



Tribunaux de traitement de la toxicomanie : un examen fondé sur des données probantes avec recommandations d'améliorations

L'enjeu

Le modèle actuel des tribunaux de traitement de la toxicomanie (TTT) du Canada devra être amélioré sur les plans de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation afin de générer les résultats souhaités pour les participants. Le TTT est un modèle de déjudiciarisation par lequel le système de justice pénale propose d'autres avenues que l'incarcération pour les problèmes d'usage de substances. De façon générale, nombre des approches de prise en charge du trouble lié à l'usage de substances (TLUS) employées par les TTT ne sont pas conformes aux données et pratiques exemplaires actuelles en matière de soins de santé. Le gouvernement fédéral travaille actuellement à l'élaboration d'une ligne directrice pour les programmes de traitement de la consommation de substances¹. Pour accroître leur efficacité, les TTT doivent adopter des programmes éthiques et éprouvés, et prendre en compte les déterminants sociaux de la santé. Par ailleurs, on s'inquiète que de par leur nature, les TTT aient tendance à traiter les problèmes d'usage de substances sous l'angle juridique, plutôt que de suivre les plus récentes données, selon lesquelles on devrait les voir comme un enjeu de santé, de société ou de santé publique.

Les TTT sont devenus une solution de choix pour intervenir auprès des personnes dont les activités criminelles découlent directement ou indirectement de leur problème de consommation. Les données sont toutefois insuffisantes pour démontrer clairement s'ils arrivent à entraîner une diminution des comportements criminels et de l'usage de substances². Le modèle soulève aussi des questions sur les plans de la rétention des participants, de l'éthique et du rapport coût-efficacité. Bien que la tendance au pays soit de considérer de plus en plus l'usage de substances comme un enjeu de santé, de société et de santé publique, plutôt que de criminalité, il reste que le traitement de ce problème dans la sphère judiciaire pose son lot de défis.

Le présent document s'appuie sur les connaissances actuelles pour déterminer si les TTT atteignent les cibles initialement fixées et explorer les facteurs qui influent sur la santé et le bien-être des personnes qui consomment des drogues. Il définit les TTT, les situe dans le contexte canadien actuel en matière d'usage de substances et explore les problèmes liés à leur évaluation, les données sur leur efficacité et les facteurs qui influencent leurs résultats. Le document s'adresse principalement aux responsables de politiques et aux décideurs, aux fournisseurs de services et aux professionnels du milieu judiciaire qui soutiennent et supervisent les TTT, mais aussi aux chercheurs, au personnel d'organismes sans but lucratif et aux personnes curieuses de l'incidence du modèle. Complément du document *Tribunaux de traitement de la toxicomanie : comparaison entre leurs principes et les pratiques fondées sur les données probantes*³, on y trouve des renseignements éclairés et des options pour améliorer les programmes de TTT.



Qu'est-ce qu'un tribunal de traitement de la toxicomanie?

Les tribunaux de traitement de la toxicomanie (TTT) proposent aux personnes ayant commis des infractions liées à leur usage de drogues – ou d'alcool dans certains endroits du Canada (ex. TTT de Windsor-Essex)⁴ – de suivre un programme de traitement des dépendances avec leurs partenaires communautaires, plutôt que de se voir imposer les sanctions judiciaires traditionnelles (amendes, pénalités, emprisonnement, etc.). Le premier TTT au Canada a été mis sur pied à Toronto en 1998⁵. Depuis, on en trouve dans différentes municipalités au pays, grâce à un financement du gouvernement fédéral, parfois en partenariat avec les gouvernements provinciaux ou territoriaux^{5,6}. Au Canada, chaque TTT possède sa propre structure et décide de ses propres critères d'admissibilité et mode de fonctionnement. Cette adaptabilité a pour but de répondre aux besoins locaux⁵.

Les TTT visent à réduire le nombre de poursuites criminelles contre des personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances reconnu par le tribunal et dont les activités criminelles découlent directement ou indirectement de leur consommation d'alcool ou de drogues. Pour ce faire, les TTT aident les personnes admissibles accusées au titre de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCIDAS) ou du *Code criminel* à obtenir un traitement encadré par le tribunal et des services de soutien communautaire. Les agents de probation, les procureurs fédéraux et provinciaux, les avocats de service et les juges sont tous partie prenante du processus des TTT⁷.

Les personnes ayant un TLUS reconnu par le tribunal qui sont accusées au titre de la LRCIDAS d'un ou plusieurs crimes non violents directement ou indirectement attribuables à leur consommation peuvent demander de participer à un programme de TTT⁸. La Couronne analyse la demande pour déterminer que la personne y est admissible. Chaque TTT a ses propres critères d'admissibilité, établis par une équipe interdisciplinaire. Voici les cas où une personne est généralement inadmissible :

- La personne est accusée d'un crime violent (ex. avec arme à feu ou couteau);
- Elle a des antécédents récents ou graves de violence;
- Elle a été accusée de trafic de stupéfiants à des fins commerciales;
- L'infraction liée à la drogue a mis d'autres personnes en danger (ex. conduite avec facultés affaiblies par la drogue, utilisation d'une arme ou menace d'en utiliser, conduite qui pose un risque pour un jeune);
- La personne fait partie d'une bande criminalisée ou d'une organisation criminelle ou y est associée.

Pour bénéficier du processus de déjudiciarisation et participer au programme de TTT, la personne doit plaider coupable⁸.

Chaque TTT établit ses propres critères de réussite du programme, mais on retrouve en général une certaine durée d'abstinence de substances (confirmée par des tests de dépistage fréquents et aléatoires), l'absence de comportements criminels ou de déclaration de culpabilité et l'atteinte d'une stabilité sociale (ex. logement et emploi). Certaines mesures incitatives sont utilisées pour encourager des changements comportementaux, par exemple des cérémonies pour célébrer chaque étape de la progression et des sanctions et pénalités (ex. emprisonnement). Les personnes qui réussissent le programme peuvent recevoir une peine réduite, selon les recommandations de l'équipe du TTT (ex. peine avec sursis assortie d'une probation)⁸.



Contexte actuel

Le Canada vit actuellement une grave crise des drogues toxiques, où les drogues illicites non réglementées accroissent considérablement le risque de méfaits et de décès chez les personnes qui en consomment⁹. Pour tenter de l'endiguer, le gouvernement fédéral a proposé un éventail de programmes et de services, dont le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances, qui finance des projets de réduction des méfaits, de traitement et de prévention. Par ailleurs, de nouveaux ministères fédéraux et provinciaux ont vu le jour pour s'attaquer aux enjeux de santé mentale et d'usage de substances, ce qui a mené à la création de lignes directrices pour les programmes de traitement de l'usage de substances. Des modèles de déjudiciarisation et de décriminalisation continuent d'être adoptés à l'échelle nationale et régionale. En 2022, le gouvernement fédéral a adopté un modèle de déjudiciarisation qui visait à faire des TTT l'option par défaut pour les délinquants non violents accusés d'une première infraction criminelle^{1,10}. Par ailleurs, la Colombie-Britannique a obtenu une exemption du gouvernement fédéral pour lancer un projet pilote de décriminalisation de la possession personnelle¹¹. Le renouvellement du Transfert canadien en matière de santé de 2023 a fait des services relatifs à la santé mentale et à l'usage de substances une priorité des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Malgré ces changements, on note d'importantes lacunes dans l'accès aux soins, particulièrement chez les populations historiquement marginalisées. Il y a un besoin urgent de solutions novatrices et d'un meilleur accès aux services liés à l'usage de substances fondés sur des données probantes.

Problèmes liés à l'évaluation des TTT

Les débats concernant la confiance dans l'efficacité des TTT portent sur deux principaux facteurs :

- La qualité de la recherche et des études d'évaluation de l'efficacité des TTT;
- La qualité des traitements offerts aux participants des programmes de TTT¹².

Il est essentiel de comprendre ces facteurs pour bien évaluer les résultats des TTT, surtout en ce qui a trait à la réduction des infractions criminelles, de l'usage de substances et du nombre d'incarcérations.

La section suivante se penche sur la qualité des études et sur certains des facteurs influant sur les conclusions de l'évaluation des TTT. Elle définit aussi la qualité des traitements et décrit le modèle nécessaire à un programme de TTT efficace. On y propose aussi des façons d'évaluer la qualité des études et d'améliorer la qualité des traitements.

Qualité des études

On peut déterminer la qualité d'une étude en se penchant sur le degré de biais introduit par ses caractéristiques et le degré de confiance à l'égard des résultats de l'évaluation¹³. Un biais s'entend d'un défaut ou d'une limite dans la conception, la réalisation ou l'analyse de l'étude qui est susceptible d'en altérer les conclusions. Bien qu'ils soient généralement involontaires, les biais peuvent mener à de fausses conclusions¹⁴. Une des méthodes les plus efficaces pour évaluer l'efficacité des TTT est de procéder à une comparaison des résultats entre un groupe de participants à ce type de tribunal et un groupe de non-participants.

