

Profils des toxicomanes judiciairisés en traitement dans deux centres de réadaptation publics au Québec¹

Michel GERMAIN*, Serge BROCHU**, Jacques BERGERON***, Michel LANDRY****, Pascal SCHNEEBERGER*****

Les auteurs sont tous associés au groupe de recherche et d'intervention sur les substances psychoactives au Québec.²

Résumé — L'objectif de la présente étude consiste à tenter de mieux connaître la population judiciairisée qui se présente en traitement pour des problèmes de toxicomanies. Deux cent seize clients admis en traitement dans deux centres de réadaptation en toxicomanie du Québec constituent l'échantillon. Ces sujets ont répondu à l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT-ASI), au Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI), à l'Inventaire de personnalité Jesness, et au University of Rhodes Island Change Assessment Scale (URICA). Ces outils nous serviront à décrire la population étudiée. L'analyse des données nous entraîne dans une réflexion à deux niveaux. D'une part, l'observation de problématiques multiples dans la

1 Cette étude a été réalisée grâce à une subvention du Conseil québécois de recherche sociale (CQRS).

* B.Sc., Directeur, Développement et concertation, Ministère de la famille et de l'enfance.

** Ph.D., Directeur, Centre international de criminologie comparée et Professeur titulaire, École de criminologie, Université de Montréal.

*** Ph.D., Professeur agrégé, Département de psychologie, Université de Montréal.

**** Ph.D., Directeur des services professionnels, Centre D. Cormier.

***** M.Sc., Agent de recherche, Centre international de criminologie comparée, Université de Montréal.

2 Les auteurs désirent remercier Madame Marie-Claude Guertin pour les analyses statistiques.

population à l'étude nous questionne sur les possibilités de mettre en place des services de traitement adéquats pour ces personnes qui apparaissent éprouver des problèmes d'adaptation à plusieurs niveaux. D'autre part, le niveau des problèmes de toxicomanie des personnes référées par le système de justice nous interroge sur la pertinence de certaines de ces références.

Abstract — The aim of this study is to acquire a better understanding of the offenders admitted to an addiction treatment facility. The sample is Two hundred and sixteen client admitted to two public addiction treatment facilities of Province of Québec. These subjects answered to the French form of the Addiction Severity Index (ASI-IGT), the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI), the Jesness Inventory Personality Scales, and the University of Rhodes Island Change Assessment Scale (URICA). These psychometric tools are used to describe our sample. The analysis leads to two main discussion themes. First, the multiple problematics observed in our sample confront the clinicians with the difficulty to offer treatment services that will adequately answer to these various needs. Second, the low level of addiction of some clients referred by the justice system challenges the relevance to refer these clients to an addiction treatment facility.

Mots clés — Abus – Alcool – Produits illicites – Test – Traitement – Criminalité – Délinquance.

Les drogues et la consommation de substances psychoactives sont souvent liées à la criminalité. En Amérique, la possession d'une petite quantité de drogue pour usage personnel constitue un crime punissable d'emprisonnement. La judiciairisation des consommateurs de drogues, parmi lesquels se retrouve une proportion de toxicomanes, fait donc en sorte que bon nombre de personnes condamnées à des peines de probation ou de détention éprouvent des problèmes avec la drogue (Brochu, 1995).

On peut également concevoir que des perturbations cognitives facilitent parfois l'expression agressive de certains individus intoxiqués ; on croit que la désinhibition expliquerait l'exécution d'un certain nombre d'actes criminels. Ainsi, l'intoxication à l'alcool est fréquemment associée à la perpétration d'actes violents (Brochu, 1995).

Par ailleurs, le coût élevé de certaines drogues telles la cocaïne ou l'héroïne (en grande partie causé par la répression) peut entraîner une augmentation du nombre de crimes commis par certains toxicomanes (Brochu, 1995).

Conséquemment, bon nombre des clients référés aux centres de traitement de la toxicomanie sont sous mandat judiciaire ou ont eu, dans le passé, des contacts avec le système de justice. Que savons-nous actuellement concernant les personnes judiciairisées qui font une demande de traitement dans un centre pour toxicomanes ?

Profil des activités criminelles des toxicomanes en traitement

Une étude récente réalisée par Schneeberger et Brochu (1995) indique que plus de 70 % de la clientèle s'adressant aux centres publics de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes a été arrêtée et inculpée pour un délit criminel au cours de sa vie (Montérégie = 72,9 % ; Domrémy-Mtl = 72,6 % ; Domrémy-04 = 71,9 %). Un peu moins de la moitié a été condamnée pour une offense au Code Criminel au moins une fois dans sa vie (Domrémy-Mtl = 45,1 % ; Domrémy-04 = 44,1 % ; Montérégie = 39,4 %). Une grande partie de la clientèle de ces centres est en instance d'inculpation, de procès ou de sentence au moment de la demande d'aide (Domrémy-Mtl = 21 % ; Montérégie = 20,4 % ; Domrémy-04 = 16,3 %) et entre 14 % et 19 % sont sous mandat judiciaire lors de cette demande. La clientèle qui a déjà été condamnée et qui est en instance d'inculpation de procès ou de sentence représente entre 10 % et 13 % de la population de ces centres. La population toxicomane judiciairisée (par rapport à la population non judiciairisée) est majoritairement masculine, plus jeune, moins souvent mariée, plus fréquemment célibataire ou en union libre, avec des revenus d'emploi moindres, recevant plus fréquemment de l'aide sociale et ayant plus fréquemment des revenus provenant d'activités illégales. Les délits qui composent le casier judiciaire des personnes judiciairisées en traitement sont (pour les trois centres) en ordre décroissant : vols simples, voies de fait, possession et trafic de stupéfiants, infractions contre l'application de la loi, fraude, vols qualifiés et méfaits.

