

**Le traitement d'entretien à la méthadone en milieu carcéral :
Incidence sur l'issue de la mise en liberté et le comportement en
établissement**

Sara L. Johnson, Jennifer T. C. van de Ven et Brian A. Grant

Centre de recherche en toxicomanie
Direction de la recherche
Service correctionnel du Canada

Septembre 2001

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les diverses personnes qui ont prêté leur concours à la réalisation de la présente étude. Tout d'abord, nous aimerions exprimer nos remerciements à Sandra Black, pour nous avoir aidés à sélectionner les cas de TEM en vue de l'étude. Nous remercions aussi les représentants des services de santé régionaux pour leur aide dans l'obtention de données pour chaque région. Enfin, nos remerciements s'adressent également à Jason Wong, Nancy Sutton et Janice Milligan, dont l'apport s'est avéré crucial pour l'organisation et la clarification des données relatives aux dates de début de traitement et des renseignements connexes. Il n'aurait pas été possible de réaliser l'étude sans la contribution de toutes ces personnes.

SOMMAIRE

L'héroïne est une drogue puissante et extrêmement toxicomanogène. Des recherches ont montré que le traitement d'entretien à la méthadone (TEM) constitue l'une des meilleures interventions contre la dépendance à l'héroïne. Ce traitement a notamment pour effet bénéfique de réduire la consommation d'opiacés illicites, les comportements à risque en ce qui concerne la transmission du VIH, ainsi que les crimes liés à la drogue (Marsch, 1998). La recherche correctionnelle sur le TEM indique que ce traitement réduit également la consommation d'héroïne par injection et le partage des seringues (Dolan et coll., 1998), favorise la participation à un programme de TEM après la mise en liberté ainsi qu'à d'autres traitements pour toxicomanes, et entraîne une réduction de l'usage de drogues et de l'activité criminelle (Magura *et al.*, 1993).

Dans la présente étude, on a comparé les résultats postlibératoires et le comportement en établissement d'un groupe de participants à un programme de TEM (groupe traité) à ceux d'un groupe de délinquants dont un test pour l'usage de la cocaïne s'est révélé positif en établissement ou qui sont considérés comme toxicomanes (le groupe témoin). Dans l'ensemble, on constate que les premiers affichaient des taux de réincarcération inférieurs et qu'ils étaient réincarcérés moins rapidement que les seconds. Pour une période de 12 mois, les délinquants du groupe témoin étaient plus susceptibles dans une proportion de 28 % d'être incarcérés à nouveau. En outre, les délinquants du groupe traité étaient moins susceptibles de se trouver illégalement en liberté ou de violer une condition d'abstinence en consommant de l'alcool pendant leur mise en liberté sous condition. Bien que, d'un point de vue statistique, on ait obtenu des résultats similaires pour les deux groupes en ce qui a trait à la récidive ainsi qu'au nombre et aux types de nouvelles infractions, la tendance dégagée des données laisse supposer un taux de récidive moins élevé chez le groupe traité.

Au chapitre du comportement en établissement, on a observé une réduction du taux d'accusations graves liées aux drogues et portées en établissement chez les délinquants du groupe traité après le début du traitement à la méthadone. On peut déduire ces résultats que, après le traitement, les délinquants du groupe traité faisaient moins de tentatives pour obtenir de la drogue et en consommaient moins.

Les sujets du groupe traité étaient légèrement plus âgés que les délinquants du groupe témoin et présentaient un risque un peu moins élevé, d'après l'évaluation des antécédents criminels. Plus de 80 % des délinquants traités appartenaient à la région de l'Ontario ou à celle du Pacifique. La répartition par région des membres des deux groupes indique que c'est dans la région du Pacifique qu'on trouvait les plus graves problèmes d'héroïnomanie, mais que la région des Prairies est peut-être celle où l'on a le plus besoin d'accroître la participation au TEM.

De façon globale, il ressort que la participation à un programme de TEM en établissement a une incidence favorable sur l'issue de la mise en liberté. Des recherches supplémentaires sont toutefois nécessaires pour examiner des questions comme la poursuite du traitement dans la collectivité et d'autres effets positifs du TEM pour la sécurité communautaire.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
SOMMAIRE	iii
TABLE DES MATIÈRES	v
LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES GRAPHIQUES	vii
INTRODUCTION	8
Différences entre l'héroïne et la méthadone	10
Effets du traitement d'entretien à la méthadone	10
Objet et justification	16
MÉTHODOLOGIE	18
Échantillon	18
<i>Groupe traité</i>	18
<i>Groupe témoin</i>	18
Sources d'information	19
<i>Listes des participants à un programme de TEM</i>	19
<i>Résultats des analyses d'urine</i>	20
<i>Données démographiques et données d'évaluation</i>	20
<i>Issue de la mise en liberté</i>	21
<i>Comportement en établissement</i>	21
Analyses	22
RÉSULTATS	24
Résultats postlibératoires	24
<i>Analyses de survie</i>	24
<i>Suivi à durée déterminée</i>	26
<i>Révocations</i>	28
<i>Nouvelles infractions</i>	29
<i>Résumé</i>	30
Caractéristiques des groupes	31
<i>Données démographiques</i>	31
<i>Infractions à l'origine de la peine actuelle</i>	34
<i>Résumé</i>	37
Changements de comportement après le début du TEM	37
ANALYSE	40
<i>Portée des résultats</i>	42
RÉFÉRENCES	44

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Résultats pour la période fixe de suivi de six mois	27
Tableau 2.	Résultats pour la période fixe de suivi de 12 mois	28
Tableau 3.	Types de révocation selon la raison	29
Tableau 4.	Types de nouvelles infractions	30
Tableau 5.	Répartition des délinquants selon la race dans les deux.....	31
Tableau 6.	Répartition selon le sexe dans les deux groupes étudiés.....	32
Tableau 7.	Âge au moment de la mise en liberté chez les deux groupes étudiés.....	32
Tableau 8.	Répartition par région dans les deux groupes étudiés	34
Tableau 9.	Types d'infraction à l'origine de la peine chez les deux groupes étudiés.....	35
Tableau 10.	Niveaux de risque et de besoins chez les deux groupes étudiés .	36
Tableau 11.	Facteurs criminogènes établis pour le groupe traité et le groupe témoin.....	36
Tableau 12.	Mesures (taux mensuels) relatives au comportement en établissement avant et après le début du TEM	39

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1. Proportion de délinquants demeurant dans la collectivité (non réincarcérés) chez le groupe traité et chez le groupe témoin	25
Graphique 2. Proportion de délinquants n'ayant pas récidivé chez le groupe traité et chez le groupe témoin.....	26

INTRODUCTION

L'héroïne compte parmi les drogues illicites les plus toxicomanogènes et les plus toxiques. On peut en devenir dépendant après en avoir consommé quelques fois seulement, et, une fois la dépendance installée, il est très difficile d'en cesser la consommation. Parmi les effets nuisibles de la consommation d'héroïne, mentionnons la perte de contact avec la famille et les amis, la dépendance à l'égard d'un mode de vie criminel orienté vers l'achat de cette drogue, ainsi qu'une grave détérioration de l'état de santé. Les conséquences les plus graves sur le plan de la santé comprennent l'infection par le VIH ou par le virus de l'hépatite C à cause du partage des seringues ou d'autres accessoires destinés à l'utilisation de drogues. Il s'agit là de problèmes médicaux qui peuvent avoir de graves répercussions sur la santé et mener, en bout de ligne, à la mort.

Il est extrêmement difficile de traiter l'héroïnomanie. Toutefois, les efforts pour contrôler les effets de cette drogue en y substituant la méthadone et en stabilisant le comportement du toxicomane ont donné de bons résultats. La méthadone est utilisée dans le cadre de traitements dans la collectivité depuis le milieu des années 1960, et c'est à Dole et Nyswander (1965) qu'on en doit l'idée. L'une des premières utilisations de la méthadone en milieu correctionnel qui a été signalée s'est faite à Lexington, dans le Kentucky, dans les années 1950. On y a employé cette substance à titre de médicament expérimental pour traiter la toxicomanie à l'héroïne (Parrino, 2000). Au début des années 1970, on a commencé à administrer de la méthadone à des délinquants héroïnomanes incarcérés à Rikers Island, à New York (Magura, Rosenblum, Lewis et Joseph, 1993). Cette substance a été utilisée par la suite dans d'autres établissements (Darke, Kaye et Finlay-Jones, 1998; Dolan, Wodak et Hall, 1998; Motiuk, Dowden et Nafekh, 1999).

En janvier 1998, le Service correctionnel du Canada (SCC) a mis en œuvre la phase I du Programme national de traitement d'entretien à la méthadone, destiné aux délinquants sous responsabilité fédérale souffrant d'une dépendance à

l'héroïne ou à d'autres opiacés (Service correctionnel du Canada, 1999). Cette première phase visait la continuation des traitements à la méthadone commencés dans la collectivité. Le critère d'admissibilité a été élargi, de l'objectif de la *continuation* du traitement à une participation *récente* à un programme communautaire de TEM, de façon à compenser la lenteur du traitement des cas par le système judiciaire. Le programme national de TEM du SCC intègre la gestion médicale des délinquants et les programmes de traitement de la toxicomanie offerts en établissement et dans la collectivité.

En mars 1999, la phase 1 du programme national de TEM été modifiée afin qu'il soit possible, dans des circonstances exceptionnelles, de fournir un traitement à la méthadone aux délinquants souffrant d'une grave dépendance à l'héroïne qui n'étaient pas admissibles à ce programme (Service correctionnel du Canada, 1999b). L'admission est conditionnelle à la satisfaction des critères suivants : tous les traitements et programmes disponibles doivent avoir échoué, la dépendance doit continuer de mettre sérieusement en danger la santé du délinquant et il doit être absolument nécessaire d'intervenir immédiatement (Service correctionnel du Canada, 1999).

