

# Évaluation des programmes de lutte contre la toxicomanie du Service Correctionnel du Canada

Rédigé par:

Paul Gendreau et Claire Goggin  
Université du Nouveau-Brunswick

Direction de la recherche et des statistique  
Service correctionnel du Canada

Les opinions exprimées dans le présent rapport sont celles des auteurs; elles ne reflètent pas nécessairement les vues ni les politiques du Service correctionnel du Canada. Ce rapport est également disponible en anglais. This report is also available in English. On peut se le procurer en s'adressant à la Direction des communications, Service correctionnel du Canada, 340 ouest, avenue Laurier, Ottawa (Ontario) K1A 0P9.

Avril 1991

**1991 n° R-16**

## Remerciements

1. Ce projet a été financé dans le cadre du contrat de recherche n° 21100-9-1575-INH-00, Service correctionnel du Canada (SCC), ministère du Solliciteur général du Canada. Nous souhaitons remercier les fonctionnaires suivants du SCC qui nous ont aidés pour divers aspects de la recherche: M. Frank Porporino et M. David Robinson, Direction de la recherche et de la statistique, et M. Jon Klaus, Direction des services de santé. Nous remercions également Mme Helen Annis, de la Fonction de la recherche sur la toxicomanie, pour ses conseils sur l'évaluation de l'alcoolisme et sur les ouvrages publiés dans le domaine de l'intervention.
2. Pour obtenir des renseignements additionnels, on est prié de s'adresser au premier auteur, au département des sciences sociales, Université du Nouveau-Brunswick, C.P. 5050, Saint John (N.-B.) E2L 4L5.

## Table des matières

<b>ÉVALUATION DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE DU SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA</b>	<b>1</b>
<b>Remerciements</b>	<b>2</b>
<b>Résumé</b>	<b>4</b>
<b>Introduction</b>	<b>5</b>
<b>Méthode</b>	<b>5</b>
<b>Résultats.</b>	<b>7</b>
1. Taux de réponse	7
2. Données démographiques sur les programmes	8
3. Mise en oeuvre du programme	9
4. Évaluation des clients	9
5. Modalités de traitement	10
6. Caractéristiques du personnel	12
7. Évaluation/responsabilité	13
8. Région, exécution par le SCC/à contrat et cadre d'exécution du programme	13
Région	14
Cadre d'exécution des programmes	14
Exécution par le SCC/à contrat	15
9. Qualité des programmes	16
<b>Analyse et recommandations</b>	<b>18</b>
Questions générales	18
Questions internes	19
Recommandations particulières visant les programmes	20
<b>Conclusion</b>	<b>25</b>
<b>Notes</b>	<b>26</b>
<b>Références</b>	<b>27</b>
<b>Annexe A</b>	<b>29</b>

## Résumé

Les responsables de cent douze programmes de lutte contre la toxicomanie, relevant de la compétence du SCC, ont répondu à un questionnaire appelé Inventaire d'évaluation des programmes correctionnels (IEPC) sur leurs méthodes de fonctionnement. On a découvert des lacunes dans tous les domaines d'exécution des programmes: mise en oeuvre des programmes, classement des clients, traitement et évaluation.

On a également évalué la "qualité" des programmes. La majorité des programmes ont été jugés inadéquats; on a cependant identifié plusieurs programmes satisfaisants. En outre, les programmes donnés à contrat et(ou) dans la collectivité ont obtenu une cote supérieure aux autres dans le cadre de l'IEPC.

Les auteurs présentent des recommandations précises visant à améliorer la qualité des programmes de lutte contre la toxicomanie du SCC.

## Introduction

L'un des problèmes majeurs que pose la prestation de services efficaces aux détenus découle de ce que nous ne sommes pas la société expérimentatrice (voir Gendreau et Ross, 1987) que nous prétendons être. En effet, bien qu'une abondance de données témoignent de façon probante du fait que divers types de services réduisent la récidive chez les délinquants (Andrews, Zinger, Hoge, Bonta, Gendreau et Cullen, 1990a; Gendreau et Andrews, 1990; Gendreau et Ross, 1987; Hill, Andrews et Hoge, à paraître; Lipsey, 1990), la majorité des conclusions faites en ce sens proviennent d'études qui avaient un caractère "expérimental".