Les conditions de vie des toxicomanes judiciairisés sont aussi plus touchées que chez les autres abuseurs de substances psychoactives en ce qui concerne la drogue, la situation légale, l'emploi, l'état psychologique et les relations familiales et sociales (Guyon & Brochu, 1994).

L'objectif de la présente étude consiste à pousser plus loin notre connaissance de la population judiciairisée qui se présente en traitement pour des problèmes de toxicomanies. Une meilleure connaissance de leur profil permettra une adaptation des services qui leur sont offerts aux besoins identifiés de façon à viser une stratégie d'appariement optimale.

Méthode

Composition du groupe d'étude

Les sujets proviennent de deux centres publics de réadaptation en toxicomanie, Domrémy-Montréal (maintenant Centre Dollard-Cormier) et Domrémy-04 de Trois-Rivières (maintenant Centre de traitement de la Mauricie-Centre du Québec). L'échantillon retenu dans la population en traitement des deux centres et constituant le présent groupe d'étude est sélectionné à partir des critères développés au Centre Domrémy-Montréal et permettant l'orientation de la clientèle judiciairisée vers un programme de traitement spécialisé, le programme Toxico-Justice (Boislard et Germain, 1998). Les critères de sélection qui ont permis l'identification des sujets sont :

- tous les usagers arrêtés et inculpés (au Code Criminel) d'au moins **quatre délits de trois natures différentes** ;
ou
- tous les usagers **en instance d'inculpation, en attente de procès ou en attente de sentence en Cour Criminelle** ;
ou
- tous les usagers **en libération conditionnelle, en probation, en maison de transition ou autres mesures légales**.

Le recrutement des sujets s'est effectué de mars 1996 à juin 1997. Le groupe d'étude est composé de **216** sujets se répartissant comme suit : 166 sujets au Centre Dollard-Cormier (76.9 %) et 50 sujets au Centre Domrémy-04 (23.1 %).

Instruments utilisés

Les données qui servent à la présente étude proviennent principalement de trois instruments d'évaluation. Il s'agit de l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT), du Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI) et de l'Inventaire de personnalité Jesness.

L'IGT constitue une version française de l'Addiction Severity Index (ASI) de McLellan, Luborsky, Woody et O'Brien (1980). Il a été adapté et validé par Bergeron, Landry, Ishak, Vaugois et Trépanier (1992) chez des alcooliques et toxicomanes québécois. Il s'agit d'un instrument psychométrique pouvant servir à des fins d'évaluation psychosociale et à des fins de recherche. Ce questionnaire permet entre autres, de mesurer la gravité d'un ensemble de problèmes sur sept échelles indépendantes : 1) alcool ; 2)

drogue ; 3) état médical ; 4) relations familiales et sociales ; 5) état psychologique ; 6) emploi et ressources ; 7) situation judiciaire. Des scores composés élaborés à partir de certaines questions spécifiques aux différentes échelles permettent d'évaluer la gravité de la situation des individus pour chacune de ces échelles. Pondérés à partir d'un calcul mathématique assez complexe, ces scores se situent entre 0 et 1. Plus un score s'approche de 1, plus important est le problème³.

Le Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI) (Millon, 1983) est un instrument d'évaluation diagnostique. Cet outil d'évaluation a été développé à partir de la théorie de la taxonomie des troubles de la personnalité de Millon (1969, 1981). Il s'agit d'un questionnaire autorévélateur de 175 questions auxquelles le sujet doit répondre par « vrai » ou par « faux ». Les résultats se compilent sur 20 échelles. Quatorze échelles se rapportent aux troubles présentés dans la taxonomie de Millon (1981) et trouvent une correspondance partielle avec les troubles de personnalité du DSM (Axe 2). Dix autres échelles complètent le tableau clinique : il s'agit de syndromes cliniques correspondant aux troubles de l'Axe 1 du DSM.

L'inventaire de personnalité Jesness est un questionnaire autoadministré de 155 questions « vrai/faux » servant à mesurer onze échelles discriminant les caractéristiques prédictives d'une structure de personnalité délinquante (Jesness, 1966, 1983). Les échelles permettent également d'établir le niveau de maturité interpersonnelle selon la théorie de Sullivan, Grant et Grant (1957). La version française utilisée a été développée par LeBlanc (1993, 1994) pour la population adulte. Cet instrument offre également dix-sept sous-échelles traduisant les dimensions de la personnalité délinquante.

Les analyses comparatives sur les sujets des deux centres à partir des outils d'évaluation administrés n'ont révélé aucune différence majeure. Ceci nous amène à considérer les groupes comme étant homogènes. Le groupe d'étude comprend donc l'ensemble des sujets (N = 216).

3 Ces scores ne sont toutefois pas comparables les uns aux autres. Ainsi, on ne peut pas dire d'un individu obtenant un score composé de .4 à l'échelle Alcool et .2 à l'échelle Drogue qu'il a un problème de consommation deux fois plus important avec l'alcool qu'avec la drogue.

Résultats

Profil des sujets

a) Profil social

Le groupe d'étude se compose de 191 hommes (88.4 %) et de 25 femmes (11.6 %). La sous-représentation des femmes dans le groupe en comparaison avec les proportions de l'ensemble de la clientèle en traitement (70 % d'hommes et 30 % de femmes) n'est pas surprenante, compte tenu de la réalité criminelle de l'ensemble des femmes contrevenantes au Canada, c'est-à-dire qu'elles sont moins judiciairisées que les hommes (Johnson, 1986).

La répartition selon l'âge est présentée au tableau 1. La moyenne d'âge pour le groupe se situe à 34.1 ans avec un écart-type de 7.8. La distribution de l'âge suit une courbe normale, s'étendant entre 18 et 59 ans.

