



Centre d'entraide La Boussole inc.

René GAGNON, s.a.m.

Expertise en toxicomanie

6, rue Court, GRANBY (Québec) J2G 4Y5

Tél. et télécopie (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.

JUIN 1994

TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION.....	2
1.0 - DES SOURCES DE RÉSISTANCES	4
1.1 - Résistances de la part des intervenants	4
1.2 - La pratique des ‘agences’ de traitement.....	6
1.2.1. - Le réseau communautaire.....	6
1.2.2. - Les praticiens professionnels.....	8
1.2.3 - Modèle de résistance en thérapie de groupe.....	9
1.3 - La ‘motivation’ des clients.....	10
2.0 - L’EFFICACITÉ DU TRAITEMENT EN CONTEXTE COERCITIF.....	11
3.0 - CADRE CONCEPTUEL PERMETTANT UNE EFFICACITÉ DU TRAITEMENT EN CONTEXTE COERCITIF.....	14
3.1 - Modèle centré sur le développement de la personne.	14
3.2 - Modèles centrés sur la résolution de problèmes en état de crise.....	15
3.3 - Ajustement dans la pratique du rôle de praticien.....	18
3.4 - Rôle d’advocacy.....	19
CONCLUSION.....	20
ANNEXE I. Grille différentielle entre des traits des « personnalités » criminelle et toxicomane	25
BIBLIOGRAPHIE	26

INTRODUCTION

Le Canada est le deuxième pays au monde où le taux d'incarcération des citoyens est le plus élevé¹. L'échec de l'incarcération elle-même comme mesure réhabilitante a poussé les services correctionnels canadiens et québécois 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 émise par un juge de la Cour du Québec, chambre criminelle et pénale.

Mais l'efficacité de ces programmes passés et présents a été grandement critiquée. En effet, l'engagement de la part des contrevenants à participer à un programme de réadaptation, engagement librement accepté en contexte coercitif² ne serait, en fait, qu'une 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 caution³, l'évitement de l'incarcération par la présentation d'un 'certificat de bonne conduite' émis par un responsable de programme de réadaptation⁴. Les prévenus⁵ 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-elle⁶.

¹Charles 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.

² À 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 partie intégrante 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.

³Libération sous caution: remise en liberté en attente de procès après avoir été arrêté et incarcéré.

⁴Réadaptation du comportement ayant eu comme conséquence la commission d'un délit criminel: violence conjugale, abus sexuel, toxicomanie, etc.

⁵Prévenu: personne incarcérée en attente de procès et ou de sentence.

⁶Les 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

Les programmes de réadaptation de la toxicomanie n'échapperaient pas à cette dynamique des contrevenants. Plusieurs centres de réadaptation des toxicomanies du réseau public ou parapublic⁷ ont amèrement constaté que ce n'est qu'une très faible minorité parmi la clientèle contrevante adulte 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 sociale⁸. C'est pourquoi, généralement, l'admission en interne dans les centres de réadaptation des toxicomanies n'est possible pour la clientèle contrevenante adulte que lorsque toutes les procédures judiciaires sont terminées. Ainsi, la motivation réelle des gens à vouloir résoudre leurs problèmes peut être démontrée et vérifiée.

Le fait d'être dans un processus judiciaire en matière criminelle ne constitue pas un motif de refus d'admission pour une intervention en externe dans le réseau public en toxicomanie. Par contre, les agents de relations humaines des centres de réadaptation, règle générale, ne font aucune représentation pour leurs clients auprès de la Cour du Québec, chambre criminelle et pénale, ou auprès des commissions canadienne et québécoise des libérations conditionnelles, ou auprès des autorités des centres de détentions. Ces praticiens qualifient habituellement la clientèle contrevenante adulte toxicomane de 'résistante' ou encore de 'non motivée'.

Face aux difficultés présentées par cette clientèle, certains chercheurs ont identifié des sources de résistances et ils ont développé des modèles d'intervention pour favoriser la réadaptation de l'alcoolisme et de la toxicomanie. C'est pourquoi, nous aborderons, dans un premier temps, divers types de

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.

