

Audition conférence de consensus sur la prévention de la récidive

Question 1 : L'état des connaissances sur la prévention de la récidive vous paraît-il suffisant ? Si oui, que pensez-vous de la manière dont ces connaissances sont diffusées/ utilisées dans votre milieu professionnel ou associatif ? Sinon, que préconisez-vous pour améliorer les connaissances et pour assurer leur diffusion/ utilisation ?

La question de la récidive reste liée à celle de la rechute. Un travail commun entre acteurs du champ judiciaire et de la santé sur les liens et distinctions rechute/récidive, les complémentarités et spécificités d'intervention améliorerait la cohérence des actions.

Les études sur les liens drogues et criminalités, alcool et criminalités ne dégagent pas de lien de causalité directe mais des inter-actions réciproques (Brochu et Schneeberger, 2001 ; Barré, 1996). La majeure partie des excès de violence observés chez les patients présentant des troubles psychiatriques sévères (bipolaires, schizophrènes) comparativement à la population générale (enquête majeure NESARC aux USA) résulte d'une consommation de drogues ou d'alcool.

Les rares travaux sur l'intégration des services addictions et justices indiquent que l'offre de services addictions diminue l'usage de substance et la récidive criminelle (Brochu et Landry, 2012). Cette intégration se fait dans certaines régions (exemple : PACA) et contribue à mieux utiliser les compétences réciproques. Enfin, peu de dispositifs d'alternative à l'incarcération, ou ayant l'objectif de prévenir la récidive pénale chez les usagers de drogues, ont fait l'objet d'une évaluation scientifique satisfaisante, incluant des essais contrôlés. Il s'agit soit de dispositifs type « drug courts » ou proches (Cf. Q 3), soit de sanctions judiciaires pour usagers adultes (incarcération, probation en milieu ouvert en centre thérapeutique résidentiel ou en ambulatoire, ou la combinaison de ces différents dispositifs) (Cf. Q5).

Sur les complémentarités :

Les travaux sur les « sorties » de l'addiction et les « sorties, désistances » de la délinquance participent d'une même conception de parcours de vie et d'étapes (survenue, persistances, retrait). La sortie résulte d'un processus dynamique impliquant l'âge, la situation familiale, le métier et l'insertion sociale, elle prend en compte la dimension bio-psycho-sociale de la personne et l'origine multifactorielle des comportements d'addiction. L'accent est mis soit sur le contexte social, des liens solides ayant un effet contrôle social, soit sur l'acteur humain, la transformation de soi, la transformation cognitive. De plus en plus d'acteurs n'opposent plus l'un à l'autre mais proposent des approches transdisciplinaires, associant le développement de compétences psychosociales, un accompagnement thérapeutique et médicamenteux à des démarches d'insertion sociale. (Brochu, Landry, 2012)

Sur les spécificités:

Dans l'accompagnement des conduites addictives, l'objectif est de permettre à l'utilisateur d'arriver au moment de la « sortie », en ayant au mieux préservé son capital social et humain. Cette approche réduction des risques vise à permettre à l'utilisateur de prendre soin de sa santé, même en continuant l'usage (Castel, 1998), (Milhet, 2003), (Coppel, 1995, 1996, 2002). Pour les professionnels de la loi, et selon le statut pénal des substances, seule l'abstinence peut ou non être visée.

Cependant sur la notion de moment propice/période à risque, on constate des ouvertures possibles :

- les travaux sur les addictions ont montré l'inutilité d'imposer l'abstinence comme objectif unique à des sujets qui en sont encore loin, au risque d'induire un échec du sevrage et de réduire l'accès à des pratiques de réduction des risques. Les propositions thérapeutiques (approche motivationnelle, intervention précoce et partenariat secteur spécialisé/acteur de premier recours, dispositif ambulatoire/résidentiel, individuels/collectifs, groupes néphalistes) s'échelonnent le long d'un continuum, selon l'intensité de la problématique addictive.
- du côté de la récidive pénale, les travaux montrent l'intérêt de penser des chronologies adaptées : la pression pour l'engagement vers le soin, pour les adolescents et les adultes, est plus efficace en pré-sentencielle que dans la probation ou la libération conditionnelle (Brochu et Landry, 2010). La durée de

L'engagement est un autre critère. La sortie de détention, des 3 premiers aux 12 premiers mois, est une période sensible en terme de récidive.

Question 2 : De quels éléments d'information disposez-vous sur les facteurs qui diminuent le risque de récidive ou au contraire l'aggravent ? (facteurs personnels, familiaux, économiques, sociaux, géographiques, psychologiques, psychiatriques, sanitaires, impact des addictions... en distinguant suivant le type et la gravité des infractions)

Cette question renvoie aux facteurs de protection/facteur de vulnérabilité et aussi à la question de la prévention de la rechute qui sont traités dans la question 4.