Les détracteurs de la réadaptation (p. ex., Lab, 1990; Lab et Whitehead, 1990) ont axé leurs critiques sur ce caractère expérimental et affirmé que les programmes couronnés de succès n'étaient guère plus qu'"utopiques" et "chimériques". Ils soutiennent que ces programmes ne reflètent pas la réalité des programmes donnés aux délinquants par le gouvernement et les organismes privés que l'on trouve couramment "sur le terrain". Le propos de ce raisonnement vise, comme on l'a noté ailleurs (Andrews, Zinger, Hoge, Bonta, Gendreau et Cullen, 1990b), à tenter de nier que la réadaptation puisse d'une quelconque façon réussir, ce qui n'est manifestement pas le cas<sup>1</sup>. On constate cependant des préoccupations légitimes, chez les cliniciens qui oeuvrent dans le domaine de la réadaptation des délinquants, à propos de la qualité générale des services donnés. Par exemple, il existe probablement quelque 1 000<sup>2</sup> programmes de traitement des délinquants au Canada. Seul un très faible pourcentage de ces programmes a fait l'objet d'évaluations formelles, sans parler d'évaluations publiées. Il est encore plus troublant de constater qu'on ne dispose guère d'information sur la nature même de ces services. À l'heure actuelle, nous n'avons connaissance de l'existence d'aucune étude empirique à grande échelle des programmes de traitement des délinquants au pays. Il est nécessaire d'obtenir ce genre d'information pour que l'on puisse agir en vue d'améliorer les programmes donnés sur le terrain.

Récemment, le Service correctionnel du Canada (SCC) s'est lancé avec vigueur dans une initiative de mise en valeur de la réadaptation. Une partie de cette initiative consiste à adopter une stratégie nationale destinée à changer le mode de prestation des programmes de lutte contre la toxicomanie. La nécessité d'une telle stratégie a été illustrée de façon spectaculaire par des enquêtes exhaustives (Direction de la recherche et de la statistique, SCC, 1990a,b) auprès des détenus fédéraux, selon lesquelles 54 p. 100 des détenus manifestaient de graves troubles de toxicomanie, et 64 p. 100 avaient consommé une substance psychotrope le jour où ils avaient commis le crime pour lequel ils étaient incarcérés. Le groupe de travail sur la toxicomanie du SCC, que l'on a créé récemment, avait notamment pour mandat de procéder à une enquête auprès des responsables de programmes existants de lutte contre la toxicomanie au SCC pour en déterminer la nature. De plus, il devait procéder à une évaluation préliminaire de la qualité des services.

## Méthode

L'évaluation des programmes de lutte contre la toxicomanie du SCC a été effectuée au moyen de l'Inventaire d'évaluation des programmes correctionnels (IEPC) conçu par Gendreau et Andrews (1990) et adapté pour les fins de cette étude. L'IEPC se compose d'une gamme d'éléments évaluant plusieurs facteurs qui s'avèrent associés, d'après la documentation, aux programmes efficaces auprès des délinquants (p. ex; Andrew et al. 1990; Gendreau et Andrews, 1979; Gendreau et Rose 1979). Ces facteurs sont la mise en oeuvre du programme, l'évaluation des clients, les modalités thérapeutiques, les caractéristiques et pratiques du personnel et l'évaluation du programme. En résumé, l'IEPC permet d'obtenir un tableau complet du fonctionnement actuel d'un programme, et de coter celui-ci eu égard à son efficacité potentielle.

La Direction de la recherche et de la statistique du Service correctionnel du Canada a envoyé l'IEPC à 170 responsables de programmes de lutte contre la toxicomanie directement mis en oeuvre par le Service correctionnel du Canada ou exécutés à contrat par des organismes de l'extérieur. On donnait des directives sur la façon de remplir le questionnaire. Les inventaires remplis ont par la suite été transmis aux auteurs, qui en ont compilé les résultats. Le dernier protocole a été reçu en juillet 1990.

## **Résultats.**

### **1. Taux de réponse**

Parmi les 170 responsables de programmes auxquels on avait demandé de prendre part à l'enquête, 112 ont répondu, à savoir 66 p. 100. On trouvera à l'annexe A la liste des responsables de programmes qui ont répondu. Onze répondants, dont six étaient identifiables en raison du cachet de la poste, ont renvoyé l'inventaire sans y avoir répondu. Ces 11 responsables de programmes ont été inclus dans le compte final de 112. En outre, il faut signaler que, même parmi les 101 responsables de programmes qui ont répondu au questionnaire, à arrivait souvent, dans une proportion allant de 20 p. 100 à 50 p. 100, que des questions aient été laissées sans réponse.

La compilation qui suit s'appuie uniquement sur les données des responsables de programmes qui ont répondu aux éléments du questionnaire, exception faite de l'élément 2a), où l'on a pu inclure les six questionnaires non remplis mentionnés plus haut.