⁷Source: conversations téléphoniques avec les responsables des admissions du réseau publique en toxicomanie.

⁸Je 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.

résistances afin de présenter, par la suite, des recherches sur l'efficacité de l'intervention en contexte coercitif et de décrire des modèles d'intervention qui ont émergés de recherches récentes.

Cette logique de présentation repose sur le cheminement de nombreux contrevenants toxicomanes. En effet, il n'est pas rare que ces derniers ont fréquenté plusieurs centres de thérapie et ont été sentencés à plusieurs reprises à des ordonnances de probation et ou à des peines d'incarcération de moins de deux ans. C'est en dressant la toile de fond des pratiques des services en toxicomanie, qu'il sera plus facile de comprendre de nombreuses résistances des contrevenants toxicomanes auxquelles les intervenants doivent faire face dans le processus de réadaptation et ainsi adapter leur intervention sur les sources des résistances.

1.0 - DES SOURCES DE RÉSISTANCES

1.1 - Résistances de la part des intervenants

La première source de résistance vient des professionnels eux-mêmes. En effet, le traitement 'involontaire'⁹ pose des problèmes d'éthique chez la majorité des intervenants 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 proviendra¹⁰.

⁹Le traitement « involontaire » sera défini, dans ce texte, comme un traitement qui a été librement accepté dans un contexte coercitif, i.e. que si la personne ne se conforme pas à son engagement, elle aura à subir des conséquences légales, telle la mise en accusation pour un manquement à engagement formulé devant le tribunal, telle la suspension de la remise en liberté, telle l'incarcération durant toutes les procédures judiciaires en matières criminelles, etc.

¹⁰Cyrus S. BEHROOZI. « *A Model for Social Work with Involuntary Applicants in Groups.* » in Social Work with Groups, vol 15, no 2, 1992, pp. 224-225.

En plus, l'ordonnance de traitement sous certaines conditions de remise en liberté pose aussi 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 chute ou encore la rechute qui fait partie intégrante du processus de réadaptation? Comment peut-on négocier, à la fois, avec le tribunal 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 Titone¹¹, de la Cour d'appel de l'état de New-York, si les manquements aux ordonnances n'étaient pas immédiatement référés à la Cour, il s'ensuivrait un manque de confiance envers l'institution ou le praticien à qui le toxicomane a été référé.

De plus, 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*'¹². 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))¹³.

Par contre, pour démontrer que des attitudes négatives envers la clientèle contrevenante adulte ne sont pas toujours justifiées, Hirschel et Keny (1990)¹⁴ citent les recherches de Dunham and Mauss (1982), Salmon (1982) et Collins and

¹¹Vito J. TITONE. «*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.

¹²Cyrus S. BEHROOZI, *op. cit.* pp. 225.

¹³Idem, p. 225.

¹⁴J. David HIRSCHHEL and Janet R. KENY. «*Outpatient Treatment for Substance-Abusing Offenders*» in Journal of Offender Counseling, Services & Rehabilitation, vol 15, no 1, pp. 118-119.

Allison (1983), à l'effet que les clients non-volontaires réussissent aussi bien que les volontaires. D'un autre côté, ils citent la 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, Gosselin (1979), dans un article intitulé '*La relation d'aide en contexte d'autorité*'¹⁵, identifie des résistances reliées aux attitudes et aux aptitudes des praticiens, soient :- leur degré de compréhension et d'acceptation de leurs ressentis face à l'autorité; - le fait d'être possiblement mal perçu par la clientèle ou des collègues de travail;- difficulté ou inaptitude à transiger avec des clients non motivés ou agressifs ou à utiliser l'autorité conférée (en vertu d'une Loi ou d'une ordonnance de la Cour); - l'embarras à exercer des contrôles nécessaires ou à appliquer des mesures restrictives.

Les résistances manifestées par les professionnels eux-mêmes ne feront probablement que renforcer ou susciter une réaction de résistance de la part de la clientèle contrevenante toxicomane. La pratique des 'agences' de traitement peut également provoquer des résistances chez cette clientèle.

1.2 - La pratique des 'agences' de traitement.

1.2.1. - Le réseau communautaire.