Le programme national de TEM vise à réduire le plus possible les effets néfastes, sur le plan physique, psychologique, social et criminel, qui sont associés à la consommation d'opiacés, notamment la propagation du VIH et d'autres maladies infectieuses dans les unités opérationnelles du SCC (Service correctionnel du Canada, 1999).

En étudiant l'incidence du TEM, on sera en mesure de déterminer ses effets bénéfiques possibles ainsi que la contribution qu'il peut avoir à la sécurité dans la collectivité. Il s'agit d'un traitement coûteux qui nécessite des ressources financières et humaines considérables. En obtenant des renseignements sur les résultats du programme de TEM, les décideurs pourront mieux évaluer les répercussions éventuelles d'un programme élargi capable de répondre aux besoins des délinquants n'ayant pas encore suivi de TEM. La présente étude représente un premier pas vers la réunion de l'information nécessaire.

Différences entre l'héroïne et la méthadone

L'une des controverses soulevées par l'usage de la méthadone touche le fait de substituer à une drogue toxicomanogène une autre drogue de même nature. Cependant, contrairement à l'idée fausse qui circule depuis longtemps et selon laquelle la méthadone produit un grand nombre des effets nuisibles de l'héroïne, il a été démontré que c'est une substance sûre au point de vue médical (Parrino, 2000). Classée parmi les narcotiques à action brève, l'héroïne a un effet immédiat et son action dure de quatre à six heures. On la consomme généralement par injection, en la reniflant ou en la fumant. Inversement, la méthadone a une durée d'action variant entre 24 et 36 heures, et elle est administrée par voie orale (O'Brien, Cohen, Evans et Fine, 1992).

Contrairement à l'héroïne, la méthadone n'a pas d'effet narcotique une fois que l'état du sujet est stabilisé et qu'on a trouvé la dose adéquate. En effet, l'avantage de la méthadone dans le traitement des héroïnomanes tient au fait que son action élimine les symptômes de sevrage lorsque la concentration de l'opiacé (en l'occurrence l'héroïne) dans l'organisme chute en deçà d'un certain niveau. On a remarqué que le sevrage à la méthadone est moins difficile que celui à l'héroïne; il se fait plus lentement et peut être contrôlé par une réduction progressive de la dose (Parrino, 2000). Il en est ainsi parce que la méthadone et l'héroïne agissent toutes deux sur les récepteurs d'opiacés. Dès lors, lorsqu'on assure une concentration constante de méthadone dans le sang, ces récepteurs sont continuellement sollicités, et le sujet peut fonctionner normalement.

Effets du traitement d'entretien à la méthadone

La substitution de la méthadone aux opiacés constitue la méthode la plus répandue pour traiter l'héroïnomanie (Marsden, Gossop, Farrell et Strang, 1998). Il y a eu un certain débat relativement à la question de savoir si la méthadone devrait être utilisée en vue d'un traitement visant l'abstinence ou dans le cadre d'une approche axée sur l'entretien. Caplehorn (1994) a examiné le problème en étudiant un échantillon de sujets participant à un programme de traitement de la

dépendance à l'alcool ou aux drogues. D'après les résultats, ceux qui étaient inscrits à un programme orienté vers l'abstinence étaient passablement plus susceptibles de faire usage d'héroïne et d'amphétamines durant les deux premières années du traitement que ceux qui suivaient un programme axé sur l'entretien à long terme (Caplehorn, 1994). Il semble donc que l'utilisation d'une approche fondée sur l'entretien à la méthadone à long terme a ses mérites comparativement à un traitement à la méthadone visant l'abstinence.

Des recherches ont aussi été menées afin de déterminer les effets de la dose administrée et de la durée du traitement sur les résultats. De façon générale, on a établi que 60 milligrammes de méthadone par jour était la dose minimale pour assurer l'efficacité du traitement. Bellin, Wesson, Tomasino, Nolan, Glick et Oquendo (1999) ont comparé des délinquants à qui l'on avait administré de fortes doses (60 mg ou plus) pendant leur incarcération à d'autres détenus qui avaient reçu de faibles doses, l'observation allant de la mise en liberté dans la collectivité jusqu'au moment de la réincarcération. Il ressort que les détenus élargis qui avaient reçu des doses élevées de méthadone avaient moins tendance à être réincarcérés que ceux qui avaient pris des doses moindres, le temps écoulé avant la réincarcération s'établissant en moyenne à 253 jours et à 187 jours, respectivement. Qui plus est, on a constaté que l'usage de fortes doses de méthadone favorisait une période de traitement plus longue, alors que l'entretien avec de plus faibles doses (choix souvent imputable aux politiques en vigueur plutôt qu'à une détermination de la dose au cas par cas) tendait à faire augmenter le nombre d'abandons (Ward, Mattick et Hall, 1992). En ce qui concerne les effets de la durée du traitement sur les résultats, mentionnons que Ward, Mattick et Hall (1992) sont arrivés à la conclusion qu'il existe un lien entre la durée de l'entretien à la méthadone et le comportement après le traitement. En outre, les résultats des études menées sur la question laissent croire que deux à trois ans d'entretien à la méthadone sont nécessaires pour que des changements comportementaux significatifs s'opèrent. Toutefois, ils indiquent également que le fait de limiter arbitrairement la durée du traitement à la

méthadone à une telle période a des conséquences néfastes (Ward, Mattick & Hall, 1992).

Par ailleurs, les chercheurs ont également établi qu'on obtenait de meilleurs résultats lorsqu'on combinait le TEM et la prestation de services complémentaires (services médicaux, services de counselling fréquents et de qualité, ainsi que services financiers), notamment au chapitre du maintien en traitement ainsi que de la réduction de l'usage de drogues et de la criminalité (Ward, Mattick et Hall, 1992). Par exemple, Simpson, Joe, Dansereau et Chatham (1997) ont déterminé qu'un meilleur counselling et une période plus longue à recevoir d'autres services en plus du TEM donnaient des résultats plus probants.

Des recherches ont démontré que le fait de traiter à la méthadone dans la collectivité puis d'interrompre l'administration de cette substance au moment de l'incarcération augmentait les risques de partage de seringues (Shewan, Gemmell et Davies, 1994). Cette constatation montre que les programmes de TEM destinés aux détenus sont nécessaires pour lutter contre les effets nuisibles de cette pratique sur la santé.

De nombreux chercheurs ont fait la preuve des effets favorables de la participation à un programme d'entretien à la méthadone. Maddux et Desmond (1997), entre autres, ont déterminé que, chez les participants à un tel programme, le nombre de jours de consommation de drogues par intraveineuse, la criminalité et le partage de seringues diminuaient de façon marquée, tandis que le nombre de jours d'activité productive augmentait entre le mois précédant l'admission au programme et le mois précédant la fin de la première année de traitement. En outre, dans le cadre d'une comparaison avec un échantillon d'héroïnomanes et de polytoxicomanes, Parker et Kirby (1996) ont observé une importante réduction de l'usage de drogues illicites et des crimes commis pour se procurer l'argent nécessaire à la consommation de drogues (vol et vol avec effraction, par exemple) chez les participants à un TEM.

Magura et ses collaborateurs (1993) ont comparé un échantillon de délinquants héroïnomanes de la ville de New York inscrits à un programme de TEM et un groupe de référence formé de sujets souffrant de la même toxicomanie qui avaient suivi une cure de désintoxication de sept jours en milieu carcéral. Selon les résultats, les participants au programme étaient plus nombreux que les détenus du groupe de référence à demander de suivre un traitement à la méthadone ou un autre traitement pour toxicomanes après leur mise en liberté, et poursuivre le traitement après cinq mois de suivi. De plus, le fait d'être toujours en traitement pendant le suivi entraînait une réduction de la consommation de drogues et de la criminalité. Il convient également de souligner que le programme de TEM en milieu carcéral affichait une plus grande efficacité pour ce qui est d'assurer la continuation du traitement après la mise en liberté chez les délinquants qui suivaient déjà un TEM au moment de leur arrestation (Magura *et al.*, 1993).

Dolan et ses collaborateurs (1998) ont réalisé une étude auprès de la population carcérale d'une prison de la Nouvelle-Galles-du-Sud. Leurs résultats indiquent que les sujets qui suivaient un traitement d'entretien à la méthadone accusaient des taux passablement plus faibles en ce qui concerne l'injection d'héroïne et le partage de seringues. En outre, ils obtenaient des scores moins élevés, selon une échelle visant à mesurer les comportements présentant un risque d'infection au VIH, que les délinquants soumis à un traitement de la toxicomanie plus traditionnel ou à un traitement à la méthadone de durée limitée.

Dans le cadre d'une étude exhaustive, Coid et ses collègues (2000) ont déterminé que la participation à un programme communautaire de TEM contribuait à réduire la consommation de drogues illicites et l'activité criminelle, d'après les déclarations volontaires. Dans l'ensemble, les résultats montrent que la consommation d'héroïne avait diminué de 50 % six mois après le début du traitement, même si on n'observait pas de changements dans la consommation illicite de méthadone, d'amphétamines, de barbituriques, de crack (cocaïne purifiée), de cocaïne en poudre ou de cannabis, ou encore dans l'usage de

benzodiazépines à mauvais escient. De plus, on a constaté l'existence d'un lien entre le traitement à la méthadone, d'une part, et, d'autre part, une réduction des revenus tirés d'activités criminelles et du nombre d'arrestations signalées par la police pendant la période de traitement. Cependant, on a noté des différences dans les répercussions du TEM sur la perpétration de diverses catégories de crimes. En effet, le nombre de vols avec effraction et de vols a chuté de moitié, et on a observé un effet encore plus marqué sur le trafic de drogues. Par contraste, aucun changement n'a été enregistré relativement à la fréquence des activités frauduleuses, des crimes commis pour pouvoir se procurer de la drogue (les crimes de vol avec agression, entre autres), du travail dans l'industrie du sexe et de l'obtention d'avantages par des moyens illégaux en milieu de travail. Qui plus est, le TEM semble avoir eu des effets plus importants sur les sujets accusant une criminalité marquée, le taux de crime commis par ceux-ci affichant une chute spectaculaire.

