



Centre canadien sur
**les dépendances et
l'usage de substances**

Données. Engagement. Résultats.

www.ccdus.ca • www.ccsa.ca

Favoriser la réinsertion sociale par la prise en charge de la consommation problématique de substances en milieu correctionnel

Une analyse environnementale

Septembre 2017

Favoriser la réinsertion sociale par la prise en charge de la consommation problématique de substances en milieu correctionnel

Une analyse environnementale

Ce document est publié par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.

Citation proposée : McKiernan, A. *Favoriser la réinsertion sociale par la prise en charge de la consommation problématique de substances en milieu correctionnel*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2017.

© Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2017.

CCDUS, 75, rue Albert, bureau 500
Ottawa ON K1P 5E7
Tél. : 613-235-4048
Courriel : info@ccsa.ca

Ce document a été produit grâce à la contribution financière du Service correctionnel du Canada. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles du Service correctionnel du Canada.

Ce document peut aussi être téléchargé en format PDF à www.ccdus.ca

This document is also available in English under the title:

Supporting Reintegration in Corrections by Addressing Problematic Substance Use

ISBN 978-1-77178-442-9



Table des matières

Synthèse générale	1
Introduction	1
Méthodologie	1
Constatations	2
Entrevues avec des informateurs.....	2
Analyse environnementale	2
Discussion.....	5
Conclusion.....	6
Introduction	7
Objectifs	10
Méthodologie	11
Constatations	14
Entrevues avec des informateurs.....	14
Analyse environnementale	17
Facteurs relatifs aux programmes	17
Éléments du système	24
Approches thérapeutiques	46
Discussion.....	55
Limites	56
Conclusion.....	57
Bibliographie	58
Annexe A : membres du Groupe de travail sur la consommation problématique de substances chez les délinquants (CPSD)	79
Annexe B : stratégie de recherche	80



Remerciements

Le financement de ce projet a été fourni par le Service correctionnel du Canada, et nous tenons à les remercier de nous avoir permis de réaliser ce travail. Le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances voudrait aussi remercier les membres du Groupe de travail sur la consommation problématique de substances chez les délinquants pour leur excellent travail et leur dévouement à ce projet, ainsi que les informateurs qui ont participé à des entrevues à l'étape de la collecte de données.



Synthèse générale

Introduction

La consommation problématique de substances (CPS) peut avoir des effets négatifs sur les résultats des personnes judiciairisées. En effet, la CPS peut contribuer aux comportements criminels, ralentir la progression dans le système juridique et rendre la réinsertion sociale plus difficile. Cette réalité est préoccupante, car environ 75 % des personnes admises dans des établissements fédéraux au Canada ont un grave problème de consommation (Service correctionnel du Canada [SCC], 2010). De plus, les personnes judiciairisées risquent davantage d'avoir des problèmes de santé physique et mentale, comme des troubles mentaux, des troubles d'apprentissage et des maladies infectieuses (SCC, 2015a; SCC, 2010). Ces personnes sont susceptibles d'avoir vécu de graves événements traumatisants (p. ex. témoins de violence familiale) et des abus, en plus d'avoir un statut socioéconomique inférieur à la moyenne (Kouyoumdjian, Schuler, Matheson et Hwang, 2016), statut qui varie selon la diversité (p. ex. délinquants autochtones).

Comprendre le rôle que joue la CPS dans le succès d'une personne judiciairisée est essentiel à une meilleure réinsertion sociale. La CPS est un facteur de risque criminogène bien connu, ce qui veut dire qu'une personne ayant des antécédents de CPS risque davantage de récidiver ou de commettre d'autres crimes (Harrison et Gfroerer, 1992). Prendre en charge la CPS et d'autres facteurs de risque pourrait faire reculer la criminalité, favoriser une réinsertion réussie et réduire les coûts attribuables aux services correctionnels (Wooditch, Tang et Taxman, 2014; Visher et Mallik-Kane, 2007; SCC, 2009).

La présente analyse environnementale avait principalement pour but de résumer les évaluations faites d'interventions de justice pénale axées sur la réduction du comportement de consommation ou de récidive, ou les deux. L'analyse visait plus précisément à :

- Définir et résumer les pratiques exemplaires permettant d'évaluer et de prendre en charge la CPS chez les personnes judiciairisées, en particulier les pratiques propices à la transition de l'établissement à la collectivité;
- Brosser un tableau complet des services ou programmes spécialisés déjà mis en place au Canada.

L'analyse s'adresse notamment à des chercheurs en criminologie ou en consommation de substances, à des intervenants œuvrant dans le système de justice pénale ou le traitement de la CPS, ainsi qu'à des décideurs et stratèges responsables de la santé, de la justice ou des services correctionnels à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale.

Méthodologie

La méthodologie employée pour ce projet a permis de faire ressortir les études, données probantes, compétences professionnelles et pratiques actuellement utilisées, pour s'assurer que les résultats rendent bien compte des diverses connaissances disponibles et du contexte canadien. Pour orienter le projet, le CCDUS a mis sur pied un groupe de travail réunissant des intervenants des services correctionnels fédéraux et provinciaux, de la recherche et des programmes communautaires. Le CCDUS a en outre procédé à 11 entrevues avec des informateurs pour recueillir leurs perspectives.



Pour réaliser l'analyse environnementale, une recherche dans la littérature évaluée par les pairs et la littérature grise a d'abord été faite. Elle a mis en évidence des études sur la gestion des délinquants au sein du système de justice pénale ou sur l'amélioration du mode d'animation des programmes, de leur structure et de la façon dont ils gèrent les délinquants. Les thèmes couverts par l'analyse allaient de l'application de la loi à l'incarcération, en passant par les services communautaires, mais ne portaient que sur les programmes abordant la consommation de substances d'une façon ou d'une autre. C'est ainsi qu'environ 1500 articles évalués par les pairs ont été retenus et inclus dans l'analyse; de ce nombre, environ 500 ont été jugés dignes d'examen par la chercheuse. De même, environ 45 outils ou ressources ont été recensés dans la littérature grise.

Constatations

Entrevues avec des informateurs

Plusieurs informateurs ont été interviewés, dont des représentants des Associations nationales intéressées à la justice criminelle, des services judiciaires, juridiques et des libérations conditionnelles, du milieu de la recherche et des prestataires de programmes communautaires. Ces informateurs ont abordé les points communs suivants :

- La CPS n'est pas un comportement criminel, mais bien un problème de santé et de santé publique;
- Pour être efficaces, les services doivent tenir compte des autres problèmes concomitants à la CPS (p. ex. troubles de santé mentale, traumatismes) et être adaptés à la personne;
- Il faudrait accorder la priorité à un meilleur accès aux services essentiels, et ce, en réduisant les obstacles au traitement;
- Dissiper les préjugés entourant la CPS passe par la sensibilisation des intervenants et du grand public;
- Il faudrait accroître la communication et la collaboration entre les intervenants en traitement et en justice pénale.

Ces commentaires nous ont aidés à mettre en contexte les constatations de l'analyse environnementale.

Analyse environnementale

Les résultats de l'analyse environnementale résument les pratiques prometteuses et exemplaires sur la réinsertion sociale réussie des personnes avec des antécédents de CPS. Ils ont été organisés en trois sections : les facteurs relatifs aux programmes, les éléments du système (c.-à-d. les éléments de base du système de justice pénale) et les approches thérapeutiques.

Facteurs relatifs aux programmes

Il importe, quand on entend appliquer un programme correctionnel ou une approche thérapeutique, de tenir compte de la population ciblée. Une bonne partie de la recherche en justice pénale faite à ce jour porte principalement sur des hommes de race blanche. La priorité accordée à ce groupe a récemment commencé à évoluer, car il y a lieu de croire que les programmes ne fonctionnent pas aussi bien auprès d'autres populations. D'où l'importance d'appliquer les pratiques éclairées par



des données probantes en tenant compte des circonstances propres à chaque personne (p. ex. genre, culture, antécédents).

Globalement, au Canada, les programmes de traitement de la consommation s'adressant à certaines populations judiciairisées n'ont jamais vraiment été évalués. Des traits caractéristiques propres aux femmes et aux Autochtones font parfois obstacle à une réinsertion sociale réussie (p. ex. crainte de la stigmatisation, désavantage social). La recherche montre que les programmes adaptés qui tiennent compte du genre, de la culture et des antécédents de traumatisme sont plus efficaces que ceux qui ne le font pas. Pour faciliter le processus d'adaptation des programmes, les évaluations du risque devraient poser des questions sur les antécédents de traumatisme, pour que le traitement et le plan de mise en liberté tiennent compte de ces traumatismes. Il importe aussi de considérer les différences sexospécifiques; en effet, les femmes présentent des caractéristiques différentes de celles des hommes, ce qui pourrait contribuer à la CPS et à la criminalité. Des facteurs comme des antécédents de violence et la victimisation, la crainte de se faire enlever la garde de ses enfants, un sentiment d'impuissance et une faible estime de soi, par exemple, pourraient faire obstacle à une réinsertion sociale réussie des femmes. Pour lever ces obstacles, il faudrait offrir, pendant la gestion de cas, des services qui répondent aux besoins propres aux femmes (p. ex. des services de garde et de logement supervisé adéquats). Enfin, il faut s'assurer que les plans d'intervention tiennent compte de la culture des participants, ainsi que des antécédents de traumatisme et des rapports de force. Les employés devraient acquérir des compétences culturelles et comprendre les pratiques culturelles.

Éléments du système

L'analyse a fait ressortir des éléments du système de justice pénale nécessaires à une gestion efficace et à une réinsertion sociale réussie, notamment l'évaluation du risque, la gestion de cas et les plans de mise en liberté, les programmes de déjudiciarisation, la probation et la libération conditionnelle, la transition et la réinsertion sociale après la mise en liberté.

Selon les études, l'évaluation du risque et des besoins devrait être une tâche continue, qui se fait immédiatement puis de façon répétée, pour dépister la CPS et en assurer le suivi en tant que facteur de risque criminogène. L'évaluation devrait se faire en conjonction avec d'autres mesures pour bien orienter les plans de traitement ou de mise en liberté, dont le traitement de la CPS. L'évaluation fait partie intégrante de la gestion de cas, processus visant à fournir à la personne les ressources dont elle a besoin pour traiter sa CPS. La gestion de cas devrait compter des éléments comme un plan de mise en liberté et la surveillance, pour faire en sorte que les nombreux risques associés à la réinsertion dans la collectivité après une période d'incarcération (p. ex. surdose, fréquentations d'amis consommateurs) ne compromettent pas la réussite de la personne. En collaborant avec une équipe de gestion de cas, il sera possible de répondre aux nombreux besoins de la personne par des programmes et avec l'aide d'intervenants. La probation et la libération conditionnelle devraient elles aussi faire appel à l'évaluation et à la gestion de cas, car elles mettent les délinquants sur la voie du succès dans la collectivité.

L'analyse a aussi permis de recenser plusieurs moyens de diriger les délinquants vers la réadaptation, plutôt que vers des interventions punitives (p. ex. le dépistage, l'intervention rapide et l'orientation (DIRO) au moment de l'arrestation, la déjudiciarisation prédécisionnelle, le traitement au lieu de l'incarcération et les tribunaux de traitement de la toxicomanie). Le DIRO est une méthode prometteuse, car les études montrent que l'arrestation et la détention sont des moments idéaux pour intervenir auprès des personnes à faible risque, tout au début de leur expérience dans le système correctionnel. Le DIRO donne donc à la personne l'occasion de réfléchir à sa CPS. Il a été démontré que la déjudiciarisation prédécisionnelle permet d'atténuer de façon importante le



fardeau pour le système judiciaire, d'offrir des services de traitement aux participants et de diminuer la gravité des peines imposées. Cela dit, assurer la réussite des programmes de déjudiciarisation prédécisionnelle nécessite des ressources imposantes (il faut procéder à des évaluations précises du risque pour la collectivité, offrir aux délinquants des interventions factuelles et assurer une surveillance des participants). Enfin, les résultats montrent que les tribunaux de traitement de la toxicomanie peuvent diminuer la récidive et la consommation de substances des personnes qui terminent le programme¹. Cela dit, ces programmes nécessitent de grandes ressources, et leur accès est souvent refusé aux délinquants à risque élevé, ce qui signifie que d'autres options doivent leur être proposées.

Finalement, la recherche montre que la transition du milieu correctionnel au milieu communautaire est une période cruciale pour intervenir auprès de cette population. Pendant le processus de réinsertion, la priorité doit être accordée à l'accès aux services requis et à la mise en place d'un réseau de soutien positif. Pour assurer le maintien des progrès réalisés par la personne, il faut veiller à ce que les services d'assistance postpénale offerts s'inspirent des soins fournis en établissement. Une réinsertion réussie passe par des services intégrés, accessibles et assez flexibles pour répondre aux nombreux besoins du participant. Les intervenants du système correctionnel devraient communiquer régulièrement avec les intervenants de la collectivité et leur transmettre de l'information sur les services disponibles et les délinquants nouvellement admis.

Approches thérapeutiques

La littérature empirique aborde quelques approches thérapeutiques s'adressant aux personnes judiciairisées (voir la liste plus loin). Ces approches devraient être utilisées simultanément et offertes dans un continuum de soins. Elles peuvent être utilisées dans tout le système, notamment lors d'une intervention rapide, de la déjudiciarisation, de l'incarcération, de la probation et de la libération conditionnelle, et de la réinsertion sociale.

- La **gestion du sevrage** désigne l'étape initiale supervisée durant laquelle se déroule la période de sevrage des substances donnant lieu à des abus. Une gestion sécuritaire du sevrage doit pouvoir compter sur plusieurs éléments, comme la surveillance de la personne par un professionnel de la santé qualifié (p. ex. une infirmière) et un plan de gestion du sevrage, ainsi que sur le repos, une bonne hydratation et une alimentation saine.
- La **thérapie cognitivo-comportementale (TCC)** est bien étayée dans la littérature. Il s'agit d'une forme de psychothérapie qui permet de modifier des schémas de pensées négatifs et les gestes qu'ils amènent la personne à poser. La TCC cible des problèmes sous-jacents, qui sont peut-être apparus parce que la personne a vécu certaines expériences ou connu certains cadres de vie. Avec la TCC, la personne acquiert des compétences comportementales productives qui l'aident à se maîtriser, atténuant du coup l'effet des facteurs de risque criminogènes.
- L'**entrevue motivationnelle (EM)** est une démarche non conflictuelle et non critique permettant de renforcer la motivation intrinsèque à changer un comportement en explorant et en résolvant l'ambivalence à l'égard du changement. L'EM peut améliorer l'état de santé d'une personne en développant sa motivation à se fixer des objectifs de changements de comportement positifs, comme réduire sa consommation de substances. Il a été démontré que l'EM pouvait accroître la participation au traitement et favoriser sa poursuite pendant et après la détention préventive.

¹ Une diminution, par rapport aux personnes n'ayant pas participé à un tribunal de traitement de la toxicomanie ou qui l'ont abandonné.



- La **gestion des contingences** est une intervention thérapeutique faisant appel aux récompenses et aux punitions pour inciter une personne à changer son comportement. Cette intervention pourrait être utilisée auprès des participants des tribunaux de traitement de la toxicomanie qui connaissent moins bien les pénalités du système pénal et des personnes qui suivent volontairement un traitement à l'externe.
- Les **interventions par les pairs** sont faites par d'ex-délinquants qui ont réintégré la société et font profiter des personnes dans une situation similaire de leur soutien. Les études montrent que le processus de réinsertion devrait mettre à contribution non seulement des intervenants en milieu carcéral, mais aussi des parrains, des mentors et des bénévoles à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement. Les programmes d'entraide entre pairs devraient être considérés comme une aide supplémentaire pour les personnes judiciairisées.
- Les **communautés thérapeutiques** sont des cadres exempts de substances où vivent ensemble des personnes ayant des problèmes de consommation. Ces environnements structurés sont propices à la guérison, facilitent le rétablissement et préparent la personne à réintégrer la société après son incarcération. À noter que les études sur l'efficacité de cette intervention sont mitigées.
- La **pharmacothérapie** est le recours aux médicaments pour traiter une dépendance à l'alcool ou à une autre substance psychoactive en vue de désintoxiquer une personne, de prévenir une rechute potentielle ou d'offrir un traitement de substitution aux opioïdes. Les pharmacothérapies peuvent réduire ou atténuer la gravité des symptômes de sevrage. Certaines thérapies ne posent qu'un faible risque de surdose et de CPS (p. ex. buprénorphine/naloxone), alors que d'autres posent un risque important de surdose (p. ex. méthadone, morphine orale à libération prolongée et diacétylmorphine).

Discussion

L'analyse environnementale visait à examiner et à résumer les données probantes sur la réinsertion sociale réussie des personnes judiciairisées par la prise en charge de leur CPS. En fait, il existe de nombreuses études sur le sujet. Cela dit, ce résumé exhaustif montre bien que certains secteurs peuvent encore être améliorés. De plus, certains points méritent une attention particulière si nous voulons offrir à cette population des traitements et des programmes efficaces.

Les personnes judiciairisées sont souvent confrontées à plusieurs difficultés qu'il convient d'identifier et d'aborder pour favoriser une réinsertion sociale réussie. Les programmes devraient être adaptés pour tenir compte de la culture, du genre et des antécédents de traumatisme, en plus de faire preuve d'assez de flexibilité pour répondre aux besoins. Une intervention « unique » ne saurait s'appliquer à toutes les personnes judiciairisées. Donc, une bonne prise en compte des besoins passe par la réalisation d'évaluations du risque et des besoins dès que possible dans le processus judiciaire, puis à diverses étapes de ce processus. Avec les résultats des évaluations, il sera possible d'offrir à la personne l'aide nécessaire, par l'entremise d'une gestion de cas continue et d'un plan de mise en liberté.

La continuité des soins représente souvent une lacune dans la prise en charge de la CPS dans le système de justice pénale. Des données soulignent l'importance de fournir à la personne des services et des traitements pendant son incarcération et de poursuivre cette prestation après la mise en liberté. Offrir des services postlibératoires coordonnés ou intégrés facilitera l'accès à l'aide requise. Les intervenants du système correctionnel devraient communiquer régulièrement avec les intervenants de la collectivité.



L'analyse a aussi fait ressortir plusieurs mécanismes de déjudiciarisation des délinquants non violents. Le recours à des mécanismes autres que l'incarcération peut être envisagé tôt dans le processus, et même au moment de l'arrestation. Cela dit, si on envisage d'offrir des programmes de déjudiciarisation, il faut s'assurer que les services communautaires pourront prendre en charge l'arrivée d'un grand nombre de clients, car cette capacité fait souvent défaut. De même, plusieurs options d'approches thérapeutiques factuelles sont accessibles à ces personnes, comme la prestation de services de gestion du sevrage, les pharmacothérapies et les programmes d'entraide entre pairs, ainsi que des interventions psychosociales telles que la TCC et l'entrevue motivationnelle. À noter que ces approches devraient être utilisées simultanément, pour permettre une réussite optimale.

L'analyse n'a peut-être pas recensé l'ensemble des données et programmes pertinents. Certaines sources ne sont parfois pas accessibles au grand public. Les constats tirés par l'analyse proviennent en bonne partie d'études faites à l'étranger; leur application au contexte canadien devrait donc faire l'objet d'une évaluation minutieuse. Enfin, comme les suivis de certaines évaluations incluses dans l'analyse étaient courts, il est difficile d'affirmer avec certitude si les changements de comportement attribuables à la participation aux programmes se sont maintenus.

Conclusion

Même si de grands progrès ont été accomplis dans la compréhension de la CPS chez les personnes judiciarisées, ces progrès n'ont pas mené à un recours généralisé aux pratiques factuelles propices à une réinsertion sociale réussie. Il est clair que la CPS est prise en charge de façon inégale par le système et les prestataires de services communautaires, ce qui en fait un obstacle à la réinsertion et un facteur constant de récidive. Cette situation entraîne des problèmes qui ne se limitent pas à la rechute, mais incluent aussi la difficulté de se trouver un emploi ou un logement, le dysfonctionnement familial et des conflits interpersonnels. De nombreuses études doivent encore être faites afin d'améliorer la réinsertion sociale des personnes judiciarisées. Nous espérons que les résultats de la présente analyse, qui mettent en évidence des pratiques factuelles, viendront aider les provinces et territoires à renforcer leurs capacités de service et à appliquer des programmes qui prennent en charge efficacement la CPS. Ajoutons que ces résultats devraient orienter les politiques gouvernementales relatives à l'attribution du financement et à la future recherche.



Introduction

La consommation problématique de substances (CPS)² joue un rôle important dans le succès des personnes judiciarisées. La CPS peut contribuer aux comportements criminels, ralentir la progression dans le système juridique et rendre la réinsertion sociale plus difficile. Cette réalité est préoccupante, car environ 75 % des personnes admises dans des établissements fédéraux au Canada ont un grave problème de consommation (SCC, 2010). Le taux de CPS est souvent plus élevé chez les femmes incarcérées, surtout celles d'origine autochtone. En effet, selon une étude réalisée par le Service correctionnel du Canada (SCC), 94 % des délinquantes autochtones avaient un problème identifié de consommation, comparativement à 71 % des délinquantes non autochtones (2014). Cette surreprésentation des problèmes de consommation chez les délinquantes autochtones se remarque aussi du côté des hommes : des chercheurs se sont penchés sur les données de dépistage fournies par des délinquants de sexe masculin et ont découvert que « [c]hez 86 % des délinquants autochtones, la consommation d'alcool et de drogues a été déterminée comme un domaine de besoin, et cette proportion est de 68 % chez les délinquants non autochtones. » (SCC, 2012). Un autre élément qui aggrave le problème, c'est le fait que les Autochtones sont déjà surreprésentés dans la population carcérale, puisqu'ils comptent pour 20 % de la population en établissements fédéraux, alors qu'ils ne forment qu'environ 3 % de la population adulte canadienne (SCC, 2010).

Les personnes judiciarisées risquent davantage d'avoir des problèmes de santé physique et mentale autres que la CPS. Par exemple, une étude a montré que plus de 70 % des délinquants fédéraux de sexe masculin répondaient aux critères d'au moins un trouble mental, alors que le taux de diagnostic actuel de maladie mentale grave au pays n'était que de 12,4 % (SCC, 2015a). Des études sur les délinquants de sexe masculin ont montré qu'ils souffrent de troubles d'apprentissage, ont des capacités mentales limitées et présentent des taux élevés de maladies infectieuses (p. ex. VIH, hépatite C) (SCC, 2010). Les délinquants sont plus susceptibles d'avoir vécu des événements traumatisants (p. ex. témoins de violence familiale) et de la violence physique, sexuelle ou émotionnelle pendant l'enfance. De même, comme cette population a un statut socioéconomique inférieur à la moyenne, elle risque davantage de moins bien s'en sortir dans certains secteurs, comme le logement, l'emploi, le revenu et le niveau de scolarité (Kouyoumdjian et coll., 2016). Enfin, le SCC signale que les délinquants fédéraux risquaient davantage d'avoir connu des déterminants sociaux associés à un mauvais état de santé, comme le recours à l'aide sociale et la pauvreté (2015b).

Il importe donc, dans un contexte visant une meilleure réinsertion des personnes judiciarisées, de mieux comprendre le rôle joué par la CPS dans le succès d'une personne. La CPS est un facteur de risque criminogène bien connu, ce qui veut dire qu'une personne ayant des antécédents de CPS risque davantage de récidiver³ ou de commettre d'autres crimes (Harrison et Gfoerer, 1992). C'est pourquoi on tient généralement compte de la CPS dans les évaluations générales du risque, tout

2 L'expression « consommation problématique de substances » (CPS) utilisée dans ce document fait référence à un usage d'alcool et d'autres drogues pouvant entraîner des conséquences négatives dans une foule de sphères de la vie (p. ex. santé physique, santé mentale, vie sociale, liens interpersonnels, emploi, scolarité et finance). Dans le présent contexte, la CPS fait aussi référence à un usage de substances qui est associé à un comportement criminel et peut faire obstacle à une réinsertion sociale réussie. La CPS forme un continuum allant d'un usage peu fréquent à un fort usage chronique, en plus de varier en fonction de caractéristiques personnelles comme l'âge et le genre, le type de substance consommée et la complexité de l'état de santé et du contexte social (p. ex. si la CPS s'accompagne de troubles concomitants de santé mentale, de pauvreté ou de violence).

3 Le terme « récidive » fait référence à une rechute dans la criminalité, souvent après qu'une personne soit condamnée ou se soumette à une intervention pour une autre infraction. La récidive se mesure en actes criminels qui mènent à une nouvelle arrestation, condamnation ou incarcération, qu'elle soit assortie ou non d'une nouvelle peine (National Institute of Justice, 2014).



comme de la cognition antisociale, des fréquentations antisociales, des liens familiaux et conjugaux, de la situation d'emploi et des activités récréatives et de loisirs (Andrews et Bonta, 1995; Chenane, Brennan, Steiner et Ellison, 2015).

Il arrive parfois que la CPS joue un rôle dans le type de crime commis et la raison de commettre un crime. Par exemple, le SCC (2011) a découvert qu'une plus forte proportion de délinquants sous l'influence de la drogue avaient commis une infraction acquisitive (82 %), c'est-à-dire pour obtenir des biens ou des ressources (p. ex. vol), plutôt qu'une infraction avec violence (p. ex. voies de fait) (31 %). Il faut dire qu'une personne risque davantage de commettre un crime si elle est sous l'influence d'une substance parce que cette dernière diminue les inhibitions ou renforce la confiance en soi. Sans compter que certains crimes sont commis pour se procurer une substance ou financer la CPS. La même étude a montré qu'environ un tiers des personnes sous l'influence de la drogue le jour de leur délit ont commis ce délit pour financer leur consommation (SCC, 2011).

Ces conclusions soulignent bien l'importance de prendre en charge la CPS chez les personnes judiciairisées, tout comme d'autres facteurs de risque, et ce, afin de faire reculer la criminalité, de favoriser une réinsertion sociale réussie et de réduire les coûts attribuables aux services correctionnels (Wooditch, Tang et Taxman, 2014; Visher et Mallik-Kane, 2007; SCC, 2009). La CPS touche non seulement les personnes, mais aussi les familles et les collectivités. Sa prise en charge procure des bienfaits qui ne se limitent pas à la récidive : elle permet de renforcer la sécurité publique, d'améliorer les collectivités et d'investir dans les générations à venir.

Enjeu

Quelques difficultés devront être résolues pour favoriser une réinsertion sociale réussie chez cette population. Au départ, les personnes aux prises avec une CPS et les personnes judiciairisées sont souvent confrontées à la stigmatisation, non seulement en raison de leur consommation, mais aussi de problèmes concomitants et de leurs antécédents criminels. Cette stigmatisation peut provenir de divers intervenants, comme le grand public, les professionnels de la santé, les prestataires de services, le personnel correctionnel et d'autres employés du système de justice pénale. Comme la stigmatisation influe sur l'action sociale et les politiques publiques, et sur la prestation correspondante de soins de santé (Livingston, Milne, Fang et Amari, 2012), elle pourrait entraîner une plus grande exclusion des personnes stigmatisées.

Les études montrent que la CPS fait l'objet d'une stigmatisation plus importante que tout autre problème de santé (Schomerus et coll., 2011; Ronzani, Higgins-Biddle et Furtado, 2009). Cette situation découle souvent du fait que la CPS n'est pas considérée comme un problème de santé, mais plutôt comme un comportement qu'il est possible de contrôler (Livingston et coll., 2012). Cette perception fait en sorte que les personnes aux prises avec une CPS sont souvent tenues responsables de leurs gestes. De son côté, la criminalité fait aussi l'objet d'une grande stigmatisation et impose des restrictions au délinquant, qui ne peut pas voter, s'acheter une maison, recevoir de l'aide financière ou occuper un emploi – des éléments importants à la réinsertion sociale (Pogorzelski, Nancy, Ko-Yu et Blitz, 2005). Un délinquant qui, avant sa mise en liberté, anticipe déjà de la stigmatisation à son endroit aura plus de difficulté à s'ajuster à la vie dans la collectivité (Moore, Stuewig et Tangney, 2016). Soulignons que les données probantes montrent que la stigmatisation liée à la CPS peut retarder le rétablissement et la réinsertion sociale (Brewer, 2006; van Olphen, Eliason, Freudenberg et Barnes, 2009) et amoindrir la qualité des soins de santé et des traitements et en réduire l'accès (Copeland, 1997; Digiusto et Treloar, 2007; Semple, Grant et Patterson, 2005). D'où l'importance de tenir compte de la stigmatisation lorsqu'on cherche à améliorer la réinsertion sociale des personnes aux prises avec la CPS, surtout au moment de leur



donner accès aux services dont elles ont besoin et de susciter un sentiment d'appartenance envers la collectivité.

Une autre difficulté se présente avec la réinsertion sociale, à savoir la continuité des soins, qui se définit comme la poursuite des traitements et des services, depuis l'admission jusqu'à la mise en liberté. C'est ainsi qu'une personne suivant une pharmacothérapie avant son admission dans un établissement correctionnel pourrait poursuivre ce traitement pendant son incarcération et après sa mise en liberté (McKenzie et coll., 2012; Coviello et coll., 2012). Les populations carcérales sont beaucoup moins susceptibles de recevoir des soins de santé réguliers avant leur incarcération ou après leur mise en liberté (Visher et Mallik-Kane, 2007). Sans compter que l'accès aux programmes offerts dans les établissements n'est pas toujours rapide, en raison par exemple d'annulations ou de restrictions à la liberté de mouvement imposées par mesure de sécurité (Morin, 1999). Les employés et les délinquants entrent et sortent des établissements de façon cyclique, ce qui influe aussi sur la continuité des soins de santé et des programmes (Visher et Mallik-Kane, 2007; Morin, 1999).

Enfin, étant donné la diversité des besoins des personnes judiciairisées, il est difficile de prendre en charge la CPS et d'améliorer la réinsertion. Cette population souffre parfois de problèmes médicaux comme la maladie mentale, des handicaps intellectuels et des maladies chroniques. De même, il faut accorder de l'importance aux facteurs liés au genre, à la culture et aux antécédents personnels (p. ex. traumatismes) lors de l'orientation vers des programmes. Pensons au cas des femmes : comme elles sont plus susceptibles que les hommes d'avoir des difficultés d'emploi et un revenu faible, et de faire une dépression et de l'anxiété, elles ont besoin de programmes sur mesure (Peters, Strozier, Murrin et Kearns, 1997). Il y a quelque temps, des femmes autochtones ont signalé que le système pénal canadien ne répondait pas à leurs besoins uniques, notamment les traumatismes liés à des antécédents d'agressions sexuelles, les symptômes de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) et le risque suicidaire. Elles ont en outre mentionné qu'il faudrait offrir des programmes culturels ciblés, dont les cérémonies de guérison et l'aide offerte par les Anciens (Morin, 1999). On a constaté que ces lacunes existent toujours au sein du système juridique (Bureau de l'enquêteur correctionnel [BEC], 2016).

L'accès à ces services adaptés et leur disponibilité varient selon l'endroit où l'on se trouve. L'offre de soins pour répondre aux besoins peut certes débuter en milieu carcéral, mais elle ne sera efficace que si elle se poursuit dans la collectivité. Malheureusement, il arrive souvent que les services communautaires ne soient pas en mesure de combler les nombreux besoins. Le manque de services pourrait contribuer au nombre grandissant de personnes en détention provisoire au Canada (Porter et Calverley, 2011)⁴. Par exemple, une personne arrêtée aux prises avec une CPS ne pose pas forcément un risque pour la sécurité publique. Mais en l'absence de programme adapté ou de surveillance dans la collectivité, cette personne est gardée en détention provisoire. Par contre, sans données adéquates, il peut être difficile de démontrer quels services devraient être fournis dans le système de justice pénale et dans la collectivité. En fait, ces données et leur évaluation correspondante font souvent défaut par manque de temps et de ressources.

Contexte du projet

Mieux comprendre le rôle que joue la CPS dans le système de justice pénale et trouver des solutions pour lever les obstacles à la réinsertion sociale contribuera à régler les problèmes décrits précédemment. Voulant en savoir davantage, le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de

⁴ La détention provisoire est, comme son nom l'indique, la détention temporaire d'une personne en attendant son procès, la détermination de sa peine ou le début d'une garde en milieu fermé (Porter et Calverley, 2011, p. 6).



substances (CCDUS) a lancé le projet Aborder la consommation problématique de substances chez les délinquants et l'a mis au point au moyen d'un dialogue avec les responsables des services correctionnels fédéraux, provinciaux et territoriaux, ainsi qu'avec des représentants de la Direction de la recherche du SCC. Financé par le SCC, le projet vise à aborder les facteurs de risque liés à une CPS en promouvant des pratiques factuelles à l'appui d'une réinsertion sociale réussie.

Objectifs

L'analyse environnementale ainsi réalisée avait principalement pour but de résumer les évaluations faites d'interventions de justice pénale axées sur la réduction du comportement de consommation ou de récidive, ou les deux. L'analyse visait plus précisément à :

- Définir et résumer les pratiques exemplaires permettant d'évaluer et de prendre en charge la CPS chez les personnes judiciairisées, en particulier les pratiques propices à la transition de l'établissement à la collectivité;
- Brosser un tableau complet des services ou programmes spécialisés déjà mis en place au Canada.

L'analyse s'adresse notamment à des chercheurs en criminologie ou en consommation de substances, à des intervenants œuvrant dans le système de justice pénale ou le traitement de la CPS, ainsi qu'à des décideurs et stratèges responsables de la santé, de la justice ou des services correctionnels à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale.



Méthodologie

La méthodologie employée pour ce projet a permis de faire ressortir les études, données probantes, compétences professionnelles et pratiques en rapport avec les objectifs du projet et de s'assurer que les résultats tiennent compte de toutes les connaissances disponibles et du contexte canadien. Pour y arriver, la méthodologie comptait trois volets : des consultations auprès d'un groupe de travail, des entrevues avec des informateurs et une analyse environnementale.

Groupe de travail sur la consommation problématique de substances chez les délinquants (CPSD)

Pour orienter le projet, le CCDUS a mis sur pied un groupe de travail réunissant des représentants du personnel des services correctionnels fédéraux et provinciaux et d'organismes de recherche, notamment des spécialistes du savoir autochtone. Le groupe comptait aussi des personnes ayant une expérience vécue et des experts spécialisés dans les questions touchant le genre, les soins sensibles au traumatisme et les troubles concomitants, ainsi que quelques personnes chargées d'appliquer et d'animer des programmes fédéraux et communautaires. Le Groupe de travail CPSD est coprésidé par le CCDUS, le SCC et des représentants provinciaux des responsables des services correctionnels (voir la liste des membres du Groupe de travail CPSD à l'annexe A).

