

Les Cahiers de recherches criminologiques

CAHIER NO 19

**SERVICES À OFFRIR AUX PERSONNES PRÉSENTANT UNE DOUBLE
PROBLÉMATIQUE TOXICOMANIE/DÉLINQUANCE**

**Serge Brochu
Pascal Schneeberger et al.
(1995)**



**LES CAHIERS DE RECHERCHES CRIMINOLOGIQUES
CENTRE INTERNATIONAL DE CRIMINOLOGIE COMPARÉE**

Université de Montréal

Case postale 6128, Succursale Centre-ville
Montréal, Québec, H3C 3J7, Canada
Tél.: 514-343-7065 / Fax.: 514-343-2269
cicc@umontreal.ca / www.cicc.umontreal.ca

SERVICES À OFFRIR AUX PERSONNES PRÉSENTANT UNE DOUBLE PROBLÉMATIQUE TOXICOMANIE/DÉLINQUANCE

Chercheur principal

Serge Brochu, Université de Montréal

Comité d'experts

Robert Baril, Régie Régionale Montérégie

Louise Bastien, Maison Tanguay

Michel Boulard, Établissement de détention Trois-Rivières

René Cloutier, Ministère de la Santé et des Services sociaux

Pierre Couture, Ministère de la Sécurité publique

Jean Dufresne, C. R. Domrémy-04

Jocelyne Forget, Regroupement Alternatives Domrémy-Montréal Préfontaine

Guy Godin, Régie Régional Mauricie-Boisfrancs

Mario Lévesque, Service correctionnel du Canada

Pierre Ménard, C. R. Montérégie

John Topp, Régie Régionale Montréal-Centre

Sandra Verreault, Ministère de la Sécurité publique

Agent de recherche

Pascal Schneeberger

Assistants de recherche

Noémi Beaudet

Marjolaine Dion

Isabelle Parent

Nancy Poirier



**Centre international de criminologie comparée
pour le comité Toxico-Justice**

MAI 1995

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre 1 : Profil de consommation de substances psychoactives chez les personnes judiciarisées	1
1.1 Les études nord-américaines	2
1.2 Les études québécoises	7
1.3 Conclusion	13
1.4 Liste des références	15
Chapitre 2 : Profil des activités délictueuses chez les toxicomanes en traitement	20
2.1 Les études hors Québec	21
2.2 Les études québécoises	26
2.3 Conclusion	30
2.4 Liste des références	33
Chapitre 3 : Demandes et attentes des intervenants associés à la Sécurité publique et à la Justice	38
3.1 Problématique	39
3.2 Méthodologie	41
3.3 Analyse synthèse	49
3.4 Liste des références	63
Chapitre 4 : La réadaptation des personnes toxicomanes judiciarisées	64
4.1 Introduction	65
4.2 Les expériences québécoises	65
4.2.1 Les services en milieu de détention	66
4.2.2 Les services dans la communauté	70
4.3 Les expériences américaines	72
4.4 Intervention auprès des toxicomanes judiciarisés: deux paradigmes	77
4.4.1 Le modèle de la gestion des risques	78
4.4.2 Le modèle de promotion de la santé	79

4.5 Conclusion	80
4.6 Liste des références	83
Chapitre 5 : Persistance en traitement et impact du processus de réadaptation des personnes toxicomanes judiciairisées admises à Domrémy-Montréal	89
5.1 Problématique	90
5.2 Objectifs	95
5.3 Hypothèses	96
5.4 Méthodologie	96
5.5 Profil socio-démographique de la population	100
5.6 Vérification des hypothèses	104
5.7 Résumé et conclusion	116
5.8 Liste des références	120
Chapitre 6 : Recommandations concernant les services à offrir aux personnes présentant une double problématique toxicomanie/délinquance	125
6.1 Cadre de référence et structure de liaison	126
6.2 Échange d'information et rencontres	127
6.3 Mécanismes d'évaluation de la clientèle	128
6.4 Entente type	129
6.5 Formation	131
6.6 Accès aux services	132
6.7 Normes de reconnaissance (d'agrément)	133
6.8 Évaluation des programmes offerts aux personnes judiciairisées	134
6.9 Mécanismes d'évaluation	135
Annexe 1 : Faits saillants concernant l'étude de la consommation de substances psychoactives chez les personnes incarcérées à l'établissement de détention de Trois-Rivières	136
Annexe 2 : Piste d'évaluation du besoin d'encadrement d'un toxicomane judiciairisé ...	149
Annexe 3 : Figures	170
Annexe 4 : Points de contacts entre le réseau de la Justice et de la Sécurité publique et celui du réseau de la Santé et des Services sociaux	179

CHAPITRE 1

Profil de consommation de substances psychoactives chez les personnes judiciarisées

Un comité (Toxico-Justice) regroupant des membres du Ministère de la Santé et des Services Sociaux, du Ministère de la Sécurité publique et de l'Université de Montréal a été mis sur pied pour faire le point sur la situation. Leur mandat était de réfléchir sur les services à offrir aux personnes présentant une double problématique toxicomanie/délinquance. Les chapitres qui suivent rendent compte des résultats des travaux de ce comité.

La relation qui existe entre la consommation de substances psychoactives et la criminalité est un sujet qui préoccupe plusieurs personnes à l'heure actuelle. En effet, politiciens, journalistes, reporters, policiers, intervenants sociaux et grand public sont de plus en plus concernés par le phénomène et appelés à prendre position et à réagir face à cette situation problématique. La science est également mise à contribution afin de cerner plus précisément l'état de la situation.

Il a d'abord été jugé important par le comité de vérifier s'il existe bel et bien une relation entre la consommation de drogue et le crime. Pour ce faire, il leur a semblé tout indiqué d'étudier la consommation de substances illicites auprès des populations criminalisées. Ce chapitre sera donc réservé à l'étude de la consommation des personnes ayant fait l'objet d'une arrestation et des populations incarcérées nord-américaines et plus spécifiquement québécoises.

1.1 LES ÉTUDES NORD-AMÉRICAINES

Aux États-Unis, le Federal Bureau of Investigation, communément appelé le FBI, produisait en 1993 un rapport indiquant que 6,2% des homicides perpétrés sur le territoire américain en 1991 et dont on connaissait les causes impliquaient le trafic de la drogue (U.S. Department of Justice, 1993). Même une substance psychoactive licite telle l'alcool se retrouve chez 50% des auteurs d'homicides au moment du délit (Langevin & Lang, 1990; Murdoch, Pihl & Ross, 1990). Ce genre d'information a donné lieu à de nombreuses études destinées à connaître le lien entre drogue et criminalité. Quoi de mieux, pour débiter, que de vérifier auprès d'une population en état d'arrestation, leurs habitudes de consommation?

C'est justement le mandat que s'est donnée l'administration de la Justice des États-Unis en mettant sur pied le "Drug Use Forecasting System" qui se veut un programme destiné à évaluer la prévalence de la consommation de drogues illicites parmi les personnes arrêtées dans 24 grandes villes américaines. Le programme consiste à recueillir un échantillon d'urine de même qu'à récolter les réponses à un certain nombre de questions sur la consommation des individus ayant fait l'objet d'une arrestation. La participation à l'étude est volontaire et la confidentialité y est assurée. Le taux de réponse aux questions atteint un taux de 90% alors que 80% des sujets approchés acceptent de fournir un échantillon d'urine permettant ainsi la constitution d'un groupe d'environ 225 individus dans chaque ville. Le taux élevé de participation à la recherche permet de croire que ce ne sont pas uniquement les personnes qui n'ont "rien à se reprocher" qui ont été l'objet des analyses. Les résultats indiquent que **47% (Phoenix) à 78% (Philadelphie)** des hommes ayant participé à cette étude **présentent des traces de drogues** dans leur urine (Russell, 1993). En 1992, la **cocaïne était la drogue la plus souvent décelée** dans 90% des grandes villes américaines (Russell, 1993). Ces résultats sont d'autant plus évocateurs **qu'ils dépassent de 17 à 25 fois le taux enregistré dans la population américaine en général (Dewitt, 1992; Wish, 1991; Wish & O'Neil, 1991)**. De plus, Brochu (1995) rappelle que ces chiffres sont révélateurs en ce sens que les tests d'urine ne peuvent identifier, la plupart du temps, qu'une consommation relativement récente¹.

La prévalence de consommation chez les personnes accusées de délits ne se constate pas uniquement au moment de leur arrestation. Les individus interrogés au lors de leur incarcération sur leurs habitudes de consommation avant leur entrée en prison révèlent également une forte consommation de substances psychoactives illégales et d'alcool et il semblerait que cette pratique soit courante (Chiles, Von Cleve, Jennelka & Trupin, 1990). A cet effet, Harlow (1991) a mené une recherche auprès de détenus américains qui a démontré que 78% d'entre eux ont déjà consommé une drogue illicite au cours de leur vie. Plus impressionnants encore sont les résultats de cette étude qui indiquent que 58% des individus écroués ont fait usage de stupéfiants sur une base régulière (une fois

¹ A savoir que des traces d'opiacés, de cocaïne, d'amphétamines, de méthadone ou d'alcool ne demeurent guère plus de 24 à 72 heures dans l'urine alors qu'on peut y retrouver des traces de PCP ou de cannabis près de trente jours après leur usage (Brochu, 1995).

ou plus par semaine pendant au moins un mois). La moitié d'entre eux ont consommé de la cocaïne ou un dérivé de cette substance. Quarante-quatre pour-cent des sujets de l'étude de Harlow ont fait usage d'une drogue illicite dans le mois qui a précédé le moment de la commission du délit pour lequel ils se retrouvent à l'intérieur des murs et 30% consommaient sur une base journalière. Enfin, **57% des détenus interrogés ont avoué avoir été en état d'intoxication au moment où ils ont perpétré leur délit.** Si on exclut les sujets sous l'influence de l'alcool, la moitié d'entre eux (28,5%) se trouvaient avoir consommé des substances psychoactives illicites. Ces données sont quelque peu supérieures à celles obtenues par Barton (1982) presque dix ans auparavant. Il estimait alors à 68% la proportion de prisonniers ayant déjà consommé des drogues illicites au cours de leur vie alors que 44% d'entre eux en avait fait usage dans le mois précédent leur incarcération. Finalement, 21% des détenus avouaient avoir été sous l'influence d'une substance psychoactive illicite au moment de la commission de leur délit. Ces chiffres ne sont malheureusement pas le résultat de recherches isolées et on retrouve de nombreuses études ayant obtenu des données similaires (Innes, 1988). Ces études ne mentent pas sur la forte prévalence d'utilisation de drogues illégales parmi les personnes incarcérées.

On estime par ailleurs que **13% des détenus américains ont commis le délit pour lequel ils sont emprisonnés afin de se procurer de la drogue** (Harlow, 1991).

Toutefois, la problématique ne se termine pas avec l'emprisonnement des individus. En effet, on estime que les gens qui consommaient une substance psychoactive illégale avant leur incarcération continuent de **s'adonner à leur habitude pendant leur séjour carcéral dans une proportion allant de 60% à 70%** (Inciardi, Lockwood & Quinlan, 1993; McBride & Inciardi, 1993; Sobell & al., 1983), les produits consommés étant **le cannabis, la cocaïne et l'alcool**. La consommation en établissement est cependant plus difficile à vérifier empiriquement et les quelques résultats disponibles (tests d'urine) révèlent des pourcentages nettement inférieurs allant de 0% à 26,9% (Friesen, 1989; Vigdal & Stadler, 1989). On peut cependant avancer l'hypothèse que les détenus ont beaucoup plus à perdre en révélant leur consommation à l'intérieur des murs lorsqu'ils y sont, que leur usage de drogues avant de se retrouver derrière les barreaux. De plus, il semblerait

que dans de nombreux cas, les personnes incarcérées seraient soit mises au courant longtemps d'avance du moment où les tests d'urine sont effectués, soit arriveraient à prévoir assez exactement l'horaire des tests d'urine, stoppant ainsi leur consommation le temps requis. Enfin, certains "trucs" seraient utilisés afin de fausser les résultats de ces tests.

Il est possible que les problèmes importants de consommation des personnes incarcérées soient en grande partie la cause de leur emprisonnement alors que les individus ayant moins de problèmes d'abus de drogues et qui se voient condamnés pour un délit soient moins fréquemment envoyés derrière les barreaux. Wish, Cuadrado & Martorana (1986) ont conduit une étude auprès de gens en probation. Les résultats de l'étude indiquent que le taux de consommation de cette clientèle durant leur mandat probatoire est comparable à celui retrouvé par plusieurs auteurs auprès des individus écroués (60% à 70%). En effet, cette étude a révélé que **68% des individus en probation présentaient des traces de drogues** dans leur urine (Wish, Cuadrado & Martorana, 1986). A prime abord, l'hypothèse exposée au début du paragraphe n'est donc pas confirmée. De plus amples études seront toutefois nécessaires afin de déterminer si la consommation importante des personnes incarcérées est le reflet de la situation des gens condamnés pour des délits ou si cette forte prévalence traduit plutôt la philosophie judiciaire voulant que la drogue cause le crime et qu'un délinquant abusant de substances psychoactives présente un plus grand danger de récidive nécessitant ainsi un emprisonnement.

Malheureusement, les études américaines se sont concentrées davantage sur la **prévalence** de consommation de substances psychoactives parmi la population judiciairisée que sur la **dépendance** que ces individus entretiennent vis-à-vis une drogue. Les résultats disponibles ne nous renseignent donc pas sur la **toxicomanie** des personnes criminalisées.

Cette consommation chez les personnes incarcérées ne prévaut-elle que dans les établissements accueillant une clientèle masculine? Que peut-on dire au sujet de la consommation de substances psychoactives illégales chez les contrevenantes judiciairisées? Force est de constater que les études sur le thème sont beaucoup moins nombreuses chez les femmes que chez les hommes.

Nadeau, Mercier & Bourgeois (1984) rappellent qu'en ce qui concerne la consommation de drogues dans la population générale, certaines caractéristiques différencient hommes et femmes. Ainsi, la gent féminine consomme moins d'alcool et de drogues de rue que leur contrepartie masculine, mais utilise par ailleurs plus de médicaments. De façon générale, il semble également que ces dernières ne recherchent pas l'intoxication de façon aussi intense que les hommes et que si elles le font, ce sera souvent à l'aide de médicaments prescrits par un médecin (Brochu, Ouimet & Mercier, en voie de publication; Silverman, 1982).

Pourtant, lorsqu'on ne considère que les femmes aux prises avec la justice, les différences s'estompent. Les études scientifiques démontrent qu'**elles consomment tout autant que les hommes** (DeWitt, 1992; Lahosa, 1989; Van Hoeven, Stoneburner & Rooney, 1991). Ainsi, une étude réalisée dans le cadre du Drug Use Forecasting en 1993 démontre que le pourcentage de **femmes arrêtées qui présentent des traces de drogues** dans leur urine varie de **44%** (San Antonio) à **85%** (Manhattan) (Russell, 1993). Ces taux se comparent aisément à ceux retrouvés chez les hommes et pourraient même être plus élevés (Wellisch, Anglin & Prendergast, 1993). La **cocaïne** représente le produit le plus fréquemment décelé, suivi du **cannabis** et de l'**héroïne** (Russell, 1993).

Les **femmes détenues** aux États-Unis affichent également des taux de consommation élevés. Ainsi, près de 50% d'entre elles rapportent avoir consommé de la cocaïne au moins une ou deux fois par mois avant leur incarcération et 30% déclarent en avoir fait autant avec l'héroïne (Wellisch, Anglin & Prendergast, 1993). La **cocaïne** obtiendrait donc la faveur des contrevenantes incarcérées suivie des **médicaments** (Harlow, 1991; Sanchez & Johnson, 1987; Wellisch, Anglin & Prendergrast, 1993) alors que chez les **hommes**, la préférence va à l'**alcool** puis au **cannabis** et à la **cocaïne**. Si on s'attarde aux délits commis par les **femmes** qui abusent de drogues, on constate qu'elles sont **moins souvent impliquées dans des actes reliés au vol**, mais en revanche **davantage concernées par des activités entourant la vente et la possession de stupéfiants de même que par la prostitution** (Brochu, 1995; Wellisch, Anglin & Prendergrast, 1993) quoique contrairement à la croyance populaire, cette activité ne soit le lot que du tiers des femmes toxicomanes américaines incarcérées (Chaiken & Johnson, 1988). On note également chez elles une plus **faible propension**

à la perpétration de délits violents. La femme trouve donc sa spécificité au niveau des drogues consommées et de la nature des délits commis.

1.2 LES ÉTUDES QUÉBÉCOISES

Considérons maintenant le portrait de la population carcérale québécoise quant à la consommation de substances psychoactives illicites et comparons les résultats des quelques études disponibles aux conclusions qu'a révélées l'analyse des écrits américains.

Une étude réalisée par Forget (1990) révèle que plus des trois quart des personnes incarcérées au Centre de détention de Montréal (Bordeaux) ont consommé une substance psychoactive illicite au moins cinq fois au cours de leur vie. Bien plus, un **nombre supérieur à la moitié** a déclaré avoir fait **usage de drogues proscrites dans le mois qui a précédé leur incarcération**. D'ailleurs, l'étude de Forget (1990) indique que plus du tiers des répondants ont mentionné que les coûts relatifs à leur consommation de drogue avait joué un rôle dans la perpétration du délit pour lequel ils sont incarcérés et qu'un peu moins du tiers de l'échantillon avait affirmé avoir contracté des "dettes de drogue". Ces résultats peuvent être considérés comme alarmants si l'on pense que les statistiques compilées par l'Enquête Santé Québec (1988) indiquent que moins de 20% de la population québécoise âgée de 15 à 44 ans a déjà consommé une substance psychoactive au cours de leur vie. Cela revient à dire que les détenus obtiennent un score quatre fois plus élevé que la population générale.

Les substances psychoactives illicites utilisées par la clientèle masculine des prisons au Québec avant leur incarcération sont par ordre décroissant d'importance: le **cannabis**, la **cocaïne**, les **médicaments**, les **hallucinogènes**, l'**héroïne**, les **solvants** et les autres **opiacés** (Brochu & al., 1992). Les chercheurs ont varié les périodes de temps couvertes par leurs questionnaires de sorte qu'ils ont été en mesure de connaître la préférence du produit de consommation des détenus dans les

30 jours précédant leur incarcération et dans la vie en général. Les résultats demeurent très semblables à ceux rapportés plus haut, peu importe la période d'utilisation couverte.

Forget (1990) en plus de révéler les taux de prévalence ci-haut mentionnés s'est aussi intéressé au phénomène de l'assuétude des personnes incarcérées au Centre de détention de Montréal. A l'aide du DAST et de l'ADS² il a découvert que 34,6% des détenus de son échantillon présentaient une dépendance substantielle ou grave à une drogue et que 10,8% de ces individus avaient des problèmes identiques face à l'alcool.

Plus récemment, Brochu & Guyon (1994) ont également mené une étude auprès de la population incarcérée au Centre de détention de Montréal. L'objectif de cette enquête était d'effectuer une comparaison entre les détenus jugés toxicomanes et ceux qui ne l'étaient pas. Les **prisonniers évalués comme dépendants** à une substance psychoactive illicite représentaient **33% de l'échantillon total**. Les résultats obtenus par les chercheurs indiquent que **les toxicomanes présentent un profil bio-psycho-social nettement plus endommagé que les non-toxicomanes**³. Mis à part la gravité de leur consommation d'alcool et de drogues qui a servi à différencier les deux échantillons, on remarque que l'état de santé des abuseurs de drogues, leurs relations familiales et sociales, leur état psychologique et leur situation légale sont plus détériorés que chez les non-toxicomanes. On constate également qu'ils vivent plus souvent seuls et ont moins souvent un emploi. On peut alors se questionner à savoir si la consommation abusive des individus toxicomanes est le facteur responsable de cette situation bio-psycho-sociale nettement plus endommagée ou si leur assuétude est pour eux une façon malhabile de remédier à des conditions de vie nettement moins favorables au départ.

² Le Drug Abuse Screening Test et l'Alcohol Dependence Scale

³ A titre d'information, mentionnons toutefois que les détenus toxicomanes présentent des problèmes moins graves que les toxicomanes vivant en communauté quant aux relations familiales et sociales de même qu'au niveau des problèmes psychologiques. Cependant, les problèmes apparemment moins graves des toxicomanes incarcérés quant à leurs relations avec autrui pourrait tout simplement traduire une absence de ces relations.

Par contre, lorsqu'on dresse une comparaison entre le groupe de détenus toxicomanes et ceux qui ne présentent pas une telle problématique, un fait demeure surprenant: il n'y a **aucune différence** entre les deux groupes en ce qui concerne la **nature du délit** pour lequel les individus se retrouvent incarcérés⁴ (Brochu & Guyon, 1994). On constatera toutefois que les personnes **toxicomanes possèdent plus souvent un passé d'incarcération** que les non-toxicomanes (82,4% vs 70,3%) (Brochu & Guyon, 1994). Contrairement à la croyance populaire, les **personnes dépendantes** à une drogue sont **moins souvent impliquées dans des délits violents** que les détenus qui n'ont pas ce problème. Cette constatation ne fait cependant pas l'unanimité en ce qui concerne l'alcool.

Récemment, une autre étude réalisée auprès d'une population incarcérée à l'établissement de détention provincial de Trois-Rivières révélait que 43,2% des détenus présentaient une dépendance à l'alcool ou à une drogue (Schneeberger & Brochu, 1995). Tout comme dans l'étude de Montréal, on remarque que les personnes toxicomanes vivaient plus fréquemment seuls et qu'ils occupaient moins fréquemment un emploi que les non-toxicomanes. Toutefois, au niveau du profil bio-psycho-social, seuls les problèmes reliés à l'emploi et aux ressources financières distinguaient significativement les détenus des deux groupes.

En ce qui concerne la criminalité des prisonniers de Trois-Rivières, les personnes dépendantes étaient plus souvent incarcérées en raison d'infraction contre l'application de la loi alors que pour les détenus qui ne présentaient pas un comportement d'assuétude, ils étaient plus fréquemment incarcéré en raison de vols. Suivaient par ordre d'importance pour les deux groupes des infractions au code de la route autre que la conduite en état d'ébriété puis les voies de fait⁵.

Le portrait que nous venons de brosser a permis de décrire la prévalence de consommation de substances psychoactives parmi les détenus des prisons au Québec. On sait par contre que les

⁴ Il s'agit d'infraction contre l'application de la loi et de vols.

⁵ L'étude de la population incarcérée à l'établissement de Trois-Rivières a été réalisée dans le cadre du projet Toxico-Justice. Le lecteur trouvera annexé à ce rapport, une analyse plus substantielle des résultats de cette étude.

populations carcérales provinciales et fédérales ne possèdent pas nécessairement le même profil. Outre une sentence plus longue, soutenant un délit jugé plus grave, les personnes incarcérées dans un pénitencier présentent souvent un passé criminel plus chargé. Voyons maintenant si la consommation des détenus sous juridiction fédérale se compare à ce que nous venons de présenter au sujet des prisonniers provinciaux.

Un rapport du Service correctionnel du Canada (1990) indique que 50% des détenus nouvellement incarcérés ont consommé de l'alcool ou des drogues au moins une fois par mois au cours des six mois précédant leur emprisonnement (Lévesque, 1994). De ce nombre, 10% faisaient usage de substances psychoactives sur une base quotidienne et la moitié en avaient utilisées au moment de la commission de leur délit. D'autre part, l'étude révèle que 20% de la clientèle des pénitenciers présentaient une dépendance à une substance psychoactive allant d'importante à grave. Une autre étude réalisée par Hodgins & Côté (1990;1991) auprès des détenus des pénitenciers réguliers au Québec, dans une unité de détention qualifiée de surveillance super-maximum et dans une unité de ségrégation. L'objectif de cette recherche consistait à évaluer le pourcentage des individus incarcérés qui présentaient des indices de troubles mentaux. Entre autres, une partie de la recherche évaluait la consommation abusive de substances psychoactives à partir du Diagnostic Interview Schedule (DIS). Les résultats indiquent que **66,9%** de la population des pénitenciers réguliers du Québec présentent des problèmes de **dépendance et/ou d'abus d'alcool** à vie et que **49,4%** d'entre eux ont des difficultés de la même nature concernant **les drogues**. Si l'on observe la consommation à vie des individus incarcérés dans les établissements super-maximum et de ségrégation, et donc présentant une situation d'inadaptation sociale beaucoup plus grave et persistante, on s'aperçoit que **84,9%** de l'échantillon sont aux prises avec une **dépendance et/ou un abus d'alcool** et que **64,4%** d'entre eux présentaient le même diagnostic au niveau des **drogues**. On remarque donc au niveau des détenus sous juridiction fédérale que plus la criminalité est importante, plus les problèmes liés à l'abus et à la dépendance à l'alcool et aux drogues le sont.

Il apparaît toutefois que les problèmes de toxicomanie relevés chez les détenus fédéraux ne sont pas simplement le reflet des difficultés qu'éprouve la clientèle avant l'incarcération. Les

problèmes associés au fort taux de consommation de substances psychoactives de ces individus continuent à se manifester à l'intérieur des murs. Un rapport administratif faisant état de la situation des pénitenciers canadiens indiquait qu'en 1985-1986, 106 des 181 (58%) incidents violents identifiés étaient reliés à l'usage ou au commerce de la drogue (Fullerton, 1989). L'auteur indique la nature de ces incidents qui comprennent meurtre de détenus, agression graves contre prisonniers et employés, émeutes, prises d'otages et suicide. Un document interne rédigé par la division des opérations institutionnelles du Service correctionnel du Canada (1992) souligne que les comportements violents sont intensifiés par l'usage de drogues ou d'alcool. Un rapport du Service correctionnel du Canada (1993) rapporte également qu'entre mars 1992 et février 1993 cinquante visiteurs et cinquante-six détenus ont été accusés officiellement en vertu du code criminel relativement au trafic de stupéfiants et que 216 détenus ont fait l'objet de sanctions en rapport avec les règlements internes des établissements. On remarquera toutefois que dans ce deuxième cas, les problèmes qui surviennent découlent plus de la législation en matière de drogues que de problèmes liés à la consommation.

Et les détenues québécoises alors? Force est de constater encore une fois que les études réalisées auprès de cette population sont beaucoup moins nombreuses. Le nombre de femmes incarcérées étant également plus petit, il n'existe pas encore d'établissements spécifiquement provinciaux ou fédéraux pour elles au Québec. Elles se retrouvent donc toutes incarcérées dans le même établissement peu importe la peine qu'elles se sont vues imposer. **La situation des femmes incarcérées face à la toxicomanie semble toutefois plus sévère que chez les hommes détenus dans les prisons et les pénitenciers et équivalente à celle des détenus en ségrégation et en super-maximum.**

Au cours des années 80, on évaluait qu'entre 70 et 80% des détenues étaient aux prises avec un problème de dépendance face aux drogues illicites (Ministère du Solliciteur général du Québec, 1988).

Plus récemment, Biron, Brochu & Desjardins (1995) ont effectué une étude sur la population féminine des deux établissements carcéraux et des deux maisons de transition existant au Québec. Presque 95% de leur échantillon ont déjà fait l'essai d'au moins une substance psychoactive dans leur vie. Si on exclut l'alcool (90,3%), 72,8% ont déjà fait l'essai de cocaïne et 68,8% de cannabis, ce qui représente les deux drogues les plus expérimentées. On retrouve ensuite par ordre décroissant d'importance les hallucinogènes, les médicaments, les opiacés (excluant l'héroïne), l'héroïne, les solvants, le crack et la méthadone. Cet usage parmi les femmes incarcérées est nettement plus élevé que dans la population générale féminine, représentant un taux quatre à vingt-quatre fois plus élevé selon les produits. Selon la même, si l'on considère que la consommation dans les 30 jours précédant l'incarcération, les pourcentages diminuent mais demeurent toutefois fortement élevés puisque 51% des détenues ont consommé de la cocaïne durant cette période et 41% ont utilisé du cannabis.

La dépendance a aussi été investiguée chez les femmes détenues. Dans son mémoire réalisé à partir de la même population, Desjardins (1991) indique que 6,5% de l'échantillon interrogé (n=94) présentaient un problème de **dépendance à l'alcool allant de élevé à grave** et que 42,5% de cet échantillon avaient des problèmes identiques **face à la drogue**.

Une étude conduite tout récemment à la prison Tanguay (1994) montre que 32,4% des femmes interrogées à leur admission présentent une assuétude à une substance psychoactive (Brochu & Guyon, en préparation). Le plus souvent, elles étaient incarcérées pour des délits contre l'application de la loi (50,8%) puis pour des crimes relatifs à la prostitution (13,8%).

Les études disponibles ne permettent pas d'investiguer davantage la consommation des femmes incarcérées⁶. Mise à part une consommation à prime abord plus importante chez les femmes incarcérées que chez les hommes ayant le même statut et un choix de produit de consommation différent (cocaïne vs cannabis), on ne peut guère effectuer de plus amples comparaisons.

⁶ Une étude du Groupe de Recherche et Intervention sur les Substances Psychoactives - Québec (RISQ) présentement en cours devrait apporter des données importantes concernant les problèmes de toxicomanie chez les détenues au Québec.

1.3 CONCLUSION

Aux États-Unis tout comme au Québec, la consommation abusive de substances psychoactives de la part des personnes incarcérées représente un problème important. En ce qui concerne le choix des produits de consommation avant l'incarcération, on ne peut pas dire qu'il y ait de différence entre les détenus québécois et américains, le cannabis occupant la première place, suivi de la cocaïne et de l'alcool. Chez les femmes toutefois, bien que la cocaïne arrive bonne première des deux côtés de la frontière, il semblerait que l'héroïne soit une substance problématique chez les détenues américaines alors que ce produit ne trouve pas autant d'adeptes auprès des populations québécoises incarcérées.

Un fait surprenant apparaît cependant: les problèmes d'abus d'alcool rencontrés par les détenus fédéraux du Québec sont un peu plus élevés que chez les américains (66,9% vs 48%) et la consommation abusive de drogue représente un phénomène nettement plus répandu chez les personnes incarcérées dans les pénitenciers du Québec que chez les personnes écrouées aux États-Unis (49,4% vs 18,8%) (Hodgins & Côté, 1990). La différence est moins marquée pour les détenus provinciaux mais subsiste tout de même. Ces résultats sont assez surprenants étant donné la nature singulière des problèmes sociaux de nos voisins du sud. On doit cependant s'interroger sur l'effet que peuvent avoir les mesures coercitives découlant de la guerre à la drogue effectuée aux États-Unis sur le contenu des rapports auto-révélés, les gens risquant de rapporter un taux de consommation beaucoup plus faible que la réalité par peur de représailles. Il nous faut donc se questionner sur la validité des rapports auto-révélés dans un contexte de répression.

A la lumière de l'analyse que nous venons d'effectuer, il apparaît évident qu'une forte proportion des détenus québécois présentent des problèmes de toxicomanie nécessitant qu'on accorde une attention prioritaire à leur situation et qu'on continue de leur offrir des moyens de se débarrasser de leur habitude par des services d'aide à l'intérieur même des établissements carcéraux et tout le long de leur cheminement judiciaire. D'ailleurs, la Charte des droits et libertés de la personne accorde à l'individu incarcéré le droit de recevoir des services médicaux adéquats (dont le traitement en

toxicomanie). Dans la communauté, les gens sont libres d'accepter ou de refuser ces services. Un dilemme surgit cependant lorsqu'on discute de traitement de la toxicomanie dans les établissements de détention. En effet, on peut s'interroger sur la notion de choix que possèdent les personnes demandant de l'aide en détention. Sont-ils motivés par un désir de changement? Cèdent-ils sous la pression de l'administration pénitentiaire et judiciaire? Avons-nous le droit d'imposer un traitement à quelqu'un peu importe l'enjeu de remise en liberté?

À la suite des recommandations d'un comité national, le Service correctionnel du Canada a mis sur pied un programme de traitement en toxicomanie disponible sous diverses formes à tout moment du cheminement carcéral. Ainsi, on retrouve un type d'intervention primaire, basée sur la prévention de la toxicomanie; une intervention secondaire, caractérisée par l'identification et l'aide aux personnes qui présentent les premiers symptômes de développement d'une toxicomanie et finalement; l'intervention tertiaire caractérisée par un traitement intensif et de plus longue durée destinée aux individus chez qui on a décelé un trouble de toxicomanie sévère.

Au niveau provincial, les services d'aide offerts en toxicomanie sont moins présents. En fait, nos investigations ne nous ont permis de retracer que quelques programmes de prévention primaire offerts dans les prisons, sur une base volontaire. Autrement, ce sont des ressources extérieures (A.A., N.A., C.A., maisons de thérapie fermées, maisons de transition) qui assurent l'aide en toxicomanie aux personnes incarcérées, ce qui sous-entend que les individus doivent souvent attendre leur libération avant de pouvoir bénéficier de services adéquats. On peut toutefois comprendre qu'en raison de la courte durée des sentences purgées par la clientèle, il devient plus difficile d'instaurer des programmes. Il faudra cependant que l'on s'interroge sur la possibilité d'offrir des services efficaces dans les prisons, notamment en relevant les difficultés et les succès obtenus par les institutions qui ont tenté cette démarche. On peut penser entre autres, que certaines prisons étatiques aux États-Unis ont déjà tenté l'exercice. Cette réflexion sera poursuivie plus profondément dans le chapitre 4.

1.4 LISTE DES RÉFÉRENCES

- Barton, W. I. (1982). Drug Histories and Criminality of Inmates of Local Jails in the United States (1978): Implications for Treatment and Rehabilitation of the Drug Abuser in a Jail Setting. The International Journal of the Addictions, 17(3), 417-444.
- Biron, L., Brochu, S., & Desjardins, L. (1995). Consommation de substances psycho-actives chez les femmes détenues au Québec. Deviant Behavior, 16 (1), 25-44
- Brochu, S. (1995). Drogues et questions criminelles. Montréal: Presse de l'Université de Montréal.
- Brochu, S., Desjardins, L., Douyon, A., & Forget, C. (1992). Drug Use Prevalence among Offenders. in F. Losel, D. Bender, & T. Bliesner (Eds.), Psychology and Law: International Perspectives, (pp. 105-110). Berlin: Walter de Gruyter.
- Brochu, S. & Guyon, L. (1994). Faits saillants concernant l'étude de la consommation de substances psychoactives chez les personnes incarcérées au Centre de Détention de Montréal. Montréal: RISQ.
- Brochu, S. & Guyon, L. (en préparation). Faits saillants concernant l'étude de la consommation de substances psychoactives chez les personnes incarcérées à la Maison Tanguay (titre provisoire).
- Brochu, S., Ouimet, M., & Mercier, C. (Accepté pour publication). Testing de Convergence Hypothesis: Gender Differences in Substance Use for Different Age Group. in N. Giesbrecht, M. Eliany, J. Ferris, & M. Nelson (Eds.), Alcohol, Tobacco and Other Drug Use in Canada: Profiles, Conséquences and Responses.

- Bureau of Justice Statistics (1993). Drugs and Crime Facts, 1993. Rockville:U.S Department of Justice.
- Chaiken, M. R., & Johnson, B. D. (1988). Characteristics of Different Types of Drug Involved Offenders. Washington: U.S. Department of Justice.
- Chiles, J. A., Von Cleve, E., Jemelka, R. P., & Trupin, E. W. (1990). Substance Abuse and Psychiatric Disorders in Prison Inmates. Hospital and Community Psychiatry, 41(10), 1132-1134.
- Desjardins, L. (1991). Etude épidémiologique sur la consommation de psychotropes chez les contrevenantes. Université de Montréal: Mémoire de maîtrise inédit.
- DeWitt, C. B. (1992). Drug Use Forecasting. National Institute of Justice: Research in Brief, (Second Quarter), 1-12.
- Forget, C. (1990). La consommation de substance psycho-actives chez les détenus du centre de détention de Montréal. Université de Montréal: Mémoire de maîtrise inédit.
- Friesen, M. (1989). The "New Outlook" Therapeutic Community. Presented at the Fourth REFORM National Training Workshop, 15-18 July, Birmingham, Ala.
- Fullerton, T. (1989). Les drogues et leurs effets sur la population carcérale. Actualité-Justice, 6, 5-7.
- Harlow, C. W. (1991). Drugs and Jail Inmates, 1989. The Narc Officer, 37-51.
- Hodgins, S., & Côté, G. (1991). The Mental Health of Penitentiary Inmates in Isolation. Canadian Journal of Criminology, 33(2), 175-182.

- Hodgins, S., & Côté, G. (1990). Prévalence des troubles mentaux chez les détenus des pénitenciers du Québec. Santé mentale au Canada, 38, 1-5.
- Inciardi, J. A., Lockwood, D., & Quinlan, J. A. (1993). Drug Use in Prison: Patterns, Processes, and Implications for Treatment. Journal of Drug Issues, 23(1), 119-129.
- Innes, C. A. (1988). State Prison Survey, 1986; Drug Use and Crime. Bureau of Justice Statistics Special Report, 1-8.
- Lahosa, J. M. (1989). Analyse de quelques données sur la toxicomanie, la délinquance et l'insécurité. in Stratégies locales pour la réduction de l'insécurité urbaine en Europe Vol. 35, Strasbourg, 1989 Renaissance urbaine en Europe 35, (pp. 347-351). Strasbourg: Conseil de l'Europe.
- Langevin, R., & Lang, R. A. (1990). Substance Abuse among Sex Offenders. Annals of Sex Research, 3, 397-424.
- Lévesque, M. (1994). La criminalité et la consommation de drogues: une double problématique (255-272) in P. Brisson (Ed.), L'usage des drogues et la toxicomanie, Vol.2, Boucherville: Gaetan Morin.
- McBride D.C., & Inciardi, J.A. (1993). The Focused Offender Disposition Program: Philosophy, Procedures, and Preliminary Findings. The Journal of Drug Issues, 23(1), 143-160.
- Ministère du Solliciteur général du Québec (1988). La toxicomanie en milieu correctionnel. Sainte-Foy: Services correctionnels, Direction de la participation communautaire.
- Murdoch, D., Pihl, R. O., & Ross, D. (1990). Alcohol and Crimes of Violence: Present Issues. The International Journal of the Addictions, 25(9), 1065-1081.

Nadeau, L., Mercier, C., & Bourgeois, L. (1984). Les femmes et l'alcool en Amérique de Nord et au Québec. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Russel, M.J. (1993). Drug Use Forecasting: 1992 Annual Report, Drugs and Crime in America's Cities. National Institute of Justice. 1-32.

Sanchez, J. E., & Johnson, B. D. (1987). Women and the Drugs Crime Connection: Crime Rates among Drug Abusing Women at Rikers Island. Journal of Psychoactive Drugs, 19(2), 205-216.

Santé Québec (1988). Et la santé, ça va ?. Québec: Gouvernement du Québec.

Schneeberger, P., & Brochu, S. (1995). Alcool, drogues illicites et criminalité: étude d'une population incarcérée à l'établissement de détention de Trois-Rivières. Psychotropes: Revue internationale des toxicomanies, 1(1), 61-83.

Service correctionnel du Canada. (1990). Repérer les toxicomanes dès leur arrivée: résultats préliminaires d'une évaluation informatisée des habitudes de vie: Computerized Lifestyle Assessment Instrument. Forum, 2(4),12-16.

Service correctionnel du Canada (1992). Task Force on Inmate Violence : Synopsis of Response from Wardens.

Silverman, I.J. (1982). Women, Crime and Drugs. Journal of Drug Issues, 12(2), 167-183.

Sobell, L.C., Sobell, M.B., Maisto, S.A., & Fain, W. (1983). Alcohol and Drug Use by Alcohol and Drug Abusers when Incarcerated: Clinical Implications. Addictive Behaviors, 8, 89-92.

