicomanie*  
St-Hyacinthe (Québec)

OCTOBRE 1993

et

Présentation dans le cadre d'une formation en toxicomanie  
sous l'initiative de l'A.S.R.S.Q.  
Trois-Rivières (Québec)

MAI 1994

**Copyright © 1994 [Centre d'entraide La boussole inc.]. Tous droits réservés.**

**TABLE DES MATIERES**

TABLE DES MATIERES .....	1
AVANT PROPOS .....	3
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	4

EXPERTISE DE L'AUTEUR .....	5
A) - EXPERTISE RECONNUE PAR LE MILIEU JUDICIAIRE ET PAR LE MILIEU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. ....	5
B) - CONFÉRENCIER.....	6
C) - MEMBRE DES COMITÉS DE LA STRUCTURE PARTICIPATIVE DU CSSSM (Régie régionale).....	6
D) - FORMATION .....	7
E) - ASSOCIATIONS .....	8
1.0- BREF APERÇU DES SERVICES OFFERTS EN RÉADAPTATION DES TOXICOMANIES AUPRES DE LA CLIENTELE JUDICIARISÉE.....	8
1.1- Le réseau public relevant du M.S.S.S.....	8
1.2 - Les services correctionnels relevant du M.S.P.....	10
1.3 - Le service correctionnel du Canada au Québec. ....	11
1.4 – Conclusion.....	12
2.0 - INTERVENTION EN CONTEXTE COERCITIF .....	12
2.1 - Mise en situation.....	12
2.2 - Les problèmes posés par le traitement involontaire. ....	14
3.0 - MODELES D'INTERVENTION AUPRES D'UNE CLIENTELE NON VOLONTAIRE .....	19
3.1 - Une revue de la recherche .....	19
3.2 - Cadre conceptuel permettant une efficacité du traitement non-volontaire. ....	22
CONCLUSION .....	24
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	iii

## **AVANT PROPOS**

Les propos de mon entretien se limitent à la clientèle adulte et judiciarisée. Il n'a pas pour but de déterminer les facteurs psychosociaux pouvant prédisposer à la toxicomanie et ou à la criminalité, mais seulement de permettre d'établir certaines balises dans l'intervention de réadaptation du comportement d'assuétude auprès d'une clientèle dont le consentement est donné dans un contexte coercitif. Bien que des stratégies d'intervention puissent être différentes auprès des femmes, je me limiterai à l'intervention auprès des hommes parce qu'ils composent 90% de la clientèle référée par le système judiciaire au «*Centre d'entraide la Boussole inc.*». La clientèle de «*La maison d'entraide pour toxicomanes la Chrysalide inc.*» est uniquement masculine et adulte. 60% de celle-ci est également référée par le système judiciaire.

### ***Note aux lectrices et aux lecteurs:***

*L'emploi du masculin n'a pour but que d'alléger le texte. Le lecteur est donc prié d'y voir aussi le féminin à chaque fois qu'il apparaîtra approprié de le faire.*

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

*AEC* *Alcohol Education Course*

**M.S.S.S.** Ministère de la Santé et des services sociaux

**M.S.P.** Ministère de la Sécurité publique

**S.C.C.** Service correctionnel du Canada

## EXPERTISE DE L'AUTEUR

### ***A) - EXPERTISE RECONNUE PAR LE MILIEU JUDICIAIRE ET PAR LE MILIEU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.***

Depuis 1984, je suis reconnu comme expert en toxicomanie par la *Cour du Québec, chambre criminelle et pénale* (district judiciaire de Bedford, de Montréal, de St-Hyacinthe et de Drummondville) et par la *Cour d'Appel du Québec*<sup>1</sup>.

Dans l'arrêt KIRBY, les juges de la Cour d'appel ont rendu un jugement selon l'argumentation que je leur ai présentée dans le rapport d'évaluation d'un détenu.

Dans le district judiciaire de Bedford, environ **une centaine de contrevenants me sont référés annuellement dans une ordonnance de traitement** par la *Cour du Québec, chambre criminelle et pénale*.

Dans ce même district judiciaire, je suis consultant en toxicomanie auprès de *La commission québécoise des libérations conditionnelles*, auprès du *Service de probation du Québec*, auprès des centres de détention du Québec (*Centre de détention de Cowansville, le Centre de réhabilitation de Waterloo*) et auprès des maisons de transition ou de réinsertion sociale pour détenus en voie de libération totale. À chaque année, environ **50 personnes me sont référées pour un traitement en consultation** par ces divers organismes.

Les dispensateurs des soins de santé et des services sociaux me réfèrent Également certains clients qui ont une problématique de toxicomanie et qui sont dans un processus judiciaire. Ces référants sont: les Dr. ST-HILAIRE, RÉMILLARD et DIENES, psychiatres; les C.L.S.C. (Haute-Yamaska et La Pommerai), le Centre de réadaptation de la Montérégie (service publique en toxicomanie), du C.S.S. (Haut Richelieu / section Granby).

Selon M. Gérard Pierre BÉDARD, directeur à la Direction de la participation communautaire du Ministère de la Sécurité publique, il n'existe aucun service comparable dans la Province de Québec à ceux offerts par le « *Centre d'entraide la Boussole inc.* »

La qualité des services dudit organisme est reconnue par Monsieur Jacques HÉROUX, responsable de la planification, recherche et Évaluation, au Ministère de la Sécurité publique et l'organisme est cité en exemple dans une publication officielle dudit Ministère, en 1988, intitulée « *La toxicomanie en milieu correctionnel* ».

---

<sup>1</sup> ELSWORTH KIRBY, APPELANT -accusé, c. SA MAJESTÉ LA REINE, INTIMÉE - poursuivante. No: 500-10-000350-916 (455-01-000898-910), code valideur = B9U965SRRK, jugement rendu le sixième jour d'avril mil neuf cent quatre-vingt-douze.

L'implantation, sur tout le territoire de la Province de Québec, d'un organisme comme « *La Boussole* » est considérée comme une avenue de solution pour aider les toxicomanes contrevenants à éviter l'incarcération ou encore à les assister dans une démarche de réadaptation en sentence de probation et ou d'incarcération<sup>2</sup>.

### ***B) - CONFÉRENCIER***

À la demande du comité de formation de l'*Association des services de réhabilitation sociale du Québec*, je donnerai, en mai 1994, une formation en toxicomanie, d'une durée d'une journée, pour des intervenants travaillant auprès des contrevenants.

À la demande de la directrice générale de l'« *Association des intervenants en toxicomanie du Québec* », j'ai donné un atelier sur le traitement involontaire des toxicomanes en contexte de justice pénale lors du colloque annuel de cette association, tenu en octobre 1993. Une copie de cet atelier a été demandée par le *Centre de réadaptation Montérégie* et par le *Service de probation* de la région de Trois-Rivières.

À la demande de la maison de transition pour détenus en voie de libération totale, à Granby, dans le cadre d'un contrat avec le Ministère de la Sécurité publique, en mars 1993, j'ai donné une session de formation de deux jours en toxicomanie auprès des agents de relations humaines travaillant dans le réseau communautaire auprès d'une clientèle délinquante adulte pour les régions socio-sanitaires de la Montérégie et de l'Estrie. Un nouveau contrat a été signé pour une session en mai 1994.

En 1991, le Centre des services sociaux de Cowansville m'a demandé de donner un atelier, pour leur personnel, sur l'évaluation des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie et sur les principaux types de traitement qui se sont avérés efficaces en réadaptation.

### ***C) - MEMBRE DES COMITÉS DE LA STRUCTURE PARTICIPATIVE DU CSSSM (Régie régionale)***

En février 1994, j'ai été élu à la vice-présidence du regroupement régional des organismes communautaires en toxicomanie de la Montérégie. Ce regroupement a pour objectifs principaux : a) collaborer avec la Régie régionale dans l'établissement d'un plan régional d'organisation de services en toxicomanie pour la région socio-sanitaire de la Montérégie ; b) établir des critères de reconnaissance de qualité dans la prestation de service en toxicomanie dispensés par les organismes communautaires; c) de promouvoir

---

<sup>2</sup>Jacques HÉROUX. *La toxicomanie en milieu correctionnel*. Ministère de la Sécurité publique, DIRECTION DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE, Sainte-Foy, 1988, pp. 19-20.

la concertation avec le réseau public tout en respectant l'identité communautaire des organismes; et d) de faire des représentations auprès de la Régie Régionale pour assurer un financement juste et équitable du réseau communautaire.

De 1986 à 1993, j'ai été membre du *Comité permanent des services en alcoolisme et autres toxicomanies*, structure participative du Conseil de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie. J'ai été élu à la vice-présidence de ce comité en 1991.

Ce comité consultatif est disparu depuis l'application de la Loi 120 sur les services de santé et les services sociaux. Il avait pour objectif de voir à l'organisation, à la planification, à l'analyse des besoins, à la concertation et au développement des services en toxicomanie alcoolique et autres dans la région socio-sanitaire de la Montérégie.

De 1989 à 1993, j'ai Été membre du *Comité régional de prévention des toxicomanies*, structure participative du Conseil de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie.

Ce comité a les mêmes objectifs en matière de prévention primaire des toxicomanies que le *Comité permanent* en matière de service en réadaptation.

De 1991 à 1993, j'ai été membre du comité sous-régional de prévention primaire des toxicomanies, pour la région correspondante au territoire desservi par le Département de Santé communautaire Honoré-Mercier.

#### ***D) - FORMATION***

Je suis diplômé de l'Université de Montréal où j'ai reçu un baccalauréat ès art (B.A.), dont un certificat en toxicomanie.

J'effectue présentement, aussi à l'Université de Montréal, une **Maîtrise en Service social** avec une spécialisation en toxicomanie. Le mémoire consiste en une recherche qualitative afin de montrer les résultats, en contexte de justice pénale, de l'intervention de réadaptation auprès de toxicomanes contrevenants.

*Note: Pour être admis à la Maîtrise en service social, il faut être bachelier en service social ou être bachelier dans une science humaine proche de l'intervention psychosociale. Dans ce dernier cas, la personne doit obligatoirement faire des stages supervisé en milieu de travail par un professeur universitaire.*

*Mon expérience de travail, à elle seule, m'a permis d'être admis à la Maîtrise et d'être dispensé des stages en milieu de travail.*

## ***E) - ASSOCIATIONS***

- Depuis 1986, je suis membre de l'«*Association des intervenants en toxicomanie du Québec*».
- Depuis 1992, le «*Centre d'entraide la Boussole inc.*» est membre de l' «*Association des services en réhabilitation sociale du Québec*».