Tableau 1 : Proportion des sujets selon le groupe d'âge

Groupe d'âge	Proportion
18 – 24 ans	27 (12.5 %)
25 – 34 ans	87 (40.3 %)
35 – 44 ans	80 (37.0 %)
45 ans et plus	22 (10.2 %)

Les données issues des conditions de vie des sujets démontrent la très grande instabilité de ceux-ci telle qu'on peut la constater au tableau 2.

Tableau 2 : Conditions de vie des sujets en % au cours des 3 dernières années et en début de traitement

Conditions de vie	(a) 3 dernières années	(b) Début de traitement	Variation (a-b)
Conjoint et enfant(s)	22.1	11.6	-10.5
Conjoint	21.1	9.3	-11.8
Enfant(s)	2.3	1.9	-0.4
Parents	6.1	12.6	+6.5
Famille	0.5	4.2	+3.7
Amis	0.9	0.9	-
Seul	26.3	27.4	+1.1
Milieu institutionnel	6.1	28.4	+22.3
Colocataires	1.9	1.9	-
Sans abri	0.5	1.9	+1.4
Pas de conditions stables	12.2	n/a	n/a

Ainsi, le tableau 2 permet de constater que les conditions de vie des sujets lors de leur demande d'aide (début de traitement) ce sont particulièrement détériorée par rapport à leurs conditions habituelles. La proportion des sujets vivant en relation de couple chute de près de 50 %. On constate une augmentation équivalente en faveur du milieu institutionnel (prison, maison de transition). La proportion de sujets vivant seuls demeure stable alors que les conditions de vie avec parents ou famille augmentent de 10 %. Face à leurs conditions de vie en début de traitement, 49.5 % des sujets mentionnent n'être pas satisfaits de celles-ci. La demande de traitement semble donc en forte relation avec une crise sociale vécue par les sujets.

Près de 53.7 % (n = 116) des sujets mentionnent avoir des enfants, 23 % en ont un et 30.7 % deux et plus. De ce groupe, 20.4 % (n = 24) estiment n'avoir pas établi une relation étroite et durable avec leurs enfants. Par ailleurs, plus des deux tiers des sujets (n = 78) ne supportent pas financièrement leurs enfants dans leurs besoins de base (nourriture, logement, loisirs, etc.).

Tableau 3 : Occupation habituelle en % au cours des 3 dernières années

Occupation	N	%
Travail – plein temps	37	17.1
Travail – temps partiel	13	6.1
Travail – saisonnier	10	4.6
Études	2	0.9
Invalidité	5	2.3
Chômage	8	3.7
Institution	10	4.6
BES	104	48.1
Instable	19	8.8
Autres	8	3.7

Le tableau 3 présente l'occupation habituelle des sujets au cours des trois dernières années. On peut remarquer que peu de sujets occupaient un poste de façon habituelle au cours de cette période ; à peine 28 % des sujets. Plus d'un sujet sur deux vivaient de prestations sociales. La situation en début de traitement n'est guère différente. La moyenne des jours travaillés et payés est de 4.2 jours (E-T : 6.9), 60.1 % des sujets ne comptabilisaient aucun jour de travail, 80 % en avaient effectué moins de dix. L'explication de cette difficulté à travailler réside en bonne partie dans les déficits au niveau de la scolarité et de la formation professionnelle. Ainsi, on retrouve près de 10 % des sujets ayant une scolarité de niveau primaire, 73 % de niveau secondaire, 12 % de niveau collégial et 5 % de niveau universitaire. La moyenne d'années de scolarisation

est de 10.6 année (E-T : 2.4). 44.8 % des sujets révèlent n'avoir aucune profession ou métier.

b) Profil de consommation

Les évaluateurs de l'IGT doivent identifier la ou les substance(s) psychoactive(s) causant un problème majeur. On retrouvera au tableau 4 la nomenclature ainsi exprimée.

Tableau 4 : Substances posant un problème majeur

Occupation	N	%
Pas de problème	2	0.9
Alcool	61	28.3
Héroïne	5	2.3
Cocaïne	20	9.3
Cannabis	7	3.2
Hallucinogènes	1	0.5
Inhalants	1	0.5
Alcool et drogues	95	44.0
Polydrogues	24	11.1

Comme on peut le constater, la polytoxicomanie (alcool/drogues et polydrogues) constitue pour 55.1 % des sujets le problème le plus fréquent suivi de l'alcool (28.3 %) et de la cocaïne (9.3 %). Cette forte propension aux drogues est également confirmée par différents indicateurs. Ainsi, 35 % des sujets révèlent avoir fait au moins une « surdose » antérieurement (moyenne 1.2 surdoses, E-T : 2.9). Ils affirment avoir dépensé en moyenne 102 \$ (E-T : 235) pour l'achat d'alcool lors des 30 derniers jours et 225 \$ (E-T : 752) pour l'achat de drogues. Les sujets ont été traités antérieurement en moyenne 45 fois (E-T : 1.5) pour l'abus d'alcool uniquement, 49 fois (E-T : 1.4) pour l'abus de drogues uniquement et 1.5 fois (E-T : 2.9) pour l'abus d'alcool et de drogues. Bon nombre de sujets n'en sont donc pas à leur premier traitement pour leurs problèmes de consommation.

c) Profil de délinquance

Le tableau 5 présente le nombre moyen d'inculpations des sujets selon les infractions au Code Criminel.