## 2. Données démographiques sur les programmes

	<u>N</u>
<b>a) Réponses par région</b>	
Pacifique	5
Prairies	30
Ontario	20
Québec	23
Atlantique	28
<b>b) Cadre d'exécution du programme:</b>	
Établissement	
Résidentiel	
Milieu thérapeutique/ autre	
<b>c) Niveaux de sécurité</b>	
Minimale	18
Moyenne	32
Maximale	22
Combinaisons des niveaux ci-dessus	8
Collectivité	17
<b>d) i) nombre de programmes et composition de la clientèle</b>	
Alcooliques	14
Toxicomanes	11
Les deux	75
ii) quatre-vingt-huit pour cent des programmes s'adressaient aux hommes uniquement	
iii) dans cinq des programmes donnés dans les établissements, les clients étaient séparés de la population générale	
<b>e) Exécution par le SCC/à contrat:</b>	
à contrat	56
par le SCC	36
les deux	1
<b>f) i) durée d'existence du programme:</b>	=7,51 ans <u>ET</u> = 10,01
ii) le tiers (33%) des programmes	
iii) durée du programme	= 45,32 jours <u>ET</u> = 65,69

### **3. Mise en oeuvre du programme**

Le taux de non-réponse aux éléments de cette catégorie variait entre 24 p. 100 et 57 le 100.

Trente-six pour cent des personnes responsables au premier chef de la conception et de l'établissement des programmes avaient reçu une formation professionnelle, tandis que 33 p. 100 avaient participé à la prestation de programmes analogues dans le passé. Dans 30 p. 100 des cas, cette personne prenait directement part à la sélection et à la formation du personnel, et 36 p. 100 des répondants ont indiqué que le responsable participait aussi directement à la prestation de certains des volets thérapeutiques du programme. Trente-cinq pour cent ont affirmé que la personne ayant joué un rôle essentiel dans la conception et la mise en oeuvre du programme continuait d'y jouer un rôle actif.

Quarante-cinq pour cent des répondants ont déclaré avoir procédé à une recherche documentaire avant la mise en oeuvre du programme, et 58 p. 100 ont indiqué qu'ils avaient effectué une évaluation des besoins avant de mettre le programme sur pied.

La majorité des répondants ont déclaré que leur programme était généralement considéré, tant par l'établissement (76 p. 100) que par la collectivité (64 p. 100), comme économique et viable. Ce n'est que dans une minorité distincte de cas (seulement 16 p. 100) qu'un programme pilote a été réalisé avant la mise en oeuvre du programme officiel.

### **4. Évaluation des clients**

En dépit de toute la gamme de caractéristiques des clients disponibles pour les fins de l'évaluation, de 35 p. 100 à 55 le 100 environ des intervenants interrogés n'ont pas répondu aux éléments de cette section. Une proportion additionnelle de 11 p. 100 de répondants ont indiqué que l'évaluation officielle des clients ne faisait pas régulièrement partie de leur programme. L'analyse des réponses restantes donne une indication des variables d'évaluation des clients qui sont le plus couramment utilisées par les responsables des programmes de traitement qui ont répondu au questionnaire. Il faut signaler que, pour les caractéristiques qui étaient évaluées "régulièrement", la majorité des répondants (75 p. 100) ont indiqué l'information sur laquelle l'évaluation était basée. Les outils les plus courants étaient l'information conservée dans le dossier, l'entrevue personnelle et les documents de gestion des car Toutefois, seuls quelques-uns des outils cités étaient des tests psychométriques reconnus et normalisés, p. ex., MAST-DAST, MMPI, Buss-Durkee.

Les pourcentages qui suivent ont été établis uniquement pour les responsables de programmes qui avaient coché l'une des trois réponses possibles. Par exemple, 45 p. 100 des responsables de programmes ont affirmé avoir évalué "régulièrement" la variable de l'agressivité.

### **a) Variables d'évaluation des clients:**

Variable évaluée	Non évaluée	Rarement / à l'occasion	Régulièrement
Agressivité	17%	38%	5%
Aliénation	19%	53%	28%
Attitudes antisociales	16%	29%	55%
Anxiété	17%	39%	45%
Aptitudes cognitives-au raisonnement	19%	47%	34%
Modes d'adaptation	19%	34%	47%
Dépression	17%	38%	45%
Régine	20%	64%	16%
Éducation	18%	45%	37%
Empathie	18%	42%	40%
Emploi	17%	38%	45%
Facteurs familiaux	16%	34%	50%
Antécédents familiaux: toxicomanie	15%	26%	59%
Antécédents familiaux: criminalité	20%	31%	49%
Tort causé à la victime	17%	46%	37%
Intelligence	20%	58%	22%
Troubles d'apprentissage	20%	60%	20%
Loisirs	18%	43%	39%
État de santé	19%	45%	36%
Trouble mental	20%	58%	22%
Motivation	16%	24%	61%
Développement moral	19%	48%	33%
Association avec le groupe affinitaire	19%	40%	41%
Psychopathie	22%	56%	22%
Valeurs religieuses	19%	60%	21%
Estime de soi	16%	25%	59%
Croyances sexuelles	20%	50%	30%
Facteurs conjoncturels: toxicomanie	20%	30%	50%
Soutien social	16%	23%	61%
Socialisation	18%	32%	50%
Autres	47%	18%	35%