Entrevues avec des informateurs

Le CCDUS, souhaitant saisir le point de vue des intervenants et mieux comprendre dans quel contexte sont mis en œuvre les programmes, a procédé à des entrevues avec plusieurs professionnels du système de justice pénale. La chercheuse a donc préparé un guide d'entrevue tenant compte des lacunes décelées par le Groupe de travail CPSD. Par la suite, le groupe de travail a passé le guide en revue et proposé le nom de quelques informateurs. C'est ainsi qu'en tout, le CCDUS a interviewé 11 personnes, dont des représentants des Associations nationales intéressées à la justice criminelle, des services judiciaires, juridiques et des libérations conditionnelles, du milieu de la recherche et des prestataires de programmes communautaires. Les questions posées aux informateurs abordaient entre autres les points suivants :

- La disponibilité des études et des données;
- Les difficultés liées à la réalisation et à l'exécution des programmes;
- Les points forts des programmes;
- Les lacunes systémiques et les secteurs à améliorer;
- Ce qui fonctionne.

Une fois les entrevues terminées, la chercheuse a analysé les résultats, qui ont ensuite été examinés par le groupe de travail afin d'en assurer la cohérence et la validité.

Analyse environnementale

Pour réaliser l'analyse environnementale, une recherche dans la littérature évaluée par les pairs et la littérature grise a d'abord été faite. Elle a mis en évidence des études sur la gestion des délinquants au sein du système de justice pénale ou sur l'amélioration du mode d'animation des programmes, de leur structure et de la façon dont ils gèrent les délinquants. Les thèmes couverts par l'analyse allaient de l'application de la loi à l'incarcération, en passant par les services communautaires, mais ne portaient que sur les programmes abordant la consommation de substances d'une façon ou



d'une autre. Précisons que si l'analyse mentionne aussi d'autres secteurs d'intérêt sur le sujet (p. ex. troubles concomitants, importance de l'hébergement sécuritaire et des relations saines), ils ne le sont que de façon accessoire. À noter que la présente étude ne porte pas sur les jeunes délinquants, au vu des données probantes limitées recueillies et de la recommandation du Groupe de travail CPSD. Ont aussi été exclus de l'étude les mécanismes de réduction des méfaits ne visant pas directement la réinsertion postlibératoire (p. ex. les centres d'injections supervisées).

Pour être incluses dans l'analyse environnementale, les études examinées devaient répondre aux critères suivants :

- Recherche ou évaluation sur des délinquants adultes;
- Recherche ou évaluation faite au sein du système de justice pénale et portant notamment sur l'arrestation, la déjudiciarisation (avant et après le procès), les services en établissement, les programmes de probation et de libération conditionnelle, et les services communautaires;
- Recherche ou évaluation faite à l'étranger, mais principalement en Amérique du Nord;
- Recherche ou évaluation portant sur la consommation et ses effets sur la rechute et la récidive;
- Recherche ou évaluation sur les conditions propices à une réinsertion sociale réussie des délinquants.

Un spécialiste de l'information et une chercheure ont procédé à la recherche en trois étapes. Ils se sont d'abord concentrés sur les programmes ciblant la réinsertion sociale après la mise en liberté (p. ex. programmes de libération conditionnelle, pharmacothérapies). Après avoir consulté le groupe de travail, ils ont effectué une autre recherche documentaire portant cette fois sur les outils d'évaluation du risque et les programmes de déjudiciarisation. Enfin, une dernière recherche a été faite, cette fois sur les principaux services communautaires (p. ex. services complémentaires, équipes de transition en milieu correctionnel). Pour trouver des articles évalués par les pairs, les bases de données PubMed et PsycINFO ont été consultées, tout comme des sources telles que la bibliothèque Cochrane, PsycNET, Campbell Library, Health Evidence, Centre for Reviews and Dissemination, National Criminal Justice Reference Service, Project Cork et Google Scholar. Des variations des termes ci-dessous (quelques exemples) ont été utilisées pour la recherche (voir la description de la stratégie de recherche et la liste complète des termes utilisés à l'annexe B; à noter que la recherche a été faite en anglais seulement) :

- Première étape : prélibératoire, postlibératoire, après l'incarcération, transition, prisonnier, délinquant, criminel, trouble lié aux substances/réadaptation, réadmission, mise en liberté, probation et libération conditionnelle
- Deuxième étape : évaluation du risque, outil/instrument d'évaluation du risque, imposé par le tribunal, programme de déjudiciarisation, résultat thérapeutique, tribunal de traitement de la toxicomanie, réadaptation des criminels, détention provisoire, détenu et détention préventive
- Troisième étape : modèle du carrefour, services complémentaires, établissements correctionnels, récidive, rechute, prévention des rechutes, thérapie cognitive, thérapie cognitivo-comportementale, abus de drogue, dépendance à la drogue, sevrage, désintox, désintoxication, entrevue motivationnelle et équipe de transition



La littérature grise a aussi été consultée à l'aide de divers outils (Google, moteur de recherche personnalisé Google du Centre de toxicomanie et de santé mentale, National Registry of Evidence-based Programs and Practices, et Crimesolutions.gov.) et de divers termes (réadmission, transition, réinsertion, libération conditionnelle, assistance postpénale et transition du délinquant). Cette recherche a fait ressortir des exemples de programmes communautaires ou de réadmission portant sur la consommation de substances chez les personnes judiciairisées, comme les questionnaires d'évaluation du risque. Sans compter que les membres du Groupe de travail CPSD ont transmis à la chercheuse d'autres ressources pertinentes.

C'est ainsi qu'environ 1500 articles évalués par les pairs ont été retenus et inclus dans l'analyse; de ce nombre, environ 500 ont été jugés dignes d'examen par la chercheuse. De même, environ 45 outils ou ressources ont été recensés dans la littérature grise. Puis, la chercheuse a réparti en catégories les études évaluées par les pairs et celles de la littérature grise qui respectaient les critères d'inclusion retenus et a mis de côté celles qui n'y répondaient pas. C'est ainsi que les programmes, études et recherches restants ont été organisés en trois sections : les éléments du système, ce qui inclut les éléments de base du système de justice pénale (p. ex. évaluation du risque, gestion de cas et réinsertion), les approches thérapeutiques (c.-à-d. données sur le traitement des personnes aux prises avec une CPS) et les facteurs relatifs aux programmes, qui fournissent des renseignements sur les diverses facettes que peut avoir ce traitement (p. ex. être sensible au traumatisme). Nous avons fait notre possible pour rendre compte de toute l'information disponible sur l'intervention, les résultats de son évaluation, les limites de la méthodologie employée et les conséquences de sa mise en œuvre. Toute information manquante sur une intervention n'était simplement pas disponible au moment de l'analyse.



Constatations

Entrevues avec des informateurs

Les entrevues avec des informateurs ont mis en évidence certaines lacunes à examiner davantage, ce qui nous a fourni d'importants éléments contextuels concernant l'application de pratiques exemplaires et a orienté notre recherche. Les sous-sections ci-dessous résument les thèmes couramment abordés pendant les entrevues et les commentaires du Groupe de travail CPSD sur ces thèmes.

La consommation problématique de substances est un problème de santé

Il était évident, tout au long des entrevues, que le système de justice pénale traite généralement la CPS comme un problème de comportement, et non comme un problème de santé. Les informateurs étaient tous catégoriques : pour que la personne reçoive le traitement qui lui convient, la CPS doit être abordée comme un problème de santé. Pour les informateurs, la première étape pour y arriver passe par un rapprochement du système de justice pénale et du système de santé. Avec un tel rapprochement, les organismes en santé seraient plus sensibilisés aux questions de justice pénale, et le système de justice pénale, lui, serait à même de détecter les problèmes de santé. Cela dit, un important obstacle se dresse devant ce changement, à savoir le manque de connaissances médicales des agents des services correctionnels et d'application de la loi. Il faudrait donc offrir de la formation aux travailleurs du système de justice pénale, de sorte qu'ils puissent faire face à divers problèmes de santé. Un informateur a souligné la nécessité de reconnaître que la rechute fait partie du processus de rétablissement et qu'il est inutile de pénaliser la personne; autrement dit, il ne faut pas la pénaliser précisément pour la chose pour laquelle elle demande de l'aide.

Les conditions d'abstinence sont l'exemple le plus souvent mentionné où la CPS est considérée comme un problème de comportement, plutôt que comme un problème de santé. Porter des accusations administratives pour manquement aux conditions de la libération conditionnelle exigeant que le délinquant reste abstinent exerce une pression inutile sur les centres de détention et de détention provisoire, et ce, alors que le délinquant ne pose pas forcément un grand risque à la sécurité publique. Pour plusieurs informateurs, la rechute ne devrait pas être punie comme une infraction correctionnelle; il faudrait plutôt proposer une thérapie ou s'attaquer aux causes fondamentales de la CPS.

Faire face aux problèmes concomitants à la CPS

Les informateurs ont aussi parlé de la difficulté de travailler avec une population qui souffre fréquemment d'autres problèmes sociaux et de santé, dont des troubles de santé mentale et d'apprentissage, des antécédents de traumatisme et l'ETCAF. Les prestataires de services doivent pouvoir offrir des traitements adaptés aux préoccupations autres que la CPS et personnalisables. Malheureusement, les informateurs considéraient que les services manquent pour la plupart de flexibilité et que, souvent, ils ne préoccupent pas de ces divers facteurs. Cette situation est généralement attribuable à un manque de ressources causé par un retard dans la révision des services en fonction des plus récentes données probantes. Certains informateurs préconisent – approche plus efficace – de s'attaquer aux causes fondamentales de la CPS (p. ex. expérience traumatisante, difficulté à dénicher un emploi).



Non seulement les problèmes de santé mentionnés précédemment doivent être réglés, mais de nouvelles préoccupations font surface dans cette population. Presque tous les informateurs ont mentionné les répercussions des lésions cérébrales sur le comportement et la consommation de substances chez les personnes judiciairisées. Les études sur le lien entre traumatisme cérébral et troubles du comportement sont de plus en plus nombreuses. Les informateurs recommandent que les agents correctionnels et les autres intervenants qui travaillent avec cette population reçoivent une formation sur les lésions cérébrales et leurs répercussions. Ainsi, les divers intervenants seront à même de comprendre et de gérer les symptômes de ces lésions, comme le comportement antisocial et la difficulté à obtempérer aux ordres.

Pour les informateurs, un autre obstacle majeur qui nuit à une réinsertion sociale réussie et contribue à la réincarcération est la pénurie de logements sûrs et supervisés. Un informateur a d'ailleurs avancé que cette pénurie pourrait découler du fait que les personnes n'ayant plus besoin d'un logement supervisé hésitent à le quitter, car elles savent que trouver un autre logement sera difficile. Ajoutons que trouver des partenaires prêts à fournir un hébergement à des personnes ayant des antécédents criminels pose de multiples problèmes. D'ailleurs, certains fournisseurs de logements énoncent expressément que toute personne avec un casier judiciaire ne peut avoir recours à leurs services.

Meilleur accès aux services essentiels

Les informateurs ont mentionné quelques éléments qui empêchent les personnes judiciairisées de se faire traiter, dont :

- De longs déplacements pour se prévaloir des services;
- De longs temps d'attente;
- Une prestation de soins fragmentée (p. ex. les médicaments délivrés pendant l'incarcération ne le sont plus après la mise en liberté, la nécessité de se trouver un nouveau médecin ou conseiller);
- Une disponibilité limitée du traitement, surtout en cas de courtes périodes d'incarcération et de détention provisoire.

Les informateurs ont proposé, pour lever ces obstacles, de faciliter l'accès aux divers services (p. ex. services complémentaires) en les offrant dans un même endroit ou alors de demander à des représentants des programmes de se rendre dans les établissements pour présélectionner des participants intéressés et nouer le dialogue avec les délinquants. Il est possible d'assurer la continuité des soins en amorçant la planification de la mise en liberté pendant l'incarcération ou en permettant à ceux qui ont terminé un programme d'y revenir à l'improviste, en tant qu'anciens bénéficiaires. Selon les informateurs, il faudrait envisager d'offrir des interventions rapides aux personnes en détention provisoire ou à celles qui purgent des peines de courte durée, et d'assurer la continuité du traitement après la mise en liberté.

Les informateurs ont aussi recommandé d'embaucher des personnes ayant une expérience vécue et d'intégrer aux programmes un volet mentorat par les pairs ou d'entraide entre pairs. Pour les intervenants, les programmes d'entraide entre pairs permettent de renforcer le sentiment d'appartenance et de confiance des participants, ce qui les amène à s'appropriier les valeurs du programme, valeurs cruciales au rétablissement. De même, quand ces programmes servent à faciliter la réinsertion sociale des personnes qui ont été incarcérées et n'ont plus de réseau de soutien social, on arrive à leur donner un but dans la vie. Cela dit, avec ce type de programmes, il est parfois difficile pour les pairs ayant des antécédents criminels d'obtenir les autorisations



nécessaires pour se rendre dans les établissements correctionnels. Il n'en reste pas moins que, selon les informateurs, il est essentiel de pouvoir prendre contact avec les personnes incarcérées pour favoriser l'adhésion et la continuité des soins après la mise en liberté.

Les programmes communautaires pourraient aussi bénéficier de l'embauche de personnes ayant une expérience vécue, car elles savent ce que vivent les participants et comprennent leurs besoins et leur vulnérabilité pendant le processus de réinsertion. Selon les tenants de cette approche, les intervenants ayant une expérience vécue arrivent à créer des liens privilégiés avec les participants, de par leur familiarité de la terminologie et de la culture appropriées.

Éliminer les préjugés entourant la CPS par la sensibilisation

La majeure partie des informateurs a mentionné que les préjugés représentent parfois un obstacle pour les personnes qui réintègrent la collectivité. Selon eux, le grand public, les intervenants en justice pénale et même les prestataires de traitement de la dépendance entretiennent des préjugés à l'encontre des personnes judiciarisées et de celles aux prises avec la CPS. Les préjugés peuvent notamment prendre la forme d'un accès restreint aux services dont les personnes ont besoin (p. ex. des services d'hébergement sont refusés aux personnes ayant des antécédents criminels ou une CPS).

Les délinquants sont conscients des préjugés à leur endroit, et cela les empêche de divulguer certaines informations essentielles à leur rétablissement et à leur réinsertion sociale. Ainsi, ils pourraient refuser d'informer les fournisseurs de traitement de leurs problèmes de consommation, de peur d'être jugés, ce qui signifie que le niveau de services offert pourrait ne pas convenir. De même, certaines personnes pourraient dissimuler leur CPS par crainte de compromettre leur possibilité d'obtenir une libération conditionnelle. Les prestataires de services travaillant avec cette clientèle pourraient être confrontés aux mêmes difficultés quand ils essaient en vain de la diriger vers les services dont elle a besoin.

Les informateurs ont donc proposé, pour régler la question, d'instaurer un milieu sûr, bienveillant et sans jugement. Pour y arriver, il faudra davantage sensibiliser les divers intervenants et autres acteurs clés du système de justice pénale. Par exemple, les avocats de la défense devraient mieux connaître les approches efficaces et les services disponibles. Les informateurs ont mentionné qu'il arrive aux avocats de la défense de conseiller à leurs clients de ne pas suivre de traitement avant la détermination de leur peine, car cela équivaut à une admission de sa culpabilité. De même, certains avocats recommandent à leurs clients de choisir l'incarcération, plutôt qu'un tribunal de traitement de la toxicomanie, parce que cette voie est plus « facile ». Si les avocats de la défense connaissaient mieux la CPS et les services adéquats offerts, ils seraient plus à même de recommander des cheminements plus efficaces à leurs clients.

Les informateurs ont aussi signalé que la perception du public est un obstacle important au rétablissement. Il arrive souvent que des décisions prises dans le système judiciaire ou d'application de la loi ne cherchent qu'à donner l'impression que la sécurité publique est protégée. Par exemple, un juge pourrait décider d'incarcérer une personne qui ne représente pas une menace pour la société, alors qu'une participation à des services communautaires aurait pu lui être bénéfique. Les informateurs étaient d'avis qu'il faudrait informer le public que les personnes remises en liberté qui arrivent à se faire traiter ne représentent souvent pas une menace pour la sécurité publique. Il faudrait aussi renseigner le public sur les outils factuels d'évaluation du risque dont dispose le système de justice pénale. Les informateurs ont aussi mentionné que les intervenants en justice pénale surestiment peut-être la perception qu'a le public du danger et qu'il serait avantageux de sonder le public pour mieux connaître l'importance qu'il accorde à la réinsertion sociale.



Plus grande communication et collaboration entre intervenants

Enfin, les informateurs consultés ont presque tous préconisé un meilleur réseautage et une communication accrue entre les divers intervenants des systèmes sociaux, de justice pénale et de santé qui jouent un rôle dans la gestion de cette population. Ils ont reconnu que plusieurs organismes et ministères travaillent en vase clos et qu'il serait grandement utile d'améliorer les liens entre les systèmes correctionnels fédéral et provinciaux.

Plus particulièrement, les participants estimaient que les grands organismes gouvernementaux ont parfois du mal à créer des liens avec des services communautaires (p. ex. établissements correctionnels fédéraux et programmes communautaires en réinsertion sociale). Un tel isolement pourrait s'expliquer par des obstacles relatifs à l'échange de données, comme le fait de ne pouvoir consulter des dossiers médicaux pour connaître les antécédents thérapeutiques d'une personne pour des raisons de protection de la vie privée.

Les informateurs ont en outre souligné que les juges, les procureurs de la Couronne et les avocats de la défense ne connaissent pas les services communautaires qui pourraient être inclus dans la peine. Ils ont donc proposé de mettre à la disposition des parties concernées une liste des services offerts, selon les différentes régions, pour les informer des services communautaires dont pourraient bénéficier les personnes judiciarisées.

Analyse environnementale

Cette section présente les résultats de l'analyse environnementale faite dans la littérature grise et celle évaluée par les pairs pour recenser les pratiques prometteuses et exemplaires sur la réinsertion sociale réussie des personnes avec des antécédents de CPS. Les résultats ont été organisés en trois sous-sections : les facteurs relatifs aux programmes, qui fournit des renseignements sur les facettes que peut avoir ce traitement (p. ex. être sensible au traumatisme), les éléments du système, qui porte sur les éléments de base du système de justice pénale (p. ex. évaluation du risque, gestion de cas et réinsertion) et les approches thérapeutiques, qui concerne les données sur des traitements comme la thérapie cognitivo-comportementale.

Facteurs relatifs aux programmes

Il importe, quand on entend appliquer un programme correctionnel ou une approche thérapeutique, de tenir compte de la population ciblée. Une bonne partie de la recherche en justice pénale porte principalement sur des hommes de race blanche. La priorité accordée à ce groupe a récemment commencé à évoluer, car il y a lieu de croire que les programmes ne fonctionnent pas aussi bien auprès d'autres populations. D'où l'importance d'appliquer les pratiques éclairées par des données probantes en tenant compte des circonstances propres à chaque personne (p. ex. genre, culture, expérience).

Les sous-sections qui suivent résument des facteurs qui pourraient s'appliquer aux éléments du système de justice pénale et aux approches thérapeutiques. Nous parlons d'abord des programmes sensibles au traumatisme puisque les personnes ayant des démêlés avec la justice ont souvent subi des traumatismes qui pourraient influencer sur leurs besoins en programmes et sur leur réinsertion sociale. Nous abordons ensuite des facteurs relatifs au genre, puis ceux relatifs à la culture. Soulignons que si une grande partie des délinquants canadiens sont des hommes de race blanche, il n'en reste pas moins que les populations féminines et autochtones en croissance doivent avoir accès à des programmes ciblés (BEC, 2016).



Programmes sensibles au traumatisme

Les soins sensibles au traumatisme⁵ considèrent les antécédents traumatisants comme un possible facteur contributif à la consommation de substances et à la criminalité. Il faut alors comprendre l'expérience passée et actuelle de violence ou d'abus de la personne et intégrer cette compréhension à tous les aspects des soins (Centre d'excellence de la Colombie-Britannique pour la santé des femmes, 2013). Cette approche vise principalement à éviter à la personne de subir d'autres traumatismes pendant qu'elle chemine dans le système de justice pénale et qu'elle prend en main sa CPS. Ce faisant, elle arrivera peut-être à comprendre pourquoi elle prend des substances (p. ex. soulager des souvenirs douloureux à l'aide de médicaments) (Matheson, Brazil, Doherty et Forrester, 2015).

Les antécédents de traumatisme n'affectent pas seulement une personne, mais aussi parfois toute une culture (Bombay, Matheson et Anisman, 2009). L'expérience collective peut se transmettre de génération en génération; pensons par exemple aux traumatismes liés aux pensionnats avec lesquels vivent les Autochtones et leurs familles (Abramowitz, 2005). Le traumatisme collectif peut susciter des tendances négatives dans une collectivité, notamment une confiance ébranlée et un leadership affaibli (Bombay et coll., 2009). Il existe des recoupements entre une approche sensible au traumatisme et un système autochtone de soins axés sur les valeurs (Poole, 2015). Malheureusement, le système correctionnel canadien ne dispose d'aucun mécanisme de dépistage et de traitement du traumatisme (Matheson et coll., 2015), en plus de manquer de données sur la prévalence du traumatisme dans la population correctionnelle. Ce manque est préoccupant puisqu'un traumatisme non traité peut nuire à une réinsertion sociale réussie (Doherty, Forrester, Brazil et Matheson, 2014).

Sommaire de la recherche

Il existe des liens étroits entre le comportement criminel, la consommation de substances et le traumatisme. La recherche montre d'ailleurs que la CPS est associée à l'exposition au traumatisme (Triffleman, Marmar, Delucchi et Ronfedt, 1995) et que le traumatisme peut permettre de prédire l'implication dans des activités criminelles et la consommation de substances (Messina et Grella, 2006). Il n'est donc pas surprenant de noter que les délinquants aux prises avec une CPS risquaient davantage d'avoir subi des traumatismes dans l'enfance que les délinquants sans problème de consommation (Cuomo, Sarchiapone, Giannantonio, Mancini et Roy, 2008). Cette corrélation est particulièrement évidente dans le cas des femmes : les données montrent en effet que de 32 à 66 % des femmes de la population générale ayant un trouble lié aux substances ont subi des agressions (physiques et sexuelles) pendant leur enfance⁶. Les femmes ont aussi dit prendre des médicaments pour faire face à leurs expériences de traumatisme (Covington, 2007; Greene, Haney et Hurtado, 2000; Grella, Stein et Greenwell, 2005; Doherty et coll., 2014).

Il importe que les responsables des programmes correctionnels ou des approches thérapeutiques soient au courant des antécédents de traumatisme des personnes qu'ils traitent puisque l'incarcération pourrait raviver certaines émotions; de plus, le milieu restrictif et autoritaire, par exemple, pourrait provoquer d'autres traumatismes. En effet, la répétition d'expériences traumatisantes ou l'apparition de nouvelles peuvent exacerber la consommation de substances (Wiewel et Mosley, 2006; van Olphen et coll., 2009). De même, les personnes traumatisées ont

5 Une démarche sensible au traumatisme reconnaît l'importance que joue le traumatisme dans la CPS et s'applique à tout type de traitement. Cette démarche se distingue des interventions centrées sur le traumatisme qui, elles, cherchent spécifiquement à traiter les conséquences du traumatisme et à favoriser la guérison (voir le www.samhsa.gov/nctic/trauma-interventions pour en savoir plus).

6 Les hommes avec une CPS ont des taux de traumatisme inférieurs à ceux des femmes (Johnson, Heffner, Blom et Anthenelli, 2010).



parfois de la difficulté à faire confiance aux professionnels de la santé et à suivre leur traitement (Harris et Fallot, 2001).

C'est donc dire que pour être efficaces, les programmes de traitement de la consommation devraient adopter une approche sensible au traumatisme car, ce faisant, ils permettent d'améliorer les résultats liés à la consommation de substances et à l'abstinence et de diminuer le taux de réincarcération, comparativement aux programmes non sensibles au traumatisme (Amaro et coll., 2007; Covington, Burke, Keaton et Norcott, 2008; Messina, Grella, Carier et Torres, 2010).

Le recours au traitement sensible au traumatisme devrait tenir compte des points suivants :

- L'incarcération en soi peut causer des traumatismes (Kubiak, 2004).
- Le sentiment d'impuissance et la perte de contrôle pourraient raviver un ancien traumatisme ou en provoquer un nouveau.
- Pouvoir établir ses propres priorités et prendre ses propres décisions par rapport à son traitement aide la personne à se prendre en main.
- Les approches conflictuelles sont à proscrire (Poole, 2015).
- Il importe de se renseigner sur les expériences de traumatisme et d'abus d'une personne dès son arrivée dans le système de justice pénale, puis de les intégrer au modèle risque-besoin-réceptivité en tant que facteur de risque supplémentaire de criminalité et de CPS (Matheson et coll., 2015).
- Le plan de mise en liberté devrait tenir compte du traumatisme, car la réinsertion déclenche parfois des réactions douloureuses. Il est donc préférable que le planificateur du congé et le délinquant collaborent pour trouver des mécanismes compensatoires adéquats (Doherty et coll., 2014).
 - Le délinquant devrait aussi participer à la planification de sa mise en liberté; ainsi, il saura à quoi s'attendre et aura l'assurance d'avoir un plan de réinsertion efficace (Doherty et coll., 2014).
- Les organismes pourraient avoir à changer leur façon de faire, pour faciliter l'intégration de services sensibles au traumatisme qui répondent aux besoins de cette population (p. ex. enchâsser le traumatisme dans le modèle risque-besoin-réceptivité) (Matheson et coll., 2015).

Programmes sexospécifiques

Comme les femmes n'ont pas les mêmes besoins que les hommes dans le système de justice pénale, c'est donc dire que les programmes conçus pour la population masculine ne leur conviennent pas (Green, Miranda, Daroowalla et Siddique, 2005). Par exemple, au Canada, quatre délinquantes sous responsabilité fédérale sur cinq⁷ ont des problèmes de consommation, soit un taux plus élevé que celui des hommes. Les délinquantes risquent aussi davantage d'être reconnues coupables d'une infraction disciplinaire, d'être placées en isolement et d'être réincarcérées après leur mise en liberté (Farrell-MacDonald, Gobeil, Biro, Richie et Curno, 2015). Ajoutons qu'elles sont beaucoup plus susceptibles que les hommes d'avoir des troubles concomitants de santé mentale et de santé physique (p. ex. le diabète) et d'avoir subi de la violence familiale et des agressions physiques et sexuelles (Staton, Leukefeld et Webster, 2003; Messina, Burdon, Hagopian et

⁷ Les femmes représentent environ 5 % de la population carcérale fédérale au Canada (SCC, 2014b).



Prendergast, 2006; National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2014; James et Glaze, 2006; Browne, Miller et Maguin, 1999; Langan et Pelissier, 2001). C'est donc dire qu'il serait plus efficace de traiter les femmes au moyen de programmes adaptés à leurs besoins sexospécifiques et à leurs situations particulières (Wiewel et Mosley, 2006; Matheson et coll., 2015). Voici quelques enjeux qui ne concernent que les femmes (Grella et Greenwell, 2007) :

- Les femmes ont besoin de soins en lien avec la santé génésique et les grossesses non planifiées, et elles ont recours à la contraception de façon irrégulière, voire pas du tout (Clarke et coll., 2006). Les femmes judiciarisées sont moins susceptibles de faire appel à des services de santé pour ces questions, car elles craignent d'être intimidées ou que leur CPS soit mise à jour (Staton, Leukefeld et Logan, 2001), ce qui réduit la probabilité qu'elles fassent traiter leur CPS.
- De nombreuses femmes judiciarisées ont des enfants. Elles ont donc des besoins très précis à ce sujet dont ne tient souvent pas compte le système. Par exemple, certains services offerts après la mise en liberté, notamment les programmes d'hébergement et de traitement, ne permettent pas toujours aux femmes d'exercer leurs responsabilités de mères (van Olphen et coll., 2009). Ajoutons qu'il sera plus difficile de faire traiter une CPS si aucun service de garde n'est disponible.
- Ces facteurs contextuels sont des obstacles à l'emploi chez les femmes qui réintègrent la société (p. ex. soutien logistique insuffisant, notamment en ce qui concerne le transport et la garde des enfants) (Guttman, McKay, Ketterlinus et McLellan, 2003; Richie, 2001), situation inquiétante puisque le chômage est un facteur de risque de CPS (Mossakowski, 2008).
- Un manque de services sexospécifiques pourrait contribuer à l'incarcération initiale des femmes et est associé à un abandon du traitement et à la rechute quand elles réintègrent la société (p. ex. retour à une relation malsaine) (Freudenberg, Daniels, Crum, Perkins et Richie, 2005; Richie, Freudenberg et Page, 2001; van Olphen et coll., 2009).

Sommaire de la recherche

En raison des difficultés décrites précédemment, ce sont les délinquantes qui présentent les plus grands besoins, mais sans avoir accès aux services correspondants, ce qui veut dire qu'elles risquent davantage de ne pas recevoir les soins nécessaires pour s'en sortir (Grella et Greenwell, 2007). Certains facteurs relatifs aux programmes pourraient atténuer l'écart dans les soins offerts aux femmes. Il faut reconnaître qu'à cause de la violence et de la victimisation qu'elles ont subies, ces femmes éprouvent souvent un sentiment d'impuissance. Cela les amène à avoir une faible estime d'elles-mêmes et à se sentir coupables de consommer, d'où la difficulté à se consacrer à leur rétablissement. Comme les liens avec la famille et les amis, tant positifs que négatifs, jouent un grand rôle dans l'état de santé d'une délinquante, il importe d'en tenir compte dans le processus de réadaptation, que ce soit pour renforcer les liens positifs ou rompre les liens négatifs (Wiewel et Mosley, 2006).

Il existe bien quelques programmes conçus pour répondre aux besoins des femmes. Par exemple, un service d'accompagnement pour les femmes incarcérées faisait appel à l'intervention rapide pour les renseigner sur les ressources sexospécifiques offertes dans la collectivité (p. ex. information sur le traitement, services d'aide et hébergement). Ce service a permis de diminuer la consommation d'alcool et de substances. Cela dit, les auteurs de l'étude ont aussi noté que les participantes, au moment de leur mise en liberté, devaient faire face à certaines difficultés, notamment gérer simultanément plusieurs besoins de base (p. ex. se trouver un emploi et un logement et rétablir certains liens interpersonnels), ce qui les empêchait de se faire traiter (Begun, Rose et Lebel, 2011).



Programmes sensibles à la culture

Pour être efficaces, les programmes ciblés doivent prendre en compte les origines culturelles (p. ex. africaines, asiatiques, latines). Au Canada, les Autochtones représentent plus d'un quart des délinquants sous responsabilité fédérale, et les autres ethnicités non caucasiennes regroupées, elles, moins de 20 % (BEC, 2016). Il semble évident, après nos entrevues avec des informateurs et un examen des données probantes résumées plus loin, que les méthodes de traitement de la CPS ne sont pas toutes adaptées aux populations autochtones. Ainsi, certains outils d'évaluation du risque n'ont pas montré leur efficacité avec ces populations. Ajoutons que certains services, comme les pharmacothérapies, ne sont pas offerts dans les réserves, d'où la difficulté d'assurer la continuité des soins. Nous nous pencherons ici sur l'intégration de programmes sensibles à la culture aux services offerts aux Autochtones en milieu correctionnel.

Selon le Bureau de l'enquêteur correctionnel (BEC), entre 2010 et 2011, le taux d'incarcération en milieu fédéral des adultes autochtones était environ 10 fois plus élevé que celui des adultes non autochtones (BEC, 2013a). Ce taux est encore plus manifeste chez les délinquantes autochtones, qui représentent 35 % de toutes les femmes incarcérées sous responsabilité fédérale au Canada (BEC, 2016). Cette surreprésentation se remarque aussi à l'échelle provinciale. En effet, des données de 2011 et 2012 indiquent que 41 % de la population quotidienne moyenne des centres correctionnels provinciaux pour adultes de l'Alberta étaient autochtones, alors qu'ils ne représentent que 6 % de la population générale de la province (Services de santé de l'Alberta, 2012).

Les Autochtones présentent souvent plusieurs risques et besoins, dont des antécédents de consommation, de maladie mentale, de violence et de traumatisme (SCC, 2008). Il s'agit là d'un fait troublant, quand on sait que les Autochtones aux prises avec une CPS grave sont deux fois plus susceptibles de récidiver, par rapport aux Autochtones sans CPS (Brzowski, Taylor-Butts et Johnson, 2006). Quand on leur demande quels sont les problèmes de leur communauté, les membres des Premières Nations participantes ont répondu que le principal obstacle au bien-être dans les réserves était l'abus d'alcool et de drogue (Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2011). Parmi les autres facteurs qui exposent les Autochtones au risque d'incarcération, citons le désavantage social et économique attribuable à une discrimination et à des préjugés systémiques, un accès insuffisant aux études, l'éloignement et des problèmes de séparation entre les parents et les enfants (BEC, 2013a; Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances [FANPLD], Assemblée des Premières Nations [APN] et Santé Canada, 2011; Benson, 2016).

Promulguée en 1992, la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* prévoit des dispositions visant à encourager la participation des Autochtones au processus correctionnel et à prendre en main la surreprésentation des Autochtones dans le système correctionnel fédéral. L'article 81 permet de confier le soin, la garde et la supervision d'un délinquant autochtone à une collectivité autochtone, plutôt qu'à un établissement du SCC. Grâce à cet article de loi, la population autochtone peut désormais se rendre dans des pavillons de ressourcement pour obtenir un traitement sensible à la culture⁸. L'arrêt Gladue, qui relève du *Code criminel* du Canada, est un principe de détermination de la peine qui force les juges à reconnaître le racisme et la discrimination que subissent les peuples autochtones (p. ex. système de pensionnats) (BEC, 2013b). Cela dit, cette disposition est habituellement sous-exploitée : les principes de l'arrêt Gladue ne sont appliqués que dans 8 % des dossiers admissibles (vérificateur général du Canada, 2016; Benson, 2016).

⁸ Les pavillons de ressourcement sont des établissements correctionnels en harmonie avec les valeurs et les croyances autochtones où les délinquants peuvent purger leur peine. Pour en savoir plus, consulter la page <http://www.csc-scc.gc.ca/autochtones/002003-2000-fra.shtml>.