## **1.0- BREF APERÇU DES SERVICES OFFERTS EN RÉADAPTATION DES TOXICOMANIES AUPRES DE LA CLIENTELE JUDICIARISÉE.**

### ***1.1- Le réseau publique relevant du M.S.S.S.***

Les services publics de réadaptation des toxicomanies au Québec sont passablement bien structurés. Depuis une décennie, le Ministère de la Santé et des Services sociaux a mis en place tout un dispositif pour que chaque citoyen puisse retrouver dans sa région un service de réadaptation gratuit et de qualité. Les services sont dispensés aussi bien par des centres d'accueil de réadaptation que par des centres hospitaliers ou des organismes privés fortement subventionnés ou même conventionnés<sup>3</sup>.

Malgré l'existence du «*Protocole de partage des responsabilités entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux et le Ministère de la Sécurité publique concernant l'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes contrevenantes adultes.*»<sup>4</sup>, le réseau public tarde à offrir des services spécifiques de réadaptation des toxicomanies à une clientèle qui est en cours de processus judiciaire pénal, de la mise en accusation jusqu'à la fin de l'exécution de la sentence<sup>5</sup>. Cette mise à l'Écart repose sur le

<sup>3</sup>Source: Mario BERTRAND et al. *Rapport du groupe de travail sur la lutte contre la drogue*. Les Publications du Québec, Québec, 1990, Annexe 16, Ressources publiques offrant des services de réadaptation aux personnes toxicomanes, pp. 145-149.

<sup>4</sup>On peut obtenir une copie de ce document en s'adressant aux coordonnateurs interministériels:  
M. Jean-Claude FORTIER, Directeur de la DPCDC, 2525 boul Laurier, Tour St-Laurent, 9e étage, Sainte-Foy, (Québec) G1V 2L2.  
M. Pierre MICHAUD, Coordonnateur ministériel, Protocole / application protocole M.S.S.S.-M.S.P., 1005, chemin Ste-Foy, Québec, (Québec), G1S 4N4.

<sup>5</sup>Conversations téléphoniques avec les responsables des admissions ou avec des intervenants du réseau public: Domrémy Montréal, Domrémy Pointe-du-Lac, CH de Roberval, Foyer Jean-Patrice-Chiasson et j'en passe. De plus, M. Mario LÉVESQUE, chargé cours à l'Université de Montréal, dans le cadre du certificat en toxicomanie, mentionnait que la communauté thérapeutique très connue «*Centre d'accueil Le Portage* n'accepterait que 20 % de personnes contrevenantes. Selon les «*Statistiques correctionnelles du Québec 1991-1992*», ce dernier établissement n'aurait accueilli que 60 personnes contrevenantes. Alors que pour la même année de référence, «*La Maison Mélaric* » en a admis 153.



fait que la clientèle judiciarisée ne serait pas motivée à modifier ses comportements, mais elle Échangerait plutôt une sentence d'emprisonnement contre une thérapie.

Plusieurs documents officiels signalent malheureusement ce déficit dans la réadaptation des toxicomanes contrevenants. Tout premièrement, le «*Rapport du groupe de travail sur la lutte contre la drogue*»<sup>6</sup>, en se référant à des documents internes du Ministère de la Sécurité publique<sup>7</sup>, indique que le consommateur qui se retrouve en milieu carcéral serait peu intéressé à solutionner son problème de toxicomanie. Considérant que 70 % à 80% des incarcérations au Québec seraient reliées à l'abus ou à la dépendance de substances psychotropes<sup>8</sup>; considérant les coûts exorbitants pour l'État québécois reliés à l'usage et au trafic de drogues illégales, coûts estimés à 1.2 milliard \$ en 1988<sup>9</sup>; le groupe de travail sur la lutte contre la drogue, faisait la recommandation suivante:

« de s'assurer que les toxicomanes du milieu carcéral et des services de probation puissent avoir accès, en toute confidentialité, à des services de santé, de réadaptation et de relation d'aide adaptées à leur condition, afin d'intervenir sur les facteurs de risque pour la santé, de les aider à entreprendre une démarche de sobriété et de prévenir la rechute; que ces services soient accessibles, conformément au protocole d'entente sur les soins de santé, intervenu en 1989, entre le ministère de la Sécurité publique et le ministère de la Santé et des Services sociaux»<sup>10</sup>;

S'appuyant sur cette recommandation, les «*Orientations ministérielles à l'Égard de l'usage et de l'abus des psychotropes*» du M.S.S.S. spécifie qu' «en collaboration avec les autorités compétentes, des services devront être adaptés aux besoins de la *clientèle judiciarisée*»<sup>11</sup><sup>12</sup>. Malgré que la Régie régionale de la Montérégie dans la «*Proposition d'allocation budgétaire en toxicomanie, 1992-1993*»<sup>13</sup>. identifiait clairement comme client»le cible les personnes judiciarisées, il n'y a eu aucune somme attribuée au

---

<sup>6</sup>Mario BERTRAND et al. *op. cit.* p. 10.

<sup>7</sup>Jacques HÉROUX. *op. cit.*, p. 5.

<sup>8</sup>Mario BERTRAND et al, *op. cit.*, p. 24.

<sup>9</sup>Idem, p. 22.

<sup>10</sup>Idem, p. 66.

<sup>11</sup>Les mots « clientèle judiciarisée » sont soulignés dans le texte original.

<sup>12</sup>Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Orientations ministérielles à l'égard de l'usage et de l'abus des psychotropes*. Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1990, p. 23.

<sup>13</sup>Maurice ROY, coordonnateur Secteur de la réadaptation, et Robert BARIL, agent de coordination en toxicomanie. *Proposition d'allocation budgétaire en toxicomanie, 1992-1993*. Conseil de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie. Direction de la coordination de service à la clientèle. Présentation aux membres du comité permanent des services en alcoolisme et toxicomanie pour la réunion ordinaire du 1er juin 1992. Version 5, Longueuil, 8 juin 1992.

développement de service pour cette clientèle, malgré qu'une demande a été effectuée en ce sens par un organisme communautaire<sup>14</sup>.

Dans le «*Portrait de la littérature québécoise en toxicomanie. Dossier II: La réadaptation.*»<sup>15</sup>, aucune recherche évaluative concernant spécifiquement les services à une clientèle judiciarisée n'a été recensée. De plus, les problèmes juridiques, comme caractéristiques sociodémographiques, ne sont précisés que dans une seule recherche, soit celle concernant un programme spécifique pour femmes itinérantes<sup>16</sup>. Enfin, l'auteure recommande qu'il devrait exister toute une gamme de service, reflétant une diversité d'approches, de modalités de traitement et d'objectifs visés dans l'intervention, qui correspond à la diversité des clients<sup>17</sup>.

Dans les priorités de recherche du M.S.S.S. dans le domaine de la toxicomanie<sup>18</sup>, bien que la description de l'État de la situation spécifie que certaines populations sont difficilement rejointes, telles les détenus<sup>19</sup>, les services spécifiques à une clientèle contrevenante brillent par leur absence dans l'annexe 2, intitulée «*Liste des thèmes spécifiques de recherche mentionnés par les divers milieux consultés*»; brillent également par leur absence des représentants du Ministère de la Sécurité publique sur le comité aviseur sur la recherche et l'évaluation en toxicomanie<sup>20</sup>.

Il est donc aisé de conclure que, malgré une volonté politique, les toxicomanes contrevenants sont actuellement laissés pour compte par des appareils d'État et que ces derniers négligent même de soutenir les organismes hors du réseau public qui se spécialisent auprès de ce type de clientèle.

## **1.2 - Les services correctionnels relevant du M.S.P.**

Selon le «*Protocole de partage des responsabilités entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux et le Ministère de la Sécurité publique concernant l'accès aux services*

---

<sup>14</sup>Cette demande a été formulée par « *Le Centre d'entraide la Boussole inc.* ».

<sup>15</sup>Claire CHAMBERLAND. *Portrait de la littérature québécoise en toxicomanie. Dossier II La réadaptation.* Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service de l'évaluation, réadaptation et services de longue durée, Québec, © 1990, 149 p.

<sup>16</sup>idem, p. 100.

<sup>17</sup>Idem, pp. 66-68.

<sup>18</sup>Johanne GAUTHIER. *Avis no 1 du comité aviseur sur la recherche et l'évaluation en toxicomanie au Ministère de la Santé et des Services sociaux sur les priorités de recherche dans le domaine de la toxicomanie.* Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1992, 17 p.

<sup>19</sup> Idem, p. 2.

<sup>20</sup>Johanne GAUTHIER. *op. cit.*, Annexe I. Liste des membres du comité aviseur sur la recherche et l'évaluation en toxicomanie.

*de santé et aux services sociaux pour les personnes contrevenantes adultes.*», est sous la responsabilité du réseau de la santé et des services sociaux la réadaptation de la toxicomanie auprès de la clientèle relevant de la responsabilité des services correctionnels (de la mise en accusation jusqu'à la fin de l'exécution de la sentence). Les services correctionnels quant à eux (Service de probation et Centres de détention) doivent assumer le dépistage, l'évaluation sommaire, la référence et le soutien de la motivation à entreprendre un cheminement de réadaptation chez les personnes toxicomanes relevant de leur juridiction.

Le rôle des agents de probation et correctionnels est de savoir reconnaître des problèmes de dépendances aux substances psychotropes et d'orienter les personnes vers les ressources appropriées qu'elles soient du réseau public, du réseau privé ou du réseau communautaire, selon les pratiques et les modèles d'intervention qui seraient les plus adéquats selon l'évolution personnelle de chaque individu. Il ne se fait pas de réadaptation du comportement d'assuétude à l'intérieur des prisons.

Dans la pratique, l'interface entre le réseau correctionnel et les services en réadaptation des toxicomanies se fait à la pièce dans chaque district judiciaire selon les ressources disponibles et les critères d'admissibilité de chaque organisme (en excluant majoritairement les établissements du réseau public de réadaptation des toxicomanies).

Selon les commentaires recueillis auprès de différents organismes communautaires, certains centres de détention auraient comme priorité de libérer des places en prison, plutôt que de promouvoir un cheminement du détenu et de s'assurer de la qualité de l'intervention de l'organisme d'accueil. Fort heureusement, d'après les renseignements recueillis auprès de divers intervenants en justice pénale, cela ne serait pas la règle dans la majorité des centres de détention.

### ***1.3 - Le service correctionnel du Canada au Québec.***

Plutôt que de reléguer la tâche de réadaptation au réseau public de la santé et des services sociaux relevant du M.S.S.S., le Service correctionnel du Canada au Québec offre dans leurs propres établissements de détention des programmes de réadaptations spécifiques à leur clientèle<sup>21</sup>. De plus, le S.C.C. a établi des contrats de service avec des organismes privés ou communautaires qui offrent un programme de réadaptation en interne afin d'accueillir des détenus en libération conditionnelle.