En raison de biais intégrés, un grand nombre de méthodes d'évaluation utilisées par les TTT tendent à surévaluer leur efficacité¹³. Voici divers facteurs qui influent sur la qualité des études d'évaluation des TTT :



- **Conception de l'étude** : Dans les études de répartition aléatoire, les participants sont classés au hasard dans deux groupes : « groupe en traitement » (TTT) ou « groupe témoin » (non TTT). Ce type d'études est considéré comme le moyen le plus efficace de déterminer si le traitement entraîne les résultats escomptés (ex. baisse du taux de récidive). Par contre, il est difficile à appliquer aux programmes de TTT, vu les limites pratiques, éthiques et juridiques^{15,16}. C'est pourquoi on tend davantage à se tourner vers des modèles non aléatoires (comme les modèles quasi expérimentaux)^{2,13}, malgré la fiabilité moindre de leurs conclusions. En effet, dans ce type d'études, les différences de résultats entre les deux groupes peuvent s'expliquer par des caractéristiques des groupes eux-mêmes, surtout dans les études où les participants sont assignés aux groupes selon des caractéristiques circonstancielles (ex. type d'arrestation) ou personnelles (ex. motivation ou degré de risque). Les résultats pourraient donc être attribuables à ces dernières plutôt qu'au traitement.
- **Constitution de groupes non comparables** : Lorsque la répartition au hasard est impossible, les chercheurs recourent souvent à des groupes de comparaison pour évaluer les résultats du traitement. Idéalement, les groupes (avec et sans traitement) devraient être aussi semblables que possible, sauf pour ce qui est de leur participation au traitement. Or, dans certaines études sur les TTT, ces différences n'étaient pas suffisamment prises en compte. En effet, s'il est fréquent de comparer des groupes en fonction de facteurs démographiques, comme le genre ou l'âge, les études comparent rarement les groupes sur des facteurs liés aux risques, comme la gravité d'un problème de consommation ou le statut socioéconomique¹³. On peut donc remettre en question l'efficacité de certaines études, ne sachant pas si les différences entre les résultats des deux groupes sont attribuables au programme ou à des caractéristiques individuelles.

Il peut aussi être difficile de créer des groupes de comparaison similaires en raison de la nature volontaire des TTT, où c'est la personne qui choisit de participer au programme. L'étude pourrait donc comporter un « biais d'auto-sélection » si la situation n'est pas abordée de front (inclusion dans les limites de l'étude) puisqu'elle ne serait pas représentative de toutes les personnes admissibles au programme, et qu'il pourrait y avoir des différences intrinsèques entre les personnes qui choisissent de participer ou non au programme¹³.
- **Exclusion du taux d'abandon des participants** : Certaines études ne tenaient pas compte du taux d'abandon dans leur analyse, qui peut atteindre 50 % dans les programmes de TTT¹⁷⁻¹⁹. Seules les personnes ayant terminé le programme étaient incluses dans certaines analyses, ce qui a eu pour effet de surestimer l'efficacité du programme, puisqu'on excluait les participants ayant abandonné et les motifs de l'abandon. Or, les taux de récidive sont habituellement plus élevés chez les personnes ayant abandonné le programme que chez celles qui l'ont terminé¹³. Le fait de ne pas inclure le taux de récidive des personnes n'ayant pas terminé le programme mène à une surévaluation de l'efficacité de ce programme^{20,21}.
- **Variations dans la définition des principaux facteurs** : Certaines études comparent les résultats de plusieurs études, même si les principaux facteurs ne sont pas définis de la même façon. Par exemple, le terme « récidive » a une signification particulière dans un contexte de sécurité publique. Dans certaines études, il peut s'agir d'une simple arrestation, alors que dans d'autres, c'est une condamnation ou une incarcération. Par conséquent, si on utilise les données sur les arrestations, on pourrait surestimer le taux de récidive, puisque celles-ci incluent les personnes ayant été arrêtées, mais non déclarées coupables^{22,23}. En revanche, le recours aux données sur les déclarations de culpabilité pour mesurer le taux de récidive peut mener à une sous-estimation de ce dernier, puisque celles-ci ne tiennent pas compte des cas particuliers, par exemple lorsqu'il manquait de preuves pour condamner la personne, ou dans les cas où il y a eu



des négociations de plaidoyer. La façon dont les TTT définissent et mesurent la réussite influe sur les résultats de toute évaluation. Cela s'applique autant à la réussite personnelle des participants qu'à la réussite du programme.

- **Différences dans la durée du suivi :** Les différences dans la durée du suivi des participants peuvent aussi nuire à la comparabilité des études. Généralement, plus la durée de suivi est longue, plus les taux de récidive sont élevés, puisque les personnes ont plus de temps pour commettre une nouvelle infraction. Or, la plupart des évaluations des TTT ne comptabilisent que les récidives qui ont lieu durant la période de participation au programme ou peu de temps après sa fin. C'est pourquoi il est impossible de vraiment s'avancer sur l'efficacité à long terme des TTT^{24,25}.

À l'avenir, les évaluations de l'efficacité des TTT devraient tenir compte de l'influence des facteurs susmentionnés sur les résultats. Sont présentés ci-dessous une liste de recommandations pour orienter la conception et la réalisation des futures évaluations.

Interventions possibles

Voici une liste de questions à se poser au moment d'analyser des études sur les TTT ou des rapports sur leur efficacité. Bien qu'elle ne soit pas exhaustive, elle offre des pistes pour mieux comprendre les conclusions des études.

1. Les renseignements fournis permettent-ils d'évaluer la qualité de l'étude?

Une étude devrait fournir une description des participants, définir les variables et concepts (comme celui de « récidive ») et expliquer le processus de collecte et d'analyse des données. Si cette information est insuffisante, mieux vaut faire preuve de prudence dans l'interprétation des résultats.

2. La période de suivi va-t-elle au-delà de la période de participation au programme de TTT?

Les données sur le suivi sont nécessaires à l'évaluation des résultats. Idéalement, les études de TTT devraient prévoir un suivi à long terme, soit au-delà de la période de participation au programme de TTT (plusieurs années). Habituellement, les études dont la période de suivi était longue déclarent des taux de récidives plus élevés que les autres, puisque la personne s'expose à un risque de façon prolongée.

3. A-t-on pris en compte les différences entre les groupes TTT et non TTT (gravité de l'infraction, antécédents criminels, âge, genre et antécédents de consommation)?

Une étude devrait tenir compte des facteurs qui différencient les individus des deux groupes (TTT et non TTT) pour déterminer avec davantage d'assurance quels changements ou résultats (ex. baisse des récidives) sont attribuables aux programmes plutôt qu'à d'autres facteurs.

4. L'analyse des résultats tient-elle compte du taux d'abandon des participants?

Dans le cadre de son analyse des résultats, une étude devrait tenir compte du taux d'abandon des participants. Si ce n'est pas le cas, les résultats doivent être interprétés avec prudence, puisqu'il y a risque de surestimer l'efficacité du programme de TTT.

5. Les méta-analyses (comparaison des conclusions de plusieurs études) tiennent-elles compte des distinctions dans la définition des principaux facteurs (ex. récidive ou réussite)?

Il est important, lorsqu'on compare les conclusions de plusieurs études, de prendre en compte les distinctions dans la définition des principaux facteurs, puisque celles-ci peuvent altérer les



résultats de l'évaluation du TTT (ex. taux de récidive et d'achèvement). Le manque d'uniformité dans les définitions doit être pris en compte dans l'explication des différences dans les résultats sur l'efficacité des TTT d'une étude à l'autre.

Qualité des traitements

Le modèle fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité (RBR) est une approche éprouvée pour aider les gouvernements du Canada et d'ailleurs dans le monde à élaborer des programmes correctionnels efficaces, dont les TTT^{13,26}. Il comporte trois grands principes : le principe du risque, selon lequel le niveau de service doit correspondre au niveau de risque de la personne; le principe des besoins, qui souligne l'importance d'évaluer et de cibler les facteurs directement liés aux récidives; et le principe de la réceptivité, qui établit l'importance d'adapter l'intervention à la capacité et au style d'apprentissage de la personne²⁷.

Dans un article de recherche de pointe sur la qualité des TTT, les auteurs ont évalué les traitements associés aux programmes d'après leur adhésion au modèle RBR¹³. Les principes de RBR se sont avérés efficaces pour améliorer la réinsertion sociale et réduire le taux de récidive chez les personnes ayant des démêlés avec la justice²⁸. Or, bien que nombre de gouvernements au Canada utilisent ce modèle, beaucoup d'études sur la qualité des programmes de TTT révèlent une faible adhésion aux trois principes. Les TTT s'appuient sur une gamme de programmes de traitement offerts dans la collectivité, ce qui complique les processus d'assurance de la qualité et les communications entre les tribunaux et les responsables des programmes de traitement¹³. On note davantage de résultats favorables pour les participants, comme la baisse des taux de récidive, lorsque le niveau de traitement ou de supervision est adapté à la gravité du problème de consommation et au niveau de risque de la personne²⁹⁻³⁵.