Tel que vu précédemment, le réseau public en toxicomanie n'accueille pas en interne les contrevenants qui reçoivent une ordonnance de traitement de la part de la Cour du Québec, chambre criminelle et pénale, dans le cadre d'un engagement pour être remis en liberté. Or, l'ordonnance de traitement amène un afflux de clientèle vers les maisons de thérapie¹⁶ qui ont de la difficulté à survivre

¹⁵Jean GOSSELIN, «*La relation d'aide en contexte d'autorité*» in Intervention, revue de la CPTS, no 54, hiver 1979, pp. 5-14.

¹⁶Selon 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

financièrement. En effet, 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 thérapie¹⁷, 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'. Peut importe qui, le seul réel critère d'admissibilité à leur maison est que la personne soit bénéficiaire de l'assistance 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'assuétude¹⁸.

Cette façon de faire du 'remplissage' n'est pas sans nuire à la réadaptation d'une part et au déroulement du dossier devant la Cour. En effet, si un individu

qualité des services en réadaptation des toxicomanies, qui sont actuellement toujours à l'étape de velléité, 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 et par le Service correctionnel du Canada pour offrir des services de réadaptation à la clientèle relevant de leur juridiction, et il n'est pas encore accrédité par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, car il doit attendre la promulgation des futures normes de reconnaissance en cette matière. Plusieurs autres organismes sont placés dans cette même situation. De plus, il est fort possible que lesdites normes ne s'appliquent que pour les organismes qui offrent des services résidentiels de thérapie. Les organismes qui offrent des services en externes ne seraient donc jamais reconnus officiellement par le Ministère de la Santé et des Services sociaux.

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.

¹⁷La clientèle contrevenante adulte ne rencontre généralement pas les critères d'admissibilité de ces centres de réadaptation.

¹⁸Marc 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.

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 le tribunal aura donné la possibilité d'une réadaptation que l'individu n'aura pas réalisée. Ce fait est donc de nature à renforcer les résistances et à susciter la révolte chez les contrevenants toxicomanes.

De plus, selon William R. Miller & Stephen Rollnick dans *'MOTIVATIONAL INTERVIEWING. Preparing people to change addictive behavior'*¹⁹ le recours à la confrontation agressive disqualifiante, régulièrement utilisé par les maisons de thérapie se définissant comme communautés thérapeutiques, ne fait que renforcer les mécanismes de résistances. Ces auteurs 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.

1.2.2. - Les praticiens professionnels.

L'ordonnance de traitement auprès de praticiens professionnels n'est également pas sans risque, tel que décrit par Peyrot (1985)²⁰ dans un article sur les 'volontaires forcés' en traitement. En effet, l'ordonnance remet entre les mains d'un 'expert' le sort d'un 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 mentionnées dans le processus judiciaire en matière pénale. Ainsi, les droits fondamentaux de la personne peuvent être

¹⁹William R. MILLER & Stephen ROLLNICK, *MOTIVATIONAL INTERVIEWING. Preparing people to change addictive behavior*, Guilford press, New-York, 1991, pp. 5-7.

²⁰Mark PEYROT. «*COERCED VOLUNTARISM. The Micropolitics of Drug Traitement.*» in URBAN LIFE, vol 13, no 4, 1985, p. 343.

brimés. Cela ne peut qu'alimenter la révolte et la méfiance envers toute institution.

De plus, comme le fait si justement remarquer Klingemann (1987)²¹, l'ordonnance de traitement promeut un modèle médical de contrôle des déviations 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, sont tous employés par les appareils d'état, et cela favorise la fabrication d'identité hétéronome²².

1.2.3 - Modèle de résistance en thérapie de groupe.

Milgram and Rubin (1992)²³ décrit les formes que peuvent prendre les résistances dans un groupe lorsqu'il y a traitement en contexte coercitif. 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)²⁴ 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 'A.A.'- et il impose sa 'rédemption' aux autres), - le vieux jeu (il est plus vieux que la moyenne et il n'a

²¹Harald 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.

²²Sur 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.

²³Donna 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.

²⁴Arthur 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. 45-49.

aucune intention de changer), - l'alcoolique (projection de pessimisme sur tout changement), - le membre accidentel (il a 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 mérité à travers ses expériences).