---

<sup>21</sup>Source: Mario LÉVESQUE. Intervention en contexte d'autorité. Cours du certificat en toxicomanie de l'université de Montréal. Les établissements de Cowansville, de Donacona, de Drummondville et Leclerc offrent des programmes différents allant de la communauté thérapeutique à un programme progressif de libération.

## **1.4 – Conclusion**

La majorité de la clientèle judiciarisée, pour obtenir des services de réadaptation du comportement de dépendance aux substances psychotropes, se trouve reléguée au réseau communautaire dans lequel, on le sait, la qualité des services varie vraiment d'un organisme à l'autre. Plusieurs poussent comme des champignons et ne durent que le temps des roses.

## **2.0 - INTERVENTION EN CONTEXTE COERCITIF**

### ***2.1 - Mise en situation***

Le Canada est le deuxième pays au monde où le taux d'incarcération des citoyens est le plus élevé<sup>22</sup>, et ce n'est que depuis une vingtaine d'années que les ministères de la Justice et de la Sécurité publique, au Québec, songent véritablement à des mesures alternatives à l'incarcération lors du prononcé de la sentence. La « surpopulation » dans les centres de détention tant de juridiction provinciale que fédérale en est assurément une cause.

Par contre l'échec de l'incarcération elle-même comme mesure réhabilitante a poussé les services correctionnels à offrir divers programmes pour permettre une meilleure réinsertion sociale. Ces programmes sont disponibles lors de la détention ou comme condition de mise en liberté conditionnelle ou accompagnant l'ordonnance de probation.

Il est à noter qu'avant la création du Service de probation du Québec en 1968, ce sont uniquement les organismes communautaires qui offraient support et encadrement aux détenus en voie de libération totale<sup>23</sup>. Les programmes de réadaptation en contexte de justice pénale ne sont donc pas choses toutes nouvelles.

Mais l'efficacité de ces programmes passés et présents a été grandement critiquée. En effet, les personnes ne participeraient aux divers programmes que parce qu'elles y seraient obligées en vertu d'une ordonnance de la Cour du Québec ou comme condition préalable à l'obtention de bénéfices secondaires, tels une remise en liberté plus rapide suite à une peine d'emprisonnement ou lors de l'enquête sur caution<sup>24</sup>, l'Évitement de l'incarcération par la présentation d'un « certificat de bonne conduite » émis par un responsable de programme de réadaptation<sup>25</sup> suite à la participation au dit programme.

---

<sup>22</sup>Charles GAGNON. *L'inextricable fouillis des mesures alternatives à l'incarcération. étude des politiques correctionnelles québécoises et de leurs effets sur le réseau communautaire*. Montréal, Association des Services de Réhabilitation Sociale du Québec, 1993, p. 23, non publié.

<sup>23</sup>Charles GAGNON, op. cit. , note infrapaginale no 4, p. 5.

<sup>24</sup>Libération sous caution: remise en liberté en attente de procès après avoir été arrêté et incarcéré.

<sup>25</sup>Réadaptation du comportement ayant eu comme conséquence la commission d'un délit criminel: violence conjugale, abus sexuel, toxicomanie, etc.

Les prévenus<sup>26</sup> comme les détenus négocieraient donc d'une certaine façon l'entrée en thérapie plutôt que de se voir infliger une sentence d'emprisonnement si courte soit-elle<sup>27</sup>. Plusieurs centres de réadaptation des toxicomanies du réseau public ou parapublic<sup>28</sup> ont amèrement constaté que ce n'est qu'une très faible minorité parmi la clientèle judiciairisée qui s'impliquerait réellement dans un processus thérapeutique et que la très grande majorité ne fait qu'y passer leur temps tout en faisant des obstructions au travail thérapeutique pour la clientèle sociale<sup>29</sup>. C'est pourquoi, généralement, l'admission dans les centres de réadaptation des toxicomanies n'est possible pour la clientèle judiciairisée que lorsque toutes les procédures judiciaires sont terminées. Ainsi, la motivation réelle des gens à vouloir résoudre leurs problèmes peut être vérifiée.

D'après les pratiques d'intervention des centres du réseau public en réadaptation des toxicomanies, les deux types de clientèles sociale et judiciairisée seraient fort différentes: la première serait volontaire et motivée et la seconde aurait les attitudes contraires. Mais, est-ce vraiment conforme à la réalité?

Pour la clientèle sociale, on entrerait en thérapie parce qu'on aurait pris conscience d'un problème et qu'on voudrait le résoudre. La motivation reposerait donc uniquement sur de bonnes intentions. Par contre, l'expérience démontre clairement que les gens ne changent que lorsqu'ils y sont vraiment obligés parce que des pertes douloureuses sont alors la conséquence d'un non-changement, telle une perte d'emploi, la perte d'un-e conjoint-e, la perte de la garde légale des enfants, une perte financière, une perte de contact ou de liens significatifs avec la famille d'origine ou consensuelle, etc.<sup>30</sup> La perte de la liberté par l'incarcération ne fait que s'ajouter à la longue liste des pertes réelles ou appréhendées accompagnant un non-changement. De plus, exactement comme le système judiciaire, la famille, les amis et l'employeur peuvent exercer des pressions pour que l'individu entre en « traitement ».<sup>31</sup> Bref, « on s'impliquera dans son problème que lorsqu'on est acculé au pied du mur »<sup>32</sup>.

---

<sup>26</sup>Prévenu: personne incarcérée en attente de procès et ou de sentence.

<sup>27</sup>Les personnes connaissant le système correctionnel, avant de prendre la décision d'entrer en thérapie interne, feront un calcul pour connaître approximativement la date où elles retrouveront leur liberté selon la durée de l'intervention ou selon la sentence d'emprisonnement appréhendée. Elles choisiront le plus souvent le chemin qui conduit le plus rapidement à une remise en liberté, et ce indifféremment de la reconnaissance de leurs situations qui les ont amenés derrière les barreaux.

<sup>28</sup>Source: conversations téléphoniques avec les responsables des admissions du réseau public en toxicomanie.

<sup>29</sup>Je définis la clientèle sociale, dans ce document, comme étant une personne qui n'est pas dans un processus judiciaire relevant du code criminel lors de la demande de service ou durant le temps que dure l'intervention.

<sup>30</sup>Michael F. CROWLEY. "Judicial Sentencing: An Aid or Hindrance to Treatment" in VAMOS Peter A. et Paul J. Corriveau. *Drogue et Société. D'aujourd'hui à l'an 2000. Actes du XIV Congrès des communautés thérapeutiques*. Le programme de Portage relatif à la dépendance à la drogue Inc., Montréal, 1992, p. 475.

<sup>31</sup>Mitcell S. ROSENTHAL, m.d. "Treatment and Corrections: A Necessary Alliance." in VAMOS, Peter A.

Enfin, il ne faut pas oublier que la clientèle dite « volontaire » a les mêmes mécanismes de résistance dans le processus de réadaptation que celle qui est non volontaire:

« En fait, pour maintes raisons, bénéficiaires volontaires et non volontaires présentent sensiblement les mêmes caractéristiques de départ: non-reconnaissance des problèmes ou définition différente; résistance, difficulté ou incapacité de les exprimer; non-motivation à être traité ou inacceptation du statut d'infériorité ou d'inadéquation que suscite la difficulté, la maladie ou l'inadaptation; résistance, désaccord ou refus des actions de solution ou de traitement envisagées.»<sup>33</sup>

La seule chose qui est vraiment différente, c'est que la clientèle judiciaire aura à faire face à la justice si elle ne se conforme pas à son engagement thérapeutique librement accepté<sup>34</sup> dans le contexte coercitif d'une ordonnance de la Cour du Québec, ou des commissions québécoise et canadienne des libérations conditionnelles.

Il est donc aisé de conclure que la clientèle volontaire et non-volontaire présente des similitudes, Étant sauf les résistances propres au contexte coercitif dont je parlerai plus loin. Mais l'ordonnance de traitement pose divers problèmes et il vaut la peine d'analyser aussi les enjeux qui y sont sous-jacents.

## **2.2 - Les problèmes posés par le traitement involontaire.**

Le traitement involontaire pose des problèmes d'éthique chez la majorité des professionnels de la santé et des services sociaux. En effet, selon les valeurs de leur code de déontologie, ils ne peuvent accepter comme clients que des personnes qui viennent de leur propre chef. Ainsi, l'ordonnance de traitement par un tribunal est une entrave à la libre autodétermination des individus à désirer recevoir de l'aide et à choisir de qui cette aide proviendra<sup>35</sup>.

---

et Paul J. Corriveau, *op. cit.*, p. 545.

<sup>32</sup>Noël GARNEAU, « *La sentence judiciaire : aide ou obstacle à la thérapie?* » in VAMOS Peter A. et Paul J. CORRIVEAU, *op. cit.*, p. 483.

<sup>33</sup>Jean GOSSELIN. « *La relation d'aide en contexte d'autorité* » in *Intervention* de la C.P.T.S.Q., Montréal, Hiver 79, no 54 p. 6.

<sup>34</sup>A moins qu'une personne ne dispose plus de son libre arbitre, aucune personne n'est légalement obligée d'accepter un traitement conformément aux chartes canadienne et québécoise des droits et liberté. La personne accepte librement le traitement comme condition de remise en liberté ou comme faisant partie intégralement d'une sentence. L'ordonnance a pour seule fin de garder un contrôle légal sur une personne au cas de non conformité à être un bon citoyen, i.e. l'obéissance aux lois en vigueur, et ainsi ladite personne fera face à des sanctions légales. S'il y a eu ordonnance de traitement c'est que ladite personne reconnaît que les actes criminels reprochés ont pour origine un comportement "pathologique" qu'il faut traiter afin d'éviter la récidive.

<sup>35</sup>Cyrus S. BEHROOZI. *ÔA Model for Social Work with Involuntary Applicants in Groups.* Ô in *Social Work*

L'ordonnance de traitement sous certaines conditions de remise en liberté pose également un problème éthique dans l'intervention de réadaptation. Régulièrement, les toxicomanes contrevenants sont remis en liberté à la condition de ne consommer aucune substance psychotrope, sauf sur avis médical, et de ne pas fréquenter les endroits où il y a consommation d'alcool sur place, sauf les restaurants. Alors que fait-on avec la rechute qui fait partie intégrante du processus de réadaptation? Comment peut-on négocier, à la fois, avec la Cour et avec l'individu sans perdre de crédibilité ni auprès de l'un, ni auprès de l'autre? Comme le fait remarquer l'honorable Juge TITONE la Cour d'appel de l'État de New-York, si les manquements aux ordonnances ne sont pas immédiatement référés à la Cour, il s'ensuit un manque de confiance envers l'institution ou le praticien à qui le toxicomane a été référé.