### **b) Évaluation du niveau de risque du client:**

pas de réponse	35%
non	37%
oui	29%

## **5. Modalités de traitement**

Exception faite de la catégorie "autres", le pourcentage de non-réponse pour les modalités suivantes variait entre 24 p. 100 et 39 p. 100. Par conséquent les

pourcentages présentés ci-dessous sont basés sur les responsables de programmes qui ont répondu à l'une des trois catégories indiquées.

**a) Modality:**

	Pas importante	Moyennement important	Très importante
AA	7%	32%	61%
Défense d'intérêts	20%	68%	12%
Chimique	71%	25%	4%
Confrontation	37%	50%	13%
Modif. cognitive du comport.	28%	47%	25%
Consommation contrôlée d'alcool	71%	20%	9%
Sensibilisation cachée	70%	21%	9%
Pensée criminelle	59%	34%	7%
Désintoxication	58%	25%	17%
Éducation	12%	32%	56%
Thérapie familiale	42%	41%	17%
IPPS (Platt)	23%	42%	35%
Alphabétisation	33%	45%	22%
Thérapie conjugale	43%	52%	5%
Développement moral	28%	49%	23%
Counselling axé sur le client	25%	49%	26%
Stratégies de cond. opérant	56%	38%	6%
Culture positive du groupe affinitaire	13%	51%	36%
Drogues psychotropes	85%	5%	10%
Thérapie psychodynamique	60%	27%	13%
Loisirs	37%	45%	18%
Réparation	62%	37%	1%
Aptitudes sociales - cognitives	25%	55%	20%
Dév. spirituel	20%	51%	29%
Gestion du stress	23%	46%	31%
Surveillance	72%	19%	9%
Professionnelle	44%	43%	13%
Autres	13%	7%	80%

### **b) Appariement:**

Les renseignements qui suivent ne s'appliquent qu'aux responsables de programmes qui ont répondu aux questions. Soixante pour cent des responsables de programmes ne modifiaient pas l'intensité du traitement en fonction du niveau de risque du client. Dans 52 % des cas, on n'appariait pas les caractéristiques des clients et le traitement, et 46 p. 100 des responsables de programmes n'appariaient pas les clients et les compétences personnelles et professionnelles du thérapeute.

Dans 21 p. 100 des programmes, on accordait une latitude au personnel en matière de gestion des cas exceptionnels. Enfin, dans seulement 13 p. 100 des programmes donnés dans les établissements, les détenus pouvaient participer au cours des trois derniers mois de leur peine.

### **c) Prévention des rechutes:**

Les techniques suivantes de prévention des rechutes, consistant à enseigner au client: 1) à surveiller et à prévoir les situations problèmes, 2) à s'exercer à trouver des solutions de rechange aux situations problèmes mettant en cause une consommation abusive et 3) à s'exercer à adopter de nouveaux comportements dans des situations de plus en plus difficiles, ont fait l'objet de réponses affirmatives de la part de 52 p. 100 à 56p. 100 des programmes qui ont répondu à ces éléments.

Deux autres techniques, c'est-à-dire les séances de motivation et le recours aux amis à titre de cothérapeutes, étaient appliquées dans 17 p. 100 à 22 p. 100 des cas, ce qui n'est pas étonnant car 71 p. 100 des programmes étaient donnés dans des établissements.

## **6. Caractéristiques du personnel**

**a)** Soixante-treize pour cent des programmes ont répondu aux questions portant sur les caractéristiques du personnel. Le programme "moyen", où le personnel était masculin dans une proportion de 63 p. 100, présentait les caractéristiques démographiques suivantes.

