

FAQ

sur les toxicomanies dans les établissements de correction



Cette FAQ sur les toxicomanies dans les établissements de correction a été préparée par le D^r John Weekes, analyste principal de la recherche, et par le D^r Gerald Thomas, analyste principal des politiques, Division de la recherche et de la politique, et Greg Graves, coordonnateur, Formation et pratiques exemplaires, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT). Elle vise à fournir des renseignements actuels, objectifs et empiriques dans le but d'orienter la discussion sur les toxicomanies dans les établissements de correction au Canadaⁱ

De quelle façon le système correctionnel du Canada fonctionne-t-il?

- Même si bon nombre de pays ont un seul système carcéral (p. ex., Angleterre et pays de Galles, Norvège, Suède, etc.), les systèmes correctionnels du Canada ont deux volets :
 1. les divers systèmes correctionnels provinciaux/territoriaux chargés des jeunes délinquants (âgés de moins de 18 ans), des personnes en probation et des peines de placement sous garde allant jusqu'à deux ans,
 2. un système carcéral fédéral géré par le Service correctionnel du Canada (SCC) pour les durées d'incarcération allant de deux ans à la perpétuitéⁱⁱ.
- Conformément à la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition (LSCMLC)ⁱ, un des principaux objectifs des établissements de correction du Canada est de préparer les délinquants à une réinsertion réussie dans la société. Cela inclut la prestation de programmes de traitement conçus pour traiter les facteurs liés à la criminalité (p. ex., violence, déviance sexuelle, toxicomanie, etc.).
- Chaque système fédéral/provincial/territorial a la responsabilité individuelle de tous les aspects du fonctionnement en milieu carcéral, y compris l'élaboration et la prestation de tous les services de traitement à l'intention des délinquants incarcérés, de même que pour ceux qui sont en liberté sous condition dans la collectivité. Cela inclut la prestation de services de traitement et d'évaluation de l'alcoolisme et des autres toxicomanies.
- La période d'incarcération relativement courte dans les établissements de correction provinciaux/territoriaux, de même que l'important secteur géographique de la plupart des provinces et territoires, créent des défis particuliers en ce qui a trait à la prestation de services de traitement et d'entretien/de suivi aux délinquants dans le besoin.
- Le SCC dirige un Centre de recherche en toxicomanie (CRT) à Montague, Î.-P.-É. Le CRT est chargé de l'élaboration de programmes de traitement de l'alcoolisme et des autres toxicomanies et des recherches connexes pour les établissements de correction fédéraux.
- La nature décentralisée des établissements de correction et des programmes correctionnels au Canada suggère que la coordination nationale est nécessaire pour assurer la prestation de services efficaces en matière d'évaluation des « pratiques exemplaires », de traitement et d'entretien/de suivi pour les délinquants dans tout le pays.

ⁱ Notre examen indique que peu de données sur les problèmes de toxicomanie des délinquants sont facilement accessibles auprès des services correctionnels provinciaux/territoriaux. Par conséquent, la plupart des statistiques canadiennes mentionnées dans la présente sont fondées sur les données publiées par le Service correctionnel du Canada, à moins d'indication contraire.

ⁱⁱ Le Canada n'a pas de sentence de mort.

Quelle proportion de la population carcérale a un problème de toxicomanieⁱⁱⁱ?

- La majorité des délinquants démontrent un type quelconque de problème de toxicomanie. Les données sur la prévalence au Canada indiquent qu'au moins sept délinquants sur dix du système correctionnel fédéral ont consommé de l'alcool et d'autres drogues de façon problématique pendant l'année précédant leur incarcération².
- Au Canada, environ 51 % des prisonniers sous la responsabilité des établissements de correction fédéraux ont un problème d'alcool³.
- Approximativement 48 % des prisonniers canadiens sous responsabilité fédérale ont des problèmes de consommation de drogues (autres que l'alcool)⁴.
- En Saskatchewan, il a été reconnu que jusqu'à 93 % des délinquants de la province ont un problème de toxicomanie⁵.
- Environ 80 % des prisonniers dans les prisons de l'Angleterre et du pays de Galles ont un problème de toxicomanie⁶.
- Une évaluation de l'ensemble de la population carcérale du Maine a permis d'établir qu'environ 90 % des prisonniers avaient un problème de toxicomanie⁷.
- En Nouvelle-Zélande, 80 % des délinquants ont consommé de l'alcool ou d'autres drogues immédiatement avant de commettre leur(s) plus récente(s) infraction(s)⁸.

Quelle est la gravité des problèmes de toxicomanie des délinquants?

- La *gravité* des problèmes de toxicomanie des délinquants varie considérablement^{iv}. La gravité des problèmes a des implications importantes sur la durée et l'intensité du traitement, le nombre de séances par semaine et la diversité des techniques et des modalités de traitement, de même que sur le coût du traitement et l'entretien et le suivi après le traitement.
- Même si pratiquement tous les délinquants sous responsabilité fédérale consomment de l'alcool ou d'autres drogues, environ un tiers ne montrent pas de signe de consommation problématique.
- Un autre tiers des délinquants ont un problème moins grave, et l'autre tiers démontrent des problèmes un peu plus graves, y compris environ 20 % qui ont des problèmes graves (c.-à-d. « dépendance »). À titre de comparaison, seulement environ 3 % de la population canadienne (âgée de 15 ans et plus) montre des signes de problèmes graves ou de dépendance⁹.
- Les recherches ont permis de constater que la probabilité qu'ont les délinquants d'être confrontés à un problème de polytoxicomanie (c.-à-d. la consommation de plus d'un type de substance au même moment) croît en fonction de la gravité de leur problème¹⁰.
- Ces dernières années, l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) a été soulevé comme un problème susceptible d'être marquant dans les systèmes correctionnels¹¹. Bien que des statistiques précises sur la prévalence ne soient pas encore disponibles au Canada, les recherches suggèrent que les personnes atteintes de ces troubles courent un risque accru de développer une toxicomanie et d'avoir des démêlés avec le système de justice pénale^{12,13}.
- En général, les femmes incarcérées ont des problèmes de toxicomanie plus graves que ceux des hommes et sont plus susceptibles de consommer des drogues « dures » (p. ex., cocaïne, héroïne, barbituriques, amphétamines, etc.)^{14,15,16}.
- Dans une étude australienne, on a constaté que les délinquantes incarcérées au State of Queensland avaient un taux de consommation de drogues injectables plus élevé (51 %) que celui des délinquants des divers établissements associés au State of Queensland (portée = 12–42 %), de même que des taux d'infection à l'hépatite C plus élevés¹⁷.
- En Angleterre, les résultats d'un rapport de 2001 du Home Office indiquaient que 41 % des femmes en détention provisoire avaient une dépendance aux opiacés pendant l'année qui a précédé leur incarcération, comparativement à 26 % chez les hommes¹⁸.
- Une étude menée auprès des délinquantes de Prince Albert en Saskatchewan a révélé que 75 % d'entre elles étaient des utilisatrices de drogues injectables (UDI^v) ou en consommaient encore¹⁹.