1.3 - La 'motivation' des clients

D'après les pratiques d'intervention des centres du réseau public en réadaptation des toxicomanies, les deux types de clientèle sociale et contrevenante adulte 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.²⁵ 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'.²⁶ Bref, 'on s'impliquera dans son problème que lorsqu'on est acculé au pied du mur'²⁷.

²⁵Michael F. CROWLEY. «*Judicial Sentencing: An Aid or Hindrance to Treatment*» in VAMOS Peter A. et Paul J. Corriveau, *op. cit.*, p. 475.

²⁶Mitcell S. ROSENTHAL, m.d. «*Treatment and Corrections: A Necessary Alliance.*» in VAMOS, Peter A. et Paul J. Corriveau, *op. cit.*, p. 545.

²⁷Noël GARNEAU, «*La sentence judiciaire : aide ou obstacle à la thérapie?*» in VAMOS Peter A. et Paul J. CORRIVEAU, *op. cit.*, p. 483.

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.’²⁸

La seule chose qui est vraiment différente, c’est que la clientèle contrevenante adulte aura à subir des conséquences légales si elle ne se conforme pas à son engagement thérapeutique librement accepté dans le contexte coercitif d’une ordonnance de la Cour du Québec, ou des commissions québécoise et canadienne des libérations conditionnelles.

2.0 - L’EFFICACITÉ DU TRAITEMENT EN CONTEXTE COERCITIF

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 Indiana²⁹. 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 en contexte 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, citent une recherche de Brandsma (1980) concernant en outre la référence au groupe d’entraide ‘A.A.’ par le système judiciaire³⁰. 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.

²⁸Jean GOSSELIN, *op. cit.*, p. 6.

²⁹Cyrus S. BEHROOZI, *op. cit.*, p. 223.

³⁰Marc ELIANY et Brian RUSH, *op. cit.*, pp. 71-72.

À Boston, Argeriou et Manohar (1977)³¹ 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)³². 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 avait 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, confrontant³³ et aidant.

³¹Milton 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.

³²Joan 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.

³³Il serait bon de clarifier la définition du mot «confrontation». Selon William R. MILLER & Stephen ROLLNICK dans «*MOTIVATIONAL INTERVIEWING. Preparing people to change addictive behavior*», (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.

Brandsma et al. (1977)³⁴ ont découvert que la scolarité, l'aspect occupationnel et la menace d'emprisonnement n'avaient aucun effet sur la régularité à se présenter au 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.

Même si des recherches ont, semble-t-il, prouvé l'efficacité du traitement en contexte coercitif, Ward (1979)³⁵ 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.

Enfin, l'efficacité d'un traitement en contexte coercitif a été démontrée dans une recherche récente, effectuée en Angleterre. Singer (1991), dans un article intitulé '*A Non-punitive Paradigm of Probation Practice: Some Sobering Thoughts*'³⁶ 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

³⁴Jeffrey M. BRANDSMA et al. «*The Court-Probated Alcoholic and Out Treatment Attrition.*» in *British Journal of Addiction*, vol 72, 1977, pp. 23-30.

³⁵David 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.

³⁶Lawrence 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.

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 en contexte coercitif 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 en contexte coercitif.

3.0 - CADRE CONCEPTUEL PERMETTANT UNE EFFICACITÉ DU TRAITEMENT EN CONTEXTE COERCITIF.

3.1 - Modèle centré sur le développement de la personne.

Behroozi (1992)³⁷, professeur à l'école de Service social de l'Université d'Indiana, dans une recherche sur le traitement en contexte coercitif, 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.

L'expression des résistances doit être reconnue, acceptée et encouragée, plutôt que de confronter les clients immédiatement sur leurs problèmes et de

³⁷Cyrus S. BEHROOZI, *op. cit.*, pp 226-230. Le texte qui suit est un résumé de l'article.

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.