Selon des études, les programmes de TTT qui réussissent le mieux à réduire les taux de récidive sont ceux qui ciblent les délinquants à risque élevé^{34,36}. D'aucuns s'inquiètent de voir des personnes à plus faible risque demander à participer aux programmes de TTT⁵, ce qui a pour effet d'élargir le filet pénal³⁷, c'est-à-dire que des personnes présentant un faible risque ou ayant peu de besoins reçoivent une supervision, une peine ou un traitement plus lourds que nécessaire. Par conséquent, des personnes qui auraient pu voir leur affaire rejetée se sont plutôt inscrites à un programme de TTT et ont obtenu un soutien et des services allant au-delà de leurs besoins ou niveau de risque. Par ailleurs, on reproche au modèle RBR de surestimer les facteurs de risque au détriment du respect des besoins fondamentaux et de l'épanouissement personnel³⁸. À la lumière de ces préoccupations, on sent un intérêt pour d'autres approches de réinsertion sociale qui aideraient les personnes à acquérir des connaissances et des compétences, et leur proposeraient davantage de possibilités et de ressources pour réduire leur risque d'adopter des comportements criminels à l'avenir. Le *Good Lives Model* [modèle des vies saines], un bon exemple d'approche fondée sur les forces, gagne en popularité et est intégré dans les programmes de réinsertion pour remplacer le modèle RBR, fondé sur le risque³⁹.

Interventions possibles

1. **Faire une sélection adéquate.** Les TTT devraient adopter des outils de sélection normalisés pour évaluer le niveau de risque et les besoins des participants, et prévoir un plan de soutien reposant sur le modèle fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité. Cela requiert entre autres de cibler les services requis pour répondre aux besoins des participants et de déterminer la teneur et la durée des traitements, qui pourront être ajustées au besoin. Il faut en outre adapter le plan de supervision au niveau de risque et aux besoins de la personne.



2. **Explorer d'autres modèles de programmes.** Les TTT doivent explorer la possibilité de recourir à d'autres modèles de programmes pour améliorer la vie des participants durant et après le programme de TTT, comme le modèle des vies saines. S'inscrivant dans un cadre de justice réparatrice pour la réinsertion sociale, ce modèle vise à optimiser les résultats des plans d'intervention correctionnels en aidant les participants à vivre une vie riche et épanouissante qui ne pousse pas vers la récidive⁴⁰. L'accent est mis sur la croissance personnelle, plutôt qu'exclusivement sur l'usage de substances ou le comportement criminel. En prenant en compte les forces et les motivations dans les évaluations, conformément à ce modèle, les fournisseurs de traitement peuvent s'appuyer sur les ressources individuelles de la personne et accroître son bien-être en répondant à ses besoins universels³⁹. Les quelques études empiriques sur l'efficacité du modèle des vies saines réalisées à ce jour semblent encourageantes⁴¹.
3. **Éviter l'élargissement du filet pénal.** On s'inquiète de voir des personnes à plus faible risque demander à participer aux programmes de TTT. À l'avenir, les TTT devraient déterminer si un nombre accru de personnes à faible risque sont admises dans les programmes et se concentrer plutôt sur les personnes qui auraient été incarcérées à défaut d'y participer.

Examen des données sur les résultats des TTT

La section suivante rend compte des données sur la capacité des TTT :

- à diminuer les taux de récidive et d'usage de substances;
- à diminuer les taux d'incarcération et les coûts.

Ces résultats sont actuellement les deux principaux critères utilisés par les chercheurs et les gouvernements pour évaluer l'efficacité des TTT. Sont aussi présentées dans cette section les interventions suggérées pour améliorer la qualité et les résultats des TTT, en fonction de ces critères. Comme il sera précisé, il faut aller au-delà de ces deux volets pour avoir une meilleure compréhension de l'incidence des TTT.

Diminution des taux de récidive et d'usage de substances

Un des résultats auxquels s'attardent la plupart des évaluations des TTT est le taux de récidive. Selon de nombreuses méta-analyses (qui combinent les résultats de multiples études)^{2,42-45} et évaluations indépendantes⁴⁶⁻⁵¹, le taux de récidive des personnes qui participent à un programme de TTT est inférieur à celui des personnes qui n'y participent pas. Or, l'exactitude de ces conclusions soulève des doutes, puisque les méthodologies utilisées par certaines des études manquent de rigueur. D'ailleurs, il semble que ce sont les études les plus rigoureuses qui enregistrent les réductions les plus faibles des taux de récidive^{24,45,50}. Ainsi, les études aux méthodologies les plus rigoureuses affichent une diminution des taux de récidive de 8 %, contre 14 % à 50 % pour les autres études^{2,13,43}.

Plusieurs études confirment que les programmes de TTT contribuent à faire diminuer le nombre d'infractions liées à l'usage de substances^{2,30,51,52}. Par ailleurs, plusieurs autres notent leur efficacité à réduire l'usage de substances pendant la durée du traitement, comparativement aux personnes passant par le système de justice traditionnel⁵³⁻⁵⁸. Vu les limites conceptuelles de ces études, il n'est toutefois pas possible de confirmer avec assurance ces conclusions.

Interventions possibles

1. **Mettre en œuvre des plans d'évaluation.** Les TTT devraient se doter de plans d'évaluation pour mesurer leur efficacité. Le processus de surveillance et d'évaluation permettra aux TTT de



mesurer l'atteinte des objectifs des programmes et d'en évaluer l'efficacité. Voir le document *Tribunaux de traitement de la toxicomanie : comparaison entre leurs principes et les pratiques fondées sur les données probantes*³ pour une liste détaillée des principes et normes visant à soutenir et à orienter l'évaluation des services.

2. **Améliorer la qualité des données recueillies sur les TTT.** Comme les données sur la participation aux programmes et les taux de réussite sont limitées, il est difficile d'évaluer l'efficacité des TTT. Un volume accru de données normalisées et bien définies pourrait améliorer les résultats des évaluations et les recommandations de pratiques exemplaires. Les responsables des politiques seraient ainsi mieux à même de décider où investir des fonds déjà limités. Par ailleurs, les données d'évaluation des programmes de TTT devraient tenir compte du sexe, du genre et d'autres caractéristiques démographiques, ce qui permettrait d'orienter plus précisément la prestation des services et l'élaboration des politiques. Il serait aussi important de recueillir des données sur d'autres facteurs clés, notamment sur les taux de réussite des participants, les délais d'attente pour les traitements, la pertinence des soins offerts et le degré de préparation au changement des participants.
3. **Chercher à établir des partenariats.** Les administrateurs des programmes de TTT devraient chercher à établir des partenariats avec des organismes en mesure d'assurer le suivi et l'évaluation des programmes, ou de fournir des conseils à ce sujet.
4. **Consacrer des ressources à la collecte de données.** Des ressources devraient être consacrées exclusivement à la collecte de données pertinentes, notamment un ensemble d'indicateurs communs à tous les TTT, et à l'obtention de rétroaction des participants et des équipes.
5. **Utiliser les données.** Les administrateurs de TTT devraient utiliser les plans d'évaluation et les données recueillies subséquemment pour orienter et adapter les traitements offerts dans le cadre des programmes de TTT.
6. **Étendre la portée des mesures de résultats.** Les TTT devraient établir ou adopter d'autres mesures de rendement que celles habituellement utilisées, comme le taux de récidive, et tenir compte par exemple des déterminants sociaux de la santé (ex. stabilité de l'emploi et du logement, et diminution de la consommation).
7. **Évaluer les politiques et pratiques actuelles des TTT.** Les administrateurs de TTT devraient évaluer en continu les politiques d'admissibilité aux programmes pour éviter les pratiques menant à un taux d'échec accru dans certains groupes (ex. peuples autochtones, femmes, travailleurs du sexe). Des évaluations régulières et améliorées permettront d'en savoir plus sur les bons coups et les obstacles afin de proposer des programmes plus équitables et efficaces.

Diminution des taux d'incarcération et des coûts

Les données sur la capacité des TTT à réduire les taux d'incarcération et à proposer des solutions de rechange rentables à l'emprisonnement semblent mitigées^{57,59-61}. On ne sait donc pas vraiment dans quelle mesure les TTT contribuent à faire diminuer les taux d'incarcération^{24,62-64}. Selon une revue de 19 études, bien que, en moyenne, les TTT réduisent les taux d'incarcération, ils ne réduisent pas le temps d'incarcération moyen imposé aux accusés durant leur participation à un programme de TTT⁶⁵. Au Canada, les économies potentielles engendrées par les TTT iraient de 20 % à 88 % par rapport à l'emprisonnement. Par contre, dans le cas d'une peine de probation, les TTT s'avéreraient beaucoup plus coûteux⁵.

Des renseignements supplémentaires sur les coûts et les avantages à long terme des TTT sont requis pour bien évaluer le rapport coût-efficacité des TTT par rapport à l'emprisonnement. Pour



pousser l'analyse des économies potentielles, il faudra obtenir plus de renseignements sur les participants des TTT et créer un groupe de comparaison pour évaluer les résultats à long terme pour divers facteurs, comme l'emploi et les taux de récidive, et d'autres coûts potentiels, comme l'aide sociale, les soins de santé et les types de sentences imposées en cas de récidive.