Question 3 : Quelles sont selon vous

- Les schémas d'orientation des procédures au niveau du procureur de la République
- les types de sanction
- et/ou les pratiques professionnelles qui sont les plus à même de favoriser la prévention de la récidive ? Précisez sur quels éléments d'évaluation scientifique ou empirique vous vous fondez.
- quels freins, d'ordre juridique ou pratique observez-vous à leur mise en place ?

L'amélioration de la prévention de la récidive peut résulter d'une meilleure adéquation entre l'offre de service de soins, la problématique addictive et les éléments bio-psycho-sociaux de la personne. Elle nécessite une évaluation et l'orientation vers un dispositif qui pourrait reprendre de manière adaptée au contexte français les grands principes gouvernant la création des « Drug courts » (adoption du modèle de la « maladie », évaluation et orientation par une équipe spécialisée, articulation étroite entre les différents acteurs avec des moyens suffisants, une réactivité importante au cours du suivi et une adaptation progressive du dispositif (annexe 2).

Les « Drug courts » ont vu le jour en 1989 à Miami en Floride avant d'être adoptées dans de nombreux états américains (2 400 « drug courts ») et à l'étranger, sous des formes parfois déclinées. Spécialisées dans le jugement d'infractions en lien avec l'usage de drogues (revente, vol, voies de faits, etc.), leur mise en place suppose un changement de paradigme : les justiciables usagers de drogues sont « malades » et leur délinquance relève d'une prise en charge thérapeutique et non de la repentance ou de la réhabilitation, les troubles cognitifs découlant du processus de dépendance les rendant en grande partie peu accessibles à la crainte d'une sanction (Gottfredson 2003). Les juges, plutôt que de sanctionner (Nolan 2002), accompagnent un processus thérapeutique qu'ils coordonnent et dont ils vérifient l'application, s'impliquant fortement dans un statut de « case manager » anglo-saxons. Les justiciables éligibles présentent une dépendance et sont volontaires pour cette approche. Ils sont sans antécédent de faits de violence importants (bien que ce dernier critère ne soit pas constant). Ceux exclus sont souvent les multirécidivistes, ceux accusés de trafic ou présentant des troubles mentaux sévères (Mitchell, Wilson et al. 2012). Les principales caractéristiques de ces dispositifs sont i. leur dimension collaborative, empathique et basée sur les progrès observés ii. L'identification précoce des justiciables éligibles iii. L'intégration de la prise en charge thérapeutique dans le processus judiciaire iv. Les tests urinaires v. la supervision judiciaire et vi. Un système de sanctions/récompenses gradué (Mitchell, Wilson et al. 2012). L'évaluation initiale précoce est une dimension essentielle, effectuée par des professionnels utilisant des outils d'évaluation standardisés (Addiction Severity Index, la Psychopathy Checklist, The Level of Utility Service Inventory cf. Annexe) pour apprécier le niveau de dépendance, le risque de récidive, la motivation au changement. L'accomplissement par le justiciable de l'ensemble de la procédure, d'une durée variable de 1 à 2 ans, fait l'objet d'une certification officielle (si possible en présence de l'entourage) et de l'abandon des charges et/ou d'une peine alternative à l'incarcération. Un peu moins de la moitié des justiciables (47%) atteignent cette certification (Belenko 2001). Ce dispositif a été étendu à des tribunaux pour mineurs et aux délits routiers en lien avec la consommation d'alcool. Plusieurs revues de la littérature et quelques méta-analyses sont consacrées à son efficacité. L'hétérogénéité des méthodologies, contextes et populations étudiées limite les conclusions, notamment sur les facteurs associés à la réussite du dispositif. Une méta-analyse récente (Mitchell, Wilson et al. 2012) conclue à un taux récidive inférieur. Le gain en terme de récidive varie selon le type de « drug courts » et reste modéré : le taux global de récidive serait de 38% pour les usagers de drogues adultes contre 50% dans le dispositif judiciaire classique et de 37% pour la récidive d'infractions à la législation pour les stupéfiants contre 50% dans le dispositif judiciaire classique, ce différentiel persistant au moins 3 ans après l'entrée dans le programme. Les résultats semblent comparables pour les tribunaux spécialisés dans les infractions routières en

lien avec des conduites d'alcoolisation, bien que les études contrôlées soient moins nombreuses. L'effet semble plus limité dans le cas des tribunaux pour usagers mineurs, la récurrence étant de 43,5% pour les participants contre 50% pour les justiciables mineurs n'adhérant pas au programme. La question de l'atténuation de l'efficacité de ces dispositifs en fonction de l'inclusion ou non de justiciables impliqués dans des faits de violences reste en suspens, les études ne permettant pas de conclure.

Question 4 : Quels sont, dans votre milieu professionnel ou associatif les points qui font consensus sur les facteurs de risque ou de protection, s'agissant de la récurrence ? Quelles sont les bonnes pratiques professionnelles que vous avez mises en place afin de prévenir la récurrence ? Quels sont les points dans vos pratiques professionnelles qui vous paraissent perfectibles ?