Les objectifs à atteindre pour redonner du pouvoir au client sont le développement des habiletés dans les rôles sociaux et la croissance de la capacité à se fixer des buts et à identifier les stratégies pour y parvenir en utilisant les ressources individuelles. A ces objectifs est relié le développement des compétences qui a pour but de renforcer les forces personnelles et procurer un sentiment de confiance en soi. Le développement de la capacité de faire des choix est inhérent à ce processus d'intervention. En effet, chaque événement représente un choix pour lequel il existe plusieurs alternatives d'actions et dont le client sera responsable. La capacité de faire des choix 'libre' demande un sens particulier de la réalité et des conséquences de chacune des possibilités d'action. Ainsi, le client développe le pouvoir de faire des choix à travers le développement des compétences pour adopter la stratégie la plus signifiante et la plus adéquate pour sa situation.

Cette approche peut s'avérer efficace pour les contrevenants toxicomanes, car elle leur apprend à faire des choix alors qu'ils se sentent impuissants. De plus, cela peut les aider à faire face à la réalité et à accepter que leur vie présente est une conséquence de leurs choix plutôt que le résultat d'une machination contre eux. Les personnes 'institutionnalisées'³⁸ avec une forte personnalité antisociale ou celles que leur fonctionnement social est particulièrement détérioré par un problème de santé mentale ne peuvent bénéficier de cette pratique d'intervention.

3.2 - Modèles centrés sur la résolution de problèmes en état de crise

³⁸Les personnes «institutionnalisées» sont définies comme des personnes qui ont vécu majoritairement dans des établissements de réadaptation pour la jeunesse ou dans des institutions carcérales pour les adultes.

Panepinto et al. (1982)³⁹ ont développé une approche pour les conducteurs reconnus coupables de conduite d'un véhicule moteur alors que leurs facultés étaient affaiblies par l'alcool. Tout d'abord, ils ont remarqué que l'ordonnance de traitement était exécutée majoritairement dans des établissements de réadaptation pour les personnes nécessitant une plus grande intensité de traitement. Cela avait 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 court terme, 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.

L'arrestation, la parution en Cour, la sentence et l'ordonnance de traitement peuvent évoquer pour les justiciables une menace, une perte ou un défi. Le processus judiciaire (de la mise en accusation jusqu'à l'exécution de la sentence) peut représenter une menace pour subvenir à ses besoins personnels et ou familiaux⁴⁰, ou encore à un sens d'intégrité personnelle. Cela engendre un taux d'anxiété qui peut varier d'une personne à l'autre. Les pertes associées à l'exécution de la sentence peuvent être vécues comme une privation et causer un état dépressif. Si la situation est perçue comme un défi, il y aura alors mobilisation des énergies.

Selon le contexte situationnel, la personne peut vivre une crise où l'équilibre habituel de la personne est perturbé. La crise peut être résorbée en utilisant la méthode habituelle de résolution de problèmes en portant plus particulièrement attention aux aspects suivants: une juste perception cognitive de la réalité, une gestion adéquate des émotions et une acceptation d'être aidé. De plus, les intervenants auront à composer avec l'anxiété, la dépression et la colère de leurs clients. Pour engager le processus changement, autant les praticiens que les clients doivent concevoir les éléments de défi que présente le contexte

³⁹William 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.

Le texte suivant est un résumé de cet article.

⁴⁰La perte du permis de conduire, pendant un an, au Québec, est la première conséquence d'une conduite avec facultés affaiblies. Dans plusieurs emplois, le permis de conduire est essentiel, par exemple pour les camionneurs, pour les commis voyageurs, pour les livreurs, pour les vendeurs d'automobiles, ou pour les personnes qui demeurent passablement éloignés de leur milieu de travail et où le transport en commun est insuffisant, voir inexistant.

L'ordonnance de traitement peut signifier des pertes de revenus essentiels dans la réponse aux besoins vitaux, ou encore une augmentation de l'endettement ou encore une aggravation de la situation de pauvreté.

situationnel de chacun.