Marsch (1998) a effectué une méta-analyse visant à examiner l'efficacité des interventions fondées sur l'entretien à la méthadone. Ses résultats indiquent un rapport constant et significatif sur le plan statistique entre le TEM et une réduction de l'usage illicite d'opiacés, des comportements à risque au chapitre de la transmission du VIH, ainsi que des crimes liés à la drogue et des crimes contre les biens. De façon plus particulière, soulignons que l'incidence du TEM s'est avérée modérée pour ce qui est de réduire la consommation illicite d'opiacés de même que les crimes liés à la drogue et les crimes contre les biens, et que ses effets allaient de minimales à modérés au chapitre de la réduction des comportements présentant un risque d'infection au VIH (Marsch, 1998).

Il faut dire qu'il s'est fait, au Canada et plus particulièrement auprès des populations carcérales, peu de recherches sur l'efficacité du TEM en ce qui concerne la modification des comportements. Fischer, Gliksman, Rehm et Medved (1999), qui ont suivi pendant un an des consommateurs d'opiacés dans la collectivité, ont réalisé l'une des rares études canadiennes sur le sujet. Ils ont établi que, par comparaison avec ceux qui suivaient un TEM, les sujets non

traités à la méthadone étaient beaucoup plus susceptibles de prendre part à des activités illégales à des fins lucratives (52 % contre 2 %), de participer à des activités liées à la vente de drogues sur le marché clandestin (56 % contre 17 %), de consommer de l'héroïne (65 % contre 34 %), d'autres opiacés (65 % contre 38 %) ou de l'alcool (70 % contre 45 %), ou encore de faire usage de benzodiazépines (45 % contre 28 %). Bien qu'on ait observé chez les participants à un TEM une tendance à moins utiliser les services de santé (services d'urgence et hospitalisation), celle-ci n'était pas significative au point de vue statistique. De la même façon, le taux d'incarcération et le nombre d'arrestations pour une infraction liée à la drogue ou une infraction contre les biens au cours de la dernière année étaient comparables chez les deux groupes.

Il convient d'interpréter ces résultats à la lumière des limites de l'étude. Tout d'abord, l'échantillon visé se composait de consommateurs de drogues reconnus qui n'étaient pas nécessairement des délinquants. Par conséquent, les résultats concernant les rapports avec le système de justice pénale pourraient être différents si l'on avait recours à un échantillon d'individus à risque plus élevé. Ensuite, pour les deux groupes, l'échantillon était petit (29 sujets dans le cas des participants à un TEM, contre 40 pour le groupe de référence), ce qui a pu minimiser l'importance des corrélations examinées.

Stones (1999) a étudié un groupe de 37 délinquants canadiens sous responsabilité fédérale qui avaient commencé un TEM dès leur mise en liberté dans la collectivité. Selon les résultats de cette étude, 57 % ($N = 21$) des participants au TEM ont vu leur liberté révoquée pendant le traitement, tandis que chez 43 % d'entre eux ($N = 16$), la liberté conditionnelle ou d'office avait été couronnée de succès. La durée du suivi n'a toutefois pas été précisée. Il est encore plus important de mentionner que 65 % des délinquants suivant un TEM dans la collectivité avaient grandement atténué leur problème chronique de consommation d'héroïne ou avaient carrément cessé d'en consommer. Il s'agit là de résultats encourageants, mais il faut signaler que ces délinquants n'avaient commencé le traitement à la méthadone qu'une fois dans la collectivité. Il est

donc possible que leur état n'ait pas encore été stabilisé dans les premiers temps qui ont suivi leur mise en liberté.

Tablant sur les travaux de Stones (1999), Motiuk et ses collaborateurs (1999) ont mené des recherches préliminaires sur les résultats postlibératoires de délinquants ayant entrepris un programme de TEM du SCC pendant leur incarcération. Leur étude indique un taux de 8,6 % ($N = 3$) de réincarcération dans un établissement fédéral chez ces participants. En outre, sur trois participants, l'un avait été réincarcéré pour récidive, c'est-à-dire en raison d'une nouvelle infraction, et les deux autres, pour un manquement aux conditions de leur mise en liberté sous condition. Dans leurs conclusions, les auteurs qualifiaient d'encourageant le très faible taux de révocation de la liberté observé chez ces délinquants à haut risque (p. 4). Cependant, il faut rappeler que leurs résultats se fondaient sur un petit échantillon ($N = 35$) et sur une période de suivi restreinte, et que les auteurs ne faisaient aucune comparaison avec un groupe témoin de délinquants faisant usage d'héroïne, mais ne participant pas à un programme de TEM.

Objet et justification

La présente étude vise à examiner l'issue de la mise en liberté de délinquants qui ont participé à un programme de TEM en établissement. Ceux-ci (le groupe traité) sont comparés à des délinquants dont un test pour usage de l'héroïne s'est révélé positif en établissement ou qui sont reconnus comme toxicomanes, mais qui n'ont pas suivi de TEM (le groupe témoin). Selon les prévisions, les délinquants du groupe traité devraient passer plus de temps dans la collectivité après leur mise en liberté que ceux du groupe témoin avant d'être réincarcérés.

On veut également étudier les répercussions de la participation à un programme de TEM sur le comportement en établissement. De façon plus précise, on se penche sur les manquements à la discipline et les périodes d'isolement avant et après le début du traitement. On prévoit une réduction des cas d'inconduite et d'isolement après le TEM.

MÉTHODOLOGIE

Échantillon

Groupe traité

Le groupe traité se composait de 303 délinquants qui participaient à un programme de TEM dans un établissement fédéral entre le 20 novembre 1996 et le 20 octobre 1999. Parmi ceux-ci, environ 62 % (187 délinquants) ont été libérés avant le 15 mai 2000 et ont servi aux analyses de suivi. La date de mise en liberté la plus reculée est le 19 novembre 1997, et la plus récente, le 8 mai 2000. En règle générale, il s'agissait de délinquants qui présentaient un risque de récidive correspondant à environ 415,3 jours (nombre de jours dans la collectivité entre la mise en liberté et la date butoir) ($ET = 215,7$), la moyenne étant de 397 jours.

Groupe témoin

Pour faire une bonne recherche, il convient de comparer un groupe traité à un groupe semblable qui ne suit pas de traitement. La meilleure façon de procéder consiste à décider aléatoirement quels participants seront traités et lesquels ne le seront pas. Elle n'est cependant pas considérée comme éthique dans le domaine de la recherche sur les traitements, ce qui veut dire que nous avons dû procéder autrement. Ce qui est le plus difficile dans le choix d'un groupe témoin, c'est de trouver des gens qui ressemblent le plus possible au groupe traité sans toutefois recevoir de traitements. Il arrive souvent qu'un groupe témoin idéal ne puisse pas être formé. Il faut alors faire des compromis entre la rigueur scientifique (des groupes qui correspondent parfaitement) et les avantages qu'une comparaison peut apporter à une étude. D'autres études sur le le TEM ont utilisé des groupes témoins formés de délinquants qui suivaient un autre traitement (Dolan *et al.*, 1998; Magura *et al.*, 1993). Il n'y avait cependant pas de groupe de ce genre à notre disposition pour la présente étude. Nous avons donc décidé que le groupe témoin serait formé de consommateurs connus d'héroïne ayant un problème de toxicomanie. Nous nous sommes servis de résultats de

tests d'urine pour repérer les consommateurs d'héroïne, tandis que la toxicomanie était confirmée par l'examen des évaluations initiales des délinquants.

Pour qu'un délinquant puisse être inclus dans ce groupe, on devait avoir trouvé dans au moins un de ses échantillons d'urine des opiacés ou des opiacés A (métabolites d'héroïne) dans le cadre de tests au hasard et de tests ciblés effectués entre le 1^{er} janvier 1998 et le 20 octobre 1999. Les délinquants du groupe traité étaient bien sûr exclus. Pour confirmer la présence d'un problème de drogue, on a examiné les résultats de l'évaluation initiale des délinquants (EID) ainsi que les plans correctionnels. Si le délinquant n'avait pas de problème de toxicomanie selon ces données ou si les rapports relatifs aux analyses d'urine précisaient qu'on lui donnait des comprimés de Tylenol avec codéine pour soulager la douleur, il ne pouvait faire partie du groupe témoin. Ce dernier comptait 215 délinquants, dont environ 52 % (112 délinquants) ont été libérés avant le 15 mai 2000 et pouvaient être visés par les analyses de suivi. La date de mise en liberté la plus reculée, chez ces derniers, était le 26 février 1998, et la plus récente, le 3 avril 2000. En général, le risque de récurrence de ces délinquants était d'environ 383 jours ($ET = 202,7$), la moyenne se situant à 364 jours. On ne notait pas de différences importantes dans la durée moyenne de l'intervalle d'exposition au risque entre le groupe traité et le groupe témoin ($t(1,297) = 1,28$, ns).

Sources d'information

Les données utilisées pour la présente étude provenaient de diverses sources, que nous énumérons ci-dessous.

Listes des participants à un programme de TEM

Les responsables des soins de santé des cinq régions du SCC (Atlantique, Québec, Ontario, Prairies et Pacifique) nous ont fait parvenir leurs listes des délinquants inscrits à un programme de TEM. Deux régions ont également fourni d'autres renseignements tels que la dose et la date du début du traitement.

Résultats des analyses d'urine

Afin de sélectionner les délinquants destinés à former le groupe témoin, nous avons examiné les résultats des analyses d'urine. En vertu du programme de prises d'échantillon d'urine, les délinquants peuvent faire l'objet de tests de dépistage visant à déterminer s'ils font usage de drogues illicites grâce à une analyse de leurs urines en vue d'y déceler des métabolites de drogue. Les analyses peuvent se faire dans le cadre d'un programme de tests effectués au hasard à des fins de surveillance ou lorsqu'on a des « motifs raisonnables » de croire qu'un délinquant consomme des substances intoxicantes. Environ 5 % de tous les détenus sont soumis à de tels tests chaque mois dans le cadre des vérifications faites au hasard.