- U.S. Department of Justice (1993). Drugs and Crime Facts, 1992. Rockville: U.S. Department of Justice.
- Vanhoeven, K. H., Stoneburner, R. L., & Rooney, W. C. (1991). Drug Use among New York City Prison Inmates: A Demographic Study with Temporal Trends. The International Journal of the Addictions, 26(10), 1089-1110.
- Vigdal, G.L., & Stadler, D.W. (1989). Controlling Inmate Drug Use: Cut Consumption by Reducing Demand. Corrections Today, June.
- Wellisch, J., Anglin, M. D., & Prendergast, M.L.(1993).Numbers and Characteristics of Drug-using Women in the Criminal Justice System: Implications for Treatment. The Journal of Drug Issues, 23(1), 7-30.
- Wish, E. D. (1991). U.S. Drug Policy in the 1990s: Insights from new Data from Arrestees. The International Journal of the Addictions, 25(3A), 377-409.
- Wish, E. D., Cuadrado, M., & Martorana, J. A. (1986). Estimates of Drug Use in Intensive Supervision Probationers: Results from a Pilot Study. Federal Probation, 50, 4-16.
- Wish, E. D., & O'Neil, J. (1991). Cocaine Use in Arrestees: Refining Measures of National Trends by Sampling the Criminal Population. National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series: the Epidemiology of Cocaine Use and Abuse, 110, 57-70.

CHAPITRE 2

Profil des activités délictueuses chez les toxicomanes en traitement

Le chapitre précédent indique qu'une très grande proportion des personnes incarcérées présentent un passé de consommation abusive d'une et de souvent plusieurs substances psychoactives. Bien plus, un nombre considérable d'entre eux ont développé une forte assuétude à un de ces produits. Nous sommes cependant en présence d'un seul côté de la médaille. Les toxicomanes ne se retrouvent pas tous en prison. On peut même avancer l'hypothèse que ce ne sont pas toutes les personnes abusant d'une substance psychoactive illicite qui possèdent un passé criminel. Ce chapitre se veut la seconde étape nécessaire à la compréhension de la relation drogue-crime. Nous traiterons donc dans un premier temps de la délinquance commise par les personnes toxicomanes. Nous tenterons par la suite de déterminer si les personnes judiciairisées impliquées dans une démarche thérapeutique possèdent un profil de consommation différent ou similaire à celles qui n'ont jamais eu de démêlés avec la justice.

2.1 LES ÉTUDES HORS QUÉBEC

Les études réalisées aux États-Unis laissent croire qu'un nombre important de toxicomanes ont commis des activités criminelles au cours de leur vie. Ainsi, Inciardi (1985) révèle que **99,7% des hommes et 98,9% des femmes héroïnomanes** de son échantillon rapportent avoir **commis des crimes** dans l'année précédant l'entrevue. Cette étude est appuyée par un nombre important d'autres recherches qui ont obtenu des résultats similaires (Anglin & Speckart, 1988; Ball, Rosen, Flueck & Nurco, 1982; Deschesnes, Anglin & Speckart, 1991; Hunt, Lipton & Spunt, 1984; Inciardi, 1979; James & d'Orban, 1970; Nurco, Cisin & Ball, 1985; Nurco, Shaffer, Ball & Kinlock, 1984). Non seulement ces personnes dépendantes à un produit rapportent-elles participer à certains actes criminels, mais la quantité révélée est surprenante. Par exemple, la recherche effectuée par Ball et ses collaborateurs (1982) démontre que **450 000 personnes dépendantes à l'héroïne** sont responsables annuellement de plus de **50 millions de crimes** perpétrés sur le territoire américain ou encore qu'un héroïnomane commet en moyenne plus de 2000 infractions par année (Ball & Nurco, 1983). Nombre de ces infractions sont reliées à la consommation et au trafic de stupéfiants, mais ils n'en demeure pas moins que si on exclut ce type de criminalité, une personne qui abuse d'héroïne

commettrait entre 100 et 400 crimes par années (Inciardi & Pottieger, 1986; Johnson & Kaplan, 1988; Sanchez & Johnson, 1987). Ces taux sont largement supérieurs à ceux que l'on obtient auprès d'une population "normale" (Votey, 1986).

La criminalité prolifique de ces individus peut également être mesurée en termes monétaires. Ainsi, les travaux de Deschesnes, Anglin & Speckart (1991) révèlent que sur une période de deux ans, les revenus qu'a générés la criminalité contre la propriété des 279 héroïnomanes composant leur échantillon représentait en moyenne **10 millions de dollars** (9 millions pour les blancs et 11 millions pour les hispaniques). Cela revient à dire que chacun des dépendants à l'héroïne de l'échantillon étudié par les auteurs a empoché en moyenne 17 921 \$US par année.

La croyance voulant que la criminalité des abuseurs de substances psychoactives soit fortement influencée par leur consommation de drogues se trouve renforcée par les recherches qui ont mesuré les fluctuations de l'activité criminelle en fonction des périodes de consommation réduite ou d'abstinence des toxicomanes. Ainsi, Ball Shaffer & Nurco (1983) ont démontré que dans **la première période de dépendance** de leurs sujets, on constatait une moyenne de **255 jours par année à risque où un crime était commis** (excluant les périodes d'hospitalisation ou d'incarcération) alors que cette moyenne chutait à **83** lors de leur **première période d'abstinence**. Shaffer, Ball & Kinlock (1984) sont parvenus aux mêmes conclusions selon lesquelles le taux de criminalité des héroïnomanes diminue durant les périodes d'abstinence.

La plupart des études américaines portant sur la criminalité des consommateurs abusifs de substances psychoactives ont été effectuées auprès d'héroïnomanes. On retrouve cependant quelques études qui mentionnent que la cocaïne est aussi associée étroitement à des activités délictueuses

(Inciardi, 1985; Inciardi & Pottieger, 1986; Johnson & Kaplan, 1988). Les chiffres obtenus sont sensiblement les mêmes que ceux retrouvés auprès des consommateurs abusifs d'héroïne¹.

Une forte proportion des recherches conduites sur le sujet de la toxicomanie et de la délinquance constituent leurs échantillons à partir d'une population qui bénéficient d'un traitement ou qui présentent une demande pour obtenir de l'aide en rapport avec leur problème de toxicomanie. Il est donc possible d'avoir un profil de cette clientèle en traitement.

Or, la presque totalité des études effectuées aux États-Unis concernant la population inscrite dans des programmes de traitement destinés aux toxicomanes porte sur les usagers de cocaïne ou d'héroïne. On se retrouve donc en présence de la description d'une population très précise et cette information doit être considérée dans l'analyse qui suivra. Bien plus, dans une grande proportion, les programmes qui ont fait l'objet des études sont des thérapies pour héroïnomanes qui utilisent la méthadone comme substitution à la drogue problématique pour l'abuseur. L'étude réalisée par Van Stelle, Mauser & Moberg (1994) indique que la **clientèle admise au centre de traitement** qu'ils ont étudié présente un **dossier criminel composé en moyenne de dix arrestations et de six condamnations**. Hall, Bell & Carless (1993) ont fait une étude qui a porté sur 313 sujets australiens dont 72% ont affirmé que leur principale ou seconde source de revenu consistait à faire le commerce de la drogue ou des crimes contre la propriété. Un peu plus de la moitié des sujets de l'échantillon (54%) n'avaient pas d'emploi. Vingt et un pourcent des femmes soutenaient que la prostitution était un moyen de subvenir à leur consommation. L'information contenue dans les registres policiers confirme cette criminalité fréquente puisque 90% des sujets à l'étude ont déjà été condamnés pour un délit. De plus, le fait d'être dépendant à plusieurs substances psychoactives (polytoxicomanie) est souvent associé à un dossier criminel plus important que celui des personnes qui n'abusent que d'un seul produit. Ainsi, aux États-Unis, les personnes en traitement qui consomment héroïne et cocaïne

¹ Comme le souligne Brochu (1995), il faut garder en tête que les études effectuées auprès des cocaïnomanes et des héroïnomanes sont conduites auprès de populations provenant d'un milieu socio-économique défavorisé et que la criminalité qui en découle est peut-être le résultat d'une situation financière précaire. L'étude de toxicomanes possédant des moyens pécuniaires plus importants révélerait peut-être une situation bien différente, mais on ne s'y attarde pas.

présentent une implication criminelle dans la dernière année et un taux d'arrestations à vie supérieurs à ceux enregistrés auprès des toxicomanes qui consomment exclusivement de l'héroïne (Kang & De Leon, 1993).

Cette implication considérable des toxicomanes admis en traitement dans diverses formes de criminalité se confirme lorsqu'on compare le taux de récidive enregistré chez les sujets qui complètent leur traitement à ceux retrouvés auprès des individus qui n'ont pas poursuivi leur démarche jusqu'à la fin. Bien que ce genre de comparaison puisse laisser entendre, de façon naïve, que les gens qui terminent avec succès une thérapie ne consommeront plus lors d'un suivi quelques mois après le traitement, les résultats apportent certaines informations. Ainsi, lors d'un follow-up effectué 18 mois suivant la thérapie, Van Stelle, Mauser et Moberg (1994) ont trouvé que les **gens qui avaient complété leur programme de traitement avaient récidivé officiellement dans 43% des cas** (moyenne d'une arrestation) alors que **ceux qui n'avaient pas terminé la thérapie se voyaient arrêtés de nouveau dans 74% des cas** (moyenne de deux arrestations). Les études de De Leon (1988) et de Simpson (1979 et 1981) arrivent aux mêmes conclusions voulant que plus la période passée en traitement est longue, moins le taux de récidive est important. Il faut toutefois garder en tête que ces résultats peuvent être dus au fait que les personnes qui demeurent en traitement jusqu'à la fin sont tout simplement moins imprégnées dans un style de vie déviant ou dans une trajectoire délinquante.

Jusqu'ici, nous nous sommes contentés presque exclusivement de démontrer que les usagers de substances psychoactives illicites sont bel et bien impliqués dans nombre d'activités délictueuses. Quelles sont-elles plus exactement? Bien sûr, le contexte politico-juridique fait en sorte que le commerce illicite de drogues contribue fortement aux taux élevés d'activités criminelles que présentent les personnes toxicomanes en constituant une partie importante de leur palmarès délictueux. Toutefois, la nature des délits commis par les abuseurs de substances psychoactives ne sont pas uniquement de ce type. Brochu (1995) présente une synthèse des écrits portant sur le sujet. Ainsi, plusieurs auteurs indiquent que le **vol à l'étalage** constitue le crime le plus fréquemment commis par les toxicomanes qui tentent de se procurer de l'argent de façon illégale afin de défrayer

les coûts relatifs à leur consommation (Faupel, 1991; Grapendaal, Leuw & Nelen, 1991). Les **vols par effraction** se situent au deuxième rang des crimes acquisitifs commis par les toxicomanes (Cromwell & al., 1991) alors qu'un nombre important de consommateurs abusifs se retrouvent impliqués dans des vols de moins de \$1000 (excluant le vol à l'étalage) (Johnson & al., 1985). Les **vols avec violence** font également partie de la panoplie des activités criminelles des toxicomanes puisqu'ils constituent un moyen rapide de se procurer des sommes d'argent considérables (Brochu, sous presse), mais ils demeurent toutefois moins souvent utilisés et par un nombre plus restreint d'individus que les délits mentionnés auparavant (Johnson & al., 1985). Finalement, la **prostitution** peut également faire partie du passé judiciaire des toxicomanes.

La majorité des études qui se sont intéressées à l'implication criminelle des consommateurs abusifs de substances psychoactives ont été effectuées auprès de personnes dépendantes de drogues 1) fortement prohibées; 2) onéreuses; et 3) particulièrement sujettes à la création d'une dépendance physique et/ou psychologique. Toutefois, certaines études ont permis de démontrer que les usagers de drogues qui ne correspondent pas au profil décrit plus haut sont également impliqués dans des activités illicites. Les consommateurs abusifs d'alcool arrivent bons premiers lorsqu'on sait que dans 50% des crimes violents on retrouve des traces de consommation de ce produit chez l'agresseur et/ou la victime (Brochu, 1993). Toutefois, lorsqu'on discute d'usagers abusifs d'amphétamines, de barbituriques, d'hallucinogènes ou encore de cannabis, les études sont beaucoup moins nombreuses, peu récentes, basées sur des populations excentriques et leurs résultats ne vont pas nécessairement dans le même sens. Il importe donc de garder en tête que les données recueillies jusqu'à maintenant chez les toxicomanes des pays industrialisés ne sont obtenues, de façon générale, qu'à partir d'échantillons composés largement d'héroïnomanes et de cocaïnomanes.

Pour des raisons de toutes sortes, la majorité des études réalisées sur les habitudes criminelles des toxicomanes ont été effectuées auprès d'une population composée d'hommes. Doit-on en conclure que les femmes toxicomanes correspondent au même tableau que leur contrepartie masculine? En fait, bien qu'elles débutent leur carrière de consommation à un âge plus avancé, une fois entamée, leur progression est plus rapide (Brochu, 1995). **Il en résulte donc une consommation**

tout aussi importante sinon plus que celle des hommes. Il n'y a toutefois pas que la consommation de ces dames qui se compare à celle des hommes. Une étude (Benson & Holmberg, 1984) réalisée auprès d'une population féminine a réussi à démontrer que le nombre de crimes commis par des femmes dépendantes à une drogue est 18 fois plus élevé que celui rapporté par celles qui n'éprouvent pas de problèmes de consommation.

La situation n'est cependant pas toujours la même. Plusieurs de ces femmes décideront de fréquenter un petit ami impliqué dans le trafic de stupéfiants qui pourvoira à ses besoins sans qu'elles n'aient à s'impliquer directement dans la criminalité (Anglin & Hser, 1987; Brochu, sous presse; Goldstein, 1979). Pour les autres, ou lorsque le petit ami fera défaut, **elles prendront part à des crimes reliés à la revente de drogue, au vol à l'étalage, de même qu'à la prostitution.** Elles présenteront aussi davantage une délinquance non spécialisée et circonstancielle (Brochu, 1995; Hser, Chou & Anglin, 1990).

Une autre différence semble également poindre entre les deux sexes concernant non pas le type d'activités délictuelles commises, mais les conséquences qui s'y rapportent. En effet, les études réalisées démontrent que **les femmes sont moins souvent emprisonnées** pour leurs délits que les hommes et lorsqu'elles le sont, il s'agit d'une période plus courte que leur contrepartie masculine (Covington, 1985; Inciardi & Pottieger, 1986). Inciardi (1987) a ainsi démontré que le nombre médian d'arrestations était de 3,5 pour les hommes alors qu'il ne s'élevait qu'à 2,6 pour les femmes pour une carrière toxicomane moyenne de 12,8 et 11,0 ans respectivement. D'ailleurs, dans son échantillon, 84% des hommes héroïnomanes ont déjà séjourné derrière les barreaux contre 62% de leur population féminine.

2.2 LES ÉTUDES QUÉBÉCOISES

Les populations toxicomanes québécoises diffèrent de celles de leurs voisins du sud notamment par le choix des produits qu'elles décident de consommer. En effet, l'héroïne n'est pas

une drogue aussi répandue au Québec qu'aux États-Unis. Cette section tentera donc de dresser le portrait de la population québécoise en traitement pour toxicomanie et de sa criminalité. Par la suite, nous évaluerons si cette population correspond à la description que nous avons présentée auparavant.

Les données qui suivent ont été récoltées auprès de la population de trois centres de réadaptation du Québec à l'aide de l'IGT, qui est une traduction adaptée de l'Addiction Severity Index. Ces informations ont été recueillies au cours de l'année 1990-1991 pour les centres Domrémy-Montréal et Montérégie et en 1993 pour le centre Domrémy-04².

Les résultats indiquent que **plus de 70% de la clientèle** qui s'adresse à un de ces centres de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes **a été arrêtée et inculpée** pour un délit criminel au cours de leur vie (Domrémy-Mtl=72,6%; Montérégie=72,9%; Domrémy-04=71,9%). **Un peu moins de la moitié a déjà été condamnée** au moins une fois dans leur vie pour une offense au code criminel (Domrémy-Mtl=45,1%; Domrémy-04=44,1%). On remarque par contre que cette proportion est quelque peu inférieure en Montérégie (39,4%). De plus, si on se fie à cette banque de données, on constate qu'entre 16% et 20,5% de la population à l'étude est en instance d'inculpation, de procès ou de sentence au moment de la demande d'aide (Domrémy-04=16,3%; Montérégie=20,4%; Domrémy-Mtl=21%) et qu'entre 14% et 19% sont sous mandat judiciaire lors de cette demande (Domrémy-Mtl= 14%; Montérégie=15%; Domrémy-04=19%). Finalement, la clientèle jugée récidiviste (celle qui a déjà été condamnée et qui est en instance d'inculpation, de procès ou de sentence) représenterait 10,6% de la clientèle de Domrémy-04, 11% de la population du centre de réadaptation de la Montérégie et 13,6% de celle de Domrémy-Montréal. Certains chercheurs estiment d'ailleurs qu'autour de 10% de la clientèle qui se présente en traitement le font sur une recommandation d'un représentant du système judiciaire ou parajudiciaire (Laflamme-Cusson, Guyon & Landry, 1994). La proportion de toxicomanes en traitement au Québec qui présentent des problèmes de justice est donc importante. D'ailleurs, une comparaison dressée entre trois centres de traitements québécois et vingt et un américains démontre que la population abusant de substances

² Domrémy-04 compte plusieurs points de services notamment à Trois-Rivières, Drummondville, Victoriaville, Shawinigan et LaTuque.

psychoactives au Québec et qui participe à un programme de réadaptation en matière de toxicomanie présente plus de problèmes judiciaires que celle de ses voisins méridionaux (Laflamme-Cusson, Guyon & Landry, 1994).

Si on compare la **population criminalisée** à celle qui ne l'est pas, on remarque que les personnes aux prises avec des problèmes judiciaires sont majoritairement des **hommes**; dans l'ensemble plus **jeunes**; **moins souvent mariés** mais **plus fréquemment célibataires ou en union libre**; avec des **revenus d'emploi moindres** mais recevant plus **fréquemment de l'aide sociale** et, logiquement, des revenus provenant **d'activités illégales plus élevés**.

Guyon & Brochu (1994) ont également tenté de vérifier si les conditions de vie des toxicomanes judiciairisés étaient différentes des autres abuseurs de substances psychoactives et ce, au niveau de sept échelles: alcool, drogues, état médical, emploi, relation familiales et sociales, état psychologique et situation légale. Les résultats démontrent que seuls les problèmes de consommation abusive d'alcool et l'état de la santé physique des deux groupes sont équivalents. Dans les cinq autres dimensions, les toxicomanes judiciairisés se révèlent être aux prises avec des difficultés plus importante que les personnes dépendantes qui n'ont jamais été condamnées pour un délit au code criminel.

Quels sont les **délits qui composent le casier judiciaire des personnes en traitement qui sont criminalisées**? Dans les trois centres de réadaptation, on retrouve en premier lieu chez les hommes les **vols simples** suivis des voies de fait. Les délits relatifs à la **possession** et au **trafic de stupéfiants** de même que les **infractions contre l'application de la loi** se partagent le troisième et le quatrième rang. Viennent ensuite la **fraude**, le **vol qualifié** ainsi que les **méfais**. Plusieurs autres types d'infractions sont également au dossier de certains individus en traitement dans la communauté mais en nombre beaucoup moins important que celles mentionnées. Un fait qui frappe, est la **place** relativement **importante** qu'occupent les **délits de violence**. En effet, les voies de faits constituent le second délit que l'on retrouve le plus souvent chez l'ensemble des toxicomanes masculins et le vol qualifié est un délit que l'on retrouve auprès de 24% des clients de Domrémy-Montréal judiciairisés,

19,6% de ceux de Domrémy-04 et 16% de la Montérégie. Certains auteurs nous assurent que les délits commis par les personnes en état d'intoxication ne sont pas majoritairement violents (Franklin, Allison & Sutton, 1992; Roth, 1994). A la lumière des études québécoises, il faut toutefois se demander si cette remarque est également vraie pour les toxicomanes accusés de délits.

Quel est le portrait des femmes toxicomanes judiciairisées québécoises? Les données récoltées dans ces centres de réadaptation indiquent qu'elles représentent 31,5% de la clientèle féminine de Domrémy-Montréal, 26,7% de celle de la Montérégie alors que ce pourcentage ne s'élève qu'à 19,1% pour les femmes de Domrémy-04. Toutefois, sur l'ensemble de la clientèle qui présente une demande d'aide à un centre public de réadaptation (hommes et femmes confondus), la proportion de femmes toxicomanes qui sont judiciairisées n'est que de 10%. On constate donc dans l'ensemble que les **femmes sont moins souvent aux prises que les hommes avec des condamnations en vertu du Code Criminel.**

Bien que moins nombreuses à être judiciairisées, les études réalisées au Québec permettent d'évaluer la **nature des délits** perpétrés par ces **femmes**. Nous avons donc fait la comparaison entre les deux sexes quant à la nature des crimes qui sont commis par une clientèle toxicomane qui effectue une demande d'aide. Il semblerait que peu importe les chromosomes sexuels de ces personnes, les **vols simples** soient le crime qui revient le plus fréquemment. Par contre, en deuxième position les infractions des femmes varient selon l'établissement. On retrouve donc les **voies de faits** à Domrémy-Montréal (23,6%), la **fraude** à la Montérégie (42,1%) et les **méfais** à Domrémy-04 (40,7%). Les **délits relatifs à la drogue** se retrouvent en troisième position et les **infractions contre l'application de la loi** au quatrième rang pour les trois centres.

Si on exclut la situation légale des personnes toxicomanes-judiciairisées et qu'on dresse une comparaison entre les deux sexes, on constate que les femmes sont légèrement plus âgées que les hommes, qu'elles sont plus nombreuses à entretenir une relation de couple et que leurs revenus proviennent plus fréquemment de l'aide sociale. On remarque également que l'état psychologique des femmes toxicomanes est plus détérioré que chez les hommes. Elles sont plus souvent aux prises avec

une dépendance à la fois à l'alcool ET à la drogue alors que chez leur contrepartie masculine, un abus de substances psychoactives uniquement avec l'alcool est plus souvent constaté. Il semble donc que les femmes présentent davantage une polytoxicomanie que les hommes. Finalement, la sévérité de leurs problèmes de drogues est plus élevée que chez les hommes.

Pour terminer, comparons un groupe de toxicomanes judiciairisés suivant un traitement dans la communauté à un groupe de détenus présentant un indice de toxicomanie comparable. On s'aperçoit que les personnes incarcérées éprouvent plus de problèmes dans d'autres dimensions de leur vie (Brochu & Guyon, 1994). Ainsi, l'état de santé des détenus apparaît comme plus détérioré, leur situation face à l'emploi et aux ressources économiques plus problématique de même que leur situation légale plus lourde. Il y a toutefois au niveau des relations familiales et sociales que les détenus présentent un portrait moins négatif que les toxicomanes en traitement dans la communauté. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les relations qu'entretiennent les détenus avec leur famille sont la plupart du temps inexistantes et que l'indice de gravité identifié par l'instrument de mesure employé dans ces recherches (IGT) souligne davantage les situations conflictuelles que l'absence de relations³.

2.3 CONCLUSION

Comme nous l'avons indiqué plus haut dans ce document, les recherches menées auprès des populations américaines ont concentré leurs efforts à l'étude des toxicomanes qui ont développé une assuétude à des produits coûtant cher et créant une dépendance physique ou psychologique importante. Les travaux menés au Québec n'impliquent pas les mêmes toxicomanes (au Québec, l'alcool représente un des produits problématiques majeurs et l'héroïne est très peu présente alors que les recherches américaines font fréquemment mention des usages de ce produit et ne s'intéressent

³ Le score composé de l'échelle familiale et sociale est fondé en grande partie sur les conflits que le sujet a vécu avec d'autres personnes. Toutefois, si le sujet n'a pas eu de contacts avec ces personnes, aucune situation conflictuelle ne peut être identifiée.

guère à l'alcool). La comparaison est donc quelque peu biaisée. Ainsi, il semblerait qu'une plus forte proportion de toxicomanes américains seraient engagés dans des activités criminelles. Par contre, si on ne considère que ceux qui présentent un casier judiciaire, on constate que la situation des toxicomanes en traitement au Québec est plus problématique. Les politiques en vigueur dans les deux pays pourraient constituer une explication au phénomène. En effet, aux États-Unis, la toxicomanie est souvent considérée comme un problème légal. Les personnes toxicomanes sont donc dans une forte proportion incarcérées. Par contre au Québec, bien que cette dimension soit également présente, l'usage abusif de substances psychoactives est perçu comme un problème bio-psycho-social. Pour cette raison, l'individu est fréquemment pris en charge par le réseau socio-sanitaire qui dispensera une thérapie comme une alternative à l'incarcération. Les individus présentant une double problématique toxicomanie-criminalité se retrouvent donc beaucoup plus souvent en traitement au Québec qu'aux États-Unis. D'autre part, chez nos voisins du sud, il faut posséder certaines ressources financières pour accéder à un traitement. Les gens moins fortunés (la majorité de la clientèle sur laquelle portent les études) n'ont pas les moyens de se payer ce "luxe" alors que chez nous, ces individus représentent une grande proportion des gens en traitement dans le réseau public.

Comme nous l'avons déjà mentionné, le nombre de crimes de violence perpétrés par les toxicomanes québécois est quelque peu inquiétant si on le compare à celui retrouvé chez nos voisins du sud. Cette différence est peut-être le résultat d'une divergence dans les méthodes de cueillette de données utilisées, mais il faudra toutefois accorder une importance à ce facteur lors de l'élaboration de nos stratégies d'intervention.

Mis à part une judiciarisation importante d'un grand nombre de toxicomanes en traitement, un nombre important d'autres problèmes semble exister chez cette clientèle. On assiste d'ailleurs au Québec à une vague de désinstitutionnalisation (prisons, hôpitaux psychiatriques) qui pourrait expliquer cette aggravation du profil bio-psycho-social des individus que l'on retrouve en traitement dans la communauté. C'est donc dire que l'intervention auprès de cette population spécifique de toxicomanes ne devrait pas se centrer uniquement sur les problèmes de consommation abusive de substances psychoactives, mais également offrir un soutien à d'autres niveaux. Notre hypothèse ne

va pas jusqu'à croire que les problèmes qu'éprouvent les toxicomanes judiciarisés dans d'autres sphères de leur vie est la cause unique et première de leur consommation, mais qu'ils souffrent d'inadaptations multiples. Il est sûrement plus facile de s'attaquer à la toxicomanie quand moins de considérations extérieures à ce problème viennent réduire la motivation de la clientèle.

Il importe donc que l'on s'interroge sur la prise en charge des individus présentant une double problématique toxico-délinquance. Sommes-nous prêts à les accueillir? Sommes-nous en mesure de le faire? Devrions-nous établir des critères de sélection précis en fonction de cette clientèle? Comment travailler dans ce double contexte justice-intervention? Le chapitre 3 traite précisément de la réflexion sur ces différents thèmes.

2.4 LISTE DES RÉFÉRENCES

- Anglin, M. D., & Hser, Y. I. (1987). Addicted Women and Crime. Criminology, 25(2), 359-397.
- Anglin, M. D., & Speckart, G. (1988). Narcotics Use and Crime: a Multisample, Multimethod Analysis. Criminology, 26(2), 197-233.
- Ball, J. C., & Nurco, D. N. (1983). Criminality During the Life Course of Heroin Addiction. National Institute in Drug Abuse Research Monograph Series: Problems of Drug Dependence, 49, 305- 312.
- Ball, J. C., Rosen, L., Flueck, J. A., & Nurco, D. N. (1982). Lifetime Criminality of Heroin Addicts in the United States. Journal of Drug Issues, 12(3), 225-239.
- Ball, J. C., Shaffer, J. W., & Nurco, D. N. (1983). The Day to Day Criminality of Heroin Addicts in Baltimore - a Study in the Continuity of Offence Rates. Drug and Alcohol Dependence, 12(2), 119-142.
- Benson, G., & Holmberg, M. B. (1984). Drug Related Criminality among Young People. Acta Psychiatrica Scandinavica, 70(5), 487- 502.
- Brochu, S. (1995). Drogues et questions criminelles. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Brochu, S. (1994). Ivresse et violence: désinhibition ou excuse. Déviance et Sociétés, 18(4), 431-446.
- Covington, J. (1985). Gender Differences in Criminality among Heroin Users. Journal of Research in Crime and Delinquency, 22(4), 329-354.

- Cromwell, P. F., Olson, J. N., Avary, D. W., & Marks, A. (1991). How Drugs Affect Decisions by Burglars. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, *35*(4), 310-321.
- De Leon, G. (1988). Legal Pressure in Therapeutic Communities. in NIDA Research Monograph Series, Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical Practice, Vol. 86, (pp. 160-177). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Deschenes, E. P., Anglin, M. D., & Speckart, G. (1991). Narcotics Addiction: Related Criminal Careers, Social and Economic Costs. Journal of Drug Issues, *21*(2), 383-411.
- Faupel, C. E. (1991). Shooting Dope: Career Pattern of Hard-Core Heroin Users. Gainesville, FL: University of Florida Press.
- Franklin, R. D., Allison, D. B., & Sutton, T. R. (1992). Alcohol, Substance Abuse, and Violence among North Carolina Prison Admissions, 1988. Journal of Offender Rehabilitation, *17*(3-4), 101-111.
- Goldstein, P. J. (1979). Prostitution and Drugs. Toronto: Lexington.
- Grapendaal, M., Leuw, E., & Nelen, J. M. (1991). De economie van het drugsbestaan (consulté dans sa version préliminaire anglaise). The Haag: Gouda Quint bv.
- Guyon, L., & Brochu, S. (1994). Addiction and Criminal Background in Rehabilitation Centers for Drug and Alcohol Abuser Clientele. Presented at Barcelone.
- Hall, W., Bell, J., & Carless, J. (1993). Crime and Drug Use Among Applicants for Methadone Maintenance. Drug and Alcohol Dependence, *31*(2), 123-129.

- Hser, Y. I., Chou, C. P., & Anglin, M. D. (1990). The Criminality of Female Narcotics Addicts: A Causal Modeling Approach. Journal of Quantitative Criminology, *6*(2), 207-228.
- Hunt, D. E., Lipton, D. S., & Spunt, B. (1984). Patterns of Criminal Activity among Methadone Clients and Current Narcotics Users not in Treatment. Journal of Drug Issues, *14*(4), 687-702.
- Inciardi, J. A. (1979). Heroin Use and Street Crime. Crime and Delinquency, *25*(3), 335-346.
- Inciardi, J. A. (1985). The War on Drugs. Palo Alto, CA: Mayfield Press.
- Inciardi, J. A., & Pottieger, A. E. (1986). Drug Use and Crime among Two Cohorts of Women Narcotics Users: An Empirical Assessment. Journal of Drug Issues, *16*(1), 91-106.
- Inciardi, J. A. (1987). Crime and Alternative Patterns of Substance Abuse. in C. D. Chambers, J. A. Inciardi, D. M. Petersen, H. A. Siegal, & O. Z. White (Eds.), Chemical Dependencies: Patterns, Cost, and Consequences, (pp. 485-523). London: Ohio University Press.
- James, P., & D'Orban, P. T. (1970). Patterns of Delinquency among British Heroin Addicts. Bulletin on Narcotics, *22*(2), 13-19.
- Johnson, B. D., Goldstein, P. J., Preble, E., Schmiedler, J., Lipton, D. S., Spunt, B., & Miller, T. (1985). Taking Care of Business: the Economics of Crime by Heroin Abusers. Toronto: Lexington.
- Johnson, B. D., & Kaplan, M. (1988). Criminality of Drug Abusers in United States. Proceedings of the 35th International Conference on Alcoholism and Addiction, Oslo, Norway, 1988, August 2, (pp. 524-540).

- Kang, S. Y., & De Leon, G. (1993). Criminal Involvement of Cocaine Users Enrolled in a Methadone Treatment Program. Addiction, 88(3), 395-404.
- Laflamme-Cusson, S., Guyon, L., & Landry, M. (1994). Analyse comparée de la clientèle de trois centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes à partir de l'IGT. Montréal: RISQ.
- Nurco, D. N., Cisin, I. H., & Ball, J. C. (1985). Crime as a Source of Income for Narcotic Addicts. Journal of Substance Abuse Treatment, 2(2), 113-115.
- Nurco, D. N., Shaffer, J. W., Ball, J. C., & Kinlock, T. W. (1984). Trends in the Commission of Crime among Narcotic Addicts over Successive Periods of Addiction and Nonaddiction. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 10(4), 481-489.
- Roth, J.A. (1994). Psychoactive Substances and Violence. Rockville: National Institute of Justice-Research in Brief. US Department of Justice.
- Sanchez, J.E. & Johnson, B.D. (1987). Women and the Drugs Crime Connection: Crime Rates among Drug Abusing Women at Rikers Island. Journal of Psychoactive Drugs, 19(2), 205-216.
- Shaffer, J.W., Nurco, D.N. & Kinlock, T.W. (1984). A New Classification of Narcotic Addicts Based on Type and Extent of Criminal Activity. Comprehensive Psychiatry, 25(3), 315-328.
- Simpson, D.D. (1979). The Relation of Time Spent in Drug abuse Treatment to Posttreatment Outcome. American Journal of Psychiatry, 136(11), 1449-1453.
- Simpson, D.D. (1981). Treatment for Drug Abuse: Follow-up Outcomes and Length of Time Spent. Archive of General Psychiatry, 38, 875-880.

- Van Stelle, K.R., Mauser, E. & Moberg, D.P. (1994). Recidivism to the Criminal Justice System of Substance-Abusing Offenders Diverted Into Treatment. Crime and Delinquency, 40(2), 175-196.
- Votey, H.L. (1986). Substance Abuse and Crime in Sweden: Econometric Estimates of Linkages. in P. Shopiro & H.L.J. Votey (Eds), Econometric Analysis of Crime in Sweden, (pp. 23-24).

CHAPITRE 3

Demandes et attentes des intervenants associés à la Sécurité publique et à la Justice

Les deux chapitres précédents présentent des chiffres qui démontrent bien que le phénomène de la double problématique toxicomanie/délinquance est plutôt fréquent au Québec. Cette constatation soulève plusieurs problèmes. Comment intervenir efficacement auprès de cette clientèle? A qui revient la responsabilité de cette intervention? Comment concilier les missions différentes de la Sécurité publique et des Services sociaux? Toutes ces questions sont à l'origine de ce chapitre. Dans un premier temps, il présentera la problématique sous-jacente à l'intervention auprès de cette clientèle aux prises avec cette double problématique. Dans un deuxième temps, il rapportera la méthode utilisée dans cette étude. Finalement, la troisième partie sera consacrée à la présentation des résultats obtenus. Il est à noter que le chapitre est construit à partir de l'opinion des partenaires et que ce dernier reflète le discours des individus.

3.1 PROBLÉMATIQUE

En 1989, le Ministère de la Santé et des Services sociaux et le Ministère de la Sécurité publique signaient un protocole d'entente visant à s'assurer

"... que les personnes contrevenantes adultes puissent bénéficier de la gamme totale des services de santé et des services sociaux normalement accessibles à l'ensemble des citoyens en vertu de la loi, et ce, conformément à l'esprit de la Charte québécoise des droits et liberté de la personne." (Ministère de la Santé et des Services sociaux & Ministère de la Sécurité publique, 1989; p.2)

Jusqu'à aujourd'hui, ce protocole d'entente n'a pas été appliqué de façon systématique dans toutes les situations impliquant ces deux ministères. Toutefois, en 1994, le Ministère de la Santé et des Services sociaux octroyait des fonds à différentes régions du Québec afin de réaliser une étude sur l'aide à offrir aux toxicomanes judiciairisés. Trois régions se sont regroupées (Montréal, Montérégie et Mauricie-Boisfrancs) pour donner naissance à ce que l'on a nommé le projet Toxicomanie/Justice. Les deux premiers chapitres se sont voulus une recension des écrits scientifiques et une analyse des banques de données québécoises existantes visant une meilleure

compréhension des caractéristiques de la clientèle toxicomane judiciairisée. Les résultats obtenus lors de la réalisation de cette étape tendent à démontrer que la proportion de personnes aux prises avec cette double problématique est supérieure au Québec que celle retrouvée aux États-Unis. D'autre part, on a également pu constater que les détenus toxicomanes présentaient un profil bio-psycho-social (état de santé, qualité des relations familiales et sociales, état psychologique, situation légale) nettement plus détérioré que celui qu'on retrouve chez les personnes incarcérées qui n'ont pas de problème de toxicomanie. D'un autre côté, on estime à environ 10% la proportion de la clientèle des centres de réadaptation publics québécois qui se présentent sur recommandation d'un représentant du système judiciaire ou para-judiciaire. Si on compare les toxicomanes judiciairisés à ceux qui ne le sont pas, on remarque là aussi que le profil bio-psycho-social des individus du premier groupe est plus détérioré que celui du second. Quels moyens peut-on mettre en oeuvre pour aider cette clientèle compte tenu de leur double problématique?

La seconde étape, qui fait l'objet du corps de ce chapitre, consiste justement à connaître les demandes et les attentes des intervenants associés à la Sécurité publique et à la Justice en rapport avec l'intervention auprès de leur clientèle toxicomane. Toutefois, lors de démarches impliquant deux ou trois Ministères aux missions totalement différentes et parfois opposées, plusieurs problèmes risquent de survenir. En effet, il n'est pas toujours aisé de faire côtoyer des notions telles que contrôle et aide, punition et réhabilitation, confiance et surveillance. D'autant plus que chacun fonctionne souvent de façon hermétique, sans toujours être bien informé des procédures utilisées par autrui.

Voici donc les résultats d'une consultation auprès des intervenants associés au Ministère de la Sécurité publique et du Ministère de la Justice visant à mieux cerner leurs attentes et leurs demandes en matière d'intervention auprès d'une clientèle toxicomane judiciairisée.

3.2 MÉTHODOLOGIE

Puisque l'objectif de la seconde étape du projet Toxico-Justice était de recueillir le point de vue de différents acteurs oeuvrant dans le domaine de la justice, de la sécurité publique et de l'intervention en toxicomanie, il nous est apparu que la méthode la mieux appropriée serait de tenir des groupes de discussion (focus group). Cette procédure comportait deux avantages. Elle permettait d'interroger dans un laps de temps relativement court un nombre de personnes plus important qu'en procédant de façon individuelle. La réunion de plusieurs personnes autour d'une même table offrait également la possibilité de tenir des discussions plus riches puisque chacun pouvait bénéficier de l'expérience et de l'opinion d'autrui, alimentant par le fait même leur propre réflexion.

Un expert en animation appartenant au Centre de recherche en opinion publique (CROP) et neutre face au domaine de l'intervention en toxicomanie a été engagé afin d'animer ces groupes de discussion. Outre la tâche principale de l'animation des groupes, il collabora également à l'élaboration et à la rédaction du guide d'entrevue, il fournit le verbatim de toutes les rencontres effectuées et il réalisa une analyse synthèse du matériel obtenu.

Étant donné la situation géographique diversifiée des centres de réadaptation impliqués dans le projet, il a été décidé qu'une partie des groupes serait tenue à Trois-Rivières et que les autres auraient lieu à Montréal permettant ainsi de regrouper les personnes de la Montérégie et celles de la grande région métropolitaine.

3.2.1 Constitution de la liste des participants

La première démarche effectuée pour la poursuite de l'objectif de cette étude a été d'identifier différents intervenants du Ministère de la Sécurité publique ou du Ministère de la Justice. Pour ce faire, nous avons demandé aux membres du comité d'orientation de nous dresser une liste de personnes susceptibles d'être intéressées à participer à ce processus de consultation. Les noms qui

ont ainsi été obtenus ont constitué le point de départ de notre stratégie de recrutement. Par la suite, nous avons également demandé aux personnes identifiées par le comité d'orientation de nous fournir d'autres noms de gens oeuvrant à l'intérieur des Ministères concernés qui pourraient avoir un certain intérêt à apporter leur point de vue concernant leurs attentes et leurs demandes en rapport avec l'intervention auprès d'une clientèle toxicomane judiciairisée. Pour finir, cette technique "boule de neige" a permis de compléter la liste des invités en ce sens que nous avons reçu quelques appels de personnes ayant entendu parler du projet et désireuses d'y participer. Le comité d'orientation a suggéré que des intervenants en toxicomanie prennent également part à cette enquête notamment parce que la consultation des représentants du Ministère de la Santé et des Services sociaux, pourtant impliqués par le protocole d'entente, n'avait pas été prévue dans le devis initial.