La théorie de 'l'ajustement de la demande' découle de la théorie de la crise. Elle est un modèle qui décrit les comportements de résolution de problème en situation de crise comme une réponse orientée vers des tâches et une demande orientée vers la défense. La situation vécue par les conducteurs intoxiqués est source de frustrations et de difficultés de toutes sortes : problèmes financiers, augmentation des primes d'assurances, frais d'avocats, les pressions familiales et sociales, etc. L'ajustement orienté vers les tâches est l'équivalent de la réponse de défi à une crise. L'ajustement orienté vers la défense est l'équivalent d'un comportement maladapté pour composer avec la crise où l'expression de la colère, de l'agressivité et de la suspicion est orientée envers les personnes aidantes. La réponse de considération de la part de l'intervenant envers son client diminue les frustrations et établit un climat de confiance pour orienter l'action.

La théorie du contrat entre le praticien et les clients permet de fixer des buts et des objectifs, de définir les limites, les règles de fonctionnement et les responsabilités de chacun. Contracter devient alors un comportement de résolution de problème et un ajustement orienté vers les tâches à accomplir.

L'une ou l'autre théorie est applicable en groupe. Le *leader* (l'intervenant) oriente chaque session sur les problèmes de la conduite en état d'ébriété et sur les objectifs du traitement concernant la consommation d'alcool. La résolution de problème en faisant un inventaire d'alternatives, de même que les émotions profondes qui y sont reliées, est discutée en groupe. Dans les sessions de groupe, il est important de clarifier le processus évolutif de la dépendance à l'alcool et d'aborder les problèmes causés par une consommation abusive d'alcool sur le plan de la famille, de la santé physique, du travail et sur l'équilibre budgétaire. Pour consolider le processus de résolution de problème en groupe, il est préférable d'avoir un groupe hétérogène, c'est-à-dire que le groupe est composé de personnes qui ont un degré de gravité différent des troubles liés à la consommation d'alcool. Ainsi, les gens peuvent constater *de visu* le processus de détérioration que peut produire la consommation excessive d'alcool.

Au delà des modèles d'intervention, l'authenticité du praticien, d'après Milgram et Rubin (1992)⁴¹ est le principe sur lequel repose la fondation pour passer outre les résistances d'une thérapie de groupe pour les toxicomanes non-volontaires. Ils opérationnalisent 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,

⁴¹Donna MILGRAM and Jeffrey S. RUBIN, *op. cit.*, p. 99-101.

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).

3.3 - Ajustement dans la pratique du rôle de praticien.

Contrairement aux auteurs précités, Hirschel et Keny (1990)⁴² ne proposent pas un modèle particulier pour intervenir auprès des contrevenants toxicomanes, mais leur analyse se centre davantage sur les difficultés dans la pratique habituelle d'intervention des centres de traitement. Selon eux, ces établissements emploient du personnel qualifié dans la pratique d'intervention de réadaptation du comportement toxicomane. et le fait de recevoir des clients soient judiciairisés n'enlèvent pas leurs compétences.

Selon ces auteurs, en traitant les causes du problème de consommation chez les toxicomanes qui commettent des délits pour soutenir leur utilisation de psychotropes, il est fort probable que les activités criminelles vont diminuer. De plus, les délits ne sont qu'une indication de plus de la gravité du problème. Enfin, les gens qui se présentent en traitement sous la pression d'un employeur, de la famille ou du système judiciaire ne devraient pas être perçus différemment. Ce qui est important ce n'est pas la source de référence, mais les difficultés présentées par l'individu, ici et maintenant, et ce qui est possible de faire pour un avenir meilleur.

Il est vrai que les clients référés par le système judiciaire démontre plus de ressentiments et de résistances et expriment plus d'émotions négatives en début de traitement. Cela constitue tout simplement une autre forme de dénie. Cette énergie négative peut être transformée en énergie positive lorsque la réadaptation est présentée comme un choix face à l'incarcération.

Toujours d'après Hirschel et Keny, les agences de traitement admettent difficilement sur ordonnance des clients judiciairisés parce qu'il y a une dichotomie entre la réadaptation et la punition. D'une part, les praticiens ne sont pas habitués à devoir exercer en même temps deux mandats conflictuels, celui d'aide et celui de contrôle, et d'autre part les techniques de contrôles, telle l'analyse d'urine, leurs apparaissent comme une entrave au traitement. De plus, les paramètres d'échec et de succès en matière de réadaptation et en matière de correspondance aux obligations légales ne sont pas du tout les mêmes. Une

⁴²J. David HIRSCHHEL and Janet R. KENY, *op. cit.*, pp. 111-130.

personne peut très bien contrevenir à certaines conditions de remise en liberté et devoir faire face à des conséquences légales et en même temps bien fonctionner en traitement, i.e. que la personne peut diminuer sa consommation et travailler sur des points qui lui semblent plus importants comme améliorer sa satisfaction dans les relations interpersonnelles ou encore travailler sur le ou les déclencheurs les plus importants de la surconsommation.