Interventions possibles

1. **Miser sur le processus de déjudiciarisation des TTT pour les personnes s'exposant à une peine d'emprisonnement.** C'est lorsqu'une peine d'emprisonnement est envisagée que le programme de TTT devient un réel processus de déjudiciarisation. Il génère alors des économies pour les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, et protège le public durant une période plus intensive de traitement et de supervision.
2. **Améliorer le rapport coût-efficacité.** Pour ce faire, on peut améliorer le processus de sélection afin de cibler les personnes les plus susceptibles de bénéficier du programme tout en éliminant le plus tôt possible celles à qui il ne convient pas, veiller à ce que les programmes de traitement répondent aux besoins des participants, proposer des critères de réussite plus réalistes pour les participants et améliorer la gestion et la responsabilisation des diverses agences participant au programme¹⁷. Ce type d'intervention est aussi tributaire d'une solide collecte de données et d'une évaluation structurée, et dépend de ces dernières pour savoir quand le programme a besoin d'une restructuration ou d'attention.
3. **Fournir un continuum de soins.** On reconnaît généralement au Canada que pour être efficace, le traitement du TLUS doit s'inscrire dans une démarche globale, intégrée, novatrice et fondée sur des données probantes. Cela comprend l'offre d'un continuum d'options thérapeutiques qui répondent à divers critères et de normes de soins pour les participants aux programmes. Il faudrait par exemple modifier la norme stricte d'abstinence, ce qui amènerait davantage de personnes à choisir l'aide offerte dans le cadre du programme de TTT, plutôt que rester dans le processus traditionnel du système de justice pénale. Il faudrait aussi examiner pourquoi les taux d'abandon sont si élevés dans les programmes, et la contribution potentielle de certains facteurs, comme le degré de préparation au changement des participants.

Facteurs influençant l'efficacité des TTT

Facteurs sociaux et démographiques

De nombreux facteurs sociaux et démographiques peuvent avoir une incidence sur le taux de réussite des participants aux programmes de TTT et sur les taux de récidive, p. ex. le logement⁶⁶, la faible scolarité^{17,67-69}, l'emploi^{67,70,71}, le soutien familial⁷², le transport⁷³, les services de garde d'enfants⁷⁴, le genre^{68,75,76}, l'âge^{58,75,77-84}, l'ethnicité^{54,77,82,84-89} et la gravité et la durée du trouble lié à l'usage de substances^{53,56,57}. Il n'y a pas de consensus dans le milieu de la recherche sur les facteurs permettant de cibler les personnes les plus susceptibles de réussir les programmes ou d'en bénéficier¹⁷.

Malgré les conclusions mitigées concernant les résultats des TTT, la prise en compte des besoins multiples des personnes aux prises avec un TLUS peut favoriser la rétention dans les programmes de traitement et améliorer les résultats, y compris la diminution de l'usage problématique de substances et du taux de récidive⁹⁰. La capacité à fournir des services répondant aux besoins multiples des personnes varie beaucoup d'un TTT à un autre. En effet, le financement des TTT et l'accès aux services locaux ne sont pas les mêmes partout du pays. À différents endroits, comme dans les communautés rurales ou autochtones, il n'y a pas de réseau de transport en commun, de logements avec services de soutien ni de services ou fournisseurs spécialisés⁹¹. Malgré cette



variabilité dans la qualité et le type de services et de soutiens accessibles, on continue d'exiger la totale adhésion au programme, y compris au principe d'abstinence.

Les pratiques exemplaires relèvent l'importance de fournir le traitement approprié en fonction de l'ethnicité, l'âge, le sexe, la santé mentale et d'autres caractéristiques des participants⁸. Ceci est conforme aux recommandations de veiller à ce que le traitement réponde davantage aux besoins des participants et soit efficace. Or, les TTT peinent à recruter des participants dans les groupes cibles, comme les peuples autochtones, les femmes et les travailleurs du sexe⁸. Les participants aux programmes de TTT disent avoir besoin d'aide pour améliorer leurs déterminants sociaux de la santé, notamment pour trouver un emploi et un logement⁹². C'est pourquoi il importe de collaborer avec des personnes ayant vécu ou vivant l'usage de substances pour concevoir des programmes qui offrent les services et soutiens pertinents et favoriseront l'atteinte de résultats significatifs. Cela dit, rien n'indique que ces personnes ont été mises à contribution dans la conception, le déploiement ou l'évaluation des programmes de TTT. Une approche globale et intégrée sera nécessaire pour reconnaître l'usage de substances comme faisant partie d'un ensemble de besoins complexes et interconnectés.

Interventions possibles

1. **Solliciter la rétroaction tôt dans le processus.** Les TTT devraient demander dès le début aux participants ce dont ils auraient besoin pour réussir le programme, tant en ce qui a trait à la sentence qu'aux fins de l'évaluation des besoins liés aux déterminants sociaux de la santé.
2. **Accroître les investissements dans les programmes, services et soutiens liés à l'usage de substances.** Pour que la déjudiciarisation soit efficace, il faut des endroits ayant suffisamment de personnel et offrant suffisamment de services où diriger les participants. Ce modèle repose sur des investissements soutenus de tous les ordres de gouvernement pour assurer une offre adéquate de programmes et de services sociaux et de soins de santé globaux, y compris des investissements dans la formation des fournisseurs de soins de tout le Canada en matière d'usage de substances.
3. **Fournir un accès approprié aux services.** Pour favoriser un accès approprié aux services, il faudrait que seules les personnes qui en ont besoin y soient dirigées. Pour ce faire, il revient aux médecins et fournisseurs de services sociaux ayant une expertise dans l'usage de substances de mettre en place des programmes d'orientation. Actuellement, ce sont souvent les fonctionnaires de justice des TTT, plutôt que les experts de la médecine et des services sociaux, qui décident des orientations en traitement. Les personnes dirigées vers ces services ne doivent toutefois pas être forcées d'y participer, mais bien le faire de façon volontaire.
4. **Améliorer l'accès au logement.** Les TTT devraient tenter d'améliorer l'accès au logement en aidant les participants, en collaboration avec des organismes communautaires, à trouver un logement stable et indépendant, et financer des lits pour recevoir les traitements ainsi que des logements de transition supervisés. L'exemple à suivre est le modèle « Logement d'abord », qui reconnaît le logement comme un droit de la personne fondamentale, et non comme un avantage dépendant de l'état de santé mentale, du statut juridique et de la situation à l'égard de l'usage de substances⁹³.
5. **Étendre la portée des mesures de résultats.** Les TTT devraient établir ou adopter d'autres mesures de rendement que celles habituellement utilisées, comme le taux de récidive, et tenir compte par exemple des déterminants sociaux de la santé (ex. stabilité de l'emploi et du logement, diminution de la consommation).



6. **Évaluer les politiques et pratiques actuelles des TTT.** Les administrateurs de TTT devraient évaluer en continu les politiques d'admissibilité aux programmes pour éviter les pratiques menant à un taux d'échec accru dans certains groupes (ex. peuples autochtones, femmes et travailleurs du sexe). Des évaluations régulières et améliorées permettront d'en savoir plus sur les bons coups et les obstacles afin de proposer des programmes plus équitables et efficaces.
7. **Améliorer l'équité.** Les TTT devraient donner à toutes les personnes inculpées qui répondent aux critères d'admissibilité les mêmes possibilités de participer à un programme de TTT, quels que soient leurs facteurs démographiques (ethnicité, genre, âge, etc.).
8. **Améliorer la collecte de données.** Les données d'évaluation des programmes de TTT devraient tenir compte du sexe, du genre et d'autres caractéristiques démographiques, ce qui permettrait d'orienter plus précisément la prestation des services et l'élaboration des politiques.

Traitement individuel

Un important volume de données indique que la définition de rétablissement n'est pas la même pour tout le monde et que la réussite est beaucoup plus probable si la personne peut se fixer ses propres objectifs de traitement, avec l'aide d'un fournisseur de soins⁹⁴. L'accès à un continuum de services et de soutiens – services de réduction des méfaits, logement supervisé, services de soutien axés ou non sur l'abstinence – est un facteur déterminant de la capacité des TTT à intervenir en matière de trouble lié à l'usage de substances⁹⁵. Le modèle de rétablissement utilisé par les TTT, qui impose l'abstinence, est loin des approches de soins fondées sur des données probantes et peut avoir des conséquences stigmatisantes et négatives, voire mortelles, pour les personnes visées. Or, s'il manque de données sur l'incidence de l'abstinence imposée sur l'efficacité des programmes de TTT⁹⁶, le fait que le taux de mortalité augmente immédiatement après la fin d'un traitement fondé sur l'abstinence a quant à lui été amplement démontré⁹⁷. Souvent, cette hausse s'explique, du moins en partie, par la baisse de la tolérance des personnes après une longue période d'abstinence⁹⁸. Certains TTT se concentrent sur des catégories de drogues qui entraînent une augmentation de la tolérance physique au fil du temps : opioïdes, cocaïne, crack, méthamphétamine, etc. L'exigence d'abstinence expose donc la personne à un risque grave d'intoxication, mortelle ou non, si elle reprend sa consommation comme avant sa période d'abstinence⁹⁹. Outre la baisse de tolérance, ce modèle ne tient pas compte du fait que les changements de comportements sont rarement durables¹⁰⁰. Dans n'importe quel processus de changement de comportement, y compris pour l'usage de substances, il n'est pas rare de revenir à un ancien comportement, malgré toute la motivation à changer¹⁰⁰.