ⁱⁱⁱ Les variations de la prévalence des problèmes de toxicomanie dans les divers établissements de correction sont probablement attribuables, en partie, aux différents dispositifs de dépistage et de mesure utilisés pour déterminer les délinquants qui consomment de l'alcool et d'autres drogues de façon problématique.

^{iv} En combinaison avec la quantité et le type d'alcool et d'autres drogues utilisées, de même qu'avec la fréquence de leur consommation, « gravité » est définie comme étant la mesure dans laquelle les habitudes de consommation de substances d'une personne ont une incidence sur divers facteurs sociaux, interpersonnels et relatifs à la santé, à l'emploi, au comportement criminel et au style de vie.

^v La consommation de drogues injectables est un processus où au moins une substance psycho-active est directement injectée dans le corps à l'aide d'une seringue et d'une aiguille hypodermique. Malgré le fait que bon nombre de consommateurs de drogues n'aiment pas cette façon de faire en raison de l'inconfort ou de la peur des aiguilles, il s'agit souvent de la méthode de

- En général, les délinquants autochtones du Canada signalent des problèmes de toxicomanie plus graves que ceux des délinquants qui ne sont pas Autochtones^{20,21}.
- 38 % des délinquants autochtones ont de graves problèmes d'alcool contre 16 % chez les délinquants non autochtones. D'autre part, 71 % des délinquants autochtones ont de graves problèmes de consommation de drogues comparativement à 66 % chez les délinquants non autochtones²².
- Les toxicomanies représentent un facteur important qui influe sur la réadmission des délinquants en détention après une libération. Des études canadiennes ont démontré que 70 % des suspensions de la mise en liberté des délinquants sont associées à l'alcool et aux autres drogues²³.

Quels genres de drogues les délinquants consomment-ils?

- Il y a une variation régionale considérable en ce qui a trait à la préférence des drogues au Canada comme dans le cas des divers établissements de correction internationaux. Par exemple, même si les taux globaux de prévalence sont similaires dans le pays, l'héroïne est consommée à des niveaux plus élevés dans les régions aux centres urbains importants (p. ex., Vancouver, Toronto, et Montréal, tandis que l'abus d'alcool et de cocaïne est plus dominant dans le Canada atlantique.
- L'analyse des tendances nationales de la consommation de drogues chez les délinquants sous la responsabilité des établissements du SCC a révélé les habitudes de consommation suivantes pendant les six mois précédant l'arrestation des délinquants (la plus récente) :

○ Marijuana	85 %
○ Alcool et drogues	80 %
○ Cocaïne	60 %
○ Tranquillisants	35 %
○ Opiacés	30 %
○ Hallucinogènes	25 %
○ Stimulants	25 %
○ Sédatifs	20 %
○ Héroïne	15 %
○ Substances inhalées	5 %

- Les données^{vi} provenant du Office of Substance Abuse²⁴ de l'État du Maine ont révélé les habitudes de consommation de drogues suivantes chez les délinquants 12 mois avant leur arrestation :

○ Marijuana	59 %
○ Cocaïne	22 %
○ Héroïne	10 %
○ Médicaments d'ordonnance	5 %
○ Autres	4 %

Dans quelle mesure les toxicomanies sont-elles reliées à la criminalité?

- Environ la moitié de tous les prisonniers des États-Unis ont révélé qu'ils étaient sous l'influence de l'alcool ou d'autres drogues au moment de leur infraction (fédéral = 34 %; État = 51 %) ²⁵.
- Au Canada, la consommation et l'abus d'alcool et d'autres drogues est fortement associée à un large éventail d'activités et de comportements criminels (p. ex., violence, infractions contre les biens, etc.). Les données sur les délinquants sous responsabilité fédérale ont révélé ce qui suit ²⁶:

○ Conduite avec facultés affaiblies	94 %
○ Agression	69 %
○ Vol	66 %
○ Meurtre	58 %
○ Entrée par effraction	56 %
○ Vol qualifié	56 %

consommation privilégiée puisque la drogue entre dans la circulation sanguine plus rapidement et plus directement que toute autre méthode (p. ex., fumer, avaler ou renifler). Cette méthode est souvent considérée par les utilisateurs de drogues injectables (UDI) comme une méthode plus efficace et plus rentable que d'autres méthodes de consommation.

^{vi} À la différence des statistiques canadiennes, les données provenant du Maine n'incluent pas l'alcool.

- Agression sexuelle 45 %
 - Infractions liées aux drogues 28 %
 - Fraude 22 %
- Dans l'ensemble, un peu plus de la moitié de tous les délinquants canadiens sous responsabilité fédérale signalent que la consommation et l'abus de substances étaient directement ou indirectement liés à au moins une des infractions relatives à leur inculpation actuelle^{27,28}.
 - Le lien entre la consommation de substances et la criminalité peut prendre diverses formes : 1) le résultat des effets psychopharmacologiques de la drogue (p. ex., la violence qui résulte des effets désinhibiteurs de l'alcool), 2) le crime « acquisitif » pour se procurer des drogues (p. ex., vols qualifiés armés pour satisfaire une dépendance de cocaïne) et 3) l'activité criminelle comme moyen de faire des affaires en relation avec les drogues (p. ex., perpétrer des meurtres en relation avec le commerce des drogues)²⁹.
 - La mesure dans laquelle l'abus de substances et un comportement criminel sont reliés augmente considérablement en fonction de la gravité des problèmes du délinquant. Des délinquants qui ont des problèmes graves, 97 % ont indiqué qu'ils avaient consommé le jour de l'infraction; 87 % ont indiqué que l'abus de substances était associé à leurs crimes tout au long de leurs antécédents criminels³⁰.
 - Les délinquants ayant des problèmes de toxicomanie plus graves sont plus susceptibles d'être réincarcéré à la suite d'une libération³¹.

Dans quelle mesure l'alcool^{vii} et les autres drogues sont-elles disponibles en prison?