Sur le plan de la réadaptation, la participation volontaire à un traitement semble un préalable essentiel au succès de l'intervention d'après les recherches de Paradise and Wilder (1979) et de Vriend and Dyer (1973) citées par Behroozi (1992) dans « *A Model for Social Work with Involuntary Applicants in Groups* »<sup>36</sup>. Le même auteur cite également à l'appui d'autres recherches qui stipulent que le traitement involontaire amène non seulement des attitudes négatives (Corey and Corey (1987)), mais que cela est inefficace (Mitcell and Piatkowska (1974) et Romano and Young (1981)) et qu'il peut même y avoir des conséquences adverses chez les participants (Cornbleth, Freedman and Baskett(1974))<sup>37</sup>.

De plus, même si d'autres recherches ont, semble-t-il, prouvé l'efficacité du traitement involontaire, Ward (1979)<sup>38</sup> remet en question le devis de ces recherches entreprises par Haynes (1973), Davis and Ditman (1963), Rosenberg and Liftik (1976), Pratt (1975), Gallant (1971), Ditman and Crawford (1966), Gallant et al. (1968) Schuerman et al. (1961) et Gallant et al. (1968). Il conclut qu'elles ne respectent pas la méthode scientifique de la preuve de telle sorte qu'un lien de causalité ne peut être établi de façon certaine entre les changements obtenus et l'ordonnance de traitement parce que toutes les autres variables n'ont pas été éliminées.

Par contre, pour démontrer que des attitudes négatives envers la clientèle judiciaire ne sont pas toujours justifiées, Hirschel et Keny (1990)<sup>39</sup> citent les recherches de Dunham and Mauss (1982), Salmon (1982) et Collins and Allison (1983), à l'effet que les clients non-volontaires réussissent aussi bien que les volontaires. D'un autre côté, ils citent la

---

with Groups, vol 15, no 2, 1992, pp. 224-225.

<sup>36</sup>Cyrus S. BEHROOZI, *op. cit.* pp. 225

<sup>37</sup>Idem, p. 225.

<sup>38</sup>David A. WARD. "The use of legal coercion in the treatment of alcoholism: a methodological review" in Journal of Drug Issues, vol 9, no 3, 1979, pp. 387-398.

<sup>39</sup>J. David HIRCHEL and Janet R. KENY. "Outpatient Treatment for Substance-Abusing Offenders" in Journal of Offender Counseling, Services & Rehabilitation, vol 15, no 1, pp. 118-119.

recherche de Simpson (1984) qui stipule que la possibilité de succès thérapeutique est inversement proportionnelle au taux d'arrestations et d'incarcérations avant traitement.

Enfin, le traitement involontaire fait face à des enjeux considérables.

Premièrement, l'ordonnance de traitement amène un afflux de clients vers les maisons de thérapie<sup>40</sup> qui ont de la difficulté à survivre financièrement. Au Québec, à part les établissements du réseau public et ceux qui y sont assimilés et quelques rares centres privés qui reçoivent une clientèle qui peut se permettre de se payer une thérapie<sup>41</sup>, les maisons de thérapie font face à l'indigence. Pour chaque maison, un certain quota de résidents s'avère nécessaire pour rencontrer les dépenses d'hébergement. Si le personnel désire recevoir un salaire, alors il faut augmenter le nombre de résidents. Ainsi, plusieurs maisons ont succombé à la tentation de faire du « remplissage ». Peu importe qui, le seul réel critère d'admissibilité à leur maison est que la personne soit bénéficiaire de l'aide sociale. Dans ces circonstances, le contrôle remplace la relation d'aide. Ainsi, le résident est appelé à se conformer extérieurement à un encadrement plutôt que d'apprendre à modifier son comportement et à développer ses compétences dans le cadre d'un apprentissage social, entre autre, en augmentant les aptitudes sociales, en raffinant les techniques de résolution de problème, en apprenant à relaxer et à gérer le stress. Selon Eliany et Rush (1992), ce sont ces techniques de modification du comportement qui donnent les meilleurs résultats dans la réadaptation du comportement d'assuétude<sup>42</sup>.

---

<sup>40</sup>Selon la Loi 120, *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législative*, en se référant aux articles 437, 79 et 86, nul ne peut exercer des activités de réadaptation pour personnes alcooliques et ou toxicomanes, à moins d'être titulaire d'un permis émis par le ministre ou d'être membre d'une corporation professionnelle qui exerce des activités de relations d'aide, comme les psychologues, les travailleurs sociaux, les médecins, les criminologues, les psycho-éducateurs, etc. Ainsi, tout le réseau communautaire et le réseau privé qui n'ont pas actuellement de permis exercent illégalement des activités de réadaptation. Les futures normes de reconnaissance de la qualité des services en réadaptation des toxicomanies, qui devraient être en vigueur à quelque part en 1994, devraient régulariser la situation. En attendant, tous les organismes qui ne sont pas des établissements du réseau public sont tolérés par le M.S.S.S. Cette situation porte à ambiguïté pour plusieurs organismes.

En effet, le « *Centre d'entraide la Boussole* » est accrédité par le Ministère de la Sécurité publique pour offrir des services de réadaptation à la clientèle relevant de sa juridiction, et il n'est pas encore accrédité par le M.S.S.S., car il doit attendre la promulgation des futures normes de reconnaissance en cette matière. Plusieurs autres organismes sont placés dans cette même situation.

Actuellement, il est donc difficile pour le système judiciaire de « naviguer » sur les flots de la réadaptation des toxicomanies et de référer en toute confiance auprès des différents organismes d'accueil.

<sup>41</sup>La clientèle judiciaire ne rencontre généralement pas les critères d'admissibilité de ces centres de réadaptation.

<sup>42</sup>Marc ELIANY et Brian RUSH, *L'EFFICACITÉ DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION ET DE RÉHABILITATION DE L'ALCOOLISME ET D'AUTRES TOXICOMANIES. Rapport de base de la stratégie canadienne antidrogue*, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, 1992, p. 91.



Cette façon de faire du « remplissage » n'est pas sans nuire à la crédibilité des interventions de réadaptation dans le champ de la toxicomanie. C'est une des raisons pour laquelle la Cour devient de plus en plus réticente à ordonner des traitements comme mesure alternative à l'incarcération. Un autre effet pervers du « remplissage » est l'augmentation des charges portées contre le toxicomane contrevenant et l'obtention d'une sentence plus sévère. Si l'individu décide de terminer sa thérapie avant terme et tout simplement de quitter les lieux à cause de la médiocrité de la thérapie, il se retrouve en liberté illégale et il aura une nouvelle accusation de porter contre lui. S'il respecte la procédure légale pour interrompre le traitement, le rapport de la maison de thérapie peut alors lui être très défavorable. Ainsi, le juge acquiescera difficilement à un changement de maison de thérapie et le prononcer de la sentence sera plus sévère parce que la Cour aura donné la possibilité d'une réadaptation que l'individu n'aura pas réalisée. Le toxicomane contrevenant pourra échapper à ces effets pervers, si et seulement si un expert en toxicomanie, reconnu comme tel par la Cour, peut démontrer les failles du traitement antérieur, la bonne volonté de l'individu et assurer un appariement approprié entre les besoins de l'individu et les pratiques d'intervention d'une autre maison de thérapie.

Deuxièmement, l'ordonnance de traitement d'après Peyrot (1985)<sup>43</sup>, remet entre les mains d'un praticien le sort de l'individu. Ce dernier ne peut pas contester le diagnostic du premier et il peut être contraint par la menace d'accepter ce diagnostic et de s'y conformer en conséquence. L'arrêt du traitement peut alors avoir les conséquences négatives ci-haut mentionnée dans le processus judiciaire en matière pénale. Ainsi, les droits fondamentaux de la personne peuvent être brimés. Cela ne peut qu'alimenter la révolte et la méfiance envers toute institution.

De plus, comme le fait si justement remarquer Klingemann (1987)<sup>44</sup>, l'ordonnance de traitement promeut un modèle médical de contrôle des déviances sans que l'institution judiciaire ou la société en générale ne puissent exercer de contrôle sur les pratiques d'intervention. On remet le pouvoir dans les mains des professionnels qui, au Québec, font pratiquement tous partie d'appareils d'État, et cela favorise la fabrication d'identité hétéronome<sup>45</sup>.

Finalement, Manning (1992)<sup>46</sup> considérant les aspects juridiques et politiques des psychotropes illicites, il mentionne que le contrôle social exercé sur ces derniers ne repose aucunement sur leurs propriétés pharmacologiques. Il relève plutôt d'une

---

<sup>43</sup>Mark PEYROT. "COERCED VOLUNTARISM. *The Micropolitics of Drug Treatment.*" in URBAN LIFE, vol 13, no 4, 1985, p. 343.

<sup>44</sup>Harald KLINGEMANN. "From controlling a wayward life to controlled therapeutic measures? Changes in Swiss commitment laws." in Contemporary Drug Problem, vol 14, no 1, 1987, p. 52.

<sup>45</sup>Sur l'identité produite par les appareils d'état, c.f.: Vincent de GAULEJAC. « *La gestion institutionnelle des rapports sociaux* », RIAC, 20/60, automne 1988, pp. 57-62.

<sup>46</sup>Peter K. MANNING, "The Criminal Justice System and the User" in LOWINSON, Joyce H., *Substance Abuse. A Comprehensive Textbook. Second Edition.* Williams & Wilkins, Baltimore, 1992, pp. 1019-1033.

construction de sens symbolique comme l'ont été les sorcières et les démons. La guerre à la drogue révèle l'intentionnalité sociétale de punir (d'enfermer<sup>47</sup>) et de maintenir la position des économiquement faibles (entre autres les usagers de drogues illicites) dans leur situation actuelle afin qu'il ne puisse entrer en compétition sur le plan économique, moral et politique. Ainsi, peut se maintenir l'hégémonie culturelle et les intérêts des contrôleurs<sup>48</sup>. C'est pourquoi l'auteur abonde dans le sens d'une décriminalisation des psychotropes illicites, tout en continuant d'exercer une régulation économique et morale dans leur utilisation.

Suite aux différents commentaires ci-haut mentionnés, le questionnement suivant devient pertinent: y a-t-il autant d'ordonnance de traitement pour les alcooliques que pour les toxicomanes? est-ce que le fait de consommer des produits illicites influence les tribunaux dans l'ordonnance de traitement? est ce que les alcooliques et les toxicomanes sont perçus de la même façon par les différentes instances judiciaires ou par les services correctionnels? retrouve-t-on plus de toxicomanes que des alcooliques dans nos prisons?