On peut conclure, sur les propos d'Hirschel et Keny, que ce ne sont pas les modèles d'interventions qu'il faut ajuster à la clientèle contrevenante adulte toxicomane, mais plutôt une meilleure compréhension et un meilleur arrimage du système de santé et des différentes instances judiciaires (tribunaux, commissions des libérations conditionnelles et services correctionnels - probation et détention).

De l'ensemble de la littérature consultée, les objectifs du praticien se résument ainsi: créer une atmosphère de sécurité ou 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.

3.4 - Rôle d'advocacy.

Le '*Centre d'entraide La Boussole inc.*'⁴³ a tenté d'élaborer une hypothèse sur l'efficacité de l'intervention. À cette fin, une série de questions ouvertes a été posée, à de nombreux bénéficiaires, sur leur motivation à arrêter de consommer, sur leur façon dont ils ont perçu l'intervention de l'organisme et des autres centres de traitement, sur les changements opérés dans leur vie depuis l'arrêt de la consommation et sur ce que l'intervention leur a apporté.

Les réponses à toutes ces questions ont permis de formuler l'hypothèse 'provisoire' suivante : l'efficacité du traitement est en fonction de la signification '*d'advocacy*' donnée à celui-ci pour faire face au système judiciaire et l'indépendance⁴⁴ du '*Centre d'entraide La Boussole*' face au système judiciaire

⁴³Le «*Centre d'entraide La Boussole inc.*» est un organisme communautaire qui a été fondé, il y a dix ans, pour réadapter les personnes toxicomanes qui éprouvent des problèmes judiciaires associés à leur consommation de psychotropes. L'organisme a acquis une bonne réputation et leur intervenant sont déclarés experts en toxicomanies auprès des différentes instances judiciaires.

⁴⁴ Le «*Centre d'entraide La Boussole*», étant un organisme communautaire, ne fait pas partie d'aucune structure d'appareil d'État. Il est donc indépendant dans son fonctionnement auprès de la clientèle autant vis-à-vis le Ministère de la Justice (les tribunaux), le Ministère de la Sécurité publique (Commission québécoise des libérations conditionnelles (CQLC), Service de probation, Centre de détention) et le Ministère de la Santé et des Services sociaux (CLSC, CH, CPEJ, etc.). Ceci assure l'aspect confidentiel dans les dossiers que le réseau public n'a pas. Par exemple, un agent de probation a

permet cette signification ‘*d’advocacy*’.

Le rôle d’*advocacy*, selon Compton et Galaway (1989) dans *Social work processes*⁴⁵, attribué au travailleur social, c’est d’être le porte-parole, le représentant partisan de son client, afin de défendre ses intérêts. C’est d’influencer un individu ou un groupe afin de parvenir à une décision en faveur de son client, décision qui n’aurait pas été prise sans cette intervention. Ainsi, le rôle d’*advocacy*, dans le contexte du ‘*Centre d’entraide La Boussole*’, c’est d’être du côté de l’individu et influencer en sa faveur une décision venant d’un juge, d’un agent de probation, de la commission québécoise des libérations conditionnelles, d’une autorité d’un centre de détention, etc.

D’autres éléments, comme l’atmosphère de sécurité et de liberté durant l’intervention sont cités comme un facteur important pour persévérer dans la poursuite du programme.

Enfin, la manière non punitive dont est dispensé le service, malgré le contexte d’intervention en justice pénale, est reportée comme facilitant la réadaptation. Sous aspect, la pratique d’intervention du ‘*Centre d’entraide La Boussole*’ rejoint la recherche de Singer (1992)⁴⁶ à savoir qu’un paradigme non punitif est plus efficace qu’une sentence d’incarcération.