Sommaire de la recherche

Nous n'avons pas de données d'évaluation sur les programmes de traitement de la consommation chez les Autochtones judiciairisés. Il faut dire que l'évaluation de ces programmes pose de grands problèmes méthodologiques. En effet, ces programmes présentent des contenus et des contextes variés, d'où la difficulté de comparer les divers sites, et ils recourent à des approches multimodales, d'où la difficulté d'imputer l'effet observé. Rowan et coll. (2014) ont réalisé une analyse exploratoire des programmes axés sur les valeurs culturelles s'adressant aux peuples autochtones en Amérique du Nord et ciblant la consommation de substances et le bien-être. Ils ont conclu que l'efficacité de ces programmes ne peut être mesurée uniquement qu'avec des données scientifiques. Selon eux, « il est impossible de trouver toutes les données pertinentes dans ces sources, car une bonne part du savoir culturel repose encore dans les visions du monde, les langues et les rituels des Autochtones » (Henderson, 1995, p. 22) [traduction libre]. Cette constatation souligne que, pour prendre des mesures favorables à cette population, il faut rapprocher le savoir autochtone et le savoir occidental (Bartlett, Marshall et Marshall, 2012).

Les résultats de l'analyse soulignent l'influence positive des interventions axées sur les valeurs culturelles sur les problèmes de consommation des peuples autochtones (Rowan et coll., 2014). L'intervention la plus courante était la cérémonie de la hutte de sudation, mais il en existe d'autres, comme l'engagement des Anciens, les fêtes, les enseignements traditionnels, le chant et le tambour. Par contre, 37 % seulement des articles évaluaient l'état de santé spirituelle, ce qui est préoccupant, car c'est avec ce facteur que la culture autochtone conceptualise la guérison de la CPS.

Au Canada, des cadres exhaustifs ont été établis et des analyses complètes des données ont été faites pour formuler des recommandations pour traiter la CPS chez les Autochtones (p. ex. *Honorer nos forces : Cadre renouvelé* et Rowan et coll., 2014). Ajoutons que plusieurs des recommandations suivantes ont été mentionnées dans le rapport *Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action*⁹. Voici quelques facteurs à prendre en compte dans la prestation de traitement factuel à cette population :

- Intégrer la culture autochtone aux méthodes thérapeutiques (Livingston, 2009). Les Autochtones considèrent que la CPS résulte d'une maladie de l'esprit. Le traitement devrait aussi permettre aux Autochtones de reprendre contact avec la nature, la famille, la communauté et les ancêtres, pour les aider à se réapproprier leur culture et leur identité (Brazil, 2009). Il faudrait en outre offrir des services holistiques qui tiennent compte de facteurs liés au bien-être, comme l'état de santé physique, spirituelle, mentale, culturelle et émotionnelle (FANPLD, APN et Santé Canada, 2011).
- Le traitement devrait être adapté aux tribus autochtones d'une région (p. ex. Pieds-Noirs, Cris). Il faudrait offrir les programmes dans des milieux où les Autochtones sont nombreux, pour qu'ils puissent rester près de leur communauté et de leur famille (Services de santé de l'Alberta, 2012).
- Le traitement devrait tenir compte des traumatismes subis par l'ensemble de la population autochtone, ainsi que des mauvais traitements subis par certaines personnes pendant l'enfance et à l'âge adulte (Coyhis et White, 2006; FANPLD, APN et Santé Canada, 2011).
- Les personnes travaillant auprès de délinquants autochtones devraient suivre une formation sur les pratiques culturelles autochtones (p. ex. cérémonies) et l'humilité culturelle. Il

⁹ Pour en savoir plus, consulter le rapport [Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action](#).



importe que les prestataires comprennent bien la culture et son protocole, les problèmes auxquels doit faire face cette population et l'identité du moi en tant qu'autochtone (Services de santé de l'Alberta, 2012; Lane, 2015; FANPLD, APN et Santé Canada, 2011). De plus, il faudrait envisager de recruter du personnel autochtone selon une méthode autre que celle employée pour le personnel non autochtone (p. ex. poser sa candidature en ligne pourrait être considéré comme intrusif) (réunion du Groupe de travail CPSD).

- Le traitement de la CPS devrait aussi se faire d'une façon culturellement sécuritaire, c.-à-d. en prenant en considération les différences culturelles et structurales et les rapports de force que pourrait nous avoir légués l'histoire des peuples des Premières Nations (FANPLD, APN et Santé Canada, 2011).

Enfin, pour déterminer si les programmes traitent efficacement la CPS, leur évaluation devrait faire appel à des indicateurs culturellement pertinents. En effet, les indicateurs habituels de l'efficacité pourraient ne pas convenir, puisque pour les Autochtones, le bien-être prend la forme d'un esprit en santé et d'un lien sain avec soi-même et avec la collectivité. Il est difficile de définir et de mesurer le bien-être spirituel, alors les données sur la santé spirituelle ou le bien-être font défaut (Rowan et coll., 2014).

Pour pallier ce manque, un outil d'évaluation du mieux-être se fondant sur les connaissances autochtones a été créé : l'outil Évaluation du mieux-être des autochtones^{MC 10}. Il permet de recueillir des renseignements qui serviront à évaluer l'efficacité des services, notamment ceux en lien avec la CPS, en fonction de la culture autochtone (p. ex. l'apprentissage auprès de guérisseurs traditionnels, la participation à des séances de contes et la danse). L'outil démontre l'efficacité de la culture des Premières Nations comme intervention en santé dans le traitement de la consommation (Thunderbird Partnership Foundation, 2016).

Conclusion

Globalement, au Canada, les programmes de traitement de la consommation s'adressant à certaines populations judiciairisées n'ont jamais vraiment été évalués. Des caractéristiques propres aux femmes et aux Autochtones font parfois obstacle à une réinsertion sociale réussie (p. ex. crainte de la stigmatisation, désavantage social). Ce qui est toutefois encourageant, c'est que la recherche montre que les programmes qui tiennent compte du genre, de la culture et des antécédents de traumatisme sont plus efficaces que ceux qui ne le font pas.

Principales considérations

Compte tenu de ce qui précède, les points suivants devraient être pris en considération pour offrir des programmes adaptés.

Programmes sensibles au traumatisme

- S'assurer que les évaluations cernent bien les antécédents de traumatisme, compte tenu de leur lien avec la CPS;
- S'assurer que le traitement et le plan de mise en liberté tiennent compte du traumatisme;
- Reconnaître que l'incarcération ravive parfois d'anciens traumatismes.

Programmes sexospécifiques

10 Pour en savoir plus sur l'outil Évaluation du mieux-être des autochtones, voir le <http://thunderbirdpf.org/about-tpf/scope-of-work/native-wellness-assessment/?lang=fr>.



- Reconnaître que les femmes ont des caractéristiques différentes de celles des hommes, ce qui pourrait contribuer à la CPS et à la criminalité;
- Connaître les obstacles potentiels à la réinsertion sociale, comme des antécédents de violence et de victimisation, la crainte de se faire enlever la garde de ses enfants, un sentiment d'impuissance et une faible estime de soi;
- Envisager d'intégrer au plan de réinsertion sociale un volet axé sur le renforcement des relations saines, compte tenu du rôle important de ces relations dans la réussite des femmes;
- S'assurer de répondre aux besoins propres aux femmes (p. ex. des services de garde, de santé et de logement supervisé adéquats), car ils contribuent à améliorer les résultats liés à la consommation.

Programmes sensibles à la culture

- S'assurer que les interventions offertes tiennent compte de la culture des participants, ainsi que des antécédents de traumatisme et des rapports de force;
- S'assurer que le personnel reçoit une formation sur les compétences et les pratiques culturelles;
- En ce qui concerne les programmes efficaces auprès de ces populations, faire d'autres évaluations pour identifier les pratiques exemplaires, en montrer les répercussions et en favoriser l'utilisation; s'assurer que la santé spirituelle est un indicateur.

Éléments du système

Nous proposons ici un sommaire de la recherche sur les principaux éléments (évaluation du risque et des besoins, gestion de cas et plans de mise en liberté, programmes de déjudiciarisation, probation et libération conditionnelle, transition et réinsertion sociale après la mise en liberté) du système de justice pénale nécessaires à une gestion efficace et à une réinsertion sociale réussie. Les programmes et interventions sur la CPS décrits plus loin ne sont pas forcément adaptés ou accessibles à la population autochtone.

Évaluation du risque et des besoins

Il existe une corrélation entre la consommation de substances et le comportement criminel (Harrison et Gfroerer, 1992), d'où l'importance de tenir compte de la consommation quand on évalue le risque d'un futur comportement antisocial. Les outils d'évaluation du risque et des besoins prennent en compte les facteurs de risque connus et permettent de prédire la probabilité qu'une personne commette une infraction. Autrement dit, ces outils aident à « classer » la personne selon son risque de récidive ou d'autres comportements répréhensibles (p. ex. violence, consommation) (Labreque, Smith, Lovings et Latessa, 2014) et à déterminer de quels services ou traitements elle a besoin. Ces outils factuels font appel au jugement professionnel structuré et permettent d'évaluer tant les facteurs de risque statiques (p. ex. antécédents criminels) que les facteurs de risque dynamiques (p. ex. fréquentation d'individus ayant une influence négative) de façon à orienter cliniquement les plans d'intervention (Hart, 1998; Andrews et Bonta, 1995). Ces outils s'inspirent principalement du modèle risque-besoin-réceptivité (Andrews et Bonta, 2010; Andrews, Bonta et Hoge, 1990) selon lequel les personnes judiciarisées devraient avoir accès à des stratégies thérapeutiques efficaces ciblant leurs facteurs criminogènes (Labreque et coll., 2014). Une prévention optimale de la récidive



passer par une bonne adéquation entre les interventions et leur intensité, d'une part, et le niveau de risque établi par l'évaluation, d'autre part.

Les outils d'évaluation du risque permettent d'évaluer le risque de comportement criminel de façon générale ou alors de façon spécifique (p. ex. délinquance sexuelle ou violence). Pour expliquer les divers antécédents cognitifs, démographiques et sociaux de la population judiciairisée, des outils actuellement mis à l'essai tiennent compte de facteurs tels que les troubles d'apprentissage, les troubles de santé mentale et le patrimoine culturel. Nous considérons, pour la présente analyse, que les évaluations du risque et des besoins sont des mécanismes essentiels pour mesurer le risque de récidive, risque auquel la CPS pourrait contribuer. Bien comprendre les risques permet de bien répondre aux besoins, notamment celui lié au traitement de la CPS.

Sommaire de la recherche

Selon la recherche, avec les outils d'évaluation du risque, les intervenants arrivent à cibler les interventions, en fonction des facteurs criminogènes de la personne, améliorant ainsi ses chances de réinsertion sociale réussie (Geraghty et Woodhams, 2015; Labreque et coll., 2014; Smid, Kamphius, Wever et Van Beek, 2014). Ces outils sont particulièrement efficaces quand l'évaluation est faite de façon précoce, puis réexaminée fréquemment tout au long du cheminement de la personne dans le système. Approche globale de la gestion des soins, l'évaluation ainsi obtenue viendra guider l'élaboration du plan de traitement (McCallum et Eagle, 2015) et favoriser le recours au niveau de surveillance adéquat et l'orientation vers les programmes et services nécessaires pendant la probation (Viglione, Rudes et Taxman, 2015). Ajoutons que les données utiles fournies par les outils d'évaluation permettent d'adapter les politiques correctionnelles aux organismes et d'assurer une gestion plus efficace des ressources (Viglione et coll., 2015; Belfrage et coll., 2012).

L'Inventaire du niveau de service – révisé (INS-R) est un outil d'évaluation du risque couramment utilisé en milieu correctionnel (Andrews et Bonta, 1995; Chenane et coll., 2015). La validité prédictive de l'INS-R est démontrée dans le cas des personnes sous surveillance correctionnelle, notamment des personnes incarcérées, en probation et en libération conditionnelle (Gendreau, Goggin et Law, 1997; Hollin et Palmer, 2006; Lowenkamp et Bechtel, 2007) et des personnes aux niveaux de risque et aux types d'infractions divers (Hollin et Palmer, 2003). L'INS-R s'est aussi avéré être l'outil le plus efficace d'évaluation du risque de violence et de récidive chez les délinquantes (Geraghty et Woodhams, 2015). En ce qui concerne les délinquants autochtones, la validité prédictive de l'INS-R n'est pas aussi grande que chez les délinquants non autochtones (Wormith, Hogg et Guzzo, 2015). Selon Labrecque, Smith, Lovins et Latessa (2014), l'INS-R prévoit mieux le risque lorsqu'il est utilisé à plusieurs reprises sur une longue période, plutôt qu'à une seule reprise, car il peut ainsi tenir compte de tout changement (à la hausse ou à la baisse) dans le niveau de risque. Des chercheurs ont voulu mesurer l'efficacité de l'INS-R dans un tribunal de traitement de la toxicomanie et s'en sont servis pour analyser les facteurs criminogènes des participants. Leurs résultats ont montré que, l'INS-R étant axé sur les besoins dynamiques, les renseignements qu'il recueille sont utiles aux intervenants chargés de décider du traitement et du placement des participants (Guastaferrro, 2012).

L'évaluation du risque est aussi utile aux policiers, qui peuvent s'en servir pour gérer le risque au moment de l'arrestation ou du contact initial. Ils peuvent ainsi déterminer si la personne doit être détenue et assujettie au système de justice pénale ou si l'accès à des services communautaires sur la consommation de substances lui serait bénéfique¹¹. L'évaluation du risque lors du contact initial s'est avérée utile pour les policiers, car elle les aide à prédire le niveau de risque de violence

11 Pour les membres du Groupe de travail CPSD, il s'agit d'un besoin concernant la population en détention provisoire.



conjugale et à gérer le risque en conséquence. Elle aide aussi les policiers à faire un premier dépistage des jeunes délinquants et à les diriger vers une analyse plus poussée de leurs besoins en soins (Belfrage et coll., 2012; Assink, van der Put, Oort et Stams, 2015). Une telle évaluation montre que les policiers peuvent décider de mettre en détention provisoire une personne détenue parce qu'elle est intoxiquée, mais qui ne pose pas un risque pour la société, et ce, pour ménager les ressources en justice pénale.

Limites méthodologiques

Les outils d'évaluation du risque sont habituellement conçus et évalués à l'aide d'indicateurs moyens de la population; c'est donc dire que les études faites sur leur validité recourent à des échantillons non représentatifs. Ces outils ne tiennent pas toujours compte des réalités complexes entourant les troubles de santé mentale et de consommation, et des changements de comportement. Pour prédire le risque, on se sert donc du comportement passé de la personne, ce qui ne témoigne pas forcément de son potentiel de changement ni de l'amélioration de son état attribuable au traitement ou à la médication, ni de difficultés comme la rechute (Webb, 2012).

Le suivi auprès des participants des études se faisait sur une période relativement courte (p. ex. six mois après l'évaluation); une période plus longue pourrait permettre d'analyser plus précisément le changement de comportement (Jones et coll., 2012).

Facteurs liés à l'application

Un facteur important à prendre en compte avec les outils d'évaluation du risque, c'est que leur efficacité dépend du niveau de formation des employés chargés de les utiliser. Ces employés doivent administrer l'outil comme il faut, analyser les résultats correctement et utiliser adéquatement les stratégies de gestion du risque correspondantes (Viglione et coll., 2015). C'est donc dire que, pour une utilisation efficace des outils, le service ou l'organisme chargé de procéder aux évaluations doit s'assurer que les employés reçoivent la formation nécessaire (Viglione et coll., 2015; Teo, Holley, Leary et McNiel, 2012). Ajoutons que certains analystes ont remis en question le fait de réunir les notions d'évaluation du risque et des besoins thérapeutiques dans une seule mesure composite et ont plutôt proposé que ces notions fassent l'objet de mesures distinctes (Labreque et coll., 2014).

Conclusion

L'évaluation du risque et des besoins permet de voir si la CPS est un facteur de risque criminogène à traiter par une thérapie appropriée. L'évaluation facilite, quand elle est combinée à d'autres mesures, l'élaboration de plans de traitement ou de mise en liberté bien pensés qui tiennent compte des facteurs criminogènes de la personne, y compris le traitement de la CPS. Les outils aideront aussi les policiers à déterminer si une personne pose un risque pour la sécurité publique ou si elle devrait être dirigée vers un traitement dans la collectivité.

Principales considérations

- Il faudrait procéder à une évaluation factuelle validée du risque et des besoins le plus rapidement possible (c.-à-d. dès que la personne peut y consentir).
- Les outils d'évaluation du risque devraient être utilisés en combinaison avec d'autres méthodes (p. ex. évaluation clinique) pour bien orienter les plans de traitement ou de mise en liberté.



- Les évaluations du risque et des besoins devraient se faire tout au long du cheminement de la personne dans le système de justice pénale, de façon à rendre compte de tout changement. Il faudrait idéalement que le même outil soit utilisé, pour une application uniforme des résultats.
- Il faudrait faire d'autres études pour établir si les policiers pourraient, avec des évaluations du risque et des besoins, déterminer si une personne pose un risque pour la sécurité publique ou si elle pourrait rester dans la collectivité (p. ex. en suivant un traitement).

Gestion de cas et plans de mise en liberté

Règle générale, la gestion de cas se définit comme la coordination de services essentiels à la réussite d'une personne (p. ex. services sociaux, médicaux ou juridiques). Dans un contexte de justice pénale, la gestion de cas vise à favoriser une réinsertion sociale réussie par la prise en charge des facteurs de récidive et de rechute de la personne et à assurer la continuité des services pour y arriver (Healy, 1999). De son côté, le plan de mise en liberté vise à préparer la personne à réintégrer la société. Pour ce faire, il permet d'évaluer les besoins de la personne, de dresser un plan tenant compte de ces besoins et de confier la garde du délinquant à la collectivité (O'Grady et Lafleur, 2016).

Le gestionnaire de cas doit communiquer au délinquant des attentes comportementales précises, encourager et appuyer un comportement responsable et s'assurer que le plan correctionnel est viable et réaliste (SCC, 2014a). Le processus de gestion de cas devrait être amorcé tôt et se poursuivre tout au long du cheminement dans le système. Par exemple, la gestion de cas sert dans des cas comme : avant un procès, pour s'assurer que la personne se présente pour le prononcé de sa sentence; dans un établissement, pour assurer l'accès aux programmes adéquats; et pour mettre le délinquant en contact avec les ressources communautaires dont il aura besoin après sa mise en liberté (Healey, 1999).

Les délinquants présentent un risque élevé de surdose, et donc de décès, pendant la période qui suit immédiatement la mise en liberté, d'où la grande importance de la gestion de cas et des plans de mise en liberté. Ils sont notamment à risque de faire une surdose accidentelle parce que leur tolérance (c.-à-d. aux opioïdes) s'est affaiblie ou de faire une surdose intentionnelle pour se sortir d'une situation difficile (Binswanger et coll., 2012). Pendant cette période, les délinquants sont aussi moins susceptibles de suivre un traitement dans la collectivité, en particulier ceux dont la période d'incarcération était courte (Kubiak, Zeoli, Essenmacher et Hanna, 2011). Même avec les meilleures intentions, la plupart des délinquants ne se prévaudront pas des ressources offertes ni des demandes passives de consultation faites, sans l'accompagnement d'un professionnel muni d'un plan de mise en liberté. Il existe peut-être un lien entre le manque de suivi et le contexte social dont lequel les délinquants se trouvent souvent après leur mise en liberté, contexte incompatible avec l'abstinence (p. ex. absence de soutien social positif) (Binswanger et coll., 2012; Pettus-Davis, Scheyett, Hailey, Golin et Wohl, 2009; Schroeder, Giordano et Cernkovich, 2007). Parmi les autres obstacles qui aggravent le problème, notons la difficulté, pour le délinquant, de se trouver un logement et un emploi en raison de ses antécédents criminels et de sa CPS (Pettus-Davis et coll., 2009). Un plan de mise en liberté efficace, qui donc permet de prévenir les surdoses et facilite la recherche d'un logement et d'un emploi, mettra en contact la personne avec les traitements et services nécessaires dans la collectivité.

Sommaire de la recherche

Les études sur le recours à la gestion de cas avec les personnes judiciarisées ont obtenu des résultats mitigés, qui variaient selon le format de l'intervention et son intensité. Ainsi, certaines



études ont fait ressortir au fil du temps un changement clinique positif dans la consommation des délinquants toxicomanes qui participent à la gestion de cas pendant leur probation. Cela dit, ce changement ne se distinguait pas de celui observé dans un groupe en probation classique (Guydish et coll., 2011). D'autres études montrent, elles, que participer à la gestion de cas pendant la période de probation et de libération conditionnelle fait diminuer le nombre de nouvelles arrestations et la récidive (Vanderplasschen, Rapp, Wolf et Broekaert, 2007; Vanderplasschen, Rapp, Wolf et Broekaert, 2004). À l'inverse, une étude de Prendergast et coll. (2011) n'a relevé aucune différence importante dans la participation au traitement ou la consommation entre les personnes ayant participé à la gestion de cas et celles ayant suivi le parcours habituel de probation.

L'efficacité de la gestion de cas peut dépendre du format employé. Par exemple, la gestion de cas peut se faire en équipe, format qui implique la collaboration des divers intervenants responsables d'un délinquant (p. ex. agent de libération conditionnelle, prestataire de traitement). L'équipe travaille de concert à accroître la responsabilisation et la surveillance du délinquant et à lui imposer les sanctions comportementales appropriées (Friedmann, Rhodes et Taxman, 2009). Des résultats encourageants, dont une diminution de la consommation et un recours accru au traitement, ont été obtenus avec cette méthode avec les personnes en libération conditionnelle (Friedmann et coll., 2012; Friedmann et coll., 2009). De même, avec une gestion de cas intensive, où le gestionnaire cerne les besoins de son client, établit un lien avec lui et fait preuve d'assurance et de dynamisme pour assurer la participation aux services, il est possible de diminuer la consommation et la criminalité et d'augmenter la participation au traitement (Vanderplasschen et coll., 2004; Vanderplasschen et coll., 2007).

Parmi les bienfaits de la gestion de cas et des plans de mise en liberté, citons le maintien des progrès réalisés en établissement et l'arrimage de la personne à des services communautaires essentiels, ce qui atténue ensuite des pressions potentielles sur le système de santé (p. ex. urgence). En amenant dès le départ la personne à s'impliquer dans la gestion de son cas et en traitant proactivement la CPS, on stimule l'intérêt de la personne et on réduit le taux de mortalité et de récidive (Cobbina, 2010; Baron et coll., 2008; Byrne, Taxman et Young, 2002; Kouyoumdijan et coll., 2016; Clark, 2014; Tartaro, 2015). À l'inverse, il existe un lien entre un plan de mise en liberté faible et des conséquences négatives, comme l'hospitalisation et des menaces à la sécurité publique (Hills, Siegfried et Ickowitz, 2004; Osher, Steadman et Barr, 2003).

Limites méthodologiques

L'absence d'essais cliniques aléatoires est l'une des limites méthodologiques des études mentionnées précédemment. Il y a eu biais de sélection (certaines études ont été faites avec des volontaires et la participation n'était pas obligatoire), ce qui aurait pu mener à une intensité thérapeutique moins importante que prévue (Prendergast et coll., 2011). Ajoutons que plusieurs de ces études ont été réalisées avec des intervenants bénévoles (traitement, libération conditionnelle), ce qui signifie que leur degré de motivation et d'habileté aurait pu influencer sur l'effet des programmes (Friedmann et coll., 2012; Friedmann et coll., 2009). Parmi les difficultés liées à la conception des études, citons le recours à des données autodéclarées, l'utilisation du taux de nouvelles condamnations en tant que résultat (ce qui ne tient compte que d'une partie des crimes commis) et des interventions en gestion de cas qui ne peuvent être généralisées (Guydish et coll., 2011; Prendergast et coll., 2011). Mesurer l'efficacité du plan de mise en liberté sera difficile si aucun suivi n'est fait auprès du délinquant après sa mise en liberté. De plus, le recours, par le délinquant, à des services qui ne sont pas factuels pourrait donner l'impression que le plan est moins efficace.



Facteurs liés à l'application

Il peut être difficile d'assurer une gestion de cas lorsque les ressources consacrées à l'application de la loi, aux services correctionnels et aux services communautaires sont considérablement sollicitées. Une gestion de cas efficace passe par la continuité des soins, et cette continuité ne peut avoir lieu que si le personnel offre l'encadrement nécessaire et si le délinquant a accès à des ressources dans la collectivité (Guydish et coll., 2011; Zhu, Dong et Hesketh, 2009). Dans la même veine, il arrive parfois, en raison du manque de communication entre les secteurs du système de justice pénale et les prestataires de services communautaires, que les responsables des plans de mise en liberté ignorent les services à la disposition de leur clientèle. Pour faciliter la réinsertion sociale, qui est une période où les besoins sont grands, le gestionnaire de cas devra disposer de suffisamment de temps et de ressources. À noter que la gestion de cas ne peut que mettre un délinquant en contact avec des services et programmes qui lui conviennent; elle ne peut garantir qu'il acceptera ces services ou qu'il sera pleinement résolu à suivre ces programmes (Prendergast et coll., 2011).

Conclusions

La gestion de cas fait partie intégrante d'un processus visant à fournir à la personne les ressources dont elle a besoin pour traiter sa CPS. Ce processus compte plusieurs volets clés, comme l'évaluation, le plan de mise en liberté et la surveillance, et tient compte des nombreux risques associés à la réinsertion dans la collectivité après une période d'incarcération (p. ex. surdose, fréquentations d'amis consommateurs) pour qu'ils ne compromettent pas la réussite du délinquant.

Les résultats de recherche sont certes mitigés, mais il est évident que la gestion de cas compte des volets bénéfiques aux personnes judiciairisées, notamment la création de liens, la poursuite de buts centrés sur le client, ainsi que l'accès à des services de proximité et à des demandes de consultation. Ajoutons que quand les spécialistes de plusieurs domaines travaillent de concert, ils arrivent mieux à répondre aux besoins des délinquants.

Principales considérations

- Offrir en équipe des services de gestion de cas. Il importe que les membres de l'équipe communiquent entre eux pour échanger de l'information sur la personne, particulièrement lors de sa transition de l'établissement à la collectivité.
- Commencer la préparation du plan de mise en liberté le plus rapidement possible pour assurer la continuité de tout progrès thérapeutique fait en établissement.
- Une évaluation du risque et des besoins devrait orienter la gestion de cas. Il ne faudrait pas que les besoins auxquels n'a pu répondre le système empêchent une personne d'être mise en liberté.

Programmes de déjudiciarisation

Au cours des dernières années, l'inefficacité des méthodes traditionnelles de gestion des infractions liées à la drogue (p. ex. l'incarcération) est devenue de plus en plus évidente. D'où l'intérêt pour d'autres options principalement axées sur la sensibilisation et le traitement, au moyen de programmes de déjudiciarisation (Bull, 2005; Walker, 2001). Selon des données provisoires, ces programmes permettent de réduire la récidive et la consommation, et leurs effets varient selon le niveau de risque et les besoins de la personne, et la nature du programme (Lange, Rehm et Popova, 2011). Il existe plusieurs types de programmes de déjudiciarisation, dont le dépistage et l'intervention rapide au moment de l'arrestation, les programmes de déjudiciarisation prédécisionnelle, le traitement au lieu de l'incarcération et les tribunaux de traitement de la



toxicomanie. Un nombre croissant d'études sont favorables à ces mesures, et des pratiques exemplaires commencent à voir le jour (Bull, 2005). La recherche faite sur les programmes de déjudiciarisation offerts aux personnes aux prises avec une CPS est résumée ici.

Dépistage et intervention rapide au moment de l'arrestation

L'outil de dépistage, d'intervention rapide et d'orientation (DIRO) peut servir à déterminer si une personne risque d'avoir une CPS. Le DIRO est différent du dépistage normalisé administré à l'arrivée dans un établissement correctionnel. Il permet de fournir à la personne une rétroaction sur ses habitudes potentiellement dangereuses de consommation, de lui conseiller quelques changements de comportement et de l'orienter vers les ressources appropriées, au besoin (Barton, 2011). Le DIRO s'avère aussi efficace que des thérapies plus intensives offertes dans des centres de soins primaires (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2003a) et pourrait être utile lors d'interventions avec des personnes aux prises avec une CPS. Comme un grand nombre de personnes entrent en contact avec le système de justice pénale au moment de leur arrestation (Kubiak, Arfken, Swartz et Koch, 2006), ce pourrait être un bon moment d'utiliser le DIRO pour faire un dépistage précoce des problèmes de CPS dans cette population à risque (Airth et Doherty, 2005). Il sera donc possible de mettre à profit l'arrestation et la détention, car la personne est alors vulnérable et prête à changer et à prendre en main sa consommation (Edmunds, Tiggey, Hearnden et Hough, 1998; Turnbull, Webster et Stillwell, 1995).

Sommaire de la recherche

Les études sur le DIRO examinées pour la présente analyse étaient davantage de nature qualitative que quantitative, mais il en ressort que le DIRO est une intervention digne d'intérêt qu'il faudrait envisager d'utiliser en milieu correctionnel (Brown et coll., 2010), compte tenu du grand nombre de personnes arrêtées qui souffrent de CPS (Kubiak et coll., 2006) et des commentaires positifs formulés tant par les participants que les intervenants (Brown, Newbury-Birch, McGovern, Phinn et Kaner, 2010; Airth et Doherty, 2005). Cette intervention pourrait être intégrée au processus d'arrestation – moment idéal pour intervenir auprès d'un détenu (Chariot et coll., 2014; Barton, 2011; Hopkins et Sparrow, 2006). Parmi les améliorations attestées par certaines des études passées en revue (qui portaient toutes sur l'alcool, sauf une) après l'administration du DIRO, citons :

- Une baisse de la consommation d'alcool après l'intervention (Hopkins et Sparrow, 2006);
- Une baisse du nombre d'arrestations après l'intervention (Hopkins et Sparrow, 2006; Airth et Doherty, 2005);
- Une baisse de la violence liée à l'alcool (Hopkins et Sparrow, 2006);
- Un plus grand accès aux services liés à l'alcool (Barton, 2011);
- Une plus grande motivation à changer le comportement lié à l'alcool (Sharp et Atherton, 2006);
- Une plus grande connaissance des méfaits associés à l'alcool, ce qui pourrait amener un changement de comportement (p. ex. physique, social) (Hopkins et Sparrow, 2006; Chariot et coll., 2014; Sharp et Atherton, 2006).

Autre élément bénéfique de cette intervention : la possibilité de recueillir des données de référence sur les besoins des personnes arrêtées. Ces données serviront à démontrer la nécessité d'accroître les services et, ainsi, à obtenir l'appui d'autres organismes et du grand public. Il sera aussi possible



de cibler les campagnes de prévention grâce aux données démographiques recueillies (Barton, 2011).

Limites méthodologiques

Même si le DIRO administré au moment de l'arrestation s'avère utile et efficace, certains facteurs méthodologiques de la recherche sont à prendre en compte. Ainsi, comme la participation au DIRO était souvent volontaire, il y a lieu de croire que les personnes intéressées étaient peut-être déjà disposées à changer (Barton, 2011; Brown et coll., 2010). Les résultats présentés ici reposent pour la plupart sur des échantillons restreints et, dans certains cas, il n'y avait aucun groupe témoin (Hopkins et Sparrow, 2006; Sharp et Atherton, 2006). Ajoutons que dans certaines études, aucun suivi auprès des personnes arrêtées n'a été fait pour évaluer leur changement de comportement, qui a plutôt été mesuré par la réaction immédiate à l'intervention ou par les observations de l'intervenant. Dans le cas des études qui ont procédé à un suivi, il a souvent été difficile de retrouver les personnes arrêtées et d'obtenir leur rétroaction, ou alors le suivi s'est fait dans un court laps de temps (p. ex. de trois à six mois) (Hopkins et Sparrow, 2006; Brown et coll., 2010).

Selon les auteurs de quelques études, il est difficile d'établir avec précision si c'est bien à cause du DIRO qu'une personne a changé son comportement (Barton, 2011). D'autres facteurs pourraient avoir occasionné une baisse de la consommation (p. ex. l'arrestation peut être vue comme un « avertissement » ou comme une menace à la vie familiale et professionnelle). Il arrive que d'autres facteurs, comme les conditions de probation, amènent la personne à diminuer sa consommation ou à se faire arrêter de nouveau (Hopkins et Sparrow, 2006). Enfin, les résultats présentés dans les études étaient en bonne partie de nature qualitative (p. ex. rétroaction d'un médecin ou d'un agent de détention), d'où la difficulté de prouver que le changement de comportement est directement attribuable au DIRO (Barton, 2011; Brown et coll., 2010; Chariot et coll., 2014; Sharp et Atherton, 2006).

Facteurs liés à l'application

La littérature aborde certains éléments à prendre en compte dans la prestation éventuelle d'une intervention de santé dans un contexte d'application de la loi :

- L'outil DIRO doit être administré par des employés qualifiés, ayant de l'expérience dans le traitement de la CPS et à l'aise dans une fonction de professionnel de la santé. Ce n'est peut-être pas aux agents de détention que ce rôle convient le mieux (Barton, 2011; Chariot et coll., 2014; Brown et coll., 2010).
- Le contexte punitif dans lequel les interventions sont offertes (c.-à-d. au poste de police) n'est pas forcément propice à la création d'un lien d'aide axé sur la réadaptation entre les employés et les personnes arrêtées (Chariot et coll., 2014; Barton, 2011).
- La réussite du DIRO au moment de l'arrestation dépend des policiers chargés d'orienter les personnes arrêtées. Ainsi, les policiers ayant une attitude négative à l'égard de l'intervention risquaient davantage d'avoir des contacts négatifs avec les participants (Brown et coll., 2010; Hopkins et Sparrow, 2006).
- Il arrive parfois que les employés soient trop occupés pour administrer le DIRO, surtout quand on parle d'employés spécialisés dont le temps est accaparé quand un grand nombre de personnes sont arrêtées en lien avec l'alcool (p. ex. les infirmières ont moins de temps pendant le quart de nuit) (Brown et coll., 2010; Hopkins et Sparrow, 2006).



- L'administration du DIRO doit se faire quand la personne arrêtée n'a plus les facultés affaiblies (p. ex. juste avant sa mise en liberté) pour s'assurer qu'elle est en mesure de donner un consentement éclairé et qu'elle est assez cohérente pour suivre l'intervention (Brown et coll., 2010; Barton, 2011).

Conclusion

L'utilisation de l'outil DIRO auprès des personnes arrêtées semble certes prometteuse, mais les résultats examinés ne reposent que sur un échantillon restreint et leur signification statistique est inadéquate. Cela dit, la recherche montre qu'il est possible, avec peu de ressources, d'intervenir auprès d'une personne à faible risque dès son arrestation et sa détention, donc dès son premier contact avec le système. Ce faisant, la personne a l'occasion de réfléchir à sa CPS et de renforcer sa motivation au changement. L'information obtenue avec le DIRO permettra d'obtenir des ressources et de comprendre les besoins de la population cible.