---

<sup>47</sup>Se sont les propos de Manning.

<sup>48</sup>Cette idée d'enfermement afin de contrôler ce qui est considéré comme dangereux n'est pas toute nouvelle.

Référence: CELLARD, André et Dominique NADON. « *ORDRE ET DÉSORDRE : LE MONTREAL LUNATIC ASYLUM ET LA NAISSANCE DE L'ASILE AU QUÉBEC* », in *RHAF*, vol 39, no, hiver 1986, pp. 345-367.

M. Cellard du département d'histoire et M. Nadon de l'école de médecine, tous deux professeurs à l'Université d'Ottawa, ont dégagé un même constat en analysant le « *Montreal Lunatic Asylum* », institut né en 1839 et fermé en 1845 au profit de l'établissement de l'asile de Beauport à Québec.

Selon ces auteurs le « *Montreal Lunatic Asylum* » avait pour fonction d'exercer un contrôle sur les « classes dangereuses », constituées par l'accroissement des pauvres en milieu urbain, suite à l'industrialisation et à la naissance du capitalisme au Québec. Se sont les conditions socio-économiques qui ont rendu cette institution désirable pour les mieux nantis. Le climat social et psychologique, permettant l'avènement d'une telle institution, s'est produit suite à la grave crise économique et démographique qui amena les Rébellions de 1837-38. C'est dans la région de Montréal que la crise économique c'est le plus fait ressentir. C'est également à Montréal que les troubles de 1837-38 se sont concentrés et c'est également à Montréal où se rencontraient le plus d'immigrants britanniques démunis.

Ainsi, le « *Montreal Lunatic Asylum* » était un instrument de régulation sociale pour retirer de la circulation une certaine catégorie d'éléments perturbateurs afin de protéger l'ordre, la sécurité, la moralité et l'humanité. Tout en ayant cette fonction de gestion des problèmes sociaux, le « *Montreal Lunatic Asylum* » avait aussi pour but la réinsertion sociale et de transformer le démuné en un élément productif pour la société.

Il est facile de voir des analogies avec les conditions socio-économiques contemporaines et celles qui prévalaient à l'époque précitée. Le « fléau » de la toxicomanie (les nouveaux indigents), selon les partisans du prohibitionnisme, requiert une « guerre » à la drogue. Les Américains ont, dernièrement, remis en question cette approche de la « guerre » qui a rempli les prisons, qui a augmenté le taux de violence et qui n'a aucunement fait baissé le taux de consommation de psychotropes illicites.

Pour alimenter la réflexion sur les alternatives à la « guerre » à la drogue, il existe présentement toute une littérature. L'ouvrage de Lyne Beauchesne intitulé « *La légalisation des drogues pour mieux en prévenir les abus.* » analyse les enjeux de la « guerre » à la drogue et il est fortement documenté.

et si oui pour quelles raisons? est-ce que l'ordonnance de traitement est une Échappatoire à la justice? une aide ou un obstacle à la réadaptation? respecte-t-il le droit à l'autodétermination des individus de consommer ou pas le produit de leur choix? dans quelles circonstances y a-t-il ordonnance de traitement? dans quelle mesure les délits criminels passés et présents vont-ils orientés un juge pour ordonner un traitement ou une sentence d'incarcération?

Toutes ces questions m'interrogent sur un autre point: y aurait-il autant d'ordonnance de traitement s'il n'y avait pas de psychotropes illicites? Question fondamentale. En effet, si c'Était la consommation de ces produits qui « charrierait » un paquet d'individus devant les tribunaux, en prisons et dans les centres de réadaptation et qu'ils ne se retrouveraient pas dans cette situation si le même produit était licite, alors l'ordonnance de traitement ne servirait qu'à légitimer les tenants de la guerre à la drogue et elle perdrait de sa pertinence. Il est donc d'une grande importance d'évaluer le plus objectivement possible l'abus ou la dépendance à un psychotrope indépendamment des pressions sociales, politiques et juridiques. D'où l'importance fondamentale d'utiliser des instruments diagnostiques et des critères de succès de réadaptation qui soient le plus possible à l'abri de ces pressions.

### **3.0 - MODELES D'INTERVENTION AUPRES D'UNE CLIENTELE NON VOLONTAIRE**

#### ***3.1 - Une revue de la recherche.***

La recherche dans l'intervention de réadaptation des toxicomanies en contexte de justice pénale est passablement limitée comme le dit M. Behroozi, professeur à l'École de service social à l'Université Indiana<sup>49</sup>. Les recherches ont surtout porté sur des pratiques d'intervention et sur le développement théorique de l'intervention, plutôt que sur l'efficacité du traitement coercitif. Dans un premier temps, j'aborderai les recherches effectuées auprès d'alcooliques.

Eliany et Rush (1992), dans l'évaluation des programmes de réadaptation en alcoolisme et en toxicomanie, cite une recherche de Brandsma (1980) concernant en outre la référence au groupe d'entraide ÒA.A.Ó par le système judiciaire<sup>50</sup>. Les résultats sont peu probants: le taux d'abandon est très élevé (68%), et il n'y avait pas de différence significative avec le groupe contrôle qui n'avait eu aucune intervention.

---

<sup>49</sup>Cyrus S. BEHROOZI, *op. cit.*, p. 223.

<sup>50</sup>Marc ELIANY et Brian RUSH, *op. cit.*, pp. 71-72.

À Boston, Argeriou et Manohar (1977)<sup>51</sup> ont effectué une recherche sur le temps requis pour le traitement des personnes accusées de conduite avec facultés affaiblies. Un plan de traitement a été fabriqué sur mesure pour chaque client selon le degré de gravité d'alcoolisme. Ainsi, il pouvait y avoir des individuels seulement ou une combinaison d'individuels ou de rencontre de groupe. Ils ont obtenu les résultats suivants: la longueur du traitement a été en fonction de la sévérité du problème d'alcool et de la coopération offerte par l'individu; une période de six mois était suffisante pour avoir un impact, mais insuffisante pour atteindre les objectifs de traitement pour une grave dépendance à l'alcool; les changements obtenus ont été en fonction du temps du traitement et ils n'étaient pas reliés au type de traitement reçu.

Une autre recherche sur le traitement coercitif des conducteurs en État d'ébriété dans la ville de Boston a été menée par McGrath et al. (1977)<sup>52</sup>. Leur recherche portait sur les difficultés de traitement chez les usagers du département d'alcoolisme du *Boston City Hospital*. Alors que tous présentaient, au début du traitement, un déni des problèmes reliés à l'alcool, ceux qui ont terminé le programme avaient changé d'attitude et de comportement vis-à-vis leur alcoolisme. Suite à l'expérimentation, quelques conclusions ont été tirées pour l'utilisation d'une méthode facilitant l'intervention auprès de la clientèle référée par le système judiciaire:

une première entrevue en individuel pour expliquer le fonctionnement du groupe;  
établir un contrat verbal et écrit sur les buts spécifiques à atteindre :

- a) l'abstinence,
- b) explorer le rôle de l'alcool dans leur vie,
- c) les changements de vie reliés au changement de comportement face à l'alcool,
- d) établir un contrat spécifique sur une abstinence totale lorsqu'il y a suffisamment de cohésion et de confiance dans le groupe;

le rôle du facilitateur (leader) doit être actif, confrontant<sup>53</sup> et aidant.

Brandsma et al. (1977)<sup>54</sup> ont découvert que la scolarité, l'aspect occupationnel et la menace d'emprisonnement n'avaient aucun effet sur la régularité à se présenter au

---

<sup>51</sup>Milton ANGERIOU and Velandy MANOHAR. "Treating the Problem Drinking Driver: Some Notes on the Time Required to Achieve Impact". in *British Journal of Addiction*, vol 72, 1977, pp. 331-338.

<sup>52</sup>Joan McGRATH, John O'BRIEN and Joseph LIFTIK. "Coercive treatment for Alcoholic Driving under the Influence of Liquor Offenders" in *British Journal of Addiction*, vol 72, 1977, pp. 223-229.

<sup>53</sup>Il serait bon de clarifier la définition du mot « confrontation ». Selon William R. MILLER & Stephen ROLLNICK dans "MOTIVATIONAL INTERVIEWING. Preparing people to change addictive behaviour", (Guilford press, New-York, 1991, pp 5-7) la confrontation doit être un but et non un style d'intervention. Se rapprochant de la philosophie de Carl ROGERS, les auteurs définissent la confrontation comme étant un atmosphère thérapeutique où les gens peuvent s'examiner eux-mêmes en toute sécurité et changer. Les auteurs ne sont aucunement d'accord avec la confrontation agressive disqualifiante de la communauté thérapeutique. Ils appuient leurs positions sur plusieurs recherches à l'effet que cette approche a plus de conséquences adverses que d'autres approches alternatives et qu'elle peut être même dangereuse pour les personnes qui ont une basse estime d'elles-mêmes. Et au contraire, l'empathie qui est à l'extrême opposée de la confrontation hostile, est associée à des succès thérapeutiques.

<sup>54</sup>Jeffrey M. BRANDSMA et al. "The Court-Probated Alcoholic and Out Treatment Attrition." in *British*

rendez-vous pour une intervention de réadaptation du comportement de dépendance à l'alcool. Par contre ceux qui poursuivent le programme se situent à l'extrême opposé sur un continuum, soit l'abus d'alcool à une dépendance sévère à l'alcool. Les auteurs de la recherche suggèrent comme explication à ce phénomène que les plus atteints ont eu peur d'une mort prématurée tandis que les moins atteints avaient peur de se détériorer davantage.

Berliner (1987)<sup>55</sup> s'est attardé à décrire les caractéristiques des personnes se retrouvant en probation suite à des accusations de facultés affaiblies dans le comté de Tarrant au Texas et qui devaient obligatoirement suivre une thérapie sur l'alcool. Cette description de la clientèle s'avère très proche de celle du «*Centre d'entraide la Boussole inc.*» où je travaille.

Ces personnes sont composées de 93% d'hommes. Parmi eux, les relations maritales manquées est la règle. 85% des individus avaient déjà été reconnus coupables antérieurement de conduite avec facultés affaiblies. 2/3 des participants avaient également un dossier criminel en d'autres matières et 39% avaient déjà été arrêté pour vol, fraude, faux chèques et trafic de drogue. La majorité avait une connaissance exhaustive du système pénal et savait « comment travailler le système ».

Dans cette étude ont été analysé le rapport à l'alcool, le rapport à l'autorité et les relations avec les femmes. Le rapport à l'alcool Était ambivalent. Les aspects positifs de boire sont: un sentiment de satisfaction, briser la solitude et le désespoir. L'aspect négatif consistait dans le fait de ne plus vouloir être dépendant de l'alcool.