Études	%	Profession	%
Secondaire	19	Clergé	13
Collège communautaire	34	Criminologie	16
B.A	27	Éducation	8
B.Sc.	6	Médecine	1
M.A. / M.Sc.	4	Soins infirmiers	11
Doctorat	1	Psychologie	17
Autres	7	Travail social	27
		Sociologie	6
		Autres	30
		(c. à-d., conseiller en toxicomanie	

b) Le nombre moyen d'années au cours desquelles le personnel avait travaillé auprès de toxicomanes et de délinquants s'établissait respectivement comme suit: 1)  $\bar{n} = 82$ ,  $X = 3,72$ ,  $ET = 0,98$ ; 2)  $\bar{n} = 77$ ,  $X = 3,71$ ,  $ET = 1,01$ .

c) Voici les pourcentages obtenus pour plusieurs autres caractéristiques importantes du personnel:

	<u>Pas de réponse</u>	<u>Non</u>	<u>Oui</u>
i) employé embauché pour des caractéristiques autres que l'expérience et la formation	44%	11%	45%
ii) évaluation périodique des compétences des employés	40%	22%	38%
iii) participation des employés à la conception du programme	37%	13%	50%
iv) participation des employés au fonctionnement du programme	37%	3%	60%
v) ateliers de formation des employés	38%	15%	47%
vi) embauche des employés: dans 58 programmes, le nombre moyen d'employés embauchés au cours des trois dernières années s'élevait à un par année			
vii) embauche du directeur: dans 44 programmes, la donnée statistique analogue s'établissait à un par trois ans.			

## **7. Évaluation/responsabilité**

	<u>Pas de réponse</u>	<u>Non</u>	<u>Oui</u>
i) Conseil de direction	13%	62%	25%
ii) Comité consultatif (programmes)	35%	54%	11%
iii) Évaluation d'assurance de la qualité	41%	20%	39%
iv) Satisfaction des clients	25%	34%	41%
v) Suivi auprès des clients	25%	46%	29%
vi) Évaluation officielle de programme	25%	53%	22%

## **8. Région, exécution par le SCC/à contrat et cadre d'exécution du programme**

L'analyse visait également à déterminer si l'un ou l'autre des facteurs susmentionnés était associé aux résultats obtenus dans l'IEPC. Les associations indiquées ci-dessous sont significatives au niveau de 0,05 selon le  $\chi^2$  de Pearson.

## **Région**

- a) L'Ontario fait exécuter davantage de programmes à contrat.
- b) Les programmes des Prairies ont tendance à être plus courts.
- c) L'Ontario rejette plus de clients de ses programmes.
- d) La région des Prairies, en comparaison des autres, met moins l'accent sur l'évaluation des attitudes antisociales, de l'anxiété, des aptitudes cognitives et au raisonnement, de l'éducation et des troubles d'apprentissage.
- e) La région de l'Atlantique met le plus l'accent sur l'évaluation de l'éducation, de l'intelligence et de la psychopathie.
- f) Voici les différences dans l'importance attribuée aux modalités thérapeutiques, selon les réponses pour les régions suivantes :
  - I. plus d'importance: chimique (Atlantique), désintoxication (Atlantique, Québec), culture positive du groupe affinitaire (Atlantique et Prairies)
  - II. moins d'importance: enseignement d'aptitudes sociales-cognitives (Pacifique et Prairies), thérapie professionnelle (Prairies).
- g) Les régions du Pacifique et des Prairies comptent les employés qui ont le plus d'expérience antérieure en travail auprès des délinquants.
- h) La région du Québec, comparativement aux autres, a exprimé un intérêt moindre envers l'embauche pour des caractéristiques reliées au traitement, l'évaluation périodique des compétences (c'était également le cas dans la région de l'Atlantique) et la prestation d'une formation permanente.
- i) Les programmes de la région du Québec ont fait état d'une préoccupation moindre envers l'évaluation de suivi.

## **Cadre d'exécution des programmes**

Le cadre d'exécution des programmes était subdivisé en deux catégories: établissements et collectivités.

On a constaté plusieurs différences entre les deux catégories. D'abord, dans le groupe des données démographiques, les programmes de la collectivité sont exécutés plus souvent à contrat, sont plus susceptibles d'être surveillés par un conseil de direction et un comité consultatif des programmes, et sont de durée plus brève.

Sur le plan de l'évaluation, les programmes de la collectivité mettent davantage l'accent sur l'aliénation, l'anxiété, l'éducation, les antécédents familiaux en matière de toxicomanie et(ou) les comportements criminels, l'état de santé, l'association avec le groupe affinitaire et les soutiens sociaux. Les programmes des établissements évaluent plus souvent l'agressivité.

Les programmes de la collectivité travaillent davantage à faire concorder les caractéristiques du thérapeute et du client et permettent davantage des écarts par rapport à la norme thérapeutique pour les cas exceptionnels. Les stratégies de prévention des rechutes, comme on pouvait s'y attendre, sont utilisées plus souvent dans la collectivité.