3.2.2 Stratégies de prise de contact

A Trois-Rivières, la stratégie de prise de contact consistait en l'envoi d'une lettre signée conjointement par la direction de Domrémy-04 et par le Substitut du Procureur de la Couronne (également président de la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes) aux personnes identifiées sur la liste constituée. Elle décrivait l'objectif poursuivi, les raisons à la base de l'étude et informait les gens de la tenue de deux groupes de discussion. On demandait à la personne de communiquer avec la direction de Domrémy-04 pour confirmer leur présence ou pour obtenir des informations complémentaires. Cette stratégie a été adoptée puisque les signataires de la lettre étaient connus par la majorité des individus contactés. Un total de 33 lettres ont été expédiées à des gens oeuvrant dans le domaine de la police, de la détention, du droit, de la probation, de la transition, du bénévolat et de l'intervention en toxicomanie. Vingt-et-une personnes se sont effectivement présentées aux focus groups de Trois-Rivières et ont pu partager leurs commentaires.

Pour les régions de Montréal et de la Montérégie, la stratégie de recrutement utilisée a été quelque peu différente étant donné l'étendue du territoire. Ainsi, les appels téléphoniques

constituèrent la première étape de prise de contact. Le contenu de ces conversations, logées par le coordonnateur de la recherche ou par son assistant, était sensiblement le même que dans la lettre envoyée à Trois-Rivières: description de l'étude, origine de celle-ci, invitation à participer aux groupes de discussion. Les milieux de provenance des personnes sollicitées dans ces deux régions correspondaient à ceux de la région trifluvienne à l'exception du centre de bénévolat. Par contre, plusieurs contacts ont été effectués auprès de gens travaillant aux libérations conditionnelles ce qui ne fut pas le cas à Trois-Rivières. Toutefois, en ce qui concerne les policiers, nous avons eu quelques difficultés à établir les contacts. En effet, sur les 16 personnes qui composaient notre liste de départ, seulement quatre se sont montrées intéressées ou disponibles pour participer au processus de consultation. Nous avons donc ajusté notre stratégie. Une personne affectée à la section Recherche et Planification de la SPCUM a été contactée par l'animateur expert et c'est elle qui a fait les arrangements nécessaires à la libération des policiers. Au total, dans ces deux régions, 75 personnes ont été contactées et 35 ont participé aux groupes de discussion.

3.2.3 Constitution des groupes

Étant donné la nature très diversifiée des emplois occupés par les gens se trouvant sur la liste élaborée de la façon précédemment décrite, il a été décidé qu'ils seraient regroupés selon leur profession (consulter le tableau 1 et 2 pour plus de détails). Ainsi, un groupe d'intervenants en toxicomanie a été formé à Trois-Rivières et un autre à Montréal (regroupant les intervenants de Montréal et de la Montérégie). La région trifluvienne étant plus petite et les personnes se connaissant un peu plus et se côtoyant davantage, il a été convenu que deux groupes y seraient tenus et que les gens qui recevraient une convocation pourraient s'inscrire librement à l'une des deux rencontres peu importe leur champs d'expertise; leur disponibilité étant le facteur associé à la composition des groupes. De cette façon, cinq personnes ont composé le groupe des intervenants en toxicomanie du

secteur public alors que 16 autres se sont réparties dans les deux groupes de partenaires¹.

A Montréal, nous avons pris l'initiative de former quatre groupes différents et de conduire quelques entrevues individuelles. Conséquemment, en plus du groupe d'intervenants en toxicomanie mentionné auparavant, une table de discussion regroupant des policiers a été organisée et deux autres groupes impliquant des personnes oeuvrant dans le milieu de la probation, des libérations conditionnelles, de la détention, de la transition ou travaillant comme procureurs ont été formés ("partenaires"). Finalement, des entrevues individuelles ont été conduites auprès de deux juges de la région de Montréal. Leur nombre restreint et leur disponibilité réduite constituaient les facteurs motivant cette décision.

Onze personnes ont participé au groupe des intervenants², 16 autres ont pu se libérer pour assister aux rencontres impliquant les partenaires³ et huit policiers se sont présentés au focus group qui leur étaient destinés quoiqu'ils ne représentaient que la SPCUM. Bien que ces constables provenaient de différentes sections de ce corps policier, la représentativité de ce groupe s'en est trouvée restreinte. Finalement, trois juges ont été contactés en vue d'effectuer des entrevues individuelles et deux d'entre eux ont accepté.

¹ De manière plus détaillée, le groupe des intervenants était composé d'intervenants provenant de différents points de service couverts par Domrémy-04 et d'un représentant de la Régie Régionale de la Mauricie-Bois-Francs. Les autres participants provenaient de la Sécurité publique, de la Sûreté du Québec, de la GRC, de la Cour, de différents établissements de détention de la région, du service de probation de Trois-Rivières, Drumondville et Shawinigan, du Service correctionnel du Canada, de la Cour et d'un centre de bénévoles.

² Les intervenants provenaient d'Alternatives, de Domrémy-Montréal, de Préfontaine et de divers points de service de la région de la Montérégie (Granby, St-Hubert et Valleyfield).

³ De façon précise, les partenaires étaient procureurs à la Cour du Québec de Montréal et de Granby ou à la Cour Municipale de Montréal; intervenants dans les établissements de détention de Montréal (femmes et hommes), Sorel et Waterloo; agents de libérations conditionnelles à Montréal ou du service de probation à Montréal et à Joliette; intervenants dans différentes maisons de transition de Montréal (femmes et hommes).

L'analyse des demandes et des attentes des intervenants associés aux trois Ministères évoqués précédemment s'est donc effectuée à partir des propos rapportés par 59 de leurs représentants, ce qui nous apparaît comme étant un nombre suffisamment élevé pour y accorder une bonne crédibilité et une représentativité acceptable.

TABLEAU 1

Nombre de personnes contactées et présentes lors des groupes de discussion tenus à Trois-Rivières

	Contactés	Présents
Partenaires	28	16
Intervenants	5	5
Total	33	21

TABLEAU 2

Nombre de personnes contactées et présentes lors des groupes de discussion tenus à Montréal et en Montérégie

	Contactés	Présents
Partenaires	32	16
Policiers	21	8
Intervenants	19	11
Juges	3	2
Total	75	37

3.2.4 Élaboration du guide d'entrevue

Encore une fois, la participation d'une partie des membres du comité d'orientation a été requise en vue d'élaborer le guide d'entrevue. Plus précisément, les directions des centres publics de réadaptation et les responsables des Régies régionales desservant les trois centres ont été sollicités. On leur a demandé d'identifier les principales questions qu'ils désiraient soumettre aux participants. Le professionnel de l'agence CROP ainsi que les auteurs du présent rapport ont ensuite effectué une synthèse de toutes ces questions pour finalement en arriver au guide qui a été utilisé lors des rencontres de groupe.

Dans un premier temps, l'animateur présentait le projet, expliquait son rôle, indiquait que les propos tenus par les membres du groupe seraient enregistrés dans le but de respecter le plus fidèlement possible l'intégralité de ce qui était dit, mais que le tout demeurerait sous le sceau de la confidentialité. Il rappelait également aux gens que l'objectif de la rencontre consistait à identifier des moyens, des processus ou des services permettant de mieux servir la clientèle judiciairisée. Dans un deuxième temps, un tour de table était effectué dans le but de permettre à chaque participant de se présenter, de décrire brièvement leur occupation et leur expérience avec une clientèle toxicomane judiciairisée. Une troisième étape consistait à demander aux personnes s'ils avaient à intervenir avec des personnes aux prises avec des problèmes reliés à l'usage d'alcool ou d'autres drogues, de mentionner quelles mesures et actions étaient habituellement posées et si les gens se référaient ou utilisaient des critères, des normes ou des grilles d'évaluation servant à guider leur intervention auprès des personnes judiciairisées. Par la suite, les participants étaient invités à décrire les situations où ils jugeaient approprié de référer leur clientèle à une ressource spécialisée en toxicomanie, quelles étaient ces ressources, ce qui motivait leur choix et quels étaient les avantages et les inconvénients de référer à un centre public plutôt que privé. La quatrième étape consistait à demander aux personnes quelles étaient les difficultés rencontrées dans leur rapport avec les centres de réadaptation publics. Dans un cinquième temps, on invitait les gens à dresser une liste des forces et des faiblesses des services dispensés par les centres de réadaptation publics et d'indiquer les améliorations souhaitées tant en ce qui concerne les services existants que sur les services à créer notamment au

niveau de l'information, de la formation, du processus de gestion et de la structure administrative. Finalement, on demandait aux participants de suggérer des moyens pour atteindre les attentes et les demandes suggérées.

3.2.5 Rencontres

Les rencontres se sont déroulées dans les locaux de Domrémy-04 à Pointe-du-Lac pour les groupes de Trois-Rivières, ainsi qu'à Domrémy-Montréal et à l'Université de Montréal pour les groupes composés de représentants de la Montérégie et de Montréal. Une durée de deux heures était prévue pour chacune d'elles bien que dans les faits, ce laps de temps était souvent dépassé. Tous les groupes se sont déroulés sensiblement de la même façon. Il est aussi important de remarquer qu'un intervenant d'un centre public de réadaptation en toxicomanie était présent à chacun des groupes et ce, dans l'objectif de pouvoir répondre à d'éventuelles interrogations de la part du groupe concernant leurs services, leurs fonctionnements, etc...

Finalement, deux rencontres individuelles ont été réalisées avec des juges siégeant à la chambre criminelle de la Cour du Québec de Montréal. Le même guide d'entrevue que celui utilisé dans les rencontres de groupe a été employé.

3.2.6 Difficultés rencontrées

La difficulté la plus importante consiste en l'hétérogénéité des groupes. Des limites d'ordre temporel, budgétaire ainsi que le nombre restreint de personnes disponibles dans chaque milieu nous a contraint à former des groupes composés de gens provenant de services différents et possédant des intérêts forts divergents. Il était donc parfois difficile de permettre à chacun d'exposer entièrement son point de vue. L'animateur éprouva également certaines difficultés à centrer les débats autour d'une même question puisque la réalité de chacun était souvent fort différente. En fait, les groupes

les moins hétérogènes ont été réalisés auprès des intervenants en toxicomanie et des policiers. On a toutefois pu remarquer que, même dans ces groupes, la situation géographique des lieux de travail et de la clientèle les fréquentant ou les philosophies particulières à chaque service ont posé des problèmes identiques à ceux rencontrés dans les autres groupes quoique de façon moins intense. Il a tout de même été possible de réaliser les groupes et de recueillir un matériel intéressant.

La seconde difficulté ressentie a trait à la spécificité du mandat visé. En effet, l'étude porte sur ce que les centres publics de réadaptation en toxicomanie peuvent offrir comme services à une clientèle judiciairisée et les attentes face à ces services. Pour des personnes qui ne sont pas familières avec les ressources existant dans la communauté, il devient difficile pour elles de faire la différence entre centres privés et centres publics et les moyens proposés pour améliorer les services ne sont pas toujours du ressort de ces centres publics. De plus, une partie des discussions déviaient souvent sur les difficultés que vivaient les participants à l'intérieur de leur propre organisation et quoique fort intéressant, cette portion des débats ne répondait pas à l'objectif visé.

3.2.7 Analyse du matériel

La nature des informations qui ont été recueillies appelle une méthode d'analyse de type qualitative. En effet, la meilleure façon de bien rendre le matériel obtenu est de procéder à une analyse des discours. Pour ce faire, nous suivrons une logique similaire à celle utilisée dans le guide d'entrevue.

Dans un premier temps, nous tenterons de décrire le mieux possible le cheminement parcouru par un individu toxicomane judiciairisé (ou en voie de l'être) ainsi que les procédures les plus couramment employées aux divers stades de son parcours. Dans un deuxième temps, les principales difficultés que la clientèle toxicomane pose aux intervenants associés à la Sécurité publique et à la Justice seront exposées afin de mieux comprendre la situation à laquelle ils font face. Une troisième section servira à démontrer les difficultés rencontrées par les "partenaires" dans leurs relations avec

les centres de réadaptations en toxicomanie et plus spécifiquement avec les organismes publics. Une quatrième section présentera les demandes et les attentes que ces personnes entretiennent envers les centres publics de réadaptation. Finalement, la dernière partie exposera le point de vue des intervenants sur la question de l'aide à une population toxicomane-judiciarisée.

Dans un souci d'éviter la redondance et l'utilisation d'espace inutile, nous ne traiterons pas systématiquement des trois régions représentées dans le projet Toxico-Justice dans chacun des points abordés. Toutefois, lorsque des différences entre ces régions se présenteront, elles seront clairement indiquées.

3.3 ANALYSE SYNTHÈSE

Un individu pris en charge par le système judiciaire et pénal sera confronté à nombre de personnes. Elles occuperont toutes une fonction différente, avec un mandat particulier. Toutes ces personnes auront leur propre opinion sur les services à offrir à cet individu. La diversité d'opinions ne fera que croître lorsque cette personne présentera une double problématique telle que la délinquance et la toxicomanie. La prochaine section tentera de démontrer la fonction que chaque intervenant occupe dans le processus judiciaire ainsi que les procédures utilisées auprès d'une clientèle aux prises avec des problèmes de toxicomanie. Bien entendu, ce processus est subdivisé en plusieurs étapes. Elles peuvent se suivre ou se chevaucher, on peut en franchir certaines ou passer à travers l'ensemble du processus. Chaque individu est un cas particulier et on ne peut décrire un cheminement commun à tous. Toutefois, certains scénarios sont plus fréquents que d'autres.

3.3.1 Cheminement et procédures

Les premières personnes qui ont un contact avec un contrevenant toxicomane sont sans contredit les policiers. Lors des discussions de groupe, ces gens ont avoué avoir peu de latitude dans

leurs options d'intervention auprès des toxicomanes qui ont commis un délit. En effet, devant le nombre impressionnant d'appels qui leur sont adressés, leur principe se résume à réagir (arrestation, incrimination) aux actions posées (vente, consommation, délit). De plus, il existe une séparation administrative entre la prévention (qui tente d'aider les personnes toxicomanes) et l'opération (de nature presque exclusivement répressive). La majorité des agents des forces de l'ordre s'inscrivent dans le secteur opérationnel. D'autre part, le nombre important de cas de récidive parmi les toxicomanes donne une perception négative du travail effectué par les centres de réadaptation et de son impact. Il existe toutefois des personnes ressources à l'intérieur de certains corps policiers (SPCUM) dont la fonction est de conseiller les policiers sur les ressources existantes. Ce service n'est toutefois pas fréquemment utilisé. En fait, les policiers ne réfèrent pratiquement jamais un contrevenant vers un centre de traitement. Ils ne le feront que dans les rares cas où l'individu arrêté en fait la demande. Une exception est cependant constatée. Un groupe de policiers montréalais ont formé un programme de police communautaire d'Action Concertée en Élaboration de Solutions (ACES) dont la "mission" permet d'établir un contact à plus long terme avec la clientèle et facilite ainsi un climat de confiance. Ces conditions leur offre l'occasion d'effectuer un certain suivi.

Les secondes personnes auxquelles sont confrontés les toxicomanes accusés de délits sont les procureurs. A ce stade-ci, les références à des ressources en toxicomanie risquent d'être un peu plus fréquentes quoique ces derniers disent avoir peu d'emprise pour influencer ou inciter les gens à se prendre en main. La référence à un centre est souvent perçue comme un moyen d'échapper à une éventuelle sentence. Par contre, au niveau de la défense, cette option est régulièrement utilisée. Lorsqu'une entente est possible entre les parties, il y aura référence à un centre. Dans le cas contraire, le juge tranchera la question. La décision de ce dernier déterminera souvent la suite du cheminement du toxicomane. Si le juge évalue qu'une référence dans un centre de réadaptation en toxicomanie pourrait être bénéfique à l'inculpé, il peut permettre une telle procédure et suspend sa sentence⁴. Toutefois, ce n'est pas lui qui décidera de l'endroit où l'individu suivra sa thérapie, cette décision

⁴ Cette décision est surtout fonction des antécédents de l'individu et de la gravité des gestes qu'il a posés.

étant laissée à l'avocat ou à l'inculpé. Dans le cas où le traitement s'avère un succès (terminé), le juge pourra réduire la sentence⁵.

Dans certains cas, on fera appel à un agent de probation ou à une tierce personne qui aura le mandat d'évaluer le client et d'adresser une recommandation à la Cour. Toutefois, il arrive souvent que les personnes réalisant cette évaluation ne soient pas formées pour le faire ou soient en conflit d'intérêts. Cette dernière situation survient lorsque des intervenants de certains centres de réadaptation privé "recrutent" leur clientèle à la Cour. Il arrive tout de même des cas où des personnes qualifiées sans apparences de conflits d'intérêt réalisent de telles évaluation. C'est notamment le cas des agents de probation de Drummondville qui possèdent une formation pour évaluer la toxicomanie ainsi que la place qu'elle occupe dans la dynamique criminelle de l'individu. Dans le cas où l'évaluation de la personne révèle des problèmes de toxicomanie et que cette évaluation est acceptée par la Cour, les intervenants auront également comme fonction de trouver un centre apte à répondre aux besoins de l'individu. Ceci pose le problème de l'évaluation de la ressource. Le manque de temps, d'informations ou de sensibilisation permettra quelques fois l'orientation d'un client vers une ressource peu recommandable. En principe, la personne responsable de l'évaluation devrait vérifier les conditions physiques des lieux (salubrité), l'alimentation offerte, les compétences et la formation du personnel de même que l'orientation théorique de la maison. Bien souvent, cette évaluation ne peut être réalisée que de façon informelle, en basant son jugement sur la réputation du centre ou encore en envoyant quelques clients "tester" la ressource et vérifier les résultats.

Jusqu'à présent, nous n'avons exposé que des situations où la personne ne se voyait pas imposer une peine d'incarcération. Lorsque c'est le cas, d'autres personnes, souvent des agents de gestion de cas, des travailleurs sociaux ou des responsables de programmes de prévention de la toxicomanie en détention prendront le relais. Leur tâche ressemblera sensiblement à celle des agents de probation à savoir, évaluer le problème de toxicomanie du détenu et décider s'il bénéficiera d'une

⁵ La rencontre avec les juges permet d'établir qu'un an de thérapie complétée équivaut généralement à deux ans de réduction de peine.

thérapie en communauté (à l'extérieur du centre de détention) ou non. Si l'individu ne représente pas un risque pour la société et si l'évaluation de la motivation est positive, ils envisageront la possibilité de "libérer" le toxicomane pour fin de traitement.

Finalement, lorsqu'un individu incarcéré obtient une libération conditionnelle totale ou de jour, il est possible que la Commission nationale des libérations conditionnelles ou la Commission québécoise des libérations conditionnelles pose des restrictions à cette libération, notamment l'interdiction de consommation de drogues. C'est à ce stade-ci que les intervenants en maison de transition et les agents de libération conditionnelle entreront en ligne de compte. Ils joueront alors un double rôle. Ils devront assumer une fonction de contrôle (vérifier que le libéré respecte les conditions qui lui ont été imposées) et une fonction d'aide (donner du support, des conseils, référer à des ressources spécialisées lorsque le besoin se fait ressentir).

Cette section avait comme objectif de présenter brièvement les scénarios les plus fréquents de même que la nature des contacts que les participants aux groupes de discussions entretenaient avec la clientèle toxicomane judiciairisée.

3.3.2 Difficultés rencontrées avec la clientèle

Une des principales difficultés rencontrées par les intervenants de la Sécurité publique et de la Justice consiste à effectuer une évaluation adéquate de la toxicomanie. Cette constatation a d'ailleurs été mentionnée dans tous les groupes de discussion. Cette difficulté semble se situer à deux niveaux. Le premier réside dans l'identification de la problématique du toxicomane accusé de délits. En effet, tous semblent s'entendre sur la nécessité de déterminer si la personne présentant la double problématique toxicomanie/délinquance est avant tout un toxicomane qui a commis des délits (la plupart du temps dans le but de se procurer l'argent nécessaire à sa consommation) ou si, au contraire, on est en présence d'un criminel qui a adopté un style de vie axé sur un usage abusif de substances psychoactives. Advenant le second cas, la priorité devrait être accordée à l'agir délictueux

et l'objectif principal devrait être la protection de la société et l'expiation du crime. Dans le premier cas, il pourrait y avoir possibilité d'envisager une thérapie puisque les causes du comportement criminel résident dans un problème de toxicomanie.

Le second niveau de difficulté rencontré lors de l'évaluation du toxicomane consiste à bien jauger la motivation du contrevenant à régler son problème. Pour certains, si la motivation de l'individu n'est pas intrinsèque et s'il ne désire pas entreprendre une démarche de traitement pour lui-même et dans le seul but de régler son problème de toxicomanie, la thérapie, croit-on, ne pourra pas être salutaire. Pour d'autres cependant, cette motivation est quelque chose qui, sans être présente à l'amorce d'une démarche thérapeutique, peut s'acquérir en cours de route. Ce serait donc le premier élément à travailler avec le toxicomane. D'un autre côté, on a aussi avancé l'idée qu'un encadrement structuré pouvait pallier à la motivation lorsque celle-ci faisait défaut. On a également mentionné la possibilité que le problème ne réside pas dans la motivation d'un individu, mais dans le déni de l'appropriation du problème qui lui a été diagnostiqué.

Finalement, les délais qui existent entre la comparution d'une personne et sa sentence constitue une autre difficulté avec laquelle les intervenants de la Sécurité publique, mais surtout ceux de la Justice sont aux prises. D'une part, l'individu peut interpréter ce délai comme signifiant que "s'ils jugent que je peux rester sur le trottoir tout ce temps, mon problème ne doit pas être si grave que cela". D'autre part, les intervenants de la Sécurité publique et de la Justice (particulièrement ceux de Trois-Rivières) croient qu'il faut intervenir auprès des gens au moment où leur problème leur occasionne une souffrance; à l'instant où il est mis en évidence, de façon à susciter la motivation au changement. Si le délai est trop long, les toxicomanes "oublient" qu'ils ont un problème qui doit être réglé.

3.3.3 Difficultés éprouvées dans les relations avec les centres de réadaptation en toxicomanie publics et privés

Jusqu'à présent, nous nous sommes plutôt attardés au fonctionnement et aux difficultés que les partenaires des réseaux de la Sécurité publique et de la Justice vivaient dans leur organisation. Cette section présentera les principaux problèmes que les intervenants de ces deux ministères éprouvent dans leur rapport avec les établissements de réadaptation. Certaines de ces critiques viseront plus particulièrement les centres privés, mais l'accent sera porté sur les centres publics.

Les deux difficultés les plus souvent invoquées concernant les centres publics sont l'accessibilité et l'information. En ce qui concerne le premier type de difficultés, on remarque qu'il y a souvent des délais importants entre le moment où une demande est effectuée et celui où une place est disponible. Dans les grands centres urbains tels Montréal et St-Hubert, ces délais sont attribuables à la très grande demande de services. Mais on retrouve également des problèmes du même ordre auprès de centres situés dans de plus petites localités (Valleyfield) où le nombre d'intervenants est considérablement réduit. Toutefois, les partenaires ayant participé aux groupes de Trois-Rivières ne trouvent pas que cet aspect se fasse beaucoup ressentir dans cette région.

Les difficultés d'accessibilité aux centres publics ne sont pas uniquement d'ordre temporel. On a aussi noté que les critères d'admission étaient parfois trop restrictifs et excluaient une partie de la clientèle potentielle pouvant être référée. Par exemple, le service interne de Domrémy-04 n'accepterait pas les clients qui ont une ordonnance du Tribunal ou d'une autre instance judiciaire. Parfois les centres n'offrent pas les services dont les partenaires auraient besoin. C'est notamment le cas des services pour les jeunes ou les personnes en état de crise (dans la région de Trois-Rivières) ou pour les femmes. Le problème du manque de ressources spécialisées pour les femmes est un élément qui a été soulevé dans tous les groupes formés.

Le second problème, relié au manque d'information⁶ ou de communication entre les réseaux est perçu comme comportant deux volets. D'une part, les partenaires ne sont pas toujours informés de l'existence des ressources ou lorsqu'ils le sont, ils ne connaissent pas leurs critères d'admission, leur philosophie, etc... D'autre part, ils reprochent aux centres d'être avares sur les informations transmises au sujet du cheminement effectué par les personnes qu'ils réfèrent en traitement. On reproche même à certains centres publics de ne pas toujours mentionner si la personne se présente ou non à ses rendez-vous où dans le cas d'une thérapie fermée, si l'individu est bel et bien présent. On fait alors remarquer que le client référé, étant sous mandat judiciaire, doit respecter les conditions de sa libération. Il est alors du devoir des partenaires du réseau de la Sécurité publique de chercher à savoir s'il suit bel et bien le traitement pour lequel sa sentence a été suspendue.

D'autres difficultés ont également été mentionnées. Ainsi, on fait remarquer que les centres publics n'offrent pas de "cure fermée" suffisamment longue (lorsque ce genre de traitement existe) ou qu'ils refusent d'accepter des individus à qui on a ordonné un tel traitement. Toutefois, il semblerait que, dans de nombreux cas, l'admission en traitement interne soit une condition pour qu'un individu bénéficie de traitements à l'extérieur du contexte carcéral. On fait remarquer que l'objectif des centres est souvent l'arrêt de la consommation et que les personnes voulant contrôler leur usage de substances psychoactives ne trouvent pas leur place dans les thérapies offertes. Finalement, certains partenaires croient que le processus judiciaire et celui d'aide devrait être séparé ("Purge ta peine et on t'aidera après").

3.3.4 Demandes et attentes envers les centres publics

Bien évidemment, plusieurs commentaires formulés par les partenaires concernant l'amélioration des services publics de réadaptation offerts à une clientèle judiciairisées découlent de

⁶ Le groupe des policiers a toutefois fait remarquer que s'il y avait plus d'informations véhiculées sur les centres de réadaptation publics, il y aurait peut-être plus de références et que ça ne ferait qu'augmenter le problème de l'accessibilité.

la section précédente, c'est-à-dire des difficultés rencontrées dans leurs rapports avec les centres. Les mêmes notions apparaissent donc comme les plus importantes.

Ainsi, on suggère que les centres publics développent et utilisent une grille d'évaluation de la toxicomanie des contrevenants. On y évaluerait la motivation du client face au traitement, toujours en tentant de cerner si l'individu est un contrevenant toxicomane ou un toxicomane contrevenant.

On souhaiterait aussi que les intervenants des services publics de réadaptation en toxicomanie sortent de leurs locaux pour produire à la Cour de brefs rapports d'évaluation et de recommandation sur la clientèle toxicomane judiciairisée avant le prononcé de la sentence. On désirerait également que les centres publics offrent des services d'évaluation de la toxicomanie dans les milieux de détention. Les partenaires verraient d'un bon oeil si une tierce personne pouvait participer à ces évaluations (comme par exemple un agent de probation).

Sur un autre plan, les partenaires apprécieraient que les centres publics se fassent davantage connaître, qu'ils aient une plus grande visibilité à l'intérieur du réseau de la Justice ou de la Sécurité publique. On suggère qu'ainsi, il serait plus facile de cibler davantage la clientèle pour laquelle les centres publics sont en mesure d'offrir un service efficace. Dans le même ordre d'idées on souhaiterait que les différents centres publics communiquent davantage entre eux, ce qui éviterait d'une part le dédoublement de travail mais permettrait également la mise sur pied de stratégies de pairage clients/ressources. Sur le plan de la communication, on aimerait également qu'il y ait une concertation entre les centres de réadaptation publics et les intervenants des autres réseaux de façon à partager l'information sur le client référé. La réduction des délais d'admission en ce qui concerne la clientèle judiciairisée fait également partie des demandes des intervenants de la Sécurité publique et de la Justice.

Finalement, en ce qui concerne les services offerts par les centres publics, on recommande qu'il existe des cures fermées capables de recevoir une clientèle toxicomane judiciairisée en attente de sentence ou en cours de sentence. On ressent aussi le besoin que des programmes spécialisés

soient mis sur pied en particulier pour les femmes ayant commis un délit et qui éprouvent des problèmes de consommation abusive de substances psychoactives. On remarque qu'elles possèdent une dynamique et des problèmes différents de la clientèle masculine qui représente la majorité de la clientèle des établissements publics.

Il faut remarquer que les personnes rencontrées dans les groupes de discussion n'ont pas uniquement imputé la responsabilité d'offrir de meilleurs services à la clientèle toxicomane judiciarisée aux centres publics, mais également à d'autres organismes. Sans en faire une liste exhaustive, mentionnons ceux qui reviennent le plus fréquemment. Un point qui est revenu dans tous les groupes de discussion est la création d'une accréditation des centres privés. On y suggère que soient réglementés ces centres en ce qui concerne les lieux physiques, la nourriture, les compétences et la formation du personnel, etc... On mentionne cependant que les normes établies par cette accréditation devraient être applicables, réalistes, qu'elles permettent une certaine diversité et qu'un support soit offert pour atteindre ces normes. Par cette normalisation des centres privés, on éviterait les ressources incompetentes, les problèmes d'éthiques, de bris de confidentialité, le manque de professionnalisme et l'utilisation d'approches thérapeutiques douteuses.

Dans un autre ordre d'idées, on identifie des ressources qui pourraient compléter les services offerts par le réseau public telles que les familles d'accueil pour toxicomanes, les services d'accompagnement bénévole et l'implication des C.L.S.C. dans le processus.

3.3.5 Point de vue des intervenants oeuvrant au sein des centres publics de réadaptation en toxicomanie

La presque totalité de la troisième section de ce document a été réservée à l'expression du point de vue des intervenants associés au Ministère de la Sécurité publique et au Ministère de la Justice, ce qui est compréhensif puisque c'était l'objet de l'exercice. Toutefois, nous avons pris l'initiative de présenter à la fin du document, (dans la présente sous-section) quelques commentaires

prononcés par les intervenants des services de réadaptation publics en toxicomanie concernant les propos ou les idées émises par les partenaires.

Tout d'abord, la principale crainte des intervenants devant les demandes qui ont été formulées, est de ne pas être en mesure de remplir correctement leur rôle d'aide s'ils sont perçus comme agent de contrôle. De plus, des notions importantes telle la confidentialité des informations divulguées par la clientèle risque d'être compromises en endossant un mandat de contrôle. L'équilibre entre les fonctions d'aide et de contrôle semble difficile à réaliser. Parallèlement, certains intervenants en toxicomanie prétendent que la définition de la notion de contrôle n'est pas la même pour eux que celle du système judiciaire. Ces derniers vont réprimander sur des actes qu'eux-mêmes ne percevraient pas d'une très grande gravité. Par exemple pour des délits de prostitution ou pour des vols de caisses de bière.

Deuxièmement, les intervenants ont l'impression que les partenaires des réseaux de la Justice et de la Sécurité publique exigent d'eux une plus grande implication avec la clientèle référée qu'avec leurs autres clients, ce qu'ils ne trouvent pas équitable. Il est possible que par le passé, la clientèle judiciairisée ait été défavorisée par rapport à d'autres personnes, mais maintenant, les intervenants ont l'impression qu'ils assurent la même qualité de services à tous les types de clientèles. D'autre part, les intervenants ont parfois l'impression qu'on leur demande d'être des centres de première et de deuxième ligne à la fois. Ils réagissent alors en rappelant qu'on ne peut assurer dans le même service de l'intervention en état de crise tout en offrant du suivi à long terme.

Par contre, ils s'accordent pour dire que l'évaluation est une étape extrêmement importante dans le processus de thérapie. Idéalement, il devrait y avoir du personnel qui ne s'occupe que d'évaluation. Une bonne évaluation devrait permettre de mieux orienter le client à travers les services de l'établissement ou de le référer à d'autres ressources mieux adaptées. Cependant, pour le faire, il est nécessaire de bien connaître les ressources du milieu, ce qui demande d'établir et de maintenir des contacts. On s'aperçoit cependant que dans certaines régions plus éloignées, il n'y a pas toujours d'autres ressources.

Certains centres comme Domrémy-Montréal ont développé une spécialisation à l'intérieur de leur organisme. Ainsi un groupe d'intervenants s'occupe de la clientèle judiciairisée, elle-même subdivisée en délinquance persistante, intermittente et accidentelle. Toutefois, certains centres n'ont pas un bassin de clientèle suffisamment élevé pour procéder de façon semblable (Valleyfield).

Les intervenants reprochent aussi quelques fois au Service correctionnel de se décharger de sa responsabilité en faisant assumer aux centres publics une fonction de contrôle qui ne leur appartient pas. On suggère que les intervenants de la Sécurité publique devraient effectuer des évaluations plus approfondies et maintenir un contact plus serré avec leur clientèle plutôt que de se servir des services publics de réadaptation comme intermédiaire.

Sur d'autres points cependant, les intervenants des services publics de réadaptation et leurs partenaires partagent la même opinion. Ainsi le personnel des centres publics croient qu'ils devraient cibler davantage leur clientèle, réaliser les limites de leur intervention. Dans la même veine, une meilleure connaissance de la clientèle type avec laquelle on travaille dans son propre organisme permet d'adapter ses services en fonction des besoins de la clientèle. Ils ajoutent qu'une amélioration de leur formation en intervention serait aussi souhaitable. Toutefois, cela implique des ressources humaines, du temps et de l'argent qui ne sont pas toujours disponibles. Une autre stratégie également évoquée pour maximiser le rendement serait d'entretenir des relations plus stables avec les partenaires du réseau judiciaire afin de mieux faire connaître les services offerts et éviter ainsi les demandes impossibles. Enfin, certains intervenants ont mentionné la possibilité de s'entourer de stagiaires et de bénévoles afin d'augmenter le rendement et les ressources d'un établissement public spécialisé en toxicomanie.

Finalement, les points de vue des intervenants divergent en ce qui concerne la motivation des clients. Certains croient qu'on devrait regrouper les toxicomanes selon leurs attitudes et leur niveau de motivation plutôt que d'après leur statut judiciaire et qu'il y a moyen de travailler sur les stades de motivation alors que d'autres pensent que lorsque la motivation est extrinsèque (à son niveau le plus bas), le traitement a peu de chances de réussite. L'opinion des intervenants diverge aussi en ce

qui concerne l'accréditation. Certains sont favorables à l'idée en avançant que cette mesure éliminera les ressources nuisibles au bien-être de la clientèle alors que d'autres opposent des résistances, craignant d'être trop limité ou orienté dans leur intervention par un encadrement administratif trop rigide.

3.3.6 Synthèse

Cette dernière section tentera de faire une comparaison entre les demandes et les attentes que les intervenants associés aux réseaux de la Sécurité publique et de la Justice ont formulées et l'opinion que les intervenants du réseau de la réadaptation publique en toxicomanie ont exprimée.

Les partenaires ont émis le souhait qu'une grille d'évaluation commune soit développée et utilisée pour évaluer la toxicomanie. Les éléments prioritaires de l'évaluation devraient être l'estimation du degré de motivation face au traitement et la détermination de la dynamique déviante qui prédomine chez l'individu (toxicomanie ou délinquance). Les intervenants du secteur public de réadaptation en toxicomanie approuvent totalement l'importance de l'évaluation de la toxicomanie. D'ailleurs un grand nombre utilisent déjà un instrument commun: l'indice de gravité d'une toxicomanie (IGT). Devrait-on tenter de développer maintenant un instrument d'évaluation de la dynamique déviante? Un groupe d'intervenants de Domrémy-Montréal travaillent actuellement sur cette notion à partir des études de Leblanc & Fréchette. On pourrait aussi se demander si l'élaboration d'un instrument permettant d'évaluer la motivation d'un client envers le traitement ne serait pas utile? Une recherche de Bergeron, Landry & Brochu sur la persévérance en traitement utilise déjà un questionnaire mesurant cette dimension.

Les partenaires de la Sécurité publique et de la Justice apprécieraient que les intervenants en toxicomanie se déplacent pour effectuer des évaluations pour la Cour et en détention. Notons que Domrémy-04 effectue déjà des évaluations en détention. Toutefois, les intervenants ont l'impression que ces démarches leur prendrait beaucoup plus de temps qu'avec l'ensemble de la clientèle et ne

trouvent pas cette constatation très équitable dans un contexte de restriction budgétaire. Ils entretiennent aussi l'impression que cette demande est une façon que les partenaires emploient pour se décharger d'une partie de leur responsabilité (évaluer avant de référer). Il faut mentionner que le protocole d'entente n'est pas très clair sur les responsabilités de chacun à ce point de vue.

Les partenaires mettent l'accent sur l'importance de l'information et de la communication. Ainsi, s'ils étaient davantage informés des services offerts par les centres publics, ils seraient plus en mesure de référer les clients aux ressources aptes à offrir des services appropriés à leur clientèle et réduiraient sans doute ainsi les délais d'admission. De la même façon, une bonne communication entre les centres, permettrait d'établir une stratégie de pairage avantageuse pour chacun. Les intervenants en toxicomanie soulignent également l'importance de la communication et de l'information. Ils seraient ainsi en mesure d'économiser temps et énergies en acceptant une clientèle correspondant aux services qu'ils peuvent offrir.

Les partenaires souhaiteraient qu'il y ait un échange d'information sur la clientèle référée, d'une part pour éviter de refaire le même travail et d'autre part afin d'obtenir une rétroaction sur l'évolution de leurs clients et sur le risque qu'ils représentent pour la société. Sur ce point, les intervenants en toxicomanie perçoivent l'échange d'information comme une mesure de contrôle et un bris de la confidentialité qu'ils garantissent à leur client. Ils craignent que le double rôle contrôle-aide nuise au processus thérapeutique. Ils perçoivent cette attente comme une autre façon que les gens de la Sécurité publique et de la Justice utilisent pour se décharger d'une partie de leur responsabilité.

Les partenaires désirent que leur clientèle aient accès à une cure fermée. Les intervenants n'ont pas abordé ce thème, peut-être parce que cette décision n'est pas de leur ressort. Il apparaît toutefois que sans la possibilité pour les partenaires de la Sécurité publique et de la Justice de recourir à cette solution, les références adressées au secteur public seront peu nombreuses.

Les intervenants du domaine de la Justice et de la sécurité ont manifesté leur intérêt pour que des services spécialisés soient offerts aux femmes contrevenantes toxicomanes. Les intervenants en toxicomanie n'ont pour ainsi dire pas abordé le sujet. Toutefois, quelques commentaires récoltés de façon isolée tendent à démontrer que plusieurs intervenants se sentent moins à l'aise auprès de cette clientèle, ce qui laisse entrevoir un besoin d'amélioration.

Enfin, les partenaires tout comme les intervenants formés en toxicomanie ont énoncé le besoin d'avoir une accréditation afin d'éliminer les ressources ne dispensant pas des services appropriés. Cependant, les intervenants des centres de réadaptation en toxicomanie demeurent moins enthousiastes car ils craignent d'être aux prises avec un encadrement trop rigide et de ne pouvoir offrir une diversité de services.

3.4 LISTE DES RÉFÉRENCES

Brochu, S. & Guyon, L. (1994). Profil de populations toxicomanes adultes: Domrémy-Montréal et Centre de détention de Montréal. Conférence présentée au 25ème anniversaire du Centre de réadaptation Alternatives. Montréal: 31 octobre 1994.

Hodgins, S. & Côté, G. (1990). Prévalence des troubles mentaux chez les détenus des pénitenciers du Québec. Santé Mentale au Canada, 38, 1-5.