Principales considérations

- Il s'agit d'une méthode prometteuse qui doit cependant faire l'objet d'autres études pour mieux en comprendre l'efficacité.
- Si l'outil DIRO est utilisé, le dépistage devrait être fait par un employé qui est un professionnel de la santé qualifié, p. ex. une infirmière.

Programmes de déjudiciarisation prédécisionnelle

Les programmes de déjudiciarisation prédécisionnelle sont une solution de rechange à la poursuite pour les personnes à faible risque ayant besoin de services de réadaptation (Ulrich, 2002), qu'elles soient coupables ou non de l'infraction. Il faudrait idéalement que les participants n'aient pas d'antécédents criminels notables, pour que le risque pour la sécurité publique soit faible et que la probabilité que la personne se présente effectivement devant le tribunal soit grande. On recourt, dans la plupart des programmes, à des plans de surveillance personnalisés tenant compte des facteurs criminogènes (Zlatic, Wilkerson et McAllister, 2010). Parmi les buts de ces programmes, citons diminuer la consommation et la criminalité, et améliorer l'état de santé et le fonctionnement social (Passey, Bolitho, Scantleton et Flaherty, 2007).

Ces programmes réduisent la charge qui pèse que les tribunaux puisqu'ils n'accaparent aucune ressource judiciaire, libérant ainsi du temps pour les dossiers prioritaires. Cela dit, il faut assurer une certaine gestion de cas pour les bénéficiaires, qu'il faut surveiller et orienter vers les programmes pertinents (Zlatic et coll., 2010).

La structure des programmes de déjudiciarisation prédécisionnelle peut prendre plusieurs formes, mais la participation est souvent volontaire, et il est rare que la personne doive reconnaître sa culpabilité. Dans certains cas, si le programme est mené à terme avec succès, l'infraction pourra être effacée du casier judiciaire (Zlatic et coll., 2010). Les programmes peuvent être suivis avant le plaidoyer, pendant la mise en liberté sous caution ou avant le prononcé de la sentence, de façon à ce que le tribunal puisse tenir compte des changements positifs survenus et peut-être ainsi imposer une peine moins sévère (Martire et Larney, 2011).

Sommaire de la recherche

Les conséquences suivantes sont attribuables à la participation à un programme de déjudiciarisation prédécisionnelle :



- Incidence positive sur la vie des participants, qui se voient imposer des peines moins sévères ou évitent une condamnation au criminel (Passey et coll., 2007; Zlatic et coll., 2010);
- Diminution du risque de récidive chez les délinquants ayant terminé le programme (Passey et coll., 2007) et réduction du nombre moyen mensuel d'infractions chez les personnes déjudiciarisées (Steadman et Naples, 2005);
- Amélioration de l'état de santé mentale et générale au terme du programme (Martire et Larney, 2011);
- Baisse du nombre de jours avec consommation d'alcool (Martire et Larney, 2011);
- Plus de temps passé dans la collectivité (Steadman et Naples, 2005);
- Plus grand recours aux services de santé, et notamment à des services sociaux qui abordent les facteurs criminogènes, dont la consommation de substances (Zlatic et coll., 2010; Steadman et Naples, 2005).

Deux études retenues pour la présente analyse ont aussi examiné les économies associées à la déjudiciarisation prédécisionnelle. Selon elles, le recours à ces programmes permet au système de justice pénale de réaliser des économies appréciables de temps et de ressources (Zlatic et coll., 2010). Steadman et Naples (2005), eux, ont découvert que si la déjudiciarisation entraîne une baisse des coûts de justice pénale, elle entraîne aussi une hausse correspondante des coûts de traitement dans la collectivité, étant donné que les participants déjudiciarisés se font davantage traiter. C'est donc dire que pour que cette option soit envisageable, il faut injecter des fonds supplémentaires dans les services communautaires.

Limites méthodologiques

Nombre des études mentionnées précédemment n'étaient pas des essais cliniques aléatoires ou étaient fondées sur des échantillons de petite taille (Martire et Larney, 2011). D'autres études ayant fait appel, elles, à des groupes témoins ne portaient que sur des délinquants n'ayant pas terminé le programme ou sur des délinquants non déjudiciarisés, mais plutôt incarcérés, d'où un risque de biais (p. ex. comme les délinquants n'ayant pas terminé le programme y avaient quand même été exposés, il est difficile de discerner les effets du programme, alors que les personnes non déjudiciarisées ne se trouvaient pas dans la collectivité) (Passey et coll., 2007; Steadman et Naples, 2005).

Facteurs liés à l'application

Pour être efficaces, les programmes de déjudiciarisation doivent notamment pouvoir compter sur des plans de traitement personnalisés, des services de surveillance et un suivi assuré dans la collectivité, ainsi que sur des thérapies ou interventions éclairées par des données probantes (Zlatic et coll., 2010). Leur réussite dépend de l'appui fourni par des employés à l'externe, en particulier ceux chargés de diriger les délinquants vers les programmes. Par exemple, l'opinion des policiers à savoir si les délinquants « méritent » de se faire offrir une option plus « clémente » aura une incidence sur la chance que les personnes arrêtées admissibles soient dirigées vers des programmes de déjudiciarisation (Passey, Flaherty et Didcott, 2006). Ajoutons que ces programmes doivent respecter le principe de la réceptivité, c.-à-d. qu'il faut trouver un équilibre entre le niveau de risque et de besoin, d'une part, et le niveau d'intervention nécessaire, d'autre part, de façon à éviter « d'élargir le filet » ou d'offrir des programmes trop intenses, ce qui pourrait amener davantage de démêlés avec le système de justice pénale (Sécurité publique Canada, 1998).



Conclusion

Recourir à la déjudiciarisation avant la tenue d'un procès permet d'atténuer de façon importante le fardeau pour le système judiciaire, d'offrir des services de traitement aux participants et de diminuer la gravité des peines imposées. Cela dit, assurer la réussite des programmes nécessite des ressources imposantes, car il faut notamment procéder à des évaluations précises du risque pour la collectivité, offrir aux délinquants des interventions factuelles qui correspondent à leurs besoins et assurer une surveillance des participants.

Principales considérations

- Il importe, avant de mettre en place un programme de déjudiciarisation prédécisionnelle, de s'assurer que les services communautaires concernés (p. ex. traitement, surveillance) peuvent prendre en charge l'arrivée d'un grand nombre de clients.

Un traitement au lieu de l'incarcération

Une autre option de déjudiciarisation, à savoir suivre une thérapie plutôt que d'être incarcéré, s'offre aux personnes à faible risque ayant des problèmes de consommation ou ayant commis des infractions en raison de leur consommation. Cette option prévoit donc qu'une personne se fait traiter et est supervisée dans la collectivité, plutôt que d'être incarcérée. Le traitement peut prendre plusieurs formes, que ce soit des séances individuelles avec un conseiller, la sensibilisation aux méfaits et conséquences de la consommation de substances, l'encadrement mutuel et des activités sociales structurées (McSweeney, 2015). Il existe en outre d'autres sanctions plus punitives, comme la détention à domicile associée au port d'un appareil de surveillance électronique ou des camps de style militaire visant à responsabiliser les délinquants (Warner et Kramer, 2009). D'autres programmes encore cherchent à restreindre les déplacements des délinquants et à surveiller qu'ils respectent bien les conditions du programme (Dupont-Morales et Sims, 2001), alors que d'autres sont axés sur la réadaptation des délinquants.

Plusieurs de ces programmes de déjudiciarisation sont mis en place en raison de changements apportés aux modes de détermination de la peine, changements demandant maintenant aux juges d'envisager d'orienter les délinquants vers un traitement, plutôt que vers l'incarcération, en cas d'infractions non violentes liées à la drogue. Le but : éviter d'incarcérer certaines personnes pour atténuer le fardeau sur le système correctionnel, tout en protégeant la sécurité publique. Les conditions d'admissibilité tiennent compte de plusieurs facteurs, comme l'infraction ou la condamnation, les antécédents criminels (Rengifo et Stemen, 2009) et la présence d'une CPS ou d'autres problèmes observés lors de l'évaluation.

Sommaire de la recherche

Dans l'ensemble, les études sur l'efficacité d'un traitement, au lieu de l'incarcération, à réduire la récidive et la CPS¹² ont obtenu des résultats mitigés. Parmi les résultats positifs obtenus, citons une baisse du taux de réarrestations pour les délinquants déjudiciarisés et une baisse de la consommation et de la dépendance (Warner et Kramer, 2009; Baldwin et Duffy, 2010). Par contre, d'autres études n'ont permis de constater aucun effet important sur la consommation de substances ou la récidive chez les délinquants déjudiciarisés; en fait, dans certains cas, une hausse du taux de réarrestations a même été remarquée. Les auteurs ont émis l'hypothèse que cette dernière constatation découlerait du nombre accru de révocations attribuables à une plus grande

¹² Les évaluations résumées ici reposent sur des données provenant des États-Unis et du Royaume-Uni.



surveillance des participants (Rengifo et Stemen, 2009; McSweeney, 2015; Stemen et Rengifo, 2012).

Les résultats d'évaluation sur les économies de coûts associées aux programmes de déjudiciarisation sont eux aussi peu concluants; en effet, si ces programmes entraînent une diminution des coûts d'arbitrage et d'incarcération en faisant entrer les délinquants en traitement, plutôt qu'en prison (Zarkin et coll., 2012), ils provoquent parfois aussi une hausse du nombre d'admissions en établissement correctionnel pour manquements aux conditions de la liberté surveillée et une hausse des dépenses consacrées au traitement (Stemen et Rengifo, 2012).

Limites méthodologiques

Les articles recensés pour la présente analyse portaient en grande partie sur les répercussions d'un changement aux modes de détermination de la peine dans une région (Californie), ce qui signifie que le contexte et le champ d'application des données sont limités. Comme la qualité et la disponibilité des traitements varient selon l'endroit où ils sont offerts, diriger les délinquants vers un traitement, plutôt que vers l'incarcération, aura aussi des effets variables (Warner et Kramer, 2009). Les membres du Groupe de travail CPSD ont mentionné un obstacle similaire pendant des discussions sur les services offerts dans les collectivités canadiennes : essentiellement, les services communautaires varient au pays, et tout changement apporté aux politiques aura des répercussions différentes, selon la province ou le territoire.

Parmi les autres points faibles recensés dans les articles, citons le fait de ne pas considérer la consommation comme une variable réponse, des résultats sur la récidive limités (p. ex. données sur les arrestations uniquement), l'absence de groupes témoins ou leur faiblesse, et des suivis de courte durée (McSweeney, 2015; Stemen et Rengifo, 2012; Warner et Kramer, 2009; Rengifo et Stemen, 2012; Baldwin et Duffy, 2010).

Facteurs liés à l'application

Cette structure déjudiciarisée s'adresse principalement aux personnes à faible risque, puisqu'elle est mise en place dans la collectivité. Autrement dit, elle ne permet pas aux personnes à risque élevé ayant de nombreux besoins d'accéder rapidement aux services de traitement. De même, il arrive que des personnes ayant de nombreux besoins dirigées vers la déjudiciarisation requièrent des traitements intenses ou de longue durée qui ne sont pas toujours offerts dans la collectivité. C'est donc dire que la mise en place d'un programme de déjudiciarisation va de pair avec une plus grande disponibilité des services de traitement dans la collectivité (Evans, Huang et Hser, 2011; Niv, Hamilton et Hser, 2009).

Comme pour tout autre programme, l'efficacité de la déjudiciarisation dépend de l'appui reçu des intervenants chargés de gérer et d'offrir les services nécessaires. Ainsi, les juges doivent orienter les délinquants admissibles vers le programme (Stemen et Rengifo, 2012), et les intervenants de divers secteurs (p. ex. probation et traitement) doivent se parler et s'entendre sur les cheminements thérapeutiques qui conviennent aux délinquants (Niv et coll., 2009).

Conclusion

Globalement, les études ne permettent pas de déterminer si recourir au traitement, plutôt qu'à l'incarcération, est un moyen efficace de diminuer la récidive et la CPS. Selon certaines analyses des coûts, ces programmes arriveraient à atténuer le fardeau imposé sur les ressources du système de justice pénale, mais entraîneraient aussi des manquements aux conditions de la liberté surveillée qui forcent les délinquants à réintégrer le système. Parmi les raisons qui expliquent les manquements aux conditions de la liberté surveillée, citons des options de traitement restrictives,



inflexibles ou non existantes et des désaccords entre les intervenants quant aux cheminements thérapeutiques qui conviennent aux délinquants.

Principales considérations

- D'autres études devront être faites pour évaluer les bienfaits de recourir au traitement, plutôt qu'à l'incarcération, et mettre au point des pratiques exemplaires pour atténuer les effets négatifs des programmes.

Tribunaux de traitement de la toxicomanie

Le modèle de tribunal de traitement de la toxicomanie réunit l'autorité du tribunal à des services de traitement afin de diminuer la consommation des personnes judiciairisées et de faire baisser la criminalité liée à la drogue (National Association of Drug Court Professionals, 1997). Ce modèle se décline de plusieurs façons. En règle générale, les participants admissibles qui terminent le programme avec succès sont avisés de l'abandon ou de l'assouplissement de leur accusation ou sanction. Dès que le dépistage fait au moment de l'arrestation est terminé, la participation peut commencer. Les critères d'admissibilité prennent souvent en compte la menace à la sécurité publique et la gravité des comportements de consommation. C'est donc dire que les indicateurs de CPS et la gravité des antécédents criminels sont passés en revue (CCDUS, 2007). Les participants doivent se conformer à certaines exigences, comme se soumettre à de fréquentes analyses d'urine, se rendre au traitement avec assiduité et se présenter aux audiences avec le juge pour faire le point sur la situation. Les progrès des participants pourraient être reconnus de façon positive, au moyen notamment de louanges ou de jetons de réussite. De même, les participants doivent respecter les règles établies par le tribunal, sous peine de sanctions comme l'incarcération. Les participants qui s'en sortent bien passent par une série d'étapes à l'intensité décroissante, jusqu'à ce que le programme soit terminé (Mitchell, Wilson, Eggers et MacKenzie, 2012).

La structure des tribunaux de traitement de la toxicomanie fait déjà l'objet de quelques pratiques exemplaires établies. Essentiellement, le processus judiciaire doit notamment compter un volet thérapeutique allant de pair avec le programme de tribunal de traitement de la toxicomanie. Il faut identifier les participants admissibles en début de processus, puis les intégrer rapidement au programme et leur fournir toute une gamme de soins. Le tribunal devrait intervenir promptement et uniformément en cas de respect et de non-respect du traitement. Les programmes devraient permettre de mesurer l'efficacité et d'offrir continuellement aux employés de la formation interdisciplinaire. Ajoutons qu'il est essentiel, pour maintenir l'efficacité, d'assurer la continuité des partenariats qui unissent les tribunaux, les centres de traitement, les agences publiques et les organismes communautaires, car c'est grâce à ces partenariats que les programmes restent flexibles et peuvent s'adapter aux besoins des nombreux participants (National Association of Drug Court Professionals, 1997; ministère de la Justice du Canada, 2006).

Sommaire de la recherche

De nombreuses études ont été faites sur l'efficacité des tribunaux de traitement de la toxicomanie. Elles montrent que les résultats obtenus varient en fonction des antécédents des participants et que l'efficacité est inégale en raison des diverses structures employées. Pour vérifier si les tribunaux de traitement de la toxicomanie permettaient vraiment de réduire la récidive, le comportement criminel et la consommation de substances, les chercheurs ont procédé à quelques revues systématiques et méta-analyses. Certaines faisaient ressortir les effets positifs de ces tribunaux, alors que d'autres ont obtenu des résultats mitigés.



Certaines études montrent que, par rapport aux autres trajectoires correctionnelles (p. ex. probation, jugement traditionnel) ou par rapport aux personnes qui ne participent pas au programme ou l'abandonnent, passer par un tribunal de traitement de la toxicomanie permet de réduire la récidive, les nouvelles infractions et les comportements criminels, et de prolonger la durée avant une nouvelle arrestation (Gallagher et coll., 2015; Brown, 2010; Patra et coll., 2010; Wilson, Mitchell et Mackenzie, 2006; Mitchell et coll., 2012). Ces résultats ne se limitent pas au court terme, mais se prolongent au-delà de la participation au programme (Mitchell et coll., 2012). Il arrive aussi que les délinquants qui passent par un tribunal de traitement de la toxicomanie adoptent des mécanismes de réduction des méfaits (p. ex. prendre de la marijuana plutôt que de l'héroïne) (Wittouck, Dekkers, De Ruyver, Vanderplasschen et Vander Laenen, 2013; Brown, 2011; Mitchell et coll., 2012).

Selon les données probantes, les résultats se font aussi sentir, quoique dans une moindre mesure, chez les personnes qui ont participé à un programme de tribunal de la toxicomanie, mais sans le terminer (Francis et Reynolds, 2015; Gifford, Eldred, McCutchan et Sloan, 2014). Cette constatation est encourageante, puisque certains tribunaux de traitement de la toxicomanie présentent un faible taux de réussite (Gifford et coll., 2014).

Ajoutons que les données montrent que les traits distinctifs des participants aux tribunaux de la toxicomanie, comme le type d'infraction et les caractéristiques sociodémographiques, pourraient jouer un rôle dans l'efficacité d'un programme (Bouffard et Smith, 2005; Holloway, Bennett et Farrington, 2006; Larsen, Nylund-Gibson et Cosden, 2014). Parmi les caractéristiques sociodémographiques, citons l'origine culturelle, la situation d'emploi et le niveau de soutien familial (Dannerbeck, Harris, Sundet et Lloyd, 2006). Ces données viennent mettre en contexte les études favorables aux tribunaux de traitement de la toxicomanie, en plus de montrer que cette option ne convient pas forcément à tous les types de délinquants.

Limites méthodologiques

Les revues systématiques et les méta-analyses présentent certaines limites. Ainsi, il existe dans la littérature évaluée par les pairs un biais de publication en vertu duquel les études qui présentent des résultats sont plus susceptibles d'être publiées que celles qui ne le font pas. Autre limite des revues systématiques et méta-analyses : elles comparent des études dont les méthodologies, la taille des échantillons, les populations et les instruments de mesure sont d'une grande diversité. Il serait plus judicieux de comparer des études aux méthodologies identiques (Wittouck et coll., 2013).

Les tribunaux de traitement de la toxicomanie ont rarement fait l'objet d'essais cliniques aléatoires, ce qui est préoccupant, car les essais cliniques aléatoires faits sur ces tribunaux ont moins tendance à obtenir des résultats positifs que les autres modes d'évaluation (Wilson et coll., 2006; Brown, 2010). Dans la plupart des évaluations, les participants ayant abandonné le programme sont considérés comme un groupe témoin. Ce faisant, on crée un biais, étant donné que les personnes qui terminent le programme avec succès sont peut-être fondamentalement plus motivées que celles qui abandonnent (Wilson et coll., 2006). D'autres études devraient se pencher sur les personnes qui abandonnent le tribunal et celles qui ne sont pas sélectionnées pour participer au programme, puisque ce sont elles qui sont le plus à risque. Il serait aussi utile de comparer cette intervention à des services de traitement offerts dans la collectivité.

Peu d'études ont utilisé, comme mesures des résultats, des aspects de la vie en lien avec la drogue (p. ex. logement, emploi), ce qui est préoccupant compte tenu du grand rôle que jouent ces éléments dans le rétablissement (Laudet, Becker et White, 2009; De Wree, Pauwels, Colman et de Ruyver, 2009; Best, Ghufuran, Day, Ray et Loaring, 2008). Enfin, à noter que les résultats positifs observés pendant la participation au programme ne se maintiennent pas nécessairement à long terme parce



que les participants risquent moins de commettre une nouvelle infraction ou d'enfreindre les règles pendant le programme, sous peine de se voir infliger des sanctions (Mitchell et coll., 2012).

Facteurs liés à l'application

Quelques facteurs à prendre en compte dans la mise en place de tribunaux de traitement de la toxicomanie :

- Certaines personnes se voient refuser de façon indue l'accès aux programmes en raison des critères d'inclusion adoptés et des règles imposées. Les tribunaux de traitement de la toxicomanie se doivent de trouver un juste milieu entre la sécurité publique et le recrutement de personnes à qui le programme serait bénéfique. Il arrive que les critères stricts ou les exigences irréalistes de quelques programmes excluent des personnes admissibles. Par exemple, refuser l'accès à un programme en raison de condamnations pour trafic de stupéfiants exclurait de nombreuses personnes aux prises avec une CPS (Mitchell et coll., 2012).
- Les services devraient être flexibles et permettre d'adapter les exigences selon les participants. En effet, ces derniers ont des antécédents et besoins variés pouvant influencer sur les résultats et dont il faut tenir compte dans une approche thérapeutique personnalisée (Leukefeld, Webster, Staton-Tindall et Duvall, 2007).
- La réussite d'un programme dépend de la qualité des services offerts aux participants. Ainsi, les tribunaux de traitement de la toxicomanie comptent sur leurs fournisseurs pour prodiguer des services de traitement de manière adéquate et efficace. Pour assurer la surveillance des participants, les tribunaux doivent avoir des liens positifs et une communication dynamique avec les fournisseurs de services (Wilson et coll., 2006).

Conclusion

Les données montrent que les tribunaux de traitement de la toxicomanie peuvent avoir une influence positive sur la récidive et la consommation de substances des personnes qui terminent le programme, par rapport à celles qui n'y participent pas ou l'abandonnent. Des témoignages anecdotiques avancent que cette intervention a un effet bénéfique dans certains cas. Cela dit, l'accès à ces tribunaux pourrait être refusé aux délinquants à risque élevé, ce qui signifie que les ressources considérables consacrées à cette intervention ne profiteraient qu'à une faible proportion des personnes ayant besoin de se faire traiter.

Principales considérations

- D'autres études ciblées doivent être faites pour comprendre les traits caractéristiques des délinquants pour qui les tribunaux de traitement de la toxicomanie sont bénéfiques.
- Une fois ces traits caractéristiques définis, les tribunaux de traitement de la toxicomanie seront à même de cibler leurs programmes.
- Il faut offrir d'autres options aux délinquants qui ne retireraient pas d'avantage à participer à un tribunal de traitement de la toxicomanie.

Probation et libération conditionnelle

La probation est la forme la plus courante de surveillance dans la collectivité au Canada; en effet, 82 % des adultes dans les systèmes correctionnels provinciaux et territoriaux font l'objet d'une surveillance dans la collectivité (les autres 18 % sont en détention préventive). En 2013-2014, on



dénombrait en moyenne 95 680 délinquants adultes sous surveillance dans la collectivité (peines de probation ou avec sursis), et 7754 délinquants en moyenne étaient en libération conditionnelle ou bénéficiaient d'une libération d'office (Programme des services correctionnels, 2015). Grâce à la probation et à la libération conditionnelle, il est possible d'assurer une réadaptation surveillée dans la collectivité et d'appliquer des sanctions intermédiaires adéquates (Linhorst, Dirks-Linhorst et Groom, 2012). Les sanctions intermédiaires ou progressives sont rigoureuses et intrusives, mais moins que l'incarcération (Taxman, Soule et Gelb, 1999; Ulmer, 2001; Aukeman et McGarry, 1994). Quelques exemples de sanctions intermédiaires : programmes de surveillance intensive, centres de jour où doivent se présenter les délinquants, assignations à domicile, surveillance électronique, restitution, travaux communautaires et maisons de transition (Caputo, 2004).

La probation et la libération conditionnelle permettent de faire du dépistage, de fournir aux délinquants de la rétroaction sur leurs comportements de consommation et de faciliter l'accès aux services de traitement et de réadaptation nécessaires à la réinsertion sociale. C'est avec la gestion de cas que se fait l'accès au traitement.

Sommaire de la recherche

Les agents de probation et de libération conditionnelle ont un rôle crucial dans la poursuite du traitement de la CPS – élément essentiel à une réinsertion sociale réussie. Des chercheurs ont constaté un plus grand accès aux services de réinsertion chez les délinquants ayant bénéficié de mesures relevant de la libération conditionnelle, dont le traitement (Friedmann et coll., 2009). De même, il arrive que traiter la CPS pendant la probation fasse diminuer le nombre de bris de condition et de nouvelles arrestations (Benedict, Huff-Corzine et Corzine, 1998; Evans, Longshore, Prendergast et Urada, 2006; Hiller, Knight, Devereux et Hathcoat, 1996; Huebner et Cobbina, 2007; Krebs, Strom, Koetse et Lattimore, 2009; Lattimore, Krebs, Koetse, Lindquist et Cowell, 2005).

Pour renforcer la motivation face au changement, nourrir l'estime de soi des délinquants et les amener à changer de mode de vie, les agents de probation et de libération conditionnelle peuvent recourir à des interventions psychosociales personnalisées qui permettent de réduire le taux de nouvelles condamnations (Palmer et coll., 2011; Linhorst et coll., 2012). Ces agents sont aussi habilités à mesurer l'état de préparation des délinquants au traitement avec des interventions permettant de modifier leur opinion négative du traitement. Il a en effet été démontré que ces interventions accroissent la participation au traitement et diminuent la consommation (Roque et Lurigio, 2009).

Conditions d'abstinence

Un trouble lié aux substances est un problème de santé chronique (Saitz, Larson, LaBelle, Richardson et Samet, 2008) pouvant être diagnostiqué cliniquement¹³. La consommation de substances peut détériorer les régions cérébrales responsables du contrôle cognitif, de la récompense, de la motivation et de l'impulsivité, d'où le mal qu'éprouve la personne à contrôler ses désirs et ses émotions ou à prendre des décisions difficiles (Hester et Garavan, 2004; Fellows, 2007). De tels changements expliquent pourquoi on qualifie souvent de trouble cérébral la dépendance clinique à la consommation (Chandler, Fletcher et Volkow, 2010). Dans cette optique, il serait peu réaliste d'exiger que des personnes aux lourds antécédents de CPS fassent preuve d'abstinence pendant leur probation ou libération conditionnelle. Il serait au contraire plus utile de prévoir une abstinence progressive – et de possibles rechutes (Turnbull, McSweeney, Hough, Webster et Edmunds, 2000). Faire de l'abstinence le principal objectif du traitement ou de la

13 Les critères diagnostiques cliniques des troubles liés aux substances se trouvent dans le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).



réinsertion offre des possibilités moindres de s'attaquer aux problèmes à la base de la CPS (Zelvin et Davis, 2001).

Il est plus efficace, sur le plan thérapeutique, de demander au délinquant de fixer les buts de sa réadaptation, que de l'obliger à être abstinent (Miller, Forcehimes et Zweben, 2011). En matière de consommation, il faudrait voir les rechutes comme l'occasion d'amener la personne à réfléchir à sa consommation, à comprendre les raisons expliquant la rechute et à trouver, avec son agent de probation ou de libération conditionnelle, des moyens de prévenir le risque de futures rechutes (Weekes, Groupe de travail CPSD, 2017).

Limites méthodologiques

Comme pour les autres éléments du système abordés précédemment, on remarque, dans la littérature, l'absence d'essais cliniques aléatoires sur la probation et la libération conditionnelle (Linhorst et coll., 2012; Roque et Lurigio, 2009) et la faiblesse des groupes témoins. Ainsi, dans une étude, les personnes n'ayant pas terminé le programme étaient considérées comme le groupe témoin, ce qui a pu fausser les résultats (Roque et Lurigio, 2009). D'autres éléments du plan d'étude posaient problème, comme le recours à des données autodéclarées, le fait de considérer le taux de nouvelles condamnations comme un paramètre à l'étude et l'incapacité à appliquer les résultats aux divers programmes de probation et de libération conditionnelle (Palmer et coll., 2011).

Facteurs liés à l'application

Certains facteurs doivent être pris en compte quand on envisage d'intégrer les éléments vus précédemment aux structures thérapeutiques existantes. Il faut avant tout savoir que les agents de probation et les prestataires de services sont déjà surchargés, d'où la difficulté de leur attribuer des responsabilités supplémentaires ou de changer des systèmes déjà mis à rude épreuve. Les agents sont parfois enclins à adopter une attitude autoritaire et punitive (semblable à celles des policiers) plutôt qu'une attitude axée sur l'encadrement ou la réadaptation (p. ex. offrir l'aide nécessaire en cas de rechute). Ce changement de mentalité prendra de temps. Enfin, il ne faudrait pas que l'incapacité des personnes en probation et en libération conditionnelle à terminer leur plan de traitement entraîne des infractions. Autrement dit, il faut éviter de transformer les besoins des délinquants en conditions de probation ou de libération conditionnelle, sous peine d'accroître le risque d'infraction.

Conclusion

Un volet crucial de la probation et de la libération conditionnelle est de mettre les délinquants sur la voie du succès. La probation et la libération conditionnelle sont l'occasion d'offrir des services coordonnés et encadrés de traitement de la CPS dans la collectivité. Il importe de voir la CPS comme un problème de santé, et non comme un comportement criminel, pour que les conditions imposées aux délinquants soient réalistes.

Principales considérations

- Intégrer aux services offerts pendant la probation et la libération conditionnelle des interventions psychosociales et d'autres qui mesurent l'état de préparation au traitement, des services de traitement de la consommation et des services et aides communautaires.
- Aborder l'abstinence comme un but à atteindre en plusieurs étapes, où les rechutes ne constituent pas des infractions ni n'entraînent le renvoi du programme. Il faudrait plutôt les considérer comme une occasion de parler de la prévention de futures rechutes.



- Éviter de faire de l'abstinence et de l'achèvement du traitement des conditions de la probation ou de la libération conditionnelle.

Transition et réinsertion sociale après la mise en liberté

Il arrive que les programmes offerts en établissement ne s'occupent pas des facteurs sociaux et économiques essentiels à une prise en charge réussie de la CPS (p. ex. relations interpersonnelles, santé physique et mentale, logement et emploi). Souvent, les personnes judiciairisées ne proviennent pas de milieux aux grandes ressources sociales et économiques, d'où l'importance de les mettre en contact avec l'aide nécessaire lors de leur mise en liberté (Lyons et Lurigio, 2010). De la même façon, le traumatisme de l'incarcération peut causer ou déclencher une maladie mentale et, ainsi, contribuer à accroître la complexité de la consommation de substances et des besoins connexes à aborder avec les programmes communautaires (O'Grady et Lafleur, 2016).

La réinsertion sociale est une période à risque élevé de rechutes et de surdoses. En fait, les rechutes sont courantes après le congé d'un traitement fondé sur l'abstinence et peuvent provoquer une surdose mortelle (Smyth, Barry, Keenan et Ducray, 2010; Kouyoumdjian et coll., 2016; Merrall et coll., 2010). Pour réduire ce risque, les services postlibératoires et de transition devraient chercher à assurer une continuité des soins propice au maintien des changements comportementaux positifs faits en lien avec la consommation de substances (McKay, 2001; De Leon, Melnick, Thomas, Kressel et Wexler, 2000; Harrison et Martin, 2003). Selon la Stratégie des services correctionnels communautaires fédéraux du SCC, la réinsertion sociale commence dès l'admission et devrait se faire par l'entremise d'évaluations dynamiques et de mesures d'intervention appropriées, ce qui sera réussi grâce à la collaboration interorganisations (Pisapio, White et Altimas, 2015).

La collectivité permet d'offrir des services que le milieu correctionnel, lui, ne serait pas en mesure de fournir. Par exemple, il est alors possible d'offrir, de concert avec un traitement continu de la CPS, de la formation à l'emploi, des services de garde, des logements supervisés et des programmes de jour d'enseignement et d'acquisition de compétences. Autre avantage à travailler dans une collectivité : la possibilité de collaborer avec des prestataires de services bien connus et dignes de confiance (Pisapio et coll., 2015). L'idéal serait d'assurer l'accès à ces services par un guichet unique.

La sous-section qui suit résume les diverses structures qui s'offrent pour faciliter la réinsertion sociale et donne des exemples de services communautaires qui ciblent la CPS.

Sommaire de la recherche

La continuité des soins du milieu correctionnel au milieu communautaire devrait être au cœur de la réinsertion sociale. Les études montrent que la poursuite du traitement, après la mise en liberté, accroît les chances de réussite du participant (Smith, Gates et Foxcroft, 2006; Malivert, Fatséas, Denis, Langlois et Auriacombe, 2012). En effet, selon les données probantes, suivre un traitement tant dans le système correctionnel que dans la collectivité est plus efficace que suivre un traitement dans un seul milieu (Burdon, Dang, Prendergast, Messina et Farabee, 2007) et peut entraîner d'importantes économies (Zarkin et coll., 2012). Il faudrait intégrer un service d'aide postpénale aux programmes offerts aux délinquants pendant leur incarcération. De même, la priorité devrait aussi être mise sur la continuité des soins de santé (comme les médicaments) pour que les délinquants aient accès aux médicaments dont ils ont besoin, surtout lorsque la mise en liberté est possible. Par exemple, on pourrait remettre aux personnes qui comparaissent devant le tribunal et qui pourraient bénéficier d'une mise en liberté immédiate une quantité de médicaments suffisante pour quelques jours, pour le cas où elles ne pourraient se rendre rapidement chez le médecin ou à la pharmacie.



Les organismes responsables de la prestation de services ont une influence sur la réussite de la continuité des soins. Règle générale, la prestation de soins de santé en établissement relève du ministère de la Sécurité publique, et non de celui de la Santé. Cette séparation des responsabilités crée deux systèmes distincts de prestation de soins aux délinquants et au grand public, ainsi qu'un accès inégal aux soins de santé pour les délinquants. Par rapport à ce que l'on voit dans la collectivité, il y a parfois, quand on parle de santé et de prestation de services, une pénurie de personnel, un manque de ressources et un savoir-faire limité pendant l'incarcération (Société John Howard, 2016). Si les problèmes de santé des délinquants, dont la CPS, ne sont pas réglés, ils se manifesteront de nouveau dans la collectivité et auront des effets néfastes sur la réinsertion sociale (Visher et Mallik-Kane, 2007).

C'est ainsi que pour assurer la continuité des soins, l'Organisation mondiale de la Santé recommande d'intégrer les services correctionnels aux ministères de la Santé, de sorte que les services de santé offerts aux délinquants soient les mêmes que ceux offerts au grand public (OMS, 2003b). Les données probantes montrent qu'en intégrant les services correctionnels et de santé, il est possible d'améliorer la continuité des soins et le bien-être de la population carcérale, d'accroître ou d'étendre la prestation de programmes et de services, d'améliorer l'accès aux services communautaires et de réduire la récidive (Strang, van den Bergh et Gatherer, 2012; Hayton et Boyington, 2006; International Centre for Prison Studies, 2004).