Les TTT devraient adopter un modèle où la rechute est considérée comme partie intégrante du processus de changement de comportement. Il faut faire preuve de davantage d'indulgence qu'actuellement à l'égard des participants aux programmes de TTT afin de les aider à changer leurs comportements pour de bon (ex. diminution de la consommation) et d'atténuer la stigmatisation. En effet, le traitement des personnes faisant usage de substances peut être compromis par cette stigmatisation, p. ex. si les intervenants (ex. personnel des TTT) ou les fournisseurs (ex. fournisseurs de soins primaires) adoptent une attitude de jugement et une vision biaisée, p. ex. en pensant que la personne n'est pas motivée à changer¹⁰¹. Il s'agit d'une situation problématique puisque, selon les études, les personnes subissant de la discrimination sont particulièrement susceptibles d'adopter ou de reprendre des comportements allant à l'encontre de leur santé et de leur bien-être¹⁰².

La prescription de médicaments pour le trouble lié à l'usage d'opioïdes (TLUO) – dont la méthadone, la buprénorphine et le naltrexone – est l'un des volets importants des méthodes de traitement médical, fondées sur des données probantes, du TLUO¹⁰³. Les études font état d'une amélioration



des résultats chez les personnes judiciairisées ayant un TLUO si elles reçoivent des médicaments, comme la diminution de la consommation d'opioïdes illicites, des taux de récidive et du risque d'intoxication aux drogues ou de décès. Or, un grand nombre de TTT ne recommandent pas ou interdisent le recours aux médicaments pour le TLUO¹⁰⁴. Certains médecins et fonctionnaires de justice hésitent à considérer ces médicaments comme acceptables dans un programme axé sur l'abstinence, voyant la démarche comme la simple substitution d'une dépendance pour une autre¹⁰³, alors que d'autres croient que le sevrage forcé d'opioïdes fait partie du processus de traitement¹⁰⁵. Or, ces opinions vont à l'encontre des traitements médicaux fondés sur des données probantes. Ainsi, si les programmes de TTT confient principalement le choix des traitements pharmacologiques aux professionnels de la médecine, il revient aux fonctionnaires de justice, habituellement des profanes en médecine, de mettre en place des pratiques et politiques susceptibles d'empêcher les personnes s'étant fait prescrire des médicaments pour le TLUO de poursuivre un programme de TTT jusqu'à la fin. Dans certains cas, le recours à ces médicaments est carrément proscrit. Certains TTT dirigent même leurs participants exclusivement vers des fournisseurs de soins de santé qui ne les utilisent pas¹⁰⁶. En dépit des efforts pour promouvoir les médicaments pour le TLUO dans les TTT, la stigmatisation, le coût et l'accessibilité continuent de faire obstacle à leur utilisation.

Interventions possibles

1. **Concevoir des plans de traitement personnalisés.** Les plans de traitement des participants aux programmes de TTT ne devraient pas imposer l'abstinence. Le traitement doit avoir une base médicale et être adapté aux besoins du participant, c'est-à-dire l'aider à fixer des objectifs individuels et cibler les services nécessaires pour l'aider à les atteindre.
2. **Étendre la portée des mesures de résultats.** Il faudrait tenir compte des objectifs de traitement individuels (ex. diminution de la consommation) dans la mesure des résultats, et non se limiter aux mesures habituelles, comme le taux de récidive. Il existe différentes façons de réussir un programme, dont la voie de la non-abstinence et l'établissement de critères de réussite incluant les résultats sociaux et de santé. Voici quelques exemples de mesures des résultats possibles : stabilité du logement et du revenu, nouveaux liens communautaires (ex. cuisines communautaires), diminution de la consommation, pratiques de consommation plus sécuritaires ou abstinence complète ou partielle (certaines substances), activités professionnelles (école, travail, formation, bénévolat), amélioration des relations, amélioration de la situation financière, élimination ou diminution considérable des activités criminelles, et amélioration de la qualité de vie¹⁰⁷.
3. **Intégrer les médicaments pour le TLUO à la pratique des TTT.** Les TTT devraient assurer l'accès aux médicaments approuvés par Santé Canada (ex. méthadone, buprénorphine et naltrexone), notamment par des partenariats avec des programmes de traitement de l'usage d'opioïdes accrédités et d'autres fournisseurs de médicaments pour le TLUO dans la collectivité. On pourrait ainsi éliminer les obstacles liés à la mésinformation, à la stigmatisation, à l'accès aux traitements, à la progression par étapes, à la réussite du programme et à la collaboration avec les services de traitement communautaires. Par ailleurs, la prise de médicaments pour le TLUO devrait être possible pour les personnes ayant enfreint les règles du programme de TTT qui se sont fait imposer une peine d'emprisonnement. Il est fortement recommandé de procéder à une évaluation exhaustive de l'accès à ces médicaments pour les personnes qui purgent une peine d'emprisonnement au Canada, et de modifier les dispositions et politiques en conséquence. Les médicaments pour le TLUO devraient aussi être accessibles aux personnes détenues.



Conclusion

Le présent document fait état des données probantes permettant de déterminer si les TTT atteignent leurs objectifs, et s'attarde aux facteurs qui améliorent la santé et le bien-être social des personnes faisant usage de substances. Les études qui se penchent sur l'efficacité des TTT présentent d'importantes lacunes sur le plan des méthodes d'évaluation, de la qualité du traitement et de la capacité à répondre aux besoins multiples des personnes ayant un TLUS. Malgré l'idée généralement véhiculée voulant que les TTT soient une solution de rechange efficace à la prison et qu'ils diminuent le taux d'incarcération et l'usage de substances, les conclusions des études sur cette question sont mitigées. De plus, les TTT n'ont pas démontré qu'ils avaient un meilleur rapport coût-efficacité que d'autres modèles de prestation de services (ex. traitement en prison). Il n'existe aucun consensus sur le rapport coût-efficacité des TTT par rapport aux autres approches plus traditionnelles. Les responsables des politiques devront examiner plus à fond la question avant de s'en servir pour justifier leurs décisions.

De nombreux facteurs contribuent à la réussite ou à l'échec des participants durant ou après le programme de TTT, notamment le niveau de risque et les besoins, les déterminants sociaux de la santé (ex. logement et emploi), l'ethnicité, l'âge, le genre et les antécédents d'usage de substances. Bien que les chercheurs ne s'entendent pas sur les facteurs permettant de cibler les personnes les plus susceptibles de réussir le programme, il importe que les TTT tiennent compte des besoins multiples des personnes ayant un TLUS. Enfin, le fait qu'on enregistre des taux élevés de mortalité immédiatement après un traitement fondé sur l'abstinence soulève des questions éthiques, ce qui remet en question l'efficacité de l'abstinence forcée exigée dans les programmes. En raison de cette exigence, les TTT interdisent aux participants de prendre des médicaments pour le TLUS, bien qu'il s'agisse d'une pratique médicale courante de traitement fondée sur des données probantes. Il existe un besoin criant d'améliorer la qualité des évaluations pour déterminer l'efficacité des programmes de TTT et les pratiques exemplaires en matière de modèles d'évaluation et de traitement, tant pour l'usage de substances que pour les comportements criminels. La rétroaction demandée aux participants et aux équipes devra donc se concentrer sur les façons d'améliorer les programmes de TTT et d'aider les participants à atteindre leurs objectifs.

Alors que partout au Canada, on commence à explorer différents modèles de décriminalisation et de déjudiciarisation pour traiter le TLUS, on ne sait toujours pas si le traitement de ce type de problème à l'intérieur du système de justice pénale – avec des programmes de déjudiciarisation comme les TTT – constitue une mesure efficace qui devrait être considérée comme une pratique exemplaire. Les options présentées dans le présent document donnent aux responsables des politiques, aux décideurs, aux chercheurs et aux évaluateurs des avenues possibles pour améliorer le processus d'évaluation et la prestation des programmes de TTT.