La Fédération Addiction pilote une réflexion sur le thème santé justice depuis quelques années. Il y a eu en 2009 la sortie d'un guide sur les soins obligés en addictologie qui a été réédité en 2011 du fait de son succès tant auprès des professionnels du soin que de la justice. Depuis 2010, une action participative et partenariale en lien avec l'APSEP (association des professionnels de santé en prison) et l'APAC (association des professionnels en milieu carcéral) est pilotée afin de contribuer à une meilleure articulation entre les différents acteurs impliqués dans l'accompagnement et la prise en charge des addictions des détenus et ainsi améliorer la continuité des soins. Suite à un état des lieux national, des préconisations sont en train de se dégager avec la valorisation d'un certain nombre d'outils pratiques pour favoriser une meilleure prise en charge à l'intérieur et au moment de la sortie.

Au niveau de la politique publique, la réflexion a porté sur la rechute et sa prévention ainsi que sur la réduction des risques. Les alternatives à l'incarcération, notamment avec l'injonction thérapeutique (IT) et la création de stages, ont donné lieu à peu de travaux de fond. Les modalités de la mise en œuvre de l'IT ont été renouvelées, mais le débat sur le médecin relais et les blocages produits ont conduit à mettre l'accent sur le moins efficace soit le contrôle plus que sur le programme thérapeutique possible.

Pour des usagers non dépendants, les stages « stupéfiants » s'inscrivent dans un mouvement plus général de substitution aux défaillances éducatives et/ou de réorientation du soin vers des approches groupales et comportementales. Mais le stage participe aussi d'une volonté de réponse pénale plus rapide et systématique. Il a été pensé comme un outil éducatif et pédagogique, plus que thérapeutique, à destination de personnes non dépendantes « pour éviter la récurrence d'un comportement d'usage ». Le processus a donné lieu à une évaluation de l'OFDT (Tendances n°81, 2012) qui en fait bien apparaître les limites. Il faut donc le proposer là où la réponse pédagogique peut être utile, en repenser les populations cibles, et en faire évaluer les pédagogies. En tant que tel, il doit être adapté et mieux articulé aux autres réponses, notamment à celle des CJC (consultations jeunes consommateurs) qui offrent une réponse plus centrée sur la personne, dans une approche motivationnelle, et en lien avec les entourages.

La politique pénale gagnerait à une dépénalisation de l'usage privé de cannabis chez les adultes, dès lors qu'il n'est associé à aucun acte portant tort à autrui. L'accent serait mis sur les usages à risques : conduite automobile par exemple, avec des stages renouvelés et des orientations améliorées. Pour les mineurs, une orientation vers la CJC pourrait participer à une sanction éducative, autant pour l'usage de cannabis que pour les usages d'alcool, en lien avec les actions de réduction des risques et de prévention menées en milieu ouvert (cf. Annexe Axe Sud). Cette cohérence des réponses dans le respect des pratiques judiciaires et thérapeutiques pourrait faire l'objet de travaux communs en région (cf. propositions finales question 5).

Pour les usagers dépendants ou plus engagés dans l'usage, l'évaluation comparée des différentes sanctions judiciaires ou de leur combinaison sur la récurrence pénale, incarcération, probation en milieu ouvert avec prise en charge en centre thérapeutique résidentiel ou en ambulatoire, reste peu conclusive en raison de nombreuses aléas et biais méthodologiques.

Quelques points font cependant consensus.

En premier lieu, les **alternatives à l'incarcération**, pré ou post- sentencielles, présentent des résultats supérieurs à l'incarcération en terme de récurrence, de coût efficacité, de rétention en traitement (Emcdda 2005). En Angleterre, le coût d'un DTTO (Drug treatment and treating orders) se situait entre 36 et 54 euros par jour contre 145 euros pour une journée d'incarcération en 2005. En France, la cour des comptes situe à 71,10 euros la journée d'incarcération contre 40 euros pour un placement extérieur. Les alternatives à l'incarcération permettent par ailleurs de soulager le système pénitentiaire, surchargé dans de nombreux pays, et d'éviter en terme de santé publique la concentration d'une population à haut risque sanitaire, notamment sur le plan infectieux (Drogues 2012).

Si les études ne permettent pas de conclure nettement, la revue Cochrane (Perry, Coulton et al. 2006) privilégie cependant la communauté thérapeutique suivie d'une prise en charge ambulatoire ou résidentielle (« aftercare

facilities ») dans le dispositif de droit commun. En revanche, les interventions basées sur une supervision intensive (contrôles urinaires, surveillance en milieu ouvert) auraient peu d'impact sur la récidive (Perry, Darwin et al. 2009). La non prise en compte d'aspects comme la coexistence fréquente de troubles psychiatriques, motif courant de non inclusion dans les « drug court programs », identifiés comme facteurs de moins bonne rétention en traitement contraints (Schaub, Stevens et al. 2011), doit être soulignée. Ces dernières années, l'Angleterre et le Canada ont mis au point des normes d'exécution des programmes de traitement de la toxicomanie fondés sur la justice pénale ainsi que des processus d'agrément permettant d'assurer leur qualité et efficacité par des spécialistes externes (décision réussite/échec). En France, deux expériences ont été conduites avec la PJJ dans les Centres éducatifs fermés (CEF) : le MDFT (thérapies familiales) et des consultations avancées par des professionnels des CSAPA (Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie).