- C'est dans les prisons que l'on retrouve la proportion la plus élevée de personnes qui ont des problèmes de toxicomanie dans la société. Les drogues *sont* disponibles en prison. Les études qui examinent les taux d'usage de substances indiquent que le taux de consommation de drogues par personne dans les prisons du Canada est significativement plus que le taux de consommation dans la rue. De plus, le commerce des drogues est également beaucoup plus violent en prison qu'il ne l'est dans la rue.
- En effet, l'alcool et les autres drogues sont disponibles dans une certaine mesure dans presque tous les établissements de correction du monde. Une enquête par entrevue menée auprès de 317 prisonniers sous responsabilité fédérale au Québec a révélé que 33 % des prisonniers avaient consommé de l'alcool ou d'autres drogues au moins une fois au cours des trois mois précédents³².
- Le Rapport annuel 2003 de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) indique, dans ses estimations, que 12–60 % des détenus incarcérés dans les prisons européennes ont consommé des drogues pendant leur incarcération³³.
- Malgré les efforts considérables que l'on déploie pour limiter ou éliminer les drogues dans les prisons, de l'alcool et d'autres drogues continuent d'être saisies, et on découvre que des délinquants sont intoxiqués (« état autre que normal »), qu'ils obtiennent un résultat positif au test de dépistage de diverses drogues par analyse d'urine, et certains déclarent dans le cadre d'enquêtes et de questionnaires qu'ils consomment des drogues en prison.
- En Angleterre, Her Majesty's Prison Service (HMPS) Drug Strategy Unit a signalé qu'entre avril 2002 et mars 2003, diverses drogues ont été saisies par les autorités carcérales, y compris : de la diamorphine (la plus fréquente), du cannabis, des stéroïdes, de la cocaïne/du crack, des amphétamines/de l'ecstasy, de l'héroïne et un grand nombre de drogues moins connues³⁴.
- Au Canada, dans le rapport annuel 2003 de la Division de la sécurité du SCC, on indique qu'un peu plus de 11 % des délinquants ont un résultat positif au programme d'analyse d'urine aléatoire du Service visant à dépister la consommation de drogues³⁵.
- L'analyse en laboratoire de ces échantillons et les rapports sur la saisie de drogues de contrebande révèlent que le cannabis et les autres produits à base de THC^{viii} représentent les substances qui sont les plus fréquemment utilisées, suivies de divers opiacés, de benzodiazépines et de la cocaïne. Les quantités saisies se répartissaient comme suit :
 - Produits à base de THC 9 358 grammes
 - Benzodiazépines 1 489 comprimés

^{vii} L'alcool que l'on retrouve dans les prisons n'est généralement pas produite sur le marché, mais à l'intérieur des établissements à l'aide d'ingrédients de base, comme le sucre, la levure (provenant du pain) et les jus de fruits ou de légumes. L'alcool de contrebande est connue sous deux noms selon la terminologie des prisons : le nom « broue » est utilisé au Canada et « gnôle » (hooch) est utilisé aux É.-U. et en Angleterre et au pays de Galles. L'alcool est généralement produit lorsqu'il y a pénurie de drogues dans la prison et elle préoccupe particulièrement les autorités carcérales en raison de ses effets désinhibiteurs et de la possibilité d'entraîner un comportement violent.

^{viii} Le tétrahydrocannabinol, l'ingrédient psycho-actif du cannabis.

- Opiacés 226 grammes
- Cocaïne 159 grammes

- Au cours de l'année 2003, un total de 8 732 litres d'alcool ont été saisis dans les prisons fédérales canadiennes.
- De plus, 328 seringues ont été saisies, de même que 357 appareils pour fumer (pour le cannabis et les autres drogues).

Dans quelle mesure les efforts déployés pour limiter la disponibilité de l'alcool et des autres drogues dans les prisons sont-ils efficaces?

- On a eu recours à un large éventail de techniques et de procédures de recherche et de saisie afin de tenter de minimiser ou d'éliminer la disponibilité de l'alcool et des autres drogues dans les prisons. Parmi les mesures de réduction de l'approvisionnement, on compte les suivantes :
 - fouilles aléatoires des cellules et des installations par le personnel de la sécurité,
 - dépistage et fouille du personnel et des visiteurs à l'entrée/la sortie,
 - fouilles intrusives pour un « motif valable » (c.-à-d. fouille des cavités du corps),
 - utilisation des cellules « sèches » pour un « motif valable »,
 - chiens de détection de drogues,
 - surveillance en circuit fermé (CCTV),
 - mesures de sécurité de périmètre (des filets au-dessus des terrains d'exercice, des clôtures internes plus élevées pour prévenir les projectiles, des véhicules d'intervention rapide qui patrouillent le périmètre de la prison),
 - achat de biens provenant de fournisseurs agréés seulement,
 - analystes du renseignement dans chaque établissement,
 - technologies de détection des drogues (p. ex., scanners à ions, appareils de radiographie, etc.),
 - modifications à la conception et à la disposition des aires de visite (utilisation de meubles fixes et de bas niveau),
 - test aléatoire d'analyse de l'urine obligatoire,
 - unités « sans drogue »^{ix},
 - programmes volontaires d'analyse de l'urine.
- Il existe peu de données probantes empiriques solides et constantes pour confirmer l'efficacité de ces mesures complètes et coûteuses d'« interdiction » des drogues.
- De plus, il est peu probable que même les meilleurs efforts du personnel et des dirigeants des prisons puissent complètement éliminer l'alcool et les autres drogues des prisons. En effet, la notion d'une prison « sans drogue » a été reconnue par certains systèmes carcéraux comme étant « irréaliste »³⁶. En grande partie, il semble que l'on ait tiré cette conclusion en fonction des tentatives qui visaient à équilibrer les préoccupations concernant la sécurité et les droits humains.

Dans quelle mesure les programmes d'analyse de l'urine en milieu carcéral sont-ils efficaces pour réduire la consommation de drogues chez les délinquants?

- La plupart des établissements de correction ont recours à un certain type de programme aléatoire ou obligatoire de dépistage des drogues. Ce programme inclut généralement une analyse de l'urine en laboratoire. Toutefois, l'examen des tests de dépistage par analyse de l'urine en Angleterre et au pays de Galles et au Canada brossent un tableau non concluant en ce qui a trait à l'efficacité du dépistage obligatoire des drogues dans la réduction naturelle du taux de consommation de drogues chez les délinquants incarcérés et les délinquants mis en liberté^{37,38}.
- Les statistiques récentes sur l'analyse de l'urine du HMPS indiquent qu'entre 1997 et 2003, le taux positif est passé de 24,4 % à 11,7 %³⁹. D'autre part, les résultats d'une étude menée en 2001 par le SCC révèlent qu'entre 1996 et 2000, le taux positif est demeuré grandement inchangé (11–12 %)⁴⁰. Malgré les différences possibles entre les établissements au chapitre des pratiques et des politiques du programme d'analyse de

^{ix} Les unités sans drogue sont des unités résidentielles d'une prison qui sont occupées par des prisonniers volontaires qui ont signé un contrat et promis de s'abstenir. Ils peuvent ou peuvent ne pas avoir un problème de toxicomanie. Généralement, les prisonniers acceptent également de se soumettre à d'autres procédures de dépistage des drogues et de fouille. Dans certains cas, les unités sans drogue disposent de services de traitement. Dans certains systèmes correctionnels, ces unités sont connues sous le nom d'unités « des contrats » et d'unités de « soutien intensif ».

l'urine, les résultats canadiens sont encore plus obscurs en raison du fait qu'il y a eu une augmentation du taux de refus de participation au test de dépistage chez les délinquants (même dans le cas où un refus donne lieu à une mesure disciplinaire). Ce résultat est encore plus évident au niveau des établissements à sécurité maximale où le taux de refus est passé de 16 à 29 % sur quatre ans.