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 distinction⁴⁷ est précisée par M. Jean-Claude Fortier, directeur de la Direction des

facilement accès au dossier de la CQLC, de la détention et d’une maison de transition pour détenus. Pour obtenir un dossier d’un appareil d’État relevant du M.S.S.S., le même agent de probation obtiendra facilement une autorisation écrite du probationnaire pour faire venir ledit dossier. En effet, le probationnaire pourrait craindre facilement que le refus de signer une telle autorisation soit interprété par l’agent de probation comme voulant cacher quelque chose qui pourrait influencer sur le cours de la probation.

⁴⁵Beulah R. Compton / Burt Galaway, *Social work processes*, Belmont (CA, USA), Wadsworth Publishing Company, 1989, p. 512.

⁴⁶Lawrence R. SINGER, *op. cit.*, pp. 611-626.

⁴⁷Jean-Claude FORTIER. «*Délit et consommation*» in 7e Colloque de l’Association des Intervenants en Toxicomanie du Québec Inc., A.I.T.Q., Montréal, 1981

programmes correctionnels et 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 toxicomanie⁴⁸. Dans le cas du toxicomane contrevenant, la

⁴⁸L'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 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 bouffés 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.

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 les Services correctionnels canadiens, 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 psychotropes⁴⁹. La situation est différente dans les centres de détention de juridiction provinciale où 46% de la population carcérale seraient des dépendants aux psychotropes⁵⁰.

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 qu'ils ne se retrouvent inutilement incarcérés. 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 PÉMO⁵¹, 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 visant la responsabilité des délits commis. Dans le cas contraire, on

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.

⁴⁹Manassé BAMBONYÉ, «Community Based Programs» in VAMOS Peter A. et Paul J. Corriveau, *op. cit.*, p. 447.

⁵⁰Jacques HÉROUX., *La toxicomanie en milieu correctionnel*. Ministère de la Sécurité Publique, DIRECTION DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE, Sainte-Foy, 1988., p. 2.

⁵¹PÉMO : Programme d'encadrement en milieu ouvert. Dans ce programme, les détenus sont remis en liberté pour une réinsertion sociale et ils continuent de dépendre de l'autorité de la détention.

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. Ainsi, la réadaptation n'est pas considérée comme une punition, mais une aide afin d'éviter la récidive.

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 Services correctionnels canadiens et chargé de 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 toxicomane⁵².

Lundborg (1992)⁵³ 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 suggestion n'est pas applicable par les services correctionnels québécois, puisque la durée moyenne de séjour comme détenu est de 37,3 jours⁵⁴.

L'intervention de réadaptation des toxicomanies auprès d'une clientèle contrevenante adulte 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

⁵²Grille présentée en annexe.

⁵³Hans LUNDBORG. « *Treatment and Corrections : A Necessary Alliance.* » in VAMOS Peter A. et Paul J. CORRIVEAU, *op. cit.*, p. 493.

⁵⁴Charles 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.

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.’⁵⁵

Le traitement volontaire et ou involontaire de la toxicomanie ne suffiront pas à eux seuls à réduire la prévalence 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.’⁵⁶

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 pourrait 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 personnelle, la capacité de choisir sa vie, ou les conditions familiales ou socio-économiques d’une personne’⁵⁷

⁵⁵Vito J, TITONE. *op. cit.*, in VAMOS Peter A. et Paul J. CORRIVEAU, *op.cit.*, p. 561.

⁵⁶Lyne 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.

⁵⁷Lyne 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 l'extérieur. Vite non contrôler vers soi ou les autres suite à l'anxiété.	13. Acting-out : vers sa personne

BIBLIOGRAPHIE

- 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 économique-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.
- 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.
- BRANDSMA, Jeffrey M. et al. 'The Court-Probated Alcoholic and Out Treatment Attrition.' in British Journal of Addiction, vol 72, 1977, pp. 23-30.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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 Traitement.' 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.
- SINGER, Lawrence R., 'A Non-punitive Paradigm of Probation Praticce: Some Sobering Thoughts' 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.