Hodgins, S. & Côté, G. (1991). The Mental Health of Inmates in Isolation. Canadian Journal of Criminology, 33(2), 175-182.

Ministère de la Santé et des Services sociaux & Ministère de la Sécurité publique (1989). Protocole d'entente entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux et le Ministère de la Sécurité publique concernant l'accès aux services de santé pour les personnes contrevenantes adultes. Ste-Foy, Gouvernement du Québec.

CHAPITRE 4

La réadaptation des personnes toxicomanes judiciairisées

4.1 INTRODUCTION

Les travaux du comité Toxico-Justice ont permis d'établir qu'une forte proportion de personnes incarcérées présentaient des problèmes de dépendance à une substance psychoactive (chapitre 1). D'autre part, on a également pu constater qu'un nombre important de toxicomanes réclamant de l'aide aux centres de réadaptation publics en toxicomanie était impliqué dans des activités criminelles (chapitre 2). Un protocole d'entente a été signé en 1989 par le Ministère de la Sécurité publique et le Ministère de la Santé et des Services sociaux concernant cette clientèle. Ce protocole garantissait aux personnes détenues et judiciairisées des services adéquats en matière de santé, notamment en toxicomanie, au même titre que n'importe quel individu. Toutefois, le contexte propre au milieu carcéral, la crainte qu'entretiennent parfois certains centres de réadaptation vis-à-vis cette clientèle et les caractéristiques particulières des toxicomanes judiciairisés n'ont pas toujours permis, selon les dires de certains partenaires rencontrés dans nos groupes de discussion (chapitre 3), cette équité soutenue dans l'entente interministérielle.

Ce chapitre visera donc à faire le point sur les traitements en matière de dépendance de substances psychoactives qui sont offerts à cette clientèle. Quels sont les programmes disponibles au Québec? Ressemblent-ils à ce qui se fait aux États-unis? Quelle est donc la philosophie qui soutend nos modèles d'intervention? Dans quelle direction devront s'orienter les services offerts aux toxicomanes judiciairisés dans les prochaines années? Les prochaines sections tenteront de jeter un peu de lumière sur ces questions.

4.2 LES EXPÉRIENCES QUÉBÉCOISES

Pour des raisons tout d'abord pratiques, mais également idéologiques, on peut distinguer deux types de services destinés aux toxicomanes judiciairisés: ceux qui sont offerts à l'intérieur d'un établissement de détention et ceux qui sont dispensés dans la communauté.

4.2.1 Les services en milieu de détention

Au Québec, il existe deux types d'établissements carcéraux gérés par deux paliers gouvernementaux différents. Il y a les pénitenciers, sous juridiction fédérale, qui accueillent les individus sentencés à une peine de deux ans et plus. Puis il y a les prisons qui reçoivent les personnes condamnées à un emprisonnement inférieur à deux ans. Les populations de ces institutions carcérales diffèrent donc, au niveau de la longueur de la sentence qu'elles purgent bien sûr, mais également au niveau de la criminalité commise.

Dans les établissements fédéraux, le temps de détention de la population se mesure en mois sinon en années alors qu'au provincial, on compte souvent en nombre de jours le temps d'incarcération réel des détenus. Ces deux réalités distinctes appellent des méthodes d'intervention différentes.

Ainsi, dans les pénitenciers, l'intervention tertiaire de plus forte intensité consiste dans le modèle de la communauté thérapeutique. C'est vers la fin des années 70 que ce type de traitement a été implanté dans les établissements carcéraux (Poirier, Brochu & Forget, 1990). Selon les principes à l'origine de ce modèle, les communautés thérapeutiques sont caractérisées par une intervention de groupe où chaque client est responsable de ses changements et de l'évolution des autres membres de la communauté. En somme, chaque client tient, en quelque sorte, un rôle de thérapeute et se voit donc ainsi co-responsable de maintenir une ambiance favorable à la réhabilitation. Le groupe occupe une fonction de régulateur. Les comportements positifs sont soutenus par la communauté alors que les attitudes négatives sont l'objet de confrontations de la part du groupe et doivent être modifiées (Poirier, Brochu & Forget, 1990). La "famille" est donc un milieu générateur de changements au plan de la personnalité des individus (Turcotte, 1988).

De façon générale, pour être accepté dans ce type de programme, l'individu doit reconnaître qu'il a un problème de consommation de drogue et/ou d'alcool. Il doit également se conformer aux règles de la communauté sous peine d'expulsion. Quatre de ces règles sont communes à l'ensemble

de ces thérapies (lois cardinales); 1) il est interdit de consommer de substances psychoactives quelles qu'elles soient; 2) toute forme de violence ou de menaces de violence est proscrite; 3) la confidentialité des informations divulguées à l'intérieur du groupe doit être préservée; et 4) les rapports sexuels sont strictement interdits. Ce traitement est caractérisé par une organisation à l'esprit communautaire, elle encourage la responsabilité personnelle et utilise une approche behaviorale où les pairs sont des agents thérapeutiques (Clavet, 1990). On y retrouve une distribution hiérarchique des rôles, où les rencontres de groupe et les confessions et confrontations publiques sont le moteur du développement des compétences personnelles (Nadeau, 1980).

Au Québec, on a pu dénombrer deux établissements fédéraux qui offrent ce genre de thérapie: les établissements Leclerc (ECHO) et le Centre fédéral de formation (STOP). La durée de la thérapie varie entre neuf et douze mois selon les institutions.

On retrouve d'autres types de services offerts dans les pénitenciers. Ainsi, le Service Correctionnel canadien privilégie, pour les abuseurs de substances psycho-actives qui ne nécessitent pas l'implication dans une communauté thérapeutique, un programme d'orientation cognitivo-comportemental s'appuyant, à l'origine sur les célèbres travaux de Marlatt et Gordon (1980). De façon générale, ces programmes sont constitués d'une partie «éducative» durant laquelle les animateurs, entre autres, informent les participants concernant les conséquences d'une consommation abusive de substances psychoactives; d'une section «implication» durant laquelle les participants évaluent leur propre consommation ainsi que les problèmes reliés; enfin, un module «apprentissage», durant lequel on entraîne les participants à acquérir de nouvelles habiletés sociales de façon à combler les déficits évalués complète le programme. Bien sûr, il ne s'agit ici que d'une description succincte ne rendant pas tout le crédit à cette approche et ne dépeignant pas toutes les adaptations pouvant être formulées selon les régions où le programme est dispensé.

Des programmes d'entraide animés par des membres Alcooliques Anonymes (A.A.), Narcotiques Anonymes (N.A.) ou Cocaïnomanes Anonymes (C.A.) sont également disponibles dans

tous les pénitenciers fédéraux. Ces programmes fonctionnent selon les principes en vigueur pour ces «meetings» dans la communauté.

Ceci sans mentionner les nombreux programmes de prévention qui se développent dans les pénitenciers compte tenu des besoins des détenus. Bref, le Service correctionnel du Canada a mis sur pied un programme de d'interventions en toxicomanie disponible sous diverses formes à tout moment du cheminement carcéral dans lequel on retrouve de l'intervention primaire basée sur la prévention de la toxicomanie; une intervention secondaire, caractérisée par l'identification et l'aide aux personnes qui présentent de la difficulté à gérer adéquatement leur consommation, et finalement; l'intervention tertiaire caractérisée par un traitement intensif et de plus longue durée destinée aux individus chez qui on a décelé un trouble de toxicomanie sévère.

Qu'en est-il des services offerts aux toxicomanes incarcérés au niveau provincial? Force est de constater qu'ils sont moins nombreux. Deux raisons peuvent expliquer cette situation. Premièrement, la courte durée des sentences ne permet pas d'envisager des programmes à long terme. Deuxièmement, le Ministère de la Sécurité publique a adopté une politique d'intervention en matière de toxicomanie orientée vers les services offerts en communauté. Les autorités carcérales préféreront donc envoyer leur clientèle dans des ressources déjà existantes plutôt que de créer (en double) des services à l'intérieur de leurs établissements. Cela dit, les programmes de traitement destinés à une population toxicomane incarcérée dans les prisons ne sont pas inexistantes.

Ainsi, le Centre de détention de Waterloo a offert lui aussi un programme de communauté thérapeutique qui bien qu'étant dispensé sur une période plus courte (quatre à six mois) correspondait sensiblement à la même description que celle qui a été faite pour les établissements fédéraux (intervention de groupe, lois cardinales, confrontation, etc...). Ce programme "vise à rendre le délinquant capable de satisfaire ses besoins, de poursuivre ses buts et de résoudre ses difficultés d'adaptation d'une manière responsable et socialement acceptable, cela par le changement de sa compétence interpersonnelle (Clavet, 1990;14).

Outre ce programme de communauté thérapeutique, on retrouve également dans les établissements provinciaux la présence de groupes de soutien tels les A.A., N.A. et C.A.. Ce service est offert à l'ensemble de la population carcérale. On répertorie aussi quelques programmes de prévention primaire offerts dans les prisons, sur une base volontaire, notamment au Centre de prévention Parthenais et au Centre de détention de Montréal.

Quelle est l'efficacité de ces programmes? En fait, peu de recherches ont été effectuées sur leur succès respectif. Lorsqu'il y en a eu, le petit échantillon disponible, les instruments de mesure sommaires utilisés de même que les variables employées ne permettaient de tirer que des conclusions partielles.

C'est notamment auprès des programmes de communauté thérapeutiques que des études ont été entreprises. Ainsi, une étude de Bourdages (1992) démontre que près de 70% de la clientèle du programme de l'institution Leclerc ne sont pas demeurés plus de six mois en traitement. Par contre, sur le nombre de détenus qui ont complété la thérapie, 79% des cas entendus par la commission nationale des libérations conditionnelles ont été élargis (libération de jour ou totale, établissement de sécurité moindre). A Donnacona¹, 42% (n=10) des détenus impliqués dans la communauté thérapeutique n'ont pas complété le programme. A Waterloo, une compilation du taux de complétion du programme entre 1985 et 1990 révèle que 19,9% des participants ont terminé la thérapie² (Girard, 1991). Par contre, une étude conduite par Clavet (1990) à ce même établissement indique que le potentiel interpersonnel des individus ayant suivi le programme est supérieur à celui enregistré dans la population régulière. De la même façon, on constate que les participants à la communauté thérapeutique présentaient des handicaps interpersonnels et une rigidité d'adaptation interpersonnelle moins élevés que ceux qui n'avaient pas bénéficié du programme.

¹ Programme de communauté thérapeutique aujourd'hui défunt qui était situé au Pénitencier de Donnacona.

² L'étude explique ce faible pourcentage de complétion par un taux de transfert nombreux qui influence fortement les chiffres.

Il semble donc que même si les programmes de traitement offerts en établissements de détention n'offrent pas un taux de succès exceptionnel, ils obtiennent tout de même certains résultats. La conduite de recherches évaluatives plus solides devraient permettre de mieux saisir l'impact de tels programmes auprès de la clientèle incarcérée³.

4.2.2 Les services dans la communauté

S'il existe peu de services destinés aux toxicomanes à l'intérieur d'un établissement carcéral provincial, il en existe une multitude à l'extérieur. Toutefois, ils ne sont pas tous enclins à recevoir une clientèle judiciairisée. Principalement, on dénombre cinq types de ressources qui offrent des services de réadaptation en toxicomanie auxquels les personnes judiciairisées peuvent s'adresser. Il existe en premier lieu des ressources réservées à cette clientèle. C'est le cas de certains Centres correctionnels communautaires (CCC)⁴ ou Centres résidentiels communautaires (CRC). C'est notamment le cas du CCC Ogilvy et du CRC Emmanuel Grégoire. Ces maisons de transition, respectivement gérées par le Service correctionnel du Canada ou par un organisme privé accueillent des personnes en libération conditionnelle de jour. Les services qu'ils offrent utilisent une approche multi-factorielle tenant compte de la diversité des problèmes affectifs, psychologiques et sociaux avec lesquels l'individu est aux prises (Desjardins, Rioux & Brochu, 1991).

Le second type de ressources auxquelles la personne toxicomane judiciairisée peut s'adresser sont les centres publics de réadaptation en toxicomanie. Domrémy-Montréal est pour l'instant le seul

³ Le Service correctionnel du Canada projette d'ailleurs la réalisation d'une évaluation sur l'efficacité des programmes de communautés thérapeutiques ECHO et STOP à l'aide d'un devis de recherche très élaboré.

⁴ Les centres correctionnels communautaires sont des institutions fédérales dirigées par le Service correctionnel du Canada. Étant donné leur vocation et leur mandat, ils n'admettent que des libérés de jour en provenance des pénitenciers fédéraux.

à offrir un programme spécifique constitué expressément pour cette clientèle⁵. Par contre, tous les autres centres publics acceptent cette clientèle en l'intégrant dans leur programme régulier. Tous ces centres adoptent une approche bio-psycho-sociale du traitement de la toxicomanie.

Une troisième catégorie de ressources disponibles pour les toxicomanes judiciairisés sont les centres privés. Il en existe un nombre considérable dans les trois régions qui nous intéressent aussi n'est-il pas possible de tous les nommer ici. Plusieurs d'entre eux s'inspirent du modèle Minnesota, des principes des communautés thérapeutiques ou encore d'un modèle bio-psycho-social. Malheureusement, très peu de ressources privées ont le temps, l'énergie, l'argent ou le souci de produire des documents écrits permettant de faire une recension précise du contenu de ces thérapies.

Bien entendu, la personne toxicomane judiciairisée peut également joindre un groupe d'entraide tels A.A., N.A. ou C.A.. Ces groupes sont formés d'"ex" toxicomanes ou alcooliques et s'appuient sur 12 étapes relativement précises pour la réadaptation. Bien qu'étant un réseau fort intéressant et puissant permettant aux alcooliques et autres toxicomanes de se créer un nouveau réseau social, dans bien des cas ce mode d'intervention, seul, n'est pas suffisant.

Finalement, certains organismes communautaires assurent des services d'aide aux personnes dépendantes qui éprouvent des problèmes avec la justice. C'est notamment le cas des C.L.S.C..

Brochu et al. (1989) ont réalisé une recension des programmes de traitement en toxicomanie offrant des services aux personnes judiciairisées. On y mentionne entre autres des chiffres indiquant le pourcentage de la clientèle admise dans ces centres qui éprouvaient des difficultés judiciaires: Trait d'union (95%), Portage (80%), CRAN (60%), Mélaric (50%), Alternatives (40%), Domrémy-Montréal (30%). Ces chiffres datent de quelques années et il est fort possible qu'ils ne soient pas le reflet de la situation actuelle notamment au niveau des centres publics de réadaptation qui voient leur nombre de personnes judiciairisées atteindre un taux de 70%.

⁵ Le chapitre 5 est consacré à l'étude de l'efficacité de ce programme auprès d'une clientèle judiciairisée.

Les études d'impact de ces programmes sont encore une fois peu nombreuses. La plupart des ressources privées ne possèdent pas les moyens financiers, l'expertise, le temps ou l'intérêt pour en réaliser. Ainsi, sur 30 centres de réadaptation privés contactés pour cette étude⁶, seulement 8 ont pu nous faire parvenir une description ou une évaluation sommaire de leur programme.

Une étude effectuée au CCC Ogilvy rapporte que 52.8% des sujets admis ont été suspendus du programme (Desjardins, Rioux & Brochu, 1991). Sur le nombre d'individus qui sont demeurés dans le programme, environ 35% ont récidivé. Ce taux est quelque peu supérieur à la moyenne obtenue auprès de l'ensemble du Service correctionnel. Toutefois, les auteurs mentionnent que le CCC Ogilvy accueille les cas les plus lourds (ceux qui ont été refusés ailleurs) et que compte tenu de cette information, les résultats sont satisfaisants.

Somme toute, très peu d'études ont été entreprises afin d'évaluer l'efficacité des divers programmes de traitement destinés à une clientèle judiciairisée. Qu'en est-il du côté de nos voisins du sud?

4.3 LES EXPÉRIENCES AMÉRICAINES

Tout d'abord, en ce qui à trait aux programmes offert en milieu de détention, les écrits américains permettent de dégager un de caractéristiques communes aux projets efficaces: (1) ils bénéficient d'enveloppes budgétaires distinctes de l'administration du pénitencier hôte; (2) ils conservent une certaine autonomie administrative; (3) ils peuvent s'isoler, dans une certaine mesure, du fonctionnement pénitentiaire pour recréer un environnement thérapeutique; (4) ils ont établi un ensemble de règles à respecter et de sanctions pour les infracteurs; (5) les intervenants se perçoivent plus comme des soucieux du bien-être des participants que comme des gardiens responsables de la sécurité; (6) le personnel joue un rôle de modèle pour les détenus; (7) les participants apprennent de

⁶ Le choix des 30 centres contactés fut effectué à partir du critère de la localisation géographique du centre (trois régions couvertes par l'étude) et de la clientèle judiciairisée qui y est référée.

nouvelles habiletés (entre autres pour affronter le marché du travail ou régler des problèmes familiaux); (8) les intervenants établissent un suivi auprès des personnes ayant terminé le programme et utilisent, au besoin, les services des ressources de la communauté (Andrews et Kiessling, 1980; Chaiken, 1989; Gendreau et Ross, 1987).

Parmi les programmes correctionnels les plus stables dont l'impact a été soumis à l'épreuve de l'évaluation se trouvent les communautés thérapeutiques. Par l'imposition de normes propres aux communautés thérapeutiques, ce type d'intervention appliqué en milieu carcéral offre une alternative intéressante au phénomène de prisonnérisation⁷ qui porte à dénigrer les valeurs sociales traditionnelles (Peat et Winfree, 1992). Bien plus, il propose l'adoption d'un tout nouveau style de vie. A titre d'illustration, examinons le programme appelé *Stay'N Out*. Wexler, Falkin et Lipton (1990) ainsi que Wexler *et al.*, (1992) ont comparé l'impact de ce programme aux résultats obtenus par deux autres types de thérapie carcérale dans lesquelles la prise en charge de l'individu n'était pas aussi intense. Les résultats indiquent que le modèle de la communauté thérapeutique en institutions carcérales pour hommes produit un impact positif plus important, en termes de réduction du nombre d'arrestations au cours de la période subséquente de libération conditionnelle, que celui relevé à la suite de l'application des autres formes d'aide ou auprès d'un groupe de sujets inscrits sur une liste d'attente en vue d'être admis au sein de la communauté thérapeutique (groupe contrôle ne recevant aucune forme de traitement)⁸. De plus, il apparaît que l'impact observé est proportionnel à la durée du séjour dans la communauté thérapeutique. Cette relation linéaire s'interrompt toutefois après douze mois, moment où l'effet positif semble plafonner. Chez les femmes incarcérées, bien que les résultats suivent les mêmes tendances que les mêmes tendances s'observent, aucune différence significative ($p=0,07$) n'apparaît entre l'appartenance à la communauté thérapeutique et l'intervention

⁷ Voir Lemire (1990) pour une discussion du phénomène de «prisonnérisation».

⁸ L'arrestation constitue cependant une mesure d'impact fort limitée lorsqu'il s'agit d'évaluer l'efficacité d'un programme de réadaptation pour toxicomanes.

alternative ou la situation-témoin (liste d'attente)⁹.

Plusieurs autres adaptations du modèle des communautés thérapeutiques pour les institutions carcérales se sont développées au cours de la dernière décennie (Field, 1985; Forcier, 1991; Mullen, Arbriter et Glider, 1991). De façon générale, on y retrouve les mêmes ingrédients: (1) les membres de la communauté sont relativement isolés des autres détenus; (2) les activités sont structurées et réglementées; (3) les privilèges sont gagnés graduellement¹⁰, mais jamais définitivement; (4) les membres doivent accepter leurs responsabilités personnelles et communautaires; (5) ils doivent effectuer de constants efforts pour changer leurs valeurs, leur style de vie et pour créer un environnement propice à la réadaptation de chacun; (6) ils doivent s'insérer dans une structure hiérarchique relativement rigide; (7) les «vieux» membres agissent comme modèles pour les recrues; (8) la discipline est omniprésente et tout manquement est sévèrement puni; et (9) les membres bénéficient d'un suivi après leur sortie de la communauté.

Des adaptations plus radicales de cette stratégie d'intervention ont donné naissance aux programmes d'incarcération-choc mieux connus sous le terme *Boot Camps*. Ainsi, l'État de New York a graduellement transformé certaines de ses communautés thérapeutiques en milieu carcéral (connu sous le vocable *Network* en programmes d'incarcération-choc (voir McDermott, Gigliotti et Stafford, 1988). Ces programmes rejoignent la nouvelle tendance conservatrice américaine et vont chercher la faveur populaire: près de la moitié des personnes interrogées lors d'une enquête effectuée aux États-unis étaient favorables au renvoi des consommateurs occasionnels de drogues illicites dans ce type de programmes (U.S. Department of Justice, 1991).

⁹ De façon générale, proportionnellement moins de femmes que d'hommes ont récidivé, quel que soit le traitement reçu. Cette faible proportion de récidivistes pourrait peut-être expliquer l'absence de différence significative notée entre les femmes assignées aux différents types de traitement.

¹⁰ Les communautés thérapeutiques utilisent beaucoup le système de renforcement positif et de punition.

Les premiers *Boot Camps* furent institués aux États-unis en 1983. Dix ans plus tard, 29 États américains opéraient un total de 59 camps pouvant accueillir 10 065 détenus (Cronin et Han, 1994). Même si certaines modifications ont été apportées à ces programmes depuis leur création, la philosophie de base est, à toute fin pratique, demeurée intacte. Ces plans d'intervention physique et psychologique, d'une durée s'échelonnant entre trois et six mois¹¹, mettent l'accent sur l'acquisition d'une discipline rigoureuse, de même que sur un changement radical de style de vie (Sechrest, 1989). Alors que la réadaptation emprunte des éléments aux communautés thérapeutiques, les dispositions disciplinaires rappellent des camps d'entraînement des recrues militaires (voir Brochu et Forget, 1990). On entretient ainsi l'espoir que les jeunes soumis à un tel entraînement physique et psychologique pourront acquérir le respect de l'autorité et adhérer aux valeurs sociales actuellement prônées (McDermott, Gigliotti et Stafford, 1988).

Même si ces programmes «militaires» s'inscrivent bien dans la philosophie américaine de guerre à la drogue, les résultats des études d'impact ne permettent pas de pavoiser. En effet, le taux de retour en prison des clients ayant complété ce type de programmes¹² n'est pas inférieur à celui des détenus des groupes de comparaison; une plus faible récurrence des diplômés de certains *Boot Camps* est généralement due au processus de sélection utilisé plutôt qu'à l'impact réel du programme (Clark, Aziz et MacKenzie, 1994; Cronin et Han, 1994; National Institute of Justice, 1994; Sechrest, 1989; Shaw et Mackenzie, 1992; United States General Accounting Office, 1993). Le bénéfice principal consiste en une réduction des coûts relatifs à l'incarcération en tant que tel, ainsi que sur une réduction de la surpopulation pénitentiaire, étant donné la diminution de longueur des sentences reliée à l'admission à un *Boot Camp* (Clark, Aziz et MacKenzie, 1994; Cronin et Han, 1994; National Institute of Justice, 1994)¹³.

¹¹ Offerts en échange d'une sentence pouvant aller jusqu'à dix ans (Sechrest, 1989).

¹² Il faut noter que, comme pour les communautés thérapeutiques, la moitié des participants ne terminent pas le programme.

¹³ On pourrait se questionner sur d'autres alternatives aux sentences régulières qui produiraient un impact similaire sur les coûts d'incarcération et la surpopulation pénitentiaire.

L'intervention cognitivo-comportementale semble également populaire dans les pénitenciers américains. Ce type d'intervention est particulièrement utilisé dans des programmes de prévention secondaire de la toxicomanie¹⁴ et ce, avec succès (voir entre autres Peyrot, Yen et Baldassano, 1994). Toutefois, un diagnostic plus global nous porte à croire que l'intervention carcérale américaine en matière de toxicomanie se caractérise par une grande variété d'approches. L'utilisation de ces programmes est parfois systématique, mais bien souvent désordonnée (McBride et Inciardi, 1993).

✕ En ce qui à trait à l'intervention en communauté, les recherches américaines, contrairement aux croyances générales, indiquent que le processus de judiciarisation peut faciliter l'implication et l'efficacité d'un traitement (Brochu, 1995). Ainsi, un certain nombre d'études (voir Brochu et Forget, 1990¹⁵) indiquent clairement que les services réguliers de soins pour toxicomanes¹⁶ peuvent avoir un impact aussi considérable pour les personnes judiciarisées que pour l'ensemble de la population. Le temps passé en thérapie constitue l'élément crucial permettant de prédire son impact (DeLeon, 1988; Simpson, 1979 et 1981). Le système de justice, par son pouvoir de persuasion (et d'incarcération) peut obliger une personne à demeurer en traitement assez longtemps pour que l'on puisse déceler une amélioration chez la personne ainsi contrainte. Faute d'envoyer des clients présentant une motivation bien claire, le système de justice pénale, avec ses menaces de conséquences s'est montré un puissant levier pouvant influencer l'implication des personnes ainsi confiées pour entreprendre un processus de changement (Anglin et Hser, 1990¹⁷).

¹⁴ Les études parcourues n'indiquent pas toujours spécifiquement qu'il s'agit de prévention secondaire, mais les objectifs formulés, les caractéristiques des programmes ainsi que les caractéristiques des participants nous portent à croire qu'il en est ainsi.

¹⁵ Voir également Anglin, Brecht et Maddahian (1990), Anglin et Hser (1990), Anglin, McGlothlin et Speckart (1981), Collins et Allison (1983), McGlothlin et Anglin (1981), Speckart, Anglin et Deschesne (1989) ainsi que Simpson et Friend (1988).

¹⁶ Qu'il s'agisse de communautés thérapeutiques, de programmes de maintien à la méthadone, d'interventions basées sur le modèle des douze étapes ou de programmes d'interventions psychosociales.

¹⁷ Voir également Collins et Allison (1983), Hubbard *et al.* (1988) et (1989) ainsi que Yochelson et Samenow (1986).

Dans ces circonstances, il s'avère important que le programme qui accueille ces individus ainsi référés puisse offrir un traitement qui se déroule dans un encadrement offrant un contrôle adéquat¹⁸. Il est également nécessaire que ces clients fassent l'objet d'une supervision étroite lorsque les soins sont dispensés sur une base externe, afin d'imposer des mesures thérapeutiques rapides en cas de rechute (par exemple retour dans les services internes afin d'y retrouver un soutien plus grand, etc.) (Anglin, 1988; Anglin et Hser, 1990). Dans de telles circonstances, les services de traitement de la toxicomanie présentent un impact beaucoup plus important sur la réduction de la récidive que l'incarcération¹⁹ (Anglin et Hser, 1990; Nurco, Hanlon et Kinlock, 1991). La rétention en traitement apparaît ici comme un facteur nécessaire au succès thérapeutique (Bell, Hall et Byth, 1992).

En somme, les études américaines nous indiquent qu'une collaboration étroite entre le système de justice et les services de réadaptation pour toxicomanes peut entraîner un effet bénéfique en termes d'impact sur la consommation abusive de drogues de même que sur la criminalité des contrevenants envoyés en traitement par une instance de justice pénale. Toutefois, au-delà de la question d'efficacité des traitements offerts aux personnes judiciairisées, un autre élément doit être pris en compte: les paradigmes d'intervention des deux services impliqués dans cette collaboration.

4.4 INTERVENTION AUPRÈS DES TOXICOMANES JUDICIARISÉS: DEUX PARADIGMES

Lorsqu'on examine de plus près l'intervention effectuée par les centres publics de réadaptation en toxicomanie et celle dispensée par les services correctionnels, on constate qu'elles sont basées sur des philosophies différentes. Cette divergence a d'ailleurs été maintes fois soulevée dans les discussions de groupe qui ont servi à la rédaction du chapitre 3. On remarque en effet qu'un principe totalement différent oriente l'intervention en matière de toxicomanie de part et d'autre. La

¹⁸ Il est parfois nécessaire que les premières phases du traitement se déroulent en milieu résidentiel, du moins pour certains clients (Anglin, 1988).

¹⁹ Et ce à un coût moindre (voir Wexler, Lipton et Johnson, 1988).

philosophie d'intervention du système correctionnel s'inscrit dans un processus de **gestion des risques** alors que le traitement dispensé par les centres publics de réadaptation en toxicomanie se fonde sur un modèle de **promotion de la santé**. Quelles sont au juste ces paradigmes et quelles en sont les implications?

4.4.1 Le modèle de la gestion des risques

La mission du Service correctionnel du Canada (un des piliers de la gestion du risque) propose que

"...en tant que composante du système de justice pénale, [elle] contribue à la protection de la société en incitant activement et en aidant les délinquants à devenir des citoyens respectueux des lois, tout en exerçant un contrôle raisonnable, sûr, sécuritaire et humanitaire (Service correctionnel du Canada, 1993; avant propos)."

Ainsi, le modèle de la gestion des risques se veut une orientation assurant, tout en aidant le délinquant, la protection de la société. Ce modèle se fonde d'abord sur l'évaluation du niveau sécuritaire nécessaire (e.g. risques d'évasion, probabilités de récidive...) au bon encadrement de l'individu. On tentera ensuite de discerner les besoins de la personne en termes de travail, de soins psychologiques, d'apprentissages et par rapport à un problème éventuel de consommation. Toutefois, le besoin en sécurité demeure celui qui prime, et ce à toutes les étapes du cheminement carcéral. Ainsi, une intervention en matière de toxicomanie pourra être perçue comme un besoin important de l'individu, toutefois, elle ne pourra prendre forme qu'une fois les besoins de sécurité remplis.

Au cours du cheminement carcéral une réévaluation pourra être effectuée compte tenu du comportement et des attitudes de la personne (incidents violents, condamnations disciplinaires, poursuite d'activités criminelles). Ce double processus évaluation-gestion est présent tout au long du séjour carcéral de l'individu. Lorsque la date d'éligibilité à une libération conditionnelle totale ou de jour arrive, c'est encore une fois le modèle de la gestion des risques qui sera appliqué. On évaluera

donc les besoins de sécurité de l'individu de même que ses besoins personnels et une décision sera rendue²⁰.

Au niveau provincial, la philosophie d'intervention des Services correctionnels du Québec va dans le sens de la prévention de la récidive. Dans cette optique, deux préoccupations sont majeures: le respect de certaines conditions minimales de remise en liberté pour le contrevenant de façon à assurer la protection de la société une fois la période d'incarcération terminée et l'implication du contrevenant dans des activités lui permettant de solutionner des problèmes sous-jacents à l'agir criminel de façon à maximiser ses chances de réinsertion sociale. L'initiative au changement est ici le résultat de ces deux considérations.

4.4.2 Le modèle de promotion de la santé

"La promotion de la santé est le processus par lequel on permet à l'individu et à la collectivité d'exercer une plus grande maîtrise sur les déterminants de la santé et, par conséquent, d'améliorer cette dernière (Freire, 1988)."

Ce modèle propose donc que l'on rende accessible à l'individu des services susceptibles de pouvoir lui servir, tout en étant conscient et en prônant que l'individu est responsable de sa propre santé.

De ce paradigme découle un certain nombre de mécanismes fondamentaux de la promotion de la santé. Tout d'abord, la réadaptation de l'individu, notamment au niveau de la toxicomanie, se conçoit comme une responsabilité personnelle. L'individu doit être capable d'autonomie et d'effectuer les choix qui s'imposent. Pour ce faire, il faut toutefois qu'il reçoive des informations exactes et qu'il

²⁰

Il est à noter qu'à ce stade-ci, l'évaluation met l'accent encore une fois et peut être plus qu'en détention sur les besoins de type sécuritaires que sur les besoins individuels. Ainsi, seront considérés lors d'une demande de libération conditionnelle, le type d'infractions, l'âge à l'admission, les antécédents judiciaires, les tentatives d'évasion, la cote sécuritaire, le temps écoulé depuis la dernière demande de libération conditionnelle, la durée de la peine, l'âge à la première infraction, etc...

puisse disposer de tout l'éventail des services possibles. Finalement, il importe que le détenu bénéficie d'un milieu de réadaptation sain pour que la motivation à changer et le maintien de ce changement puisse se faire.

Bref, contrairement au modèle de la gestion des risques où l'initiative d'un changement est attribuée au système, le modèle de promotion de la santé accorde toute la responsabilité à l'individu. Autre différence entre ces deux paradigmes, l'un accorde la priorité à la sécurité, l'autre à la santé de l'individu.

Deux paradigmes tels que ceux de la gestion des risques et de la promotion de la santé sont quelque peu contradictoires. En effet, les principes soutenant l'un et l'autre ne vont pas dans le même sens. En matière d'intervention auprès des toxicomanes judiciairisés, tous les deux sont présents. Les intervenants du Ministère de la Sécurité publique et de la Justice auront tendance à soutenir le premier alors que ceux du Ministère de la Santé et des Services sociaux auront tendance à prôner le second. Comment en arriver à une entente?

4.5 CONCLUSION

Que retenir? Les services de traitement de la toxicomanie offerts à une clientèle judiciairisée s'offrent en deux lieux principaux: la détention et la communauté. On remarque cependant qu'il existe peu d'évaluations québécoises solides²¹ concernant l'impact des programmes de traitement dispensés auprès d'une clientèle judiciairisée dans l'un ou l'autre de ces milieux.

La revue de la documentation scientifique américaine récente montre bien que certains programmes de traitement de la toxicomanie produisent un effet marqué sur la consommation subséquente de drogues illicites, de même que sur l'implication criminelle. De façon générale, ces

²¹ Méthodologie rigoureuse, échantillon suffisamment élevé, présence d'un groupe contrôle, etc...

études révèlent une modification substantielle du style de vie (réduction importante de la consommation de drogues illicites et de la criminalité) chez 30 à 40 % des personnes traitées (judiciarisées ou non) (voir Brochu, 1995). Dans un grand nombre de ces études, le temps consacré au traitement constitue le meilleur prédicteur de l'impact du programme. De ce fait, malgré que l'importance du passé judiciaire demeure un élément pouvant influencer négativement l'impact du traitement, on peut croire que les pressions judiciaires exercent le rôle d'un puissant levier auprès des personnes judiciarisées qui auraient, autrement, tendance à abandonner leur démarche de changement.

Ces conclusions s'appliquent tout aussi bien aux programmes de traitement offerts en détention qu'à ceux fournis au sein de la communauté (et accessibles aux personnes judiciarisées). Un élément essentiel cependant les distingue: la prise en charge globale, rigoureuse, et parfois même intransigeante dont sont souvent l'objet les détenus. En effet, les programmes offerts aux toxicomanes en détention semblent exercer sur eux une pression extrême (pensons aux communautés thérapeutiques et aux programmes d'incarcération choc). Le traitement est parfois efficace, certes, mais au prix d'une remise en question de soi radicale, drastique et forcée. Ces programmes ouvrent la voie à l'ère de la **réadaptation-contrainte**. Pour éviter ce piège, il importe donc de différencier le processus de la gestion de la sentence de celui de la réadaptation.

De l'autre côté, en milieu externe, l'immixtion du système de justice pénale dans le traitement des toxicomanes en modifie l'allure et la pratique: supervision plus étroite des clients; utilisation des tests d'urine... On pousse encore plus loin, plus finement, peut-être plus inexorablement ce concept de réadaptation-contrainte. Une fois encore, la séparation entre la punition (contrôle) et la réadaptation devrait faire l'objet des préoccupations des intervenants impliqués auprès de l'individu.

Comme le souligne Da Agra (1986), un danger nous guette: «L'espace de la prison devient thérapeutique et l'espace thérapeutique prison» (p. 346), «la prison est contaminée et travestie par le clinique/thérapeutique, comme la thérapeutique par la prison» (p. 491).

Une collaboration étroite entre les intervenants du système judiciaire et ceux du réseau de la santé et des services sociaux apparaît essentiel à un projet de société favorisant la sécurité et le bien-être. Une collaboration réfléchie, tenant compte des indications qui viennent d'être mentionnées, pourrait entraîner un effet bénéfique en terme d'impact sur la récidive et sur la consommation abusive. Il faudra cependant conserver en tête que les bases paradigmatiques de chacun des groupes d'intervenants concernés, ainsi que les besoins individuels des personnes traitées ne convergent pas nécessairement dans une même direction. Une bonne compréhension et l'acceptation des fondements paradigmatiques qui soutiennent l'intervention des partenaires constituent peut-être les solutions à une intervention globale tenant compte à la fois d'un souci de protection de la société et de l'intérêt du client.

4.6 LISTE DES RÉFÉRENCES

- Andrews, D.A. & Kiessling, J.J. (1980). Program Structure and Effective Correctional Practices: A Summary of the CAVIL Research. in R.R. Ross & P. Gendreau (Eds.) Effective Correctional Treatment. Toronto: Butterworths.
- Anglin, M.D. (1988). The Efficacy of Civil Commitment in Treating Narcotic Addiction. in NIDA Research Monograph Series, Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical Practice Vol.86, (pp.8-34). Rockville, M.D.: National Institute on Drug Abuse.
- Anglin, M.D., Brecht, M.L., & Maddahian, E. (1990). Pre treatment Characteristics and Treatment Performance of Legally Coerced versus Voluntary Methadone Maintenance Admissions. Criminology, 23, 1011-1027.
- Anglin, M.D., & Hser, Y.I. (1990). Treatment of Drug Abuse. in M.Tonry, & J.Q. Wilson (Eds.), Drugs and Crime, Crime and Justice: A Review of Research 13, (pp.393-460). Chicago: The University of Chicago Press.
- Anglin, M.D., McGlothlin, W.H., & Speckart, G. (1981). The Effect of Parole on Methadone Patient Behavior. American Journal on Drug and Alcohol Abuse, 8(2), 153-170.
- Bell, J., Hall, W., & Byth, K. (1992). Changes in Criminal Activity After Entering Methadone Maintenance. British Journal of Addiction, 87(2), 251-258.
- Bourdages, A. (1992). Echo tel que rapporté par des ex-résidents du programme: l'étude qualitative d'une communauté thérapeutique en milieu carcéral. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.

- Brochu, S. (1995). Drogues illicites et questions criminelles. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Brochu, S., Desjardins, L., Forget, C., Pitre, J., & Poirier, M. (1989). Plan régional de services en toxicomanie pour les personnes judiciairisées. Montréal: Commission administrative en alcoolisme et autres toxicomanies.
- Brochu, S., & Forget, C. (1990). Revue de la littérature concernant l'intervention auprès des toxicomanes judiciairisés. Montréal: Centre international de criminologie comparée..
- Chaiken, M.R. (1989). Prison Programs for Drug-Involved Offenders. Research in Action. (oct.), 1-5.
- Clark, C.L., Aziz, D.W., MacKenzie, D.L. (1994). Shock Incarceration in New York: Focus on Treatment. NIJ Program Focus. Washington: U.S. Department of Justice.
- Clavet, B. (1990). Effets du programme de communautés thérapeutiques la relance sur la compétence interpersonnelle d'un groupe de détenus. Mémoire de maîtrise inédit. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Collins, J.J., & Allison, M. (1983). Legal Coercion and Treatment for Drug Abuse. Hospital and Community Psychiatry, 34(12), 1145-1149.
- Cronin, R.C., Han, M. (1994). Boot Camps for Adult and Juvenile Offenders: Overview and Update. NIJ Research Report. Washington: U.S. Department of Justice.
- Da Agra, C. (1986). Sciences, maladie mentale et dispositifs de l'enfance: Du paradigme biologique au paradigme systémique. Lisbonne: Nacional de Investigaçao Cientifica.