Tableau 5 : Nombre moyen d'inculpations selon les infractions au Code Criminel

Infractions	Moyenne	Écart-Type
Infraction contre l'application de la loi	2.4	5.4
Fraude	1.0	6.8
Port d'arme illégal	0.3	0.9
Possession/trafic de drogue	0.8	1.6
Méfait	2.3	7.7
Conduite avec facultés affaiblies	1.6	4.0
Vol	2.8	6.4
Infraction d'ordre sexuel	0.4	2.5
Voies de fait	1.0	1.7
Négligence criminelle	0.2	0.5
Vol qualifié	0.6	2.1

On remarquera que les délits les plus représentés sont les infractions contre l'application de la loi – désobéissance à une ordonnance de la Cour, bris de probation, omission de comparaître, etc. – (63% des sujets), les méfaits (50 % des sujets) et les vols (28 % des sujets). Une bonne proportion des sujets a déjà également été inculpée de conduite avec facultés affaiblies (47 % des sujets), de voies de fait (46 % des sujets), de délits de drogue (40 % des sujets) et de vol qualifié (30 % des sujets). La moyenne du nombre d'inculpations par sujet est de 5.9 et s'élève à 3.9 catégories de délits en moyenne.

De ces inculpations révélées, 96.5 % ont conduit à une condamnation pour une moyenne de 11.3 inculpations par sujet (E-T : 14.4). Dans le cadre de ces condamnations, un nombre moyen de 8.9 sentences (E-T : 10.8) ont été prononcées. Parmi les sujets concernés par ces sentences, 67 % révèlent avoir été détenus plus d'un mois en 4.8 épisodes de détention en moyenne. La moyenne de détention à vie des sujets est de 18.6 mois (E-T : 30).

Les statistiques sur l'étalement de la délinquance révèlent que l'âge moyen de l'exécution du premier délit punissable en vertu du Code Criminel se situe à 15.6 ans (E-T : 7.5) et que l'âge moyen de la dernière inculpation est de 32.9 ans (E-T : 7.9), soit 1.2 an inférieur à la moyenne d'âge du groupe d'étude lors de la demande de service.

Les démêlés judiciaires constituent une réalité très présente lors de la demande d'aide. En effet, 34.7 % des sujets ne sont soumis à aucune mesure légale alors que 8.3 % sont en libération conditionnelle, 25.5 % sont en probation, 18.1 % sont en maison de transition et 13.4 % sont sous le coup d'autres mesures légales (prison, libération sous cautionnement). Fait à souligner, lors de l'évaluation initiale, plus du tiers du groupe (35.6 %) mentionne avoir séjourné au moins une journée en prison lors des 30 derniers jours, au

pénitencier ou en maison de transition. De plus, 50 % des sujets du groupe affirment être en instance d'inculpation (7.9 %), en attente de procès (32.9 %) ou en attente de sentence (8.8 %). Finalement, des 34.7 % des sujets sous mesure légale, 22.2 % effectuent une demande d'aide en instance d'inculpation, en attente de procès ou de sentence. Le groupe d'étude comprend donc 11.5 % des sujets n'ayant aucune contrainte judiciaire.

d) Profil psychologique

Le profil psychologique sera présenté à partir du MCMI, du Jesness et de la section État psychologique de l'IGT.

Les tableaux 6, 7, et 8 présentent les différents scores obtenus aux échelles du MCMI. Notons que l'ensemble des analyses statistiques a été effectué en tenant compte des scores pondérés (Base Rate Scores). La limite du BR>84 a été retenue considérant qu'elle indique la prééminence du trouble ou du symptôme (limite supérieure de sévérité).

Tableau 6 : Prévalence des troubles de la personnalité selon le MCMI

Troubles de la personnalité	Score moyen	Écart-Type	% des sujets avec BR>84
Schizoïde	65.3	14.9	7.3
Évitante	64.5	19.0	8.8
Dépendante	71.0	21.2	22.0
Histrionique	34.7	17.2	0
Narcissique	52.0	18.9	4.4
Antisociale	77.7	10.3	24.4
Compulsive	36.0	16.0	0.5
Dépressive	74.5	17.9	24.4
Sadique	67.7	14.0	10.7
Défaitiste	72.7	14.2	15.1
Passive-agressive	70.5	15.1	13.7
Schizotypique	64.2	17.3	8.8
Limite	72.5	15.0	18.0
Paranoïde	68.0	17.3	14.1

On observe au tableau 6 que les troubles de la personnalité les plus représentés dans le groupe d'étude sont les troubles antisociaux (24.4 %), dépressifs (24.4 %), dépendants (22 %), et limites (18 %). Il n'est pas surprenant de retrouver le trouble de personnalité antisociale en tête de liste compte tenu des antécédents délictueux des sujets. Notons ici qu'un sujet peut avoir plus d'un trouble de personnalité. On retrouvera au tableau 7 la répartition du nombre de troubles de la personnalité chez les sujets.

Tableau 7 : Nombre moyen de troubles de la personnalité selon le MCMI

Nombre de troubles	Pourcentage de sujets
0	24.9
1	28.8
2	20.0
3	14.1
4	5.9
5	2.4
6	2.0
7	2.0

La moyenne des troubles de la personnalité se chiffre à 1.7 trouble par sujet. Seulement 24.9 % des sujets ne présentent aucun trouble. Si l'on observe l'ensemble des combinaisons pour les sujets ayant au moins deux troubles, on constate que chaque sujet a sa propre combinaison. On peut donc qualifier le profil psychologique des sujets de complexe et sévère.

Le tableau 8 présente la prévalence des syndromes cliniques selon le MCMI. On constate que le niveau d'anxiété est particulièrement élevé et présent dans le groupe d'étude. En effet, 56.6 % des sujets dépassent le niveau supérieur de sévérité. On constatera également des pourcentages élevés et attendus aux syndromes d'abus d'alcool (47.3 %) et d'abus de drogues (55.6 %).