En aidant les personnes judiciairisées à accéder aux services communautaires dont elles ont besoin, on les incite à poursuivre leur traitement et on améliore leur situation (Pringle et coll., 2002). Grâce à des modèles intégrés ou complémentaires de prestation de services, les délinquants peuvent accéder à plusieurs services par l'entremise d'un guichet unique; les services sont parfois offerts au même endroit, alors que d'autres fois, c'est le gestionnaire de cas qui doit faire les demandes de consultation nécessaires. Ce type de prestation se fait en collaboration avec des organismes complémentaires œuvrant dans le domaine de la réinsertion (p. ex. libération conditionnelle, traitement) et permet de répartir la charge de travail entre plusieurs prestataires (Gilbert et Terrell, 2005).

Dans la même veine, la prestation de services selon le **modèle du carrefour** facilite la collaboration entre les organismes. Ce modèle prévoit en effet que les divers intervenants (p. ex. services policiers, libération conditionnelle, dépendance, travail social, santé mentale) se réunissent à intervalle régulier pour échanger de l'information importante sur les clients qui posent des risques ou des défis particuliers. Pendant ces réunions, les intervenants peuvent établir des plans d'intervention intégrés et s'assurer que les clients ont accès aux services et soutiens qui répondent à leurs besoins. Ce modèle a fait l'objet d'une évaluation, qui a montré qu'il permet d'éliminer les cloisons institutionnelles en place depuis longtemps et qui rendaient difficile la collaboration entre organismes, en plus de favoriser un accès plus rapide aux services et une prestation plus efficace (Nilson, 2016).

Cette intégration des services entraîne l'établissement de partenariats donnant aux intervenants l'occasion de prendre connaissance de nouveaux points de vue et conseils, d'où un rapprochement entre le milieu correctionnel et communautaire. Elle permet aussi aux intervenants de mieux comprendre les difficultés propres à chaque organisme (Pisapio et coll., 2015). Il a été démontré que l'intégration des services amène davantage de participants à poursuivre leur traitement et à mieux suivre leur plan de traitement, en plus de renforcer la réinsertion sociale (Hellerstein, Rosenthal et Milner, 2001; Willis et Ellison, 2007; Coll, Stewart, Morse et Moe, 2010).

Les **programmes de préparation à la réinsertion** misent sur les services complémentaires et la continuité des soins pour assurer une sortie de l'établissement correctionnel et une réinsertion



sociale en douceur. Avec ces programmes, les délinquants sont mis en contact avec des ressources, comme des services de traitement de la consommation, de logement et de santé mentale, selon les résultats d'une évaluation des besoins. Ces programmes peuvent être pilotés par un organisme faisant appel à un réseau pour faciliter l'accès aux services (Borzycki et Baldry, 2003), puisqu'un organisme seul ne peut répondre à tous les besoins. Selon certaines études, ces programmes se sont révélés prometteurs pour réduire le taux de rechute et de récidive (Duwe, 2012; Lattimore et Visher, 2010; Sample et Spohn, 2008; Zhang, Roberts et Callanan, 2006), alors que selon d'autres études, ils avaient entraîné une hausse de ce taux (Bloom, Redcross, Zweig et Azurdia, 2007; Lattimore et coll., 2012; Severson, Bruns, Veeh et Lee, 2011).

Le traitement de la CPS dans la collectivité peut prendre plusieurs formes, dont le **traitement avec ou sans hébergement**. Il a été démontré que le traitement avec hébergement, où le participant réside dans l'établissement pendant un certain temps, diminue le risque de nouvelles arrestations, condamnations et incarcérations, en plus d'être moins dispendieux que l'incarcération (French, Fang et Fretz, 2010; Pérez, 2009). De son côté, le traitement sans hébergement peut aussi entraîner une baisse de la récidive et des nouvelles arrestations (Lattimore et coll., 2005).

Autre aide à la transition, les **milieux de vie sobres** ne fournissent pas de service de traitement, mais offrent aux personnes qui tentent de devenir ou de rester sobres un domicile où il n'y a aucune consommation d'alcool et de drogue. Les caractéristiques de ce type d'hébergement sont très variables. Le fait de vivre dans un milieu sobre peut réduire la consommation et améliorer la situation d'emploi. En plus d'offrir aux délinquants un hébergement dont ils ont besoin, ces milieux de vie les aident à respecter d'autres types de conditions obligatoires ou requises (p. ex. suivre un traitement pour troubles mentaux) (Polcin, Korcha, Bond et Galloway, 2010). Les milieux de vie sobres sont plus efficaces chez les personnes qui sont motivées à réduire leur consommation et qui disposent de quelques ressources financières (Polcin, 2006). Cette forme d'hébergement pourrait en outre mener à une période d'abstinence plus longue qu'avec les communautés thérapeutiques ou les services d'assistance postpénale standard (Jason, Olson et Harvey, 2014).

Limites méthodologiques

Les communautés thérapeutiques en milieu correctionnel, les tribunaux de traitement de la toxicomanie et les programmes de déjudiciarisation ont fait l'objet d'évaluations; cela dit, quand on les compare à celles faites sur les programmes de réinsertion sociale en milieu communautaire, on constate que ces dernières sont sous-développées, inégales et présentent dans l'ensemble des lacunes de conception (Chanhatasilpa, MacKenzie et Hickman, 2000; Hiller, Knight, Saum et Simpson, 2006; Perry et coll., 2009). Cette différence pourrait s'attribuer aux difficultés liées à l'évaluation des services d'assistance postpénale et de réinsertion sociale. Il n'existe aucune définition d'assistance postpénale ni de ce que constitue une réinsertion réussie, et le contexte de prestation des services, leur intensité, leur durée et la modalité thérapeutique varient beaucoup d'une communauté à l'autre. À noter que l'intensité du traitement en milieu correctionnel est aussi variable et que l'assistance postpénale reçue par la suite n'est pas toujours d'une intensité équivalente, ce qui nuit à l'efficacité du traitement (Pelissier, Jones et Cadigan, 2007).

Un autre problème que pose ce type de recherche est la difficulté de vérifier le temps consacré au traitement, après la mise en liberté dans la collectivité. Dans ce cadre de vie moins contrôlé, le niveau d'intervention offert aux groupes témoins ou étudiés est parfois inégal. Ajoutons que l'évaluation des programmes communautaires se fait souvent en zones urbaines, ce qui signifie que les résultats ne sont pas généralisables ou applicables aux populations rurales (French et coll., 2010).



Facteurs liés à l'application

L'utilisation efficace des interventions et traitements en milieu communautaire pose certaines difficultés :

- **Assurer la qualité et l'uniformité des services.** Les prestataires de services communautaires ne sont pas toujours régis par un seul organisme directeur, d'où certaines fluctuations dans la qualité et l'uniformité des services. Même si les données montrent qu'une offre de services communautaire accrue serait justifiée, il reste que cette hausse doit se faire dans un environnement contrôlé, de façon à assurer la qualité des services de traitement (Burdon et coll., 2007). En fait, même avec un contrôle adéquat, la prestation des services pourra varier au fil du temps et selon la zone desservie. De la même façon, les services offerts dans la collectivité adopteront un contenu et un format qui pourront varier davantage que ceux des services offerts en milieu correctionnel.

Pour assurer la qualité des services, les prestataires de services communautaires et les organismes de justice pénale doivent coordonner leur travail. Par exemple, il faut que la collecte de données sur les participants se fasse de façon uniforme et exacte dans tout le système. De plus, il faudrait assurer un suivi uniforme des résultats de dépistage et des demandes de consultation, et les transmettre aux prestataires de services concernés (Willis et Ellison, 2007). Avec une collecte efficace de données et l'utilisation de ces données à des fins d'évaluations, il sera possible de contrôler la qualité du programme et d'en surveiller le rendement.

Il convient en outre de saluer les efforts faits par les délinquants pendant le traitement en milieu correctionnel et de les développer après la mise en liberté. Des personnes en libération conditionnelle ont mentionné que, lors de leur retour dans la collectivité, on ne les félicitait pas pour les thérapies suivies et que les services communautaires ne reprenaient pas là où le traitement précédent s'était arrêté (Burdon et coll., 2007).

- **Diversité de délinquants, diversité de formats et d'intensité d'intervention.** Selon le modèle risque-besoin-réceptivité (Andrews et Bonta, 2010; Andrews et coll., 1990), les plans de traitement doivent tenir compte des progrès faits par la personne par rapport à sa CPS et du niveau de service dont elle a alors besoin. Pour contribuer au succès de la personne, il importe de faire correspondre son niveau de risque et de besoin au niveau d'intensité du traitement (Grommon, Davidson et Bynum, 2015).
- **Temps nécessaire pour mettre en place des services communautaires coordonnés et stables.** Il faut beaucoup de temps et d'énergie pour mettre en place des services communautaires, les déployer et les améliorer, de sorte qu'ils s'arriment sans heurt aux services du système correctionnel. Selon Olson, Rozhon et Powers (2009), de deux à trois ans sont nécessaires pour déployer puis évaluer un programme communautaire, avant que ses effets puissent être mesurés avec exactitude. Malheureusement, le manque de temps et de ressources consacrés à l'instauration de nouveaux programmes ne permet souvent pas leur plein développement (Mears, Winterfield, Hunsaker, Moore et White, 2003), la réussite dépendant souvent du contexte politique et financier où se fait la mise en œuvre.
- **Manque de ressources et de capacités.** Il arrive parfois que les prestataires de services communautaires ne soient pas en mesure de fournir les services et ressources nécessaires aux détenus. Par exemple, le soutien social (p. ex. des pairs non consommateurs) est essentiel à une réinsertion sociale réussie, mais il ne peut être offert par des services formels (Pettus-Davis et coll., 2009). De même, pour certaines personnes, il serait préférable



de déménager dans une autre région après leur mise en liberté, question de s'éloigner d'un milieu où elles risqueraient de recommencer à consommer. Pour un prestataire en milieu communautaire, offrir un tel service exigerait beaucoup trop de ressources (Zhu et coll., 2009).

Le temps, le financement et les capacités nécessaires au maintien d'un programme communautaire font parfois défaut. Comme l'évaluation de programme prend du temps et beaucoup de ressources, faire ressortir l'utilité d'un programme est difficile. Assurer la viabilité du financement d'un programme est un processus de longue haleine, mais qui en vaut la peine.

- **Stigmatisation et restrictions.** Cette population est confrontée à la stigmatisation et à l'imposition de restrictions formelles, en raison de ses antécédents de criminalité et de CPS. Cette stigmatisation et ces restrictions peuvent faire obstacle à une réinsertion sociale réussie (p. ex. se trouver un logement et un emploi stables). Les restrictions qui empêchent tout contact social avec des personnes consommatrices créent de l'isolement, alors que le délinquant est déjà dépourvu de soutien social (Lyons et Lurigio, 2010). Un tel isolement est préoccupant, car de telles difficultés pourraient exacerber les problèmes de santé mentale et provoquer une rechute (van Olphen et coll., 2009).

Conclusions

Il est évident que la transition du milieu correctionnel vers le milieu communautaire est une période cruciale pour intervenir. Il faudrait d'ailleurs intégrer cette réinsertion au plan d'intervention le plus tôt possible. Au moment du retour dans la société, la personne doit avoir accès aux services dont elle a besoin et pouvoir se créer un réseau de soutien positif. Cette exigence exerce de la pression sur les services communautaires et forcera peut-être les ministères fédéraux et provinciaux responsables des services correctionnels à fournir des ressources aux programmes communautaires, pour qu'ils puissent offrir des services d'aide postlibératoire.

Principales considérations

- Veiller à ce que les services d'assistance postpénale s'inspirent des soins fournis en établissement, pour que les progrès réalisés se poursuivent. Préparer un plan de mise en liberté tôt dans le processus pourrait assurer cette continuité.
- Coordonner et intégrer les services, pour une prestation plus efficace (c.-à-d. services complémentaires ou modèle du carrefour).
- L'établissement chargé de la prestation de services de santé dans la collectivité devrait aussi s'occuper de ceux en milieu correctionnel.
- S'assurer que les options de traitement offertes dans la collectivité sont assez flexibles pour répondre aux nombreux besoins des participants.
- Maintenir la capacité à évaluer le service et la qualité dans la collectivité pour assurer la prestation de programmes factuels. Fournir les ressources nécessaires à la réalisation d'évaluations.
- Si le délinquant ne dispose d'aucun réseau de soutien positif, lui proposer de communiquer avec des réseaux dans la collectivité (p. ex. des programmes d'entraide).
- Les établissements correctionnels devraient informer régulièrement les prestataires de services communautaires du nom des personnes sur le point d'être remises en liberté. Par



exemple, en l'absence d'une telle communication, il n'y a aucune autre forme de suivi en cas d'expiration d'un mandat.

Approches thérapeutiques

Un examen de la littérature sur la réadaptation des personnes judiciairisées a fait ressortir quelques pratiques thérapeutiques. Cela dit, comme la présente analyse environnementale porte sur le recours à ces pratiques dans un contexte de justice pénale, une revue complète des études sur le traitement, de leurs limites méthodologiques et des facteurs liés à l'application va au-delà de la portée du présent projet. Quelques approches thérapeutiques sont décrites ici séparément, mais dans la réalité, leur utilisation est souvent plus efficace si elle se fait de façon simultanée. Il est possible de recourir à ces approches dans tout le système, que ce soit au cours d'une intervention rapide et du processus de déjudiciarisation, et pendant l'incarcération, la probation, la libération conditionnelle et le processus de réinsertion sociale. À noter que certaines approches de traitement de la CPS résumées ici pourraient ne pas s'appliquer ou convenir à la population autochtone.

Gestion du sevrage

La gestion du sevrage désigne l'étape initiale supervisée et contrôlée durant laquelle se déroule la période de sevrage des substances donnant lieu à des abus, comme l'alcool (Pirie, Wallingford, Di Gioacchino, McQuaid et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement, 2016). Elle vise à réduire au minimum ou à prévenir les symptômes de sevrage d'une manière sécuritaire, sous la supervision adéquate d'un professionnel de la santé comme un médecin ou une infirmière. Cette supervision est parfois difficile à assurer, faute de personnel disponible. Plusieurs médicaments sur ordonnance¹⁴ peuvent être employés pour faciliter ce processus, à une dose qui ne provoquera pas d'intoxication et qui est progressivement diminuée, à mesure que la personne se rétablit (CCDUS, 2013). Parmi les modèles de prestation de services en gestion du sevrage des délinquants, citons les centres de traitement avec hébergement en établissement, l'admission à l'hôpital d'un établissement et l'admission à un traitement à l'externe alors que le délinquant reste incarcéré dans l'établissement principal (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime [ONU DC], sans date).

Sommaire de la recherche

L'absence de services adéquats de gestion du sevrage pourrait entraîner des conséquences négatives pour la personne. Une gestion sécuritaire du sevrage doit pouvoir compter sur plusieurs éléments, comme la surveillance de la personne, la présence de personnel médical qualifié et l'accès à des médicaments et à un plan de gestion du sevrage, ainsi que sur le repos, une bonne hydratation et une alimentation saine (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2006). Si aucune procédure adéquate de gestion du sevrage n'est en place, les personnes judiciairisées risquent davantage de se suicider (Rivlin, Ferris, Marzano, Fazel et Hawton, 2013; Rich et coll., 2005) et pourraient essayer de mettre la main sur des produits pharmaceutiques illicites ou non prescrits pendant leur incarcération. Il est particulièrement important de gérer le sevrage au moment où la personne est arrêtée et mise en détention préventive car, avec plusieurs substances psychoactives, les symptômes de sevrage commencent à se faire sentir dans les heures qui suivent la dernière consommation. Une gestion efficace du sevrage permet de stabiliser l'état de la personne et d'accroître sa capacité à se contrôler et à s'adapter aux conditions difficiles associées à la détention.

¹⁴ Ces médicaments sont décrits plus en détail dans la section sur les pharmacothérapies.



La première étape pour une gestion efficace du sevrage est de procéder à une évaluation initiale au moment de l'admission, puis à un suivi adéquat. L'évaluation initiale peut prendre plusieurs formes, dont un examen physique (p. ex. signes vitaux, prise de sang) et le dépistage de la consommation, et permet de déterminer le cheminement thérapeutique qui convient (Brands, 2000). Cette évaluation initiale peut avoir lieu, quelle que soit la substance consommée, des opioïdes au cannabis. En fait, Rogerson, Jacups et Caltabiano (2016) ont observé des symptômes de sevrage au cannabis chez 57 % des délinquants consommateurs de cette substance et ont conclu qu'il faudrait donc surveiller l'apparition de symptômes de sevrage chez ces consommateurs, de façon à renforcer le plus possible la sécurité du délinquant et du personnel.

Utilisée seule, la gestion du sevrage est habituellement inefficace à long terme, si le traitement ne se poursuit pas après la mise en liberté (ONUUDC, sans date). Elle devrait donc se faire à l'étape prélibératoire et notamment permettre de donner au délinquant de l'information sur le maintien de la sobriété, de le renseigner sur les services à sa disposition pour répondre à ses besoins et de le diriger vers un traitement offert dans la collectivité (Mitchell et coll., 2009).

Thérapie cognitivo-comportementale

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est une forme de psychothérapie qui permet de modifier des schémas de pensées négatives et les gestes qu'elles amènent la personne à poser (Beck, 2011). Cette thérapie reconnaît que parfois des problèmes sous-jacents sont à la base du comportement, et non une pensée rationnelle. La TCC cible ces problèmes, qui sont peut-être apparus parce que la personne a vécu certaines expériences ou connu certains cadres de vie (Schacter, Gilbert et Wegner, 2010). En ce qui concerne la réadaptation des personnes judiciairisées, la TCC peut cibler des facteurs de risque criminogènes propices aux pensées et aux comportements criminels. Cette thérapie fait notamment appel à la psychoéducation, à l'acquisition de mécanismes compensatoires, au renforcement des systèmes de soutien social et à une meilleure connaissance de ses propres capacités (Dowden, Antonowicz et Andrews, 2003; Zlotnick, Johnson et Najavits, 2009).

Sommaire de la recherche

La TCC est reconnue comme un traitement efficace des délinquants et des personnes en libération conditionnelle et en probation (Bahr, Masters et Taylor, 2012). Selon des méta-analyses et des revues systématiques, les études montrent bien l'efficacité de la TCC à réduire la récidive (Landenberger et Lipsey, 2005; Lipsey, Chapman et Landenberger, 2001; Wilson, Bouffard et MacKenzie, 2005) et la CPS chez les personnes judiciairisées (Bahr et coll., 2012; McMurrin, 2007; Lanza et Menendez, 2013; Zlotnick et coll., 2009). Ajoutons que la TCC donne aussi de meilleurs résultats lorsqu'elle est utilisée simultanément avec d'autres approches thérapeutiques comme la gestion des contingences (Bahr et coll., 2012).

La TCC se prête aussi à la prévention des rechutes. Ainsi, il existe un type de prévention des rechutes axée sur la pleine conscience et sa pratique, et un volet cognitivo-comportemental, le tout pour inciter la personne à réfléchir aux éléments qui la portent à consommer et aux schémas négatifs entourant sa consommation (Chawla et coll., 2010). Le recours à la pleine conscience dans le traitement de la consommation de substances peut entraîner une diminution de la consommation, une plus grande capacité à la prendre en main et une nette amélioration de l'assiduité au traitement (Witkiewitz et coll., 2014; Ritchie, Weldon, Freeman, MacPherson et Davies, 2011; Uhlig, 2009).



Entrevue motivationnelle

Créée par Miller et Rollnick (1991, 2002), l'entrevue motivationnelle (EM) est une technique non conflictuelle et non critique permettant de renforcer la motivation intrinsèque à changer un comportement en explorant et en résolvant l'ambivalence à l'égard du changement. L'EM développe la motivation intérieure à se fixer des objectifs de changements de comportement positifs et à s'employer résolument à les atteindre, p. ex. arrêter de consommer. L'EM vient renforcer l'alliance thérapeutique, alors que la TCC, elle, propose des techniques pratiques visant à modifier les schémas de pensées et à modifier le comportement. C'est ainsi qu'ensemble, la TCC et l'EM s'avèrent efficaces pour réduire la consommation de substances (Riper et coll., 2014).

Le système de justice pénale a recours à l'EM (p. ex. avec les personnes en probation). Cette technique incite la personne à se questionner sur les raisons de son ambivalence face au changement (Miller et Rollnick, 2002). Son efficacité est optimale lorsque le participant n'a pas encore reconnu son besoin de changer ou lorsqu'il envisage certains changements comportementaux¹⁵. L'EM peut amener une transition de la phase de contemplation à celle de l'action (Czuchry, Sia et Dansereau, 2006). Pendant un dialogue EM, le thérapeute utilise l'écoute active pour inciter le client à parler du changement, de façon à ce que les arguments en faveur du changement proviennent du client, plutôt que d'être imposés par le thérapeute (McMurrin, 2009). Comme ce dialogue aide la personne à trouver en elle une source de motivation au changement qui correspond bien à ses buts personnels, il est donc plus probable qu'elle voudra cheminer vers ces buts et les atteindre. Ce dialogue permet donc à la personne de prendre conscience des conséquences négatives qui pourraient se produire si elle continue de consommer de façon problématique (Czuchry et coll., 2006).

Sommaire de la recherche

Des revues systématiques et des méta-analyses ont montré que l'EM permettait de réduire la consommation de substances. Selon un examen des données probantes réalisé par Rubak, Sandboek, Lauritzen et Christensen (2005), les études prises en compte démontraient pour la plupart (72-75 %) les effets de l'EM dans le cas des maladies physiologiques et psychologiques. Cet examen a permis de conclure qu'utilisée dans un cadre scientifique, l'EM donne de meilleurs résultats que la prestation de conseils traditionnels dans le traitement de divers problèmes et maladies du comportement (p. 306). D'autres données montrent que combiner l'EM à d'autres interventions entraîne une diminution de la consommation et une plus grande participation au traitement offert dans la collectivité et augmente les chances de réussite du traitement (McMurrin, 2009; Czuchry et coll., 2006; Easton, Swan et Sinha, 2000). Il convient aussi de noter que selon les études, le lien entre l'EM et la consommation de substances n'existe peut-être qu'à court terme (Miles, Duthiel, Welsby et Haider, 2007; Baker et coll., 2002; Bein, Miller et Boroughs, 1993). À l'inverse, certaines études n'ont pu établir de lien entre de meilleurs résultats relatifs à la consommation ou à l'activité criminelle, d'une part, et l'EM, d'autre part (Perry et coll., 2015; Forsberg, Ernst, Sundqvist et Farbring, 2011).

Gestion des contingences

La gestion des contingences est une intervention thérapeutique faisant appel aux récompenses et aux punitions pour inciter une personne à changer son comportement. Pour que cette intervention

15 Le modèle des étapes du changement prévoit plusieurs phases, dont la précontemplation et la contemplation. Ce modèle permet de voir le rétablissement d'une CPS comme une suite d'étapes : la précontemplation, où la personne ne se rend pas compte qu'elle a un problème; la contemplation, où la personne sait qu'elle a un problème; puis la préparation et l'action, où la personne change son comportement afin de résoudre le problème (DiClemente, Schlundt et Gemmell, 2004; Prochaska, DiClemente et Norcross, 1992).



soit efficace, les récompenses (p. ex. sommes d'argent) ou les punitions (p. ex. emprisonnement) accordées doivent tenir compte des réalités de la personne, être imposées de façon immédiate (pour que la personne fasse bien le lien entre un comportement et une punition ou récompense) et être appliquées de façon uniforme (pour que la personne sache que l'octroi des récompenses et punitions est certain et prévisible) (Lussier, Heil, Mongeon, Badger, et Higgins, 2006). Cette intervention a été utilisée auprès de plusieurs populations, notamment de personnes en probation ou en traitement pour une CPS (Trotman et Taxman, 2011).

Sommaire de la recherche

Des études montrent que les interventions en gestion de contingence ont des effets positifs sur la CPS (Lussier et coll., 2006), mais il existe peu de recherche sur leur efficacité à réduire la récidive ou la consommation de drogue chez les personnes judiciairisées. Plusieurs des études faites dans ce contexte se concentrent sur la gestion des contingences dans les tribunaux de traitement de la toxicomanie. Cela dit, même s'il est généralement difficile d'évaluer les effets de la gestion des contingences dans ces tribunaux en raison de plusieurs facteurs de confusion possible (p. ex. surveillance étroite, services cliniques), les données montrent que le renforcement positif¹⁶ offert n'entraîne aucune amélioration des résultats (Marlowe, Festinger, Dugosh, Arabia et Kirby, 2008; Prendergast, Hall, Roll et Warda, 2008). Il a été démontré qu'imposer des conséquences telles que des peines d'emprisonnement favorise la poursuite du traitement, mais seulement chez ceux qui encouraient cette peine plus tard au cours du programme. En fait, ceux qui l'encouraient plus tôt étaient plus susceptibles d'abandonner le traitement. Ce qui signifie qu'imposer une peine initiale d'emprisonnement dans le cadre de la gestion de contingences serait plus utile chez les participants qui connaissent moins bien les pénalités du système pénal (Brown, Allison et Nieto, 2011). À noter que les personnes qui suivent volontairement un traitement à l'externe après leur incarcération répondraient plus favorablement à cette intervention, le renforcement positif ayant permis de réduire la consommation de drogue et d'améliorer le taux de persévérance chez les personnes référées en traitement (DeFulio et coll. 2013).

Entraide entre pairs

Les interventions par les pairs¹⁷ sont faites par d'ex-délinquants qui ont réintégré la société et font profiter des personnes dans une situation similaire de leur soutien et de leurs conseils. Ce soutien peut prendre plusieurs formes, que ce soit de l'information pour les aider à faire des choix santé ou les enseignements tirés de leurs propres expériences, et permet de faciliter la réadaptation ou l'amélioration des habitudes de vie (Patel, 2010). Les études montrent que le processus de réinsertion devrait mettre à contribution non seulement des intervenants en milieu carcéral (p. ex. agents de libération conditionnelle et prestataires de services), mais aussi des parrains, des mentors et des bénévoles à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement (Lyons et Lurigio, 2010). Quelques caractéristiques positives de cette intervention :

- Capacité optimisée des pairs à prendre contact avec d'autres délinquants pouvant être hostiles à l'intervention de spécialistes (Snow et Biggar, 2006; Zack, Bancroft, Blea, Comfort et Grossman, 2004; Devilly, Sorbello, Eccleston et Ward, 2005);
- Les pairs qui offrent le programme pourraient aussi en retirer un avantage (Snow et Biggar, 2006; Edgar, Jacobson et Biggar, 2011); par exemple, ils pourraient se sentir importants,

¹⁶ Le renforcement positif a pris diverses formes (coupons, argent, certificats-cadeaux ou possibilité de gagner un prix).

¹⁷ Les programmes d'entraide entre pairs ne sont pas considérés comme un traitement clinique.



appréciés et utiles, alors que le travail accompli renforce leur volonté de changer (Hornby, 2011);

- Des avantages pour le système correctionnel, notamment une utilisation efficace des ressources (Daigle et coll., 2007; Grinstead, Zack, Faigeles, Grossman et Blea, 1999; Devilly et coll., 2005) et une gamme élargie de services de santé fournis dans le système de justice pénale (Sirdifield et coll., 2007);
- La relation avec des pairs qui ont réussi à réintégrer la société peut aider les délinquants à se forger une nouvelle identité et à adopter un nouveau mode de vie (LeBel, Burnett et Maruna, 2008); par exemple, plutôt que d'être un délinquant, la personne devient un employé, un étudiant, un parent ou un bénévole. En devenant membre d'un groupe d'entraide, la personne doit rendre des comptes et suivre les mêmes règles de conduite, ce qui pourrait améliorer son mode de vie (Hornby, 2011);
- La personne qui participe à des programmes d'entraide entre pairs sera plus impliquée dans son milieu et agira davantage en bon citoyen, d'où une meilleure réinsertion sociale et une plus grande acceptation dans la collectivité (Bazemore et Boba, 2007; McDonough et Murphy, 2003).

Sommaire de la recherche

Une revue systématique des études sur l'efficacité et la rentabilité des interventions par les pairs en milieu correctionnel, dont des synthèses qualitatives et quantitatives faites par Bagnall et coll. (2015), a permis de recenser 57 études. De ce nombre, deux seulement portaient sur l'efficacité de ces interventions sur la santé mentale et la consommation de substances. Ces deux études ont montré que les programmes d'entraide entre pairs arrivent à changer les comportements risqués liés à la CPS (p. ex. l'injection de drogue) et à diminuer la consommation (Hunter et Power, 2002; Boisvert, Martin, Grosek et Clarie, 2008). Il existe un lien entre le fait d'être pair accompagnateur et une amélioration de l'état de santé mentale et de ses déterminants, dont une baisse du risque de récidive (Edgar et coll., 2011) et un renforcement de l'estime et du respect de soi, du sentiment de sa propre valeur et de la confiance en soi (Boothby, 2011; Blanchette et Eljdupovic-Guzina, 1998; SCC, 2009; Delveaux et Blanchette, 2000; Eamon, McLaren, Munchua et Tsutsumi, 2012). Les Alcooliques anonymes sont un exemple de programme d'entraide entre pairs qui permettrait de réduire la consommation d'alcool s'il est amorcé au début de l'incarcération (Johnson, Schonbrun et Stein, 2014; Schonbrun et coll., 2011). Le fait de pouvoir bénéficier d'un soutien continu, allant de l'établissement à la collectivité, serait un facteur de protection à l'origine de ces effets positifs (Smith et coll., 2006; Malivert et coll., 2012).

Autres avantages des interventions par les pairs : de nouvelles collaborations entre des spécialistes de la justice pénale, des membres de la collectivité ou des intervenants en établissement, une responsabilité partagée entre le système de santé comportementale et la population en général, et des ressources supplémentaires dans la collectivité (p. ex. plus grande productivité des délinquants qui ont réintégré la société) (Rowe et coll., 2009).

Communautés thérapeutiques

Les communautés thérapeutiques sont des cadres exempts de substances où vivent ensemble des personnes ayant des problèmes de consommation. Cet environnement structuré est propice au rétablissement et à la réinsertion sociale après la mise en liberté (Vanderplasschen et coll., 2007). Les communautés thérapeutiques sont parfois situées dans la collectivité, mais le milieu carcéral y a aussi recours, en tant qu'option thérapeutique pour les délinquants incarcérés. En règle générale,



les communautés thérapeutiques en milieu correctionnel ont les caractéristiques suivantes (Sacks, Chaple, Sacks, McKendrick et Cleland, 2012; Butzin, O'Connell, Martin et Inciardi, 2006; Hall, Prendergast, Wellisch, Patten et Cao, 2004; Olson, Rozhon et Powers, 2009) :

- Installations situées à l'écart de la population carcérale générale;
- Possibilité de bénéficier d'un placement à l'extérieur ou de travailler au sein de l'établissement;
- La participation débute vers la fin de la peine d'emprisonnement du délinquant (p. ex. six derniers mois);
- Thérapie individuelle et en groupe;
- Prévention des rechutes;
- Traitement pour troubles de santé mentale, gestion de la colère et autres sphères du bien-être;
- Programmes éducatifs ou professionnels;
- Volets d'entraide entre pairs ou dirigés par les pairs;
- Plans de mise en liberté, équipes de soutien à la transition et assistance postpénale;
- Mesures disciplinaires ou sanctions en cas de non-conformité.

Le format des communautés thérapeutiques peut être adapté en fonction du groupe visé, p. ex. des délinquantes (Hall et coll., 2004; Sacks, McKendrick et Hamilton, 2012) ou des personnes ayant principalement des troubles de santé mentale (Sullivan, McKendrick, Sacks et Banks, 2007).

Sommaire de la recherche

Selon une revue systématique Cochrane, les données montrant l'efficacité des communautés thérapeutiques sont limitées : « Il n'existe que très peu de preuves selon lesquelles les communautés thérapeutiques offriraient des effets bénéfiques significatifs par rapport à un autre traitement résidentiel, ou qu'un type de communauté thérapeutique serait plus efficace qu'un autre. Les communautés thérapeutiques en milieu carcéral peuvent être plus efficaces que l'incarcération seule [...]. Toutefois, les limitations méthodologiques des études peuvent avoir introduit des risques de biais et aucune conclusion définitive ne peut être émise en raison des limitations dans les preuves existantes. » (Smith et coll., 2006, p. 1).

Une autre revue des données montre que le fait de participer à une communauté thérapeutique en établissement peut améliorer le fonctionnement social (p. ex. emploi, symptômes psychologiques et relations familiales) et allonger la période avant une rechute et un retour à la consommation. Parmi les autres répercussions positives, citons une réduction du risque de récidive, de nouvelles arrestations et de nouvelles incarcérations. Cela dit, quand on parle de rester en traitement et de le finir, les participants ont obtenu un résultat pire que celui des groupes témoins, particulièrement dans le cas des programmes plus intensifs et de longue durée (Vanderplasschen et coll., 2007). De plus, comparativement à l'incarcération standard, les communautés thérapeutiques en établissement permettent de réaliser des économies (Vanderplasschen et coll., 2007; French et coll., 2010).

Finalement, les données montrent que les communautés thérapeutiques hors établissement ont des effets positifs (Vanderplasschen et coll., 2007). Ainsi, les communautés thérapeutiques



postlibératoires peuvent réduire le taux de nouvelles incarcérations et de mésusage de drogue chez les participants, même s'il est possible que ces effets se limitent au court terme (Galassi, Mpofo et Athanasou, 2015).

Pharmacothérapies

La pharmacothérapie est le recours aux médicaments pour traiter une dépendance à une substance psychoactive en vue de désintoxiquer une personne, de prévenir une rechute potentielle ou de gérer une dépendance avec des médicaments psychoactifs d'ordonnance. On peut s'en servir à différentes étapes du système de justice pénale. Certaines pharmacothérapies ne posent qu'un faible risque de surdose et de CPS (p. ex. buprénorphine/naloxone), alors que d'autres posent un risque important de surdose (p. ex. méthadone, morphine orale à libération prolongée et diacétylmorphine). On sait que ces médicaments peuvent réduire ou atténuer la gravité des symptômes de sevrage pendant une désintoxication.