- Certains chercheurs suggèrent que l'existence des programmes de dépistage aléatoires peut inciter les délinquants à se tourner vers des drogues plus graves ayant une période de demi-vie du métabolite plus courte (p. ex., héroïne, cocaïne, etc.) que celle des substances à base de THC afin d'éviter la détection^{41,42}. Toutefois, les tendances des résultats des analyses de l'urine dans les recherches canadiennes n'appuient pas cette conclusion sans ambiguïté⁴³. Néanmoins, les risques possibles pour la santé associés au fait que les délinquants optent pour des drogues plus problématiques (puisque certains délinquants commencent à utiliser des drogues injectables en prison) peuvent l'emporter sur l'importance pour les systèmes carcéraux de continuer les tests de dépistage du THC.

L'utilisation de drogues injectables et l'échange de seringues dans les prisons représentent-ils un problème grave?

- Étant donné le grand nombre de prisonniers qui ont des problèmes de toxicomanie (bon nombre d'entre eux utilisent des drogues injectables), la propagation de maladies infectieuses comme l'hépatite C et le VIH/SIDA représente une préoccupation importante.
- Le taux d'infection au VIH/SIDA chez les prisonniers du système correctionnel fédéral canadien (1,7 %) est plus de dix fois supérieur à celui de la population en général (0,13 %). Les taux d'infection au VIH/SIDA sont particulièrement élevés chez les prisonniers de sexe féminin sous la responsabilité fédérale (8 % dans la région des Prairies)⁴⁴.
- Le taux d'infection à l'hépatite C chez les prisonniers canadiens sous responsabilité fédérale est encore plus élevé que celui de l'infection au VIH/SIDA, le taux de prévalence global (23,6 %) étant plus de 20 fois supérieur à celui de la population générale du Canada. Encore une fois, les taux globaux d'infection à l'hépatite C sont beaucoup plus élevés chez les prisonniers de sexe féminin (41,2 %) que chez les prisonniers de sexe masculin (23,2 %)⁴⁵.
- En 2003, l'OEDT signale que 3–34 % des prisonniers européens ont utilisé des drogues injectables en prison⁴⁶.
- Au Canada, environ 18,3 % des délinquants ont indiqué avoir utilisé des drogues injectables avant d'être incarcérés. De ces délinquants, 54,6 % ont utilisé des drogues injectables au cours des six mois précédant l'incarcération⁴⁷.
- Les résultats d'une enquête menée en 1995 auprès des délinquants incarcérés dans une prison fédérale révèlent que 11 % ont avoué avoir utilisé des drogues injectables depuis leur incarcération⁴⁸.
- 41 % de ces délinquants ont indiqué que le matériel utilisé pour l'injection n'était pas propre ou qu'ils ne savaient pas s'il était propre⁴⁹.
- Les résultats d'une enquête menée en 1998 auprès de l'établissement de Joyceville^x révèlent que 24 % des répondants ont indiqué avoir utilisé des drogues injectables en prison (25 % de ces personnes ont indiqué qu'elles avaient commencé à utiliser des drogues injectables *après* leur incarcération)⁵⁰.

Dans quelle mesure les délinquants sont-ils motivés à modifier leur comportement de toxicomanes?

- Même si l'on pense souvent que les délinquants sont enclins au « déni » de l'existence de problèmes d'alcool et d'autres drogues, les données actuelles brossent un tableau quelque peu différent. Les résultats d'une étude canadienne révèlent que presque tous les délinquants interrogés dans le cadre de l'étude et ayant des problèmes de toxicomanie de niveau moyen à grave ont reconnu avoir ressenti qu'ils avaient un problème⁵¹.
- Dans le même ordre d'idées, environ 75 % des délinquants ayant des problèmes moins graves ont indiqué que leur consommation de substances était problématique. Plutôt que de conclure que les autres 25 % étaient dans le déni, il est possible, étant donné la légèreté de leur problème, qu'ils ne reconnaissaient tout simplement pas que leur comportement était problématique⁵².
- Mis ensemble, les faits sont que la majorité des délinquants ayant un problème de toxicomanie savent qu'ils ont un problème. Toutefois, la reconnaissance du problème ne signifie pas nécessairement qu'il y a motivation à régler celui-ci.
- En général, il a été constaté que la motivation du délinquant de suivre un traitement est en rapport inverse avec la gravité de ses problèmes (p. ex., prédisposition à la violence, déviance sexuelle, etc.). Ce phénomène semble également être vrai pour les délinquants qui ont des problèmes de toxicomanie. Bien que les délinquants ayant des

^x L'établissement de Joyceville est un établissement de correction fédéral à sécurité moyenne qui accueille une population d'approximativement 500 délinquants et qui est situé près de Kingston en Ontario.

problèmes graves puissent reconnaître que leur comportement est problématique et qu'il présente un risque élevé (tant pour eux-mêmes que pour les autres), ils sont les moins motivés pour résoudre leur problème.

- Ces dernières années, une approche d'intervention prometteuse appelée *technique d'entrevue motivationnelle* a été utilisée auprès des délinquants qui ont des problèmes de toxicomanie dans le but de les aider à suivre un traitement contre les toxicomanies, tant en prison qu'après leur libération⁵³. En fait, tous les nouveaux programmes d'intervention offerts par le SCC incluent des techniques d'entrevue motivationnelle. Un certain nombre de services correctionnels des É.-U. utilisent également l'entrevue motivationnelle dans leurs programmes contre l'alcoolisme et les toxicomanies (p. ex., Maine, Ohio, Pennsylvanie et New Jersey).

Quel type de programme de traitement contre les toxicomanies est offert aux délinquants en prison et en liberté dans la communauté?