On a constaté d'importantes différences sur le plan du personnel. Les programmes de la collectivité:

- I. se soucient davantage d'embaucher des employés en fonction de leurs compétences reliées au traitement plutôt qu'uniquement de l'expérience et de la formation
- II. procèdent davantage à des évaluations périodiques des compétences du personnel
- III. permettent aux employés de dire davantage leur mot sur le fonctionnement du programme
- IV. mènent plus d'activités de formation permanente
- V. mènent plus d'activités d'embauche et s'efforcent d'embaucher davantage de femmes et de recruter un plus grand nombre de leurs membres parmi les travailleurs sociaux et les conseillers en toxicomanie.

### ***Exécution par le SCC/à contrat***

Cette catégorie chevauche la précédente, puisque 90 p. 100 des programmes de la collectivité étaient exécutés à contrat.

Les programmes confiés à des organismes de l'extérieur diffèrent à certains importants égards de ceux qui sont directement exécutés par le SCC. Sur le plan administratif, ils sont davantage susceptibles d'être régis par un conseil de direction et d'avoir une clientèle combinée d'alcooliques et de toxicomanes. De même, ils sont de plus brève durée.

En ce qui a trait aux modalités thérapeutiques, les programmes exécutés à contrat se fondent davantage sur la modification cognitive du comportement et le counselling axé sur le client. Ils se soucient davantage de faire concorder : i) l'intensité du traitement et le niveau de risque, ii) les caractéristiques du thérapeute et celles du client et iii) le type de traitement et le client. Ils dispensent davantage de formation au personnel, procèdent à un plus grand nombre d'évaluations périodiques des compétences des employés et permettent davantage à ceux-ci de prendre part aux décisions sur le programme. Les responsables de programmes impartis au secteur privé sont plus susceptibles de mener des recherches documentaires sur les traitements et d'embaucher des personnes détenant un diplôme en criminologie.

Enfin, pour ce qui est de l'importance relative des variables d'évaluation des clients, contrairement aux écarts constatés entre les programmes des établissements et ceux

de la collectivité, il n'y a que des différences minimales entre les programmes du SCC et ceux des entrepreneurs.

## **9. Qualité des programmes**

Il nous faut formuler la réserve suivante à l'égard des résultats exposés dans la présente section. Même si l'IEPC permet de coter la qualité d'un programme et, par conséquent, d'obtenir un classement des programmes, cet inventaire en est au stade expérimental et son peaufinage est en cours. Ainsi, il est préférable de considérer les données relatives au classement selon la qualité comme préliminaires. La section "Analyse" contient des mises en garde additionnelles à ce sujet.

Quarante-quatre éléments de l'IEPC ont été désignés comme indices importants de la qualité des programmes. Chaque programme a été coté en fonction de ces éléments et les résultats sont exprimés en pourcentages. Le pourcentage moyen de l'ensemble des programmes d'après l'IEPC est de 25 p. 100; 10 programmes ont obtenu une cote égale ou supérieure à 50 p. 100.

Région	n	%, IEPC
Pacifique	5	40%
Prairies	30	25%
Ontario	20	28%
Québec	23	26%
Atlantique	28	20%
Total	112	25%

On n'a constaté aucune différence significative entre les régions ( $F = 1,76$ ,  $df = 4/101$ ,  $p < 0,05$ ).

Exécutés par la SCC/à contrat	n	%, IEPC
Exécutés par le SCC	36	20%
A contrat	56	32%

Les programmes exécutés à contrat ont obtenu des résultats significativement plus élevés selon l'IEPC ( $F = 12,65$ ,  $df = 1/90$ ,  $p < 0,05$ ).

Cadre d'exécution du programme	n	%, IEPC
Établissements	80	23%
Collectivité	20	37%

Les programmes de la collectivité ont obtenu des résultats significativement plus élevés selon l'IEPC ( $\bar{E} = 11,78$ ,  $dI = 1/98$ ,  $p < 0,05$ ).

Il convient de faire remarquer que les effets significatifs signalés pour les programmes exécutés à contrat et les programmes de la collectivité étaient indépendants l'un de l'autre. Des corrélations partielles ont indiqué que la corrélation entre les résultats supérieurs selon l'IEPC et les programmes de la collectivité était de:  $r_{13,2} = 0,28$ ,  $dI = 109$ ,  $p < 0,01$ , la variable de l'exécution par le SCC ou à contrat étant constante. De même, la corrélation entre les résultats supérieurs selon l'IEPC et les programmes exécutés à contrat était de:  $r_{23,1} = 0,45$ ,  $dI = 109$ ,  $p < 0,01$ , le facteur du cadre d'exécution (établissement/collectivité) étant constant.