Lorsque les usagers de drogues sont incarcérés, leurs besoins sur le plan sanitaire, addictologique, incluant les pratiques à risques associées à l'usage de drogue en détention, mais aussi social, doivent être pris en compte à travers la mise en place de programmes spécifiques, sous forme de communautés thérapeutiques en détention, de programme de soins et de réduction des risques, soutenus dans le cadre de la détention normale en lien avec le milieu extérieur (Smith, Gates et al. 2006; Drogues 2012) (programme axe sud en France à la maison d'arrêt de Seysses cf.annexe). Des expériences pourraient être faites à partir des travaux de nos collègues sur cette période de sortie et son accompagnement et suivi intensif (Aos et al, 2006) qui évaluent 10 programmes, TCC et CT, qui ont des baisses de 21,9%.

Question 5 : Quelles sont, selon vous, les réformes juridiques ou organisationnelles (ex : réponses pénales¹, programmes, ressources, organisation du travail, formations, partenariats) susceptibles d'améliorer l'efficacité des réponses pénales en termes de prévention de la récidive ? Parmi celles-ci, laquelle vous semble la plus importante ?

Sortir du tout pénal en dépénalisant l'usage privé et en proposant des alternatives à l'incarcération mieux étiquées, avec une orientation basée sur une évaluation plus formalisée.

Proposer des formations croisées au niveau national à partir d'un corpus de connaissances validées. Sensibiliser les représentants du tribunal et les représentants judiciaires à la notion de changement de comportement pour qu'ils réagissent de façon constructive et adaptée (p. ex. aux écarts, aux rechutes, à l'utilisation réduite ou modérée versus l'abstinence).

Mettre en place des instances de rencontre au niveau régional et des dispositifs justice/santé de traitement des addictions, sur le modèle des Drug Court ou des TTT (Tribunaux de traitement de la toxicomanie – cf. annexe) intégrant les pratiques et recherches scientifiques récentes dans l'évaluation des problèmes et les traitements dans le contexte de la justice pénale et du tribunal.

Elaborer des programmes de traitement et des modèles de prestation de services uniques (p. ex. objectifs de traitement, styles de traitement, modes de prestation, etc.) adaptés à la situation et aux besoins des populations, selon l'âge, le genre, le groupe ethnique et les troubles concomitants.

Prévoir un programme d'évaluation et d'agrément, confié à des spécialistes externes, en fonction d'un Répertoire d'évaluation des programmes correctionnels. Combiner ces processus d'assurance qualité, permet que tous les dispositifs répondent à l'ensemble des caractéristiques des interventions efficaces de justice pénale et des traitements des addictions, « basés sur les preuves » (évidence based).

Note élaborée par la Fédération Addiction avec le concours du RESPADD (Réseau de prévention des addictions)

Nicolas Bonnet, Pharmacien spécialisé en santé publique, Directeur du RESPADD
Jean Pierre Couteron, Psychologue clinicien, Président de la Fédération Addiction
Laurent Michel, Psychiatre, Directeur Médical du Centre Pierre Nicole, Inserm U669, Paris
Nathalie Latour, Déléguée Générale de la Fédération Addiction
Contribution des membres du groupe projet santé justice au sein de la Fédération Addiction