Bibliographie

- 1 Premier ministre du Canada. *Lettre de mandat de la ministre de la Santé mentale et des Dépendances et ministre associée de la Santé*, Cabinet du Premier ministre, 16 décembre 2021. <https://www.pm.gc.ca/fr/lettres-de-mandat/2021/12/16/lettre-de-mandat-de-la-ministre-de-la-sante-mentale-et-des-dependances>
- 2 Mitchell, O., D.B. Wilson, A. Eggers et D.L. MacKenzie. « Drug courts' effects on criminal offending for juveniles and adults », *Campbell Systematic Reviews*, vol. 8, n° 1, 2012, p. 1–87. <https://doi.org/10.4073/csr.2012.4>
- 3 Berg, D. et H. Burke. *Tribunaux de traitement de la toxicomanie : comparaison entre leurs principes et les pratiques fondées sur les données probantes* [document d'orientation], Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2023.
- 4 Stinchcomb, J.B. « Drug courts: Conceptual foundation, empirical findings, and policy implications », *Drugs: Education Prevention and Policy*, vol. 17, n° 2, 2010, p. 148-167. <https://doi.org/10.1080/09687630802286901>
- 5 Ministère de la Justice Canada. *Programme de financement des tribunaux de traitement de la toxicomanie – évaluation*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2015. <https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/pm-cp/eval/rap-rep/2015/pfttt-dtcfp/pfttt-dtcfp.pdf>
- 6 Tribunaux du Yukon. *Le tribunal communautaire yukonnais du mieux-être*, 2022. <https://www.yukoncourts.ca/fr/tribunaux/le-tribunal-communautaire-yukonnais-du-mieux-etre>
- 7 Service des poursuites pénales du Canada. « 6.1 Les tribunaux de traitement des troubles liés à l'utilisation de substances ». Dans *Guide du Service des poursuites pénales du Canada*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022. <https://www.ppsc-sppc.gc.ca/fra/pub/sfpg-fpsd/sfp-fps/tpd/p6/ch01.html>
- 8 Ministère de la Justice Canada. *Programme de financement des tribunaux de traitement de la toxicomanie*, août 2023. <https://www.justice.gc.ca/fra/fin-fund/gouv-gov/ttt-dtc.html>
- 9 Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances et Commission de la santé mentale du Canada. *Santé mentale et usage de substances pendant la pandémie de COVID-19*, 2021. <https://www.ccsa.ca/fr/sante-mentale-et-usage-de-substances-pendant-la-pandemie-de-covid-19>
- 10 Sénat du Canada. *Le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles*, 2022. <https://sencanada.ca/fr/Content/Sen/Committee/441/LCJC/19EV-55655-F>
- 11 Gouvernement de la Colombie-Britannique. *Decriminalizing people who use drugs in B.C.*, septembre 2023. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/overdose/decriminalization#:~:text=Adults%20in%20B.C.%20will%20not,B.C.%20until%20January%2031%2C%202026>
- 12 Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux. *Les secteurs de la santé mentale et des dépendances réclament la création immédiate d'un Transfert canadien en matière de santé mentale*, 22 octobre 2022. <https://www.casw-acts.ca/fr/les-secteurs-de-la-sante-mentale-et-des-dependances-reclament-la-creation-immEDIATE-dun-transfert>



- 13 Gutierrez, L. et G. Bourgon. *Tribunaux de traitement de la toxicomanie : analyse quantitative de la qualité des études et du traitement*, Ottawa (Ont.), Sécurité publique Canada, 2009. <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/2009-04-dtc/2009-04-dtc-fra.pdf>
- 14 Pannucci, C.J. et E.G. Wilkins. « Identifying and avoiding bias in research », *Plastic and Reconstructive Surgery*, vol. 126, n° 2, 2010, p. 619–625. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181de24bc>
- 15 Farrington, D.P. et B.C. Welsh. « Randomized experiments in criminology: What have we learned in the last two decades? », *Journal of Experimental Criminology*, vol. 1, 2005, p. 9–38. <https://doi.org/10.1007/s11292-004-6460-0>
- 16 Sherman, L.W., D.C. Gottfredson, D.L. MacKenzie, J.E. Eck, P. Reuter et S. Bushway. *Preventing crime: What works, what doesn't, what's promising*, Washington (DC), Office of Justice Programs, 1998.
- 17 Cissner, A. et M. Rempel. *The state of drug court research: Moving beyond 'do they work?'*, New York (NY), Center for Court Innovation, 2005. <https://www.innovatingjustice.org/sites/default/files/state%20of%20dc%20research.pdf>
- 18 Latimer, J., C. Dowden et D. Muise. « The effectiveness of restorative justice practices: A meta-analysis », *The Prison Journal*, vol. 85, n° 2, 2005, p. 113–125. <https://doi.org/10.1177/0032885505276969>
- 19 Weekes, J., R. Mugford, G. Bourgon et S. Price. *FAQ sur les tribunaux de traitement de la toxicomanie*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2007. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-05/ccsa-011349-2007.pdf>
- 20 Hanson, R.K., A. Gordon, A.J.R. Harris, J.K. Marques, W. Murphy, V.L. Quinsey et M.C. Seto. « First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of treatment for sex offenders », *Sexual Abuse*, vol. 14, n° 2, 2002, p. 169–194. <https://doi.org/10.1177/107906320201400207>
- 21 Seager, J.A., D. Jellicoe et G.K. Dhaliwal. « Refusers, dropouts, and completers: Measuring sex offender treatment efficacy », *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, vol. 48, n° 5, 2004, p. 600–612. <https://doi.org/10.1177/0306624X04263885>
- 22 Bonta, J., T. Rugge et M. Dauvergne. *Le taux de nouvelles condamnations des délinquants sous responsabilité fédérale*, Ottawa (Ont.), Solliciteur général Canada, 2003. <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/rcnvctn-rt-fdrl/rcnvctn-rt-fdrl-fra.pdf>
- 23 Payne, J. *Recidivism in Australia: Findings and future research*, Canberra (Australie), Australian Institute of Criminology, 2007. <https://www.aic.gov.au/sites/default/files/2020-05/rpp080.pdf>
- 24 Belenko, S. *Research on drug courts: A critical review 2001 update*, Washington (DC), U.S. Department of Justice, 2001. <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/research-drug-courts-critical-review-2001-update>
- 25 Beech, A., G. Bourgon, R.K. Hanson, A.J.R. Harris, C. Langton, J. Marques, ... et P.M. Yates. *Recherche sur l'efficacité des programmes de traitement pour délinquants sexuels : Lignes directrices du CCDCR aux fins d'évaluation - Partie 1 : Introduction et aperçu*, Ottawa (Ont.), Sécurité publique Canada, 2007. <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/sxl-ffndr-trtmnt/sxl-ffndr-trtmnt-fra.pdf>



- 26 Andrews, D.A. et J. Bonta. *The psychology of criminal conduct* (5th ed.), New York (NY), Routledge, 2010.
- 27 Bonta, J. et D.A. Andrews. *Modèle d'évaluation et de réadaptation des délinquants fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité*, Ottawa (Ont.), Sécurité publique Canada, 2007. https://publications.gc.ca/collections/collection_2012/sp-ps/PS3-1-2007-6-fra.pdf
- 28 Andrews, D.A. et J. Bonta. *The psychology of criminal conduct* (4th ed.), New York (NY), Routledge, 2007.
- 29 Festinger, D.S., D.B. Marlowe, P.A. Lee, K.C. Kirby, G. Bovasso et A.T. McLellan. « Status hearings in drug court: When more is less and less is more », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 68, n° 2, 2002, p. 151–157. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(02\)00187-4](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(02)00187-4)
- 30 Fielding, J.E., G. Tye, P.L. Ogawa, I.J. Imam et A.M. Long. « Los Angeles County drug court programs: Initial results », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 23, n° 3, 2002, p. 217–224. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(02\)00262-3](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(02)00262-3)
- 31 Jones, C.G.A. et R.I. Kemp. « The strength of the participant-judge relationship predicts better drug court outcomes », *Psychiatry, Psychology and Law*, vol. 21, n° 2, 2013, p. 165–175. <https://doi.org/10.1080/13218719.2013.798392>
- 32 Lowenkamp, C.T., A.M. Holsinger et E.J. Latessa. « Are drug courts effective: A meta-analytic review », *Journal of Community Corrections*, vol. 28, n° 3, 2005, p. 5–28. https://www.researchgate.net/profile/Christopher-Lowenkamp-2/publication/288951455_Are_drug_courts_effective_A_meta-analytic_review/links/56e9484208ae693eaf278ffe/Are-drug-courts-effective-A-meta-analytic-review.pdf
- 33 Marlowe, D.B., D.S. Festinger, K.L. Dugosh, P.A. Lee et K.M. Benasutti. « Adapting judicial supervision to the risk level of drug offenders: Discharge and 6-month outcomes from a prospective matching study », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 88, suppl. 2, 2007, p. S4–S13. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.10.001>
- 34 Marlowe, D.B., D.S. Festinger, P.A. Lee, K.L. Dugosh et K.M. Benasutti. « Matching judicial supervision to clients' risk status in drug court », *Crime & Delinquency*, vol. 52, n° 1, 2006, p. 52–76. <https://doi.org/10.1177/0011128705281746>
- 35 Mikolajewski, A.J., N.P. Allan, L. Merrill, M.C. Carter et G. Manguno-Mire. « Employing the Risk-Need-Responsivity (RNR) model and predicting successful completion in an alternative drug court program: Preliminary findings from the Orleans Parish Drug Court », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 131, 2021, p. 108–123. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108453>
- 36 Lowenkamp, C.T., E.J. Latessa et A.M. Holsinger. « The risk principle in action: What have we learned from 13,676 offenders and 97 correctional programs? », *Crime & Delinquency*, vol. 52, n° 1, 2006, p. 55–61. <https://doi.org/10.1177/0011128705281747>
- 37 Fischer, B., J.V. Roberts et K. Maritt. « Compulsory drug treatment courts in Canada », *European Addiction Research*, vol. 8, n° 2, 2002, p. 61–68. <https://doi.org/10.1159/000052056>
- 38 Sécurité publique Canada. « Forces et besoins dans la réadaptation des délinquants », *Recherche en bref*, vol. 16, n° 5, 2011. <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/strgnths-rhb/strgnths-rhb-fra.pdf>