Tableau 8 : Prévalence des syndromes cliniques selon le MCMI

Syndromes cliniques	Score moyen	Écart-Type	% des sujets avec BR>84
Anxiété	82.7	19.5	56.6
Somatisation	57.5	22.7	4.4
Hypomanie	70.3	10.3	9.3
Dystimie	69.5	19.8	15.1
Abus d'alcool	82.5	11.7	47.3
Abus de drogue	85.1	14.8	55.6
Trouble de la pensée	66.4	14.7	6.8
Dépression clinique	60.8	23.1	8.3
Idée délirante	62.1	18.5	6.8
Stress post-traumatique	60.8	18.5	3.4

Pour ce qui a trait au questionnaire Jesness, on retrouve au tableau 9 les fréquences obtenues par les sujets du groupe d'étude aux différentes échelles. La zone de coupure « score>60 » démontre le caractère dysfonctionnel du sujet sur l'échelle.

Tableau 9 : Fréquence des échelles Jesness

Échelle	Score moyen	Écart-type	Score>60
Mésadaptation sociale	62.6	9.3	56.6 %
Orientation aux valeurs délinquantes	63.0	9.8	59.7 %
Autisme	63.5	12.3	52.2 %
Aliénation	58.9	11.1	50.5 %
Agressivité manifeste	62.2	8.9	54.1 %
Retrait	61.8	9.4	60.4 %
Anxiété sociale	59.9	5.2	55.5 %
Repliement	48.9	6.3	4.4 %
Déni	53.9	3.1	0.5 %
Indice d'associalité	52.4	9.3	22.0 %

Mis à part les échelles du « repliement et du déni » qui représentent deux mécanismes de défenses et dont les scores se maintiennent bas, on observe une sévérité généralisée chez les sujets aux principaux indices traduisant les dimensions de la personnalité délinquante. Cette sévérité apparaît également dans la distribution des sujets selon leur niveau de maturité interpersonnelle qu'on peut retrouver au tableau 10.

Tableau 10 : Répartition des sujets selon leur niveau de maturité interpersonnelle

Niveau de maturité	Pourcentage
Asocial agressif (2)	19.2
Asocial passif (2)	4.4
Conformiste immature (3)	6.0
Conformiste culturel (3)	14.8
Manipulateur (3)	2.2
Névrotique agressif (4)	4.4
Névrotique anxieux (4)	32.4
Réactionnel (4)	0
Identifié culturel (4)	0
Niveau supérieur	16.5

Ainsi, on peut remarquer que près du tiers des sujets (32.4 %) sont évalués comme des névrotiques anxieux. De manière à comprendre ce type, notons que ces sujets se caractérisent par une propension à cacher une image négative de soi. Ils sont peu enthousiastes à se révéler ou à permettre aux autres de se rapprocher d'eux. Les troubles de comportements découlent souvent d'un conflit interne de longue durée, particulièrement un conflit impliquant l'intériorisation d'une image parentale ou d'autorité; conséquemment, ces personnes sont prédisposées à avoir des problèmes avec

l'autorité. L'asocial agressif compte pour 19.2 % du groupe. Ces sujets se distinguent par leur vision concrète et égocentrique du monde. Il leur arrive d'avoir une vue très déformée de la réalité et leurs réponses peuvent être inappropriées, souvent agressives. Ce type de sujet a peu conscience de l'impact de ses comportements sur les autres, il blâme facilement et définit rapidement l'autre en bon ou mauvais. Le troisième sous-groupe représentatif est le conformiste culturel (14.8 %). Ces derniers sont orientés vers le groupe (sous-culture) et, en conséquence, voient peu de raisons de remettre en question leur style de vie ou de changer. Lorsqu'ils admettent qu'ils ont des problèmes, ils les attribuent habituellement aux autres. Le groupe d'appartenance est vital pour ce sujet qui y trouve une reconnaissance et une identité.

L'Indice de Gravité d'une Toxicomanie nous révèle également plusieurs caractéristiques sur le profil psychologique des sujets. Comme on peut le remarquer au tableau 11, les sujets ont éprouvé durant leur vie et éprouvent lors de leur demande d'aide plusieurs symptômes psychologiques. La présence d'éléments dépressifs et anxieux dans les 30 derniers jours et durant la vie est une fois de plus confirmée (cf. MCMI, Jesness). L'impulsivité traduite par la difficulté à réprimer un comportement violent représente une caractéristique du groupe d'étude. Notons de plus une forte propension des sujets à porter atteinte à leur intégrité telle que traduite par l'automutilation et les tentatives suicidaires.

Tableau 11 : Fréquence des symptômes psychologiques à vie et dans les 30 derniers jours

Symptômes	30 derniers jours	À vie
Dépression grave	30.5 %	48.1 %
Anxiété	53.2 %	56.5 %
Difficulté à réprimer un comportement violent	36.1 %	76.4 %
Se blesser intentionnellement	2.8 %	21.3 %
Pensées suicidaires	13.4 %	59.3 %
Tentatives de suicide	4.6 %	43.5 %
Abusé physiquement	1.9 %	47.7 %
Abusé sexuellement	0 %	29.2 %

Finalement, on constate un taux relativement élevé d'abus physiques à vie (47.7 %) et d'abus sexuels à vie (29.2 %). Compte tenu du caractère intime de ces révélations et du profil délinquant des sujets, nous croyons que ces taux pourraient être supérieurs. Si on compare les individus en fonction du sexe, nous retrouvons respectivement des taux de 42.9 % chez les hommes et 84.0 % chez les femmes pour les abus physiques et de 24.6 % chez les hommes et 64.2 % chez les femmes pour les abus sexuels.