- Au fil des ans, un large éventail de services de prévention, de traitement et de counselling a été mis en œuvre pour les délinquants, y compris les suivants :
 - programmes de désintoxication,
 - traitement en établissement,
 - programmes communautaires thérapeutiques,
 - programmes externes,
 - interventions brèves,
 - pharmacothérapie (p. ex., traitement d'entretien à la méthadone),
 - tribunaux spécialisés en matière de drogues,
 - groupes d'entraide (p. ex., Alcooliques Anonymes, Narcotiques Anonymes, etc.),
 - programmes de prévention des rechutes,
 - traitement de transition,
 - entretien et suivi,
 - programmes de prévention à l'intention des délinquants qui n'ont pas de problème de toxicomanie.
- Ces interventions et services ont considérablement varié sur le plan de leur fondement théorique (ou de leur manque de théorie) et de la mesure dans laquelle la conception du programme est fondée sur des données probantes empiriques solides. En fait, la majorité des programmes actuellement offerts aux délinquants à l'échelle mondiale ont été élaborés sans base théorique claire, sans données probantes empiriques ou sans adhérence marquée aux lignes directrices reconnues sur les pratiques exemplaires^{xi}.
- Les exceptions notables incluent les programmes du SCC⁵⁴, de même que les programmes mis au point par le Federal Bureau of Prisons des É.-U.⁵⁵, le Department of Corrections⁵⁶ du Maine et les HMPS High Security Prisons⁵⁷. Chacun de ces modèles de programme est fondé sur une théorie intégrée et utilise des cadres d'évaluation complets^{xii}.
- Bon nombre des programmes contre les toxicomanies en milieu correctionnel exigent des participants au programme qu'ils ne consomment pas de drogues ni de médicaments avant de commencer le traitement, insistent sur l'abstinence totale (l'alcool et les autres drogues) à titre de seul résultat convenable au traitement et expulsent les participants qui consomment. Toutefois, certains établissements de correction commencent à se rendre compte que de nombreux délinquants qui sont intéressés à recevoir un traitement sont incapables ou n'ont pas la volonté de mettre fin à leur consommation d'alcool et d'autres drogues et que ces personnes peuvent tout de même être des candidats appropriés pour le traitement et s'améliorer considérablement du point de vue de leur comportement de toxicomanes, réduisant ainsi la probabilité d'une toxicomanie ou d'activités criminelles éventuelles.
- Il est bien établi dans le vaste sujet de la prévention des rechutes (pour divers problèmes, y compris les toxicomanies) que les écarts, les relâchements et les rechutes sont la norme plutôt que l'exception dans le cheminement vers une modification du comportement, même pour ceux qui ont bien progressé dans le traitement. Par conséquent, les programmes qui exigent l'abstinence ou qui renvoient les participants qui

^{xi} Une partie du problème peut être attribuable au fait qu'il n'y a pas de consensus clair au sein du milieu clinique relativement aux ingrédients des pratiques exemplaires et très peu de recherches bien conçues (discuté plus loin) pour orienter l'élaboration et le fonctionnement des programmes.

^{xii} Les programmes de traitement des toxicomanies du SCC ont été mis en œuvre dans un certain nombre d'organismes et d'établissements de correction provinciaux et internationaux, y compris le Department of Corrections and Public Safety de la Saskatchewan, le ministère de la Sécurité publique du Nouveau-Brunswick, Division des services communautaires et correctionnels, le Bermuda Department of Corrections, le National Probation Service (Angleterre et pays de Galles), le Ministry of Justice and the Police de la Norvège, le Swedish Prison and Probation Service et les Volunteers of America, Delaware Valley.

consommant sont loin d'être réalistes et, comme il sera discuté ci-dessous, ils peuvent entraîner une plus grande probabilité d'échecs menant à la toxicomanie et à la criminalité (pour les délinquants)⁵⁸.

Quelles sont les caractéristiques des programmes de traitement des toxicomanies fondés sur les « pratiques exemplaires » en prison?

- De récents développements dans le domaine des traitements efficaces en milieu correctionnel ont permis de déceler trois principaux principes qui sont essentiels à la détermination de l'élaboration d'une méthode de traitement appropriée⁵⁹. Dans l'ensemble, ce modèle prend appui sur la notion que ce ne sont pas tous les délinquants qui ont besoin du même type de traitement, pas plus que chacun des traitements est approprié à chaque délinquant. Les trois principes sont les suivants :
 1. Les services d'intervention intensifs devraient être réservés aux délinquants qui sont déterminés comme des personnes courant un « risque élevé » d'adopter à nouveau un comportement criminel. Les personnes considérées à risque élevé répondent mieux aux services intensifs, tandis que les personnes qui présentent un risque moins élevé répondent mieux aux services moins intensifs.
 2. Le traitement devrait être conçu de façon à cibler les besoins ou les facteurs « criminogènes » qui sont théoriquement et empiriquement prédictifs d'un comportement criminel. Ces besoins sont dynamiques, c'est-à-dire qu'ils peuvent être modifiés grâce au traitement (p. ex., toxicomanie).
 3. Le traitement devrait être conçu de façon à répondre à ces personnes qui participent au traitement en prenant en considération leur orientation, leur style cognitif, leurs styles d'apprentissage, etc.
- Un nombre spécifique de techniques de traitement et de composantes ont été associées à des réductions considérables de l'utilisation de substances après le traitement :
 - formation sur les aptitudes sociales,
 - compétences en résolution de problèmes,
 - acquisition d'habiletés d'adaptation,
 - aptitudes à l'identification de situations à haut risque,
 - prévention structurée des rechutes,
 - établissement d'objectifs dans le traitement,
 - techniques d'entrevue motivationnelle/amélioration,
 - aptitudes à l'emploi,
 - formation sur le comportement conjugal,
 - formation sur la gestion du stress,
 - entretien, surveillance et suivi,
 - techniques d'appui communautaire.
- Ces dernières années, le HMPS et le SCC ont mis au point un cadre en fonction duquel les programmes de traitement des toxicomanies en milieu carcéral peuvent être évalués au regard d'une efficacité probable^{xiii}.
 - Fondé sur une théorie basée sur des données probantes
 - A recours à des méthodes, des techniques et des modalités efficaces
 - Polyvalent — inclut différentes modalités de traitement
 - Intensité appropriée pour répondre aux besoins des participants (problèmes graves et moins graves)
 - Intégrité au programme — offert régulièrement et conformément aux principes établis
 - Personnel de qualité — recruté en fonction des critères de sélection
 - Personnel bien formé — certifié, encadré et appuyé
 - Soutien à la gestion
 - Milieu correctionnel favorable à la prestation du programme
 - Évaluation et sélection adéquates des participants
 - Infrastructure d'évaluation et de surveillance complète
- Des modèles de service et d'intervention uniques sont nécessaires pour les femmes, les minorités ethniques (y compris les Autochtones) et les délinquants plus jeunes. Même si les techniques et concepts de traitement de base (p. ex., prévention des rechutes, entrevue motivationnelle, etc.) sont relativement universels et qu'il *peut* être

^{xiii} Récemment, le Swedish Prison and Probation Service (Kriminalvården) a présenté un processus d'accréditation et d'examen des programmes similaire.

convenable de les utiliser auprès de ces populations, la façon dont les programmes de traitement sont conçus et structurés peut être considérablement différente de la façon dont sont conçus les programmes offerts aux délinquants adultes de sexe masculin. En effet, les voies qui mènent à la toxicomanie, les raisons pour lesquelles ils continuent de consommer de façon problématique, les répercussions de la consommation sur la santé et les façons dont ils cherchent de l'aide et pourquoi sont bien différentes de leurs homologues de sexe masculin^{60,61,62}.

Dans quelle mesure les programmes de traitement des toxicomanies à l'intention des délinquants sont-ils efficaces?