Données démographiques et données d'évaluation

Des données démographiques concernant notamment l'âge et la race de même que le nombre et le type des infractions à l'origine de la peine actuelle, ainsi que les résultats de l'évaluation initiale des délinquants (EID) ont été obtenus grâce au Système de gestion des délinquants (SGD). Ce dernier est un système de dossiers informatisés utilisé pour assurer le suivi de tous les délinquants en détention ou en liberté surveillée relevant du Service correctionnel du Canada. Le risque global découlant des antécédents criminels et les besoins des délinquants sont évalués au cours de l'EID, qui est effectuée peu après l'admission par un agent de libération conditionnelle de l'établissement d'accueil. Risque et besoins sont évalués selon une échelle à trois niveaux (élevé, modéré ou faible). De plus, on évalue les délinquants en fonction de sept facteurs criminogènes, à savoir les fréquentations, l'attitude générale, l'adaptation à la collectivité, l'emploi, les relations conjugales et familiales, la stabilité personnelle et affective, ainsi que la toxicomanie.

On a également obtenu à l'aide du SGD de l'information sur les peines et les infractions antérieures, de même que d'autres données importantes telles que les dates de mise en liberté et les dates d'admission.

Afin d'effectuer une comparaison entre le groupe traité et le groupe témoin, d'une part, et, d'autre part, la population carcérale en général, on a créé un ensemble de données relatives à tous les délinquants libérés en 1998 aux fins de l'établissement de statistiques comparatives. On a eu recours à ces données parce que seuls les délinquants du groupe traité et du groupe témoin qui ont été libérés sont visés par le présent rapport. En effet, les caractéristiques des délinquants libérés diffèrent souvent de celles des détenus parce que les premiers comptent plus de délinquants purgeant de courtes peines, tandis qu'on trouve plus de délinquants purgeant une peine de longue durée chez les seconds.

Issue de la mise en liberté

On a évalué l'issue de la mise en liberté chez tous les délinquants libérés avant le 15 mai 2000, en fonction des réadmissions dans un établissement fédéral. En ce qui concerne le groupe traité, on prenait comme date de mise en liberté la date de la première mise en liberté après le début du traitement à la méthadone. Si l'on ne connaissait pas la date de début du traitement, la date de la première mise en liberté après le 1^{er} janvier 1998 était retenue. Pour ce qui est du groupe témoin, la date de mise en liberté était celle de la première mise en liberté après l'analyse d'urine positive. Dans les cas où il y avait plusieurs analyses d'urine positives, on a choisi une date au hasard.

Par réincarcération, on entend à la fois les réincarcérations pour manquement aux conditions de la mise en liberté et les réincarcérations dues à une nouvelle infraction. On a également codé des renseignements supplémentaires tirés du SGD et concernant notamment la raison de la réincarcération (récidive et/ou révocation de la liberté) et le type de révocation.

Comportement en établissement

Des données sur les mesures servant à évaluer le comportement en établissement (par exemple le nombre et le type d'actes d'inconduite ainsi que les périodes d'isolement) ont également été extraites du SGED. En ce qui

concerne le groupe traité, l'information recueillie visait une période allant de six mois, au plus, avant l'administration de la première dose de méthadone à six mois, au maximum, après celle-ci. De la même façon, dans le cas du groupe témoin, on a recueilli des données concernant une période allant de six mois, au plus, avant l'analyse d'urine ayant révélé la présence d'opiacés ou d'opiacés A et de six mois, au maximum, après celle-ci. Étant donné qu'on ne disposait pas de données relatives aux six mois ayant précédé le traitement et aux six mois l'ayant suivi pour tous les délinquants, on a établi un nombre mensuel moyen à partir des résultats.

Par ailleurs, on a examiné les accusations portées en établissement en fonction de trois grandes catégories d'infractions : les infractions liées à la drogue, les infractions avec violence et les autres infractions. Les infractions disciplinaires en matière de drogue englobaient la possession d'alcool, de drogue ou d'accessoires destinés à l'utilisation de drogues; le fait de refuser de fournir un échantillon d'urine; le fait d'avoir une analyse d'urine positive; le fait de consommer des substances intoxicantes et le fait de participer à un trafic de drogues. Les infractions avec violence comprenaient le fait d'agir de façon irrespectueuse ou outrageante envers le personnel; les bagarres, les voies de fait et les menaces à l'endroit de membres du personnel ou de détenus; ainsi que le fait de provoquer des troubles ou d'y participer en vue de mettre en péril la sécurité. Toutes les autres infractions relativement auxquelles des accusations peuvent être portées en établissement (désobéissance à une règle officielle ou à un ordre direct; possession ou commerce d'objets interdits; possession d'objets non autorisés ou volés; ou fait de causer des dommages à des biens ou de les détruire) étaient classées dans la catégorie des autres infractions.

Analyses

Les données ont été analysées à l'aide du *Statistical Analyses System (SAS)*, version 6.12 ou 8.01 (SAS, 1999). Les analyses statistiques comportaient des distributions de fréquences et des tests de signification effectués au moyen du test chi carré. On a eu recours à l'analyse de survie pour évaluer les résultats

postlibératoires. Celle-ci permet d'évaluer le taux de survie (absence de mauvais résultats) à divers moments, tout en tenant compte de l'intervalle d'exposition au risque.

À l'aide de tests t , on a comparé des variables continues telles que l'âge et le nombre d'infractions pour les deux groupes. Les mesures relatives au comportement en établissement ont été évaluées à deux reprises; on a donc fait appel à une analyse par mesures répétées.

RÉSULTATS

Les résultats des analyses sont présentés en trois temps. Premièrement, on examine les résultats postlibératoires, puis on compare les délinquants libérés du groupe traité et ceux du groupe témoin en ce qui concerne le risque de récidive et les facteurs criminogènes, le type d'infraction, ainsi que les données démographiques. Enfin, on étudie les changements de comportement en établissement et dans la collectivité.

Résultats postlibératoires

Analyses de survie

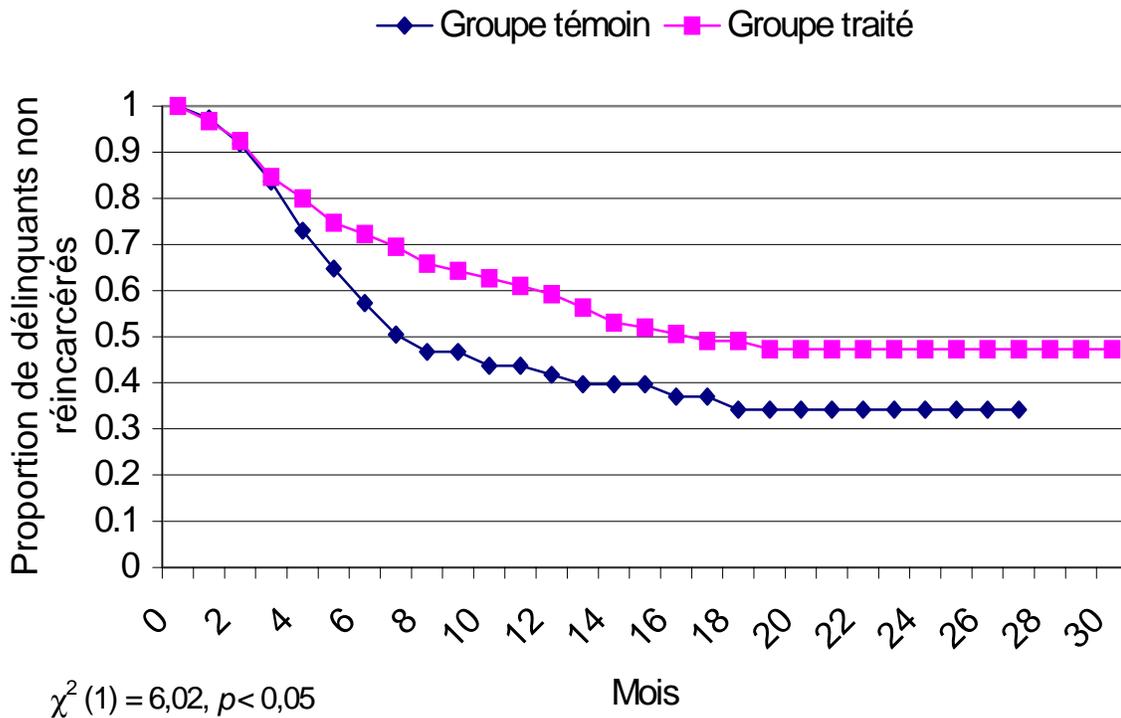
On a eu recours à des analyses de survie afin de comparer les délinquants du groupe traité et ceux du groupe témoin sur le plan du temps passé dans la collectivité sans être réincarcérés. Ces analyses permettent d'utiliser plus efficacement les données disponibles et d'effectuer un suivi plus long que les autres méthodes lorsqu'on répartit les mises en liberté sur une plus longue période de temps, créant ainsi des périodes de suivi variables.

Fournissant les résultats de l'analyse de survie, le Graphique 1 présente la proportion de délinquants qui sont demeurés dans la collectivité pour chacun des mois suivant la mise en liberté, jusqu'à concurrence de 28 mois. Les différences dans les courbes des deux groupes sont statistiquement fiables ($\chi^2(1) = 6,02$, $p < 0,05$).

De façon générale, les délinquants du groupe traité affichaient un taux de réincarcération plus faible que ceux du groupe témoin et ils étaient réincarcérés plus graduellement, comme le montre la pente des courbes. Par exemple, on constate que, environ 12 mois après la mise en liberté, 59 % des premiers n'avaient pas encore été réadmis dans un établissement fédéral, alors que, chez les seconds, le taux de survie n'était que de 42 %. Après 24 mois, le groupe traité comptait 47 % de délinquants non réincarcérés, et le groupe témoin, 34 %.