- De Leon, G. (1988). Legal Pressure in Therapeutic Communities. in NIDA Research Monograph Series, Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical Practice. Vol. 86, (pp. 160-177). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Desjardins, L., Rioux, H., & Brochu, S. (1991). Évaluation du programme pour toxicomanes du CCC Ogilvy. Montréal: Centre international de criminologie comparée.
- Field, G. (1985). The Cornerstone Program: A Client Outcome Study. Federal Probation, 49(2), 50-55.
- Forcier, M.W. (1991). Substance Abuse, Crime and Prison Based Treatment: Problems and Prospects. Sociological Practice Review, 2(2), 123-131.
- Freire, P. (1988). The Politics of Education. South Hadey: Bergin & Garvey.
- Gendreau, P., & Ross, R.R. (1987). Revivification of Rehabilitation: Evidence from the 1980s. Justice Quaterly, 4, 349-407.
- Girard, A. (1991). Relance: Statistiques 1985-1991. Waterloo: Centre de réhabilitation de Waterloo.
- Hubbard, R.L., Collins, J.J., Rachal, J.V., & Cavanaugh, E.R. (1988). The Criminal Justice Client in Drug Abuse Treatment. National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series, (86), 57-80.
- Hubbard, R.L., Collins, J.J., Rachal, J.V., & Cavanaugh, E.R. (1990). Les délinquants et les programmes de désintoxication. Forum, 2(4), 9-10.
- Lemire, G. (1990). Anatomie de la prison. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.

- Marlatt, G., & Gordon, J. (1980). Determinants of Relapse: Implications for the Maintenance of Behavior Change. in P.O. Davidson et S.M. Davidson (eds.) Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyle. New York: Brunner/Mazel.
- McBride, D.C., Inciardi, J.A. (1993). The Focused Offenders Disposition Program: Philosophy, Procedures, and Preliminary Findings. The Journal of Drug Issues, 23, 143-160.
- McDermott, R.R., Gigliotti, C.J., & Stafford, R. (1988). New York State Department of Corrections Comprehensive Drug Treatment Strategy. New York: New York State Department of Correctional Services.
- McGlothlin, W.H., & Anglin, M.D. (1981). Long-Term Follow-up of High- and Low- Dose Methadone Programs. Archives of General Psychiatry, 38, 1055-1063.
- Mullen, R., Arbiter, N., & Glider, P. (1991). A Comprehensive Therapeutic Community Approach for Chronic Substance-Abusing Juvenile Offenders: The Amity Model. in T.L. Armstrong (Ed.), Intensive Interventions with High-Risk Youths: Promising Approaches in Juvenile Probation and Parole, (pp.211-243). New York: Criminal Justice Press.
- Nadeau, L. (1980). La communauté thérapeutique: un programme de traitement. Toxicomanie, 13, 209-242.
- National Institute of Justice (1994). Researchers Evaluate 8 Shock Incarceration Programs. NIJ Update. Washington: U.S. Department of Justice.
- Nurco, D.N., Hanlon, T.E., & Kinlock, T.W. (1991). Recent Research on the Relationship Between Illicit Drug Use and Crime. Behavioral Sciences & the Law, 9, 221-242.

- Peat, B.J., & Winfree, L.T. (1992). Reducing the Intrainstitutional Effects of "Prisonization": A Study of a Therapeutic Community for Drug-Using Inmates. Annual Meetings of the American Society of Criminology (1990, Baltimore, Maryland). Criminal Justice and Behavior, 19(2), 206-225.
- Peyrot, M., Yen, S., Baldassano, C.A. (1994). Short-Term Substance Abuse Prevention in Jail: A cognitive Behavioral Approach. Journal of Drug Education, 24, 33-47.
- Poirier, M., Brochu, S., & Forget, C. (1990). ECHO: program of Personal Development for Inmates. Federal Probation, 54, 57-62.
- Sechrest, D.K. (1989). Prison "Boot Camps" do not Measure Up. Federal Probation, 53, 15-20.
- Service correctionnel du Canada (1993). L'aide et le contrôle: une façon de protéger la société. Document interne du Service correctionnel du Canada.
- Simpson, D.D. (1979). The Relation of Time Spent in Drug Abuse Treatment to Posttreatment Outcome. American Journal of Psychiatry, 136(11), 1449-1453.
- Simpson, D.D. (1981). Treatment of Drug Abuse: Follow-up Outcomes and Length of Time Spent. Archives of General Psychiatry, 38, 875-880.
- Simpson, D.D., & Friend, H.J. (1988). Legal Status and Long Term Outcomes for Addicts in the DARP Follow-up Project. in NIDA Research Monograph Series, Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical Practice, Vol.86, (pp.81-98). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

- Speckart, G.R., Anglin, M.D., & Deschenes, E.P. (1989). Modeling the Longitudinal Impact of Legal Sanctions on Narcotics Use and Property Crime. Journal of Quantitative Criminology, 5(1), 33-56.
- Turcotte, L. (1988). Projet de Toxicomanie en collaboration avec Portage. : Service correctionnel du Canada.
- United States General Accounting Office (1993). Prison Boot Camps: Short-Term Prison Costs Reduced, But Long-term Impact Uncertain. Washington: General Government Division.
- U.S. Department of Justice (1991). Correctional Populations in the United States, 1989. Rockville: U.S. Department of Justice.
- Wexler, H., Falkin, G., & Lipton, D. (1990). Les communautés thérapeutiques: l'entraide pour contrer la récidive. Forum, 2(4), 11-12.
- Wexler, H.K., Falkin, G.P., Lipton, D.S., & Rosenblum, A.B. (1992). Outcome Evaluation of a Prison Therapeutic Community for Substance Abuse Treatment. in NIDA Research Monograph Series, Drug Abuse Treatment in Prisons and Jails, (pp. 156-175). Rockville: U.S. Department of Health and Human Services.
- Wexler, H.K., Lipton, D.S., & Johnson, B.D. (1988). A Criminal Justice System Strategy for Treating Cocaine-Heroin Abusing Offenders in Custody. Washington: U.S. Department of Justice.
- Yochelson, S., & Samenow, S.E. (1986). The Criminal Personality-Volume III: The Drug User. New Jersey: Jason Aronson.

CHAPITRE 5

Persistence en traitement et impact du processus de réadaptation des personnes toxicomanes judiciairisées admises à Domrémy-Montréal

- * La banque de données sur laquelle repose l'étude a pu être constituée grâce à une subvention du Programme National de Recherche et Développement de la Santé (Santé Canada).
- ** Les auteurs tiennent à souligner la contribution particulière de Noémi Beudet, Michel Landry, Jacques Bergeron et François Chiocchio à la réalisation de ce chapitre.

5.1 PROBLÉMATIQUE

5.1.1 Introduction

Un aspect du traitement de la toxicomanie laissé aux oubliettes depuis quelques années soit, la réhabilitation des personnes judiciairisées, suscite à nouveau l'intérêt des administrations pénitencières et des différents centres de traitement. On peut sûrement attribuer ce regain d'intérêt à la prise de conscience de la forte prévalence de consommation de substances psychoactives chez les personnes judiciairisées telle que constatée dans plusieurs études (Anglin et Hser, 1990; Brochu et al., 1992; Chaiken, 1989; Guyon et Landry, 1993; Héroux, 1988; Hodgins et Côté, 1990; Lévesque, 1993.)

Bien qu'il existe aux États-Unis plusieurs études de prévalence de consommation de substances psychoactives dans le milieu carcéral (Chaiken, 1989; Chiles et al., 1990; Harlow, 1991), il demeure que les études concernant spécifiquement l'abus ou la dépendance à ces produits semblent inexistantes.

On constate au Québec, que depuis le milieu des années 80', une attention particulière a été portée à la prévalence de consommation de drogue et d'alcool chez les individus incarcérés. D'ailleurs, cet intérêt accru se traduit bien par la mise sur pied du comité "Toxico-Justice".

Dans le premier chapitre, nous nous sommes intéressés à la population carcérale en prenant soin d'étudier de façon distincte les individus nouvellement admis (le flux) et ceux qui purgent une sentence de détention (le stock).

Au niveau fédéral, une étude réalisée par Lévesque (1993) auprès de 1500 détenus admis au Centre Régional de Réception entre 1992 et 1993, a démontré que 20% de cette population avait un problème d'abus de drogue et d'alcool sur une échelle de gravité variant d'importante à grave. D'autre part, Brochu et Guyon (1993) ont indiqué que le tiers des détenus admis au Centre de Détention de

Montréal présentaient un profil de consommation équivalent à celui de la clientèle de Domrémy-Montréal. Étant donné que ces études concernent spécifiquement les personnes nouvellement admises en détention, leur profil de consommation peut différer des personnes résidentes.

Ainsi parmi les études effectuées davantage auprès d'individus en détention (personnes résidentes), on note celle de Hodgins et Côté (1990) qui indique que 66,9% de détenus fédéraux du Québec présentaient des indices de problèmes de dépendance et/ou d'abus d'alcool à vie et que 49,4% d'entre-eux souffraient d'un problème du même ordre avec les drogues. De plus, Brochu et al. (1992) indiquent que 58,4% des hommes incarcérés au Centre de Détention de Montréal avaient une problématique d'abus de substances psychoactives de niveau au moins modéré. La même étude conduite dans les centres de détention pour femmes du Québec a révélé des chiffres similaires (58,6%).

D'autre part, on constate qu'une grande partie de la population en traitement de la toxicomanie dans les centres de réadaptation possède des antécédents judiciaires. Plus de 70% de la clientèle admise dans un centre de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes déclarent avoir été arrêtés et inculpés pour un délit criminel au cours de leur vie (Domrémy-Montréal=72,6%; Domrémy-04=71,9%; Montérégie=45,1%).

Ces statistiques de prévalence démontrent bien la nécessité de porter une attention particulière au traitement de la toxicomanie des personnes judiciairisées. Par conséquent, il s'avère important dans un premier temps, de connaître les programmes de traitement de la toxicomanie déjà en place, que ce soit en détention ou en communauté, et l'impact de ces derniers auprès de la clientèle judiciairisée.

5.1.2 Le lieu de traitement

Martinson (1974), et par la suite un certain nombre d'autres auteurs (Brochu, 1993; Brochu et Lévesque, 1990; Héroux, 1988;), ont mis en lumière le fait que le milieu carcéral n'a pas toujours

été perçu comme étant propice au traitement de la toxicomanie en raison de l'ambiance qui y règne. Toutefois on y observe depuis quelques années, le développement d'un ensemble de services destinés aux consommateurs ou abuseurs de drogues. Ces services produisent dans bien des cas un impact plus important que la simple incarcération (Brochu, 1995).

Parallèlement, la référence des personnes judiciarisées vers des centres de traitement de la toxicomanie devient une alternative intéressante à l'incarcération. Ces références suscitent toutefois un certain nombre d'interrogations. Brochu (1995) mentionne que bien que la clientèle judiciarisée, en traitement hors du milieu carcéral nécessite une supervision clinique étroite, il faut être vigilant afin d'éviter que le milieu d'intervention ne devienne trop coercitif et finisse par ressembler à une mini institution correctionnelle. Le traitement de la toxicomanie ne doit pas être perçu comme une sanction, mais plutôt comme un service offert à des individus désirant modifier leur style de vie.

On remarque par conséquent que le traitement de la toxicomanie des personnes judiciarisées peut s'effectuer parfois au sein des établissements carcéraux (situation partiellement privilégiée par l'administration pénitencière fédérale) et parfois dans la communauté (situation privilégiée par la détention provinciale). Les sections suivantes s'intéresseront particulièrement au traitement en communauté.

Le traitement en communauté

Chez nos voisins américains, le modèle de renvoi le plus courant en matière de traitement de la toxicomanie en communauté est le Treatment Alternative to Street Crime (TASC). En contraignant le délinquant toxicomane à s'inscrire en traitement, le programme permet de faire un lien entre le système de justice et le traitement dans la communauté.

Les principaux objectifs visés par le TASC sont d'interrompre le cycle de dépendance, la criminalité et les arrestations. L'une de ses caractéristiques propres est le fait qu'il combine l'influence des sanctions légales avec l'attrait que peut présenter une alternative à l'incarcération. En

fait, les contrevenants toxicomanes peuvent se voir attribuer une sentence autre que celle de la détention comme la probation assortie de conditions spécifiques telles que le traitement par exemple (Bureau of Justice Assistance, 1992). Un avantage de ce programme est le fait qu'il contribue à "motiver" la coopération des individus en traitement au moyen de restrictions légales imposées (Bureau of Justice Assistance, 1992).

Les études ont démontré que le temps passé en traitement s'avère un facteur important dans la prédiction du succès. Par ailleurs la contrainte légale semble être une bonne "motivation" pour la persistance des individus. (Anglin et Hser, 1990; Bureau of Justice Assistance, 1992).

Au Québec, le système de justice semble fonctionner sur un mode différent en misant davantage sur l'implication "volontaire" des individus à entreprendre une démarche de traitement que sur une puissante contrainte légale. D'ailleurs, certains chercheurs se sont interrogés sur l'éthique d'une pratique de contrainte légale (Bertrand, 1981; Brochu, 1995). Cet état de fait contribue probablement à la prudence que l'on démontre à l'égard de cette pratique. D'ailleurs, un grand nombre d'intervenants du système de justice mentionnent que les personnes qu'ils réfèrent nécessitent un encadrement davantage contrôlant et une supervision plus étroite que ce que les centres publics de réadaptation québécois offrent à l'heure actuelle. De ce fait, on s'interroge sur la motivation des intervenants à accueillir une clientèle référée par le système pénal puisque cette situation pourrait impliquer de nombreux changements au niveau de leurs fonctions.

Bien que la pratique de la contrainte légale ne soit pas aussi courante au Québec que chez notre voisin du Sud, une étude conduite par Brunelle (1994) démontre clairement que la présence de la clientèle judiciairisée dans les centres publics de réadaptation n'est pas négligeable. On a d'ailleurs pu remarquer au chapitre 2 qu'un peu moins de la moitié des usagers des services de centres de réadaptation publics ont déjà fait l'objet d'au moins une condamnation pour un délit criminel (Domrémy-Montréal=45,1%; Domrémy-04=44,1%; Montérégie=39,4%). Toutefois, plutôt que de s'inscrire en traitement suite à une référence du système de justice, il apparaît qu'environ le tiers d'entre-eux ont formulé une demande d'aide alors qu'ils étaient en instance d'inculpation, de

procès ou de sentence (Domrémy-Montréal=21%; Domrémy-04=16,3%; Montérégie=20,4%). Bien qu'elle soit moins explicite, on peut supposer la présence d'une pression légale informelle.

5.1.3 L'abandon versus la persistance en traitement dans les programmes de réadaptation pour toxicomanes.

De façon générale, les écrits américains indiquent que le taux d'abandon s'avère assez élevé pour la plupart des programmes de traitement de la toxicomanie (Anglin et Hser, 1990) et ce pour tous les types de clientèle, qu'elle soit judiciairisée ou non. On y apprend aussi que c'est dans les trente premiers jours du traitement que l'abandon est à son maximum (De Leon, 1988).

Plus près de nous au Québec, 25% de l'ensemble des toxicomanes abandonnent le processus de réadaptation après l'entrevue d'évaluation; 50% poursuivent plus de quatre semaines et 15% plus de six mois. (Laflamme-Cusson et Moisan, 1993). Plus particulièrement à Domrémy-Montréal, le centre où se déroule la présente étude, 17% des clients abandonnent suite à l'entrevue d'évaluation; 45% avant la deuxième phase de traitement (avant quatre semaines) et 12% persistent au delà de six mois (Laflamme-Cusson et Moisan, 1993).

Une étude québécoise de Laflamme-Cusson et Moisan (1993) indique que moins du cinquième des individus qui entreprennent un traitement persévèrent jusqu'à l'obtention d'un congé fourni par le thérapeute. À l'inverse, 88% d'entre-eux abandonnent le traitement de leur propre chef.

Une multitude d'auteurs s'entendent toutefois pour affirmer que le temps passé en traitement s'avère un facteur déterminant dans la prédiction du succès (Anglin et Hser, 1990; De Leon, 1985; Steer, 1980; Hirshel et Keny, 1990; Simpson, 1979).

Si l'on s'en tient plus particulièrement aux personnes judiciairisées, on constate que celles qui s'inscrivent en traitement sous d'autres motifs que par contrainte légale ont tendance à abandonner

le traitement plus rapidement que les autres, ce qui a pour effet de nuire à l'impact potentiel du traitement (Simpson et al., 1986; Anglin et Hser, 1990; Steer, 1980).

D'autre part, d'après des études américaines (De Leon 1985; Anglin et Hser 1990), les personnes judiciairisées sur lesquelles pèsent des sanctions légales persisteraient aussi longtemps que l'ensemble de la clientèle. Ces études démontrent également que l'impact du traitement de la toxicomanie pour les personnes judiciairisées qui sont référées légalement s'avèrent tout aussi bon que pour les autres clients.

Ainsi, tenant compte du fait que la situation qui prévaut au Canada et au Québec s'avère différente de celle des États-Unis en ce qui a trait aux références légales, il est permis de se demander si, en l'absence de cette contrainte légale comme facteur de "motivation", les personnes judiciairisées persisteront aussi longtemps que les autres. On s'interroge aussi sur l'impact du traitement de la toxicomanie pour cette population.

5.2 OBJECTIFS

Globalement, l'objectif visé par la présente étude est d'accroître les connaissances liées à l'abandon ainsi qu'à l'impact du traitement de la toxicomanie chez les personnes judiciairisées admises dans un centre de réadaptation. Toutefois, cette recherche vise deux objectifs plus particuliers. Dans un premier temps, elle tentera de vérifier si les personnes judiciairisées déjà condamnées pour un délit criminel au cours de leur vie adulte abandonnent plus rapidement le traitement de la toxicomanie que les autres. Dans un second temps, l'étude déterminera si, à persistance égale, l'impact du traitement de la toxicomanie des personnes judiciairisées¹ s'avère aussi bon que pour l'ensemble des autres clients.

¹ Pour les fins de la présente étude, la notion de statut judiciaire réfère au fait qu'un individu ait déjà été condamné ou non pour au moins un délit criminel depuis qu'il a atteint l'âge adulte.

5.3 HYPOTHÈSES

Les hypothèses de cette étude sont:

1- Les personnes judiciairisées déjà condamnées pour au moins un délit criminel au cours de leur vie adulte abandonnent plus rapidement le traitement de la toxicomanie que les autres clients.

2- À persistance égale, aucune différence d'impact ne pourra être observée entre les personnes judiciairisées et non-judiciairisées.

5.4 MÉTHODOLOGIE

5.4.1 Population étudiée

La présente étude a été réalisée à l'aide d'une banque de données déjà constituée par Brochu, Landry et Bergeron. Cette dernière fût créée grâce à une subvention du Programme national de recherche et de développement de la santé, de Santé Canada (P.N.R.D.S.).

La totalité de la banque de données compte 536 clients de Domrémy-Montréal ayant accepté de participer à une recherche évaluative. Ces derniers ont eu un nombre variable de contacts avec les agents de recherche.

Aux fins de la présente étude un échantillon de 148 sujets tiré de la banque de donnée totale est utilisé en guise de population. La particularité de ces derniers réside dans le fait qu'ils ont eu trois contacts avec les agents de recherche soit; avant le début du traitement; après la fin du traitement; et lors d'un suivi de douze mois peu importe que l'individu ait abandonné le traitement ou poursuivi le processus de réadaptation jusqu'à la fin.

En raison de la grande importance du concept de judiciarisation dans le cadre de la présente étude, une validation supplémentaire de certaines données fût exécutée afin de s'assurer que chacun des sujets de l'étude soient placés dans la bonne catégorie de judiciarisation (oui, non). Ainsi, en plus de tenir compte des réponses fournies par les sujets à la question no.15 du questionnaire IGT ayant trait à une condamnation antérieure pour un délit criminel, une vérification formelle de la présence de telles condamnations fut opérée à l'aide du plunitif criminel informatisé du Palais de Justice de Montréal. Suite à cette démarche, on constate que la banque de donnée compte 97 sujets non-judiciarisés ainsi que 51 sujets judiciarisés.

Tableau 1

Composition de la banque de données en fonction de la judiciarisation et du nombre de contacts avec les chercheurs

	Non-Judiciarisés	Judiciarisés	Total
Moins de trois temps de passation de l'IGT	273	263	536
Trois temps de passation de l'IGT	97	51	148

5.4.2 Description du programme de traitement du centre de réadaptation Domrémy-Montréal

Domrémy-Montréal est un centre public de réadaptation qui reçoit des adultes alcooliques et/ou toxicomanes de la région de Montréal. La notion de volontariat au niveau de l'implication dans les programmes socio-sanitaires de réadaptation est essentielle (Boislard, 1988).

Bien que l'approche du centre favorise le maintien en milieu naturel lors du processus de réadaptation, Domrémy-Montréal offre, en plus des services externes, un service à l'interne auquel on a recours lorsqu'un retrait du milieu naturel s'avère nécessaire.

Au moment de l'étude, le processus de réadaptation de Domrémy-Montréal comportait quatre phases distinctes: l'entrevue d'accueil et d'évaluation et orientation (AEO) , la Réadaptation I, la Réadaptation II et la Réadaptation III.

La première étape soit l'AEO a pour but d'évaluer la situation de chacune des personnes qui se présente à Domrémy-Montréal afin de l'orienter plus adéquatement à l'intérieur des services offerts par le centre de réadaptation lui-même ou vers d'autres ressources plus appropriées si cela s'avère nécessaire. L'étape suivante, la Réadaptation I, est celle où le client est amené à comprendre les causes de la toxicomanie et le phénomène dans son ensemble. C'est aussi à cette étape que l'on identifie avec le client et son entourage les aspects à changer pour supprimer l'usage des drogues de son quotidien (Boislard, 1988). Toutefois, c'est uniquement à l'étape de Réadaptation II que la clientèle bénéficie d'entrevues individuelles avec le thérapeute et d'activités de groupe (Boislard, 1988). Finalement, lorsque le client atteint la phase de Réadaptation III, cela signifie qu'il se trouve dorénavant en période de réinsertion puisqu'il apprend alors à intégrer ses acquis à sa vie quotidienne (Boislard, 1988). Chacun de ces volets a une durée moyenne qui varie de quatre semaines, pour la Réadaptation I, à plus de six mois pour la Réadaptation III.

5.4.3 Description du questionnaire de l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie

L'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT) constitue une traduction de l'Addiction Severity Index (McLellan et al., 1980). L'IGT est administré sous forme d'entrevue structurée d'une durée d'environ une heure et il permet d'évaluer la gravité de la situation du client au niveau de sa toxicomanie.

Le questionnaire est formé de sept échelles soit: drogue, alcool, état médical, relations familiales et sociales, état psychologique, emploi/ressources et la situation légale. Plusieurs questions réfèrent au trente derniers jours, d'autres ont trait aux trois dernières années et certaines tiennent compte de la vie entière du sujet.

Lors de la constitution de l'instrument de mesure, McLellan a établi pour des fins de recherche, des scores composés de certaines questions clés pour chacune des sept échelles; il y a donc sept scores composés. Le score composé est calculé à partir de formules mathématiques assez complexes; ils varient entre 0 et 1 et servent à évaluer la gravité de la situation des clients pour chaque échelle; plus le score est près de 1, plus le problème est grave.

Dans le cadre d'une étude psychométrique, Bergeron et al.(1992), ont évalué dans un premier temps la qualité de la traduction de l'IGT. Les résultats obtenus permettent de constater que la version française (IGT) s'avère équivalente à la version anglaise (ASI). Par la suite, les chercheurs se sont attardés à la fidélité ainsi qu'à la validité de l'instrument de mesure. L'étude de fidélité amène à conclure que l'IGT est formé d'échelles homogènes et est doté d'une bonne consistance interne. Les résultats ayant trait à la validité du questionnaire sont tout aussi concluants puisque les sept échelles qui composent l'IGT semblent bien couvrir l'ensemble des domaines de la vie d'un individu qui peuvent être affectés par la surconsommation d'alcool ou de drogues.

5.4.4 Opérationnalisation des variables

L'opérationnalisation des variables s'effectue de deux façons distinctes pour l'analyse statistique de chacune de nos hypothèses.

En ce qui a trait à la première hypothèse qui veut que les personnes judiciairisées abandonnent le traitement de la toxicomanie plus rapidement que les autres, la variable indépendante est la judiciairisation (oui ou non) et la variable dépendante correspond au moment d'abandon qui comprend les quatre étapes du processus de réadaptation. Au moment de la vérification de cette hypothèse un Chi carré permettra de déterminer si les personnes judiciairisées persistent aussi longtemps que les non-judiciairisées dans le traitement. Par la suite, en raison du petit nombre de sujets composant la population à l'étude (148 sujets ayant trois temps de passation) et de l'accessibilité à un plus grand nombre de sujets, un second Chi carré sera exécuté en prenant cette

fois comme population la totalité de la banque de données qui comporte 536 sujets. Cette procédure permettra d'assurer plus adéquatement la validité des résultats.

Au moment de vérifier la seconde hypothèse qui stipule qu'à persistance égale l'impact du traitement sera aussi bon pour les personnes judiciairisées que pour les autres, trois variables indépendantes seront utilisées soit; la judiciarisation (oui, non), le moment d'abandon et le temps de passation du questionnaire IGT.

Le moment d'abandon réfère aux quatre volets du programme de réadaptation de Domrémy-Montréal. Il y a par conséquent quatre moments d'abandon possibles soit, suite à l'entrevue d'accueil et d'évaluation-orientation; au cours ou à la fin de la Réadaptation I, de la Réadaptation II ou de la Réadaptation III.

Par ailleurs, on compte trois temps de passation du questionnaire IGT soit, 1) avant le début du traitement; 2) après la fin du traitement et 3) lors d'un suivi de douze mois.

Comme variables dépendantes l'analyse utilisera les sept échelles de l'IGT. Un manova $2 \times 4 \times (3)$ sera donc effectué pour l'ensemble des sept échelles de l'IGT (3 moments de passation du questionnaire IGT X 4 moments d'abandon X deux possibilités au niveau de la judiciarisation (oui, non).) Cette méthode statistique permet d'évaluer l'influence de la judiciarisation sur le moment d'abandon ainsi que l'impact du traitement en fonction de ce même moment d'abandon. Des tests posthoc appropriés (Anova, test Tukey A) seront utilisés lors de la présence de différences significatives.

5.5 PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DE LA POPULATION

Cette section a pour objet d'établir le profil socio-démographique de la population étudiée en fonction des variables sexe, âge, scolarité, emploi, revenu, statut matrimonial et conditions de vie.

Dans un premier temps le tableau 2 permet de constater que l'échantillon retenu est majoritairement constitué d'hommes. En effet, il apparaît que le sexe masculin soit deux fois plus présent que le sexe féminin au sein de l'échantillon (72,5% et 27,5%). Par ailleurs, il est intéressant de constater que ce ratio équivaut également au pourcentage de femmes et d'hommes constituant la clientèle des centres publics de réadaptation de la toxicomanie de la province de Québec (Brochu et al., 1987).

La moyenne d'âge des individus qui composent l'échantillon est de 35 ans et ce, tant pour le groupe des judiciairisés que pour celui des non-judicialisés; la majorité des sujets se situent dans le groupe des 25 à 34 ans (voir tableau 2). Dès lors, il est possible de constater que la moyenne d'âge de la population à l'étude diffère peu de celle observée pour l'ensemble de la clientèle de Domrémy-Montréal qui s'élève à 33,9 ans. Par conséquent, il n'existe pas de lien significatif entre l'âge et la judiciarisation ($F=0,12$; $p(ns)$).

Parallèlement on constate que le nombre d'années d'études est similaire pour chacun des groupes de judiciarisation (oui, non). En fait, il semble que la majorité de la population possède une scolarité limitée soit un secondaire V ou moins puisque la moyenne du nombre d'années d'études est de 11 ans et ce indépendamment du groupe d'appartenance ($F=0,35$; $p(ns)$). Encore une fois on assiste à l'absence de relation significative en fonction du statut judiciaire (voir tableau 2).

Tableau 2

Profil socio-démographique de l'échantillon retenu en fonction de la judiciarisation passée				
Variables	Judiciarisés		Non-judiciarisés	
	n	%	n	%
SEXE				
Hommes	37	72,5	67	69,1
Femmes	14	27,5	30	30,9
ÂGE	n	%	n	%
18-24 ans	5	9,8	11	11,3
25-34 ans	24	47,05	45	46,4
35-44 ans	17	33,3	28	28,9
45 ans et+	5	9,8	13	13,4
SCOLARITÉ	n	%	n	%
Aucun	0	0	0	0
1-7 ans	6	11,8	10	10,3
8-11 ans	27	52,9	47	48,5
12 ans et+	18	35,3	40	41,2

En ce qui a trait à la situation qui prévaut en matière d'emploi, les résultats contenu dans le tableau 3 révèlent que 54,9% des personnes judiciarisées possèdent un travail contre 71,1% du groupe des non-judiciarisés. Cet écart peut sans doute être attribuable au style de vie choisi de même qu'aux antécédents judiciaires constituant un handicap pour trouver un emploi et le conserver. Parallèlement on observe que le revenu moyen obtenu par le biais d'un emploi au cours des trente jours précédent l'entrevue s'estime à 1267,79 pour le groupe de judiciarisés et à 1147,92 pour celui des non-judiciarisés.

Tableau 3

Profil socio-démographique de l'échantillon retenu en fonction de la judiciarisation passée.				
Variables	Judiciarisés		Non-judiciarisés	
EMPLOI	n	%	n	%
oui	28	54,9	69	71,1
non	23	45,1	28	28,9
STATUT MATRIMONIAL	n	%	n	%
Avec conjoint	18	35,3	35	36,1
Sans conjoint	33	64,7	62	63,9
CONDITIONS DE VIE actuelles	n	%	n	%
conjoint et enfants	10	19,6	19	19,6
conjoint seulement	12	23,5	14	14,4
enfants seulement	1	2,0	8	8,2
parents	5	9,8	14	14,4
famille	2	3,9	4	4,1
amis	6	11,8	4	4,1
seul	12	23,5	30	30,9
milieu institutionnel	3	5,9	2	2,1
conditions instables	0	0	2	2,1

Dans un autre ordre d'idées il est possible d'observer toujours au tableau 3, que plus de la moitié des sujets de l'échantillon vit seule et ce, indépendamment du statut judiciaire. De façon plus explicite, les résultats démontrent que la proportion de sujets ayant un conjoint est de 35,3% chez les judiciarisés et de 36,1% chez les non-judiciarisés. La faible proportion de personnes ayant un conjoint peut être purement liée à la présence de problèmes de consommation d'alcool et/ou de drogues susceptibles de créer des tensions importantes au sein du couple. Si l'on s'attarde aux conditions de vie au moment de l'admission à Domrémy-Montréal, on remarque que la majeure partie des personnes non-judiciarisées habitent seules (30,9%), 19,6% d'entre-elles disent habiter avec un conjoint et 8,2% assurent, seules, l'éducation d'au moins un enfant.

En ce qui a trait plus particulièrement aux personnes judiciarisées, le nombre de personnes vivant uniquement avec un conjoint et celles vivant seules est similaire (23,5%). Un fait important à noter est que les sujets non-judiciarisés sont représentés quatre fois plus que les judiciarisés dans la section qui stipule " vivant seul avec un enfant". Cette situation peut s'expliquer par le fait qu'au niveau légal, un juge peut hésiter davantage à confier la garde à un parent présentant un passé judiciaire. La présence d'antécédents judiciaires peut révéler un manque de maturité, un manque de responsabilisation ainsi que d'autres traits de caractère pouvant nuire à l'éducation d'un enfant.

5.6 VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES

5.6.1 La clientèle judiciarisée abandonne t-elle le traitement de la toxicomanie plus rapidement que les autres?

Au moment de vérifier la première hypothèse qui stipule que les personnes judiciarisées abandonnent plus rapidement le traitement de la toxicomanie que l'ensemble des autres sujets, le Chi carré effectué avec l'échantillon comprenant les 148 sujets s'avère non-significatif ($\chi^2(3)=3,60$, $p>0,05$) et permet de conclure à la nullité de l'hypothèse. Il est important de mentionner que le résultat de l'analyse conserve un bon écart avec le seuil de signification acceptable ($p=0,308$).

Si l'on s'en tient à plusieurs écrits scientifiques, qui à l'inverse concluent que les personnes judiciarisées tendent à abandonner plus rapidement le traitement de la toxicomanie, les constatations actuelles demeurent étonnantes et suscitent certains questionnements.

La principale interrogation porte sur la relation existante entre ces résultats et le petit nombre de sujets de l'échantillon ($N=148$). C'est pourquoi, une seconde analyse en vue de vérifier cette même hypothèse est effectuée cette fois en tenant compte des 536 sujets composant la banque de données. Ces derniers comprennent les 148 sujets de l'échantillon initial en plus de 388 autres sujets pour lesquels l'information sur la judiciarisation est aussi disponible mais qui se distinguent par l'absence des trois temps de passation du questionnaire IGT.

À l'inverse du premier, le second test Chi carré ($\chi^2(3)=8,83, p<0,05$) permet de constater une différence significative entre les deux groupes de judiciarisation et les moments d'abandon. Cependant, il demeure que cette différence ne s'avère statistiquement pas très forte ($p=0,03$).

Tableau 4

Distribution des sujets selon le statut judiciaire et le groupe d'abandon (%)

	Moment abandon 1	Moment abandon 2	Moment abandon 3	Moment abandon 4
Judiciarisé	22,8%	31,2%	37,2%	8,8%
Non- Judiciarisé	14,4%	29,2%	43,9%	12,5%

Le Chi carré nous apprend que, de façon générale, les personnes judiciarisées abandonnent le traitement de la toxicomanie plus rapidement que les autres.

L'analyse bivariée effectuée démontre que 22,8 % des sujets judiciarisés abandonnent dès l'étape de l'entrevue d'accueil et d'évaluation-orientation comparativement à 14,4% chez les non-judiciarisés. Lors de l'étape de Réadaptation I on note que le pourcentage d'abandon de la clientèle judiciarisée s'élève à 31,27%. Il est par conséquent déjà possible de constater que plus de la moitié des sujets judiciarisés (54%) ont abandonné le traitement avant même la fin de la première phase de réadaptation contre 44% chez l'autre groupe.

Parallèlement, il est possible d'affirmer que la clientèle non judiciarisée persiste plus longtemps que la clientèle judiciarisée au cours du processus général de traitement. Cependant, cela ne signifie pas pour autant que les sujets poursuivent le processus de réadaptation jusqu'à la fin. En réalité, en regard de la phase de Réadaptation II, il s'avère possible de constater que les différences relatives au nombre de sujets toujours en traitement s'estompent considérablement puisque 12,5% de la clientèle non judiciarisée persiste au-delà de cette étape comparativement à 8,8% chez les

judiciarisés. En conséquence, il demeure que bien qu'ils se révèlent davantage persistants, la majorité des sujets non-judiciarisés ne semblent pas poursuivre le processus de réadaptation jusqu'au bout.

Toutefois, si l'on s'en tient strictement à la question de départ, il est dès lors possible, avec ce nouvel échantillon, de confirmer l'hypothèse stipulant que les personnes judiciarisées abandonnent plus rapidement le traitement de la toxicomanie que les autres. Par contre, les résultats contraires obtenus à partir d'un échantillon plus petit invitent à la prudence dans l'interprétation.

Plusieurs éléments peuvent contribuer à l'explication de la confirmation de l'hypothèse. Il faut garder en mémoire que contrairement aux États-Unis, le Québec utilise très peu le système de référence légale; ainsi, la plupart des sujets judiciarisés ne se voient pas contraints de s'inscrire dans une démarche de traitement et ont par conséquent, tout comme le reste de la clientèle, le libre choix dans un premier temps, de s'inscrire en traitement et dans un second temps, de poursuivre ou non ce même traitement. Par conséquent, si la répression est moins forte, la réadaptation devient une porte de sortie moins attrayante pour la clientèle du système de justice.

Après avoir établi que les personnes judiciarisées abandonnent plus rapidement le traitement de la toxicomanie que les autres, il serait intéressant dans un second temps de vérifier si, à persistance égale, des différences au niveau de l'impact apparaissent entre la clientèle judiciarisée et non-judiciarisée.

5.6.2 À persistance égale l'impact du traitement est-il le même chez les personnes judiciarisées que pour la clientèle non-judiciarisée?

La seconde hypothèse stipule donc qu'à persistance égale, l'impact du traitement de la toxicomanie sera aussi bon pour les personnes judiciarisées que pour les autres. Un manova $2 \times 4 \times (3)$ est utilisé afin de vérifier l'hypothèse. Il apparaît important de s'attarder dans un premier temps aux effets principaux afin de mieux comprendre les interactions significatives ultérieures s'il y a lieu.

5.6.2.1 Les effets principaux

a) Le statut judiciaire

Un premier élément à considérer est le score composé de l'IGT relativement au statut judiciaire.

La variable statut judiciaire s'est avérée significative pour l'ensemble du modèle d'analyse ($F=3,10, p<0,001$) (voir tableau 8). Les analyses univariées révèlent que deux échelles présentent des différences significatives entre les deux groupes à l'étude. Ces dernières sont: emploi/ressources et l'échelle légale (voir tableau 5). En d'autres termes cela signifie que les personnes judiciarisées présentent plus de problèmes que les non-judiciarisés à ces deux niveaux (voir figure 1 et 2 en annexe).

Tableau 5

Répartition des moyennes des scores composés pour les échelles significatives selon le statut judiciaire.

Échelles	Non-judiciarisés	Judiciarisés
Emploi	0,49	0,59
Légal	0,04	0,12

Plusieurs questions nous viennent à l'esprit lorsqu'on s'attarde au résultat du score composé emploi/ressources. Ces interrogations ont trait aux choix de l'individu et à son style de vie. En effet, il apparaît pertinent de se demander si la situation qui prévaut en matière d'emploi pour les personnes judiciarisées n'est pas simplement due au style de vie déviant dans lequel l'individu choisit de s'inscrire. Les raisons motivant l'absence de démarche d'emploi seraient alors liées à la recherche de la facilité et du plaisir immédiat qui se trouvent simultanément à la base de l'engagement dans des activités criminelles. De plus, l'individu impliqué dans la délinquance possède souvent des revenus

de provenance autres que légales qui lui permettent d'arrondir les fins de mois sans pour autant le contraindre à répondre aux obligations d'un emploi. Finalement, le fait que les personnes judiciairisées présentent plus de problèmes au niveau de l'emploi peut aussi s'expliquer par le handicap que peut constituer un casier judiciaire au moment de trouver ou de conserver un emploi.

Par ailleurs, il apparaît inutile de s'attarder trop longuement à l'interprétation de la signification du score composé de l'échelle légale qui est directement lié au style de vie déviant adopté par les personnes judiciairisées. Étant donné que le score composé s'interprète en terme de problème, il semble pertinent que les personnes judiciairisées présentent plus de problèmes au niveau légal que les non-judicialisées.

b) Le moment d'abandon

La notion de moment d'abandon réfère aux quatre étapes du processus de réadaptation à Domrémy-Montréal soit l'accueil et évaluation-orientation, Réadaptation 1, Réadaptation 2 et Réadaptation 3 qui ont été décrites antérieurement. Il s'agit donc ici de vérifier si, dépendamment du groupe d'abandon, les sujets présentent un score composé différent à l'une ou l'autre des échelles de l'IGT.

Dans le cadre de la présente analyse, trois facteurs se révèlent significatifs soit: l'échelle psychologique, emploi/ressources et légale (voir tableau 6). Les tests post hoc effectués (Tukey A) n'ont pas permis de détecter de différence entre les quatre groupes d'abandon. Toutefois dans chacun des cas il fût possible d'établir la présence de moyennes extrêmes.