- Comme il a été mentionné précédemment, un des mandats législatifs des établissements de correction au Canada consiste à préparer les délinquants pour leur mise en liberté. Étant donné les taux de prévalence élevés en ce qui a trait aux toxicomanies chez les délinquants, tant au Canada qu'ailleurs dans le monde, un traitement efficace est essentiel à une réinsertion réussie et à la réduction du risque de récidive.
- Toutefois, l'examen des écrits sur les toxicomanies révèle que très peu de programmes axés sur le milieu carcéral et la collectivité ont été assujettis à des évaluations rigoureuses des résultats.
- Certaines données probantes tirées des programmes qui ont été évalués révèlent que les services de traitement des toxicomanies à l'intention des délinquants peuvent réduire l'alcoolisme et les toxicomanies et la criminalité⁶³. Toutefois, cette recherche est problématique⁶⁴. Les problèmes relevés dans cet ensemble de recherches incluent une mauvaise interprétation des analyses statistiques, des critères de sélection des participants qui ne sont pas clairs ni uniformes, le renvoi des délinquants qui, selon les analyses, n'ont pas terminé les programmes, l'élimination des délinquants qui ont été renvoyés du programme en raison de la consommation d'alcool ou d'autres drogues, etc. L'effet net de ces problèmes méthodologiques est de possiblement orienter les résultats de façon à trouver un résultat positif.
- Les résultats de plusieurs autres études conçues avec davantage de soin^{xiv} ont démontré des raisons d'être optimiste au moment de prendre en considération l'efficacité de programmes de traitement des toxicomanies axés sur le milieu carcéral :
 - Les résultats d'une évaluation sur 19 sites des programmes de traitement des toxicomanies en établissement axés sur le milieu carcéral et gérés par le Federal Bureau of Prisons des É.-U. révèlent qu'après six mois, 20 % des participants aux programmes, contre 36 % des délinquants non traités, avaient au moins un résultat positif au test d'analyse de l'urine. En outre, 3,1 % des délinquants traités, comparativement à 15 % des délinquants non traités, ont été arrêtés de nouveau à la suite d'une nouvelle accusation⁶⁵.
 - Les résultats d'une étude des programmes de traitement des toxicomanies du SCC révèlent que 16 % des participants aux programmes (y compris les décrocheurs et les autres délinquants ayant abandonné les programmes en cours de route) ont été condamnés à nouveau après une année complète en liberté, comparativement à 23 % d'un groupe témoin apparié^{xv}. Cette différence représente une réduction de 30 % du taux de nouvelles condamnations entre les groupes de traitement et les groupes témoins⁶⁶.
- Dans l'ensemble, la recherche suggère que les programmes réussis sont axés sur le développement des compétences (comparativement aux approches non directives « basées sur l'introspection ») et sur les facteurs cognitivo-comportementaux et qu'ils incluent une prévention structurée des rechutes et implique une transition graduelle vers l'entretien prolongé et le suivi (pour maîtriser les compétences en prévention des rechutes). La phase suivant la mise en liberté du processus de traitement est considérée comme étant très importante pour réduire le risque de rechutes et d'autres activités criminelles chez les délinquants qui ont des problèmes de toxicomanie. La recherche a appuyé cette conclusion à maintes reprises⁶⁷.
- Les recherches suggèrent également que pour la plupart des délinquants qui ont des problèmes de toxicomanie, le plan de traitement optimal inclut un traitement en milieu carcéral, un suivi après traitement dans la communauté, de même que des services d'entretien, de soutien et de suivi continus⁶⁸.
- Au Canada, le traitement dans la communauté est offert par un large éventail d'organismes, tant gouvernementaux que non gouvernementaux (p. ex., les organismes de transition, les organismes de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies, etc.). Même si dans le passé, l'efficacité des services de traitement offerts par un grand nombre de ces organismes était largement inconnue, ou même si elle était considérée comme n'étant pas conforme à la pratique fondée sur des données probantes⁶⁹, plus récemment,

^{xiv} Ni l'une ni l'autre de ces études est complètement exempte de biais possibles. L'utilisation de plans « quasi »-expérimentaux limite la mesure dans laquelle des conclusions solides peuvent être tirées de chacune des études.

^{xv} Le groupe témoin n'était pas un contrôle « sans traitement »; certaines de ces personnes ont reçu des conseils et des services de traitement en matière de toxicomanies, mais n'ont pas participé aux programmes étudiés.

un nombre croissant de ces organismes ont commencé à offrir des services de traitement axés sur les « pratiques exemplaires » aux clients de la justice pénale. Toutefois, il reste encore beaucoup de travail à faire pour veiller à ce que les clients du système de justice pénale dans le besoin reçoivent des soins et un soutien efficaces.

De quelles façons les approches de réduction des méfaits peuvent-elles être utilisées efficacement dans les milieux carcéraux?

- Divers techniques de réduction des méfaits^{xvi} ont été introduites dans les établissements de correction ces dernières années dans le but d'incorporer des moyens de rechange novateurs et pragmatiques aux approches de correction traditionnelles pour traiter l'usage et l'abus de substances chez les délinquants. Ces techniques incluent les suivantes :
 - Diffusion de l'information sur le VIH/SIDA et d'autres maladies associées à des pratiques d'injection risquées,
 - Prestation de distributeurs d'agent de blanchiment pour nettoyer les seringues,
 - Directives sur les pratiques d'injection sécuritaires,
 - Programmes d'échange de seringues en milieu carcéral,
 - Élimination de l'abstinence à titre de prérequis pour commencer un traitement,
 - Modération/réduction de la consommation à titre d'objectif positif en matière de traitement.
- Les résultats d'une étude menée par le SCC révèlent qu'à la suite du traitement, les délinquants qui avaient choisi une consommation modérée à titre d'objectif étaient de nouveau condamnés mais à un taux *moins élevé*, comparativement aux délinquants qui avaient tenté de s'abstenir complètement de toute substance intoxicante. Une tendance similaire a été constatée chez les délinquants ayant de graves problèmes⁷⁰. Ces résultats importants suggèrent que le traitement des toxicomanies à titre de problème de santé publique (où l'objectif n'est pas nécessairement d'atteindre l'abstinence, mais de faciliter les améliorations pour la santé et de réduire le comportement criminel) pourrait être une façon plus efficace de réduire les activités criminelles éventuelles.

Y a-t-il des programmes d'échange de seringues dans les établissements de correction?