Le taux de succès du groupe témoin était inférieur de 13 points de pourcentage à celui du groupe traité. En d'autres termes, les délinquants du groupe témoin étaient de 28 % plus susceptibles d'être remis en détention que ceux du groupe traité.

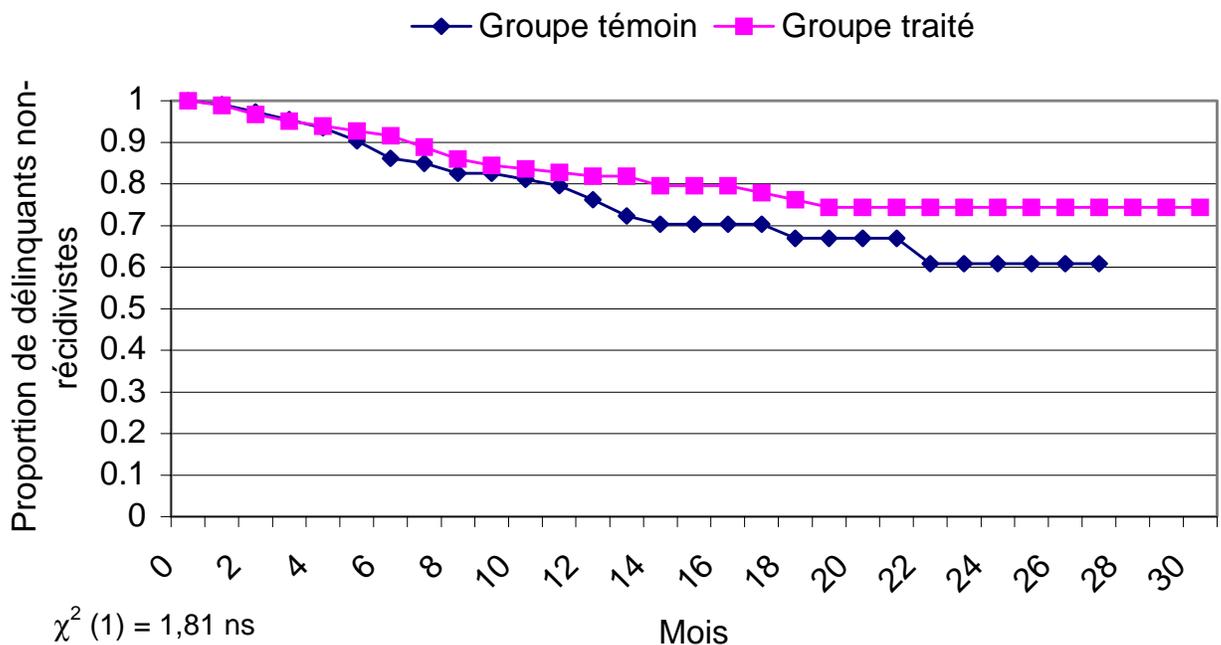
Graphique 1. Proportion de délinquants demeurant dans la collectivité (non réincarcérés) chez le groupe traité et chez le groupe témoin



On a également établi la courbe de survie en ce qui concerne les nouvelles infractions. Comme on peut le constater en étudiant le Graphique 2, il n'y a entre le groupe traité et le groupe témoin qu'une légère différence dans le taux de récurrence. Les écarts observés ne sont pas fiables sur le plan statistique ($\chi^2(1) = 1,81, ns$), mais les résultats mettent au jour des tendances intéressantes. En effet, au cours des 12 premiers mois suivant la mise en liberté, on remarque que la proportion de délinquants commettant une nouvelle infraction est relativement semblable pour les deux groupes, bien que les

délinquants du groupe traité soient plus nombreux à ne pas avoir récidivé après 12 mois (82 % pour le groupe traité, contre 76 % pour le groupe témoin). La différence entre les deux groupes au chapitre du taux de survie s'accroît dans les derniers mois : 24 mois après la mise en liberté, environ 74 % des délinquants du groupe traité n'avaient pas encore commis de nouvelle infraction, contre 61 % pour le groupe témoin.

Graphique 2. Proportion de délinquants n'ayant pas récidivé chez le groupe traité et chez le groupe témoin



Suivi à durée déterminée

Les analyses effectuées à l'aide de périodes de suivi fixes permettent de procéder à un examen plus exhaustif des raisons de la réincarcération. Les données présentées ci-dessous fournissent les résultats pour un suivi de six mois et pour un suivi de douze mois. Il n'est pas possible d'établir des résultats pour plus de douze mois, étant donné le faible nombre de délinquants demeurés dans la collectivité plus de douze mois entre leur mise en liberté et la fin de la collecte de données. Les réincarcérations ont été divisées en trois catégories,

selon leur raison : réincarcération en raison d'une révocation non liée à la récidive, réincarcération en raison d'une révocation pour récidive et réincarcération en vertu d'un mandat de dépôt. La réincarcération pour révocation survient lorsque le délinquant se trouve sous surveillance dans la collectivité à titre de libéré conditionnel et que sa liberté est révoquée par la Commission nationale des libérations conditionnelles. La réincarcération en vertu d'un mandat de dépôt a lieu lorsque le délinquant a purgé sa peine, mais commet une nouvelle infraction, ce qui entraîne une nouvelle période de détention dans un établissement fédéral.

Parmi les délinquants qu'on a pu suivre pendant au moins six mois, 71 % de ceux du groupe traité sont demeurés dans la collectivité, contre 56 % seulement chez le groupe témoin (voir le Tableau 1). De plus, les délinquants du groupe traité étaient moins susceptibles de voir leur liberté révoquée à cause d'un manquement aux conditions de leur mise en liberté et de commettre une nouvelle infraction pendant qu'ils se trouvaient dans la collectivité (révocation pour récidive ou en vertu d'un mandat de dépôt). Les différences entre les deux groupes, en ce qui concerne les résultats postlibératoires pour une période fixe de six mois, sont statistiquement fiables ($\chi^2(3) = 8,03, p < 0,05$).

Tableau 1. Résultats pour la période fixe de suivi de six mois

Raison de la réincarcération	Groupe traité % (n)	Groupe témoin % (n)	χ^2
Pas de réincarcération	70,8 (109)	56,5 (52)	
Révocation pour manquement aux conditions	16,9 (26)	21,7 (20)	7,96*
Révocation pour récidive	7,8 (12)	8,7 (8)	
Mandat de dépôt ¹	4,5 (7)	13,0 (12)	
Nombre de cas	154	92	

* $p < 0,05$

1. Réadmission dans un établissement fédéral en raison d'une nouvelle infraction après qu'une peine antérieure a été purgée sous responsabilité fédérale.

Tel que l'indique clairement l'analyse de survie, on note chez le groupe traité une tendance beaucoup plus marquée (62 %) à être toujours dans la collectivité après 12 mois que chez le groupe témoin (39 %). Conformément aux résultats des périodes de suivi de six mois, les délinquants du groupe traité risquaient moins d'être réincarcérés et de commettre une nouvelle infraction (réincarcération en raison d'une révocation pour récidive ou en vertu d'un mandat de dépôt) dans les 12 mois suivant leur mise en liberté ($\chi^2(3) = 8,39$, $p < 0,05$) (voir le Tableau 2).

Tableau 2. Résultats pour la période fixe de suivi de 12 mois

	Groupe traité % (n)	Groupe témoin % (n)	χ^2
Pas de réincarcération	61,7 (66)	38,9 (21)	
Révocation non liée à une nouvelle infraction	17,8 (19)	29,6 (16)	8,16*
Révocation pour récidive	12,1 (13)	14,8 (8)	
Mandat de dépôt ¹	8,4 (9)	16,7 (9)	
Nombre de cas	107	54	

* $p < 0,05$

1. Réadmission dans un établissement fédéral en raison d'une nouvelle infraction après qu'une peine antérieure a été purgée sous responsabilité fédérale.

Révocations

Il existe un certain nombre de raisons pour lesquelles la liberté sous condition d'un délinquant peut être révoquée par la Commission nationale des libérations conditionnelle. On trouve dans le Tableau 3 les résultats selon les raisons de la révocation. Il est important de souligner que plusieurs raisons peuvent être à l'origine de la révocation; les chiffres et les pourcentages présentés dans le tableau ne peuvent donc pas être additionnés. Le fait de se trouver illégalement en liberté ainsi que le fait d'avoir violé une condition d'abstinence en consommant de la drogue constituaient les raisons de révocation les plus fréquentes chez les deux groupes. Cependant, les délinquants du groupe traité

avaient moins tendance à se faire révoquer leur liberté pour l'une de ces deux raisons. Ils étaient également moins susceptibles de faire l'objet d'une révocation pour avoir violé une condition d'abstinence en consommant de l'alcool (2 %, contre 10 % pour le groupe témoin). Le taux de révocation pour récidive était d'environ 10 % au sein des deux groupes.

Tableau 3. Types de révocation selon la raison

Raison	Groupe traité % (n)	Groupe témoin % (n)	χ^2
Récidive	9,9 (18)	9,9 (11)	0
Violation d'une condition d'abstinence (alcool)	1,7 (3)	9 (10)	8,74 ^{1**}
Violation d'une condition d'abstinence (drogue)	14,4 (26)	20,7 (23)	1,99
Fait de se trouver illégalement en liberté	8,8 (16)	22,5 (25)	10,67 ^{**}
Violation de la consigne concernant les heures de rentrée	2,2 (4)	2,7 (3)	0,07 ¹
Dégradation du comportement	3,3 (6)	3,6 (4)	0,02 ¹
Autre manquement	5 (9)	5,4 (6)	0,03
Total des cas sans révocation	33,1 (60)	38,7 (43)	
Nombre de cas	181	111	

† $p < 0,10$ * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

1. Valeur chi carré confirmée grâce à la méthode exacte de Fisher.

Nouvelles infractions

On a également comparé les délinquants des deux groupes sur le plan du nombre et des types de nouvelles infractions. On n'a pas relevé de différence significative dans le nombre moyen de nouvelles infractions, chez les délinquants ayant récidivé, entre le groupe traité (3,1) et le groupe témoin (2,5) ($t(1,48,7) = 0,83$, ns).