Tableau 6

Répartition des moyennes des scores composés pour les échelles significatives selon le moment d'abandon

Échelles	Moment abandon 1	Moment abandon 2	Moment abandon 3	Moment abandon 4
Psychologique	0,26	0,23	0,29	0,32
Emploi	0,64	0,49	0,59	0,46
Légal	0,13	0,08	0,08	0,04

De façon plus spécifique, les moyennes les plus extrêmes ayant trait à l'état psychologique des individus se situent entre le groupe d'abandon 2 (0,23) qui comprend les individus qui ayant mis un terme au traitement, pendant ou suite à la phase de Réadaptation 1, et le groupe 4 qui est composé de la clientèle qui persiste jusqu'à la fin du traitement ou qui se désiste au cours de la dernière étape (0,32). De façon générale, les problèmes psychologiques se révèlent plus importants pour un client qui persiste jusqu'à la fin du processus de réadaptation que pour celui qui abandonne à l'étape de réadaptation 1 (voir figure 3 en annexe). Il est difficile de pousser plus loin cette analyse tant que les interactions temps de passation et moment d'abandon n'auront pas été interprétées.

Au plan de l'emploi les résultats des tests post hoc ne s'avèrent pas plus concluants. Par ailleurs les moyennes les plus extrêmes (voir tableau 6) se retrouvent entre le groupe d'abandon 1 qui réfère à l'étape de l'accueil et évaluation-orientation (0,64) et le groupe d'abandon 4, comportant les sujets qui persistent jusqu'à la dernière étape (0,46). Les analyses révèlent que les individus qui persistent jusqu'à la fin du traitement présentent moins de problèmes au niveau de l'emploi (voir figure 4 en annexe). Encore ici on ne peut pousser l'analyse plus loin sans avoir interprété l'interaction significative relative au moment d'abandon.

Finalement la situation qui prévaut en ce qui a trait à l'échelle légale est similaire à la précédente puisque malgré l'absence de différence entre les quatre groupes lors des tests post hoc,

les moyennes les plus extrêmes se situent entre les groupe d'abandon 1 et 4 (0,13 et 0,036) (voir tableau 6). Il apparaît donc que les gens abandonnant le traitement prématurément présentent plus de problèmes légaux que ceux persistant jusqu'à la dernière étape du processus de réadaptation (voir figure 5 en annexe). Par ailleurs l'interprétation de l'interaction entre le moment d'abandon et le statut judiciaire mettra davantage en lumière la relation existante entre ces deux variables.

Le dernier effet principal mesuré par l'analyse concerne les trois temps de passation du questionnaire IGT.

c) Les temps de passation du questionnaire IGT.

De façon précise, les trois temps de passation du questionnaire IGT sont; au début du traitement; après la fin du traitement; et lors d'un suivi de douze mois.

Dans le cadre du modèle général de l'analyse, le temps de passation² ressort comme étant très significatif ($F=17,09$, $p \leq 0,001$). Il semble donc y avoir un changement qui s'opère à la suite du traitement. Ces changements s'observent sur cinq échelles: alcool, drogue, psychologique, légale et famille (voir tableau 7).

² Il s'avère important de rappeler que le temps de passation du questionnaire IGT ne correspond pas à un moment précis du traitement (en terme de nombre d'heures d'activité) puisque la fin de ce dernier ne s'effectue pas à la même étape du processus de réadaptation de Domrémy-Montréal pour tous les clients et varie en fonction du moment d'abandon.

Tableau 7

Répartition des moyennes des scores composés pour les échelles significatives selon le moment de l'entrevue.

Échelles	Pré	Post	Suivi
Alcool	0,48	0,22	0,21
Drogue	0,15	0,08	0,07
Psychologique	0,39	0,21	0,21
Légal	0,10	0,05	0,05
Famille	0,40	0,15	0,13

Afin de bien distinguer à quel moment se trouvent les différences significatives, des tests post hoc (Tukey A) furent exécutés pour chacune des échelles significatives citées préalablement.

Le traitement à Domrémy-Montréal vise particulièrement une meilleure gestion de la consommation d'alcool et de d'autres drogues. En s'intéressant davantage à l'échelle alcool (voir tableau 7), il est possible de constater que des différences significatives s'opèrent entre le pré (au début du traitement et les deux autres moments d'entrevue. Par ailleurs, les scores composés calculés pour la deuxième et la troisième passation diffèrent très peu (post=0,22, suivi=0,21). Dès lors, il est possible d'affirmer que les problèmes d'alcool diminuent entre le début du traitement et la fin de ce dernier et que par la suite, une certaine stabilité semble s'installer. Ces constatations laissent croire que le traitement présente une influence positive sur la diminution des problèmes de consommation d'alcool (voir figure 6 en annexe).

Une dynamique semblable s'opère pour l'échelle "drogue" (voir tableau 7). Dans un premier temps, les résultats démontrent la présence de différences significatives à la fois au niveau de la première passation de l'IGT (pre 1) et de la seconde (post) (Tukey A=30,0, $p \leq 0,001$) ainsi qu'entre les résultats obtenus par le premier questionnaire et lors du troisième (Tukey A=37,42, $p \leq 0,001$). L'écart entre les scores composés de la deuxième et de la troisième passation semble encore une fois

minime (0,08 et 0,07). Tout comme pour l'alcool, il apparaît que le traitement soit bénéfique en terme de réduction du problème de consommation de drogues (voir figure 6 en annexe).

En ce qui a trait aux problèmes d'ordre psychologique, le test post hoc (Tukey A) dénote encore une fois la présence de différences significatives. Il est à noter que les scores composés du questionnaire distribué à la fin du traitement et lors du suivi de douze mois sont similaires (0,21). Les conclusions que le test dégage résident dans le fait que les problèmes psychologiques apparaissent moins importants à la fin du traitement et lors de la période de suivi qu'au moment de l'entrée dans le processus de réadaptation (voir figure 6 en annexe). Ces résultats portent à croire que le traitement contribue à la diminution des troubles d'ordre psychologiques.

Bien que les tests post hoc révèlent des résultats concluants en regard à l'échelle légale, il demeure que les différences sont moins significatives que pour les échelles alcool, drogue ou psychologique. Les conclusions tirées de l'analyse révèlent que les problèmes légaux s'avèrent plus importants au moment de l'entrée en traitement que lors des étapes ultérieures (voir figure 6 en annexe).

Finalement concernant le plan familial, des différences hautement significatives ($p \leq 0,001$) ressortent de l'analyse. Cela se traduit par le fait que les problèmes familiaux s'avèrent beaucoup moins importants à la fin du traitement et à douze mois après la fin, qu'au moment de l'entrée dans le processus de réadaptation (voir tableau 7). Si l'on s'en tient au calcul des scores composés, on constate qu'il semble y avoir peu d'écart entre le post et le suivi (0,15; 0,13) (voir figure 6 en annexe). Les problèmes liés à la consommation de substances psychoactives provoquent souvent des tensions au sein des relations interpersonnelles qui s'apaisent lors de l'engagement de l'individu dans un programme de traitement.

Il est à noter que la même tendance s'observe à toutes les échelles même si elle n'apparaissent pas toutes significatives (voir figure 6 en annexe).

Afin de mieux comprendre la portée des effets principaux interprétés précédemment, il est nécessaire d'analyser les interactions.

5.6.2.2 Les interactions

Au moment d'analyser les interactions, on constate qu'une seule interaction ressort du manova effectué (voir tableau 8). Cette dernière se situe au niveau du moment d'abandon et du temps de passation du questionnaire IGT ($F=2,84$, $p \leq 0,05$). Dès lors, l'absence d'interaction entre le statut judiciaire et le temps de passation et l'absence d'une interaction triple entre le temps de passation, le moment d'abandon et le statut judiciaire permettent d'abonder dans le sens de la seconde hypothèse de l'étude qui stipule qu'à persistance égale l'impact du traitement n'est pas différent pour la clientèle judiciairisée et pour les personnes non-judicialisées.

De façon générale, les scores composés calculés pour chacune des échelles significatives soit alcool et situation légale, démontrent une réelle diminution des deux problèmes. En fait, il semble que plus l'abandon du traitement par l'individu s'effectue tardivement, plus on est susceptible d'assister à une baisse de la valeur des scores composés et en l'occurrence à une diminution du problème (voir figure 7 et 8 en annexe).

Dans une perspective de raffinement et d'une meilleure compréhension de l'analyse, il s'avère important dans un premier temps de s'attarder plus longuement aux résultats obtenus à l'égard de l'échelle alcool pour laquelle des différences significatives de moyennes apparaissent à plusieurs niveaux (voir tableau 9). Mentionnons dans un premier temps qu'il y a absence de signification relativement au moment d'abandon 1 qui réfère à l'accueil et évaluation-orientation et ce, indépendamment du temps de passation du questionnaire IGT (pre=0,39; post=0,34; suivi=0,22). Ces constatations ne sont toutefois pas surprenantes puisqu'à cette étape, le traitement comme tel n'est pas réellement amorcé. Il apparaît par conséquent que l'évolution qui s'opère relativement à la diminution d'un problème ne soit pas importante (voir figure 7 en annexe).

Tableau 9

Moyennes des scores composés Alcool en fonction des 4 moments d'abandon pour chacun des 3 moments de mesure (N=148)

	Pré	Post	Suivi
Moment abandon 1	0,40	0,33	0,24
Moment abandon 2	0,50	0,27	0,22
Moment abandon 3	0,51	0,19	0,21
Moment abandon 4	0,46	0,12	0,14

Dans le même ordre d'idée, on remarque l'absence de différence significative entre les résultats obtenus à l'IGT à la fin du traitement et ceux provenant du dernier questionnaire rempli lors de la période de suivi de douze mois et ce peu importe le moment d'abandon.

Les différences de moyennes que le test post hoc (Tukey A) détermine comme étant significatives apparaissent nombreuses. Comme il fût mentionné précédemment, outre le moment d'abandon 1, des différences de moyennes ressortent entre les temps de passation pré et post (après le traitement) ainsi que pré et suivi (suivi de 12 mois), pour les moments d'abandon 2, 3 et 4 (voir tableau 9). À la lumière des résultats obtenus, il est possible d'affirmer dans un premier temps qu'une implication minimale dans le traitement produit des résultats positifs. Même si l'individu abandonne le processus de réadaptation lors de la première phase on assiste à une certaine diminution du problème (voir figure 7 en annexe). Par ailleurs l'analyse démontre aussi que la qualité de l'impact du traitement varie et augmente en fonction de la persistance. Cette réalité correspond tout à fait aux constatations émises par plusieurs chercheurs (Anglin et Hser, 1990; Bureau of Justice Assistance, 1992) voulant que le temps passé en traitement constitue un bon, sinon le meilleur prédicteur de l'impact de ce dernier.

En s'intéressant d'abord au premier groupe de comparaison qui oppose les deux premiers temps de passation (pre et post), on constate la présence de différences de moyennes significatives apparaissant pour les moments d'abandon 2,3 et 4 ($p \leq 0,05$) (voir tableau 9). De façon plus explicite cela signifie qu'il y a une amélioration importante relativement à la diminution du problème pour chacun de ces moments d'abandon. Ce sont les individus qui abandonnent pendant ou après la phase de Réadaptation II qui inscrivent le meilleur pointage relativement à la réduction du problème de consommation d'alcool (pré=0,50 et post=0,19). Cependant, il faut mentionner que l'écart des scores composés obtenus pour les clients qui persistent jusqu'à la troisième et dernière phase du traitement à Domrémy-Montréal est semblable (pre=0,46 et post=0,12). Ces données rendent compte d'une certaine efficacité du traitement qui augmente en importance avec la persistance de l'individu (voir figure 7 en annexe).

À première vue, les résultats relatifs au second groupe, qui a pour objet de comparer le premier et le troisième temps de passation du questionnaire IGT (pre et suivi) et de les mettre en relation avec chacun des moments d'abandon, s'avèrent semblables. Tout comme pour le groupe précédent, des différences de moyennes significatives apparaissent pour les moments d'abandon 2,3 et 4. Toutefois, les moyennes extrêmes qui se situent au moment d'abandon 4 se distinguent plus nettement de celles obtenues pour les autres groupes (pre=0,46, suivi=0,14) (voir tableau 9).

L'interprétation des résultats obtenus pour l'échelle légale s'avère moins complexe puisque le test post hoc a relevé une seule différence de moyennes significative ($p \leq 0,05$). Cette dernière se situe entre le pré et le suivi pour les individus ayant abandonné pendant ou après la première phase du programme de réadaptation de Domrémy-Montréal (moment d'abandon 2: pre=0,15 et suivi=0,03) (voir tableau 10). L'interprétation de cette analyse apparaît délicate. Étant donné que les individus présentant le plus de problèmes légaux au moment de l'entrée en traitement se situent dans le groupe le moins persistant (si l'on tient uniquement compte des personnes ayant amorcé au moins minimalement le traitement), il semble possible que ces résultats soient liés au facteur de référence légale implicite soulevée par certains chercheurs. Ainsi les individus entreprendraient une démarche de traitement pour plaire à un membre quelconque du système judiciaire dans le seul but de

démontrer de la bonne volonté. Ce dernier abandonnerait le processus de réadaptation le plus tôt possible mais suffisamment tard semble-t-il pour améliorer sa situation légale (voir figure 8 en annexe).

Tableau 10

Moyennes des scores composés LEGAL en fonction des 4 moments d'abandon pour chacun des 3 moments de mesure (N=148)

	Pré	Post	Suivi
Moment abandon 1	0,08	0,09	0,15
Moment abandon 2	0,15	0,05	0,03
Moment abandon 3	0,09	0,03	0,04
Moment abandon 4	0,04	0,05	0,00

Encore une fois il est possible d'affirmer que la même tendance s'observe pour toutes les échelles bien que les différences ne soient pas significatives pour chacune d'elles.

5.7 RÉSUMÉ ET CONCLUSION

À la lumière de ces divers résultats, il est possible de conclure à la confirmation des deux hypothèses de départ de la présente étude.

Concernant la première hypothèse qui stipule que les personnes judiciarisées abandonnent plus rapidement le traitement de la toxicomanie que les autres, les conclusions tirées doivent être interprétées avec prudence. Cette situation prévaut en raison de l'absence de signification du premier Chi carré effectué avec l'échantillon de 148 sujets utilisé tout au long de la présente étude. A la suite

de ce constat et grâce à l'accessibilité à un plus grand nombre de sujets, un second Chi carré est effectué en prenant cette fois comme population la totalité des sujets de la banque de données (N=536). Le résultat du second Chi carré permet de confirmer la première hypothèse ($\text{Chi}^2(3)=8,83$, $p \leq 0,05$) en démontrant une différence significative entre les deux groupes de judiciarisation et les moments d'abandon. Il faut toutefois garder en mémoire que la signification statistique relative à cette analyse demeure faible ($p=0,03$).

Au moment de la vérification de la seconde hypothèse, il apparaît que le manova $2 \times 4 \times (3)$ effectué permet de conclure à la confirmation de cette dernière. En effet l'absence d'interaction significative entre le statut judiciaire et le temps de passation ainsi que l'absence d'une interaction triple entre statut judiciaire, temps de passation et moment d'abandon amène à constater qu'à persistance égale, il n'y a pas de différence au niveau de l'impact du traitement entre les personnes judiciarisées et non-judiciarisées. De plus, il est à noter que la même tendance d'amélioration des sujets s'observe pour chacune des échelles et ce indépendamment du statut judiciaire.

Dans le cadre de cette seconde analyse, on note la présence d'une interaction entre les variables moment d'abandon et temps de passation. Le point important qui ressort de l'analyse statistique concerne la relation entre le temps passé en traitement et l'impact de ce dernier. En s'intéressant de plus près aux scores composés des échelles significatives alcool et légal, il apparaît clairement que la baisse de la valeur de ces scores composés et la diminution de ces deux problèmes varient en fonction du moment d'abandon. De façon plus explicite, cela signifie que plus un individu abandonne tardivement le traitement meilleur est l'impact potentiel du processus de réadaptation et ce pour l'ensemble des échelles du questionnaire. Ces constatations correspondent donc aux résultats rapportés par plusieurs auteurs qui considèrent le temps passé en traitement comme étant le meilleur prédicteur de son impact (Anglin et Hser, 1990; De Leon, 1985; Hirshel et Keny, 1990; Simpson, 1979; Steer, 1980).

Bien qu'il n'y ait pas de différence au niveau de l'impact du traitement selon le statut judiciaire, l'analyse démontre une différence significative entre les personnes judiciarisées et non-

judiciarisées au plan de l'emploi et de la situation légale. Il apparaît que les personnes ayant des démêlés avec la justice présentent des problèmes plus importants en ce qui a trait à ces deux sphères de vie. Cette présence de différences significatives semble liée de près à l'ensemble du style de vie adopté par l'individu guidé par sa quête de facilité et de plaisir immédiat.

De façon générale, concernant les moments d'abandon, il semble important de retenir que pour la majorité des échelles significatives (psychologique, emploi/ressources et légale), les moyennes les plus extrêmes se trouvent entre les scores composés calculés lors de l'entrée en traitement et ceux relatifs aux résultats de la dernière étape du processus de réadaptation. Cela signifie que c'est entre ces deux étapes qu'on note l'amélioration la plus substantielle et que par conséquent, plus un individu persiste dans le traitement, meilleurs sont les résultats du processus de réadaptation.

Pour ce qui est des temps de passation, l'élément essentiel à garder en tête réside dans le fait que des différences significatives ont été détectées par le Tukey A pour cinq échelles: alcool, drogue, psychologique, légal, famille. Ces dernières se situent entre le pré et le post ainsi qu'entre le pré et le suivi. L'absence de signification notée entre le post et le suivi laisse supposer une certaine stabilité après le traitement.

Les résultats permettent dans un premier temps d'affirmer avec réserve que les personnes judiciarisées en traitement à Domrémy-Montréal abandonnent plus rapidement que les non-judiciarisées et dans un second temps de conclure qu'à persistance égale il n'y a pas de différence entre les résultats de traitement de la toxicomanie des personnes judiciarisées et non-judiciarisés. Bien qu'il y ait une certaine relation entre le moment d'abandon et le statut judiciaire, le premier facteur semble toutefois un meilleur prédicteur de l'impact du traitement.

Dans une optique de prestation de services il semble donc que les efforts consacrés à la réadaptation des toxicomanes judiciarisés dans un contexte similaire à Domrémy-Montréal, portent généralement fruits. Il faut toutefois se préoccuper du phénomène d'abandon très important observé

dans cette étude. Les personnes judiciarisées ne sont pas seules à abandonner le processus de réadaptation très rapidement. Il ne s'agit pas là d'une caractéristique qui leur est propre. Toutefois, il demeure que ce phénomène est lié à un niveau d'impact moindre qui mérite d'être analysé plus en profondeur. Une étude (Bergeron J.;Brochu, S; Landry, M.) porte actuellement sur ce sujet.

5.8 LISTE DES RÉFÉRENCES

- Anglin, M.D., Hser, Y.I. (1990). Treatment of Drug Abuse. in M. Tonry et J.Q Wilson (Eds), Drugs and Crime, Crime and Justice: A Review of Research 13, (pp. 393-460). Chicago: The University of Chicago Press.
- Anglin, M.D., McGlothlin, W.H., Speckart, G. (1981). The Effect of parole on Methadone Patient Behavior. American Journal on Drug and Alcohol Abuse, 8, 153-170.
- Anis, H.M.(1979). Group Treatment of Incarcerated Offenders with Alcohol and Drug Problems: A Controlled Evaluation. Revue canadienne de criminologie, 21, 3-15.
- Bergeron, J., Landry, M., Ishak, A.Vaugeois, P. et Trépanier, M. (1992). 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). RISQ, Montréal.
- Bertrand, M.A. (1981). Réflexions critiques sur l'intervention et les limites du droit à l'intervention. Santé mentale au Québec,6,no2, 5-10.
- Blackwell, D. (1987). Treating the Addict Offender: Canadian Perspective-Education\Treatment: Current Programming in CSC, American Society of Criminology 39th Annual Meeting.
- Boislard, J.(1988): Programmation clinique. Montréal: Domrémy-Montréal.
- Brochu, S. (1995). Drogues illicites et questions criminelles.Intervention psycho-sociaux-sanitaires.p.178-192. Montréal:Presses de l'Université de Montréal.
- Brochu, S., Forget, C.(1990). Revue de littérature concernant l'intervention auprès des toxicomanes judiciairisés. Montréal: Centre international de criminologie comparée.

Brochu S., Guyon, L. (1993). Les contrevenants et les comportements de dépendance. Nantes.

Brochu, S., Landry, Michel, Bergeron, J.(1995). Faits saillants sur l'évaluation de l'efficacité des traitements offerts à Domrémy-Montréal. Montréal: Étude subventionnée par Santé Canada (P.N.R.D.S.)

Brochu, S., Lévesque, M.(1990). Treatment of Prisoners for Alcohol or Drug Abuse. Alcoholism Treatment Quarterly, 7, 15-21.

Chaiken, M.R.(1989). Prison Programs for Drug-Involved Offenders. Research in Action. 1-5.

Chiles, J.A., Von Cleve, E., Jemelka, R.P., et Turpin, E.W. (1990). Substance Abuse and Psychiatric Disorders in PrisonInmates. Hospital and Community Psychiatry, 41(10), 1132-1134.

Cox, S.G. (1979). Rational Behavior Training as a Rehabilitation Program for Alcoholic Offenders. Offender Rehabilitation, 3, 245-256.

De Leon, G.(1988). Legal Pressure in Therapeutic Communities: in NIDA Research Monograph Series, Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical Practice, 86, (pp. 160-177). Rockville, M.D: National Institute on Drug Abuse.

De Leon, G., Andrews, M., Wexler, H.K., Jaffe, J., Rosenthal, M.S. (1979). Therapeutic Community Dropouts: Criminal Behavior Five Years After Treatment. American Journal of Drug and Alcohol Abuse,6, no.3. 253-271.

Di Clemente, , C.C., Hugues, S.O.(1990). Stages of Changes Profiles in Outpatient Alcoholism Treatment. Journal of Substance Abuse, 2, 217-235.

- Di Clemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K., Velicer, W.F., Velasquez, M.M., Rossi, J.S. (1991). The process of smoking cessation: Analysis of Orecontemplation, Contemplation and Preparation Stages of Change. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 295-304.
- Fabiano, E.A, Porporino, F.J., Robinson, D.(1990): La réadaptation grâce à une réflexion plus lucide: Un modèle cognitif d'intervention en milieu correctionnel. Le Service correctionnel du Canada.
- Hamberger, K., Hastings, J. (1989). Counseling Male Spouse Abusers: Characteristic of Treatment Completers and Dropouts. Violence and Victims, 4, no. 4, 275-286.
- Harlow, C.W. (1991). Drug and Jail Inmates, 1989. The Narc Officer, 37-51.
- Héroux, J. (1988). La toxicomanie en milieu correctionnel. Montréal. Document de travail. 31 pp.
- Hirschel, J.D., Keny, J.R. (1990). Outpatient Treatment for Substance Abusing Offenders. Journal of Offender, Counseling, Services and Rehabilitation, 15, 111-130.
- Hodgins, S., Côté, G.(1990). Prévalence des troubles mentaux chez les détenus des pénitenciers du Québec. Santé mentale au Canada, 38, 1-5.
- Hubbard, R.L., Marsden, M.E., Rachal, J.V., Harvwood, H.J., Cavanaugh, E.R., Ginzburg, H.M.(1989). Drug Abuse Treatment: A National Study of Effectiveness.
- Laflamme-Cusson, S., Moisan, C. (1993). Le cheminement de la clientèle adulte des établissements publics de réadaptation de la toxicomanie. Montréal. Étude conjointe du Ministère de la Santé et des Services Sociaux et de l'équipe Recherche et intervention sur le substances psychoactives. 124pp.

- Lauzon, P.(1990). Les services aux personnes détenues. Centre de Recherche et Aide aux Narcomanes.
- Lévesque, M. (1993). Modèle de traitement de la toxicomanie au Service Correctionnel Canadien. Conférence présentée au Congrès de Justice pénale. Québec, 14 octobre.
- Lightfoot, L.O., Hodgins, D. (1988). A Survey of Alcohol and Drug Problems in Incarcerated Offenders. The International Journal of the Addictions, 23, 687-706.
- Martinson, R.M.(1974). What Works? Questions and Answers about Prison Reform. The Public Interest, 35, 22-54.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., O'Brien, C.P., Barr, H.L., Evans,F. (1986). Alcohol and Drug Abuse Treatment in Three Different Populations: Is there Improvement and Is It Predictable? American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 12, no 1 et 2, pp. 101-120.
- Palmer, T. (1991). The Effectiveness of Intervention: Recent Trends and Current Issues. Crime and Delinquency, 37, no.3. 330-346.
- Peck, M.L., Klugman, D.J.(1973). Rehabilitation of Drug Dependent Offenders: an Alternative Approach. Federal Probation, 37, 18-23.
- Riley, D.(1994). La réduction des méfaits liés aux drogues: politique et pratique.in P. Brisson (Ed.), L'usage des drogues et la toxicomanie,(pp. 129-147). Chicoutimi: Gaetan Morin.
- Service correctionnel du Canada (1991). Rapport du groupe d'étude sur la réduction de la toxicomanie. Ottawa: Approvisionnement et services Canada.

- Simpson, D.D. (1979). The Relation of Time Spent in Drug Abuse Treatment to Posttreatment Outcome. American Journal of Psychiatry, 136, 1449-1453.
- Simpson, D.D., Friend, H.J. (1988). Legal Status and Long Term Outcomes for Addicts in the Darp Follow-up. Project in NIDA Research Monograph Series. Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical Practice, 86. (pp. 81-98).Rockville. M.D: National Institute on Drug Abuse.
- Steer, R.A. (1980). Psychological Correlates of Retention in Methadone Maintenance. International Journal of the Addictions, 7, 549-558.
- U.S Department of Justice (1988). Treatment Alternativrs to Street Crime: TASC Program. Washington. Bureau of Justice Assitance.
- Wexler, H.K., Williams, R. (1986). The Stay'n Out Therapeutic Community: Prison Treatment for Substance Abusers. Journal of Psychoactive Drugs, 18, 221-230.

CHAPITRE 6

**Recommandations concernant les services à offrir
aux personnes présentant une double
problématique toxicomanie/délinquance**

Les recommandations qui suivent ont été élaborées à partir des résultats des travaux contenus dans les cinq chapitres qui ont été préalablement présentés de même que sur les discussions du comité Toxico-Justice elles-mêmes alimentées par les gens de leur milieu. Ces recommandations se divisent en huit catégories: 1) cadre de référence et structure de liaison; 2) échange d'informations et rencontres; 3) mécanismes d'évaluation de la clientèle; 4) entente type; 5) formation; 6) accès aux services; 7) normes d'agrément; et 8) évaluation des programmes offerts aux personnes judiciarisées.

6.1 CADRE DE RÉFÉRENCE ET STRUCTURE DE LIAISON

COMPTE TENU

- Qu'un protocole d'entente entre les ministères de la Sécurité publique et de la Santé et des Services sociaux a déjà été signé et identifie les zones de responsabilités respectives de chaque ministère (voir annexe).
- Que les intervenants des réseaux concernés sont appelés à travailler ensemble auprès d'un même contrevenant et que des moyens sont nécessaires pour maximiser la concertation opérationnelle.
- De la nécessité d'assurer une liaison permanente entre les instances concernées.
- De l'ampleur des démarches qui devront être réalisées pour actualiser les recommandations.
- De l'importance d'effectuer une évaluation des résultats.

NOUS RECOMMANDONS

1. Que les Régies Régionales mettent sur pied des comités de travail¹ chargés de l'élaboration et du suivi du plan de coordination des services dont la composition et les mandats seront évalués périodiquement.
2. Que ces comités regroupent des représentants de la Régie Régionale, de la Justice, de la Sécurité publique, des centres de réadaptation et des organismes d'aide et de soutien aux personnes toxicomanes.
3. Que ces comités élaborent et diffusent à tous les intervenants concernés un cadre de référence entériné par les instances décisionnelles (représentants de chacun des réseaux) qui traitera des thèmes suivants: zones de responsabilités respectives, confidentialité des informations, modalités de collaboration, mécanismes de communication, etc...; qu'ils favorisent et supportent l'utilisation de ce cadre de référence tout en assurant le suivi.
4. Que ces comités soient responsables de la mise en application des recommandations contenues dans ce document.

6.2 ÉCHANGE D'INFORMATION ET RENCONTRES

COMPTE TENU

- Que les intervenants des ministères de la Justice et de la Sécurité publique méconnaissent les services offerts par les centres publics en toxicomanie ainsi que leurs critères d'admission et d'inscription (cf. chapitre 3).

¹ Les Régies Régionales pourraient s'unir pour former un comité supra-régional.

- Que les intervenants des ministères de la Justice et de la Sécurité publique manifestent le besoin de savoir quelles ressources sont disponibles et quand elles le sont.
- Que les intervenants des centres de réadaptation publics méconnaissent le processus judiciaire et correctionnel de même que les services offerts par les ministères de la Justice et de la Sécurité publique.

NOUS RECOMMANDONS

5. Que les responsables de chacune des organisations (établissements, organismes, services,...) concernées diffusent de l'information à leurs partenaires sur leur mission et l'éventail des services offerts. Des moyens tels dépliant, vidéo, rencontre avec les partenaires des milieux concernés, colloque régional pourraient être utilisés.

6.3 MÉCANISMES D'ÉVALUATION DE LA CLIENTÈLE

COMPTE TENU

- Qu'il n'existe pas présentement entre les réseaux concernés de mécanismes complémentaire d'évaluation des besoins des usagers-contrevenants.
- Que l'évaluation des problèmes de toxicomanie peut être partagée entre les intervenants des différents réseaux.
- De la nécessité d'éviter le dédoublement des interventions auprès de la clientèle.
- Que l'accès aux services de réadaptation de la clientèle judiciairisée doit être favorisé.

NOUS RECOMMANDONS

6. Que les réseaux concernés conviennent de mécanismes communs d'évaluation des besoins de la clientèle.
7. Que ces mécanismes permettent d'évaluer 1) la problématique dominante de l'individu (toxicomanie ou délinquance); 2) le degré de motivation de l'individu face à un éventuel traitement en toxicomanie; et 3) le type de programme nécessaire en privilégiant la mesure la moins lourde.
8. Que ces mécanismes d'évaluation des besoins de la clientèle soient développés conjointement par les intervenants des organisations concernées.
9. Qu'on évalue la pertinence et la possibilité d'adapter ou de développer des instruments d'évaluation standardisés de la clientèle.

6.4 ENTENTE TYPE

COMPTE TENU

- Que la clientèle des ministères de la Justice et de la Sécurité publique qui bénéficie d'un programme de traitement pour toxicomanie dans la communauté demeure sous la responsabilité des dits ministères en ce qui concerne l'encadrement légal.
- Qu'un mandat important des ministères de la Justice et de la Sécurité publique consiste à apprécier le respect des conditions d'élargissement de la clientèle.

- Qu'une partie de la clientèle judiciairisée, dans le cadre d'une mesure correctionnelle ou judiciaire, peut poursuivre un traitement en toxicomanie.
- Qu'il est nécessaire pour les intervenants de ces ministères de savoir si le traitement a donné les résultats escomptés.
- Que tous les intervenants sont assujettis à la Loi d'accès à l'information et la protection des renseignements personnels.

NOUS RECOMMANDONS

10. Qu'une entente préalable au traitement soit établie conjointement par le client judiciairisé, l'intervenant du centre de réadaptation et celui de la Justice ou de la Sécurité publique concernant la diffusion de certains renseignements.
11. Que les renseignements visés par cette entente soit consignés dans un formulaire prévu à cet effet.
12. Qu'une entente type soit élaborée par les intervenants des organisations concernées.
13. Que cette entente type fasse partie du cadre de référence prévu au point 1.

6.5 FORMATION

COMPTE TENU

- Qu'une forte proportion de la clientèle judiciairisée est aux prises avec un problème de toxicomanie (Détention de Montréal= 33%; Tanguay= 33%; Détention de Trois-Rivières= 43%).
- Qu'une forte proportion de la clientèle des centres de réadaptation publics en toxicomanie est aux prises avec des problèmes légaux (Domrémy-04= 16%; Domrémy-Montréal= 21%; Montérégie= 20%).
- Qu'une partie significative du personnel des réseaux de la Justice et de la Sécurité publique ne possède pas l'expertise nécessaire pour évaluer la dynamique toxicomane de leur clientèle et pour intervenir adéquatement auprès de celle-ci.
- Qu'une partie significative du personnel des centres de réadaptation publics en toxicomanie ne possède pas l'expertise nécessaire pour évaluer la dynamique délinquante de leur clientèle et pour intervenir dans un contexte d'autorité.

NOUS RECOMMANDONS

14. Que soient identifiés par les partenaires concernés les besoins de formation de leurs intervenants.
15. Qu'une formation d'appoint selon les besoins identifiés préalablement soit dispensée par le personnel des centres de réadaptation publics en toxicomanie aux intervenants de la Justice et de la Sécurité publique.

16. Qu'une formation d'appoint selon les besoins identifiés préalablement soit dispensée par le personnel de la Sécurité publique et de la Justice aux intervenants des centres publics de réadaptation en toxicomanie.

6.6 ACCÈS AUX SERVICES

COMPTE TENU

- Que le protocole d'entente entre les deux ministères rappelle la nécessité de l'accessibilité pour la clientèle judiciairisée aux services de réadaptation publics en toxicomanie.
- Qu'une portion de cette clientèle présente un profil bio-psycho-social nettement détérioré.
- Des coûts sociaux importants engendrés par la toxicomanie d'une certaine partie de la clientèle judiciairisée.

NOUS RECOMMANDONS

17. Que les centres de réadaptation publics en toxicomanie puissent accroître, et faciliter l'accès à la clientèle judiciairisée et envisagent de mieux adapter leur programmation en fonction des particularités de cette clientèle (ex: augmenter le nombre d'interventions dans la première période de traitement).

COMPTE TENU

- De l'effet bénéfique de l'encadrement légal sur la motivation d'une partie de la clientèle contrevenante.

NOUS RECOMMANDONS

18. Que soit pris en compte l'ensemble des facteurs motivationnels dans l'évaluation pour l'accès aux services de réadaptation.
19. Que soient structurés des programmes pré-inscription permettant l'intervention sur ces facteurs tout en favorisant de courts délais quant à l'accès aux services en collaboration avec les organisations impliquées.

6.7 NORMES DE RECONNAISSANCE (D'AGRÉMENT)**COMPTE TENU**

- Que les centres de réadaptation publics en toxicomanie n'ont pas la mission d'offrir toute la gamme des services requis par les personnes toxicomanes.
- De la capacité d'accueil limitée des centres de réadaptation.
- Qu'il est préférable pour la clientèle judiciairisée de bénéficier de la mesure la moins lourde possible favorisant le maintien dans le milieu naturel.
- Qu'il existe des réseaux privés et communautaires en mesure de rendre des services à cette clientèle.
- Que les ministères de la Justice et de la Sécurité publique réfèrent déjà une partie de leur clientèle dans les centres privés et communautaires.
- Que des liens de collaboration entre ces ministères et ces organismes sont déjà établis.

- Que les besoins spécifiques de la clientèle de ces ministères ont déjà été identifiés.

NOUS RECOMMANDONS

20. L'actualisation de la démarche de reconnaissance menée par le Ministère de la Santé et des Services sociaux en y associant le Ministère de la Sécurité publique comme partenaire.
21. Que les intervenants des réseaux concernés soient informés des ressources et qu'ils réfèrent la clientèle judiciairisée à la ressource répondant le mieux aux besoins identifiés.

6.8 ÉVALUATION DES PROGRAMMES OFFERTS AUX PERSONNES JUDICIARISÉES

COMPTE TENU

- Du peu d'information disponible concernant les programmes efficaces pour les personnes toxicomanes judiciairisées.
- De la nécessité d'effectuer une démarche d'évaluation de l'impact des services offerts à ces usagers-contrevenants.

NOUS RECOMMANDONS

22. Que l'on prévoit les mesures nécessaires pour évaluer l'impact des programmes offerts aux personnes toxicomanes judiciairisées.

6.9 MÉCANISMES D'ÉVALUATION

COMPTE TENU

- De la nécessité de concertation entre les partenaires des différents réseaux.
- De la démarche novatrice d'une telle concertation.
- De l'importance des besoins identifiés par les partenaires.

NOUS RECOMMANDONS

23. Que l'on prévoit les mesures nécessaires pour évaluer l'impact des mécanismes de collaboration entre les partenaires.

ANNEXE 1

**Faits saillants concernant l'étude de la consommation de substances
psychoactives chez les personnes incarcérées
à l'établissement de détention de Trois-Rivières**

Le Centre de détention de Trois-Rivières est une prison sous juridiction provinciale qui reçoit des hommes sentencés à une peine d'incarcération inférieure à deux ans. Il abrite approximativement 180 détenus. Cet établissement est situé dans une ville au confluent des fleuves Saint-Laurent et Saint-Maurice dont la population est estimée aux alentours de 70 000 habitants. Cette agglomération du centre du Québec est distante d'environ 125 kilomètres des deux grands centres urbains de la province: Montréal et Québec.

1. MÉTHODOLOGIE

a) Collecte des données

La collecte des données s'est déroulée à la fin de l'été 1994. Un clinicien oeuvrant dans un centre public de réadaptation de la toxicomanie de la région avait pour mandat de rencontrer les détenus faisant l'objet de l'étude. Tous les détenus nouvellement admis (moins de quinze jours) au centre de détention de Trois-Rivières entre le milieu du mois d'août et le milieu du mois d'octobre ont été sollicités pour participer à cette étude. Ils étaient informés de la nature du projet, du caractère volontaire de l'étude, de même que de l'entière confidentialité de leurs propos. La présence d'un interviewer extérieur au Service correctionnel facilitait donc leur participation au projet. Au total, 91 détenus se sont vus offrir la possibilité de collaborer à la recherche et seulement 10 d'entre eux ont décliné la proposition.

b) Instrument de mesure

L'instrument de mesure qui a été utilisé dans cette étude est la quatrième version de l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) adapté pour une clientèle en détention qui se veut être une traduction de l'Addiction Severity Index (ASI) (McLellan, Luborsky, O'Brien & Woody, 1980). Cet instrument a déjà été validé auprès d'une population francophone incarcérée au Québec (Brochu & Guyon, 1994).

L'IGT est une entrevue structurée qui se subdivise en sept sections et qui brosse un portrait de la situation bio-psycho-sociale du sujet. Les dimensions évaluées sont 1) la consommation d'alcool; 2) la consommation de drogues; 3) l'état médical; 4) les relations familiales et sociales; 5) l'état psychologique; 6) la situation face à l'emploi et aux ressources financières; et 7) la situation légale.

Tout d'abord destiné à des fins cliniques, l'IGT peut également répondre aux besoins de la recherche. Ainsi, des scores composés élaborés à partir de certaines questions spécifiques aux différentes échelles permettent d'évaluer l'importance des problèmes reliés à la situation des individus pour chacune de ces échelles (Bergeron & al., 1994). 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 problème¹.

2. RÉSULTATS

L'analyse qui suit porte sur 81 détenus nouvellement incarcérés à la prison de Trois-Rivières. Cet échantillon a été divisé en deux groupes: les toxicomanes et les non-toxicomanes. Cette distinction a été effectuée à partir des scores composés aux échelles Alcool et Drogue, regroupant sous le vocable "toxicomanes", les individus dont les scores indiquaient une gravité considérable à l'une ou l'autre de ces échelles. Pour l'alcool, ce score devait être supérieur à 0,340 alors que pour la drogue, il devait se trouver au-dessus de 0,120².

¹ 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 0,4 à l'échelle Alcool et 0,2 à l'échelle Drogue qu'il a un problème de consommation deux fois plus important avec l'alcool qu'avec la drogue.