- Au cours des 15 dernières années, des programmes d'échange de seringues ont été introduits dans 46 prisons de six pays : Suisse, Allemagne, Espagne, Moldavie, Kirghizistan et Estonie⁷¹.
- L'élément principal qui a incité à l'introduction des programmes d'échange de seringues dans ces établissements de correction a été la préoccupation suscitée par le risque de transmission de maladies infectieuses par l'échange de seringues souillées dans le contexte de consommation de drogues en prison.
- Les programmes d'échange de seringues en milieu carcéral peuvent être perçus comme une partie intégrante d'une stratégie antidrogue complète, de même que d'autres options de réduction des méfaits, de traitement et d'entretien visant à réduire l'adoption par le prisonnier de comportements à risque élevé.
- À ce jour, il n'existe pas de cas établi dans lequel des seringues auraient été utilisées comme armes contre le personnel de correction ou les prisonniers⁷².
- Les résultats d'un examen récent révèlent qu'il n'y a pas d'augmentation de l'utilisation de drogues ou de drogues injectables dans les prisons qui offrent des programmes d'échange de seringues⁷³.
- Actuellement, les programmes d'échange de seringues ne sont pas offerts dans les établissements de correction du Canada, mais en 1998, on indiquait dans un communiqué du SCC que l'organisme étudiait l'utilisation de programmes d'échange de seringues en milieu carcéral dans d'autres pays⁷⁴.

^{xvi} La réduction des méfaits est une approche axée sur la santé qui vise à réduire les méfaits individuels et sociaux associés à une utilisation excessive de l'alcool et des drogues sans nécessairement exiger que les personnes s'abstiennent totalement de consommer de l'alcool et d'autres drogues. La réduction des méfaits inclut un vaste continuum de réponses provenant de ceux qui font la promotion de l'usage sécuritaire de substances à l'intention de ceux qui visent à aider les personnes à atteindre l'abstinence.

Notes en fin de texte

Les auteurs remercient Neil Boyd, Serge Brochu, Andrea Moser, Carmen Long et Michael Wheatley de leurs remarques constructives et de leur contribution à une précédente version de ce document. Toute erreur ou omission ne saurait être imputée qu'au CCLAT.

- ¹ Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, Lois du Canada. (1992), c. 20.
- ² Weekes, J. R. (2002). *Assessment and treatment of forensic clinical populations*. Mémoire présenté par des conférenciers invités lors de la 10th British Prison Drug Workers' Conference, Manchester, Angleterre
- ³ Weekes, J. R., Moser, A. E., & Langevin, C. M. (1999). Assessing substance-abusing offenders for treatment. In E. J. Latessa (Ed.) *Strategic solutions: The International Community Corrections Association examines substance abuse*. Lanham, MD: American Correctional Association Press.
- ⁴ Weekes, et al. (1999).
- ⁵ Head, D. (2001). Alcool et drogue : Une perspective des services correctionnels de la province de la Saskatchewan. *Forum – Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 13, 10-12.
- ⁶ Her Majesty's Prison Service. (25 novembre 2003). *The Prison Service Drug Strategy, Briefing Note*. London: Her Majesty's Prison Service, Drug Strategy Unit.
- ⁷ Graves, G., & Bell, R. (2004). *Computerized Screening Assessment: Data analysis report*. Augusta, MA: État du Maine, Office of Substance Abuse.
- ⁸ Morris, Richard (2001). Alcohol and drugs: A perspective from New Zealand. *Forum on Corrections Research*, 13, 18-19.
- ⁹ Statistique Canada (2003). *Enquête sur la santé : dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être*. Ottawa : Statistique Canada.
- ¹⁰ Weekes, et al. (1999).
- ¹¹ Boland, F. J., Burrill, R., Duwyn, M., & Karp, J. (1998). *Syndrome d'alcoolisme fœtal : Répercussions pour le service correctionnel*. Ottawa : Service correctionnel du Canada.
- ¹² Burd, L., Selfridge, R. H., Klug, M. G., & Juelson, T. (2003). Fetal alcohol syndrome in the Canadian corrections system. *Journal of Fetal Alcohol Syndrome*, 14, 1-10.
- ¹³ Fast, D. K., Conry, J., & Loock, C. A. (1999). Identifying fetal alcohol syndrome among youth in the criminal justice system. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 20, 370-372.
- ¹⁴ Graves, G., & Bell, R. (2004).
- ¹⁵ Morris, R. (2001).
- ¹⁶ Borrill, J., Maden, A., Martin, A., Weaver, T., Stimson, G., Farrell, M., & Barnes, T. (2003). Differential substance misuse, treatment needs of women, ethnic minorities and young offenders in prison: Prevalence of substance misuse and treatment needs. London: Home Office.
- ¹⁷ Fairbairn, M. (2001). *Drugs and prisoners in Queensland*. Document présenté lors de la 2nd International Conference on Drugs and Young People, Melbourne, Australie.
- ¹⁸ Home Office (2001). *Statistics on women and the criminal justice system 2001*. London: Home Office
- ¹⁹ Head, D. (2001).
- ²⁰ Weekes, et al. (1999).
- ²¹ Association canadienne de santé publique (2004). A health care needs assessment of federal inmates in Canada. *Revue canadienne de santé publique*, 95.
- ²² Association canadienne de santé publique (2004).
- ²³ Weekes, J. R., Millson, W. A., Porporino, F. J., & Robinson, D. (1994). *Le Programme prélibératoire pour toxicomanes : Analyse des résultats intermédiaires et postlibératoires*. Ottawa: Direction de la recherche et des statistiques, Service correctionnel du Canada.
- ²⁴ Graves, G., & Bell, R. (2004).
- ²⁵ Mumola, C. J. (1999). *Substance abuse and treatment, State and Federal prisoners, 1997*. Washington, DC: Bureau of Justice Statistics, Special Report, US Département de la Justice des É.-U.
- ²⁶ Brochu, S., Cousineau, M-M., Gillet, M., Courmoyer, L-G., Pemanen, K., & Motiuk, L. (2002). Les drogues, l'alcool et la criminalité : Profil des détenus fédéraux canadiens. *Forum – Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 13, 20-24.
- ²⁷ Brochu, et al. (2002).
- ²⁸ Weekes, et al. (1999).
- ²⁹ Goldstein, P. (1985). The drugs/violence nexus: A tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues*, 14, 493.
- ³⁰ Weekes, et al. (1999).
- ³¹ Weekes, et al. (1999).
- ³² Plourde, C., & Brochu, S. (2002). Drugs in prison: A break in the pathway. *Substance Use and Misuse*, 37, 47-63
- ³³ Observation européenne des drogues et des toxicomanies (2003). *Rapport annuel 2003: État du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège*. Lisbonne, Portugal: Observation européenne des drogues et des toxicomanies.
- ³⁴ LGC Forensic Drugs Team (2004). *HM prison drugs report: April 2002 to March 2003*. London: Drug Strategy Unit, Her Majesty's Prison Service for England and Wales.
- ³⁵ Service correctionnel du Canada (2004). *Urinalysis statistics and drug seizures*. Ottawa: Division de la sécurité, Service correctionnel du Canada.
- ³⁶ Her Majesty's Prison Service (17 décembre 2003). *The Prison Service Drug Strategy, Briefing Note*. London: Her Majesty's Prison Service, Drug Strategy Unit.
- ³⁷ Her Majesty's Prison Service (25 novembre 2003).
- ³⁸ Service correctionnel du Canada (2003).