Pour la majorité, la consommation d'alcool Était devenue un style de vie, car le bar Était le lieu de rencontre sociale autant pour fréquenter des amis que pour établir une nouvelle relation hétérosexuelle. S'abstenir de boire ou de cesser de fréquenter les bars devenaient donc une tâche très difficile.

Le rapport avec l'autorité est surtout marqué par des plaintes au sujet du système judiciaire, de la force policière et de l'exploitation par leur avocat. Ils faisaient la remarque qu'ils Était tous des cols bleus et qu'aucun riche ne faisait partie du groupe. Cela permettait de sous-entendre que les policiers ou le système judiciaire ne sont pas équitable et que l'argent permet aux riches de se soustraire à la Loi.

La relation avec la femme est dichotomique: elle est en même temps un objet sexuel et une mère. Le mariage est très souvent perçu comme une trappe parce qu'il demande trop d'intimité et qu'il est trop exigeant. Une minorité maintient une relation stable avec une femme et reconnait que c'est, pour eux, un élément stabilisateur.

---

Journal of Addiction, vol 72, 1977, pp. 23-30.

<sup>55</sup>Arthur K. BERLINER. "Group Counseling With Alcohol Offenders: An Analysis and Typology of DWI Probationers" in Journal of Offender Counseling, Services & Rehabilitation, Vol 1, no 2, spring/summer, 1987, pp. 33-51.

Enfin, je vais présenter une étude qui démontre l'efficacité d'un traitement coercitif. Singer (1991), dans un article intitulé « *A Non-punitive Paradigm of Probation Practice: Some Sobering Thoughts* »<sup>56</sup> rapporte qu'un programme, donné en probation, pour les personnes abusant de l'alcool, ont été plus efficaces pour éviter la récidive qu'une sentence d'emprisonnement. Ce programme, appelé « *Alcohol Education Course (AEC)* », comprend un cours sur l'alcool et sur ses effets ainsi que huit sessions de groupe de thérapie. La participation à ce programme était ordonnée par la Cour pour les personnes comportant un haut risque de récidive.

*L'HOME OFFICE STATISTICS* de la Grande-Bretagne tient des statistiques sur les types de délits commis par les personnes qui sont sentencées à la probation et celles qui sont incarcérées. Singer a utilisé ces statistiques pour répertorier les types de délits des personnes admises au programme AEC. Les résultats sont, que dans la même période de temps, on retrouve exactement le même pourcentage de type de délits chez les personnes admises au AEC que celles qui ont été incarcérées, en matière de crimes avec violence (comprenant les vols et les agressions sexuelles), de vols qualifiés et de vols simples. Bref, les participants avaient un profil beaucoup plus similaire à celui des détenus qu'à ceux qui sont généralement condamnés à une probation.

Cette recherche, effectuée sur trois ans, a démontré une baisse réelle de 11% au niveau de la récidive. Dans les douze mois suivant l'intervention, 63% des participants n'avaient pas récidivé et ce malgré un profil à très haut risque de récidive. Les participants avaient reçu en moyenne sept condamnations pour des infractions reliées à l'alcool et, souvent, tout juste avant leur participation au programme AEC.

Cette revue de la recherche sur l'efficacité du traitement non-volontaire présente un aperçu assez réaliste de la situation sur la possibilité de réussite dans cette circonstance. Il est possible maintenant d'examiner d'autres types de recherches qui ont plutôt développé un cadre théorique d'intervention qui permet de passer outre les résistances spécifiques du traitement involontaire.

### ***3.2 - Cadre conceptuel permettant une efficacité du traitement non-volontaire.***

Behroozi (1992)<sup>57</sup> décrit la dynamique des « involontaires ». La résistance qu'ils manifestent est une réponse saine qui traduit leur désir de vouloir contrôler leur propre vie. L'ordonnance de traitement peut leur sembler une menace à leur intégrité et ressentir cela comme étant une évaluation disqualifiante sur leurs compétences et sur leur capacité à résoudre leurs problèmes. Dans cette situation, l'intervenant sera perçu comme un adversaire et, sur lui, sera projeté leur colère.

---

<sup>56</sup>Lawrence R. SINGER. "A Non-punitive Paradigm of Probation Practice: Some Sobering Thoughts" in The British Journal of Social Work, Volume 21, no 6, December 1991, pp. 611-626.

<sup>57</sup>Cyrus S. BEHROOZI, *op. cit.*, pp 226-230

L'expression des résistances doit être reconnue, acceptée et encouragée, plutôt que de confronter les clients immédiatement sur leurs problèmes et de tenter d'obtenir une confession de culpabilité.

Outre l'aspect de coercition, les résistances proviennent de deux autres sources: la perception du problème et en conséquence le besoin de changement et la possibilité pour eux d'atteindre ce changement.

La pratique d'intervention dans cette situation repose sur trois processus inter-reliés: redonner du pouvoir au client, améliorer les compétences et augmenter la capacité de faire des choix. Ces trois processus seront plus orientés sur la source des résistances que ce soit sur le plan de la définition des problèmes que sur la capacité d'effectuer les changements nécessaires.

Panepinto et al. (1982)<sup>58</sup> a remarqué que l'ordonnance de traitement se faisait, la plus tard du temps, dans des établissements de réadaptation pour les personnes nécessitant une plus grande intensité de traitement. Cela a pour conséquence d'augmenter le déni chez les personnes qui ont besoin d'une intervention de réadaptation moins intensive. Pour ces dernières, une avenue de solution est d'offrir une intervention en externe, en thérapie de groupe. Le cadre conceptuel de la pratique d'intervention repose sur la théorie de la crise situationnelle, sur la théorie de « l'ajustement de la demande » et sur la théorie du développement d'un contrat entre l'intervenant et le client sur les objectifs, les tâches et la durée de l'intervention.

Milgram and Rubin (1992)<sup>59</sup> décrit les formes que peuvent prendre les résistances dans un groupe lorsqu'il y a traitement involontaire. Les comportements suivants peuvent se manifester: - expression de la colère envers l'établissement ou envers l'intervenant, - déni de l'association consommation de drogue et criminalité, - conformité superficielle, - tester les limites de l'intervenant ou de l'établissement, - silence (un individu ou tout le groupe ne participe pas), - monopoliser toute une session, - extériorisation du problème, - dévaluation du leader, - dévaluation du groupe, - éviter la collusion, - changer de sujet et - la passivité.

Berliner (1987)<sup>60</sup> décrit également de quelles manières les résistances peuvent se démontrer dans les différents rôles que peuvent jouer les participants: - le collecteur d'injustice (les autres prennent toujours avantage sur lui), - le missionnaire (il a vu la lumière - habituellement celle des « AA »- et il impose sa « rédemption » aux autres), - le vieux jeu (il est plus vieux que la moyenne et il n'a aucune intention de changer), - l'alcoolique (projection de pessimisme sur tout changement), - le membre accidentel (il a

---

<sup>58</sup>William C. PANEPINTO. "A short term group treatment model for problem-drinking drivers" in Social Work with Groups, vol 5, no 1, 1982, pp. 33-47.

<sup>59</sup>Donna MILGRAM et Jeffrey S. RUBIN. « *Resisting Resistance: Involuntary Substance Abuse Group Therapy* » in Social Work with Groups, vol 15, no 1, 1992, pp. 97-98.

<sup>60</sup>Arthur K. BERLINER. *op. cit.*, pp. 45-49.

une vie stable, il y a donc erreur), - le caractériel (il est en guerre contre la société), - le produit de la société (plus jeune que la moyenne et reflétant l'image « macho » de la consommation), - le vieux sage (personne plus vieille que la moyenne et qui a mûri à travers ses expériences).

D'après Milgram et Rubin (1992)<sup>61</sup> l'authenticité du praticien est le principe sur lequel repose la fondation pour passer outre les résistances d'une thérapie de groupe pour les toxicomanes non-volontaires. Ils illustrent le concept d'authenticité de la manière suivante : savoir être directif, être en mesure de composer avec les difficultés situationnelles des clients, n'avoir aucune attitude condamnante être empathique, respectueux, congruent, honnête, ouvert aux suggestions et prendre un rôle subordonné au groupe (ce qui est dit par un pair est beaucoup plus efficace que ce qui est dit par un expert).

D'après ces auteurs<sup>62</sup>, les objectifs du praticien se résument ainsi: créer une atmosphère de sécurité où chaque participant se sent accepté; en prenant le rôle de facilitateur, il amène le groupe à être responsable de sa réadaptation; tout en confrontant les participants sur leurs résistances aux changements, il aide à la reconstruction de l'estime de soi-même.

## **CONCLUSION**

Dans toute la documentation que j'ai consultée jusqu'à présent sur le traitement en contexte coercitif, il existe une faiblesse majeure: on ne fait pas la différence entre un criminel toxicomane et un toxicomane contrevenant. Cette distinction<sup>63</sup> est précisée par M. Jean Claude Fortier, directeur de la Participation communautaire au Ministère de la Sécurité publique.

La différence ne tient pas du jeu de mots. Dans la première situation, c'est la problématique criminelle qui est fondamentale et la toxicomanie n'est qu'un plaisir associé à cette criminalité. Dans le second cas, c'est la problématique de toxicomanie qui est première et la criminalité n'a pas d'autre fin que de soutenir la toxicomanie.

Dans le cas du criminel toxicomane, le traitement de la toxicomanie ne change rien à la problématique fondamentale et le comportement délinquant n'est pas réellement modifié par l'intervention. Dans ce cas, le criminel provoque la rechute afin de passer à la criminalité et remettre ainsi la responsabilité de ses actes sur le dos de sa toxicomanie<sup>64</sup>.

---

<sup>61</sup> Donna MILGRAM and Jeffrey S. RUBIN, *op. cit.*, p. 99-101.

<sup>62</sup> *Idem*, p. 109.

<sup>63</sup> Jean-Claude FORTIER. « *Délit et consommation* » in 7<sup>e</sup> Colloque de l'Association des Intervenants en Toxicomanie du Québec Inc., A.I.T.Q., Montréal, 1981

<sup>64</sup> L'intoxication au moment de la commission de délits sert souvent d'excuse et l'individu ne veut pas reconnaître que le psychotrope n'a servi qu'à faciliter le passage à l'acte. En effet, même intoxiqué au maximum, une personne ne fera jamais rien contre son gré qui va à l'encontre de ses valeurs



Dans le cas du toxicomane contrevenant, la réadaptation du comportement d'assuétude fait disparaître par voie de conséquence la délinquance.