Les résultats relatifs aux types de nouvelles infractions commises par les délinquants des deux groupes sont fournis dans le Tableau 4. Dans l'ensemble, ils ne diffèrent pas de façon significative d'un groupe à l'autre. Toutefois, les délinquants du groupe traité affichaient un taux de récidive inférieur à celui du groupe témoin (17 %, comparativement à 23 %).

Tableau 4. Types de nouvelles infractions

Infraction	Groupe traité		Groupe témoin		χ^2
	%	(n)	%	(n)	
Infraction avec violence ¹	8,3	(15)	9	(10)	0,05
Vol qualifié	5	(9)	8,1	(9)	1,17
Infraction liée à la drogue	3,3	(6)	2,7	(3)	0,09 ²
Infraction sans violence	9,9	(18)	16,2	(18)	2,5
Total des délinquants récidivistes	17,1	(31)	23,4	(26)	
Nombre de cas	181		111		

Remarque : Les délinquants peuvent avoir commis plus d'un type d'infraction, ce qui veut dire qu'ils peuvent être représentés plus d'une fois dans le tableau. Le total des colonnes n'est donc pas égal à 100 %

1. Englobe les voies de fait, les vols qualifiés et les enlèvement. Il n'y a eu aucun meurtre, ni d'infractions liées au meurtre, ni d'infractions sexuelles.
2. Valeur chi carré confirmée grâce à la méthode exacte de Fisher.

Résumé

Comparativement au groupe témoin, les délinquants du groupe traité avaient moins tendance à être réincarcérés, et leur réincarcération survenait moins rapidement. En outre, ils étaient moins susceptibles de voir leur liberté sous condition révoquée du fait qu'ils se trouvaient illégalement en liberté ou parce qu'ils avaient violé la condition d'abstinence (en consommant de l'alcool). En ce qui concerne les nouvelles infractions, ces mêmes délinquants étaient moins nombreux à avoir récidivé que ceux du groupe témoin, mais on n'a pas enregistré de différence significative entre les deux groupes dans les courbes relatives au temps de survie établies relativement aux nouvelles infractions. De

plus, les deux groupes avaient des résultats semblables au chapitre du nombre et des types de nouvelles infractions.

Caractéristiques des groupes

Dans la partie qui suit, on présente une description des délinquants du groupe traité et du groupe témoin qui ont été libérés pendant la période visée par l'étude. En comparant les deux groupes, on pourra mieux cerner les différences qui peuvent influencer sur l'interprétation des résultats ainsi que définir le profil des délinquants qui participaient au programme de TEM, d'une part, et, d'autre part, celui des délinquants qui n'y participaient pas, soit par choix, soit en raison des restrictions établies pour la phase 1. Dans la mesure du possible, on a également comparé les délinquants du groupe traité à l'ensemble des délinquants libérés en 1998 afin d'avoir une idée des différences qui existent entre eux et l'ensemble des délinquants.

Données démographiques

On trouvait dans le groupe traité moitié moins d'Autochtones (10 %) que dans le groupe témoin (20 %), comme en témoigne le Tableau 5. En 1998, 19 % des délinquants libérés étaient des Autochtones, ce qui indique que le groupe témoin est représentatif de la population des délinquants autochtones libérés. Toutefois, les Autochtones sont sous-représentés au sein du groupe traité par rapport à la population des délinquants autochtones libérés en général.

Tableau 5. Répartition des délinquants selon la race dans les deux

Race	Groupe traité % (n)	Groupe témoin % (n)	χ^2
Autochtones	9,5 (17)	20,2 (22)	6,61*
Non-Autochtones	90,5 (162)	79,8 (87)	
Nombre de cas	179	109	

* $p < 0,05$

En ce qui concerne la répartition selon le sexe, les résultats, présentés dans le Tableau 6, indiquent que le groupe traité et le groupe témoin ne différaient pas de façon significative. Les deux groupes comptaient entre 3 % et 6 % de femmes. Par comparaison, environ 3 % des détenus libérés en 1998 étaient des femmes.

Tableau 6. Répartition selon le sexe dans les deux groupes étudiés

Sexe	Groupe traité % (n)	Groupe témoin % (n)	χ^2
Féminin	3,3 (6)	6,2 (7)	1,41, ns
Masculin	96,7 (175)	93,7 (105)	
Nombre de cas	181	112	

La moyenne d'âge des délinquants du groupe traité était de 38 ans, comparativement à 34 ans chez les délinquants du groupe témoin. Comme l'indique le Tableau 7, les premiers étaient plus nombreux (68 %) à entrer dans la catégorie des plus de 35 ans, tandis que, chez les seconds, la majorité (59 %) faisaient partie des 35 ans ou moins. Les délinquants du groupe traité étaient également plus âgés que les délinquants libérés en général, dont l'âge moyen au moment de la mise en liberté se situait à 34 ans et parmi lesquels seuls 40 % avaient plus de 35 ans.

Tableau 7. Âge au moment de la mise en liberté chez les deux groupes étudiés

Âge	Groupe traité % (n)	Groupe témoin % (n)	Test statistique
25 ans ou moins	3,5 (6)	10,6 (11)	$\chi^2=22,01^{***}$
Entre 26 et 35 ans	28,8 (49)	48,1 (50)	
Entre 36 et 45 ans	49,4 (84)	35,6 (37)	
46 ans ou plus	18,2 (31)	5,8 (6)	
Moyenne (ET)	38,3 (7,4)	34,0 (6,5)	F=24,61***
Nombre de cas	170	104	

*** $p < 0,001$

La répartition par région des cas appartenant au groupe traité et au groupe témoin est présentée dans le Tableau 8. La région du Pacifique comptait à peu près 12 % de délinquants libérés en 1998, mais 40 % des délinquants du groupe traité et 34 % de ceux du groupe témoin appartenaient à cette région. Ces données montrent clairement que c'est dans la région du Pacifique qu'on trouvait le problème d'héroïnomanie le plus grave, celle-ci affichant un nombre presque trois fois plus élevé de sujets au sein du groupe témoin que ce à quoi on aurait pu s'attendre, compte tenu de la proportion de délinquants libérés dans cette région en 1998. De plus, la région du Pacifique occupait le deuxième rang national pour ce qui est du nombre de délinquants inscrits au programme de TEM, même si elle avait moins de participants que trois régions. L'Ontario remportait la palme au chapitre du nombre de participants au programme, ses délinquants représentant 42 % (79) des cas du groupe traité. Ensemble, les délinquants des régions de l'Ontario et du Pacifique formaient 81 % des tous les participants au programme du pays.

Si l'on trouvait dans l'Atlantique et au Québec relativement peu de participants au programme de TEM, le pourcentage de délinquants de ces régions faisant partie du groupe témoin était également faible. Ces résultats révèlent que l'héroïnomanie ne constitue pas un problème majeur dans ces deux régions. Cependant, les délinquants de la région des Prairies, dont provenaient 26 % des détenus libérés en 1998, comptaient pour à peu près 29 % des délinquants du groupe témoin, mais pour 10 % de ceux du groupe traité seulement. Cette représentation plus importante au sein du groupe témoin laisse croire que l'héroïnomanie est un problème majeur dans cette région, mais que l'accès au programme de TEM y est restreint. Toutefois, il n'est pas possible, en se fiant uniquement à ces données, de déterminer si l'accès au programme est effectivement plus limité dans les Prairies ou si ces résultats sont attribuables au fait que les délinquants de cette région ne demandent pas à participer au programme ou voient leur demande rejetée. Dans le cadre de la phase 1 du programme national de TEM, il doit y avoir dans la collectivité les services

nécessaires à la prestation du traitement avant l’incarcération, ce qui n’est peut-être pas le cas dans les Prairies.

Tableau 8. Répartition par région dans les deux groupes étudiés

Région	Groupe traité % (n)	Groupe témoin % (n)	χ^2
Atlantique	2,1 (4)	4,5 (5)	
Québec	6,4 (12)	8 (9)	
Ontario	42,2 (79)	25 (28)	22,97***
Prairies	9,6 (18)	28,6 (32)	
Pacifique	39,6 (74)	33,9 (38)	
Nombre de cas	187	112	

*** $p < 0,001$

Infractions à l’origine de la peine actuelle

Le groupe traité et le groupe témoin ne présentaient pas de différences sur le plan du nombre d’infractions à l’origine de la peine actuelle, chacun d’eux affichant une moyenne de six infractions à ce chapitre. Dans le Tableau 9, on trouve les types d’infraction pour lesquelles les délinquants ont été condamnés. Étant donné que la condamnation est généralement imputable à plusieurs infractions, la somme des pourcentages présentés dans le tableau représente plus que 100 %. Bien que les deux groupes ne diffèrent pas beaucoup quant aux types d’infraction à l’origine de la condamnation, on note deux différences importantes dans leurs résultats. Premièrement, les délinquants du groupe traité sont moins susceptibles d’avoir été condamnés pour une infraction sexuelle (0 % contre 8 %), et moins nombreux à devoir leur condamnation à une infraction avec violence (66 % contre 85 %).