¹ Voir définition dans l'avertissement ci-dessus

Annexe Bibliographique

- AosS., Miller M. et Drake E. (2006), *Evidence-based Adult Corrections Programms : WHAT works and what does not*, Whashington State Institute for Public Policy, Olympia, WA.
- Barré, MD. (1996.). « Toxicomanie et délinquance : relations et artefacts », *Déviance et société*, vol 20, n°4,
- Belenko, S. (2001). *Research on drug courts: a critical review 2001 update*, The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University.
- Brochu, S., Schneeberger, P. (2001). *Drogues et délinquances, regards sur les travaux nord-américains*, Documents du CESAMES, n°9.
- Castel, R. (1998), *Les sorties de la toxicomanie*, Fribourg Editions Universitaires, « ResSocialis »
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2007), *FAQ sur les tribunaux de traitement de la toxicomanie*,
- Coppel, A., (1995) « Les sorties de la toxicomanie », in *Dépendance et conduites de consommation*, INSERM.
- Coppel, A., (1996). « Les intervenants en toxicomanie, le sida et la réduction des risques en France ».in *Vivre avec les drogues*. Communication n°62.
- Coppel, A., (2002). *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, Paris, La découverte,
- Drogues, C. I. s. l. P. d. (2012). *Guide sur les politiques des drogues*.
- Emcdda (2005). *Alternatives to imprisonment — targeting offending problem drug users. Annual report 2005*. S. issue. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2005.
- Gottfredson, D. N., S.; Kearly, B. (2003). "Effectiveness of drug treatment courts: evidence from a randomized trial." *Criminology & Public Policy* 2(2): 171-196.
- Landry M., Brochu S., Patenaude C., "L'intégration des services en toxicomanie", *Toxicomanies*, mai 2012
- Milhet M. (2003), *L'expérience des traitements de substitution : une sortie de la toxicomanie ?* , Thèse Université Bordeaux 2 – Victor Segalen UFR Sciences de l'Homme, Département de Sociologie
- Mitchell, O., D. Wilson, et al. (2012). "Assessing the effectiveness of drug courts on recidivism: A meta-analytic review of traditional and non-traditional drug courts." *Journal of Criminal Justice* 40: 60-71.
- Nolan, J. L., Jr. (2002). "Drug treatment courts and the disease paradigm." *Subst Use Misuse* 37(12-13): 1723-1750.
- Obradovic I., (2012), "Les stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, *Tendances*, n°81, Juin 2012
- Perry, A., S. Coulton, et al. (2006). "Interventions for drug-using offenders in the courts, secure establishments and the community." *Cochrane Database Syst Rev*(3): CD005193.
- Perry, A. E., Z. Darwin, et al. (2009). "The effectiveness of interventions for drug-using offenders in the courts, secure establishments and the community: a systematic review." *Subst Use Misuse* 44(3): 374-400.
- Schaub, M., A. Stevens, et al. (2011). "Predictors of retention in the 'voluntary' and 'quasi-compulsory' treatment of substance dependence in europe." *Eur Addict Res* 17(2): 97-105.
- Smith, L. A., S. Gates, et al. (2006). "Therapeutic communities for substance related disorder." *Cochrane Database Syst Rev*(1): CD005338.

Annexe Evaluation

EVALUATION – PRINCIPES GENERAUX

L'évaluation est une démarche d'analyse collective et d'aide à la décision. Elle consiste à produire des connaissances sur les actions publiques pour en apprécier la valeur et aider les acteurs à en améliorer la pertinence, l'efficacité, l'efficience, la cohérence et les impacts. Ses conclusions doivent être crédibles et pour ceci, elle se doit d'examiner les actions publiques évaluées dans des conditions satisfaisantes.

Les méthodes de recueil et de traitement du matériau dont l'évaluation a besoin sont celles propres aux sciences humaines et sociales. La spécificité méthodologique majeure de l'évaluation porte sur la nécessité de définir, d'un commun accord et en respectant la pluralité des points de vue des acteurs ou de toute autre personne concernée :

- **l'utilisation attendue des résultats (Pour quoi faire ?),**
- **le champ à évaluer (Quel objet évaluer ? Quelles sont les questions dont l'enjeu mérite une évaluation ?) et enfin,**
- **l'angle d'appréciation à privilégier pour chacune des questions posées (Sous quel angle de vue le jugement de la valeur de l'action publique repose-t-il ?).**

Les moyens disponibles, la complexité technique, l'opportunité ou le temps imparti sont d'autre part, des éléments à prendre en considération pour mener à bien une démarche d'évaluation.

D'abord, parce qu'elle vise à déboucher sur des préconisations utiles à une réflexion prospective.

En amenant les acteurs à réfléchir aux points critiques et aux questions qui posent problème, elle met les acteurs en situation de proposer des solutions d'action pragmatiques et adaptées au contexte réel d'implantation du programme.

Par ailleurs, l'évaluation implique des enjeux de légitimité qu'il faut également évoquer.

L'évaluation vise ainsi à légitimer le rôle des acteurs impliqués dans l'implantation du TTTI.

En analysant, dans les conditions d'objectivité et de rigueur nécessaires, les résultats obtenus, l'évaluation sert à conforter les acteurs sur la pertinence de leur activité et à faire converger les appréciations individuelles des acteurs sur les nouveaux enjeux, les moyens nécessaires pour atteindre les objectifs fixés et la « valeur intrinsèque » du programme.

L'évaluation a pour but de mesurer les actions réalisées et de les valoriser auprès des acteurs mobilisés. Elle doit permettre de vérifier quels objectifs ont été atteints, tant en termes de résultats qu'en termes de dynamiques et de processus impulsés.

Les acteurs de terrain sont les seuls à pouvoir mettre à jour les liens qui se sont créés au cours des actions, à valoriser la richesse de ces dernières, à identifier les obstacles surmontés, à repérer les dynamiques qui ont été impulsées.

Une auto-évaluation permet aux partenaires de retracer ensemble le chemin parcouru, et d'avoir une vision à long terme de ce qu'ils veulent poursuivre : étapes importantes, objectifs (pour les professionnels, pour les usagers) et mises en oeuvre (méthodes, principes d'action, réalisation), évolutions (quand, où, pourquoi), identification des freins et des ressources jusque là cachés, résultats (attendus, non attendus, impact). Pour cette phase de description des actions, tous les partenaires internes et externes impliqués sont sollicités afin de resituer au mieux les actions dans leur contexte.