L'interaction des profils

À partir des différentes dimensions constituant le profil général du groupe d'étude, nous nous sommes efforcés de rechercher la présence de liens entre elles. Ainsi, les dimensions consommation, sociale, délinquance et psychologique apparaissent en lien. Nous vous présentons donc les principales relations.

a) Le type de mesures légales en lien avec la sévérité

L'IGT est un instrument d'évaluation qui permet, entre autres, de mesurer la gravité des problèmes d'un sujet dans la période de 30 jours qui précède l'entrevue sur chacune des échelles. Ces scores ont été mis en relation avec le type de mesures légales auquel le sujet est soumis. Le résultat traduit alors des différences significatives en fonction du type de mesures, tel que présenté au tableau 12.

Tableau 12 : Scores composés de l'IGT selon le type de mesures légales

Échelles de l'IGT	Libération conditionnelle	Probation	Maison de transition	Autres	Aucune Mesure	Analyse de variance	
						F	P
Alcool	.239	.384	.170	.267	.380	7.59	<.000
Drogue	.074	.169	.082	.126	.158	5.27	<.000
Médical	.051	.195	.085	.193	.156	1.69	n.s.
Emploi et ressources	.827	.729	.788	.809	.740	0.77	n.s.
Relations familiales et sociales	.141	.230	.161	.346	.303	5.07	<.000
Psychologique	.169	.363	.165	.301	.363	11.16	<.000
Situation légale	.212	.273	.165	.382	.337	5.88	<.000
D.L. = 4							

Deux sous-groupes se démarquent significativement des autres, ce sont les sujets en libération conditionnelle et les sujets séjournant en Maison de transition. Il s'agit en fait de contraintes reliées directement à la détention. Nous avons donc regroupé ces sujets en les comparant avec le regroupement des autres sous-groupes. Comme on pourra le constater au tableau 13, plusieurs indices sur la sévérité du profil du sujet sont en lien avec le type de mesures légales ou le type de contraintes exercées par le système judiciaire.

Tableau 13 : Indices de sévérité selon le type de mesures légales

Indices de sévérité	Lib. Cond. + MT M. de transition	Autres Mesures	P
Score composé-Alcool	.191	.360	<.000
Score composé-Drogue	.079	.155	<.000
Score composé-Médical	.074	.176	<.01
Score composé-Familial	.154	.285	<.000
Score composé-Psychologique	.166	.351	<.000
Score composé-Légal	.179	.322	<.000
MCMI-Personnalité dépressive	68.7	76.5	<.01
MCMI-Personnalité défaitisme	65.9	72.1	<.01
MCMI-Personnalité limite	68.6	73.9	<.01
MCMI-Personnalité compulsive	42.6	33.7	<.001
MCMI-Personnalité histrionique	39.6	32.9	<.05
MCMI-anxiété	78.1	84.4	<.05
MCMI-bipolaire	67.6	71.2	<.05
MCMI-dystimie	62.4	72.1	<.001
MCMI-stress post-traumatique	53.3	63.5	<.001
MCMI-dépression clinique	50.9	64.3	<.001
Jesness-mésadaptation sociale	59.3	63.8	<.01
Jesness-orientation aux valeurs	59.8	64.2	<.01
Jesness-autisme	58.0	65.6	<.001
Jesness-agressivité manifeste	59.6	63.3	<.01
Jesness-retrait	58.0	63.3	<.001
Jesness-anxiété sociale	57.8	60.7	<.01
Jesness-repliement	50.5	48.2	<.05
Jesness-déni	54.9	53.4	<.001
Jesness-indice d'asocialité	49.3	53.7	<.001

On observera dans l'ensemble que le profil psychologique traduit par le MCMI et le Jesness démontre un niveau de sévérité moindre pour le groupe étant en libération conditionnelle ou en Maison de transition. Les scores composés indiquent par ailleurs une gravité moindre sur la presque totalité des échelles, ce qui démontre que ces sujets ont manifestement moins de problèmes. Bien sûr, il est également possible que les sujets en libération conditionnelle ou en Maison de transition subissent des pressions ou des contraintes importantes de la part des autorités judiciaires, favorisant des réponses allant dans le sens d'un désir social. En effet, ces personnes pourraient percevoir un net avantage à se montrer sous un beau jour, même si la confidentialité leur est assurée.

b) Les facteurs d'aggravation

Comme nous l'avons vu au tableau 12, une proportion importante des sujets affirme avoir été abusée physiquement et sexuellement dans sa vie. Comme on peut le constater aux tableaux 14 et 15, la présence d'abus antérieurs favorise en effet l'aggravation du profil psychologique des sujets.

Tableau 14 : Indices de sévérité selon l'histoire d'abus physique

Indices de sévérité	Abusé	Non abusé	P
Score composé-Familial	.288	.215	<.05
Score composé-Emploi	.841	.694	<.0001
MCMI-Personnalité sadique	70.0	65.7	<.05
MCMI-Personnalité défaitiste	73.2	68.0	<.01
MCMI-Personnalité passive-agressive	75.3	70.4	<.01
MCMI-Personnalité limite	75.2	70.2	<.01
MCMI-Personnalité paranoïde	70.8	65.6	<.05
MCMI-Bipolaire	72.3	68.5	<.01
MCMI-Trouble de la pensée	69.5	63.7	<.01
MCMI-Stress post-traumatique	65.0	57.2	<.001
MCMI-Idee délirante	65.9	59.5	<.05
Jesness-Mésadaptation sociale	64.1	61.2	<.05
Jesness-Orientation aux valeurs	64.3	61.2	<.05
Jesness-Autisme	65.6	61.6	<.05
Jesness-Aliénation	60.7	57.3	<.05