Tableau 9. Types d'infraction à l'origine de la peine chez les deux groupes étudiés

Infraction	Groupe traité % (n)	Groupe témoin % (n)	χ^2
Meurtre ou infraction connexe	5,3 (10)	7,1 (8)	0,39
Infraction sexuelle	0 (0)	7,7 (8)	13,86*** ¹
Voies de fait	18,3 (32)	23,1 (24)	0,93
Vol qualifié	49,1 (86)	56,7 (59)	1,50
Autre infraction avec violence	22,9 (40)	38,5 (40)	7,77**
Infraction liée à la drogue	40,6 (71)	35,6 (37)	0,69
Infraction sans violence	37,7 (66)	33,6 (35)	0,47
Toutes infractions avec violence confondues	66,3 (116)	84,6 (88)	11,15***
Nombre de cas	175	104	

Remarque : Les délinquants peuvent avoir commis plus d'un type d'infraction, ce qui veut dire qu'ils peuvent être représentés plus d'une fois dans le tableau. Le total des colonnes n'est donc pas égal à 100 %

1. Valeur chi carré confirmée grâce à la méthode exacte de Fisher.
2. Comprend les meurtres, les infractions liées au meurtre, les infractions sexuelles, les voies de fait, les vols qualifiés, les enlèvements, etc.

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

Les niveaux de risque et de besoins des délinquants à l'admission sont comparés dans le Tableau 10. Il appert que les délinquants du groupe traité présentent un risque découlant des antécédents criminels légèrement moindre que ceux du groupe témoin. Toutefois, en ce qui concerne le niveau de besoins, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes. Comparativement à l'ensemble des détenus libérés en 1998, les délinquants du groupe traité affichent un niveau de risque semblable, tandis que le niveau du groupe témoin est supérieur. Les deux groupes ont des besoins plus importants que la population des délinquants libérés en général.

Tableau 10. Niveaux de risque et de besoins chez les deux groupes étudiés

	Groupe traité % (n)	Groupe témoin % (n)	χ^2
Niveau de risque			
Faible	11 (19)	2,9 (3)	7,84*
Moyen	41,3 (71)	36,5 (38)	
Élevé	47,7 (82)	60,6 (63)	
Niveau de besoins			
Faible	2,9 (5)	0 (0)	3,12
Moyen	32,0 (55)	31,7 (33)	
Élevé	65,1 (112)	68,3 (71)	
Nombre de cas	172	104	

* $p < 0,05$

Des résultats plus détaillés au sujet de sept facteurs criminogènes évalués sont présentés dans le Tableau 11. On relève beaucoup de similitudes entre le groupe traité et le groupe témoin à ce chapitre, sauf en ce qui concerne les relations conjugales et familiales, moins fréquemment recensées comme facteur criminogène chez les délinquants du groupe traité (58 %) que chez ceux du groupe témoin (71 %).

Tableau 11. Facteurs criminogènes établis pour le groupe traité et le groupe témoin

Facteur	Groupe traité % (n)	Groupe témoin % (n)	χ^2
Fréquentations	83,2 (144)	84,6 (88)	0,09
Attitude	66,5 (115)	68,3 (71)	0,09
Adaptation à la collectivité	76,3 (132)	72,1 (75)	0,60
Emploi	78,6 (136)	81,7 (85)	0,39
Relations conjugales/ familiales	58,4 (101)	71,1 (74)	4,55*
Stabilité personnelle/ affective	87,3 (151)	94,2 (98)	3,45
Toxicomanie	97,7 (169)	92,3 (96)	4,54 ¹
Nombre de cas	173	104	

1. Valeur chi carré confirmée grâce à la méthode exacte de Fisher.

* $p < 0,05$

Résumé

Les comparaisons effectuées entre les délinquants du groupe traité et ceux du groupe témoin révèlent que les premiers étaient plus âgés, comptaient moins d'Autochtones et présentaient un risque un peu moins élevé que les seconds. Toutes les autres analyses indiquent que les groupes étaient relativement semblables et, partant, adéquats pour l'établissement de comparaisons. En outre, les résultats indiquent que les participants au programme de TEM proviennent surtout du Pacifique et de l'Ontario, tandis que, selon les données relatives au groupe témoin, il semble que l'héroïnomanie constitue un problème majeur en Ontario, dans les Prairies et dans la région du Pacifique. Par ailleurs, le nombre de consommateurs d'héroïne décelés au moyen d'un test d'urine positif était relativement faible dans les régions de l'Atlantique et du Québec.

Changements de comportement après le début du TEM

Le comportement des délinquants en établissement avant et après le début du TEM a été évalué en fonction des cas d'inconduite et des périodes d'isolement. La durée des périodes visées avant et après le traitement varie, allant jusqu'à un maximum de six mois; les données ont donc été converties en un taux (ou une incidence) mensuel afin d'assurer l'uniformité de l'évaluation. On a employé l'analyse de la variance par mesures répétées pour vérifier les différences entre le groupe traité et le groupe témoin ainsi qu'entre les deux périodes visées (avant et après le début du traitement), et l'interaction entre ces deux facteurs. Les résultats figurent dans le Tableau 12.

On a noté des différences entre les deux groupes relativement à plusieurs variables, mais la seule dissemblance associée à la participation au TEM a trait aux accusations graves liées à la consommation de drogues. Le groupe traité a enregistré passablement moins de mises en accusation dans l'établissement au total, moins d'accusations graves portées dans l'établissement et moins de périodes d'isolement imposé, mais on n'a pas remarqué de différences dans ces variables entre ces deux groupes lorsqu'on a comparé leurs résultats avant et

après le début du traitement, à une exception près, toutefois. En effet, non seulement comptait-on moins d'accusations graves liées à la consommation de drogues chez le groupe traité, mais on y a également noté une réduction statistiquement fiable de ce type d'accusations entre la période qui a précédé le début du traitement (0,11) et celle qui l'a suivi (0,08). Par comparaison, on a observé chez le groupe témoin une augmentation des accusations graves liées à la consommation de drogues (0,16 à 0,41) durant ce même laps de temps.

D'après ces résultats, il se pourrait bien que les délinquants admis au programme de TEM commencent à modifier leur comportement avant d'entreprendre le traitement ou que ceux qui font une demande pour se faire traiter et sont acceptés ont moins de problèmes de comportement en établissement. En effet, les changements de comportement antérieurs au TEM font peut-être partie de la démarche personnelle menant au choix de suivre le traitement.

Tableau 12. Mesures (taux mensuels) relatives au comportement en établissement avant et après le début du TEM

Mesure	Groupe traité		Groupe témoin		F (groupe)	F (fréquence)	F (fréquence/groupe)
	Avant <i>M (ET)</i>	Après <i>M (ET)</i>	Avant <i>M (ET)</i>	Après <i>M (ET)</i>			
Total des mises en accusation dans l'établissement	0,37 (1,26)	0,34 (0,67)	0,91 (5,79)	0,79 (1,04)	5,48*	0,12	0,04
Total des accusations graves	0,17 (0,48)	0,16 (0,38)	0,49 (3,80)	0,54 (0,83)	6,33*	0,03	0,03
Total des accusations mineures	0,20 (0,82)	0,17 (0,44)	0,42 (2,16)	0,25 (0,47)	3,14†	1,41	0,72
Accusations graves liées à la consommation de drogues	0,11 (0,41)	0,08 (0,23)	0,16 (0,24)	0,41 (0,80)	30,5***	10,32**	18,15***
Accusations graves liées à une infraction avec violence	0,01 (0,07)	0,04 (0,23)	0,14 (1,90)	0,03 (0,09)	0,75	0,43	0,99
Autres accusations graves	0,04 (0,19)	0,04 (0,14)	0,16 (1,90)	0,05 (0,14)	1,09	0,66	0,64
Accusations mineures liées à la consommation de drogues	0,01 (0,04)	0,01 (0,08)	0,01 (0,07)	0,01 (0,06)	0,02	0,05	0,57
Accusations mineures liées à une infraction avec violence	0,02 (0,07)	0,03 (0,14)	0,03 (0,12)	0,03 (0,08)	0,38	0,68	1,33
Autres accusations mineures	0,17 (0,81)	0,13 (0,37)	0,38 (2,14)	0,21 (0,41)	3,01†	1,69	0,54
Périodes d'isolement sollicité	0,11 (0,25)	0,12 (0,13)	0,03 (0,09)	0,08 (0,22)	1,88	0,68	0,29
Périodes d'isolement non sollicité	0,19 (0,17)	0,19 (0,17)	0,29 (0,32)	0,35 (0,38)	3,68†	0,32	0,28

† $p < 0,10$

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

ANALYSE

Selon des recherches antérieures, la participation au programme de TEM produit de nombreux effets bénéfiques pour l'individu comme pour la société (Fischer et coll., 1999; Maddux et Desmond, 1997; Marsch, 1998; Stones, 1999). Dans le cadre de la présente étude, on a examiné plus en détail l'incidence de la participation à un programme de TEM en établissement en comparant, avant et après le début du traitement, deux groupes de délinquants du point de vue des résultats postlibératoires et du comportement en établissement. Comme prévu, les délinquants du groupe traité étaient moins nombreux à être réadmis dans un établissement fédéral, et leur réincarcération survenait moins rapidement. Ces résultats montrent la nécessité de commencer le TEM en établissement.

Parmi les délinquants dont on avait révoqué la liberté, que ce soit ou non en raison d'une nouvelle infraction, ceux du groupe témoin étaient beaucoup plus susceptibles d'être illégalement en liberté ou de violer la condition d'abstinence en consommant de l'alcool. Dans le cas des nouvelles infractions, les courbes relatives à la survie dans la collectivité, le nombre d'infractions commises et le type de nouvelles infractions étaient comparables chez les deux groupes.

Pour s'assurer que les comparaisons des groupes étaient fiables, on a évalué les délinquants sur le plan des caractéristiques démographiques, des infractions à l'origine de la peine actuelle, et du risque et des besoins. Dans l'ensemble, on a noté peu de différences significatives, ce qui laisse supposer que les constatations tirées des résultats sont valables.