² La toxicomanie des individus incarcérés a été évaluée à partir de la moyenne des scores composés des individus en traitement dans un centre de réadaptation en toxicomanie.

a) Profil socio-démographique

On remarque que 56,8% (n=46) des nouveaux arrivants à l'établissement de détention de Trois-Rivières ont été jugés comme non-toxicomanes alors que les 43,2% restants (n=35) ont constitué le groupe des toxicomanes. De ce nombre, 31,4% présentaient une assuétude à la fois à l'alcool et à une drogue (principalement la cocaïne), 28,6% éprouvaient une dépendance uniquement envers l'alcool et 17,1% des détenus toxicomanes consommaient de la cocaïne de façon abusive. Finalement, 5,7% des personnes incarcérées à Trois-Rivières présentant une dépendance ont déclaré avoir des problèmes avec plusieurs drogues.

On remarque aussi que même si les scores composés indiquent qu'il existe un problème de dépendance à un produit, quatre détenus jugés toxicomanes soutiennent qu'ils n'ont pas de problème d'assuétude. Ils ne perçoivent pas leur forte consommation comme étant le signe d'une toxicomanie. Ainsi, trois des quatre individus ont mentionné qu'ils ont été en état d'intoxication plus de 10 jours dans le mois qui a précédé leur incarcération. Cette situation durait depuis au moins un an et pouvait s'étendre jusqu'à 22 ans. La même situation s'est aussi présentée pour un individu qui a consommé à tous les jours différentes substances illégales (opiacés autre que l'héroïne, barbituriques, sédatif) dans les 30 jours qui ont précédé son arrivée à l'établissement de détention. De plus, la gravité des problèmes de consommation de ces individus était jugée comme importante par l'interviewer. Pour ces raisons, le score composé de ces détenus s'est révélé être élevé même s'ils ne se percevaient pas comme toxicomanes.

Existe-t-il une différence entre les deux groupes quant à la nature du délit commis qui les a mené à purger leur sentence actuelle? Le tableau 1 présente la situation délictuelle des sujets. L'infraction la plus souvent commise par les toxicomanes est contre l'application de la loi (28,6%). Viennent ensuite les infractions au code de la route autres que la conduite en état d'ivresse (20%) puis les voies de fait (14,3%). Chez les non-toxicomanes, le délit le plus souvent répertorié est le vol (28,3%) puis tout comme les toxicomanes, les infractions au code de la route (21,7%) et les voies de fait (13,0%). Ces résultats mettent en doute deux hypothèses régulièrement rencontrées dans l'explication de la relation drogue-crime.

Premièrement, on retrouve plus de vols chez les personnes qui ne sont pas dépendantes à une substance psychoactive que parmi celles qui ont développé une assuétude à une drogue quelconque. Ces chiffres remettent en question la croyance voulant que les toxicomanes commettent leurs crimes en fonction de se procurer l'argent nécessaire à leur consommation. D'ailleurs, les personnes non-toxicomanes (n=6) rapportent avoir retiré des gains moyens de 2116\$ provenant d'activités illégales dans le mois précédant leur incarcération alors que cette moyenne n'est que de 427\$ pour les individus dépendants (n=4) à une substance psychoactive (les moyennes présentées ne tiennent pas compte de ceux qui n'ont pas commis de crimes acquisitifs). Toutefois, comme l'écart type est de 2946\$ pour les non-toxicomanes, et de 431\$ pour les toxicomanes, il est préférable de se référer au mode et à la médiane. Le mode et la médiane du montant des dettes des non-toxicomanes sont de 1000\$ alors que la médiane est de 350\$ pour les toxicomanes (il n'y a pas de mode). Le nombre de sujets étant très petit, il importe de ne considérer ces informations qu'à titre d'indication.

Deuxièmement, l'idée fort répandue selon laquelle les toxicomanes sont plus enclins à manifester des comportements violents ne se trouve pas appuyée par cette étude. On remarque en fait qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes quant à ce type d'infraction.

Tableau 1
Répartition des répondants de la prison de Trois-Rivières
selon le type de délits commis ayant mené à la présente incarcération

TYPES DE DÉLIT	TOXICOMANES		NON-TOXICOMANES		TOTAL	
	%	n	%	n	%	n
VOL	8,6	3	28,3	13	19,8	16
CONTRE APPLICATION DE LA LOI	28,6	10	8,7	4	17,3	14
VOIE DE FAIT	14,3	5	13,0	6	13,6	11
DROGUE	5,7	2	6,5	3	6,2	5
FRAUDE	2,9	1	4,3	2	3,7	3
MÉFAIT	2,9	1	2,2	1	2,5	2
VOL QUALIFIÉ	2,9	1	2,2	1	2,5	2
NÉGLIGENCE CRIMINELLE	5,7	2	0,0	0	2,5	2
VIOL, INCESTE	0,0	0	2,2	1	1,2	1
CONDUITE EN ÉTAT D'IVRESSE	8,6	3	10,9	5	9,9	8
AUTRES INFRACTIONS AU CODE DE LA ROUTE	20,0	7	21,7	10	21,0	17
TOTAL	100,0	35	100,0	46	100,0	81

En plus d'analyser la nature des délits commis par les deux groupes étudiés, il peut être intéressant d'étudier la fréquence à laquelle les délits sont commis. On a donc comparé le nombre de jours au cours desquels les personnes incarcérées toxicomanes et non-toxicomanes ont réalisé des actes criminels le mois qui a précédé leur emprisonnement (en excluant ceux qui n'en ont point fait). Les résultats indiquent que ce nombre est relativement équivalent pour les deux groupes (9 jours vs 7,5 jours). L'écart type étant élevé (9,4 jours dans les deux cas) il est donc préférable d'analyser le

mode et la médiane. On remarque que le mode équivaut à 1 dans les deux cas alors que la médiane se situe à 3 pour les toxicomanes et à 4 pour les non-toxicomanes. Nous sommes donc en présence de groupes plutôt semblables quant au nombre de jours d'activités criminelles dans le mois qui a précédé leur emprisonnement.

Par ailleurs, lorsqu'on dresse une comparaison sur le nombre de mois de détention antérieure des sujets³, on s'aperçoit que les détenus qui abusent de drogues ont un passé d'incarcération assez semblable aux prisonniers qui ne surconsomment pas. En effet, on note un taux moyen d'emprisonnement antérieur de 17,6 mois pour le premier groupe et de 16,7 mois pour le second. La médiane (11 vs 4) indique cependant qu'un nombre plus important de détenus toxicomanes ont eu des sentences antérieures élevées. Il faut toutefois faire attention à l'interprétation des résultats car la taille relativement réduite de l'échantillon permet que quelques individus purgeant une grosse sentence influencent considérablement la moyenne du groupe auquel ils appartiennent.

En plus de fournir de l'information sur la consommation et la criminalité des personnes incarcérées, l'IGT permet également d'amasser certaines données socio-démographiques concernant les détenus toxicomanes et non-toxicomanes. Ainsi, cet échantillon d'homme incarcéré présente une moyenne d'âge sensiblement identique pour les deux groupes (31,2 ans vs 31,6 ans). On constate par ailleurs que les toxicomanes sont plus souvent célibataires que les non-toxicomanes bien que cette différence ne soit pas statistiquement significative (74,3% vs 63,0%). On remarque aussi que les personnes dépendantes à une substance psychoactive vivaient plus souvent seules (45,7% vs 28,3%) ou en institution (11,4% vs 4,3%) dans les 30 jours qui ont précédé leur incarcération que celles qui n'avaient pas de problèmes de dépendance. À l'inverse, les non-toxicomanes résidaient plus souvent avec des membres de leur entourage (conjoint (37%), parents (15,2%), famille (13%)) que ne pouvaient le faire les toxicomanes le mois avant leur emprisonnement (25,7%, 8,6% et 5,7%). Les tableaux 2 et 3 présentent l'état civil et les conditions de vie des sujets des deux groupes avant leur incarcération.

³ Le nombre de mois d'incarcération exclut la sentence actuelle.

Tableau 2
Distribution de l'état civil des répondants de la prison de Trois-Rivières

ÉTAT CIVIL	TOXICOMANES		NON-TOXICOMANES		TOTAL	
	%	n	%	n	%	n
célibataire	74,3	26	63,0	29	67,9	55
marié/conjoint de fait	17,1	6	23,9	11	21,0	17
séparé/divorcé	8,6	3	10,9	5	9,9	8

Tableau 3
Conditions de vie des répondants de la prison de Trois-Rivières au cours des 30 derniers jours

	TOXICOMANES		NON-TOXICOMANES		TOTAL	
	%	n	%	n	%	n
seul	45,7	16	28,3	13	35,8	29
relation de couple	25,7	9	37,0	17	32,1	26
parents	8,6	3	15,2	7	12,3	10
famille	5,7	2	13,0	6	9,9	8
institution	11,4	4	4,3	2	7,4	6
amis	2,9	1	2,2	1	2,5	2

Sur un autre plan, on observe qu'une proportion plus faible de personnes incarcérées éprouvant des problèmes de toxicomanie occupaient un emploi stable dans les trois années qui ont précédé le moment où ils ont été rencontrés. Seulement 20% de ces gens avaient un travail comparativement à 39,1% des personnes dont le score de gravité n'indique pas de toxicomanie (tableau 4). Étrangement, les personnes non-toxicomanes étaient représentées plus fortement dans la catégorie des personnes dont la scolarité se situe entre une et sept année d'école. Vingt-et-un

pour-cent de celles-ci n'avaient pas une septième année alors que cette proportion chute à 8,6% pour les personnes toxicomanes (tableau 5). Ainsi, il semble que le nombre d'années de scolarité ne soit pas garant d'un emploi.

Tableau 4
Occupation des répondants de la prison de Trois -Rivières
au cours des 3 dernières années

OCCUPATIONS	TOXICOMANES		NON-TOXICOMANES		TOTAL	
	%	n	%	n	%	n
Aide sociale	40,0	14	32,6	15	35,8	29
travail	20,0	7	39,1	18	30,9	25
instable	22,9	8	15,2	7	18,5	15
retraite/invalidité	5,7	2	4,3	2	4,9	4
milieu institutionnel	5,7	2	2,2	1	3,7	3
étude	2,9	1	4,3	2	3,7	3
chômage	2,9	1	2,2	1	2,5	2

Tableau 5
Distribution de la scolarité chez les répondants de la prison de Trois-Rivières

SCOLARITÉ	toxicomanes		non-toxicomanes		total	
	%	n	%	n	%	n
1-7 ans	8,6	3	21,7	10	16,0	13
8-11 ans	65,7	23	54,3	25	59,3	48
12 ans et +	25,7	9	23,9	11	24,7	20

b) Profil bio-psycho-social

Le tableau 6 présente les scores composés du groupe de détenus toxicomanes et ceux de l'échantillon des personnes incarcérées qui ne le sont pas. La comparaison du score composé moyen de chacun des groupes tend à démontrer que les problèmes qu'éprouvent les toxicomanes dans les différentes sphères de leur vie sont dans l'ensemble plus importants que ceux rencontrés chez les personnes qui ne sont pas dépendantes. Mis à part le fait que les toxicomanes incarcérés présentent des scores composés plus élevés à l'échelle de consommation d'alcool et de drogue, ce qui est normal puisque ces échelles ont servi à différencier les deux groupes, on remarque qu'ils obtiennent un score composé significativement supérieur sur l'échelle "Emploi" de l'IGT. Ces résultats sont concordant avec la description que nous avons faite précédemment. On remarquait alors que les toxicomanes occupaient moins souvent un emploi que les non-toxicomanes. Par ailleurs, bien que ces différences ne soient pas statistiquement significatives, il semblerait que leur état de santé, la qualité de leurs relations sociales et familiales, leur état psychologique de même que leur situation légale soient légèrement plus détériorés que ceux des personnes qui ne sont pas toxicomanes.

Tableau 6
Scores composés moyens des toxicomanes et des non-toxicomanes
de la prison de Trois-Rivières

PRISON TROIS-RIVIÈRES				
ÉCHELLE	non-toxicomanes (n = 46)	toxicomanes (n = 35)	test T	Signif.
alcool	0,132	0,369	5,95	0,000**
drogue	0,024	0,121	5,98	0,000**
médical	0,234	0,250	0,23	0,822
emploi	0,692	0,838	2,67	0,009*
famille	0,215	0,254	0,75	0,453
psychologique	0,229	0,244	0,35	0,727
légal	0,244	0,310	1,56	0,124

** significatif à $p < 0,001$

* significatif à $p < 0,01$

L'analyse pour chaque échelle de l'IGT de la gravité des scores composés des toxicomanes incarcérés en fonction de la principale substance de dépendance apporte des résultats intéressants. Le tableau 7 présente les scores composés moyens des toxicomanes selon les substances principales. A la lecture de ce tableau, on constate qu'à l'exception de l'état psychologique, un profil bio-psycho-social plus détérioré est diagnostiqué chez les personnes qui éprouvent des problèmes de consommation avec la cocaïne seulement. On aurait plutôt envisagé que les sujets qui ont des problèmes avec plusieurs substances (alcool et drogue) auraient présenté un profil plus dégradé.

Tableau 7
Scores composés moyens selon les substances principales: alcool; cocaïne; ainsi que
alcool+drogue chez les toxicomanes de la prison de Trois-Rivières

ÉCHELLES	SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	TOXICOMANES	
		X	n
MÉDICAL	ALCOOL	0,2989	10
	COCAÏNE	0,3417	6
	ALCOOL+DROGUE	0,1722	11
FAMILLE	ALCOOL	0,2182	10
	COCAÏNE	0,3232	6
	ALCOOL+DROGUE	0,2578	11
PSYCHOLOGIQUE	ALCOOL	0,2901	10
	COCAÏNE	0,2675	6
	ALCOOL+DROGUE	0,2459	11
EMPLOI	ALCOOL	0,8754	10
	COCAÏNE	0,9208	6
	ALCOOL+DROGUE	0,8897	11
LÉGAL	ALCOOL	0,2871	9
	COCAÏNE	0,5034	5
	ALCOOL+DROGUE	0,2751	11

On peut constater par ailleurs certaines différences au niveau psychologique entre les détenus toxicomanes et non-toxicomanes. Ainsi, les personnes incarcérées dépendantes à une substance psychoactive ont démontré une plus grande difficulté à contrôler leurs comportements violents dans les 30 jours qui ont précédé leur incarcération. Cette différence (51,4% vs 23,9%, $p < 0,01$), statistiquement significative, se traduit par un pourcentage de 51,4% des sujets toxicomanes qui ont répondu éprouver de la difficulté à maîtriser leurs comportements agressifs contrairement à 23,9% pour l'autre groupe. Ils étaient également plus nombreux à prendre un médicament prescrit pour des

problèmes d'ordre psychologique ou émotionnel (22,9% vs 6,5%). Par contre, si l'on considère les trois années antérieures à leur séjour institutionnel, seule la prise de médicaments pour des troubles psychologiques ou émotionnels distingue les deux groupes à cet égard, les toxicomanes étant plus enclins à en utiliser (51,4% vs 21,7%).

ANNEXE 2

Piste d'évaluation du besoin d'encadrement d'un toxicomane judiciairisé

Par Serge Brochu et Roch Tremblay

(Février 1995)

Les propos recueillis auprès des différents partenaires ont permis de constater que l'évaluation de la clientèle toxicomane-judiciarisée constituait une préoccupation majeure. On note aussi que cette évaluation devrait s'effectuer à trois niveaux: l'évaluation de la toxicomanie, l'évaluation du degré de motivation des individus et l'évaluation des niveaux d'encadrement nécessaire au client.

Il existe au Québec certains instruments déjà construits qui permettent de réaliser cette évaluation. Ainsi, en ce qui concerne la toxicomanie, l'indice de gravité d'une toxicomanie (IGT), l'Alcohol Dependency Scale (ADS), le Drug Abuse Screening Test (DAST) et le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disease (DSM IV) sont des instruments qui peuvent permettre une telle évaluation. Au niveau de la motivation, il existe également certains instruments permettant de l'évaluer. Il s'agit de l'University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA), du questionnaire "Ai-je réellement un problème" et du questionnaire sur les "pour" et les "contre" au changement. Quant au niveau d'encadrement nécessaire, Brochu et Tremblay ont développé une grille permettant de mieux l'évaluer. Le lecteur trouvera une copie de ces questionnaires dans les pages qui suivent.

POLE I: INAFFECTIVITÉ / AFFECTIVITÉ

STRUCTURE ENCADRANTE FORTE

Absence de remords ou de culpabilité

- . Peu conscient de l'effet de ses comportements sur son entourage
- . Peu ou pas de désirs de changement

Grande difficulté à faire preuve d'empathie

Difficilement touché par son entourage

Peu d'introspection

STRUCTURE ENCADRANTE FAIBLE

Présence de remords ou de culpabilité

- . Conscient de l'effet de ses comportements sur son entourage
- . Désirs de changement (habituellement extrinsèque)

Capacité d'empathie

Se laisse toucher par son entourage

Capacité d'introspection

POLE II: AGRESSIVITÉ / DÉPRESSION

STRUCTURE ENCADRANTE FORTE

Conflit avec l'autorité vécu à travers chacune des étapes de la vie

"Acting out" externalisé

Difficulté à accepter l'encadrement

Se dit rejeté de beaucoup d'activités

. A cause de l'"acting out"

Adaptation au milieu de façon:

. Active
 . Agressive
 . Hostile Puissance
 . Provocatrice
 . Anti ...

Agression dirigée vers l'extérieur

Déroulement principal:

. L'"acting out"

Valorisation de l'"acting out"

Dominante offensive

STRUCTURE ENCADRANTE FAIBLE

Peut vivre des conflits avec l'autorité (souvent centré sur la consommation)

Peu d'"acting out" externalisé

Capacité d'accepter l'encadrement

Abandonne de lui-même un tas d'activités

Adaptation au milieu de façon:

. dépendante
 . substance Impuissance
 . habitude de vie

Agression dirigée vers soi

Déroulement principal:

. la drogue

Dévalorisation de l'"acting out"

Dominante passive

POLE III: LABILITÉ AFFECTIVE / STABILITÉ AFFECTIVE

STRUCTURE ENCADRANTE FORTE

Pas de lutte intérieure: l'action précède la pensée.

Instabilité: en relation avec le caractère

Motif initial de consommation:

- . Plaisir de la liberté sans contrôle
- . Vivre intensément de nouvelles expériences

Absence de freins moraux

Difficulté à s'astreindre à une activité régulière, spécialement s'il s'agit d'une activité de routine

Imprévisibilité élevée

Changement d'humeur rapide

STRUCTURE ENCADRANTE FAIBLE

Présence de lutte intérieure

Motif initial de consommation

- . Anesthésie
- . Scotomiser l'environnement

Présence de freins moraux

Capacité de s'astreindre à une activité régulière, même si l'habitude peut être ennuyeuse

Imprévisibilité moyenne

Humeur plutôt stable

POLE IV: EGOCENTRISME / ALTRUISME

STRUCTURE ENCADRANTE FORTE

Centration sur soi de façon paranoïde

- . Contact égocentrique
- . Importance de l'image de puissance
- . Se dit victime de la société
- . Destruction de l'environnement
- . Attaque; "acting out"
- . Attitude de défi
- . Imprévisibilité
- . Irresponsabilité

Se présente avec une image de soi gonflée

Incapacité d'accepter le blâme

- . Projection sur autrui
- . Mythomanie
- . Fabulation

STRUCTURE ENCADRANTE FAIBLE

Centration sur soi de façon dépressive

- . Sentiment d'impuissance
- . Insécurité
- . Victimisation
- . Auto-destruction
- . Suicide (tentative)
- . Anxiété
- . Angoisse
- . Culpabilité

Se présente avec une faible image de soi

Accepter le blâme

- . Intériorisation

De quand date votre dernière consommation (pour chacun des produits et la quantité consommée)?

Quelle a été votre consommation habituelle au cours des trois derniers mois (produits et quantité)?

Utilisez la grille suivante pour répondre à ces questions.

	30 dern. jours	Âge 1 ^{er} cons.	Âge cons. rég.	Années d'utilisation	Mois consommation	Critères d'utilisation : Utilisation régulière = 3 fois/sem. ou 2 jours et + consécutifs pendant au moins un mois. Alcool «jusqu'à intoxication» = 3 consommations d'alcool en une seule séance. Mode d'administration : 1- oral 2- nasal (sniffé) 3- fumé 4- injecté (non intra-veineux - non IV) 5- injecté (IV) N/A - ne s'applique pas Utilisez la consigne N/A pour les questions concernant l'âge.
1. Alcool (toute utilisation)						
2. Alcool (jusqu'à intoxication)						
3. Héroïne						
4. Méthadone						
5. Autres opiacés/ analgésiques						
6. Barbituriques						
a) Autres séd./hypn./ tranquillisants						
b) Antipsychotiques/ antidépresseurs/lithium						
7. Cocaïne						
8. Amphétamines						
9. Cannabis						
10. Hallucinogènes						
11. Inhalants						

Remarque : Voir dans le manuel les exemples représentatifs de chaque catégorie de drogues.

3. Plus d'une substance par jour (y compris l'alcool)
30 dern. jours à vie

--	--	--	--

4. Quelle(s) substance(s) cause(nt) un problème majeur?
Veuillez coder comme précédemment, ou

--	--

00 - pas de problème
15 - alcool et drogues (double toxicomanie);
16 - polydrogues;
en cas d'incertitude demandez au répondant.

15. Quelle a été la durée de votre dernière période d'abstinence volontaire de cette substance? (en mois)

--	--

- 00 - Jamais abstinent
- 01 - au moins un mois
- 98 - 98 mois et plus
- 99 - ne sait pas ou refus de répondre
- N/A si 00 à Qu. 14.

16. Depuis combien de mois cette abstinence a-t-elle cessé?

--	--

- 00 - Encore abstinent
- 98 - 98 mois et plus
- 99 - ne sait pas ou refus de répondre
- N/A - ne s'applique pas puisque n'a jamais été abstinent

17. Combien de fois avez-vous eu :

- le déiirium tremens (*alcool*)?
- une surdose (*drogues*)?

18. Combien de fois dans votre vie avez-vous été traité :

- pour l'abus d'alcool uniquement?
- pour l'abus de drogues uniquement?
- pour l'abus d'alcool et de drogues?

19. Parmi ces traitements, combien étaient des cures de désintoxication seulement?

N/A si 0 à la Qu. 18

- pour l'alcool uniquement?
- pour la drogue uniquement?
- pour l'alcool et la drogue?

20. Au cours des 30 derniers jours, combien d'argent estimez-vous avoir dépensé :

9998 = 9998\$ et +

9999 - ne sait pas ou refus de répondre

- pour de l'alcool?
- pour des drogues?

21. Au cours des 30 derniers jours, combien de jours avez-vous été traité en externe pour des problèmes d'alcool ou de drogues?

(y compris AA-CA-NA)?

--	--

22. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous éprouvé :

- des problèmes d'alcool?
- des problèmes de drogues?

QUESTIONS 23 ET 24 : DEMANDEZ AU REpondANT D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4).

156

23. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par :

- ces problèmes d'alcool?
- ces problèmes de drogues?

24. Dans quelle mesure vous semble-t-il important, maintenant, d'avoir un traitement pour :

- ces problèmes d'alcool?
- ces problèmes de drogues?

ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVIEWER (0 À 9)

25a) Quelle est votre estimation de la gravité du problème du répondant?

- pour abus d'alcool?
- pour abus de drogues?

25b) Dans quelle mesure estimez-vous que le répondant a besoin de traitement?

- pour abus d'alcool?
- pour abus de drogues?

ÉVALUATION DE CONFIANCE

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensiblement faussés :

26. ▪ parce que le répondant dissimule la vérité?
1-Oui 2-Non

--

27. ▪ parce qu'il ne comprend pas les questions?
1-Oui 2-Non

--

COMMENTAIRES :

1. Êtes-vous présentement...?
1. Marié(e) et vivant avec votre conjoint(e)
 2. Vivant en union libre avec un(e) conjoint(e)
 3. Séparé(e) (légalement ou non) ou divorcé(e) et ne vivant pas avec un(e) conjoint(e)
 4. Veuf(veuve) et ne vivant pas avec un(e) conjoint(e)
 5. Jamais marié(e) mais ayant vécu dans le passé avec un(e) conjoint(e) dans une union libre
 6. Jamais marié(e) et n'ayant jamais vécu avec un(e) conjoint(e)

2a. Depuis combien de temps êtes-vous dans votre situation présente? (Depuis l'âge de 18 ans, si code 6 à Qu. 1).
 années mois

2b. Êtes-vous satisfait de cette situation?
 1-Oui 2-Non 3-Indifférent

3. Actuellement, êtes-vous...?
1. Propriétaire de votre résidence
 2. Locataire
 3. Chambreur
 4. Chez des parents
 5. En milieu institutionnel
 6. Sans-abri
 7. Autres : (spécifiez) _____

4. Conditions de vie habituelles Actuel- 3 dern.
lement années
-
01. avec le(la) conjoint(e) et les enfants
 02. avec le(la) conjoint(e) seulement
 03. avec les enfants seulement
 04. avec les parents
 05. avec la famille
 06. avec des amis
 07. seul(e) ou en chambre
 08. en milieu institutionnel
 09. avec un(des) colocataire(s)
 10. sans abri
 11. pas de conditions de vie stables (s'applique seulement aux 3 dernières années).

5a. Depuis combien de temps vivez-vous dans les conditions actuelles? (Depuis l'âge de 18 ans, si vous vivez avec vos parents ou votre famille.)
 01- depuis 15 jours à 1 mois
 années mois

5b. Êtes-vous satisfait de ces conditions de vie?
 1-Oui 2-Non 3-Indifférent

6a. Vivez-vous avec quelqu'un qui a des problèmes avec l'alcool?
 1-Oui 2-Non 3-NSP ou refus

6b. Vivez-vous avec quelqu'un qui fait un usage non-médical de drogues?
 1-Oui 2-Non 3-NSP ou refus

7a. Avec qui passez-vous la plupart de vos temps libres?
 1- La famille 2- Les amis 3- Seul(e)

7b. Êtes-vous satisfait de cette façon de passer vos temps libres?
 1-Oui 2-Non 3-indifférent

8. Combien d'amis intimes avez-vous?

COMMENTAIRES :

Personnes	Mère bio.	Mère adopt.	Père bio.	Père adopt.	Frères	Sœurs	Conjoint	Enfants	Autres parents imp.	Amis	Voisins	Coll. de travail	1 - Oui 2 - Non 9 - NSP ou refus N/A - ne s'applique pas car le répondant n'a aucune personne du type mentionné (par exemple : pas de mère adoptive) ou n'a eu aucun contact ou personne décédée. * Demandez l'âge de ou des enfant(s) et inscrie ici
Questions					Nbre :		Nbre :		Nbre* :				
9. Estimez-vous avoir établi une relation étroite et durable avec les personnes suivantes?													
10. Avez-vous connu des périodes significatives de graves problèmes de relation avec?													
À votre avis, certain de vos proches ont-ils eu:					(1)	(2)	(1)	(2)					
11. des problèmes avec l'alcool													
12. des problèmes avec des drogues?													
13. des problèmes psychiatriques?													

REMARQUE : NE RIEN INSCRIRE DANS LES CASES OMBRAGÉES

14. Avez-vous déjà été abusé émotionnellement (par des propos injurieux)?
- Dans les 30 derniers jours? 1-Oui 2-Non
 - Dans la vie? 1-Oui 2-Non

15. Avez-vous déjà été abusé physiquement (en ayant eu des dommages corporels)?
- Dans les 30 derniers jours? 1-Oui 2-Non
 - Dans la vie? 1-Oui 2-Non

16. Avez-vous déjà été abusé sexuellement (en vous faisant imposer des avances ou des relations sexuelles)?
- Dans les 30 derniers jours? 1-Oui 2-Non
 - Dans la vie? 1-Oui 2-Non

17. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous été en conflit grave :
- a) avec votre famille?
 - b) avec d'autres personnes? (à l'exception de la famille)

QUESTIONS 18-21 : DEMANDEZ AU RÉPONDANT D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4).

- Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par :
- 18. ▪ ces problèmes familiaux?
 - 19. ▪ ces problèmes de relation avec les autres (y compris les problèmes reliés à l'isolement et à la solitude)?

- Dans quelle mesure vous semble-t-il important d'obtenir un traitement ou de l'aide pour :
- 20. ▪ ces problèmes familiaux?
 - 21. ▪ ces problèmes de relation avec les autres?

ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVIEWER (0 À 9)

22a. Quelle est votre estimation de la gravité du problème du répondant?

22b. Dans quelle mesure estimez-vous que le répondant a besoin de counseling familial et/ou interpersonnel?

ÉVALUATION DE CONFIANCE

- Les renseignements ci-dessus sont-ils sensiblement faussés :
- 23. ▪ parce que le répondant dissimule la vérité? 1-Oui 2-Non
 - 24. ▪ parce qu'il ne comprend pas les questions? 1-Oui 2-Non

IGT

ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE DU DÉTENU
(0 à 4)

0. Pas du tout
1. Un peu
2. Moyennement
3. Considérablement
4. Extrêmement

IGT

EVALUATION DE GRAVITE PAR L'INTERVIEWER
(0 à 9)

Quelle est votre estimation de la gravité du problème du répondant?

- 0-1 Pas de problèmes réels
- 2-3 Léger problème
- 4-5 Problème moyen
- 6-7 Problème considérable
- 8-9 Problème extrême

Si le répondant a indiqué que dans les 30 derniers jours il a été considérablement ou extrêmement préoccupé par ses problèmes, retenir le chiffre impair de l'évaluation de la gravité faite par l'interviewer. Dans le cas contraire (le répondant a indiqué ne pas être préoccupé ou perturbé ou l'être un peu ou moyennement), retenir le chiffre pair de l'évaluation de gravité faite par l'interviewer.

Dans quelle mesure estimez-vous que le répondant a besoin de traitement?

- 0-1 Traitement non indiqué
- 2-3 Traitement probablement pas nécessaire
- 4-5 Traitement indiqué
- 6-7 Traitement nécessaire
- 8-9 Traitement indispensable

Si le répondant a indiqué qu'il est considérablement ou extrêmement important pour lui de recevoir un traitement, retenir le chiffre impair de l'évaluation de la nécessité de recevoir un traitement faite par l'interviewer. Dans le cas contraire (le répondant a indiqué ne pas avoir besoin de traitement ou un besoin faible ou moyen), retenir le chiffre pair de l'évaluation du besoin de traitement faite par l'interviewer.

CODE _____

DATE _____

QUESTIONNAIRE SUR LE CHANGEMENT

Voici un questionnaire portant sur la façon dont vous percevez les problèmes qui vous ont amené à venir consulter. Lisez attentivement toutes les questions et répondez en encerclant le chiffre correspondant à votre situation. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Si vous avez des difficultés à comprendre n'hésitez pas à demander à la personne responsable de la passation du questionnaire.

Échelle de réponse:

- 1= fortement en désaccord
- 2= moyennement en désaccord
- 3= neutre ou indécis
- 4= moyennement en accord
- 5= fortement en accord

	fortement en désaccord			fortement en accord	
1. D'après moi, je n'ai aucun problème qui nécessite un changement.	1	2	3	4	5
2. Je pense que je suis prêt à faire quelque chose pour m'améliorer.	1	2	3	4	5
3. Je fais quelque chose au sujet des problèmes qui me dérangent.	1	2	3	4	5
4. Ça vaudrait la peine de travailler sur mon problème.	1	2	3	4	5
5. Ce n'est pas moi qui ai un problème; ça n'a pas de sens pour moi d'être ici.	1	2	3	4	5

	fortement en désaccord			fortement en accord	
6. Ca m'inquiète de savoir que le problème que j'avais réglé pourrait revenir, alors je viens ici pour chercher de l'aide.	1	2	3	4	5
7. Je travaille enfin sur mes problèmes.	1	2	3	4	5
8. J'ai pensé à changer quelque chose à propos de moi-même.	1	2	3	4	5
9. J'ai réussi à travailler sur mon problème mais je ne suis pas certain de pouvoir continuer à mettre les efforts par moi-même.	1	2	3	4	5
10. Parfois, mon problème est difficile mais je travaille dessus.	1	2	3	4	5
11. C'est plutôt une perte de temps pour moi d'être ici car le problème n'a rien à voir avec moi.	1	2	3	4	5
12. J'espère qu'ici on va m'aider à mieux me comprendre.	1	2	3	4	5
13. Je suppose que j'ai des défauts mais il n'y a rien que j'aie vraiment besoin de changer.	1	2	3	4	5
14. Je travaille vraiment fort pour changer.	1	2	3	4	5
15. J'ai un problème et je pense vraiment que je devrais travailler dessus.	1	2	3	4	5
16. Je n'ai pas persévéré aussi bien que je l'avais espéré dans les changements que j'ai faits, alors je suis ici pour éviter que mon problème revienne.	1	2	3	4	5
17. Même si je ne réussis pas toujours à changer avec succès, au moins je travaille sur mon problème.	1	2	3	4	5
18. Je pensais qu'une fois que j'aurais réglé mon problème j'en serais débarrassé, mais parfois il m'arrive encore de me retrouver pris avec le même problème.	1	2	3	4	5

	fortement en désaccord			fortement en accord	
19. J'aimerais avoir plus d'idées sur la façon de régler mon problème.	1	2	3	4	5
20. J'ai commencé à travailler sur mes problèmes mais j'aimerais avoir de l'aide.	1	2	3	4	5
21. Peut-être qu'ici on va pouvoir m'aider.	1	2	3	4	5
22. J'aurais besoin d'un coup de main en ce moment pour m'aider à maintenir les changements que j'ai déjà faits.	1	2	3	4	5
23. J'ai peut-être une part de responsabilité dans le problème mais je ne le pense pas vraiment.	1	2	3	4	5
24. J'espère que quelqu'un ici va pouvoir me donner de bons conseils.	1	2	3	4	5
25. N'importe qui peut parler de changer, moi je fais vraiment quelque chose à ce sujet.	1	2	3	4	5
26. C'est ennuyant ces discussions à propos de psychologie. Pourquoi les gens ne peuvent-ils pas juste oublier leurs problèmes?	1	2	3	4	5
27. Je suis ici pour éviter que mon problème revienne.	1	2	3	4	5
28. C'est frustrant, j'ai l'impression que mon problème pourrait revenir même si je croyais l'avoir réglé.	1	2	3	4	5
29. J'ai des soucis comme tout le monde. Pourquoi perdre du temps à y penser?	1	2	3	4	5
30. Je travaille activement sur mon problème.	1	2	3	4	5
31. Je préférerais m'accommoder de mes défauts plutôt que d'essayer de les changer.	1	2	3	4	5
32. Après tout ce que j'ai fait pour essayer de changer mon problème, ça revient encore m'obséder.	1	2	3	4	5

Code _____

Date _____

Ai - je réellement un problème?

Indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord avec chacun des énoncés.

Encerclez le chiffre correspondant à votre réponse en vous référant à l'échelle suivante :

	-3	-2	-1	+1	+2	+3
	Extrêmement en désaccord	Très en désaccord	Assez en désaccord	Assez en accord	Très en accord	Extrêmement en accord
1. Les problèmes qui m'amènent à consulter m'empêchent d'être heureux comme je le voudrais.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
2. Je ne suis pas certain d'être le principal responsable de mes problèmes de consommation.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
3. La vie de nos jours est tellement difficile qu'il est normal d'avoir des problèmes de consommation.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
4. Si je le veux, j'apprendrai à mieux me connaître grâce au traitement dans lequel je m'engage.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
5. Le traitement que je vais suivre m'amènera à vivre des émotions douloureuses.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
6. Ce qui me manque dans la vie ce sont des buts et des projets futurs.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
7. Même si je continue de consommer de temps en temps, ce n'est pas grave.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
8. J'arriverai à changer quels que soient les efforts que je devrai fournir pour y arriver.	-3	-2	-1	+1	+2	+3
9. Je ne suis pas certain que les problèmes que j'ai sont dus à ma consommation.	-3	-2	-1	+1	+2	+3

		-3	-2	-1	+1	+2	+3			
		Extrêmement en désaccord	Très en désaccord	Assez en désaccord	Assez en accord	Très en accord	Extrêmement en accord			
10.	Comparativement à tous les problèmes que cela m'a apportés, le plaisir de consommer en valait la peine.				-3	-2	-1	+1	+2	+3
11.	Je ne sais pas si j'ai le goût de faire beaucoup d'efforts pour régler mes problèmes.				-3	-2	-1	+1	+2	+3
12.	Les gains que je retirerai de mon traitement dépendront de mon désir d'expérimenter de nouvelles façons de faire face à mes problèmes.				-3	-2	-1	+1	+2	+3
13.	Changer me demandera beaucoup d'efforts et ça ne sera pas facile à vivre.				-3	-2	-1	+1	+2	+3
14.	J'ai des rêves ou des projets que je pourrais réaliser si je le veux.				-3	-2	-1	+1	+2	+3
15.	Je pourrais régler la plupart de mes problèmes par de la détente et des vacances.				-3	-2	-1	+1	+2	+3
16.	Je suis prêt à essayer de nouvelles façons de faire face à mes problèmes.				-3	-2	-1	+1	+2	+3
17.	J'ai une bonne idée de ce que je veux faire plus tard lorsque je serai mieux.				-3	-2	-1	+1	+2	+3
18.	Le traitement que j'entreprends ne sera pas facile.				-3	-2	-1	+1	+2	+3
19.	Consommer de l'alcool ou des drogues, c'est normal, ça fait partie de la vie de tous les jours				-3	-2	-1	+1	+2	+3
20.	Je n'ai aucun regret face à mon passé de consommation.				-3	-2	-1	+1	+2	+3
21.	Mes problèmes actuels ne dépendent pas de moi, mais surtout de ce que j'ai vécu dans le passé.				-3	-2	-1	+1	+2	+3

		-3	-2	-1	+1	+2	+3			
		Extrêmement en désaccord	Très en désaccord	Assez en désaccord	Assez en accord	Très en accord	Extrêmement en accord			
23.	Si je pouvais recommencer ma vie, je crois que je ne toucherais jamais à l'alcool ou aux drogues.				-3	-2	-1	+1	+2	+3
24.	J'ai confiance, je suis optimiste face à mon avenir.				-3	-2	-1	+1	+2	+3
25.	De façon générale, je crois que les autres m'évalueraient plus négativement s'ils venaient à savoir que je consulte pour des problèmes de consommation.				-3	-2	-1	+1	+2	+3

Essayez d'estimer, même si c'est difficile, la période de traitement dont vous aurez besoin pour résoudre à votre satisfaction les difficultés personnelles que vous éprouvez présentement:

_____ mois / _____ semaines.

POUR ET CONTRE AU CHANGEMENT

Indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord avec chacun des énoncés suivants. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Servez vous de l'échelle pour répondre aux questions.

1. Pas en accord
2. Quelque peu en accord
3. Assez en accord
4. Très en accord
5. Extrêmement en accord

- | | | |
|-----|---|-------|
| 1. | Certaines personnes vont moins m'apprécier si je change mon comportement. | _____ |
| 2. | Ma santé s'améliorera si je change mon comportement. | _____ |
| 3. | Changer mon comportement demande beaucoup de temps. | _____ |
| 4. | Certaines personnes seront plus contentes si je change mon comportement. | _____ |
| 5. | Je crains d'échouer si j'essaie de changer mon comportement. | _____ |
| 6. | Je serai plus content de moi si je change mon comportement. | _____ |
| 7. | Changer mon comportement me demandera beaucoup d'efforts et d'énergie. | _____ |
| 8. | Je fonctionnerai mieux si je change. | _____ |
| 9. | Je devrai renoncer à certaines choses que j'aime si je change mon comportement. | _____ |
| 10. | Je serai plus heureux si je change mon comportement. | _____ |
| 11. | Je retire certains avantages de mon comportement actuel. | _____ |
| 12. | Certaines personnes iront mieux si je change mon comportement. | _____ |
| 13. | Certaines personnes tirent avantage de mon comportement actuel. | _____ |

14. J'aurai moins de soucis si je change mon
comportement. _____
15. Certaines personnes seront mal à l'aise si je
change mon comportement. _____
16. Certaines personnes seront plus heureuses si
je change mon comportement. _____

**POUR ET CONTRE AU CHANGEMENT
GRILLE D'ÉVALUATION**

1) Calcul des résultats

Pour obtenir le résultat des "pour", additionner les scores obtenus aux questions: 2,4,6,8,10,12,14,16 (chiffres pairs). Pour obtenir le résultat des "contre", additionner les scores obtenus aux questions: 1,3,5,7,9,11,13,15 (chiffres impairs).