- 39 Laws, D.R. et T. Ward. *Desistance from sex offending: Alternatives to throwing away the keys*, New York (NY), Guilford Press, 2011.
- 40 Fortune, C.A., T. Ward et G.W. Willis. « The rehabilitation of offenders: Reducing risk and promoting better lives », *Psychiatry, Psychology and Law*, vol. 19, n° 5, 2012, p. 646–661. <https://doi.org/10.1080/13218719.2011.615809>
- 41 Zeccola, J., S.F. Kelty et D. Boer. « Does the good lives model work? A systematic review of the recidivism of evidence », *Journal of Forensic Practice*, vol. 23, n° 3, 2021, p. 285-300. <https://doi.org/10.1108/jfp-03-2021-0010>
- 42 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. <https://www.psicothema.com/pdf/3262.pdf>
- 43 Latimer, J., K. Morton-Bourgon et J. Chrétien. *Les tribunaux de traitement de la toxicomanie : méta-analyse. Ont-ils un effet positif sur les taux de récidive?*, Ottawa (Ont.), ministère de la Justice, 2006. https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/sjc-csj/sjp-jsp/rr06_7/rr06_7.pdf
- 44 Shaffer, D.K. « Looking inside the black box of drug courts: A meta-analytic review », *Justice Quarterly*, vol. 28, n° 3, 2011, p. 493-521. <https://doi.org/10.1080/07418825.2010.525222>
- 45 Wilson, D.B., O. Mitchell et D.L. Mackenzie. « A systematic review of drug court effects on recidivism », *Journal of Experimental Criminology*, vol. 4, 2006, p. 459–487. <https://doi.org/10.1007/s11292-006-9019-4>
- 46 Gallagher, J.R. « Predicting criminal recidivism following drug court: Implications for drug court practice and policy advocacy », *Journal of Addictions & Offender Counseling*, vol. 35, n° 1, 2014, p. 15–29. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1874.2014.00021.x>
- 47 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, article 40. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-9-40>
- 48 Heck, C., A. Roussel et S.E. Culhane. « Assessing the effects of the drug court intervention on offender criminal trajectories: A research note », *Criminal Justice Policy Review*, vol. 20, n° 2, 2008, p. 236–246. <https://doi.org/10.1177/0887403408327378>
- 49 Krebs, C.P., C.H. Lindquist, W. Koetse et P.K. Lattimore. « Assessing the long-term impact of drug court participation on recidivism with generalized estimating equations », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 91, n° 1, 2007, p. 57–68. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.05.011>
- 50 Shaffer, D.K., J.L. Hartman et S.J. Listwan. « Drug abusing women in the community: The impact of drug court involvement on recidivism », *Journal of Drug Issues*, vol. 39, n° 4, 2009, p. 803–828. <https://doi.org/10.1177/002204260903900402>
- 51 Somers, J.M., L. Currie, A. Moniruzzaman, F. Eiboff et M. Patterson. « Drug treatment court of Vancouver: An empirical evaluation of recidivism », *International Journal on Drug Policy*, vol. 23, n° 5, 2012, p. 393–400. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2012.01.011>
- 52 Lind, B., D. Weatherburn, S. Chen, M. Shanahan, E. Lancsar, M. Haas et R. De Abreu Lourenco. *New South Wales drug court evaluation: Cost-effectiveness*, Sydney (Australie), NSW Bureau of



- Crime Statistics and Research, 2002.
<https://www.bocsar.nsw.gov.au/Publications/Legislative/115.pdf>
- 53 Barton, G. *Frederick County Drug Treatment Court (Circuit Court) Process Evaluation*, Portland (OR), NPC Research, 2007.
https://www.mdcourts.gov/sites/default/files/import/opsc/dtc/pdfs/evaluationsreports/frederick_county_process_eval_200711.pdf
- 54 Brewster, M.P. « An evaluation of the Chester County (PA) drug court program », *Journal of Drug Issues*, vol. 31, n° 1, 2001, p. 177–206. <https://doi.org/10.1177/002204260103100110>
- 55 King, M.S. *Restorative justice, therapeutic jurisprudence and the rise of emotionally intelligent justice (Research Paper No 2009/11)*, Faculté de droit, Monash University, 2009.
- 56 Marchand, G., M. Waller et S.M. Carey. *Kalamazoo County adult drug treatment court outcome and cost evaluation*, Portland (OR), NPC Research, 2006. https://ndcrc.org/wp-content/uploads/2021/11/Kalamazoo_County_Adult_Drug_Treatment_Court_Outcome_and_Cost_Evaluation.pdf
- 57 Marchand, G., M. Waller et S.M. Carey. *Barry County adult drug court outcome and cost evaluation*, Portland (OR), NPC Research, 2006.
- 58 Peters, R.H. et M.R. Murrin. « Effectiveness of treatment-based drug courts in reducing criminal recidivism », *Criminal Justice and Behavior*, vol. 27, 2000, p. 72–96.
<https://doi.org/10.1177/0093854800027001005>
- 59 Carey, S.M. et M.W. Finigan. « A detailed cost analysis in a mature drug court setting: A cost-benefit evaluation of the Multnomah County drug court », *Journal of Contemporary Criminal Justice*, vol. 20, n° 3, 2004, p. 315–338. <https://doi.org/10.1177/1043986204266893>
- 60 Heagle, A. et D.H. Scott. *Durham drug treatment court (DDTC) evaluation: A literature review and analysis of drug treatment courts*, University of Ontario Institute of Technology, 2008.
<https://shared.ontariotechu.ca/shared/departement/cesr/documents/Durham%20Drug%20Treatment%20Court%20Final%20Report.pdf>
- 61 Sheidow, A.J., J. Jayawardhana, W.D. Bradford, S.W. Henggeler et S.B. Shapiro. « Money matters: Cost effectiveness of juvenile drug court with and without evidence-based treatments », *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, vol. 21, n° 1, 2012, p. 69-90.
<https://doi.org/10.1080/1067828X.2012.636701>
- 62 Fischer, B. « “Doing good with a vengeance”: A critical assessment of the practices, effects, and implications of drug treatment courts in North America », *Criminal Justice*, vol. 3, n° 3, 2003, p. 227–248. <https://doi.org/10.1177/14668025030033001>
- 63 Hall, W. et J. Lucke. « Legally coerced treatment for drug using offenders: Ethical and policy issues », *Crime and Justice Bulletin*, 2010, article 144.
<https://www.bocsar.nsw.gov.au/Publications/CJB/cjb144.pdf>
- 64 Hoffman, M. « Therapeutic jurisprudence, neo-rehabilitationism, and judicial collectivism: The least dangerous branch becomes the most dangerous », *Fordham Urban Law Journal*, vol. 29, n° 5, 2002, article 10. <https://ir.lawnet.fordham.edu/ulj/vol29/iss5/10/>
- 65 Sevigny, E.L., H.A. Pollack et P. Reuter. « Can drug courts help to reduce prison and jail populations? », *ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, vol. 647, n° 1, 2013, p. 190–212. <https://doi.org/10.1177/0002716213476258>



- 66 Mikkonen, J. et D. Raphael. *Social determinants of health: The Canadian facts*, Toronto (Ont.), York University School of Health Policy and Management, 2010.
https://www.thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts.pdf
- 67 Mateyoke-Scrivner, A., J.M. Webster, M. Staton et C. Leukefeld. « Treatment retention predictors of drug court participants in a rural State », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 30, n° 3, 2004, p. 605–625. <https://doi.org/10.1081/ADA-200032304>
- 68 Peters, R.H., A.L. Haas et M.R. Murrin. « Predictors of retention and arrest in drug courts », *National Drug Court Institute Review*, vol. 2, n° 1, 1999, p. 33–58.
https://www.researchgate.net/publication/265085011_Predictors_of_retention_and_arrest_in_drug_courts
- 69 Schiff, M. et W.C. Terry. « Predicting graduation from Broward County's dedicated drug treatment court », *Justice System Journal*, vol. 19, n° 3, 1997, p. 291–310.
<http://www.jstor.org/stable/27976951>
- 70 Roll, J.M., M. Prendergast, K. Richardson, W. Burdon et A. Ramirez. « Identifying predictors of treatment outcome in a drug court program », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 31, n° 4, 2005, p. 646–656. <https://doi.org/10.1081/ADA-200068428>
- 71 Young, D. et S. Belenko. « Program retention and perceived coercion in three models of mandatory drug treatment », *Journal of Drug Issues*, vol. 32, n° 1, 2002, p. 297–328.
<https://doi.org/10.1177/002204260203200112>
- 72 Alarid, L.F., V.S. Burton et F.T. Cullen. « Gender and crime among felony offenders: Assessing the generality of social control and differential association theories », *Journal of Research in Crime and Delinquency*, vol. 37, n° 2, 2000, p. 171–199.
<https://doi.org/10.1177/0022427800037002002>
- 73 Palombi, L.C., R. Tomaszewski, C. O'Donnell, T.M. McAuliffe Staehler, P. Johnson, L. Kosobuski, S.J. Baldwin et T.P. Stratton. « In their own words: Supports and barriers to recovery for participants in two neighbouring drug courts », *Drug Court Review*, volume III (hiver), 2019, p. 50–76. https://ndcrc.org/wp-content/uploads/2020/05/DrugCourtReview_Winter2019_Part_4.pdf
- 74 Palombi, L.C., R. Tomaszewski et C. O'Donnell. « Factors associated with completion of a drug treatment court diversion program », *Substance Use & Misuse*, vol. 37, n° 12–13, 2002, p. 1615–1633. <https://doi.org/10.1081/ja-120014424>
- 75 Marlowe, D.B., D.S. Festinger, K.L. Dugosh, K.M. Benasutti, G. Fox et J.R. Croft. « Adaptive programming improves outcomes in drug court: An experimental trial », *Criminal Justice and Behavior*, vol. 39, n° 4, 2012, p. 514–532. <https://doi.org/10.1177/0093854811432525>
- 76 Messina, N., S. Calhoun et U. Warda. « Gender-responsive drug court treatment: A randomized controlled trial », *Criminal Justice and Behavior*, vol. 39, n° 12, 2012, p. 1539–1558.
<https://doi.org/10.1177/0093854812453913>
- 77 DeVall, K.E., P.D. Gregory et D.J. Hartmann. « Extending recidivism monitoring for drug courts: Methods issues and policy implications », *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, vol. 61, n° 1, 2017, p. 80–99.
<https://doi.org/10.1177/0306624X15590205>