Enfin, on a comparé à deux reprises (avant et après le début du TEM) le groupe traité et le groupe témoin du point de vue de leur comportement en établissement; on voulait déterminer si le TEM avait des effets favorables sur le comportement des participants durant leur incarcération. De façon globale, on a constaté peu de différences, sauf en ce qui concerne le nombre d'accusations graves liées à la drogue portées chaque mois. Au fil du temps, on a observé chez les délinquants du groupe traité une réduction des accusations liées à la

drogue, alors que, chez les délinquants du groupe témoin, on a vu ces dernières augmenter. Ces résultats semblent indiquer que, après le début du TEM, les délinquants traités participent moins à la sous-culture de la drogue (consommation de drogues, tentatives pour obtenir de la drogue et trafic de drogues). En ce qui a trait aux périodes d'isolement, les délinquants du groupe traité ont passé moins de temps en isolement non sollicité que ceux du groupe témoin, et ce, avant et après le début du TEM.

Bien que ces résultats ne permettent pas de conclure de manière certaine que la méthadone contribue à atténuer les comportements nuisibles en établissement, ils laissent supposer que les comportements négatifs des délinquants traités à la méthadone restent à tout le moins limités pendant le traitement. Qui plus est, on a relevé une réduction des comportements liés à une participation à la sous-culture de la drogue chez les délinquants du groupe traité, par comparaison avec le groupe témoin.

Il est fort probable que l'incidence du programme de TEM sur les délinquants soit sous-estimée dans la présente étude. On a sélectionné les délinquants du groupe traité sans tenir compte de la durée de leur participation au programme, de la proximité de la date de leur mise en liberté ni de leur participation à des programmes connexes. Par ailleurs, on n'a pas vérifié s'ils avaient participé à un programme de TEM après leur mise en liberté. De plus, le groupe traité se composait essentiellement de délinquants qui avaient, pendant un certain temps au cours de leur incarcération, suivi un TEM. Enfin, la période de suivi du groupe traité était plus longue que celle du groupe témoin.

Même en tenant compte de ces limites, on constate que les délinquants du groupe traité ont obtenu de meilleurs résultats que les délinquants du groupe témoin. S'il est possible de démontrer, malgré les conditions minimales établies pour l'inclusion dans le groupe traité, que la participation au programme de TEM a une incidence, il est probable que des données plus complètes sur le niveau de participation ainsi que la participation à un programme communautaire

de TEM montreraient des résultats encore plus probants en ce sens. Ces questions seront abordées dans le cadre de recherches ultérieures.

Portée des résultats

Les résultats de la présente étude portent à croire que la participation à un programme de TEM a un effet favorable sur les résultats postlibératoires au chapitre de la réincarcération. Il est important de souligner, à la lumière de cette conclusion, que le Service correctionnel du Canada pourrait donc dépenser moins à long terme pour les délinquants traités. Les coûts du programme de TEM en établissement pourraient être compensés par les économies qu'entraînerait le séjour prolongé sans problème des délinquants dans la collectivité comparativement aux délinquants qui n'ont pas suivi un programme de TEM. L'exécution de programmes de TEM en établissement pourrait également réduire les coûts liés au traitement des infections au VIH ou à l'hépatite C.

Il convient de mentionner que d'autres mesures concernant les résultats postlibératoires doivent être examinées pour avoir une idée plus globale de l'incidence de la participation au programme de TEM sur le comportement des délinquants après leur mise en liberté. Ces mesures peuvent comprendre le recours aux services de santé, l'emploi et la toxicomanie, ainsi que diverses autres mesures. On se penchera sur cette question dans le contexte d'une étude ultérieure.

On a observé peu de différences dans le comportement des délinquants pendant leur incarcération. Ce résultat est peut-être attribuable à une absence réelle d'incidence ou à l'impossibilité, étant donné les mesures actuelles servant à évaluer le comportement en établissement, de déceler des changements au cours d'une période de six mois. Par surcroît, il se peut que les délinquants ayant demandé à s'inscrire au programme de TEM doivent attendre un certain temps avant le début du traitement, ce qui pourrait avoir influé sur les résultats. Cependant, on a noté une différence quant aux accusations graves liées à la

drogue (possession d'alcool, de drogues ou d'accessoires destinés à l'utilisation de drogues, ou consommation de substances intoxicantes, par exemple). Plus précisément, on a constaté une réduction des activités liées à la drogue chez les délinquants héroïnomanes traités à la méthadone, tandis que, au fil du temps, ces activités augmentaient chez les délinquants du groupe témoin. Ce résultat a des implications sur le plan du comportement en établissement. De façon plus particulière, il suppose que si les délinquants traités à la méthadone participent moins à la sous-culture de la drogue, ils courront probablement moins de risques, et le personnel qui s'en occupe également.

Il convient de noter que la présente étude n'a examiné que les mises en accusation dans l'établissement et les périodes d'isolement et qu'on n'a pas étudié d'autres mesures, notamment au chapitre de la participation au programme. Par exemple, les délinquants du groupe traité ont peut-être accru leur capacité de concentration, ce qui leur permettrait de participer davantage à des activités utiles (emploi, études, traitement, etc.). On examinera dans le cadre d'une étude ultérieure l'incidence de la participation au programme de TEM sur ces autres comportements en établissement, selon la perception du personnel et des délinquants.

Fait des plus importants, la présente étude a montré que le programme de TEM a des effets favorables incontestables, les plus importants se produisant après la mise en liberté. Il sera nécessaire d'effectuer d'autres recherches pour évaluer plus en détail dans quelle mesure le TEM suivi en établissement se poursuit après la mise en liberté et comment ce facteur influe sur le comportement à long terme des héroïnomanes.

RÉFÉRENCES

- BELLIN, B., WESSON, J., TOMASINO, V., NOLAN, J., GLICK, A. et OQUENDO, S. «High dose methadone reduces criminal recidivism in opiate addicts», *Addiction Research*, vol. 7, n° 1, 1999, p. 19-29.
- CAPLEHORN, J. R. M. «A comparison of abstinence-oriented and indefinite methadone maintenance treatment», *The International Journal of the Addictions*, vol. 29, 1994, p. 1361-1375.
- COID, J., CARVELLI, A., KITTLER, Z., HEALEY, A. et HENDERSON, J. *Opiates, Criminal Behaviour, and Methadone Treatment*, 2000, Site Web : <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/index.htm>.
- DARKE, S., KAYE, S. et FINLAY-JONES, R. «Drug use and injection risk-taking among prison methadone maintenance patients», *Addictions*, vol. 93, n° 8, 1998, p. 1169-1175.
- DOLE, V. P. et NYSWANDER, M. «A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction», *Journal of the American Medical Association*, vol. 193, 1965, p. 80-84.
- DOLAN, K. A., WODAK, A. D. et HALL, W. D. «Methadone maintenance treatment reduces heroin injection in New South Wales prisons», *Drug and Alcohol Review*, vol. 17, 1998, p. 153-158.
- FISHER, B., GLIKSMAN, L., REHM, J., DANIEL, N. et MEDVED, W. «Comparing opiate users in methadone treatment with untreated opiate users: Results of a follow-up study with a Toronto opiate user cohort», *Canadian Journal of Public Health*, vol. 90, 1999, p. 299-303.
- MADDUX, J. F. et DESMOND, D. P. «Outcomes of methadone maintenance 1 year after admission», *Journal of Drug Issues*, vol. 27, 1997, p. 225-238.
- MAGURA, S., ROSENBLUM, A., LEWIS, C. et JOSEPH, H. «The effectiveness of in-jail methadone maintenance», *The Journal of Drug Issues*, vol. 23, 1993, p. 75-99.
- MARSCH, L. A. «The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: A meta-analysis», *Addictions*, vol. 93, 1998, p. 515-532.
- MARSDEN, J., GOSSOP, M., FARRELL, M. et STRANG, J. «Opioid substitution: Critical issues and future directions», *Journal of Drug Issues*, vol. 28, 1998, p. 243-264.
- MOTIUK, L., DOWDEN, C. et NAFEKH, M. *Enquête préliminaire sur un programme de traitement d'entretien à la méthadone (TEM) à l'intention des détenus sous responsabilité fédérale*, Ottawa, ON, Service correctionnel du Canada, 1999.
- O'BRIEN, R., COHEN, S., EVANS, G. et FINE, J. *The encyclopedia of drug abuse (2nd ed.)*, New York, NY, Facts on File, 1992.

- PARKER, H. et KIRBY, P. Dans *Methadone maintenance and crime reduction on Meyserside*, B. Webb (dir.), Londres, GB, Crown, 1996.
- PARRINO, M. W. «Methadone treatment in jail», *American Jails*, may-june 2000, p. 9-12.
- SAS INSTITUTE INC. *Statistical Analysis System (SAS), Version 6.12*, Cary, NC, 1997.
- SAS INSTITUTE INC. *SAS Procedures Guide, Version 8*. Cary, NC, 1999.
- SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA *Faits et chiffres sur le service correctionnel fédéral*. Ottawa, ON, Travaux publics et Services gouvernementaux, 1999a.
- SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA *Programme national de traitement d'entretien à la méthadone - Phase I*. Trousse documentaire et d'information, 1999b.
- SHEWAN, D., GEMMELL, M. et DAVIES, J. B. «Behavioural change among drug injectors in Scottish prisons», *Social Science and Medicine*, vol. 39, 1994, p. 1585-1586.
- SIMPSON, D. D., JOE, G. W., DANSEREAU, D. F. et CHATHAM, L. R. «Strategies for Improving Methadone Treatment Process and Outcomes», *Journal of Drug Issues*, vol. 7, n°2, 1997, p. 239-260.
- STONES, G. *Dynamic and static predictors of methadone maintenance treatment compliance among forensic clients*, thèse de maîtrise soumise au Department of Applied Psychology, University of Toronto, Ontario Institute for Studies in Education, Toronto, ON, 1999.
- WARD, J. MATTICK, R. P. et HALL, W. *Key issues in methadone maintenance treatment*, New South Wales, Australie, National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales Press, 1992.