Évaluation de la demande d'entrée en Tribunal de traitement de la Toxicomanie (TTT)

L'accusé doit soumettre une demande formelle au TTT, habituellement peu de temps après son arrestation. Il consent ainsi à ce que son dossier soit traité par un TTT plutôt que par le système de justice classique.

Généralement, un dossier est référé au TTT avant que l'accusé ne soumette une demande, suivant un processus formel ou informel qui commence habituellement lorsque de l'information (p. ex. critères d'admissibilité, conséquences juridiques de la participation, attentes en matière de comportement, droits et responsabilités, conditions du cautionnement, etc.) est transmise au demandeur potentiel afin qu'il prenne une décision éclairée avant de présenter sa demande au TTT. La présentation d'une demande ne garantit en rien l'admission au programme.

L'admission dépend de critères spécifiques au tribunal et au programme :

- un demandeur peut être accusé de délits comme la possession de drogue ou des vols mineurs en vue de consommer de la drogue,
- mais il ne peut faire l'objet d'accusations de voies de fait, par exemple.

- Les antécédents criminels du demandeur doivent démontrer qu'il ne pose **aucun danger pour la sécurité de sa collectivité** (ainsi, un demandeur ayant été condamné à plusieurs reprises pour comportement violent ou pour infractions commises à l'aide d'une arme ne serait pas admissible au programme),
- et **le comportement criminel du demandeur doit être lié à la dépendance** (par exemple, des vols mineurs pour acheter de la drogue).

Évaluation des programmes

Au cours des dernières années, Her Majesty's Prison Service (Angleterre et pays de Galles) et le Service correctionnel du Canada (SCC) ont mis au point des **normes d'exécution des programmes ainsi que des processus d'agrément permettant d'assurer la qualité et l'efficacité des programmes de traitement de la toxicomanie fondés sur la justice pénale**. Le SCC a recours à des **spécialistes externes pour évaluer les programmes** (décision réussite/échec) à l'aide des critères suivants :

- **Les programmes se fondent sur une théorie factuelle**
- **Ils emploient des méthodes, des techniques et des modalités efficaces**
- **Ils comportent de nombreuses facettes et intègrent des méthodes de traitement variées**
- **Ils sont d'intensité variable en fonction des besoins des participants (consommation de drogues faible à élevée)**
- **Ils sont mis en œuvre de façon cohérente et d'après les principes établis (intégrité du programme)**
- **Ils font appel à du personnel de qualité et recruté selon des critères de sélection**
- **Ils font appel à du personnel bien formé, accrédité, faisant l'objet d'une supervision et bien encadré**
- **Ils jouissent de l'appui de la direction**
- **Ils offrent un milieu carcéral propice à la prestation du programme**
- **Ils prévoient une évaluation et une sélection adéquates des participants**
- **Ils comportent une infrastructure d'évaluation et de monitorat complète**

Il est encore difficile pour beaucoup de TTT d'intégrer pleinement les pratiques et les recherches scientifiques récentes dans l'évaluation des problèmes et les traitements de toxicomanie (dans le contexte de la justice pénale et du tribunal), lorsqu'il est question de comportements illégaux et de consommation de substances illicites.

Il est important que les représentants du tribunal et les représentants juridiques comprennent les subtilités du changement de comportement et y réagissent de façon constructive (p. ex. réagir efficacement aux écarts, aux rechutes, à l'utilisation réduite ou modérée versus l'abstinence).

Cet aspect est important pour les TTT à une époque où des autorités correctionnelles à l'avant-garde ont activement élaboré et mis en œuvre des modèles factuels pour la prestation de services (p. ex. Service correctionnel du Canada, Her Majesty's Prison Service for England and Wales, Service de prison et de probation de la Suède).

Les TTT doivent tenir compte de la situation et des besoins particuliers des groupes de population et reconnaître que des processus de traitement et des modèles de prestation de services uniques doivent être élaborés (p. ex. objectifs de traitement, styles de traitement, modes de prestation, etc.) **selon l'âge, le genre, le groupe ethnique et les troubles concomitants**.

Il est recommandé d'élaborer des normes uniformes de mise en œuvre des programmes pour les TTT et de mettre sur pied un programme d'agrément, en ayant recours à **des spécialistes externes des programmes de justice pénale comme évaluateurs**.

Il est aussi recommandé d'évaluer tous les TTT en fonction du **Répertoire d'évaluation des programmes correctionnels (REPC)**.

En combinant ces processus d'assurance de la qualité, il est possible de s'assurer que tous les TTT **répondent à l'ensemble des caractéristiques des interventions efficaces de justice pénale, de la théorie contemporaine et des traitements de la toxicomanie fondés sur des données probantes**.

Le questionnaire d'évaluation des besoins "The Level of Service Inventory-Revised™ (LSI-R™)"

Evaluer le risque de récidive devient de plus en plus nécessaire face à l'augmentation des durées d'incarcération.