La pharmacothérapie est un important volet du traitement de la consommation, mais il s'agit d'une solution incomplète (Wesson, 1997). En fait, cette intervention est particulièrement efficace quand elle est jumelée à d'autres traitements psychosociaux tels que le counseling et l'orientation vers d'autres ressources, comme des services médicaux et sociaux. Les médicaments utilisés ne sont pas de simples substituts à la consommation de drogue; ils permettent à la personne d'améliorer son fonctionnement (p. ex. professionnel, social). Ce faisant, les chances de se rétablir sont accrues, et la transition dans la collectivité se fait en douceur (NIDA, 2012).

Il existe plusieurs médicaments pour traiter la dépendance aux substances, dont les agonistes synthétiques des opioïdes comme la méthadone, la buprénorphine, la naltrexone et le vivitrol (version injectable de la naltrexone) (NIDA, 2012). L'ingestion des agonistes synthétiques des opioïdes élimine les effets des opioïdes illicites en bloquant les récepteurs opioïdes. Il existe d'autres médicaments, comme la suboxone, qui combine de la buprénorphine à la naloxone et provoque de graves symptômes de sevrage si on en modifie la forme (p. ex. si on écrase les comprimés pour se les injecter). Enfin, le vigabatrine est un anticonvulsant qui inhibe la libération de dopamine et empêche les effets comportementaux de la dépendance à la cocaïne et à l'alcool et du sevrage de se faire sentir (Brodie et coll., 2009). De leur côté, les antagonistes des opioïdes, comme la naloxone, jouent un rôle important en neutralisant temporairement les symptômes d'une surdose aux opioïdes. Autre antagoniste des opioïdes, la naltrexone soulage les envies de consommer causées par plusieurs substances psychoactives, en bloquant les effets euphoriques d'agonistes des opioïdes tels que l'héroïne et les opioïdes d'ordonnance, dont le fentanyl et l'oxycodone.

Sommaire de la recherche

Utiliser les pharmacothérapies avant et après l'incarcération amène une diminution de la consommation, des envies de consommer, des tests d'urine positifs et des décès attribuables à la drogue (McKenzie et coll., 2012; Coviello et coll., 2012; Gryczynski et coll., 2012; Brodie et coll., 2009; Huang et coll., 2011; Springer, Chen et Altice, 2010). Le taux d'abstinence à l'alcool ou aux opioïdes est plus élevé avec cette forme de traitement qu'avec un traitement psychosocial suivi seul (Crits-Christoph, Lundy, Stringer, Gallop et Gastfriend, 2015; Lee et coll., 2016). Si la pharmacothérapie débute pendant l'incarcération, la probabilité que la personne continue à suivre son traitement de la collectivité est accrue (McKenzie et coll., 2012; Gordon et coll., 2014; Zaller et coll., 2013). Cette constatation pourrait toutefois dépendre de la dose de médicaments, car il existe un lien entre une dose élevée et une meilleure continuité du traitement (Wickersham, Zahari, Azar, Kamarulzaman et Altice, 2013). Enfin, on a aussi constaté que les pharmacothérapies font baisser le risque de récidive et de réincarcération du délinquant (Garcia et coll., 2007; Farrell-



MacDonald, MacSwain, Cheverie, Tiesmaki et Fischer, 2014; Coviello et coll., 2012). Ajoutons que l'utilisation des pharmacothérapies est faisable et efficace dans les centres de détention provisoire (Favrod-Coune et coll., 2013), pendant la gestion du sevrage (Wright et coll., 2011) et dans les tribunaux de traitement de la toxicomanie (Finigan, Perkins, Zold-Kilbourn, Parks et Stringer, 2011).

Il existe plusieurs modes de prestation des pharmacothérapies, et il faut en tenir compte pendant leur mise en œuvre. Le risque quand on recourt aux pharmacothérapies dans les établissements correctionnels, c'est de voir les médicaments se retrouver dans les mauvaises mains. Dans certains cas, les détenus pourraient vouloir en profiter et tenter de remettre leurs médicaments à d'autres délinquants en cachette. Pour réduire ce risque, les établissements ont adopté plusieurs stratégies permettant d'éviter le détournement des médicaments, dont surveiller les délinquants pendant la prise et imposer des sanctions en cas de non-conformité (Gordon et coll., 2014).

Limites méthodologiques

Les études sur les approches thérapeutiques présentaient des limites semblables à celles décrites dans la section Éléments du système (p. ex. absence d'essais cliniques aléatoires, faiblesse des groupes témoins, mesures autodéclarées des résultats et suivis de courte durée). Parmi les autres obstacles à l'évaluation, notons l'absence de collecte de données (p. ex. les programmes d'entraide entre pairs ne recueillent que rarement des données, ils se fient plutôt sur des observations anecdotiques pour évaluer leur succès) et la difficulté à faire des évaluations en raison du manque de ressources ou de la non-disponibilité du personnel.

Facteurs liés à l'application

Si les facteurs liés à l'application varient selon l'approche, il reste que toutes les interventions mentionnées précédemment devraient être jumelées à d'autres. Plusieurs approches servent dans des cas de traitement obligatoire, ce qui pourrait influencer sur la nature des résultats obtenus par les programmes. Les délinquants aux prises avec une CPS que l'on oblige à se faire traiter s'exposent à des pénalités s'ils ne terminent pas leur programme. L'objectif du traitement obligatoire est d'accroître la participation aux programmes et ainsi de réduire le risque de récidive et de rechute (Bright et Martire, 2013). Or, si des études montrent que le traitement obligatoire peut avoir des résultats positifs (Broner, Mayrl et Landsberg, 2005), des réserves sont émises quant aux effets sur le taux d'achèvement des programmes et la validité du changement de comportement observé (Coviello et coll., 2012). Ajoutons que le traitement de la CPS est considéré comme un service médical et que forcer une personne à se faire traiter constitue une violation de plusieurs droits de la personne (consentement éclairé, capacité à refuser des soins, non-discrimination en matière de soins de santé et protection contre toute ingérence) (Lunze, Idrisov, Golichenko et Kamarulzaman, 2016).

L'utilisation efficace des approches thérapeutiques exige aussi une expertise suffisante. La formation des intervenants est certes un bon point de départ dans l'application de pratiques thérapeutiques factuelles, mais une utilisation efficace fait aussi appel à une vaste expérience sur le terrain. Comme l'ont mentionné les membres du Groupe de travail CPSD, le personnel qui met en pratique ces approches doit continuellement perfectionner les compétences nécessaires, suivre des formations et se soumettre à des évaluations du rendement faites par des superviseurs qui connaissent bien ces pratiques.

Conclusions

Des données solides montrent l'efficacité des approches décrites précédemment à réduire la consommation et la récidive (selon l'intervention concernée). Le choix des approches à inclure au



plan de traitement d'un délinquant et à lui offrir après sa mise en liberté devrait reposer sur une évaluation préalable.

Principales considérations

- Accroître l'accès aux services de gestion du sevrage dans tout le système de justice pénale; ces services devraient inclure des éléments comme une évaluation à l'admission, une surveillance adéquate par un professionnel de la santé qualifié et un plan de gestion du sevrage.
- La TCC devrait être utilisée dans tout le système de justice pénale (p. ex. en établissement ou pendant la libération conditionnelle et la probation) et dans la prévention des rechutes pour aider la personne à s'en sortir.
- L'EM devrait servir à encourager le changement, en combinaison avec d'autres interventions (p. ex. pharmacothérapies). Donner aux employés formés à utiliser cette approche l'occasion de mettre en pratique leurs compétences et s'assurer que du temps est consacré à la formation supervisée sur le terrain.
- La gestion des contingences pourrait être utilisée auprès des participants des tribunaux de traitement de la toxicomanie qui connaissent moins bien les pénalités du système pénal et des personnes qui suivent volontairement un traitement à l'externe.
- Les programmes d'entraide entre pairs devraient être considérés comme une aide supplémentaire pour les personnes judiciairisées. D'autres études devront être faites sur les répercussions de cette intervention sur la CPS.
- Le recours aux pharmacothérapies est recommandé dans tout le système, et elles devraient être utilisées en combinaison avec d'autres approches thérapeutiques. Il est essentiel d'assurer la continuité des soins.
- Accroître l'accès aux pharmacothérapies dans les régions rurales et éloignées. Proposer des options de rechange (p. ex. médicaments injectables) pourrait accroître la disponibilité.



Discussion

L'analyse environnementale visait à faire ressortir les principales données probantes sur la réinsertion sociale réussie des personnes judiciarisées par la prise en charge de leur CPS. En fait, il existe de nombreuses études sur les pratiques exemplaires sur le traitement des personnes aux prises avec une CPS. Dans la même veine, il existe une foule de données probantes sur la réinsertion sociale réussie des personnes judiciarisées. Cela dit, ce résumé exhaustif montre bien que certains secteurs peuvent encore être améliorés. De plus, certains points méritent une attention particulière si nous voulons offrir à cette population des traitements et des programmes efficaces.

Ce que les études ont particulièrement mis en évidence, c'est le fait que les personnes judiciarisées ont souvent de nombreux besoins auxquels il faut répondre pour leur permettre de réintégrer la société. Les programmes devraient être adaptés pour tenir compte de la culture, du genre et des antécédents de traumatisme, ce qui veut dire offrir des options de traitement de la CPS sensibles aux antécédents culturels, s'adapter aux circonstances propres à un genre (p. ex. besoin d'avoir accès à des services de garde) et reconnaître que l'incarcération peut raviver un traumatisme passé. Dans cette optique, il importe de concevoir des programmes de traitement de la CPS capables de répondre à ces besoins. Les intervenants doivent savoir qu'une intervention « unique » du traitement de la CPS ne saurait s'appliquer à toutes les personnes judiciarisées.

Donc, une bonne prise en compte des besoins passe par la réalisation d'évaluations du risque et des besoins dès que possible dans le processus judiciaire. Avec les résultats des évaluations, il est possible d'offrir à la personne l'aide nécessaire, comme des services de traitement de la CPS, par l'entremise d'une gestion de cas continue. De même, il faudrait commencer à planifier la mise en liberté des personnes condamnées à une peine d'emprisonnement dès que les résultats de l'évaluation sont prêts. Procéder à une évaluation à intervalles réguliers permettra de s'adapter aux besoins changeants de la personne en lien avec sa CPS et de suivre les progrès faits par rapport au plan d'intervention.

L'analyse a aussi fait ressortir plusieurs mécanismes de déjudiciarisation des délinquants non violents. Le recours à des mécanismes autres que l'incarcération peut être envisagé tôt dans le processus, et même au moment de l'arrestation. Cela dit, si on entend offrir des programmes de déjudiciarisation, il faut s'assurer que les services communautaires pourront prendre en charge l'arrivée d'un grand nombre de clients, car cette capacité fait souvent défaut.

La continuité des soins représente souvent une lacune dans la prise en charge de la CPS dans le système de justice pénale. Des données soulignent l'importance de fournir à la personne des services et des traitements pendant son incarcération et de poursuivre cette prestation après la mise en liberté. Avec une telle continuité, les progrès faits dans le traitement d'une CPS se maintiennent et la transition dans la collectivité se fait en douceur. Offrir des services postlibératoires coordonnés ou intégrés facilitera l'accès à l'aide requise. Ajoutons que les intervenants du système correctionnel devraient communiquer régulièrement les intervenants de la collectivité et leur transmettre de l'information sur les services disponibles et les délinquants nouvellement admis. À noter que si des ententes de partenariat sont conclues entre des établissements correctionnels et des organismes communautaires, cette communication est facilitée.

L'analyse a aussi mis en évidence plusieurs exemples d'approches thérapeutiques factuelles, dont la prestation de services de gestion du sevrage, les pharmacothérapies, les programmes d'entraide entre pairs, de même que des interventions psychosociales telles que la gestion de cas, la TCC et l'EM. À noter que ces approches devraient être utilisées simultanément, pour permettre une réussite



optimale. De plus, il ressort des commentaires faits par des informateurs et des membres du Groupe de travail CPSD qu'il serait irréaliste d'exiger dès le départ l'abstinence aux personnes en libération conditionnelle. Il faut plutôt que les rechutes soient considérées comme une occasion de réfléchir et qu'elles ne constituent pas des infractions ni n'entraînent le renvoi d'un programme.

Finalement, d'autres études doivent être faites afin d'améliorer la réinsertion sociale des personnes judiciairisées. À l'heure actuelle, la collecte de données sur cette population et sur les programmes offerts en milieu correctionnel et communautaire présente des lacunes. Et à cause de ces lacunes, il est difficile d'évaluer l'efficacité des programmes. La collecte de données précises fera en sorte que les interventions contribuent efficacement à la prise en charge de la CPS et fera ressortir l'importance de financer de telles interventions. Ajoutons qu'il serait utile de comprendre pour quelles raisons certaines personnes terminent leurs programmes, alors que d'autres non. Une meilleure compréhension des traits caractéristiques des participants qui réussissent et de ceux qui ne réussissent pas permettra de cibler les interventions et de proposer des options de rechange adéquates.

Limites

Certaines limites associées à cette analyse ont des implications pour l'interprétation des résultats. Il convient de noter qu'il a été difficile d'inclure à l'analyse toutes les études faites sur le sujet, compte tenu de sa grande portée. Nous avons choisi nos termes de recherche de façon à obtenir des résultats détaillés, mais il reste que certaines ressources, comme des documents gouvernementaux, ne peuvent pas toujours être repérées par les moteurs de recherche qui explorent des revues avec comité de lecture. De même, les critères d'inclusion n'ont peut-être pas relevé certains articles pertinents mais qui ne contenaient pas les mots-clés retenus pour cette analyse.

Ces évaluations ont été menées dans des environnements précis, sur des populations particulières et dans des contextes variables, ce qui signifie que les constatations pourraient ne pas être applicables à l'ensemble des administrations et des programmes. Soulignons plus précisément le manque d'études évaluées par les pairs menées au Canada – manque qui implique que les facteurs à considérer mentionnés précédemment reposent sur des constatations faites dans des contextes économiques, politiques et juridiques différents de ceux du Canada. D'où l'importance de procéder à des études auprès de la population carcérale canadienne pour assurer l'efficacité des interventions.

Les périodes de suivi de certaines évaluations incluses dans l'analyse variaient de quelques semaines à quelques années après l'intervention. Étant donné ces suivis de courte durée, il est difficile d'affirmer avec certitude si les changements de comportement attribuables à la participation aux programmes se sont maintenus.



Conclusion

Même si de grands progrès ont été accomplis dans la compréhension de la CPS chez les personnes judiciairisées, ce progrès n'a pas mené à un recours généralisé aux pratiques factuelles propices à une réinsertion sociale réussie. On ne peut ignorer la prise en charge inégale de la CPS par le système et les prestataires de services communautaires, ce qui en fait un obstacle à la réinsertion et un facteur constant de récidive. Cette situation entraîne des problèmes qui ne se limitent pas à la rechute, mais incluent aussi la difficulté de se trouver un emploi ou un logement, le dysfonctionnement familial et des conflits interpersonnels.

Une meilleure prise en charge des personnes judiciairisées permettra de s'assurer que la CPS n'entraîne pas de nouvelles arrestations et de nouvelles incarcérations. Par exemple, pour ce faire, il faut procéder à des évaluations du risque et des besoins tôt dans le processus, puis à intervalles réguliers, et préparer des plans de mise en liberté, le tout jumelé à l'utilisation d'approches thérapeutiques factuelles à l'étape présentencielle, pendant l'incarcération, tout au long de la période de surveillance et après la mise en liberté. Il convient en outre de reconnaître la diversité de cette population, de même que ses problèmes de santé passés et ses antécédents de traumatisme, pour pouvoir la mettre en contact avec les services et programmes adéquats. D'autres études doivent être faites sur les programmes qui répondent efficacement aux besoins de cette population et sur la meilleure façon d'évaluer la disponibilité des services dans la collectivité. Nous espérons que les résultats de la présente analyse viendront aider les provinces et territoires à renforcer leurs capacités de service (p. ex. perfectionnement professionnel) et à déterminer quels programmes mettre sur pied ou exécuter pour prendre en charge efficacement la CPS. Ajoutons que ces résultats devraient orienter les politiques gouvernementales sur l'attribution du financement et la future recherche.



Bibliographie

- Abramowitz, S.A. « The poor have become rich, and the rich have become poor: Collective trauma in the Guinean Languette », *Social Science and Medicine*, vol. 61 (2005), p. 2106–2118.
- Airth, J. et N. Doherty. « Two evaluations of arrest referral schemes », *Safer Communities*, vol. 4, n° 3 (2005), p. 38–39.
- Alberta Health Services. *Aboriginal addictions treatment program recommendations*, Edmonton (Alb.), chez l'auteur, 2012.
- Amaro, H., J. Dai, S. Arevalo, A. Acevedo, A. Matsumoto, R. Nieves et G. Prado. « Effects of integrated trauma treatment on outcomes in a racially/ethnically diverse sample of women in urban community-based substance abuse treatment », *Journal of Urban Health*, vol. 84, n° 4 (2007), p. 508–522.
- Andrews, D.A. et J. Bonta. *The level of service inventory (révision)*, Toronto (Canada), Multi-Health Systems, 1995.
- Andrews, D.A. et J. Bonta. *The psychology of criminal conduct (5th ed.)*, Cincinnati (OH), Anderson Publishing, 2010.
- Andrews, D.A., J. Bonta et R.D. Hoge. « Classification for effective rehabilitation: rediscovering psychology », *Criminal Justice and Behavior*, vol. 17, n° 1 (1990), p. 19–52.
- Assink, M., C.E. van der Put, F.J. Oort et G.J.J.M. Stams. « The development and validation of the Youth Actuarial Care Needs Assessment Tool for Non-Offenders (Y-ACNAT-NO) », *BMC Psychiatry*, vol. 15 (2015), p. 36.
- Aukeman, R.G. et P. McGarry. *Combining substance abuse treatment with intermediate sanctions for adults in the criminal justice system*, Rockville (MD), U.S. Department of Health and Human Services, Center for Substance Abuse Treatment, 1994.
- Bagnall, A., J. South, C. Hulme, J. Woodall, K. Vinall-Collier, G. Raine... et M. Wright. « A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of peer education and peer support in prisons », *BMC Public Health*, vol. 15, n° 290 (2015), p. 1–30.
- Bahr, S.J., A.L. Masters et B.M. Taylor. « What works in substance abuse treatment programs for offenders? », *The Prison Journal*, vol. 92, n° 2 (2012), p. 155–174.
- Baker, A., T. Lewin, H. Reichler, R. Clancy, V. Carr, R. Garrett... et M. Terry. « Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric in-patient services », *Addiction*, vol. 97, n° 10 (2002), p. 1329–1337.
- Baldwin, H. et P. Duffy. *Evaluation of the alcohol treatment requirement in five sites across the Lancashire probation area*, Liverpool (R.-U.), Centre for Public Health, John Moores University, 2010.
- Baron, M., B. Erlenbusch, C.F. Moran, K. O'Connor, K. Rice, J. Rodriguez et J.C. Salazar. *Manual for discharge planning: mental health and substance abuse facilities, hospitals, foster care, and prisons and jails*, Los Angeles (C.A.), Los Angeles Coalition to End Hunger and Homelessness, 2008.



- Bartlett, C., M. Marshall et A. Marshall. « Two-eyed seeing and other lessons learned within a co-learning journey of bringing together Indigenous and mainstream knowledges and ways of knowing », *Journal of Environmental Studies*, vol. 2 (2012), p. 331–340.
- Barton, A. « Screening and brief intervention of detainees for alcohol use: a social crime prevention approach to combating alcohol-related crime? », *Howard Journal of Criminal Justice*, vol. 50, n° 1 (2011), p. 62–74.
- Bazemore, G. et R. Boba. « “Doing good” to “make good”: community theory for practice in a restorative justice civic engagement re-entry model », *Journal of Offender Rehabilitation*, vol. 46, n° 1/2 (2007), p. 25–56.
- Beck, J. *Cognitive behavior therapy: basics and beyond (second edition)*, New York (NY), Guilford Press, 2011.
- Begun, A., S. Rose et T. LeBel. « Intervening with women in jail around alcohol and substance abuse during preparation for community reentry », *Alcoholism Treatment Quarterly*, vol. 29 (2011), p. 453–478.
- Bein, T., W. Miller et J. Boroughs. « Motivational interviewing with alcohol outpatients », *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, vol. 21, n° 4 (1993), p. 347–356.
- Belfrage, H., S. Strand, J.E. Storey, A.L. Gibas, P.R. Kropp et S.D. Hart. « Assessment and management of risk for intimate partner violence by police officers using the Spousal Assault Risk Assessment Guide », *Law and Human Behavior*, vol. 36, n° 1 (2012), p. 60–67.
- Benedict, W.R., L. Huff-Corzine et J. Corzine. « “Clean up and go straight”: effects of drug treatment on recidivism among felony probationers », *American Journal of Criminal Justice*, vol. 22, n° 2 (1998), p. 169–187.
- Benson, A. *Historic trauma-informed correctional programming*, article présenté lors du 24^e congrès annuel des Community Corrections Associations, Toronto (Ont.), septembre 2016
- Best, D.W., S. Ghufuran, E. Day, R. Ray et J. Loaring. « Breaking the habit: a retrospective analysis of desistance factors among formerly problematic heroin users », *Drug and Alcohol Review*, vol. 27, n° 6 (2008), p. 619–624.
- Binswanger, I.A., C. Nowels, K.F. Corsi, J. Glanz, J. Long, R.E. Booth et J.F. Steiner. « Return to drug use and overdose after release from prison: a qualitative study of risk and protective factors », *Addiction Science & Clinical Practice*, vol. 7 (2012), p. 3.
- Blanchette, K. et G. Eljdupovic-Guzina. *Résultats d’une étude pilote du Programme d’entraide des délinquantes*, Ottawa (Ont.), Service correctionnel du Canada, 1998.
- Bloom, D., C. Redcross, J. Zweig et G. Azurdia. *Transitional jobs for ex-prisoners: early impacts from a random assignment evaluation of the center for employment opportunities prisoner reentry program*, New York (NY), Manpower Demonstration Research Corporation, 2007.
- Boisvert, R., L. Martin, M. Grosek et A. Clarie. « Effectiveness of a peer-support community in addiction recovery: participation as intervention », *Occupational Therapy International*, vol. 15, n° 4 (2008), p. 205–220.
- Bombay, A., K. Matheson et H. Anisman. « Intergenerational trauma: convergence of multiple processes among First Nations people in Canada », *Journal of Aboriginal Health*, vol. 5, n° 3 (2009), p. 6–47.



- Boothby, M. « Insiders' views of their role: toward their training », *Revue canadienne de criminologie et de justice pénale*, vol. 53, n° 4 (2011), p. 424–448.
- Borzycki, M. et E. Baldry. « Promoting integration: the provision of prisoner post-release services », *Australian Institute of Criminology: Trends & Issues in Crime and Criminal Justice*, vol. 262 (2003), p. 1–6.
- Bouffard, J.A. et S. Smith. « Programmatic, counselor, and client-level comparison of rural versus urban drug court treatment », *Substance Use and Misuse*, vol. 40, n° 3 (2005), p. 321–342.
- Brands, B. *Management of alcohol, tobacco and other drug problems; a physician's manual*, Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2000.
- Brazil, A. *Le Programme pour délinquants autochtones toxicomanes : Une intervention holistique*, Ottawa (Ont.), Service correctionnel du Canada, 2009.
- Brewer, M. « The contextual factors that foster and hinder the process of recovery for alcohol dependent women », *Journal of Addictions Nursing*, vol. 17 (2006), p. 175–180.
- Bright, D.A. et K.A. Martire. « Does coerced treatment of substance-using offenders lead to improvements in substance use and recidivism? A review of the treatment efficacy literature », *Australian Psychologist*, vol. 48, n° 1 (2013), p. 69–81.
- British Columbia Centre of Excellence for Women's Health. *Trauma-informed practice guide*, Vancouver (C.-B.), chez l'auteur, 2013.
- Brodie, J.D., B.G. Case, E. Figueroa, S.L. Dewey, J.A. Robinson, J.A. Wanderling et E.M. Laska. « Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of vigabatrin for the treatment of cocaine dependence in Mexican parolees », *American Journal of Psychiatry*, vol. 166, n° 11 (2009), p. 1269–1277.
- Broner, N., D.W. Mayrl et G. Landsberg. « Outcomes of mandated and nonmandated New York City jail diversion for offenders with alcohol, drug, and mental disorders », *The Prison Journal*, vol. 85, n° 1 (2005), p. 18–49.
- Brown, R.T. « Systematic review of the impact of adult drug-treatment courts », *Translational Research: The Journal of Laboratory and Clinical Medicine*, vol. 155, n° 6 (2010), p. 263–274.
- Brown, R.T. « Drug court effectiveness: a matched cohort study in the Dane County drug treatment court », *Journal of Offender Rehabilitation*, vol. 50, n° 4 (2011), p. 191–201.
- Brown, R.T., P.A. Allison et F.J. Nieto. « Impact of jail sanctions during drug court participation upon substance abuse treatment completion », *Addiction*, vol. 106, n° 1 (2011), p. 135–142.
- Brown, N., D. Newbury-Birch, R. McGovern, E. Phinn et E. Kaner. « Alcohol screening and brief intervention in a policing context: a mixed methods feasibility study », *Drug and Alcohol Review*, vol. 29, n° 6 (2010), p. 647–654.
- Browne, B., B. Miller et E. Maguin. « Prevalence and severity of lifetime physical and sexual victimization among incarcerated women », *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 22 (1999), p. 301–322.
- Brzozowski, J., A. Taylor-Butts et S. Johnson. *La victimisation et la criminalité chez les peuples autochtones du Canada*, *Juristat*, n° 85-002-XIE au catalogue, Ottawa (Ont.) Statistique Canada, 2006.



- Bull, M. « A comparative review of best practice guidelines for the diversion of drug related offenders », *International Journal of Drug Policy*, vol. 16, n° 4 (2005), p. 223–234.
- Burdon, W.M., J. Dang, M.L. Prendergast, N.P. Messina et D. Farabee. « Differential effectiveness of residential versus outpatient aftercare for parolees from prison-based therapeutic community treatment programs », *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, vol. 2 (2007), p. 16.
- Bureau de l'enquêteur correctionnel (BEC). *Document d'information : Délinquants autochtones – Une situation critique*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2013a.
- Bureau de l'enquêteur correctionnel (BEC). *Une question de spiritualité : Les Autochtones et la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2013b.
- Bureau de l'enquêteur correctionnel (BEC). *Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2015-2016*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2016.
- Butzin, C.A., D.J. O'Connell, S.S. Martin et J.A. Inciardi. « Effect of drug treatment during work release on new arrests and incarcerations », *Journal of Criminal Justice*, vol. 34, n° 5 (2006), p. 557–565.
- Byrne, J.M., F.S. Taxman et D. Young. *Emerging Roles and Responsibilities in the Reentry Partnership Initiative: New Ways of Doing Business*, College Park (MD), University of Maryland, 2002.
- Caputo, G.A. *Intermediate sanctions in corrections*, Denton (TX), University of North Texas Press, 2004.
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). *FAQ sur les tribunaux de traitement de la toxicomanie*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2007.
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). *Quelques questions à poser pour choisir un traitement de la toxicomanie*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2013.
- Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. *Preliminary report of the regional health survey: phase 2 results—adult, youth, child*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2011.
- Chandler, R.K., B. Fletcher et N. Volkow. « Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system: improving public health and safety », *Journal of the American Medical Association*, vol. 301, n° 2 (2009), p. 183–190.
- Chanhathasilpa, C., D. MacKenzie et L. Hickman. « The effectiveness of community-based programs for chemically dependent offenders: a review and assessment of research », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 19 (2000), p. 383–393.
- Chariot, P., A. Lepresle, T. Lefèvre, C. Boraud, A. Barthès et M. Tedlaouti. « Alcohol and substance screening and brief intervention for detainees kept in police custody. A feasibility study », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 134 (2014), p. 235–241.
- Chawla, N., S. Collins, S. Bowen, S. Hsu, J. Grow, A. Douglas et G. Marlatt. « The mindfulness-based relapse prevention adherence and competence scale: development, interrater reliability and validity », *Psychotherapy Research*, vol. 20, n° 40 (2010), p. 388–397.
- Chenane, J.L., P.K. Brennan, B. Steiner et J.M. Ellison. « Racial and ethnic differences in the predictive validity of the Level of Service Inventory–Revised among prison inmates », *Criminal Justice and Behavior*, vol. 42, n° 3 (2015), p. 286–303.



- Clark, V.A. « Making the most of second chances: an evaluation of Minnesota's high-risk revocation reduction reentry program », *Journal of Experimental Criminology*, vol. 11, n° 2 (2014), p. 193–215.
- Clarke, J.G., M.R. Hebert, C. Rosengard, J.S. Rose, K.M. DaSilva et M.D. Stein. « Reproductive health care and family planning needs among incarcerated women », *American Journal of Public Health*, vol. 96 (2006), p. 834–839.
- Cobbina, J.E. « Reintegration success and failure: factors impacting reintegration among incarcerated and formerly incarcerated women », *Journal of Offender Rehabilitation*, vol. 49, n° 3 (2010), p. 210–232.
- Coll, M., R. Stewart, R. Morse et A. Moe. « The value of coordinated services with court-referred clients and their families: an outcome study », *Child Welfare*, vol. 89, n° 1 (2010), p. 61–79.
- Copeland, J. « A qualitative study of barriers to formal treatment among women who self-managed change in addictive behaviours », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 14 (1997), p. 183–190.
- Coviello, D.M., J.W. Cornish, K.G. Lynch, T.Y. Boney, C.A. Clark, J.D. Lee... et C.P. O'Brien. « A multisite pilot study of extended-release injectable naltrexone treatment for previously opioid-dependent parolees and probationers », *Substance Abuse*, vol. 33, n° 1 (2012), p. 48–59.
- Covington, S.S. « Women and the criminal justice system », *Women's Health Issues*, vol. 17, n° 4 (2007), p. 180–182.
- Covington, S., C. Burke, S. Keaton et C. Norcott. « Evaluation of a trauma-informed and gender-responsive intervention for women in drug treatment », *Journal of Psychoactive Drugs, supplement*, vol. 5 (2008), p. 387–398.
- Coyhis, D. et W. White. « Addiction and recovery in Native America: lost history, enduring lessons », *Counselor*, vol. 3, n° 5 (2002), p. 16–20.
- Crits-Christoph, P., C. Lundy, M. Stringer, R. Gallop et D. Gastfriend. « Extended-release naltrexone for alcohol and opioid problems in Missouri parolees and probationers », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 56 (2015), p. 54–60.
- Cuomo, C., M. Sarchiapone, M. Di Giannaantonia, M. Mancini et A. Roy. « Aggression, impulsivity, personality traits, and childhood trauma of prisoners with substance abuse and addiction », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 34, n° 3 (2008), p. 339–345.
- Czuchry, M., T.L. Sia et D.F. Dansereau. « Improving early engagement and treatment readiness of probationers: gender differences », *The Prison Journal*, vol. 86, n° 1 (2006), p. 56–74.
- Daigle, M., A. Daniel, G. Dear, P. Frottier, L. Hayes, A. Kerkhof... et M. Sarchiapone. « Preventing suicide in prisons, part II - International comparisons of suicide prevention services in correctional facilities », *Crisis*, vol. 28, n° 3 (2007), p. 122–130.
- Dannerbeck, A., G. Harris, P. Sundet et K. Lloyd. « Understanding and responding to racial differences in drug court outcomes », *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, vol. 5, n° 2 (2006), p. 1–22.
- DeFulio, A., M. Stitzer, J. Roll, N. Petry, P. Nuzzo, R.P. Schwartz et P. Stabile. « Criminal justice referral and incentives in outpatient substance abuse treatment », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 45, n° 1 (2013), p. 70–75.



- De Leon, G., G. Melnick, G. Thomas, D. Kressel et H.K. Wexler. « Motivation for treatment in a prison-based therapeutic community », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 26 (2000), p. 33–46.
- Delveaux, K. et K. Blanchette. *Résultats de l'évaluation du programme de l'Équipe d'entraide des détenues à l'établissement Nova pour femmes*, Ottawa (Ont.), Service correctionnel du Canada, 2000.
- Devilley, G., L. Sorbello, L. Eccleston et T. Ward. « Prison-based peer-education schemes », *Aggression and Violent Behavior*, vol. 10, n° 2 (2005), p. 219–240.
- De Wree, E., L. Pauwels, C. Colman et B. de Ruyver. « Alternative sanctions for drug users: fruitless efforts or miracle solution? », *Crime, Law and Social Change*, vol. 52, n° 5 (2009), p. 513–525.
- DiClemente, C.C., D. Schlundt et L. Gemmell. « Readiness and stages of change in addiction treatment », *American Journal on Addictions*, vol. 13, n° 2 (2004), p. 103–119.
- Digiusto, E. et C. Treloar. « Equity of access to treatment, and barriers to treatment for illicit drug use in Australia », *Addiction*, vol. 102 (2007), p. 958–969.
- Doherty, S., P. Forrester, A. Brazil et F. Matheson. « Finding their way: conditions for successful reintegration among women offenders », *Journal of Offender Rehabilitation*, vol. 53 (2014), p. 562–586.
- Dowden, C., D. Antonowicz et D. Andrews. « The effectiveness of relapse prevention with offenders: a meta-analysis », *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, vol. 47, n° 5 (2003), p. 516–528.
- Dupont-Morales, T. et B. Sims. *Assessment of county restrictive intermediate punishment programming*, Harrisburg (PA), Pennsylvania Commission on Crime and Delinquency, 2001.
- Duwe, G. « Evaluating the Minnesota comprehensive offender reentry plan (MCORP): results from a randomized experiment », *Justice Quarterly*, vol. 29 (2012), p. 347–383.
- Eamon, K., D. McLaren, M. Munchua et M. Tsutsumi. « The peer support program at Edmonton Institution for Women », *Forum*, vol. 11, n° 3 (2012), p. 28–30.
- Easton, C., S. Swan et R. Sinha. « Motivation to change substance use among offenders of domestic violence », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 19 (2000), p. 1–5.
- Edgar, K., J. Jacobson et K. Biggar. *Time well spent: a practical guide to active citizenship and volunteering in prison*, Londres (Angleterre), Prison Reform Trust, 2011.
- Edmunds, M., M. Tiggey, I. Hearnden et M. Hough. *Arrest referral: emerging lessons from research*, Londres (Royaume-Uni), Home Office Drugs Prevention Advisory Service, 1998.
- Evans, E., D. Huang et Y.-I. Hser. « High-risk offenders participating in court-supervised substance abuse treatment: characteristics, treatment received, and factors associated with recidivism », *Journal of Behavioral Health Services & Research*, vol. 38, n° 4 (2011), p. 510–525.
- Evans, E., D. Longshore, M. Prendergast et D. Urada. « Evaluation of the substance abuse and crime prevention act: client characteristics, treatment, completion, and re-offending three years after implementation », *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 38 (2006), p. 357–367.
- Farrell-MacDonald, S., R. Gobeil, S.M. Biro, M.B. Ritchie et J. Curno. *Délinquantes, toxicomanie et comportement*, Ottawa (Ont.), Service correctionnel du Canada, 2015.