Il est très important de pouvoir faire la différence entre les deux dynamiques criminelles toxicomane et toxicomane contrevenant puisque, selon le Service correctionnel du Canada, on ne retrouve que 10% des détenus en pénitenciers qui sont réellement des dépendants aux substances psychotropes, alors que 60% auraient un usage d'abus de psychotropes<sup>65</sup>. La situation est différente dans les centres de détention de juridiction provinciale où 46% de la population carcérale seraient des dépendants aux psychotropes<sup>66</sup>.

Cette différence est également importante lors du prononcé de la sentence afin de proposer une alternative à l'incarcération aux toxicomanes contrevenants et ainsi Éviter

fondamentales. J'en ai pour exemple que plusieurs beaux jeunes hommes m'ont confiés que, lorsqu'ils étaient très intoxiqués, ils ont refusés de passer à l'acte lors de sollicitations pour des relations sexuelles homosexuelles. Quelques uns ont acceptés et ils avouent que c'était par curiosité et non parce qu'ils étaient intoxiqués.

Les psychotropes retirent les inhibitions, diminuent le jugement, modifient les perceptions, altèrent l'état affectif, mais c'est ce qui est déjà à l'intérieur de la personne qui sort sous l'intoxication: ce sont donc les attitudes et les comportements conscients, inconscients ou refoulés qui sont alors extrovertis. Les substances psychotropes ne font que faciliter le passage à l'acte. Pour certaines personnes souffrant de problèmes psychiatriques, l'usage de psychotropes évite les bouffées délirantes, alors que pour d'autres elle les justifie. En tout état de cause, dès qu'une personne a une expérience suffisante dans l'emploi d'un psychotrope, elle doit être tenue responsable de son intoxication et ou de sa toxicomanie et de leurs conséquences.

Rapperport et Conti, dans le chapitre intitulé « *Legal Issues of Alcoholism* », dans l'« *Encyclopedic handbook of alcoholism* », abordent les implications légales de la définition de l'alcoolisme comme maladie. Est-ce que l'alcoolique peut être tenu criminellement responsable de ses actes commis en état d'ébriété? Même si l'alcool retire les inhibitions et que, sous l'influence de l'alcool, une personne poserait des actes qu'elle ne ferait pas normalement, elle doit être tenue responsable de ses actes. L'alcoolisme ne peut être considéré comme une excuse valable ou comme une carte blanche pour faire n'importe quoi. La Cour Suprême des États-Unis (*Powell vs Texas*) a statué que les personnes demeurent libres de prendre le premier verre et ainsi elles sont responsables des conséquences de leur choix.

Dans le même ouvrage précédemment cité, Anglin, dans le chapitre intitulé « *Alcohol and Criminality* » étudie le lien entre l'alcoolisme et la criminalité. S'appuyant sur les recherches effectuées par Bartholomew (1968), Blum (1967), Blum (1969), Collins (1980), Pernanen (1976), Roizen and Schneberk (1978) et Thinklenberg (1973), il conclue qu'on ne peut établir de lien causal entre l'alcoolisme et la criminalité. Les deux dynamiques, lorsqu'elles sont présentes en même temps chez un même individu, proviendraient de causes communes particulières à un environnement socioculturel propice au développement de l'une et l'autre problématique.

Il ne serait pas très hasardeux de tirer des conclusions similaires au sujet de la toxicomanie.

Référence: PATTISON, E. Mansell, KAUFMAN, Edward, *Encyclopedic handbook of alcoholism*, Gardner Press, New-York, 1982.

<sup>65</sup>Manassé BAMBONYf, "Community Based Programs" in VAMOS Peter A. et Paul J. Corriveau, *op. cit.*, p. 447.

<sup>66</sup>Jacques HÉROUX., *op. cit.*, p. 2.

qu'ils ne se retrouvent inutilement incarcérer. Pour l'État, la réadaptation est certainement moins coûteuse que l'incarcération.

Je me permets d'émettre une suggestion sur la pratique du système judiciaire au sujet des ordonnances de remise en liberté à la condition que l'individu « subisse » une intervention de réadaptation. Si un juge, selon la gravité objective des délits, a l'intention de prononcer une sentence d'incarcération de plus de 90 jours consécutifs, il ne devrait pas autoriser le traitement avant sentence, mais plutôt l'ordonner en sentence suite à une peine d'emprisonnement. La raison est fort simple: les acquis thérapeutiques fraîchement obtenus sont très fragiles. Une durée trop longue d'incarcération risquerait de rendre futile l'intervention de réadaptation. Si l'individu est admissible à un PEMO<sup>67</sup>, au sixième de sa sentence, il ne passera effectivement que 15 jours en prison.

Je me permets de formuler une autre suggestion sur le « *sentencing* ». Même dans le cas d'une intervention de réadaptation réussie, il devrait toujours y avoir une mesure de responsabilisation vis-à-vis les délits commis. Dans le cas contraire, on cautionne la conduite déviante parce que l'individu a été considéré comme malade, donc pas responsable de ces actes. Tout en considérant la gravité objective des délits et la responsabilité subjective de l'individu, la sentence devrait comporter l'un ou l'autre des éléments suivants: une amende, des travaux communautaires ou une incarcération semi-continue. L'ordonnance de probation sans surveillance devrait être réservée à des « cas » exceptionnels. La réadaptation est une alternative à l'incarcération et non un passe-droit à la peine relative à la commission de délits.

Ces suggestions reposent sur une approche biopsychosociale de la toxicomanie où l'individu est tenu responsable des solutions qu'il adopte pour s'adapter à la réalité. Ainsi, l'individu est responsable de sa toxicomanie et de ses conséquences, même si de nombreux facteurs psychosociaux ont contribué à l'Émergence de cette toxicomanie.

Afin de bien effectuer une Évaluation des deux dynamiques précitées du criminel toxicomane et du toxicomane contrevenant, M. Mario Lévesque, à l'emploi des S.C.C. et chargé cours à l'Université de Montréal, dans le cadre du certificat en toxicomanie, a développé une grille d'analyse selon les caractéristiques similaires et différentes du criminel et du toxicomane<sup>68</sup>.

Lundborg (1992)<sup>69</sup> suggère que les services correctionnels devraient offrir, en prison, un début d'intervention de réadaptation au lieu de seulement motiver les détenus à entreprendre un traitement pour la toxicomanie lorsqu'ils seront remis en liberté. Cette

---

<sup>67</sup>Programme d'encadrement en milieu ouvert.

<sup>68</sup>Grille présentée en annexe.

<sup>69</sup>Hans LUNDBORG. "Treatment and Corrections : A Necessary Alliance." in VAMOS Peter A. et Paul J. CORRIVEAU, *op. cit.*, p. 493.

suggestion n'est pas applicable par les services correctionnels québécois, puisque la durée moyenne de séjour comme détenus est de 37,3 jours<sup>70</sup>.

L'intervention de réadaptation des toxicomanies auprès d'une clientèle judiciairisée pose le problème de l'emplacement géographique des maisons de thérapie. Même si ces maisons s'établissent dans une zone institutionnelle, les citoyens du quartier, majoritairement, n'en veulent pas. L'Honorable Juge Titone suggère que les juges devraient s'impliquer dans ce dossier:

« Judges, who are often influential members of their home communities, also have a responsibility to assist in educating the public about the need for local drug treatment facilities. Often, community opposition to the location of a drug treatment facility in its midst can be softened by the persuasive voice of a respected local judge or other community leader.»<sup>71</sup>

Le traitement volontaire et ou involontaire de la toxicomanie ne suffiront pas à eux seuls à réduire l'incidence de la toxicomanie. Le constat de Beauchesne (1992) est très approprié :

« If we consider drug abuse as a means of adapting to problems rather than their cause, the real question can be determined : to what conditions is the person trying to adapt by using drugs? Perhaps in using this approach we would in some cases conclude that drug use seems a sane reaction to a sick environment. We might then be more inclined to try to modify situations than to modify behaviours. We might find that users of licit and illicit drugs are responding to anxiety, stress, and the hopelessness of their current conditions and of their vision of the future.»<sup>72</sup>

La réadaptation sans changement des conditions de l'environnement qui ont pu faire naître le comportement de toxicomanie peut s'avérer être une goutte d'eau qu'on jette à la mer. D'où la nécessité de travailler dans un cadre conceptuel où l'on tient compte des caractéristiques individuelles et celles du milieu et de leurs interactions mutuelles. Certains modèles d'intervention, comme l'approche systémique ou écologique, permettent alors d'intervenir chez l'individu et sur le milieu. L'organisation communautaire et l'aménagement du milieu pourraient avoir également des effets bénéfiques sur le milieu en interaction avec l'individu et vice versa. Alors il sera possible d'établir les critères de succès dans la réadaptation selon «le niveau de satisfaction

---

<sup>70</sup>Charles GAGNON. *Les services correctionnels québécois ou le règne de l'incohérence. étude des pratiques correctionnelles québécoises*. Association des services de réhabilitation sociale du Québec. Montréal, 1993, p. 61.

<sup>71</sup>Vito J, TITONE. *op. cit.*, in VAMOS Peter A. et Paul J. CORRIVEAU, *op.cit.*, p. 561.

<sup>72</sup>Lyne BEAUCHESNE. "The legalization of Drugs to Prevent their Abuse : The Need for a New Problem Definition." in VAMOS Peter A. et Paul J. CORRIVEAU, *op. cit.*, p. 193.

personnelle, la capacité de choisir sa vie, ou les conditions familiales ou socio-économiques d'une personne»<sup>73</sup>

---

<sup>73</sup>Lyne BEAUCHESNE. « *Approche économique-politico-juridique des toxicomanies* » in Peter A. VAMOS et Paul J. CORRIVEAU, *op. cit.*, p. 187.