Questionnaire quantitatif dans le but d'évaluer les caractéristiques liées à la délinquance afin d'estimer le besoin d'un traitement spécifique des personnes interpellées.

- A partir de 16 ans
- Indicateur de réussite pour :
 - Respect de ses engagements
 - Indication de ttt en maison de correction
 - Baisse de la recidive
- 54 items
- Validé
- Administrable par CIP en centre de détention, centre pénitentiaire, centrale, maison de correction
- Administrable par psychologues, médecins, travailleurs sociaux, éducateurs et tout professionnel formé.
- Optimise l'allocation de ressources, indication de ttts, des niveaux de sécurité./surveillance appropriés.

The Level of Service Inventory-Revised™ (LSI-R™) is a quantitative survey of offender attributes and their situations relevant to level of supervision and treatment decisions. Designed for ages 16 and older, the LSI-R helps predict parole outcome, success in correctional halfway houses, institutional misconducts, and recidivism. The 54 items are based on legal requirements and include relevant factors needed for making decisions about risk and treatment. The LSI-R Manual explains the use of the LSI-R and summarizes research studies on its reliability and validity.

The LSI-R can be used by probation and parole officers and correctional workers in jails, detention facilities, and correctional halfway houses to assist in the allocation of resources, help make decisions about probation and placement, make appropriate security level classifications, and assess treatment progress.

The LSI-R QuikScore

- Version simplifiée, efficiente et évaluée
- Minimise les erreurs de passation

The LSI-R QuikScore™ form is professional-completed and includes the necessary elements for scoring the instrument. The QuikScore™ forms contain special aids that make scoring of the test very quick and efficient, while minimizing potential for key errors.

SCALES

- *Criminal History*
- *Education/Employment*
- *Financial*
- *Family/Marital*
- *Accommodation*
- *Leisure/Recreation*
- *Companions*
- *Alcohol/Drug Problems*
- *Emotional/Personal*
- *Attitudes/Orientation*

- *The LSI-R™ assessment is a quantitative survey of offender attributes and offender situations relevant for making decisions about levels of supervision and treatment. The instrument's applications include assisting in the allocation of resources, helping to make probation and placement decisions, making appropriate security level classifications, and assessing treatment progress.*

- *The 54 LSI-R items are based on legal requirements and include relevant factors for making decisions about risk level and treatment/*
- *Probation officers, parole officers, and correctional workers at jails, detention facilities, and correctional facilities complete the semistructured interview with offenders.*
- *They then use the interview together with collateral information to complete a QuikScore™ form.*
- *The results are converted to cumulative frequencies on a ColorPlot™ Profile.*
- *Users have the option of profiling the Total LSI-R score against the Canadian norms or the U.S. norms.*

LSI-R scores are proven to help predict parole outcome, success in correctional halfway houses, institutional misconduct, and recidivism. This predictive validity is partly a result of the method of its construction.

The item content was developed to reflect three primary sources: recidivism literature, the professional opinions of probation officers, and the social learning perspective of social behavior. Scores can then be used in conjunction with professional judgement to arrive at valid placement decisions. An 8-item screening version (LSI-R:SV) and a youth version (YLS/CMI) are also available from MHS.

User Qualifications

The LSI-R assessment can be easily used by counselors, physicians, psychologists, and correctional professionals, including probation officers, youth workers, social workers, and other trained professionals and paraprofessionals. A professional with advanced training in psychological assessment or a related discipline must assume responsibility for the use, interpretation, and communication of the results. The professional must have b-level qualifications, which require that, as a minimum, he or she has completed courses in psychological testing and measurement at a post-secondary level or has equivalent training.

Instrument

The LSI-R instrument contains the following scales, with the number of items in each listed in parentheses :

- *Criminal History (10)*
- *Education/Employment (10)*
- *Financial (2)*
- *Family/Marital (4)*
- *Accommodation (3)*
- *Leisure/Recreation (2)*
- *Companions (5)*
- *Alcohol/Drug Problems (9)*
- *Emotional/Personal (5)*
- *Attitudes/Orientation (4)*

The item responses are summed, resulting in a Total score.

Additional factors can be considered in making placement decisions, and space is provided for professional overrides.

Évaluation des facteurs statiques et dynamiques

- **Le facteur statique, qui permet de mesurer le risque de récidive d'un délinquant, est fondé sur des facteurs historiques comme le genre d'infraction, les caractéristiques de l'infraction, les renseignements sur les victimes et l'historique de l'infraction;**

Des études antérieures (Andrews et Bonta [1998]) ont montré **qu'il est associé à la récidive.**

Dans le cas de l'EID, le facteur statique est évalué au moyen de 134 indicateurs (questions auxquelles il faut répondre par oui ou par non pour indiquer si un élément s'applique à un délinquant) ayant trait aux activités criminelles d'un détenu.