- 78 Gallagher, J.R., E. Ivory, J. Carlton et J. Woodward Miller. « The impact of an Indiana (United States) drug court on criminal recidivism », *Advances in Social Work*, vol. 15, n° 2, 2014, p. 55–67. <https://doi.org/10.18060/16845>
- 79 Goldkamp, J.S. « Miami's treatment drug court for felony defendants: Some implications of assessment findings », *The Prison Journal*, vol. 74, n° 2, 1994, p. 110–166. <https://doi.org/10.1177/0032855594074002002>
- 80 Goldkamp, J.S., M.D. White et J.B. Robinson. « Do drug courts work? Getting inside the drug court black box », *Journal of Drug Issues*, vol. 31, n° 1, 2001, p. 27–72. <https://doi.org/10.1177/002204260103100104>
- 81 Jewell, J.D., R. Bush et K. Bartz. « The long-term effectiveness of drug treatment court on reducing recidivism and predictors of voluntary withdrawal », *International Journal of Mental Health and Addiction*, vol. 15, n° 1, 2017, p. 28–39. <https://doi.org/10.1007/s11469-016-9652-8>
- 82 Kalich, D.M. et R.D. Evans. « Drug court: An effective alternative to incarceration », *Deviant Behavior*, vol. 27, n° 6, 2006, p. 569–590. <https://doi.org/10.1080/01639620600887295>
- 83 Newton-Taylor, B., J. Patra et L. Gliksman. « Toronto drug treatment court: Participant intake characteristics as predictors of “successful” program completion », *Journal of Drug Issues*, vol. 39, n° 4, 2009, p. 965–987. <https://doi.org/10.1177/002204260903900410>
- 84 Shannon, L.M., A.J. Jonnes, E. Perkins, J. Newell et C. Neal. « Examining individual factors and during-program performance to understand drug court completion », *Journal of Offender Rehabilitation*, vol. 55, n° 5, 2016, p. 271–292. <https://doi.org/10.1080/10509674.2016.1181130>
- 85 Dannerbeck, A., G. Harris, P. Sundet et K. Lloyd. « Understanding and responding to racial differences in drug court outcomes », *Journal of Ethnicity and Substance Abuse*, vol. 5, n° 2, 2006, p. 1–22. https://doi.org/10.1300/J233v05n02_01
- 86 Gray, A.R. et C.A. Saum. « Mental health, gender, and drug court completion », *American Journal of Criminal Justice*, vol. 30, n° 1, 2005, p. 55–69. <https://doi.org/10.1007/BF02885881>
- 87 Hepburn, J.R. et A.N. Harvey. « The effect of the threat of legal sanction on program retention and completion: Is that why they stay in drug court? », *Crime & Delinquency*, vol. 53, n° 2, 2007, p. 255–280. <https://doi.org/10.1177/0011128705283298>
- 88 Martinez, A.I. et M. Eisenberg. *Initial process and outcome evaluation of drug courts in Texas* [manuscrit non publié], Austin (TX), Criminal Justice Policy Council, 2003.
- 89 Rossman, S.B., M. Rempel, J.K. Roman, J.M. Zweig, C.H. Lindquist, M. Green, ... et D.J. Farloe Jr. *The multi-site adult drug court evaluation: The impact of drug courts [Vol. 4]*, Washington (DC), Urban Institute Justice Policy Center, 2011. <https://www.urban.org/sites/default/files/publication/27381/412357-The-Multi-site-Adult-Drug-Court-Evaluation-The-Impact-of-Drug-Courts.PDF>
- 90 Friedmann, P.D., S.C. Lemon, M.D. Stein, R.M. Etheridge et T.A. D'Aunno. « Linkage to medical services in the drug abuse treatment outcome study », *Medical Care*, vol. 39, n° 3, 2001, p. 284–295. <https://doi.org/10.1097/00005650-200103000-00008>
- 91 National Drug Court Institute. *Drug Court Review (Vol. VI, Issue 2)*, Alexandria (VA), chez l'auteur, 2009. <https://ndcrc.org/drug-court-review/dcr-archive/>



- 92 Sécurité publique Canada. *Projet Tribunal de traitement de la toxicomanie de Toronto*, 2022. <https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/drgtrtmnt-trnt/index-fr.aspx>
- 93 National Alliance to End Homelessness. *Housing first*, 2022. <https://endhomelessness.org/resource/housing-first/>
- 94 Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Pratiques exemplaires dans le continuum des soins pour le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes*, 2018. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Best-Practices-Treatment-Opioid-Use-Disorder-2018-fr.pdf>
- 95 Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Modèles d'accès rapide aux services liés à l'usage de substances : examen rapide*, 2020. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-10/CCSA-Rapid-Access-Models-Substance-Use-Services-Rapid-Review-Report-2020-fr.pdf>
- 96 Werb, D., R. Elliott, B. Fischer, E. Wood, J. Montaner et T. Kerr. « Drug treatment courts in Canada: An evidence-based review », *HIV/AIDS Policy & Law Review*, vol. 12, n° 2-3, 2008, p. 12–17. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18459192/>
- 97 Ravndal, E. et E.J. Amundsen. « Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: An 8-year prospective study », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 108, n° 1–2, 2010, p. 65–69. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.11.008>
- 98 Ledberg, A. et T. Reitan. « Increased risk of death immediately after discharge from compulsory care for substance abuse », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 236, 2022, article 109492. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109492>
- 99 Rafful, C., R. Orozco, G. Rangel, P. Davidson, D. Werb, L. Beletsky et S.A. Strathdee. « Increased non-fatal overdose risk associated with involuntary drug treatment in a longitudinal study with people who inject drugs », *Addiction*, vol. 113, n° 6, 2019, p. 1056–1063. <https://doi.org/10.1111/add.14159>
- 100 Kwasnicka, D., S.U. Dombrowski, M. White et F. Sniehotta. « Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: a systematic review of behaviour theories », *Health Psychology Review*, vol. 10, n° 3, 2016, p. 277–296. <https://doi.org/10.1080/17437199.2016.1151372>
- 101 van Boekel, L.C., E.P.M. Brouwers, J. van Weeghel et H.F.L. Garretsen. « Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 131, n° 1–2, 2013, p. 23–35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>
- 102 Richman, L.S. et M.R. Lattanner. « Self-regulatory processes underlying structural stigma and health », *Social Science & Medicine*, vol. 103, 2014, p. 94–100. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.12.029>
- 103 Marlowe, D.B., S.E. Wakeman, J.D. Rich et P. Peterman Baston. *Increasing access to medication-assisted treatment for opioid addiction in drug courts and correctional facilities and working effectively with family courts and child protective services*, New York (NY), American Association for the Treatment of Opioid Dependence, 2016. <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http%3A%2F%2Fwww.aatod.org%2Fwp-content%2Fuploads%2F2016%2F10%2Fwhite-paper-3.doc&wdOrigin=BROWSELINK>



- 104 Substance Abuse and Mental Health Services Administration. « Adult drug courts and medication-assisted treatment for opioid dependence », *In Brief*, vol. 8, n° 1, 2014. <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma14-4852.pdf>
- 105 Nunn, A., N. Zaller, S. Dickman, C. Trimbur, A. Nijhawan et J.D. Rich. « Methadone and buprenorphine prescribing and referral practices in US prison systems: Results from a nationwide survey », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 105, n° 1–2, 2009, p. 83–88. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.06.015>
- 106 Andraka-Christou, B. « What is “treatment” for opioid addiction in problem-solving courts? A study of 20 Indiana drug and veterans courts », *Stanford Journal of Civil Rights & Civil Liberties*, vol. 13, n° 2, 2017, p. 189–254. <https://law.stanford.edu/wp-content/uploads/2017/12/anraka-christou.pdf>
- 107 Taylor, P. « Building recovery-oriented systems of care for drug court participants », *Drug Court Practitioner Fact Sheet*, vol. IX, n° 1, 2014. <https://allrise.org/wp-content/uploads/2022/07/Recovery-Oriented-Systems-of-Care.pdf>

Citation proposée : Berg, D. et H. Burke. *Tribunaux de traitement de la toxicomanie : un examen fondé sur des données probantes avec recommandations d'améliorations* [document d'orientation], Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2023.