Tableau 15 : Indices de sévérité selon l'histoire d'abus sexuel

Indices de sévérité	Abusé	Non abusé	P
Score composé-Drogue	.164	.124	<.05
Score composé-Médical	.234	.115	<.01
Score composé-Emploi	.839	.731	<.01
Score composé-Psychologique	.389	.267	<.0000
MCMI-Personnalité antisociale	79.7	76.8	<.05
MCMI-Personnalité sadique	70.6	66.4	<.05
MCMI-Personnalité paranoïde	72.2	66.2	<.05
MCMI-Bipolaire	73.9	68.7	<.001
MCMI-Abus de drogue	88.7	83.5	<.01
MCMI-Stress Post-traumatique	65.1	59.0	<.05
Jesness-Mésadaptation sociale	64.5	61.7	<.05
Jesness-Autisme	67.3	61.8	<.01
Jesness-Retrait	63.8	60.9	<.05
Jesness-Déni	53.0	54.2	<.01

Discussion

L'analyse des données de l'étude actuelle nous entraîne dans une réflexion à deux niveaux. D'une part, l'observation de problématiques multiples dans la population à l'étude nous questionne sur les possibilités de mettre en place des services de traitement adéquats pour ces personnes qui paraissent éprouver des problèmes d'adaptation à plusieurs niveaux. D'autre part, le niveau des problèmes de toxicomanie des personnes référées par le système de justice nous interroge sur la nécessité de certaines de ces références.

L'appariement traitement/clientèle

Un déterminant important de l'efficacité des traitements offerts en toxicomanie est la mise en place de stratégies d'appariement adéquats. Le concept d'appariement s'est développé à partir de la fin des années soixante-dix (Pattison, Sobell & Sobell, 1977 ; Gotheil, McLellan & Druley, 1981 ; Annis, 1988 ; Miller, 1989 ; Landry et al., 1996). Selon cette approche, la toxicomanie est un problème multidimensionnel qui peut prendre des formes très variées selon les personnes. Par conséquent, les modalités de traitement offertes doivent tenir compte de cette diversité et pouvoir s'adapter aux besoins spécifiques des clientèles. C'est ainsi que diverses formes de traitement ont pu être développées en tenant compte de variables telles que le statut marital (McCraedy et al., 1986), la gravité des problèmes psychiatriques (McLellan et al., 1980), le degré de dépendance à l'alcool (Sanchez-Craig et al., 1984), ou le statut d'emploi (Fench et al., 1992).

La présente étude indique très clairement la présence de plusieurs problématiques dans la population à l'étude. Non seulement ces toxicomanes éprouvent des problèmes avec la justice, mais bon nombre d'entre eux présentent des indices de difficultés importantes d'adaptation sociale plus générale et de santé mentale. Le terme « double problématique » semble donc euphémique pour décrire cette population. L'appariement bute ici contre l'ampleur et la variété des déficits qui ne permettent pas la mise en place d'une approche programmée de durée moyenne.

La présence de problématiques multiples dominantes remet donc le concept même d'appariement en question. Nous revenons ici à une idée qui n'est pas nouvelle en soi : l'importance de l'élaboration de plans de traitement individualisés s'appuyant sur une évaluation minutieuse de l'ensemble des sphères de la vie du client : justice, santé physique et mentale, adaptation sociale... Ces plans de traitement doivent dépasser le simple exercice théorique ayant pour but de plaire aux administrateurs soucieux de la bonne tenue des

dossiers. Sans nul doute ces plans de traitement peuvent s'inscrire à l'intérieur d'une programmation générale adaptée spécifiquement à un type de clientèle, les personnes contrevenantes par exemple, mais il devient clair que la programmation ne doit pas être mise en priorité face au plan de traitement individualisé.

Les références du système de justice

Les cliniciens travaillant auprès d'une clientèle toxicomane référée par le système de justice ont souvent l'impression que ces personnes abandonnent rapidement le processus de traitement et que, somme toute, elles profitent peu du parcours de réadaptation entrepris. Les données actuelles sont intéressantes puisqu'elles fournissent certaines pistes d'explication de cet abandon précoce ainsi que du peu d'impact du traitement qui leur est proposé.

Il semble, en effet, que les personnes référées par le système de libération conditionnelle ou par les dirigeants des maisons de transitions pour libérés de jour éprouvent moins de problèmes de toxicomanies que l'ensemble des clients judiciairisés sur qui pèsent moins de pressions directes du système de justice pénal. La personne qui ressent peu de problèmes associés à sa consommation risque en effet d'être moins motivée pour entreprendre une démarche qui lui demande un investissement personnel en terme d'implication qu'une autre qui souffre réellement des conséquences de sa consommation. Bien entendu, elle se pliera aux exigences associées à une libération conditionnelle, mais jusqu'à quel point s'impliquera-t-elle réellement ?

L'importance de la souffrance ressentie est probablement reliée au niveau de motivation initial, à l'effort consenti pour changer, à la persévérance en traitement ainsi qu'à l'impact de la démarche.

Si, par ailleurs, l'évaluation de la toxicomanie se fait trop rapidement, avec des instruments non validés, ou par des personnes sans formation, on risque de confondre usage régulier de drogues illicites et toxicomanie. De simples consommateurs risquent alors de se retrouver en traitement à la suite d'une recommandation de leur agent de libération conditionnelle. Que faire dans ce cas avec ces clients qui ressentent moins le besoin de changer que de plaire à leur surveillant ?