-
- ³⁹ Her Majesty's Prison Service (25 novembre 2003).
- ⁴⁰ MacPherson, P. (2001). Random urinalysis program: Policy, practice, and research results. *Forum on Corrections Research*, 13, 54-57.
- ⁴¹ Service correctionnel du Canada (5 juin 1998). *Communiqué : le Service correctionnel du Canada publie les résultats d'un sondage réalisé auprès des détenus de l'établissement des détenus de l'établissement de Joyceville, à Kingston (Ontario)*. Ottawa: Service correctionnel du Canada.
- ⁴² Plourde, C., & Brochu, S. (2002).
- ⁴³ MacPherson, P. (2001).
- ⁴⁴ Moloughney, B. (2004). A health care needs assessment of federal inmates. *Revue canadienne de santé publique*, 95 (Supplément n° 1), S1-S63.
- ⁴⁵ Moloughney, B. (2004).
- ⁴⁶ Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2003).
- ⁴⁷ Association canadienne de santé publique (2004).
- ⁴⁸ Recherche et développement correctionnels (1996). *Sondage national auprès des détenus: Rapport final*. Ottawa: SCC.
- ⁴⁹ Recherche et développement correctionnels (1996).
- ⁵⁰ Service correctionnel du Canada (5 juin 1998). *Communiqué : le Service correctionnel du Canada publie les résultats d'un sondage réalisé auprès des détenus de l'établissement de Joyceville, à Kingston (Ontario)*. Ottawa: Service correctionnel du Canada.
- ⁵¹ Weekes, J. R., Ginsburg, J. I., & Vanderburg, S. A. (2000). *Enhancing offender motivation for substance abuse treatment*. Document présenté lors de la réunion de la Société canadienne de psychologie, Ottawa (Ontario).
- ⁵² Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 276-288.
- ⁵³ Ginsburg, J. I. D., Mann, R., Rotgers, F., & Weekes, J. R. (2002). Motivational Interviewing with Criminal Justice Populations. In W. R. Miller & S. Rollnick (Eds.) *Motivational Interviewing: Preparing people for change*, (2nd ed). New York: Guilford.
- ⁵⁴ Weekes, J. R., & Long, C. (1998). Substance abuse treatment: Canada's approach. In E. Rhine (Ed.) *Best practices: Excellence in corrections*. Lanham, MD: American Correctional Association Press.
- ⁵⁵ US Federal Bureau of Prisons (1998). Drug abuse treatment programs in federal prisons. In E. Rhine (Ed.) *Best practices: Excellence in corrections*. Lanham, MD: American Correctional Association Press.
- ⁵⁶ Rotgers, F., & Graves, G. (1999). *Differential Substance Abuse Treatment (DSAT) model*. Augusta, MA: Office of Substance Abuse: State of Maine Department of Mental Health, Mental Retardation, and Substance Abuse Services.
- ⁵⁷ Her Majesty's Prison Service (2002). FOCUS Programme manual. Wakefield, West Yorkshire: Drugs Strategy Support Unit, Directorate of High Security Prisons, Her Majesty's Prison Service.
- ⁵⁸ Parks, G. A., & Marlatt, G. A. (1999). Keeping "what works" working: Cognitive-behavioral relapse prevention therapy with substance-abusing offenders. In E. Latessa (Ed.) *Strategic solutions: The International Community Corrections Association examines substance abuse*. Lanham, MD: American Correctional Association Press.
- ⁵⁹ Andrews, D. A., Zinger, R. D., Hoge, P., Gendreau, P., & Cullen, F. T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically-relevant and psychologically-informed meta-analysis. *Criminology*, 28, 369-404.
- ⁶⁰ National Center on Addiction and Substance Abuse (2003). *The formative years: Pathways to substance abuse among girls and women ages 8-22*. New York: CASA.
- ⁶¹ Cormier, R. A., Dell, C. A., & Poole, N. (2003). *Les femmes et les problèmes de consommation d'alcool et d'autres drogues*. Ottawa: Rapport de surveillance de la santé des femmes, Institut canadien d'information sur la santé.
- ⁶² Commission canadienne des droits de la personne (2003). *Protégeons leurs droits : Examen systématique des droits de la personne dans les services correctionnels destinés aux femmes purgeant une peine de ressort fédéral*. Ottawa: Commission canadienne des droits de la personne.
- ⁶³ Dowden, C., & Blanchette, K. (2002). An evaluation of the effectiveness of substance abuse programming for female offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 46, 220-230.
- ⁶⁴ Gaes, G. G., Flanagan, T. J., Motiuk, L. L., & Stewart, L. (1999). Adult correctional treatment. In M. Tonry and J. Petersilia (Eds.) *Prisons*. Chicago: University of Chicago Press.
- ⁶⁵ Pellisier, B., Wallace, S., O'Neil, J., Gaes, G., Camp, S., Rhodes, W., & Saylor, W. (2001). Federal prison residential drug treatment reduces substance use and arrests after release. *American Journal of Alcohol and Drug Abuse*, 27, 315-337.
- ⁶⁶ Porporino, F. J., Robinson, D., Millson, W. A., & Weekes, J. R. (2002). An outcome evaluation of prison-based treatment programming for substance abusers. *Substance Use and Misuse*, 37, 1047-2077.
- ⁶⁷ Porporino, et al. (2002).
- ⁶⁸ Porporino, et al. (2002).
- ⁶⁹ Graves, G., & Eno, J. (1993). *The classification study of substance abuse treatment programs for offenders in Canada*. Ottawa : Service correctionnel du Canada.
- ⁷⁰ Weekes, J. R. (2002).
- ⁷¹ Stöver, H., & Nelles, J. (2003). Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. *International Journal of Drug Policy*, 14, 436-444.
- ⁷² Stöver, H., & Nelles, J. (2003).
- ⁷³ Stöver, H., & Nelles, J. (2003).
- ⁷⁴ Service correctionnel du Canada (5 juin 1998). *Communiqué : le Service correctionnel du Canada publie les résultats d'un sondage réalisé auprès des détenus de l'établissement de Joyceville, à Kingston (Ontario)*. Ottawa: Service correctionnel du Canada

Ce document a été publié pour la première fois en octobre 2004

Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), organisme national canadien de renseignements sur les toxicomanies, a été constitué par une loi du Parlement en 1988. Le CCLAT regroupe les efforts nationaux visant à réduire les méfaits de l'alcoolisme et des toxicomanies sur la santé, la société et l'économie.

Pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec :

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
Bureau 300, 75, rue Albert, Ottawa ON K1P 5E7
Tél. : (613) 235-4048; téléc. : (613) 235-8101. Visitez notre site Web à www.cclat.ca.



ISBN 1-896323-33-2 (en ligne)

Droit d'auteur © 2004—Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Tous droits réservés