**ANNEXE I. Grille différentielle entre des traits des « personnalités » criminelle et toxicomane**

CRIMINEL	TOXICOMANE
1. Connaître l'autre pour mieux le contrôler (mécanisme d'adaptation). Il faut toujours que quelqu'un lui en doive une.	1 Manipulation pour sa survie. S'assurer des avantages personnels pour sa survie.
2. Contact égocentrique avec l'univers. N'a pas de considération pour les autres. Organisation en fonction de ses besoins.	2 Contact égocentrique, idem.
3. Capacité d'insight/ d'introspection faible et peu ou pas d'intention d'introspection.	3. Intention et développement d'insight
4. menteur - par commission - par omission. Il faut être vite et subtil.	4. Habilité et propension à mentir - menteur par commission - menteur par dénie
5. Sentiment de puissance : Importance de l'image de puissance.	5. Sentiment d'impuissance.
6. Entrevue : concentration sur soi de façon paranoïde (j'ai la vision juste de la chose, si dans mon chemin tasse-toi). Les autres sont là pour m'empêcher de parvenir à mes fins. Donc conduite de risque par défi toujours plus loin dans la consommation et dans les délits.	6. Centration sur soi de façon dépressive
7. Recherche émotion forte à tout prix (le « thrill » dans l'illégalité) le « thrill » de jouer avec sa vie. Dans la « dope » : garder contrôle même avec quantité excessive et dangereuse.	7. Sensation forte provenant de la substance par soulagement.  Le « trip » devient une fin en soi jusqu'à perte de contrôle.
8. Besoin de satisfaction immédiate comme un enfant et perte de contrôle dans la satisfaction de ses besoins.	8.Idem
9. Sentiment de dévalorisation : vient de la société et d'autrui (ils m'ont arrêtés les cochons)	9. Sentiment de dévalorisation : vient de soi-même.
10. Lutte intérieure (conscience) peu visible au premier abord.	10.Lutte intérieure plus visible.
11. Drogue : plaisir dans la liberté.	11.Drogue : plaisir "craving" "rituel" dans l'anesthésie.
12. Freins moraux : peu	12.Freins moraux évidents.
13. Acting-out : acte d'agression tourné vers	13.Acting-out : vers sa personne

l'extérieur. Vite non contrôler vers soi ou les autres suite à l'anxiété.	
---	--

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ANGERIOU, Milton and Velandy MANOHAR. "Treating the Problem Drinking Driver: Some Notes on the Time Required to Achieve Impact". in British Journal of Addiction, vol 72, 1977, pp. 331-338.
- BAMBONYÉ, Manassé, « *Community Based Programs* » in VAMOS Peter A. et Paul J. Corriveau. *Drogue et Société. D'aujourd'hui à l'an 2000. Actes du XIV Congrès des communautés thérapeutiques*. Le programme de Portage relatif à la dépendance à la drogue Inc., Montréal, 1992, pp. 447-449.
- BEAUCHESNE, Lyne, « *Approche Économico-politico-juridique des toxicomanies* » in VAMOS Peter A. et Paul J. Corriveau. *Drogue et Société. D'aujourd'hui à l'an 2000. Actes du XIV Congrès des communautés thérapeutiques*. Le programme de Portage relatif à la dépendance à la drogue Inc., Montréal, 1992, pp. 187-191.
- BEAUCHESNE, Lyne, "The legalization of Drugs to Prevent their Abuse : The Need for a New Problem Definition." in VAMOS Peter A. et Paul J. Corriveau. *Drogue et Société. D'aujourd'hui à l'an 2000. Actes du XIV Congrès des communautés thérapeutiques*. Le programme de Portage relatif à la dépendance à la drogue Inc., Montréal, 1992, pp. 192-195.
- BEAUCHESNE, Lyne, *La légalisation des drogues pour mieux en prévenir les abus*. Montréal, Editions du Méridien, 1991.
- BEHROOZI, Cyrus S., "A Model for Social Work with Involuntary Applicants in Groups." in Social Work with Groups, vol 15, no 2, 1992, pp. 223-238..
- BERLINER, Arthur K., "Group Counseling With Alcohol Offenders: An Analysis and Typology of DWI Probationers" in Journal of Offender Counseling, Services & Rehabilitation, Vol 1, no 2, spring/summer, 1987, pp. 33-51.
- BERTRAND, Mario et al. *Rapport du groupe de travail sur la lutte contre la drogue*. Les Publications du Québec, Québec, 1990,
- BRANDSMA, Jeffrey M. et al. "The Court-Probated Alcoholic and Out Treatment Attrition." in British Journal of Addiction, vol 72, 1977, pp. 23-30.
- CELLARD, André et Dominique NADON. « *ORDRE ET DÉSORDRE : LE MONTREAL LUNATIC ASYLUM ET LA NAISSANCE DE L'ASILE AU QUÉBEC* », in RHAF, vol 39, no, hiver 1986, pp. 345-367.

- CHAMBERLAND, Claire. *Portrait de la littérature québécoise en toxicomanie. Dossier II La réadaptation*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service de l'évaluation réadaptation et services de longue durée, Québec, 1990.
- CROWLEY, Michael F., "Judicial Sentencing: An Aid or Hindrance to Treatment" in VAMOS Peter A. et Paul J. Corriveau. *Drogue et Société. D'aujourd'hui à l'an 2000. Actes du XIV Congrès des communautés thérapeutiques*. Le programme de Portage relatif à la dépendance à la drogue Inc., Montréal, 1992, pP. 473-476.
- ELIANY, Marc et Brian RUSH, *L'EFFICACITÉ DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION ET DE RÉHABILITATION DE L'ALCOOLISME ET D'AUTRES TOXICOMANIES. Rapport de base de la stratégie canadienne antidrogue*. Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, 1992.
- FORTIER, Jean-Calude . « *Délit et consommation* » in 7e Colloque de l'Association des Intervenants en Toxicomanie du Québec Inc., A.I.T.Q., Montréal, 1981.
- GAGNON, Charles. *L'inextricable fouillis des mesures alternatives à l'incarcération. Étude des politiques correctionnelles québécoises et de leurs effets sur le réseau communautaire*. Montréal, Association des Services de Réhabilitation Sociale du Québec, 1993, non publié.
- GAGNON, Charles, *Les services correctionnels québécois ou le règne de l'incohérence. Étude des pratiques correctionnelles québécoises*. Association des services de réhabilitation sociale du Québec. Montréal, 1993.
- GARNEAU, No'1, « *La sentence judiciaire : aide ou obstacle à la thérapie?* » in VAMOS Peter A. et Paul J. Corriveau. *Drogue et Société. D'aujourd'hui à l'an 2000. Actes du XIV Congrès des communautés thérapeutiques*. Le programme de Portage relatif à la dépendance à la drogue Inc., Montréal, 1992, pp. 483-484.
- de GAULEJAC, Vincent, « *La gestion institutionnelle des rapports sociaux* », RIAC, 20/60, automne 1988, pp. 57-62.
- GAUTHIER, Johanne. *Avis no 1 du comité aviseur sur la recherche et l'Évaluation en toxicomanie au Ministère de la Santé et des Services sociaux sur les priorités de recherche dans le domaine de la toxicomanie*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1992.
- GOSSELIN, Jean. « *La relation d'aide en contexte d'autorité.* » in Intervention de la C.P.T.S.Q., Montréal, Hiver 79, no 54, pp. 5-14.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Orientations ministérielles à l'égard de l'usage et de l'abus des psychotropes*. Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1990.



- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Protocole de partage des responsabilités entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux et le Ministère de la Sécurité publique concernant l'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes contrevenantes adultes.*, Ministère de la Sécurité publique, Ste-Foy, (Québec), 1989.
- HÉROUX, Jacques. *La toxicomanie en milieu correctionnel*. Ministère de la Sécurité publique, DIRECTION DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE, Sainte-Foy, 1988.
- HIRCHEL, J. David and Janet R. KENY. "Outpatient Treatment for Substance-Abusing Offenders" in Journal of Offender Counseling, Services & Rehabilitation, vol 15, no 1, pp. 111-130.
- KLINGEMANN, Harald, "From controlling a wayward life to controlled therapeutic measures? Changes in Swiss commitment laws." in Contemporary Drug Problem, vol 14, no 1, 1987, pp. 51-77.
- LÉVESQUE, Mario. Intervention en contexte d'autorité. Cours du certificat en toxicomanie de l'université de Montréal.
- LUNDBORG, Hans, "Treatment and Corrections : A Necessary Alliance" in VAMOS Peter A. et Paul J. Corriveau. *Drogue et Société. D'aujourd'hui à l'an 2000. Actes du XIV Congrès des communautés thérapeutiques* .Le programme de Portage relatif à la dépendance à la drogue Inc., Montréal, 1992, pp. 492-495.
- MANNING, Peter K., "The Criminal Justice System and the User" in LOWINSON, Joyce H., *Substance Abuse. A Comprehensive Textbook. Second Edition*. Williams & Wilkins, Baltimore, 1992, pp. 1019-1033.
- McGRATH, Joan, O'BRIEN, Joan and Joseph LIFTIK. *Coercive treatment for Alcoholic "Driving under the Influence of Liquor" Offenders*" in British Journal of Addiction, vol 72, 1977, pp. 223-229.
- MILGRAM, Donna and Jeffrey S. RUBIN. "Resisting Resistance: Involuntary Substance Abuse Group Therapy" in Social Work with Groups, vol 15, no 1, 1992, pp. 95-110..
- MILLER, William R. & Stephen ROLLNICK. *MOTIVATIONAL INTERVIEWING. Preparing people to change addictive behavior*. Guilford press, New-York, 1991.
- PANEPINTO, William C., "A short term group treatment model for problem-drinking drivers" in Social Work with Groups, vol 5, no 1, 1982, pp. 33-47.
- PATTISON, E. Mansell, KAUFMAN, Edward, *Encyclopedic handbook of alcoholism*, Gardner Press, New-York, 1982.

- PEYROT, Mark, “*COERCED VOLUNTARISM. The Micropolitics of Drug Treatment.*” in URBAN LIFE, vol 13, no 4, 1985, p. 343-365.
- ROSENTHAL, Mitchell S., m.d. “*Treatment and Corrections: A Necessary Alliance*” in VAMOS Peter A. et Paul J. Corriveau. *Drogue et Société. D’aujourd’hui à l’an 2000. Actes du XIV Congrès des communautés thérapeutiques.* Le programme de Portage relatif à la dépendance à la drogue Inc., Montréal, 1992, pp 544-547.
- ROY, Maurice, coordonnateur Secteur de la réadaptation, et Robert BARIL, agent de coordination en toxicomanie. *Proposition d’allocation budgétaire en toxicomanie, 1992-1993.* Conseil de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie. Direction de la coordination de service à la clientèle. Présentation aux membres du comité permanent des services en alcoolisme et toxicomanie pour la réunion ordinaire du 1er juin 1992. Version 5, Longueuil, 8 juin 1992.
- SINGER, Lawrence R., “*A Non-punitive Paradigm of Probation Practice: Some Sobering Thought*” in The British Journal of Social Work, Volume 21, no 6, December 1991, pp. 611-626.
- TITONE, Vito J., “*Judicial sentencing: Aid or Hindrance in Treatment?*” in VAMOS Peter A. et Paul J. Corriveau. *Drogue et Société. D’aujourd’hui à l’an 2000. Actes du XIV Congrès des communautés thérapeutiques.* Le programme de Portage relatif à la dépendance à la drogue Inc., Montréal, 1992, pp 556-561.
- WARD, David A., “*The use of legal coercion in the treatment of alcoholism: a methodological review*” in Journal of Drug Issues, vol 9, no 3, 1979, pp. 387-398.