2) Interprétation

Si le résultat est **à la fois** plus grand ou égal à 28 points en ce qui concerne les "pour" **ET** plus petit ou égal à 17 points pour les "contre", l'individu est prêt pour l'action. Dans le cas contraire il serait préférable d'envisager de travailler la motivation de la personne avant un engagement dans un processus de changement.

ANNEXE 3

Figures

FIGURE 1

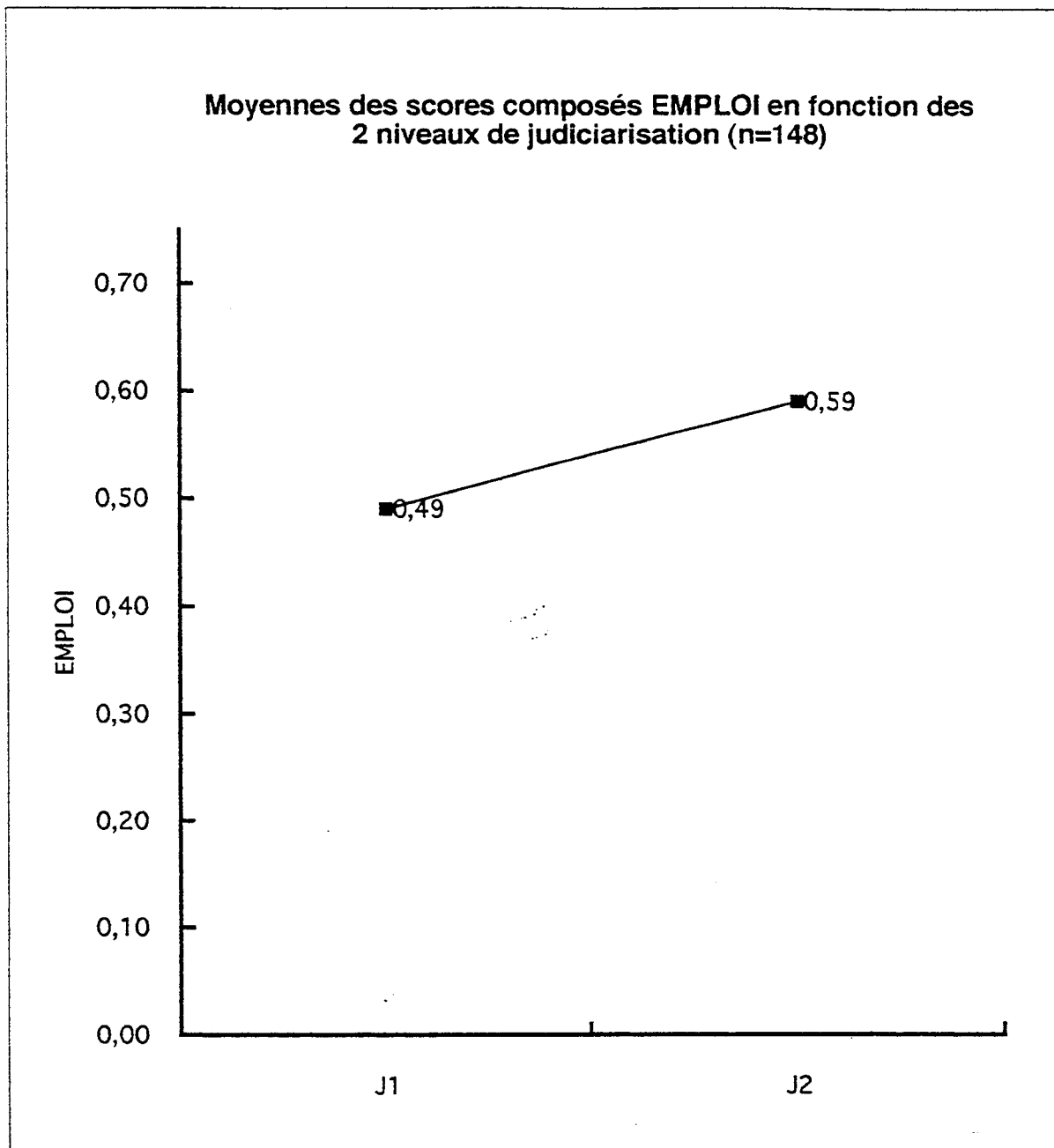


FIGURE 2

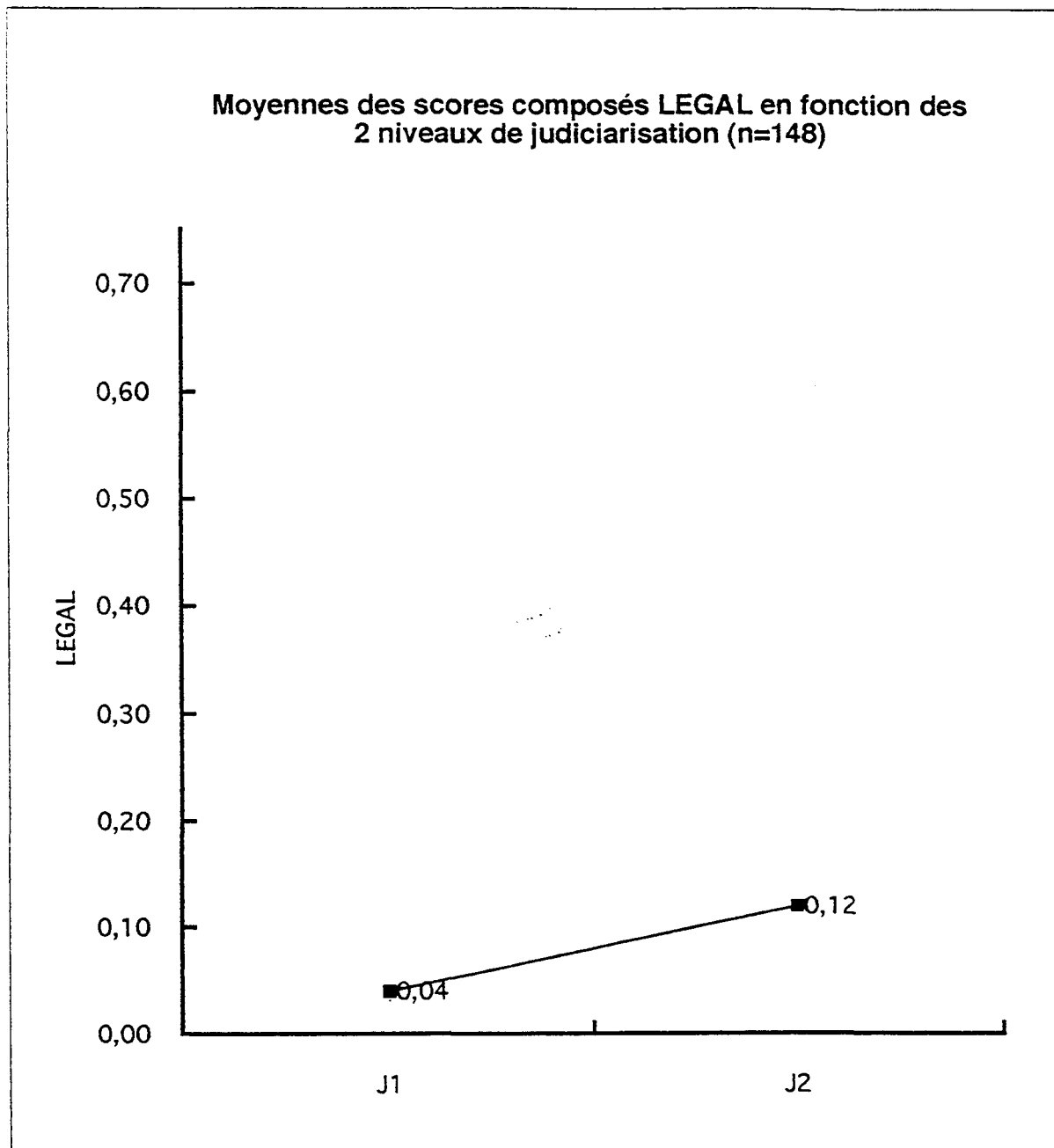


FIGURE 3

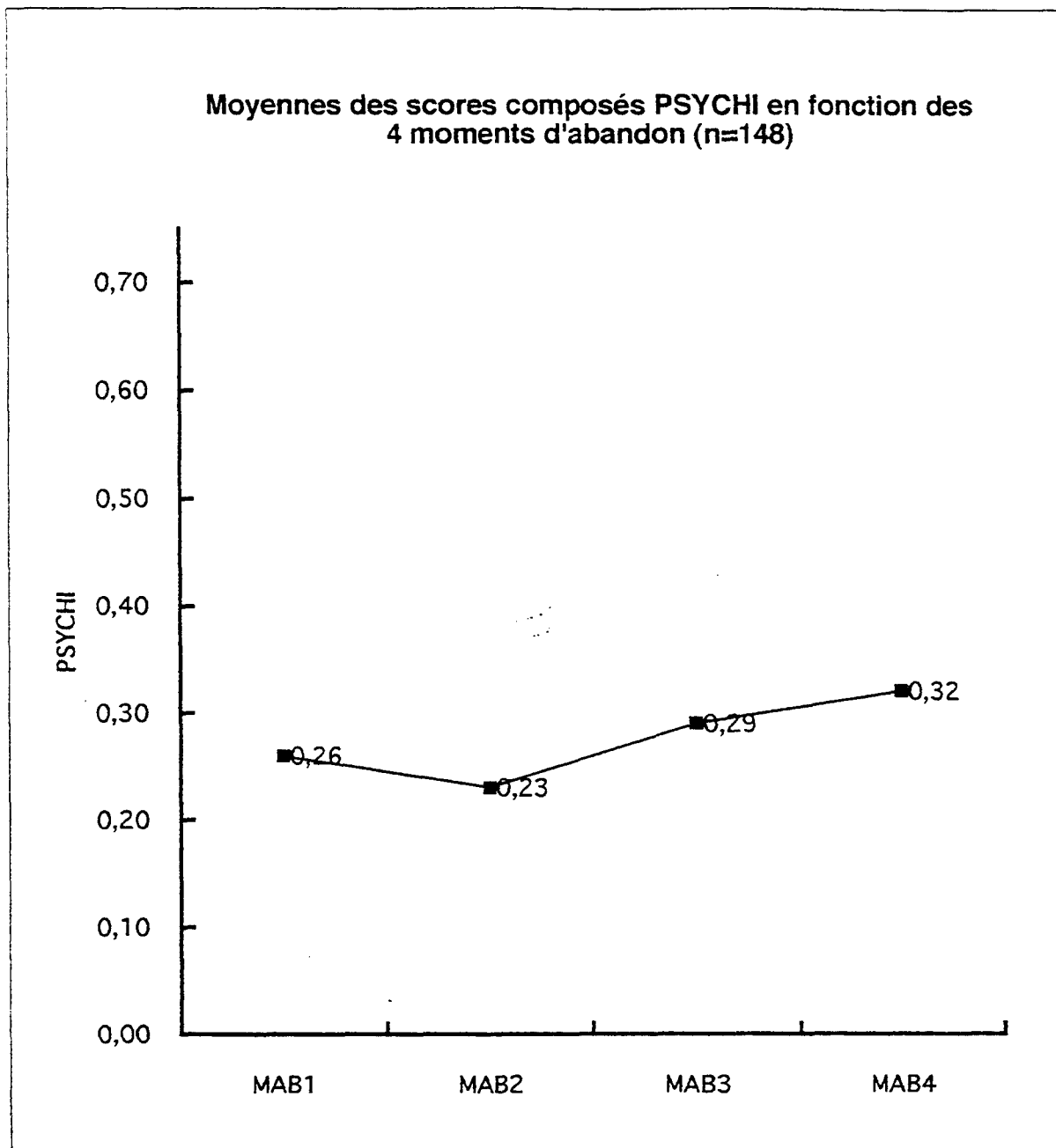


FIGURE 4

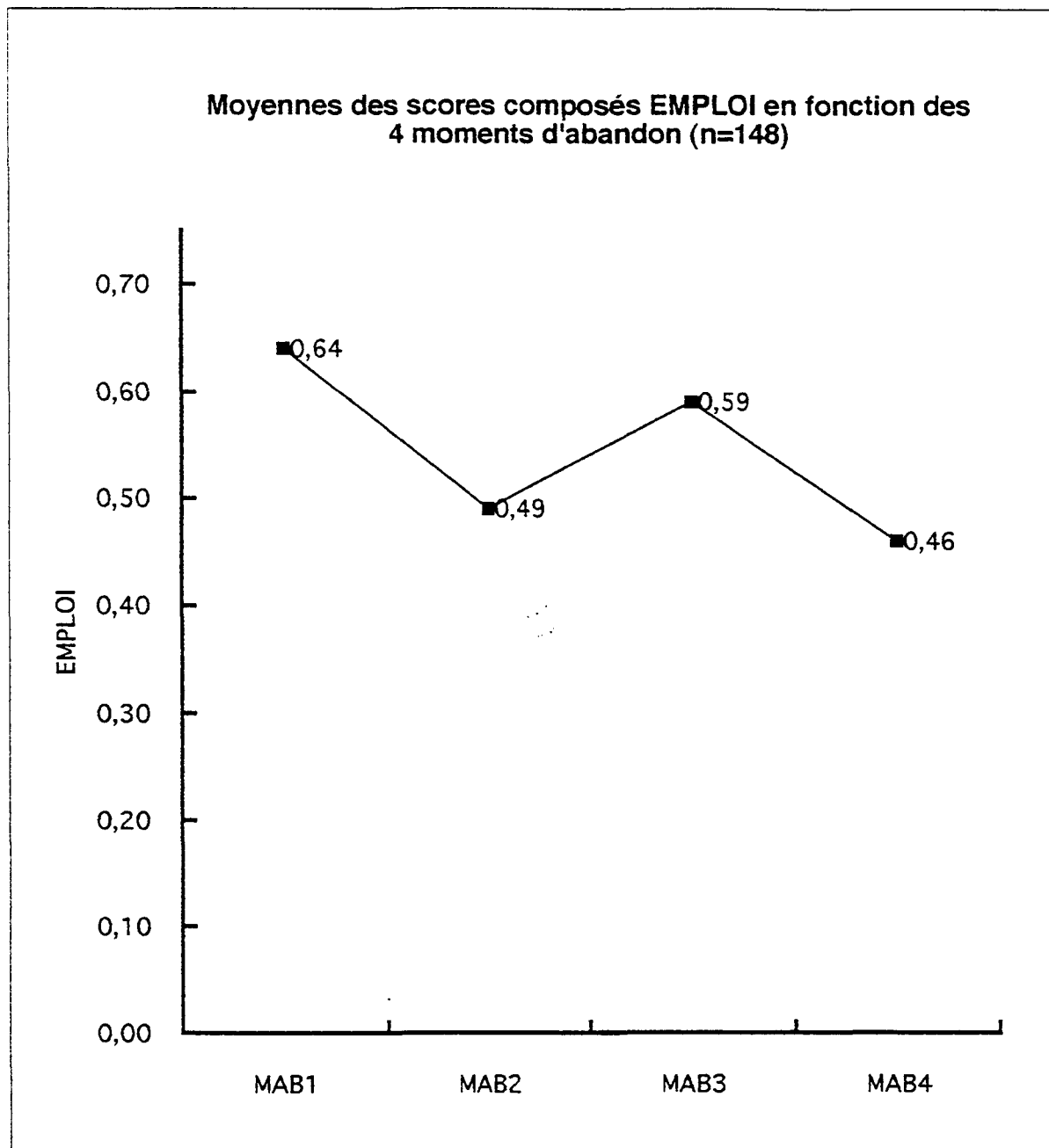
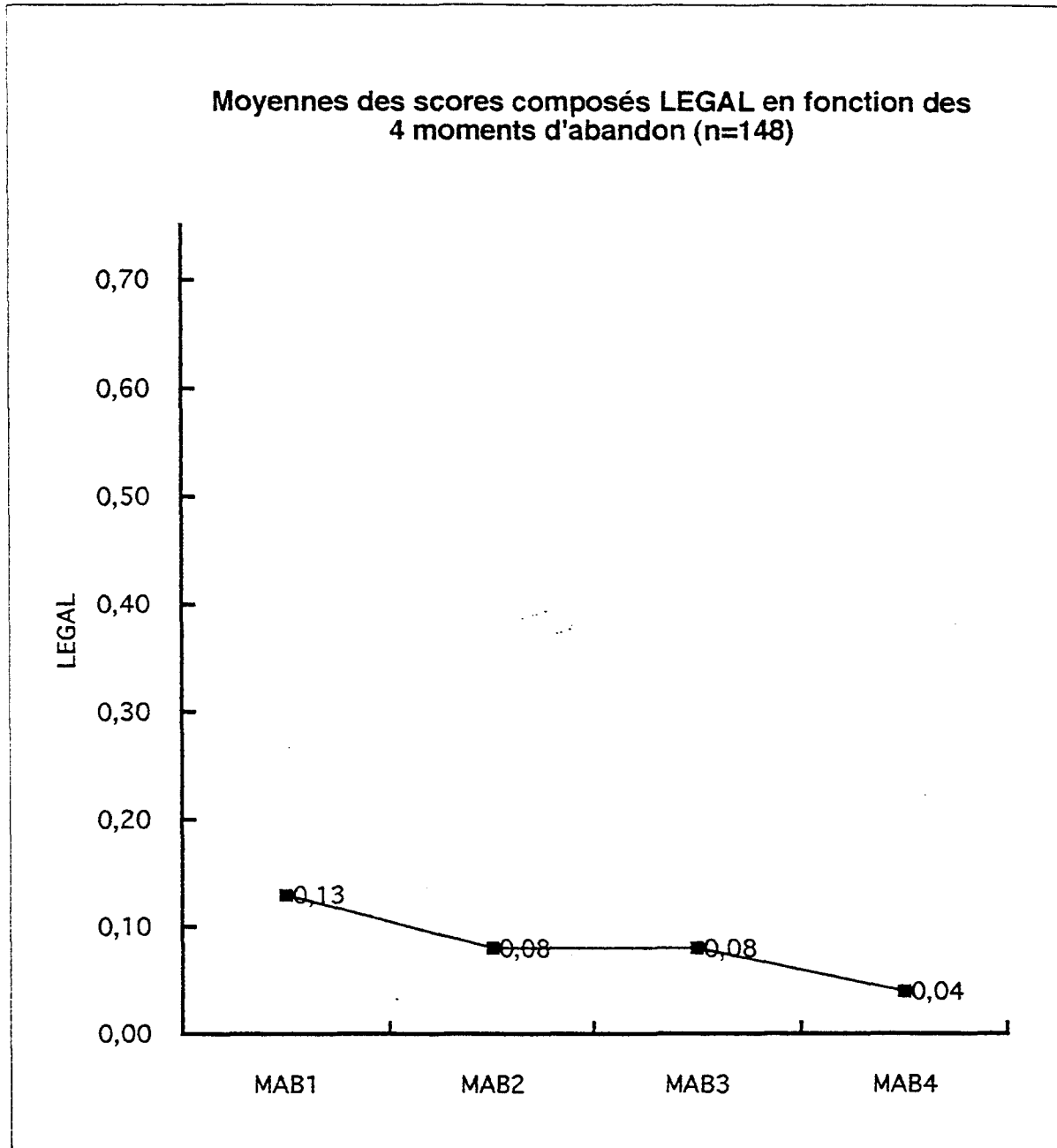
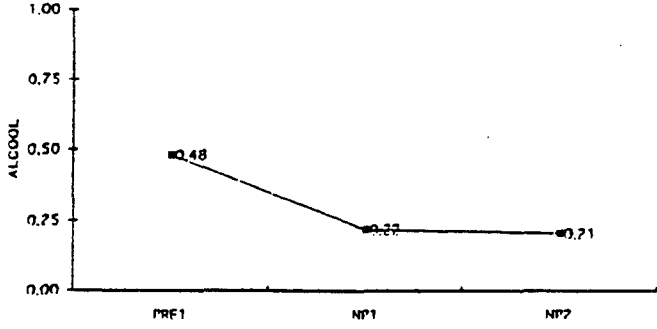


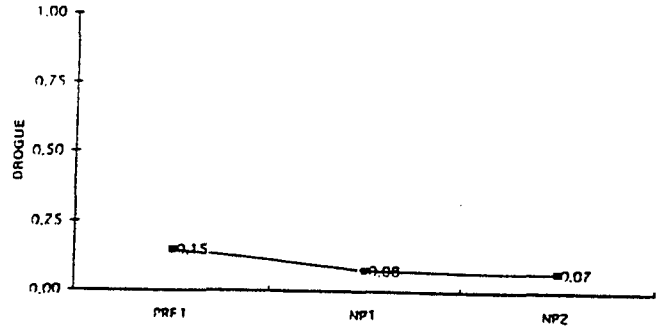
FIGURE 5



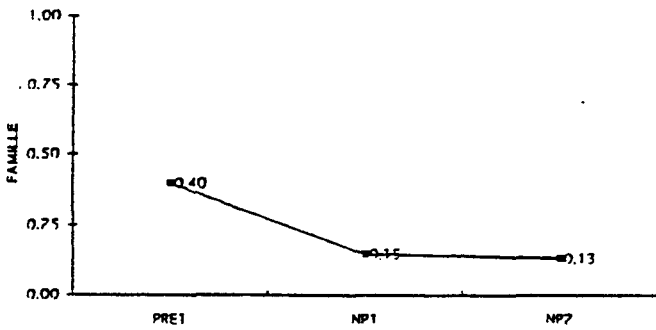
Moyennes des scores composés ALCOOL en fonction des 3 moments de mesure (n = 148)



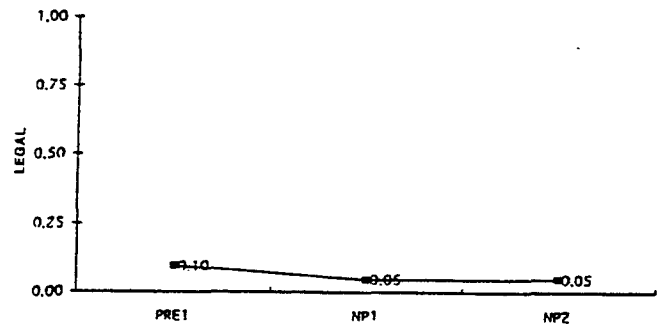
Moyennes des scores composés DROGUE en fonction des 3 moments de mesure (n = 148)



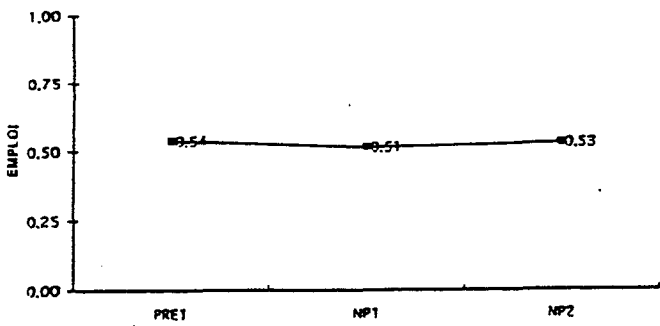
Moyennes des scores composés FAMILLE en fonction des 3 moments de mesure (n = 148)



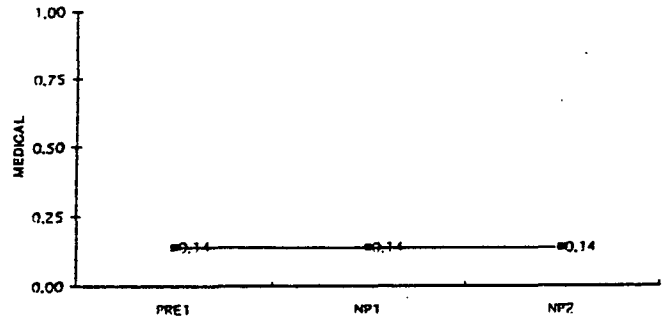
Moyennes des scores composés LEGAL en fonction des 3 moments de mesure (n = 148)



Moyennes des scores composés EMPLOI en fonction des 3 moments de mesure (n = 148)



Moyennes des scores composés MEDICAL en fonction des 3 moments de mesure (n = 148)



Moyennes des scores composés PSYCHI en fonction des 3 moments de mesure (n = 148)

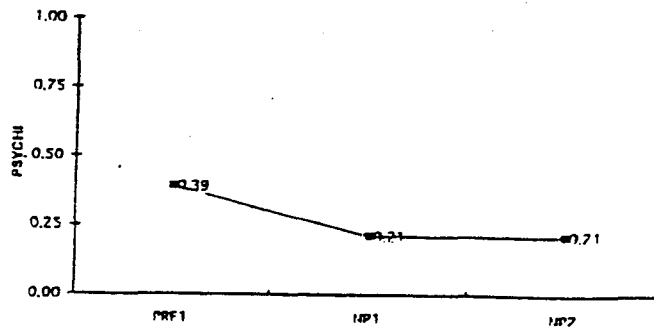
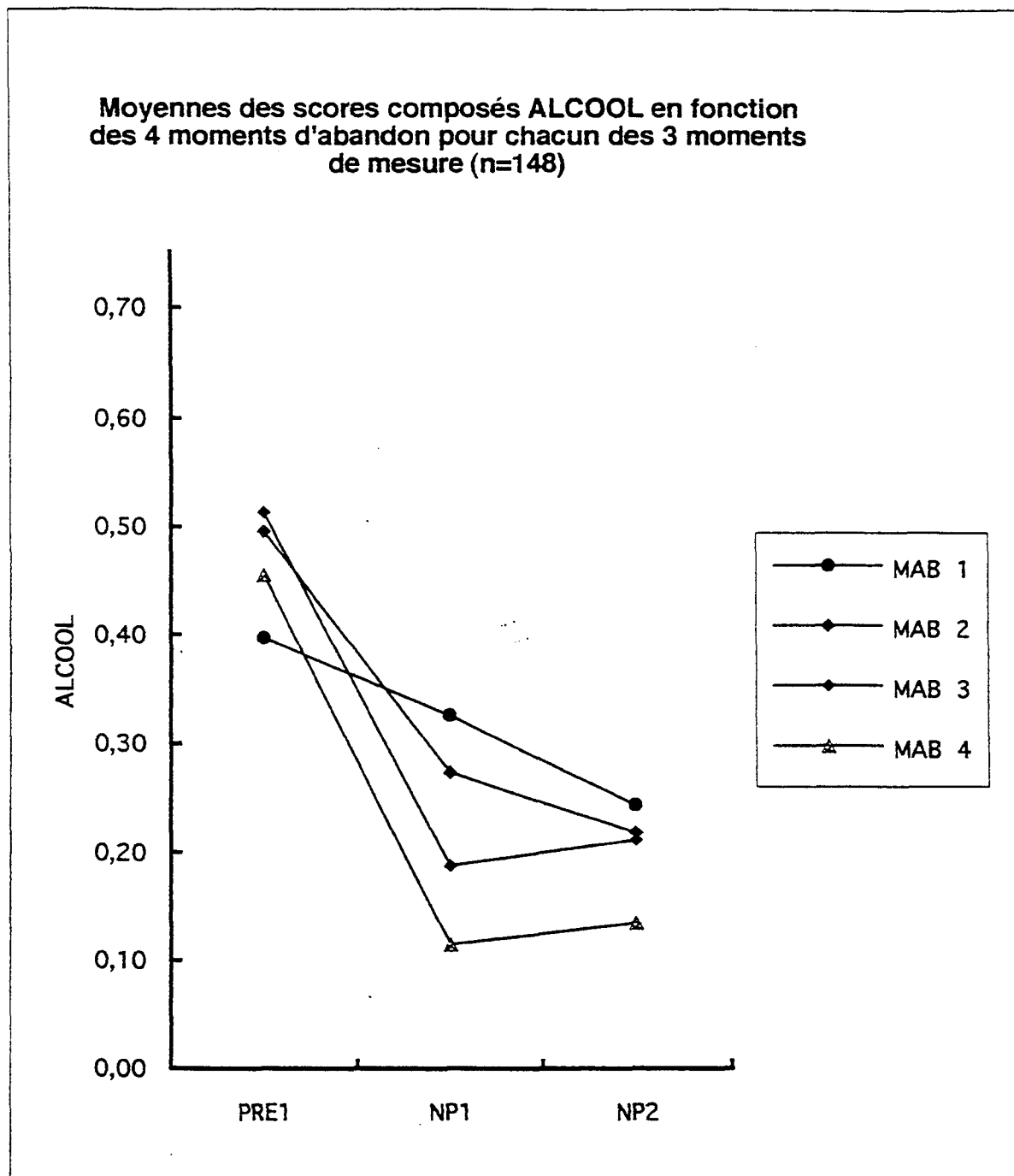


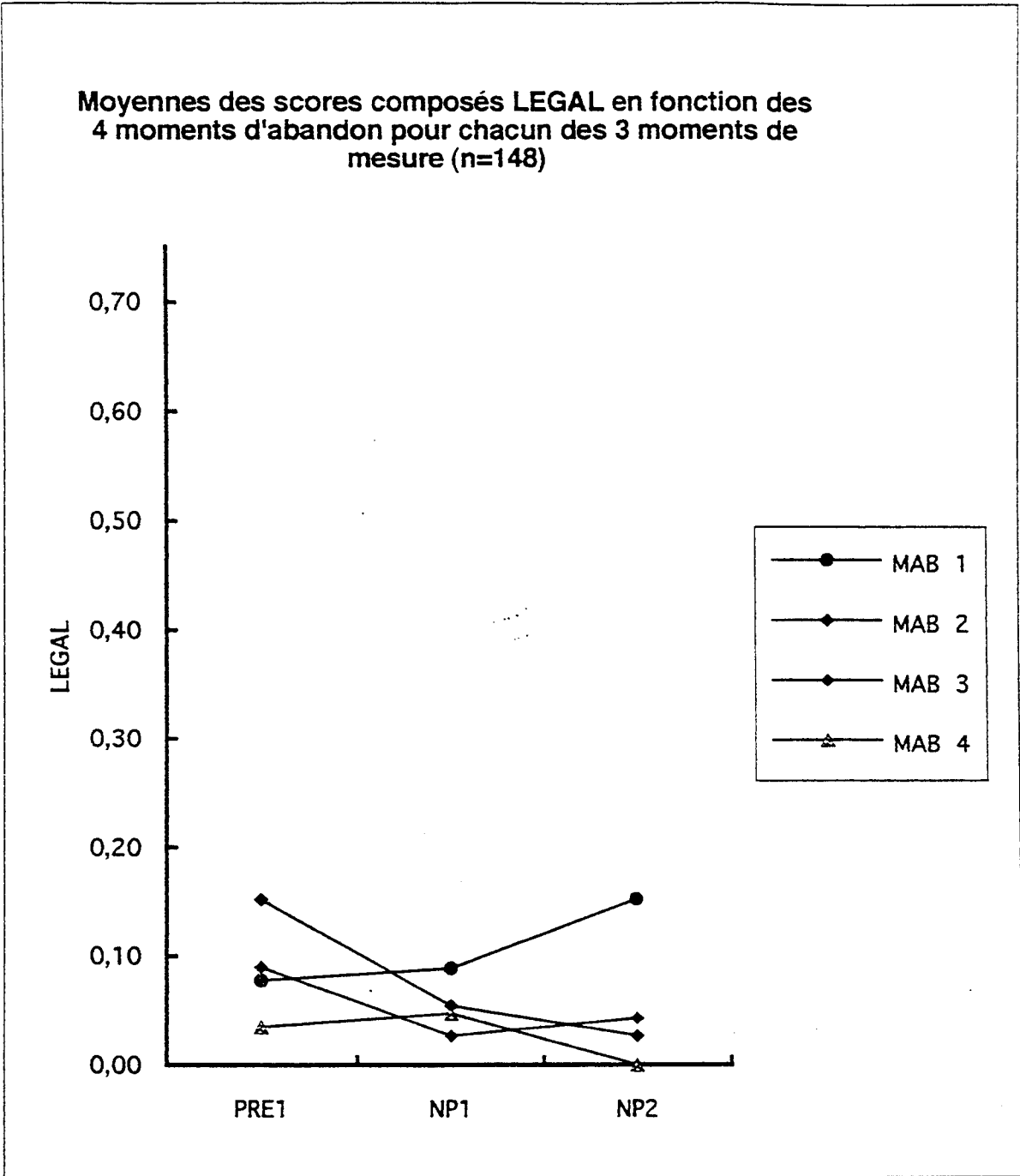
FIGURE 7



	PRE1	NP1	NP2
MAB 1	0,40	0,33	0,24
MAB 2	0,50	0,27	0,22
MAB 3	0,51	0,19	0,21
MAB 4	0,46	0,12	0,14

FIGURE 8

Moyennes des scores composés LEGAL en fonction des 4 moments d'abandon pour chacun des 3 moments de mesure (n=148)



	PRE1	NP1	NP2
MAB 1	0,08	0,09	0,15
MAB 2	0,15	0,05	0,03
MAB 3	0,09	0,03	0,04
MAB 4	0,04	0,05	0,00

ANNEXE 4

Points de contacts entre le réseau de la Justice et de la Sécurité publique et celui du réseau de la Santé et des Services sociaux¹

¹ Nous tenons à remercier les personnes consultées pour l'élaboration de cet annexe: Jacques Boucher (C.R. Domrémy-04), Michel Gagnon (Détention Trois-Rivières), Michel Germain (C.R. Domrémy-Montréal), Yvon Jasmin (C.R. Alternatives), Pierre Ménard (C.R. Montérégie), Diane Méthailier (C.R. Préfontaine) ainsi que Sandra Verreault et Louise Bastien (Sécurité publique).

Le diagramme permet de visualiser les différents points de contact entre le réseau de la Justice, de la Sécurité publique et le réseau de la Santé et des Services sociaux afin de mieux comprendre la trajectoire des personnes judiciarisées et toxicomanes.

A première vue, le tableau permet de constater plusieurs points de jonction bi-directionnels. Il est toutefois possible de dégager neuf points principaux de jonctions entre les réseaux: 1) au moment de l'arrestation ou de l'avis de comparaître; 2) en détention préventive; 3) lors de la libération sous caution; 4) lors du rapport pré-sentenciel; 5) en probation; 6) lors d'absences temporaires; 7) lors de programmes d'encadrement en milieu ouvert; 8) depuis l'établissement de détention; et 9) lors d'une libération conditionnelle. Les agents qui réfèrent varient selon les étapes du processus. Il faut noter qu'une personne se retrouve préalablement dans un réseau avant de débiter le cheminement dans l'autre.

Il est possible de dégager certaines tendances dans les références selon les étapes du cheminement, malgré que le type de ressource soit choisi selon les besoins variés de l'agent référant et de la personne. En effet, lors de la première partie de la trajectoire de la personne dans le réseau de la Justice, c'est-à-dire de l'arrestation jusqu'au procès, les références s'effectuent davantage vers des services internes. L'avocat de la couronne ou de la défense et le juge peuvent recommander une ressource interne pour la désintoxication de la personne ou afin d'éviter la détention préventive. S'il y a lieu, l'agent correctionnel peut aussi référer le prévenu vers un centre interne. Dans le cas de la liberté sous caution, la cour peut joindre des conditions telles la consultation pour toxicomanie. En bref, lors de étapes précédant la détermination de la sentence, les intervenants judiciaires énumèrent certains besoins vis-à-vis les ressources: un encadrement, un système de liaison à la cour ainsi que l'évaluation et l'admission rapide du client. Ces besoins reflètent, entre autre, la nécessité pour le réseau de la justice de s'assurer la présence de la personne à son procès.

Lors de la gestion de la sentence (probation ou incarcération) et des étapes subséquentes (PEMO et/ou libération conditionnelle), les références au réseau de la santé s'effectuent très souvent vers des ressources externes. En effet, la référence en toxicomanie s'inscrit ici habituellement dans le cadre de la réinsertion sociale de la personne. La référence peut être faite directement soit par le

juge, l'agent de probation, l'agent correctionnel ou encore par la Commission des libérations conditionnelles.

Le diagramme permet de constater que le réseau de la Santé peut aussi initier des contacts avec le réseau de la Justice et de la Sécurité publique. Un centre peut d'ailleurs être le précurseur de l'entrée de la personne dans le réseau judiciaire en portant plainte contre un client. Certains centres peuvent également avoir besoin d'informations du réseau judiciaire et correctionnel afin de compléter l'évaluation ou pour des fins de vérification. Il convient de remarquer qu'il peut y avoir des références dans toutes les directions à l'intérieur du réseau de la santé entre les centres privés/communautaires, les centres hospitaliers pour la désintoxication médicale et les centres de réadaptation.

Enfin, dans une situation idéale, le référent du réseau de la Justice et de la Sécurité publique devrait toujours faire un suivi de la personne par rapport à la mesure dans une ressource du réseau de la Santé.

REMARQUES COMPLÉMENTAIRES

1. La personne peut déjà être dans le réseau de la santé avant de débiter le processus judiciaire;
2. Des policiers réfèrent parfois directement à des ressources. Les centres du réseau de la santé peuvent aussi porter plainte (*exemple*: violence ou liberté illégale d'un client);
3. L'avocat de la défense peut inciter son client à aller dans une ressource (surtout interne) afin d'éviter la détention préventive et l'avocat de la couronne peut demander cette condition;
4. Lors d'une détention préventive, l'établissement carcéral peut suggérer des ressources internes ou une désintoxication médicale;
5. La Cour peut joindre la libération sous caution à des conditions de consulter. Les besoins sont alors: l'encadrement, le contrôle, un système de liaison à la Cour, l'évaluation et l'admission rapide (donc surtout des ressources privées);
6. L'agent de probation peut référer à une panoplie de ressources. D'un autre côté, si la personne est déjà dans un centre, l'agent peut consulter la ressource afin d'avoir des informations concernant la démarche de la personne pour le rapport pré-sentenciel;
7. Le juge peut inclure une obligation (possibilité d'une panoplie de ressources) avec la probation;
8. Les C.R.C. (*Centres résidentiels communautaires*) offrent un niveau d'encadrement plus sécuritaire que les C.H.C.,(*Centres d'hébergement communautaires*);
9. P.E.M.O.: Programme d'encadrement en milieu ouvert;

10. Ces conditions de consulter peuvent avoir été imposées par la Commission des libérations conditionnelles pour la libération d'une personne;
11. Si les critères d'admission (*exemple* avoir 18 ans, résider sur tel territoire) ne sont pas rencontrés, le client est référé à un autre centre;
12. Certains centres auront besoin d'informations en provenance du réseau judiciaire et de la sécurité publique pour faire des vérifications (*exemple* liberté illégale) ou compléter l'évaluation;
13. Si le client ne présente pas d'intérêt aux services mais qu'il a des obligations judiciaires, la demande de service est discutable: certains centres offrent des groupes d'intérêt, d'autres retournent le client au système judiciaire... Cela dépend des centres et du degré de motivation du client;
14. Si le centre ne peut répondre aux besoins du client (selon des considérations cliniques et judiciaires), il sera alors référé à une autre ressource. Il peut également s'agir d'une référence provisoire (*exemple* référer le client en désintoxication préalablement à la réadaptation);
15. La programmation varie selon les centres. Il peut s'agir de soutien, de thérapies de groupe et/ou individuelle, *etc.*. Le centre peut offrir un service à l'interne ou non.
16. Idéalement, il y aurait toujours un suivi par le référant (la Cour, la probation, l'absence temporaire, le P.E.M.O. ou la libération conditionnelle) des réseaux de la Justice et de la Sécurité publique.