## **Analyse et recommandations**

Il nous faut faire d'importantes mises en garde avant de poursuivre. D'abord, même si le taux de réponse au questionnaire s'est élevé à une proportion impressionnante de 66 p. 100, la non-réponse aux éléments individuel variait entre 20 p. 100 et 50 p. 100. Si le taux de réponse aux questions avait été supérieur, on aurait peut-être obtenu un tableau quelque peu différent du type et de la qualité des services donnés. La même logique s'applique à la façon dont l'information a été recueillie. Il est essentiel que les recherches à venir dans ce domaine fassent appel à la méthode du témoin privilégié. Un examen sur place assurerait la cueillette de toutes les données pertinentes. Nous n'avons échantillonné que la "qualité sur papier" des programmes. Sans aucun doute, quelques programmes ont été desservis par cette façon de procéder. Enfin, l'instrument de mesure de la "qualité" des programmes, l'IEPC, satisfait aux épreuves de la validité apparente et de la validité de contenu, mais pas encore à celle de la validité de critère<sup>3</sup>. En fait, même s'il est tout à fait probable que les programmes ayant obtenu une cote élevée d'après l'IEPC parviennent avec plus d'efficacité à réduire le taux de récurrence de leur clientèle, il nous faut souligner que certains des programmes obtenant une cote plus basse peuvent aussi être efficaces dans ce domaine. Dans la perspective du SCC et de son désir de modifier les méthodes de lutte contre la toxicomanie, il est essentiel qu'à l'avenir, les responsables de programmes recueillent des données de suivi sur le taux de récurrence. Seuls 25 responsables de programmes ont déclaré procéder à des évaluations de suivi et l'on ne connaît pas la nature des renseignements obtenus grâce à ces activités.

Compte tenu des limites susmentionnées, il serait cependant juste de conclure que les données recueillies portent à croire à la nécessité d'une révision et d'une amélioration, dans presque tous les domaines, des programmes de lutte contre la toxicomanie du SCC. Cette conclusion n'étonnera guère les observateurs qui ont exprimé des réserves sur la qualité générale des services donnés aux délinquants sur le terrain. Dans les pages qui suivent, nous examinerons les préoccupations générales soulevées par la présente étude, nous aborderons certaines questions propres au fonctionnement interne du SCC et nous présenterons des recommandations particulières.

### **Questions générales**

D'abord, il faut accorder davantage d'attention à la mise en oeuvre des programmes. Plusieurs facteurs doivent être mis en place pour accroître les chances qu'un programme soit mis sur pied et, élément plus important encore, qu'il soit maintenu en activité (voir Gendreau et Andrews, 1979).

Deuxièmement, les méthodes de classement des clients ont été établies quelque peu à l'aveuglette. Certaines des variables le plus souvent privilégiées pour l'évaluation, par exemple: l'anxiété, la dépression, l'estime de soi ou la motivation, sont des prédicteurs peu fiables, voire médiocres, de la récurrence (voir Andrews, Bonta et Hoge, 1990). La façon de compiler et de coter les évaluations pose de graves problèmes. On en trouve un exemple type dans le fait qu'aucun programme n'a affirmé utiliser deux instruments

de grande qualité pour la mesure des comportements criminels (LSI, PCL) ou l'inventaire des toxicomanies d'Annis (1990).

La situation est également grave en ce qui touche les modalités thérapeutiques. Le programme des Alcooliques anonymes s'est avéré la modalité la plus populaire; les preuves de son efficacité sont pour le moins maigres (Miller et Hester, 1985). De même, la culture positive du groupe affinitaire, le développement spirituel et le counselling axé sur le client sont d'ordinaire des stratégies inefficaces auprès des délinquants (Andrews et al., 1990a). Parallèlement à cela, les modalités de la consommation contrôlée d'alcool, de la sensibilisation cachée, du conditionnement opérant et de la surveillance n'étaient guère appliquées par les répondants. Toutes ces modalités sont prometteuses pour le traitement de l'alcoolisme, selon les experts dans le domaine (Miller et Hester, 1985).

Il semble en outre qu'il existe un gouffre conceptuel, dans l'esprit de la plupart des répondants, concernant le classement et le traitement. La documentation sur le système correctionnel et le traitement des toxicomanies (Andrews et al., 1990a; Annis, 1990) abonde d'exemples de l'importance d'un appariement des caractéristiques du client (c.-à-d., son niveau de risque) et du type et de l'intensité du traitement. Moins de 30 p. 100 des responsables de programmes interrogés ont déclaré procéder à l'un ou l'autre type d'appariement.

Quatrièmement, le volet de l'évaluation est à toutes fins utiles laissé pour compte, bien qu'il faille admettre que bon nombre des programmes (33 p. 100) en étaient à leur première année d'activité.