- Farrell-MacDonald, S., M.A. MacSwain, M. Cheverie, M. Tiesmaki et B. Fischer. « Impact of methadone maintenance treatment on women offenders' post-release recidivism », *European Addiction Research*, vol. 20, n° 4 (2014), p. 192–199.
- Favrod-Coune, T., M. Baroudi, A. Casillas, J.P. Rieder, L. Getaz, J. Barro... et H. Wolff. « Opioid substitution treatment in pretrial prison detention: a case study from Geneva, Switzerland », *Swiss Medical Weekly*, vol. 143 (2013), p. w13898.
- Fellows, L. « The role of orbitofrontal cortex in decision making: a component process account », *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1121 (2007), p. 421–430.
- Finigan, M.W., T. Perkins, P. Zold-Kilbourn, J. Parks et M. Stringer. « Preliminary evaluation of extended-release naltrexone in Michigan and Missouri drug courts », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 41, n° 3 (2011), p. 288–293.
- Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances (FANPLD), Assemblée des Premières Nations (APN) et Santé Canada. *Honorer nos forces : Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations du Canada*, Bothwell (Ont.), chez l'auteur, 2011.
- Forsberg, L., D. Ernst, K. Sundqvist et C. Farbring. « Motivational interviewing delivered by existing prison staff: a randomized controlled study of effectiveness on substance use after release », *Substance Use and Misuse*, vol. 46 (2011), p. 1477–1485.
- Francis, T. et K.M. Reynolds. « Noncompleting drug court clients: a qualitative assessment of harm reduction effects », *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, vol. 10, n° 2 (2015), p. 163–189.
- French, M.T., H. Fang et R. Fretz. « Economic evaluation of a prerelease substance abuse treatment program for repeat criminal offenders », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 38, n° 1 (2010), p. 31–41.
- Freudenberg, N., J. Daniels, M. Crum, T. Perkins et B.E. Richie. « Coming home from jail: The social and health consequences of community reentry for women, male adolescents, and their families and communities », *American Journal of Public Health*, vol. 95 (2005), p. 1725–1736.
- Friedmann, P.D., T.C. Green, F.S. Taxman, M. Harrington, A.G. Rhodes, E. Katz... et Step'n Out Research Group of CJ-DATS. « Collaborative behavioral management among parolees: drug use, crime and re-arrest in the step'n out randomized trial », *Addiction*, vol. 107, n° 6 (2012), p. 1099–1108.
- Friedmann, P.D., A.G. Rhodes et F.S. Taxman. « Collaborative behavioral management: integration and intensification of parole and outpatient addiction treatment services in the step'n out study », *Journal of Experimental Criminology*, vol. 5, n° 3 (2009), p. 227–243.
- Galassi, A., E. Mpofu et J. Athanasou. « Therapeutic community treatment of an inmate population with substance use disorders: post-release trends in re-arrest, re-incarceration, and drug misuse relapse », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 12, n° 6 (2015), p. 7059–7072.
- Gallagher, J.R., A. Nordberg, M.S. Deranek, E. Ivory, J. Carlton et J.W. Miller. « Predicting termination from drug court and comparing recidivism patterns: Treating substance use disorders in criminal justice settings », *Alcoholism Treatment Quarterly*, vol. 33, n° 1 (2015), p. 28–43.



- Garcia, C.A., G.C. Correa, A.D.H. Viver, T.W. Kinlock, M.S. Gordon, C.A. Avila... et R.P. Schwartz. « Buprenorphine-naloxone treatment for pre-release opioid-dependent inmates in Puerto Rico », *Journal of Addiction Medicine*, vol. 1, n° 3 (2007), p. 126–132.
- Gendreau, P., C. Goggin et M. Law. « Predicting prison misconducts », *Criminal Justice and Behavior*, vol. 24, n° 4 (1997), p. 414–431.
- Geraghty, K.A. et J. Woodhams. « The predictive validity of risk assessment tools for female offenders: a systematic review », *Aggression and Violent Behavior*, vol. 21 (2015), p. 25–38.
- Gifford, E.J., L.M. Eldred, S.A. McCutchan et F.A. Sloan. « The effects of participation level on recidivism: a study of drug treatment courts using propensity score matching », *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, vol. 9 (2014), p. 40.
- Gilbert, N. et P. Terrell. *Dimensions of social welfare policy (6th ed.)*, Boston (MA), Pearson Education, 2005.
- Gordon, M.S., T.W. Kinlock, R.P. Schwartz, T.T. Fitzgerald, K.E. O’Grady et F.J. Vocci. « A randomized controlled trial of prison-initiated buprenorphine: Prison outcomes and community treatment entry », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 142 (2014), p. 33–40.
- Green, B.L., J. Miranda, A. Daroowalla et J. Siddique. « Trauma exposure, mental health functioning, and program needs of women in jail », *Crime & Delinquency*, vol. 51, n° 1 (2005), p. 133–151.
- Greene, S., C. Haney et A. Hurtado. « Cycles of pain: risk factors in the lives of incarcerated mothers and their children », *The Prison Journal*, vol. 80 (2000), p. 3–23.
- Grella, C. et L. Greenwell. « Treatment needs and completion of community-based aftercare among substance-abusing women offenders », *Women’s Health Issues*, vol. 17 (2007), p. 244–255.
- Grella, C.E., J.A. Stein et L. Greenwell. « Associations among childhood trauma, adolescent problem behaviours, and adverse adult outcomes in substance-abusing women offenders », *Psychology of Addictive Behaviors*, vol. 19 (2005), p. 43–53.
- Grinstead, O., B. Zack, B. Faigeles, N. Grossman et L. Blea. « Reducing postrelease HIV risk among male prison inmates – a peer-led intervention », *Criminal Justice and Behavior*, vol. 26, n° 4 (1999), p. 453–465.
- Grommon, E., W.S. Davidson II et T.S. Bynum. « A randomized trial of a multimodal community-based prisoner reentry program emphasizing substance abuse treatment », *Journal of Offender Rehabilitation*, vol. 52, n° 4 (2013), p. 287–309.
- Gryczynski, J., T.W. Kinlock, S.M. Kelly, K.E. O’Grady, M.S. Gordon et R.P. Schwartz. « Opioid agonist maintenance for probationers: patient-level predictors of treatment retention, drug use, and crime », *Substance Abuse*, vol. 33, n° 1 (2012), p. 30–39.
- Guastaferro, W.P. « Using the Level of Service Inventory-Revised to improve assessment and treatment in drug court », *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, vol. 56, n° 5 (2012), p. 769–789.
- Guttman, M.A., J. McKay, R.D. Ketterlinus et A.T. McLellan. « Potential barriers to work for substance-abusing women on welfare: findings from the CASAWORKS for families pilot demonstration », *Evaluation Review*, vol. 27 (2003), p. 681–706.



- Guydish, J., M. Chan, A. Bostrom, M.A. Jessup, T.B. Davis et C. Marsh. « A randomized trial of probation case management for drug-involved women offenders », *Crime & Delinquency*, vol. 57, n° 2 (2011), p. 167–198.
- Hall, E., M. Prendergast, J. Wellisch, M. Patten et Y. Cao. « Treating drug-abusing women prisoners: an outcome evaluation of the forever free program », *The Prison Journal*, vol. 84, n° 1 (2004), p. 81–105.
- Harris, M. et R. Fallot (éd.). *Using trauma theory to design service systems. New directions for mental health services*, San Francisco (C.A.), Jossey-Bass, 2001.
- Harrison, L. et J. Gfroerer. « The intersection of drug use and criminal behavior: results from the national household survey on drug abuse », *Crime and Delinquency*, vol. 38, n° 4 (1992), p. 422–443.
- Harrison, L. et S.S. Martin. *Residential substance abuse treatment for state prisoners: Implementation lessons learned*, Washington (D.C.), National Institute of Justice, 2003.
- Hart, S.D. « The role of psychopathy in assessing risk for violence: conceptual and methodological issues », *Legal and Criminological Psychology*, vol. 3 (1998), p. 121–137.
- Hayton, P. et J. Boyington. « Prisons and health reforms in England and Wales », *American Journal of Public Health*, vol. 96 (2006), p. 1730–1733.
- Healey, K. *Case management in the criminal justice system*, Washington (D.C.), National Institute of Justice, 1999.
- Hellerstein, D., R. Rosenthal et C. Miner. « Integrating services for schizophrenia and substance abuse », *Psychiatric Quarterly*, vol. 72, n° 4 (2001), p. 291–306.
- Henderson, J. « First Nations legal inheritances in Canada: the Mikmaq model », *Manitoba Law Journal*, vol. 23 (1995), p. 1–31.
- Hester, R. et H. Garavan. « Executive dysfunction in cocaine addiction: evidence for discordant frontal, cingulate, and cerebellar activity », *Journal of Neuroscience*, vol. 24, n° 49 (2004), p. 11017–11022.
- Hiller, M.L., K. Knight, J. Devereux et M. Hathcoat. « Posttreatment outcomes for substance-abusing probationers mandated to residential treatment », *Journal of Psychoactive Drug*, vol. 28 (1996), p. 291–296.
- Hiller, M.L., K. Knight, C.A. Saum et D.D. Simpson. « Social functioning, treatment dropout, and recidivism of probationers mandated to a modified therapeutic community », *Criminal Justice and Behavior*, vol. 33 (2006), p. 738–759.
- Hills, H., C. Siegfried et A. Ickowitz. *Effective prison mental health services: guidelines to expand and improve treatment*, Washington (D.C.), National Institute of Corrections, 2004.
- Hollin, C.R. et E.J. Palmer. « Level of Service Inventory—Revised profiles of violent and nonviolent prisoners », *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 18, n° 9 (2003), p. 1075–1086.
- Hollin, C.R. et E.J. Palmer. « The Level of Service Inventory—Revised profile of English prisoners: risk and reconviction analysis », *Criminal Justice and Behavior*, vol. 33, n° 3 (2006), p. 347–366.
- Holloway, K.R., T.H. Bennett et D.P. Farrington. « The effectiveness of drug treatment programs in reducing criminal behavior: a meta-analysis », *Psicothema*, vol. 18, n° 3 (2006), p. 620–629.



- Hopkins, M. et P. Sparrow. « Sobering up: arrest referral and brief intervention for alcohol users in the custody suite », *Criminology & Criminal Justice: An International Journal*, vol. 6, n° 4 (2006), p. 389–410.
- Hornby, S. *A New Identity: The place of 7th step society in offender reentry*, Calgary (Alb.), 7th Step Society of Canada, 2011.
- Huang, Y.F., H.S. Kuo, C.Y. Lew-Ting, F. Tian, C.H. Yang, T.I. Tsai... et K.E. Nelson. « Mortality among a cohort of drug users after their release from prison: An evaluation of the effectiveness of a harm reduction program in Taiwan », *Addiction*, vol. 106, n° 8 (2011), p. 1437–1445.
- Huebner, B.M. et J. Cobbina. « The effect of drug use, drug treatment participation, and treatment completion on probationer recidivism », *Journal of Drug Issues*, vol. 37 (2007), p. 619–642.
- Hunter, G. et R. Power. « Involving big issue vendors in a peer education initiative to reduce drug-related harm: a feasibility study », *Drugs: Education, Prevention & Policy*, vol. 9, n° 1 (2002), p. 57–69.
- International Centre for Prison Studies. *Prison health and public health: the integration of prison health services*, Londres (Angleterre), King's College London, 2004.
- James, D.J. et L.E. Glaze. *Mental health problems of prison and jail inmates*, Washington (D.C.), US Department of Justice, 2006.
- Jason, L., B. Olson et R. Harvey. « Evaluating alternative aftercare models for ex-offenders », *Journal of Drug Issues*, vol. 45, n° 1 (2014), p. 53–68.
- John Howard Society. *Fractured care: public health opportunities in Ontario's correctional institutions*, Toronto (Ont.), chez l'auteur, 2016.
- Johnson, C., J. Heffner, T. Blom et R. Anthenelli. « Exposure to traumatic events among treatment-seeking, alcohol dependent women and men without PTSD », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 23, n° 5 (2010), p. 649–652.
- Johnson, J.E., Y.C. Schonbrun et M.D. Stein. « Pilot test of 12-step linkage for alcohol-abusing women in leaving jail », *Substance Abuse*, vol. 35, n° 1 (2014), p. 7–11.
- Jones, T., T. Moore, J.L. Levy, S. Daffron, J.H. Browder, L. Allen et S.D. Passik. « A comparison of various risk screening methods in predicting discharge from opioid treatment », *The Clinical Journal of Pain*, vol. 28, n° 2 (2012), p. 93–100.
- Kouyoumdjian, F.G., L. Kiefer, W. Wobeser, A. Gonzalez et S.W. Hwang. « Mortality over 12 years of follow-up in people admitted to provincial custody in Ontario: a retrospective cohort study », *Canadian Medical Association Journal Open*, vol. 4, n° 2 (2016), p. E153–E161.
- Kouyoumdjian, F., A. Schuler, F. Matheson et S. Hwang. « Health status of prisoners in Canada, narrative review », *Médecin de famille canadien*, vol. 62, n° 3 (2016), p. 215–222.
- Krebs, C.P., K.J. Strom, W.H. Koetse et P.K. Lattimore. « The impact of residential and nonresidential drug treatment on recidivism among drug-involved probationers », *Crime and Delinquency*, vol. 55 (2009), p. 442–471.
- Kubiak, S. « The effect of PTSD on treatment adherence, drug relapse, and criminal recidivism in a sample of incarcerated men and women », *Research on Social Work Practice*, vol. 14, n° 6 (2004), p. 424–433.



- Kubiak, S.P., C.L. Arfken, J.A. Swartz et A.L. Koch. « Treatment at the front end of the criminal justice continuum: the association between arrest and admission into speciality substance abuse treatment », *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy*, vol. 1 (2006), p. 20.
- Kubiak, S.P., A.M. Zeoli, L. Essenmacher et J. Hanna. « Transitions between jail and community-based treatment for individuals with co-occurring disorders », *Psychiatric Services*, vol. 62, n° 6 (2011), p. 679–681.
- Labrecque, R.M., P. Smith, B.K. Lovins et E.J. Latessa. « The importance of reassessment: How changes in the LSI–R risk score can improve the prediction of recidivism », *Journal of Offender Rehabilitation*, vol. 53, n° 2 (2014), p. 116–128.
- Landenberger, N. et M. Lipsey. « The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: a meta-analysis of factors associated with effective treatment », *Journal of Experimental Criminology*, vol. 1, n° 40 (2005), p. 451–476.
- Langan, N.P. et B. Pelissier. « Gender differences among prisoners in drug treatment », *Journal of Substance Abuse*, vol. 13 (2001), p. 291–301.
- Lange, S., J. Rehm et S. Popova. « The effectiveness of criminal justice diversion initiatives in North America: a systematic literature review », *International Journal of Forensic Mental Health*, vol. 10, n° 3 (2011), p. 200–214.
- Lanza, P. et A. Menendez. « Acceptance and commitment therapy for drug abuse in incarcerated women », *Psicothema*, vol. 25, n° 3 (2013), p. 307–312.
- Larsen, J.L., K. Nylund-Gibson et M. Cosden. « Using latent class analysis to identify participant typologies in a drug treatment court », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 138 (2014), p. 75–82.
- Lattimore, P.K., K. Barrick, A. Cowell, D. Dawes, D. Steffey, S. Tueller et C.A. Visher. *Prisoner reentry services: what worked for SVORI evaluation participants?*, Washington (D.C.), National Institute of Justice, 2012.
- Lattimore, P.K., C.P. Krebs, W. Koetse, C. Lindquist et A.J. Cowell. « Predicting the effect of substance abuse treatment on probationer recidivism », *Journal of Experimental Criminology*, vol. 1, n° 2 (2005), p. 159–189.
- Lattimore, P.K. et C.A. Visher. *The multi-site evaluation of SVORI: summary and synthesis*, Research Triangle Park (NC), RTI International, 2010.
- Laudet, A., J. Becker et W. White. « Don't wanna go through that madness no more: quality of life satisfaction as predictor of sustained remission from illicit drug misuse », *Substance Use and Misuse*, vol. 44, n° 2 (2009), p. 227–252.
- LeBel, T.P., R. Burnett et S. Maruna. « The 'chicken and egg' of subjective and social factors in desistance from crime », *European Journal of Criminology*, vol. 5, n° 2 (2008), p. 131–159.
- Lee, D., C. Schnitzlein, J. Wolf, M. Vythilingam, A. Rasmussen et C. Hoge. « Psychotherapy versus pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: systemic review and meta-analyses to determine first-line treatments », *Depression and Anxiety*, vol. 33, n° 9 (2016), p. 792–806.
- Linhorst, D.M., P. Dirks-Linhorst et R. Groom. « Rearrest and probation violation outcomes among probationers participating in a jail-based substance-abuse treatment used as an intermediate sanction », *Journal of Offender Rehabilitation*, vol. 51, n° 8 (2012), p. 519–540.



- Lipsey, M.W., G.L. Chapman et N.A. Landenberger. « Cognitive-behavioral programs for offenders », *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, vol. 578 (2001), p. 144–157.
- Livingston, J. Mental health and substance use services in correctional settings. *A Review of Minimum Standards and Best Practices*, Vancouver (C.-B.), International Centre for Criminal Law Reform and Criminal Justice Policy, 2009.
- Livingston, J., T. Milne, M. Fang et E. Amari. « The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review », *Addiction*, vol. 107, n° 10 (2012), p. 39–50.
- Lowenkamp, C.T. et K. Bechtel. « The predictive validity of the LSI–R on a sample of offenders drawn from the records of the Iowa department of corrections data management system », *Federal Probation*, vol. 71, n° 3 (2007), p. 25–29.
- Leukefeld, C., J. Webster, M. Staton-Tindall et J. Duvall. « Employment and work among drug court clients: 12-month outcomes », *Substance Use and Misuse*, vol. 42, n° 7 (2007), p. 1109–1126.
- Lunze, K., B. Idrisov, M. Golichenko et A. Kamarulzaman. « Mandatory addiction treatment for people who use drugs: global health and human rights analysis », *British Medical Journal*, vol. 353 (2016), p. i2943.
- Lussier, J., S. Heil, J. Mongeon, G. Badger et S. Higgins. « A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders », *Addiction*, vol. 101 (2006), p. 192–203.
- Lyons, T. et A.J. Lurigio. « The role of recovery capital in the community reentry of prisoners with substance use disorders », *Journal of Offender Rehabilitation*, vol. 49, n° 7 (2010), p. 445–455.
- Malivert, M., M. Fatséas, C. Denis, E. Langlois et M. Auriacombe. « Effectiveness of therapeutic communities: a systematic review », *European Addiction Research*, vol. 18, n° 1 (2012), p. 1–11.
- Marlowe, D.B., D.S. Festinger, K.L. Dugosh, P.L. Arabia et K.C. Kirby. « An effectiveness trial of contingency management in a felony preadjudication drug court », *Journal of Applied Behavior Analysis*, vol. 41, n° 4 (2008), p. 565–577.
- Martire, K.A. et S. Larney. « Health outcomes, program completion, and criminal recidivism among participants in the rural alcohol diversion program, Australia », *Journal of Substance Use*, vol. 16, n° 1 (2011), p. 50–56.
- Matheson, F., A. Brazil, S. Doherty et P. Forrester. « A call for help: women offenders' reflections on trauma care », *Women and Criminal Justice*, vol. 25 (2015), p. 241–255.
- McCallum, J. et K. Eagle. « Risk assessment: a reflection on the principles of tools to help manage risk of violence in mental health », *Psychiatry, Psychology and Law*, vol. 22, n° 3 (2015), p. 378–387.
- McDonough, J. et J. Murphy. « Les collectivités: Êtes-vous impliqué? », *FORUM - Recherche sur l'actualité correctionnelle*, vol. 15, n° 1 (2003). Consulté sur le site : <http://www.csc-scc.gc.ca/recherche/forum/e151/e151ind-fra.shtml>.
- McKay, J.R. « Effectiveness of continuing care interventions for substance abusers: Implications for the study of long-term treatment effects », *Evaluation Review*, vol. 25 (2001), p. 211–232.
- McKenzie, M., N. Zaller, S.L. Dickman, T.C. Green, A. Parikh, P.D. Friedmann et J.D. Rich. « A randomized trial of methadone initiation prior to release from incarceration », *Substance Abuse*, vol. 33, n° 1 (2012), p. 19–29.



- McMurrin, M. « What works in substance misuse treatments for offenders? », *Criminal Behaviour and Mental Health*, vol. 17, n° 4 (2007), p. 225–233.
- McMurrin, M. « Motivational interviewing with offenders: a systematic review », *Legal and Criminal Psychology*, vol. 14 (2009), p. 83–100.
- McSweeney, T. « Calling time on ‘alcohol-related’ crime? Examining the impact of court-mandated alcohol treatment on offending using propensity score matching », *Criminology & Criminal Justice: An International Journal*, vol. 15, n° 4 (2015), p. 464–483.
- Mears, D.P., L. Winterfield, J. Hunsaker, G.E. Moore et R.M. White. *Drug treatment in the criminal justice system: the current state of knowledge*, Washington (D.C.), Urban Institute, 2003.
- Merrall, E.L., A. Kariminia, I.A. Binswanger, M.S. Hobbs, M. Farrell, J. Marsden... et M. Bird. « Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison », *Addiction*, vol. 105, n° 9 (2010), p. 1545–1554.
- Messina, N., W. Burdon, G. Hagopian et M. Prendergast. « Predictors of prison-based treatment outcomes: a comparison of men and women participants », *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, vol. 32 (2006), p. 7–28.
- Messina, N. et C. Grella. « Childhood trauma and women’s health outcomes in a California prison population », *American Journal of Public Health*, vol. 96, n° 10 (2006), p. 1841–1848.
- Messina, N., C. Grella, J. Carrier et S. Torres. « A randomized experimental study of gender-responsive substance abuse treatment for women in prison », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 38, n° 2 (2010), p. 97–107.
- Miles, H., L. Duthiel, I. Welsby et D. Haider. « ‘Just say no’: a preliminary evaluation of a three-stage model of integrated treatment for substance use problems in conditions of medium security », *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, vol. 18 (2007), p. 141–159.
- Miller, R., A. Forcehimes et A. Zweben. *Treating addictions – a guide for professionals*, New York (NY), The Guildford Press, 2011.
- Miller, W.R. et S. Rollnick. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*, New York, Guilford, 1991.
- Miller, W.R. et S. Rollnick. *Motivational interviewing: preparing people for change (2nd ed.)*, New York, Guilford, 2002.
- Ministère de la Justice du Canada. *Les tribunaux de traitement de la toxicomanie : méta-analyse. Ont-ils un effet positif sur les taux de récidive?*, Ottawa (Ont.), chez l’auteur, 2006.
- Mitchell, O., D.B. Wilson, A. Eggers et D.L. MacKenzie. « Assessing the effectiveness of drug courts on recidivism: a meta-analytic review of traditional and non-traditional drug courts », *Journal of Criminal Justice*, vol. 40, n° 1 (2012), p. 60–71.
- Mitchell, S.G., S.M. Kelly, B.S. Brown, H.S. Reisinger, J.A. Peterson, A. Ruhf... et R.P. Schwartz. « Incarceration and opioid withdrawal: the experiences of methadone patients and out-of-treatment heroin users », *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 41, n° 2 (2009), p. 145–152.
- Moore, K., J. Stuewig et J. Tangney. « The effect of stigma on criminal offenders’ functioning: a longitudinal mediational model », *Deviant Behaviour*, vol. 37, n° 2 (2016), p. 196–218.



- Morin, S. *Les détenues autochtones à sécurité maximale purgeant une peine fédérale – Que sont devenues les promesses de « la création de choix »?*, Ottawa (Ont.), Service correctionnel du Canada, 1999.
- Mossakowski, K. « Is the duration of poverty and unemployment a risk factor for heavy drinking? », *Social Science and Medicine*, vol. 67, n° 6 (2008), p. 947–955.
- National Association of Drug Court Professionals. *Defining drug courts: the key components*, Washington (D.C.), Bureau of Justice Assistance, 1997.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). Pharmacotherapies: opioid addiction. Dans *Principles of drug addiction treatment: a research-based guide (Third Edition)*, Bethesda (M.D.), chez l'auteur, 2012, p. 39–49.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). *Principles of drug abuse treatment for criminal justice populations*, Bethesda (M.D.), chez l'auteur, 2014.
- Nilson, C. *Intervention collaborative axée sur le risque – Une étude de l'application du modèle du carrefour dans la Nation crie de Samson*, Ottawa (Ont.), Sécurité publique Canada, 2016.
- Niv, N., A. Hamilton et Y.-I. Hser. « Impact of court-mandated substance abuse treatment on clinical decision making », *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, vol. 36, n° 4 (2009), p. 505–516.
- Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC). *Drug dependence treatment: interventions for drug users in prison*, New York (N.Y.), chez l'auteur, sans date.
- O'Grady, W. et R. Lafleur. *Reintegration in Ontario: practices, priorities, and effective models*, Toronto (Ont.), John Howard Society of Ontario, 2016.
- Olson, D.E., J. Rozhon et M. Powers. « Enhancing prisoner reentry through access to prison-based and post-incarceration aftercare treatment: experiences from the Illinois Sheridan Correctional Center therapeutic community », *Journal of Experimental Criminology*, vol. 5, n° 3 (2009), p. 299–321.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Managing of substance dependence: screening and brief intervention*, Genève (Suisse), chez l'auteur, 2003a.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Moscow Declaration*, Genève (Suisse), chez l'auteur, 2003b.
- Osher, F.C., H.J. Steadman et H. Barr. « A best practice approach to community reentry from jails for inmates with co-occurring disorders: The APIC model », *Crime & Delinquency*, vol. 49 (2003), p. 79–96.
- Palmer, E., R. Hatcher, J. McGuire, C. Bilby, T. Ayres et C. Hollin. « Evaluation of the Addressing Substance-Related Offending (ASRO) program for substance-using offenders in the community: a reconviction analysis », *Substance Use and Misuse*, vol. 46 (2011), p. 1–9.
- Passey, M., J. Bolitho, J. Scantleton et B. Flaherty. « The Magistrates Early Referral into Treatment (MERIT) pilot program: court outcomes and recidivism », *Australian and New Zealand Journal of Criminology*, vol. 40, n° 2 (2007), p. 199–217.
- Passey, M., B. Flaherty et P. Didcott. « The Magistrates Early Referral into Treatment (MERIT) pilot program: a descriptive analysis of a court diversion program in rural Australia », *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 39 (2006), p. 521–529.



- Patel, L. *The Patel report: reducing drug-related crime and rehabilitating offenders*, Londres (Royaume-Uni), Prison Drug Treatment Strategy Review Group, 2010.
- Patra, J., L. Gliksman, B. Fischer, B. Newton-Taylor, S. Belenko, M. Ferrari... et J. Rehm. « Factors associated with treatment compliance and its effects on retention among participants in a court-mandated treatment program », *Contemporary Drug Problems: An Interdisciplinary Quarterly*, vol. 37, n° 2 (2010), p. 289–313.
- Pelissier, B., N. Jones et T. Cadigan. « Drug treatment aftercare in the criminal justice system: a systematic review », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 32, n° 3 (2007), p. 311–320.
- Pérez, D. « Applying evidence-based practices to community corrections supervision: an evaluation of residential substance abuse treatment for high-risk probationers », *Journal of Contemporary Criminal Justice*, vol. 25, n° 4 (2009), p. 442–458.
- Perry, A.E., Z. Darwin, C. Godrey, C. McDougall, J. Lunn, J. Glanville et S. Coulton. « The effectiveness of interventions for drug-using offenders in the courts, secure establishments and the community: a systematic review », *Substance Use and Misuse*, vol. 44 (2009), p. 374–400.
- Perry, A.E., M. Neilson, M. Martyn-St James, J.M. Glanville, R. Woodhouse et C. Hewitt. « Interventions for female drug-using offenders », *base de données des revues systématiques Cochrane*, vol. 6, 2015, Cd010910.
- Peters, R., L. Strozier, M. Murrin et W. Kearns. « Treatment of substance-abusing jail inmates examination of gender differences », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 14, n° 4 (1997), p. 339–349.
- Pettus-Davis, C., A. M. Scheyett, D. Hailey, C. Golin et D. Wohl. « From the “streets” to “normal life”: assessing the role of social support in release planning for HIV-positive and substance-involved prisoners », *Journal of Offender Rehabilitation*, vol. 48, n° 5 (2009), p. 367–387.
- Pirie, T., S.C. Wallingford, L.A. Di Gioacchino, R.J. McQuaid et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement. *Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement : Données de 2013–2014*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l’usage de substances, 2016.
- Pisapio, D., E. White et P. Altimas. *Community corrections: we all live in a community* [présentation PowerPoint], Regina (Sask.), congrès de l’Association canadienne de justice pénale, 2015.
- Pogorzelski, W., W. Nancy, P. Ko-Yu et C. Blitz. « Ex-offender reentry policies, and the “Second Chance Act” public health consequences of imprisonment », *Behavioral Health Problems*, vol. 95 (2005), p. 1718–1724.
- Polcin, D. « What about sober living houses for parolees? », *Criminal Justice Studies: A Critical Journal of Crime, Law & Society*, vol. 19, n° 3 (2006), p. 291–300.
- Polcin, D., R. Korcha, J. Bond et G. Galloway. « What did we learn from our study on sober living houses and where do we go from here? », *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 42, n° 4 (2010), p. 425–433.
- Poole, N. *Trauma informed practice* [présentation PowerPoint], Winnipeg (Manitoba), table ronde de la Collaboration sur les régions nordiques et éloignées, 2015.
- Porter, L. et D. Calverley. Tendances de l’utilisation de la détention provisoire au Canada, *Juristat* (n°85-002-x au catalogue), Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2011.



- Prendergast, M., L. Frisman, J.Y. Sacks, M. Staton-Tindall, L. Greenwell, H. Lin et J. Cartier. « A multi-site, randomized study of strengths-based case management with substance-abusing parolees », *Journal of Experimental Criminology*, vol. 7, n° 3 (2011), p. 225–253.
- Prendergast, M.L., E.A. Hall, J. Roll et U. Warda. « Use of vouchers to reinforce abstinence and positive behaviors among clients in a drug court treatment program », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 35, n° 2 (2008), p. 125–136.
- Pringle, J.L., L.A. Edmondston, C.L. Holland, L. Kirisci, N. P. Emptage, V.K. Balavage... et J.M. Herrell. « The role of wrap around services in retention and outcome in substance abuse treatment: Findings from the Wrap Around Services Impact Study », *Addictive Disorders and Their Treatment*, vol. 1, 2002, p. 109–118.
- Prochaska, B.J., C.C. DiClemente et J.C. Norcross. « In search of how people change: Applications to addictive behaviors », *American Psychologist*, vol. 47 (1992), p. 1102–1114.
- Programme des services correctionnels. Statistiques sur les services correctionnels pour adultes au Canada, 2013-2014, *Juristat*, n° 85-002-x au catalogue, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2015.
- Rengifo, A. et D. Stemen. « The impact of drug treatment on recidivism: do mandatory programs make a difference? Evidence from Kansas's Senate Bill 123 », *Crime and Delinquency*, vol. 59, n° 6 (2009), p. 930–950.
- Rich, J., M. McKenzie, D. Shield, F. Wolf, R. Key, M. Poshkus et J. Clarke. « Upon release from incarceration: a promising opportunity », *Journal of Addictive Diseases*, vol. 24, n° 3 (2005), p. 49–59.
- Richie, B.E. « Challenges incarcerated women face as they return to their communities: findings from life history interviews », *Crime & Delinquency*, vol. 47 (2001), p. 368–389.
- Richie, B.E., N. Freudenberg et J. Page. « Reintegrating women leaving jail into urban communities: a description of a model program », *Journal of Urban Health*, vol. 78 (2001), p. 290–303.
- Riper, H., G. Andersson, S. Hunter, J. de Wit, M. Berking et P. Cuijpers. « Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioural therapy and motivational interviewing: a meta-analysis », *Addiction*, vol. 109, n° 3 (2014), p. 394–406.
- Ritchie, G., S. Weldon, L. Freeman, G. MacPherson et K. Davies. « Outcomes of a drug and alcohol relapse prevention programme in a population of mentally disordered offenders », *British Journal of Forensic Practice*, vol. 13, n° 1 (2011), p. 32–43.
- Rivlin, A., R. Ferris, L. Marzano, S. Fazel et K. Hawton. « A typology of male prisoners making near-lethal suicide attempts », *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, vol. 34, n° 5 (2013), p. 335–347.
- Rogerson, B., S.P. Jacups et N. Caltabiano. « Cannabis use, dependence and withdrawal in indigenous male inmates », *Journal of Substance Use*, vol. 21, n° 1 (2016), p. 65–71.
- Ronzani, T., J. Higgins-Biddle et E. Furtado. « Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in southeast Brazil », *Social Science and Medicine*, vol. 69 (2009), p. 1080–1084.
- Roque, L. et A.J. Lurigio. « An outcome evaluation of a treatment readiness group program for probationers with substance use problems », *Journal of Offender Rehabilitation*, vol. 48, n° 8 (2009), p. 744–757.