Les agents de libération conditionnelle dans les établissements évaluent chaque indicateur après un examen et une analyse systématiques des documents officiels et des entrevues tenues dans le cadre du processus d'EID. Les délinquants reçoivent ensuite une cote élevée, moyenne ou faible pour le facteur statique.

➤ **Le facteur dynamique permet d'évaluer les facteurs criminogènes qui peuvent varier à la suite d'un traitement.**

Dans le cas du facteur dynamique, **197 questions** (questions auxquelles il faut répondre par oui ou par non pour indiquer si un élément s'applique à un délinquant) sont utilisées pour évaluer les besoins d'un délinquant dans sept domaines : emploi et éducation, relations matrimoniales et familiales, fréquentations et relations sociales, toxicomanie, fonctionnement dans la collectivité, orientation personnelle et affective et attitude.

On a montré que chacun de ces domaines est lié à la récidive (Boland, Henderson et Baker [1998]; Gates, Dowden et Brown [1998]; Gendreau, Goggin et Gray [2000]; Goggin, Gendreau et Gray [1998]; Law [1998]; Paolucci, Violato et Schofield [1998]; Robinson, Porporino et Beal [1998]).

Pour les sept domaines, les cotes sont attribuées en fonction d'une échelle de trois ou quatre points :

1. facteur considéré comme un atout en vue de la réinsertion sociale;
2. aucun besoin immédiat d'amélioration;
3. besoin modéré d'amélioration;
4. besoin manifeste d'amélioration. Les domaines de la toxicomanie et de l'orientation personnelle et affective sont cotés sur une échelle de trois points, et la cote des atouts ne s'applique pas à ces domaines.

Des lignes directrices permettent une application uniforme des critères pendant le processus d'évaluation (Service correctionnel du Canada [2003a])

En plus de l'évaluation des domaines individuels, un facteur dynamique global (faible, moyen ou élevé) est présenté.

La cote est fondée sur une évaluation des domaines définis, la cote de chaque domaine et les indicateurs individuels. Des chercheurs ont montré qu'il existe une corrélation positive entre la cote globale et la récidive (Grant et Gillis [1999]; Grant, Motiuk, Brunet, Couturier et Lefebvre [1996]).

Figure 2 – Modèle d'évaluation du PIDT

Engagement et éducation		Traitement thérapeutique intensif	
Prétests	Post-tests	Prétests	Post-tests
<ul style="list-style-type: none"> • Échelle sur l'importance de l'alcool et des drogues • Éducation sur la toxicomanie • Disposition à changer (générique) 	<ul style="list-style-type: none"> • Échelle sur l'importance de l'alcool et des drogues • Éducation sur la toxicomanie • Disposition à changer (générique) • Questionnaire d'évaluation du programme 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevue semi-structurée • Inventaire des stratégies d'adaptation • Attitudes et connaissances concernant la rechute • Questionnaire sur l'estime de soi de Rosenberg • Échelle d'auto-efficacité en matière d'abstinence d'alcool et de drogues • Disposition à changer 	<ul style="list-style-type: none"> • Inventaire des stratégies d'adaptation • Attitudes et connaissances concernant la rechute • Questionnaire sur l'estime de soi de Rosenberg • Échelle d'auto-efficacité en matière d'abstinence d'alcool et de drogues • Disposition à changer • Questionnaire d'évaluation du programme

Annexe Addictions et Sécurité routière

Le programme AXE ASUD

Pas d'image-choc ni de slogan. Il s'agit d'aider chacun à prendre conscience des facteurs qui influencent les conduites à risque sur la route, et de faire évoluer les comportements.

Les objectifs du programme de prévention « Axe Sud »

- Prévenir les usages d'alcool et autres substances psycho-actives au volant et en deux roues motorisés
- Prévenir les conduites à risques sur la route (contexte professionnel, contextes festifs, etc.), faire évoluer les comportements.
- Prévenir la répétition des comportements à risque
- Aider à faire des choix pour améliorer sa santé et limiter ses prises de risques
- Réduire les inégalités de santé
- Cibler la prévention sur des groupes à risques avec des stratégies adaptées aux cibles résistantes.

Le programme de prévention Axe Sud est structuré autour d'une méthode d'intervention élaborée spécifiquement qui propose de :

Faire prendre conscience des facteurs qui influencent la prise de risques favorisant l'accident (environnement familial, amical, professionnel), responsabiliser, et susciter des changements de comportements.

Les publics

Le programme Axe Sud est mis en œuvre en Haute-Garonne auprès :

- des jeunes 15-24 ans en lycées professionnels
- des jeunes 15-24 ans apprentis en CFA
- des maîtres d'apprentissages et des milieux professionnels (filières professionnelles, syndicats professionnels)
- **des auteurs d'infractions routières et des détenus multirécidivistes à la Maison d'Arrêt de Seysses, Quartier Courtes Peines dans le cadre du programme de prévention de la récidive**
- des auteurs d'infractions routières, consommateurs d'alcool et autres substances psycho-actives près le TGI de Toulouse et de St Gaudens.