Cette réflexion montre bien l'importance d'établir des mécanismes de collaboration plus étroits entre les intervenants du système de la justice et les intervenants en toxicomanie. Il est nécessaire d'adopter une terminologie commune ainsi que de développer des critères d'évaluation similaires de façon à s'assurer que seuls les clients nécessitant une aide thérapeutique spécialisée soient référés vers les centres de traitement de la toxicomanie. Il y

aurait lieu de mieux départager les mandats des principaux partenaires en s'appuyant principalement sur les besoins des personnes judiciairisées. Ainsi, la sévérité du profil de consommation en lien avec la demande du sujet de recevoir un service d'aide devrait guider la nature du service à rendre. Par exemple, un sujet aux prises avec une dépendance sévère à certains psychotropes et une volonté d'y remédier devrait avoir accès à un programme de traitement intensif tandis qu'un autre sujet présentant une problématique de consommation antérieure et l'absence de demande d'aide devrait être plutôt sensibilisé aux risques associés à la perte de contrôle sur sa consommation. Cette stratégie d'intervention différentielle peut s'exercer pour autant qu'elle satisfasse à deux conditions de base : 1) la nécessité de développer des services variés et répondant à la gamme des besoins exprimés et 2) la mise en place d'un système permettant aux milieux de bien évaluer les sujets. Cet arrimage entre les systèmes de justice et de traitement reste à construire.

Reçu en avril 1999

Bibliographie

- ANNIS H. M., GRAHAM J.-M., DAVUS C.S., *Inventory of Drinking Situations (IDS) : User's Guide*, Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1987.
- BERGERON J., LANDRY M., ISHAK I., VAUGEUIS P., TRÉPANIÉ L., Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool, l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT), *Cahier de recherche du RISQ*, Montréal, 1992.
- BIRON L., BROCHU S., DESJARDINS L., The Issue of Drugs and Crime among a Sample of Incarcerated Women, *Deviant Behavior*, 1995, 16 (1), 25-44.
- BOISLARD J., GERMAIN M., L'utilisation de l'I.G.T. dans la planification des services : l'expérience de Domrémy-Montréal. In : *L'évaluation des clientèles toxicomanes : L'ASI/IGT, expérimentation clinique et de recherche*, Les Presses de l'Université Laval, 1998.
- BROCHU S., DESJARDINS L., DOUYON A., FORGET C., Drug Use Prevalence among Offenders. In : F. LOSEL, D. BENDER, & T. BLIESNER (Eds.), *Psychology and Law : International Perspectives*, Berlin, Walter de Gruyter, 1992, 105-110.
- BROCHU S., *Drogue et criminalité : une relation complexe*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1995.
- BROCHU S., GUYON L., *Drug Addiction Among Inmates*, sous presse.
- DESJARDINS L., BROCHU S., BIRON-LANGELIER L., Étude épidémiologique sur la consommation de psychotropes chez les contrevenants incarcérés, *Cahiers de recherches criminologiques, n° 15*, Centre international de criminologie comparée, Université de Montréal, 1993.
- DESJARDINS L., GERMAIN M., Profil de la clientèle à double problématique : toxicomanie et délinquance, *Cahier de recherche du RISQ*, Montréal, 1995.

- D'ELIA A., LAGIER P.M., *Inventaire clinique multiaxial de Million*, Montréal, Bureau d'intervention psychosociale, 1986.
- GERMAIN M., LEBLANC M., Typologie intégrée de la toxicomanie et de la criminalité (selon l'indice de gravité d'une toxicomanie), *Psychotropes*, 1996, 1, 7-32.
- HODGINS S., CÔTÉ G., Prévalence des troubles mentaux chez les détenus des pénitenciers du Québec, *Santé Mentale Au Canada*, 1990, 38, 1-5.
- JESNESS C.F., *Classifying offenders : The Jesness Inventory Classification System*, Department of the youth authority, 1983, 132 p.
- JESNESS C.F., *Manual-The Jesness Inventory*, Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press, 1966.
- LANDRY M., NADEAU L., RACINE S., Prévalence des troubles de la personnalité dans la population toxicomane du Québec, *Cahier de recherche du RISQ*, Montréal, 1996.
- Le BLANC M., *Mesures de l'adaptation sociale et personnelle*, Logiciel de correction, 1993.
- Le BLANC M., *Manuel sur les mesures de l'adaptation sociale et personnelle pour les adolescents québécois*, École de psycho-éducation et le Groupe de recherche sur l'inadaptation sociale chez l'enfant, Université de Montréal, 1994.
- Mc LELLAN A.T.H., LUBORSKY L., O'BRIEN C.H.P., WOODY G.E., An Improved evaluation instrument for substance abuse patients : the Addiction Severity Index, *Journal of nervous and mental Disease*, 1980, 26-33.
- MILLON T., *Modern psychopathology*, Prospect Heights, IL, Waveland, 1969.
- MILLON T., *Disorders of personality. DSM-III : Axis II*, Minneapolis, MN, National Computer Systems, 1981.
- MILLON T., *Million Clinical Multiaxial Inventory*, Minneapolis, MN, National Computer Systems, 1983.
- Ministère de la sécurité publique, *Le profil de la clientèle correctionnelle du Québec en matière de consommation d'alcool et de drogues*, Québec, Gouvernement du Québec, 1996.
- RACINE S., NADEAU L., Interaction entre les troubles de la personnalité et la toxicomanie, *Cahier de recherche du RISQ*, Montréal, 1995.
- SCHNEEBERGER P., BROCHU S., *Profil des activités délictueuses chez les toxicomanes en traitement, Rapport n° 2*, Université de Montréal, Centre international de criminologie comparée, 1995.
- Service correctionnel du Canada, *Rapport du groupe d'étude sur la réduction de la toxicomanie, Rapport final*, Ottawa, Service correctionnel du Canada, 1990.
- SULLIVAN C., GRANT M.Q., GRANT D.G., The development of interpersonal maturity : applications to delinquency, *Psychiatry*, 1957, 20, 373-385.