- Rowan, M., N. Poole, B. Shea, J. Gone, D. Mykota, M. Farag... et C. Dell. « Cultural interventions to treat addictions in Indigenous populations: findings from a scoping study », *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, vol. 9, n° 34 (2014), p. 1–26.
- Rowe, M., P. Benedict, D. Sells, T. Dinzeo, C. Garvin et L. Schwab. « Citizenship, community, and recovery: a group- and peer-based intervention for persons with co-occurring disorders and criminal justice histories », *Journal of Groups in Addiction and Recovery*, vol. 4 (2009), p. 224–244.
- Rubak, S., A. Sandbaek, T. Lauritzen et B. Christensen. « Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis », *British Journal of General Practice*, vol. 55, n° 513 (2005), p. 305–312.
- Sacks, J.Y., K. McKendrick et Z. Hamilton. « A randomized clinical trial of a therapeutic community treatment for female inmates: Outcomes at 6 and 12 months after prison release », *Journal of Addictive Diseases*, vol. 31, n° 3 (2012), p. 258–269.
- Sacks, S., M. Chaple, J.Y. Sacks, K. McKendrick et C.M. Cleland. « Randomized trial of a reentry modified therapeutic community for offenders with co-occurring disorders: Crime outcomes », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 42, n° 3 (2012), p. 247–259.
- Saitz, R., M. Larson, C. LaBelle, J. Richardson et J. Samet. « The case for chronic disease management for addiction », *The Journal of Addiction Medicine*, vol. 2, n° 2 (2008), p. 55–65.
- Sample, L.L. et C. Spohn. *Final report for the evaluation of Nebraska's Serious and Violent Offender Reentry Program*, Omaha (N.E.), University of Nebraska at Omaha, School of Criminology and Criminal Justice, 2008.
- Schacter, D.L., D.T. Gilbert et D.M. Wegner. *Psychology (2nd ed.)*, New York, Worth Pub, 2010.
- Schomerus, G., M. Lucht, A. Holzinger, H. Matschinger, M. Carta et C. Angermeyer. « The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 46 (2011), p. 105–112.
- Schonbrun, Y.C., D.R. Strong, B.J. Anderson, C.M. Caviness, R.A. Brown et M.D. Stein. « Alcoholics anonymous and hazardously drinking women returning to the community after incarceration: predictors of attendance and outcome », *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, vol. 35, n° 3 (2011), p. 532–539.
- Schroeder, R.D., P.C. Giordano et S.A. Cernkovich. « Drug use and desistance processes », *Criminology*, vol. 45 (2007), p. 191–222.
- Sécurité publique Canada. *Programmes de déjudiciarisation pour délinquants adultes. Recherche en bref*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 1998.
- Semple, S., I. Grant et T. Patterson. « Utilization of drug treatment programs by methamphetamine users: the role of social stigma », *American Journal of Addiction*, vol. 14 (2005), p. 367–380.
- Service correctionnel du Canada. *Section 7 : Enjeux et défis du SCC. Guide de l'orateur*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2008.
- Service correctionnel du Canada. *Évaluation du rendement - Rapport d'évaluation des programmes correctionnels du Service correctionnel du Canada*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2009.
- Service correctionnel du Canada. *Profil des délinquants canadiens - Faits en bref*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2010.



- Service correctionnel du Canada. *Établir un lien entre le type de toxicomanie et le type d'infraction chez les délinquants de sexe masculin*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2011.
- Service correctionnel du Canada. *Tendances en matière de consommation de substances chez les délinquants autochtones et non autochtones*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2012.
- Service correctionnel du Canada. *Comparer les habitudes de consommation d'alcool et de drogues chez les délinquantes autochtones*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2014b.
- Service correctionnel du Canada. *La prévalence nationale des troubles mentaux chez les délinquants de sexe masculin sous responsabilité fédérale nouvellement admis*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2015a.
- Service correctionnel du Canada. *Déterminants sociaux de l'état de santé physique des détenus canadiens sous responsabilité fédérale nouvellement admis*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2015b.
- Severson, M.E., K. Bruns, C. Veeh et J. Lee. « Prisoner reentry programming: who recidivates and when? », *Journal of Offender Rehabilitation*, vol. 50 (2011), p. 327–348.
- Sirdifield, C., L. Bevan, M. Calverley, L. Mitchell, J. Craven et C. Brooker. *A guide to implementing the new futures health trainer role across the criminal justice system*, Lincoln (Nebraska), University of Lincoln, 2007.
- Smid, W.J., J.H. Kamphuis, E.C. Wever et D.J. Van Beek. « A comparison of the predictive properties of nine sex offender risk assessment instruments », *Psychological Assessment*, vol. 26, n° 3 (2014), p. 691–703.
- Smith, L., S. Gates et D. Foxcroft. Communautés thérapeutiques pour les troubles liés à la consommation de substances, *base de données Cochrane de revues systématiques*, vol. 1 (2006), CD005338.
- Smyth, B.P., J. Barry, E. Keenan et K. Ducray. « Lapse and relapse following inpatient treatment of opiate dependence », *Irish Medical Journal*, vol. 103, n° 6 (2010), p. 176–179.
- Snow, L. et K. Biggar. « The role of peer support in reducing self-harm in prisons ». Dans G. Dear (éd.), *Prevention suicide and other self-harm in prison*, New York, Palgrave, 2006, p. 153–166.
- Springer, S.A., S. Chen et F.L. Altice. « Improved HIV and substance abuse treatment outcomes for released HIV-infected prisoners: The impact of buprenorphine treatment », *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol. 87, n° 4 (2010), p. 592–602.
- Staton, M., C. Leukefeld et T.K. Logan. « Health service utilization and victimization among incarcerated female substance users », *Substance Use & Misuse*, vol. 36 (2001), p. 701–716.
- Staton, M., C. Leukefeld et J.M. Webster. « Substance use, health, and mental health: problems and service utilization among incarcerated women », *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, vol. 47, n° 2 (2003), p. 224–239.
- Steadman, H.J. et M. Naples. « Assessing the effectiveness of jail diversion programs for persons with serious mental illness and co-occurring substance use disorders », *Behavioral Sciences and the Law*, vol. 23, n° 2 (2005), p. 163–170.
- Stemen, D. et A. Rengifo. « Reconciling the Multiple Objectives of Prison Diversion Programs for Drug Offenders: Evidence From Kansas' Senate Bill 123 », *Evaluation Review*, vol. 35, n° 6 (2012), p. 642–672.



- Strang, R., B. van den Bergh et A. Gatherer. « Future directions for the health of incarcerated women in BC », *British Columbia Medical Journal*, vol. 54 (2012), p. 514–517.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). « Physical detoxification services for withdrawal from specific substances ». Dans *Detoxification and Substance Abuse Treatment, Treatment Improvement Protocols*, Rockville (M.D.), chez l'auteur, 2006.
- Sullivan, C., K. McKendrick, S. Sacks et S. Banks. « Modified therapeutic community treatment for offenders with MICA disorders: substance use outcomes », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse: Encompassing All Addictive Disorders*, vol. 33, n° 6 (2007), p. 823–832.
- Tartaro, C. « An evaluation of the effects of jail diversion and reentry for mentally ill offenders », *Journal of Offender Rehabilitation*, vol. 54, n° 2 (2015), p. 85–102.
- Taxman, F.S., D. Soule et A. Gelb. « Graduated sanctions: stepping into accountable systems and offenders », *The Prison Journal*, vol. 79 (1999), p. 182–204.
- Teo, A.R., S.R. Holley, M. Leary et D.E. McNiel. « The relationship between level of training and accuracy of violence risk assessment », *Psychiatric Services*, vol. 63, n° 11 (2012), p. 1089–1094.
- Thunderbird Partnership Foundation. *Évaluation du mieux-être des autochtones*, 2016. Consulté sur le site : <http://thunderbirdpf.org/about-tpf/scope-of-work/native-wellness-assessment/?lang=fr>.
- Triffleman, E., C. Marmar, K. Delucchi et H. Ronfeldt. « Childhood trauma and posttraumatic stress disorder in substance abuse patients », *Journal of nervous and mental disease*, vol. 183, n° 3 (1995), p. 172-176.
- Trotman, A.J. et F.S. Taxman. « Implementation of a contingency management-based intervention in a community supervision setting: clinical issues and recommendations », *Journal of Offender Rehabilitation*, vol. 50, n° 5 (2011), p. 235–251
- Turnbull, P.J., T. McSweeney, M. Hough, R. Webster et M. Edmunds. *Drug treatment and testing orders: final evaluation report*, Londres (Angleterre), Home Office Research, 2000.
- Turnbull, P., R. Webster et G. Stillwell. *Get it while you can: an evaluation of early intervention project for arrestees with alcohol and drug problems*, Londres (Angleterre), Home Office Research, 1995.
- Uhlig, D.J. *Mindfulness based relapse prevention and the matrix model in substance abuse relapse prevention*, Minneapolis (Minnesota), Walden University, 2009.
- Ulmer, J.T. « Intermediate sanctions: a comparative analysis of the probability and severity of recidivism », *Sociological Inquiry*, vol. 71 (2001), p. 164–293.
- Ulrich, T. « Pretrial diversion in the federal court system », *Federal Probation*, vol. 66 (2002), p. 3.
- Vanderplasschen, W., R. Rapp, J. Wolf et E. Broekaert. « The development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe », *Psychiatric Services*, vol. 55, n° 8 (2004), p. 913– 922.
- Vanderplasschen, W., R. Rapp, J. Wolf et E. Broekaert. « Effectiveness of different models of case management for substance-abusing populations », *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 39, n° 1 (2007), p. 81–95.



- van Olphen, J., M.J. Eliason, N. Freudenberg et M. Barnes. « Nowhere to go: how stigma limits the options of female drug users after release from jail », *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, vol. 4 (2009), p. 10.
- Vérificateur général du Canada. *La préparation des détenus autochtones à la mise en liberté*, Ottawa (Ont.), Service correctionnel du Canada, 2016.
- Viglione, J., D.S. Rudes et F.S. Taxman. « Misalignment in supervision: Implementing risk/needs assessment instruments in probation », *Criminal Justice and Behavior*, vol. 42, n° 3 (2015), p. 263–285.
- Visher, C.A. et K. Mallik-Kane. « Reentry experiences of men with health problems ». Dans R.B. Greifinger, J. Bick et J. Goldenson (éd.), *Public health behind bars: from prisons to communities*, Dobbs Ferry (NY), Springer, 2007, p. 434–460.
- Walker, J. *International experience of drug courts*, Édimbourg (Écosse), Scottish Executive Central Research Unit, 2001.
- Warner, T.D. et J.H. Kramer. « Closing the revolving door? Substance abuse treatment as an alternative to traditional sentencing for drug-dependent offenders », *Criminal Justice and Behavior*, vol. 36, n° 1 (2009), p. 89–109.
- Webb, L. « Tools for the job: Why relying on risk assessment tools is still a risky business », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 19, n° 2 (2012), p. 132–139.
- Wesson, D. « A guide to substance abuse services for primary care ». Dans *Treatment Improvement for Protocol (TIP) series*, Rockville (M.D.), SAMHSA, 1997.
- Wickersham, J.A., M.M. Zahari, M.M. Azar, A. Kamarulzaman et F.L. Altice. « Methadone dose at the time of release from prison significantly influences retention in treatment: implications from a pilot study of HIV-infected prisoners transitioning to the community in Malaysia », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 132, n° 1–2 (2013), p. 378–382.
- Wiewel, B. et T. Mosley. « Family foundations: a new program for pregnant and parenting women offenders with substance abuse histories », *Journal of Offender Rehabilitation*, vol. 43, n° 1 (2006), p. 65–91.
- Willis, J. et G.T.H. Ellison. « Integrating services for public health: challenges facing multidisciplinary partnership working », *Journal of Public Health*, vol. 121, n° 7 (2007), p. 546–548.
- Wilson, D.B., L.A. Bouffard et D.L. MacKenzie. « A quantitative review of structured, group-oriented, cognitive-behavioral programs for offenders », *Criminal Justice & Behavior*, vol. 32 (2005), p. 172–204.
- Wilson, D.B., O. Mitchell et D.L. Mackenzie. « A systematic review of drug court effects on recidivism », *Journal of Experimental Criminology*, vol. 2, n° 4 (2006), p. 459–487.
- Witkiewitz, K., K. Warner, B. Sully, A. Barricks, C. Stauffer, B.L. Thompson et J.B. Luoma. « Randomized trial comparing mindfulness-based relapse prevention with relapse prevention for women offenders at a residential addiction treatment center », *Substance Use and Misuse*, vol. 49, n° 5 (2014), p. 536–546.
- Wittouck, C., A. Dekkers, B. De Ruyver, W. Vanderplasschen et F. Vander Laenen. « The impact of drug treatment courts on recovery: a systematic review », *Scientific World Journal*, 2013, 493679.



- Wooditch, A., L. Tang et F. Taxman. « Which criminogenic need changes are most important in promoting desistance from crime and substance use? », *Criminal Justice Behaviour*, vol. 41, n° 3 (2014), p. 276–299.
- Wormith, J.S., S.M. Hogg et L. Guzzo. « The predictive validity of the LS/CMI with Aboriginal offenders in Canada », *Criminal Justice and Behavior*, vol. 42, n° 5 (2015), p. 481–508.
- Wright, N.M., L. Sheard, C.E. Adams, B.J. Rushforth, W. Harrison, N. Bound... et C.N. Tompkins. « Comparison of methadone and buprenorphine for opiate detoxification (LEEDS trial): a randomised controlled trial », *British Journal of General Practice*, vol. 61, n° 593 (2011), p. e772–780.
- Zack, B., C. Bancroft, L. Blea, M. Comfort et N. Grossman. « Collaborative research to prevent HIV among male prison inmates and their female partners », *Science to Community, Prevention*, vol. 7 (2004), p. 1–4.
- Zaller, N., M. McKenzie, P.D. Friedmann, T.C. Green, S. McGowan et J.D. Rich. « Initiation of buprenorphine during incarceration and retention in treatment upon release », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 45, n° 2 (2013), p. 222–226.
- Zarkin, G., A. Cowell, K. Hicks, M. Mills, S. Belenko, L. Dunlap... et V. Keyes. « Benefits and costs of substance abuse treatment programs for state prison inmates: results from a lifetime simulation model », *Health Economics*, vol. 21, n° 6 (2012), p. 633–652.
- Zelvin, E. et D. Davis. « Harm reduction and abstinence based recovery: a dialogue », *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, vol. 1, n° 1 (2001), p. 121–133.
- Zhang, S.X., R.E.L. Roberts et V.J. Callanan. « Preventing parolees from returning to prison through community-based reintegration », *Crime and Delinquency*, vol. 52 (2006), p. 551–571.
- Zhu, W.X., J.Q. Dong et T. Hesketh. « Preventing relapse in incarcerated drug users in Yunnan province, China », *Drug and Alcohol Review*, vol. 28, n° 6 (2009), p. 641–647.
- Zlatic, J.M., D.C. Wilkerson et S.M. McAllister. « Pretrial diversion: The overlooked pretrial services evidence-based practice », *Federal Probation*, vol. 74, n° 1 (2010), p. 28–33.
- Zlotnick, C., J. Johnson et L. Najavits. « Randomized controlled pilot study of cognitive behavioral therapy in a sample of incarcerated women with substance use disorder and PTSD », *Behavioral Therapy*, vol. 40, n° 4 (2009), p. 325–336.



Annexe A : membres du Groupe de travail sur la consommation problématique de substances chez les délinquants (CPSD)

Coprésidents¹⁸

Dennis Cooley, ministère de la Justice de la Saskatchewan

Rebecca Jesseman, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances

Kim Sanderson, Services correctionnels de l'Alberta

John Weekes, Service correctionnel du Canada

Membres¹⁹

Allen Benson, Native Counselling Services of Alberta

Tammy Cabana Ryan, Service correctionnel du Canada

Mary Deleary, Thunderbird Partnership Foundation

Colleen Dell, Université de la Saskatchewan

Anita Desai, Société St-Léonard du Canada

Lisha Di Gioacchino, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances

Stephanie Hamell, Service correctionnel du Canada

Catherine Latimer, Société John Howard du Canada

Anna McKiernan, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances

George Myette, 7th Step Society of Canada

Diane Rothon, directrice médicale, Service correctionnel de la Colombie-Britannique

Wayne Skinner, Centre de toxicomanie et de santé mentale

¹⁸ Nous tenons à remercier Curtis Clarke pour sa contribution en tant que coprésident sortant du Groupe de travail CPSD.

¹⁹ Nous tenons à remercier Elizabeth White pour sa contribution en tant que membre sortante du Groupe de travail CPSD.



Annexe B : stratégie de recherche

(à noter que les recherches ont été faites en anglais)

Première étape

PubMed

((((((((((("pre-release"[Title]) OR "post-release"[Title]) OR "post-incarceration"[Title]) OR transition*[Title]) OR "pre release"[Title]) OR "post release"[Title]) OR "post incarceration"[Title])) AND ((prisoner*[Title]) OR offender*[Title])) OR ((("Prisoners"[Mesh]) AND (("Substance-Related Disorders/prevention and control"[Mesh] OR "Substance-Related Disorders/rehabilitation"[Mesh] OR "Substance-Related Disorders/therapy"[Mesh]))) Filters activated: Abstract, published in the last 10 years.

((((((("re-entry"[Title/Abstract]) OR reentry[Title/Abstract]) OR release[Title/Abstract])) OR "Aftercare"[Mesh])) AND "Prisoners"[Mesh]) AND (("Substance-Related Disorders/prevention and control"[Mesh] OR "Substance-Related Disorders/rehabilitation"[Mesh] OR "Substance-Related Disorders/therapy"[Mesh])) Filters activated: Abstract, published in the last 10 years.

PsycINFO

((IndexTermsFilt:("Parole") OR IndexTermsFilt:("Probation")) AND ((IndexTermsFilt:("Alcohol Abuse") OR IndexTermsFilt:("Alcohol Rehabilitation") OR IndexTermsFilt:("Alcoholics Anonymous") OR IndexTermsFilt:("Alcoholism") OR IndexTermsFilt:("Binge Drinking") OR IndexTermsFilt:("Drug Abuse") OR IndexTermsFilt:("Drug Addiction") OR IndexTermsFilt:("Drug Dependency") OR IndexTermsFilt:("Drug Rehabilitation") OR IndexTermsFilt:("Relapse Prevention")))) OR (((IndexTermsFilt:("Incarceration") OR IndexTermsFilt:("Prisons")) AND ((IndexTermsFilt:("Aftercare") OR IndexTermsFilt:("Institutional Release")))) AND ((IndexTermsFilt:("Alcohol Abuse") OR IndexTermsFilt:("Alcohol Rehabilitation") OR IndexTermsFilt:("Alcoholics Anonymous") OR IndexTermsFilt:("Alcoholism") OR IndexTermsFilt:("Binge Drinking") OR IndexTermsFilt:("Drug Abuse") OR IndexTermsFilt:("Drug Addiction") OR IndexTermsFilt:("Drug Dependency") OR IndexTermsFilt:("Drug Rehabilitation") OR IndexTermsFilt:("Relapse Prevention")))) OR ((Title:("post-incarceration") OR Title:("post incarceration") OR Title:("re-entry") OR Title:(reentry) OR Title:(release)) OR (Title:(probation*) OR Title:(parole*)) AND (Title:(substance) OR Title:(drug*) OR Title:(dependen*) OR Title:(methadone))) AND Year: 2005 TO 2015 AND Peer-Reviewed Journals Only

Deuxième étape

Évaluation du risque

PsycNET

Title:("risk assessment") OR Abstract:("risk assessment")) OR Index Term:("Risk Assessment")) AND (Title:(tool*) OR Abstract:(tool*)) AND Year: 2012 To 2015 AND Peer-Reviewed Journals only

PubMed

((("Crime"[Mesh]) AND "risk assessment"[Title/Abstract]) AND ((tool*[Title/Abstract]) OR instrument*[Title/Abstract])) Filters activated: Abstract, Humans, English.



Bibliothèque Cochrane

"risk assessment tool*"

"risk assessment instrument*"

Health Evidence:

"risk assessment tool*"

"risk assessment instrument*"

Centre for Reviews and Dissemination:

"risk assessment tool*"

"risk assessment instrument*"

Project Cork:

Topic = "risk assessment tool*" AND Year = 2012-2015

Topic = "risk assessment instrument*" AND Year = 2012-2015

Programmes de déjudiciarisation

PsycNET

Abstract:(("court-mandated")) AND Abstract:(drug*) OR Abstract:(substance))) OR Abstract:(("diversion program*") OR Abstract:(("drug treatment court*") OR Abstract:(("drug court")))) OR (((Index Term:(("Adjudication")) OR Index Term:(("Court Referrals")) OR Index Term:(("Criminal Conviction")) OR Index Term:(("Criminal Justice")) OR Index Term:(("Criminal Rehabilitation")) OR Index Term:(("Distributive Justice")) OR Index Term:(("Juvenile Justice")) OR Index Term:(("Social Justice")))) AND Index Term:(("Addiction")) OR Index Term:(("Alcohol Abuse")) OR Index Term:(("Alcohol Rehabilitation")) OR Index Term:(("Alcoholism")) OR Index Term:(("Drug Abuse")) OR Index Term:(("Drug Addiction")) OR Index Term:(("Drug Dependency")) OR Index Term:(("Drug Rehabilitation")) OR Index Term:(("Inhalant Abuse")) OR IndexTermsFilt:(("Polydrug Abuse")))) AND Year: 2005 To 2015 AND Peer-Reviewed Journals only

PubMed

((((diversion program*[Title/Abstract]) OR drug court*[Title/Abstract]) OR drug treatment court*[Title/Abstract])) OR (((("Substance-Related Disorders"[Mesh]) AND (((("Program Evaluation"[Mesh]) OR "Treatment Outcome"[Mesh]) OR "Comparative Study" [Publication Type]) OR "Randomized Controlled Trial" [Publication Type])) AND "Jurisprudence"[Mesh]) Filters activated: Abstract, published in the last 10 years, Humans, English.

Project Cork

Title = diversion AND Year = 2005-2015

Title = drug AND Title = court* AND Year = 2005-201

Détention provisoire

PsycNET

Title:(detention)) OR Title:(custody)) OR Title:(detainee*) OR Abstract:(detainee*)) OR Title:(remand) OR Abstract:(remand))) AND ((Index Term:(("Addiction")) OR Index Term:(("Alcohol Abuse")) OR Index Term:(("Alcohol Rehabilitation")) OR Index Term:(("Alcoholism")) OR Index Term:(("Detoxification")) OR



Index Term:("Drug Abuse") OR Index Term:("Drug Addiction") OR Index Term:("Drug Dependency") OR Index Term:("Drug Rehabilitation") OR Index Term:("Inhalant Abuse") OR IndexTermsFilter:("Polydrug Abuse")) AND Year: 2005 To 2015

PubMed

(((detention[Title]) OR custody[Title]) OR detainee*[Title/Abstract]) OR remand[Title/Abstract]) AND "Substance-Related Disorders"[Mesh] Filters activated: Abstract, published in the last 10 years, Humans, English.

Project Cork

Title = remand OR Title = detention OR Title = detainees OR Title = custody AND Year = 2005-2015

Troisième étape

Services complémentaires et modèle du carrefour

PubMed

29 juin 2016 (15 résultats, 2 retenus)

(((((((offender*[Title/Abstract]) OR criminal*[Title/Abstract]) OR prison*[Title/Abstract]) OR inmate*[Title/Abstract]) OR jail*[Title/Abstract]) OR incarcerat*[Title/Abstract])) OR ("Prisons"[Mesh]) OR "Prisoners"[Mesh])) AND (((("hub[Title/Abstract] AND spoke"[Title/Abstract]) OR ("hubs[Title/Abstract] AND spokes"[Title/Abstract])) OR wraparound[Title/Abstract]) OR "wrap around"[Title/Abstract])

PsycNet

29 juin 2016 (38 résultats, 3 retenus)

Title:("hub and spoke") OR Abstract:("hub and spoke") OR Title:("hubs and spokes") OR Abstract:("hubs and spokes") OR Title:(wraparound) OR Abstract:(wraparound) OR Title:("wrap around") OR Abstract:("wrap around")) AND ((Title:(offender*) OR Abstract:(offender*) OR Title:(criminal*) OR Abstract:(criminal*) OR Title:(prison*) OR Abstract:(prison*) OR Title:(inmate*) OR Abstract:(inmate*) OR Title:(jail*) OR Abstract:(jail*) OR Title:(incarcerat*) OR Abstract:(incarcerat*)) OR Index Terms:("Correctional Institutions") OR Index Terms:("Prisoners") OR Index Terms:("Prisons") OR Index Terms:("Reformatories"))

Prévention des rechutes

PubMed

21 juin 2016 (378 résultats, 21 retenus)

(((recidivi*[Title/Abstract]) OR relaps*[Title/Abstract])) AND ((((((offender*[Title/Abstract]) OR criminal*[Title/Abstract]) OR prison*[Title/Abstract]) OR inmate*[Title/Abstract]) OR jail*[Title/Abstract])) OR ("Prisons"[Mesh]) OR "Prisoners"[Mesh])) AND (((((((substance[Title/Abstract]) OR addict*[Title/Abstract]) OR dependent[Title/Abstract]) OR dependence[Title/Abstract]) OR alcohol*[Title/Abstract]) OR cannabis[Title/Abstract]) OR drug*[Title/Abstract]) OR marijuana[Title/Abstract])) OR (((("Alcohol Drinking"[Mesh]) OR "Marijuana Smoking"[Mesh])) OR "Substance-Related Disorders"[Mesh])) Filters: Abstract; published in the last 10 years; Humans; English



PsycNET

21 juin 2016 (251 résultats, 31 retenus)

Title:(offender*) OR Abstract:(offender*) OR Title:(criminal*) OR Abstract:(criminal*) OR Title:(prison*) OR Abstract:(prison*) OR Title:(inmate*) OR Abstract:(inmate*) OR Title:(jail*) OR Abstract:(jail*) OR Title:(incarcerat*) OR Abstract:(incarcerat*)) OR Index Term:("Correctional Institutions") OR Index Term:("Prisoners") OR Index Term:("Prisons") OR Index Term:("Reformatories")))) AND Title:(relaps*) OR Abstract:(relaps*)) OR Index Term:("Relapse Prevention")))) AND (((Index Term:("Amphetamine") OR Index Term:("CNS Stimulating Drugs") OR Index Term:("Cocaine") OR Index Term:("Crack Cocaine") OR Index Term:("Drug Dependency") OR Index Term:("Heroin") OR Index Term:("Heroin Addiction") OR Index Term:("Intravenous Drug Usage") OR Index Term:("Methamphetamine") OR Index Term:("Methylenedioxymethamphetamine") OR Index Term:("Polydrug Abuse")))) OR Any Field:(Title:(substance) OR Title:(drinking) OR Title:(alcohol) OR Title:(drug*) OR Title:(cannabis) OR Title:(marijuana) OR Abstract:(substance) OR Abstract:(drinking) OR Abstract:(alcohol) OR Abstract:(drug*) OR Abstract:(cannabis) OR Abstract:(marijuana))) OR Any Field:Index Term:("Addiction") OR Index Term:("Alcohol Drinking Patterns") OR Index Term:("Alcoholism") OR Index Term:("Drug Abuse") OR Index Term:("Drug Addiction") OR Index Term:("Drug Usage") OR Index Term:("Intravenous Drug Usage") OR Index Term:("Marijuana Usage") OR IndexTermFilter:("Substance Use Disorder")))) OR Abstract:(addiction*) OR Title:(addiction*)) AND Year: 2006 To 2016

Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

PubMed

24 juin 2016 (32 résultats, 3 retenus)

((((((((((offender*[Title/Abstract]) OR criminal*[Title/Abstract]) OR prison*[Title/Abstract]) OR inmate*[Title/Abstract]) OR jail*[Title/Abstract]) OR incarcerat*[Title/Abstract])) OR ("Prisons"[Mesh]) OR "Prisoners"[Mesh])))) AND (((((((substance[Title/Abstract]) OR addict*[Title/Abstract]) OR dependent[Title/Abstract]) OR dependence[Title/Abstract]) OR alcohol*[Title/Abstract]) OR cannabis[Title/Abstract]) OR drug*[Title/Abstract]) OR marijuana[Title/Abstract])) OR (((("Alcohol Drinking"[Mesh]) OR "Marijuana Smoking"[Mesh]) OR "Substance-Related Disorders"[Mesh])))) AND (((("cognitive therapy"[Title/Abstract]) OR "cognitive behavioural therapy"[Title/Abstract]) OR "cognitive behavioral therapy"[Title/Abstract])) OR "Cognitive Therapy"[Mesh]) Filters: Review; Meta-Analysis; Systematic Reviews

PsycNET

27 juin 2016 (8 résultats, 2 retenus)

Index Term:("Amphetamine") OR Index Term:("CNS Stimulating Drugs") OR Index Term:("Cocaine") OR Index Term:("Crack Cocaine") OR Index Term:("Drug Dependency") OR Index Term:("Heroin") OR Index Term:("Heroin Addiction") OR Index Term:("Intravenous Drug Usage") OR Index Term:("Methamphetamine") OR Index Term:("Methylenedioxymethamphetamine") OR Index Term:("Polydrug Abuse")))) OR Any Field:Title:(substance) OR Title:(drinking) OR Title:(alcohol) OR Title:(drug*) OR Title:(cannabis) OR Title:(marijuana) OR Abstract:(substance) OR Abstract:(drinking) OR Abstract:(alcohol) OR Abstract:(drug*) OR Abstract:(cannabis) OR Abstract:(marijuana))) OR Any Field:Index Term:("Addiction") OR Index Term:("Alcohol Drinking Patterns") OR Index Term:("Alcoholism") OR Index Term:("Drug Abuse") OR Index Term:("Drug Addiction") OR Index Term:("Drug Usage") OR Index Term:("Intravenous Drug Usage") OR Index Term:("Marijuana Usage") OR Index Term:("Substance Use Disorder")))) OR Abstract:(addiction*) OR Title:(addiction*)) AND



((Title:(offender*) OR Abstract:(offender*) OR Title:(criminal*) OR Abstract:(criminal*) OR Title:(prison*) OR Abstract:(prison*) OR Title:(inmate*) OR Abstract:(inmate*) OR Title:(jail*) OR Abstract:(jail*) OR Title:(incarcerat*) OR Abstract:(incarcerat*)) OR Index Term:("Correctional Institutions") OR Index Term:("Prisoners") OR Index Term:("Prisons") OR Index Term:("Reformatories")))) AND ((Title:("cognitive therapy") OR Abstract:("cognitive therapy") OR Title:("cognitive therapies") OR Abstract:("cognitive therapies") AND Title:("cognitive behavioral therapy") OR Abstract:("cognitive behavioral therapy") OR Title:("cognitive behavioral therapies") OR Abstract:("cognitive behavioral therapies") OR Title:("cognitive bahavioural therapy") OR Abstract:("cognitive bahavioural therapy") OR Title:("cognitive bahavioural therapies") OR Abstract:("cognitive bahavioural therapies")) OR Index Term:("Cognitive Behavior Therapy")))) AND Methodology: Literature Review OR Systematic Review OR Meta Analysis

Désintoxication

PubMed

16 juin 2016 (117 résultats, 12 retenus)

(((((detox*[Title/Abstract]) OR withdrawal*[Title/Abstract])) OR "Alcohol Withdrawal Delirium"[Mesh])) AND ((((((offender*[Title/Abstract]) OR criminal*[Title/Abstract]) OR prison*[Title/Abstract]) OR jail*[Title/Abstract]) OR inmate*[Title/Abstract])) OR (("Prisons"[Mesh]) OR "Prisoners"[Mesh])) Filters: published in the last 10 years; Humans; English

PsycNET

16 juin 2016 (162 résultats, 11 retenus)

Title:(incarcerat*) OR Abstract:(incarcerat*) OR Title:(offender*) OR Abstract:(offender*) OR Title:(criminal*) OR Abstract:(criminal*) OR Title:(prison*) OR Abstract:(prison*) OR Title:(jail*) OR Abstract:(jail*) OR Title:(inmate*) OR Abstract:(inmate*)) OR Index Term:("Correctional Institutions") OR Index Term:("Prisoners") OR Index Term:("Prisons") OR Index Term:("Reformatories")))) AND ((Title:(detox*) OR Abstract:(detox*) OR Title:(withdrawal*) OR Abstract:(withdrawal*)) OR Index Term:("Detoxification")))) AND Year: 2006 To 2016 AND Peer-Reviewed Journals only

Google Scholar

16 juin 2016

allintitle: detoxification prison (3 résultats : 2 dans la littérature grise, 1 duplicata)

allintitle: detoxification prisoner (0 résultat)

allintitle: detoxification prisoners (1 résultat : 1 duplicata)

allintitle: detoxification inmate (0 résultat)

allintitle: detoxification inmates (0 résultat)

allintitle: withdrawal inmates (5 résultats : 2 retenus, 1 duplicata)

allintitle: withdrawal inmate (0 résultat)

allintitle: withdrawal prison (3 résultats : 2 duplicatas)

allintitle: withdrawal prisons (1 résultat : 1 retenu)

allintitle: withdrawal prisoner (1 résultat : 0 retenu)

allintitle: withdrawal prisoners (0 résultat)



Entrevue motivationnelle

PubMed

28 juin 2016 (10 résultats, 1 retenu)

(((((((((offender*[Title/Abstract]) OR criminal*[Title/Abstract]) OR prison*[Title/Abstract]) OR inmate*[Title/Abstract]) OR jail*[Title/Abstract]) OR incarcerat*[Title/Abstract])) OR ("Prisons"[Mesh] OR "Prisoners"[Mesh])) AND (("motivational interviewing"[Title/Abstract]) OR "Motivational Interviewing"[Mesh]) Filters: Meta-Analysis; Review; Systematic Reviews

PsycNET

28 juin 2016 (5 résultats, 2 retenus)

Title:(offender*) OR Abstract:(offender*) OR Title:(criminal*) OR Abstract:(criminal*) OR Title:(prison*) OR Abstract:(prison*) OR Title:(inmate*) OR Abstract:(inmate*) OR Title:(jail*) OR Abstract:(jail*) OR Title:(incarcerat*) OR Abstract:(incarcerat*)) OR Index Term:("Correctional Institutions") OR Index Term:("Prisoners") OR Index Term:("Prisons") OR Index Term:("Reformatories")) AND ((Title:("motivational interviewing") OR Abstract:("motivational interviewing")) OR Index Term:("Motivational Interviewing")) AND Methodology: Literature Review OR Systematic Review OR Meta Analysis

Bibliothèque Cochrane

28 juin 2016 (4 résultats, 1 duplicata)

#1 Offender:ti,ab,kw or criminal:ti,ab,kw or prison:ti,ab,kw or jail:ti,ab,kw or incarceration:ti,ab,kw (Word variations have been searched)

#2 "motivational interviewing":ti,ab,kw (des variations de mots ont été utilisées)

#3 #1 and #2

Équipes de transition en milieu correctionnel

PubMed

17 juin 2016 (25 résultats, 2 retenus)

("transition team"[Title/Abstract]) OR "transition teams"[Title/Abstract]

PsycNET

17 juin 2016 (56 résultats, 1 retenu)

Title : "transition team" OR Abstract: " transition team" OR Title: "transition teams" OR Abstract: "transition teams"

Author: {Hartwell, Stephanie} (9 résultats, 0 retenu)

Google Scholar : 17 juin 2016

"transition team" corrections "substance abuse" (350 résultats, 0 retenu)

allintitle: "transition team" (107 résultats, 0 retenu)

National Criminal Justice Reference Service : 20 juin 2016

"transition team" (82 résultats, 0 retenu)