### **Questions internes**

Les différences régionales entre les programmes de lutte contre la toxicomanie n'étaient pas profondes. Il a été difficile d'évaluer la région du Pacifique en raison de son faible taux de réponse. Le fait que certaines caractéristiques d'évaluation aient été pondérées différemment d'une région à l'autre traduit vraisemblablement des différences sur le plan du personnel et de la formation, pour ne mentionner que ces facteurs. Une certaine diversité est probablement très saine.

On a constaté que l'Ontario semblait faire exécuter beaucoup de programmes à contrat, peut-être parce que cette région dispose de ressources plus importantes pour ce faire. Les indications selon lesquelles les programmes de la région du Québec ont tendance à accorder moins d'importance à certains facteurs de perfectionnement du personnel se sont avérées quelque peu déconcertantes.

Le résultat le plus frappant est celui des cotes plus élevées obtenues pour les programmes exécutés à contrat et les programmes de la collectivité selon l'IEPC. On peut présumer que ce phénomène est attribuable à certaines raisons systémiques bien connues des personnes rompues au fonctionnement du SCC. Les principaux domaines à améliorer, pour la plupart des programmes mis en oeuvre dans les établissements et exécutés par le SCC, semblent être l'appariement des caractéristiques du client et du traitement, et le perfectionnement du personnel. Le lecteur ne doit pas oublier que les

programmes de la collectivité et les programmes exécutés à contrat ne sont pas une panacée. La cote moyenne obtenue selon l'IEPC par les programmes exécutés à contrat et les programmes de la collectivité était inférieure à 40 p. 100. De plus, il se peut que des programmes donnés dans les établissements soient bien cotés et qu'ils soient exécutés directement par le SCC.

## **Recommandations particulières visant les programmes**

### **A. Mise en oeuvre et maintien en activité des programmes**

Lorsqu'on met un programme sur pied, on devrait respecter les critères suivants:

- 1) Que la personne responsable du programme ait reçu une formation professionnelle, détienne de préférence un diplôme universitaire de deuxième cycle, et compte de l'expérience ou une formation dans le domaine des toxicomanies ou du traitement des délinquants.
- 2) Qu'une ventilation détaillée des coûts du programme soit fournie pour une période de trois ans, de concert avec une lettre dans laquelle l'administration signalera son intention d'assurer le soutien financier nécessaire au programme.
- 3) Que la personne responsable ait accès à un expert-conseil (issu, par exemple, des milieux universitaires ou d'un organisme provincial analogue à la FRT), bien versé dans le domaine. La création d'un conseil, analogue à certains des modèles appliqués en santé mentale, pourrait être une autre façon de procéder à cet égard.
- 4) Qu'un professionnel soit désigné dans chaque région du SCC pour donner une orientation, un soutien et une formation aux personnes qui oeuvrent au sein des programmes régionaux.
- 5) Que la personne responsable et ses associés procèdent obligatoirement à une recherche documentaire, portant sur les textes pertinents dans le domaine du traitement, et s'étendant sur au moins les cinq dernières années. On recommande d'utiliser comme sources les revues spécialisées traitant de la psychologie et de la justice pénale. Des preuves documentaires doivent étayer la recherche
- 6) Que la personne responsable participe directement à l'embauche et à la supervision du personnel hiérarchique. Les employés devraient être choisis selon des caractéristiques permettant de prédire le succès professionnel et l'efficacité thérapeutique. Les variables pertinentes sont les suivantes: a) les aptitudes cognitives, b) des expériences de vie pertinentes, c) des études et une formation en éducation, en soins infirmiers, en psychologie ou en travail social, d) des caractéristiques relationnelles telles que la clarté, l'empathie, l'équité dans la supervision et l'utilisation de la démarche de résolution de problèmes. Pour la sélection des employés, on devrait avoir recours aux entrevues dirigées, qui peuvent comprendre des évaluations en situation comme les jeux de rôles, plutôt qu'aux entrevues non dirigées.
- 7) Dans les cas où c'est réalisable, qu'un programme pilote soit mis en oeuvre avant le lancement du programme officiel.

- 8) Que la personne responsable contribue, de façon tangible et concrète, à l'un des volets thérapeutiques du programme. Que la personne responsable procède également à une vérification annuelle à des fins d'assurance de la qualité.
- 9) Que les détenus prenant part au programme soient séparés de la population générale, à moins que l'ensemble de l'établissement ne constitue un cadre thérapeutique.
- 10) Que les détenus participent au programme, lorsque la durée de la peine le permet, à la fois au cours des trois à six premiers mois et des trois à six derniers mois de leur peine.
- 11) Enfin, que l'on mette en place un mécanisme permettant au personnel de prendre directement part à la modification du programme.

## **B. Classement**

- 1) Que tous les programmes de lutte contre la toxicomanie fassent appel à des techniques de classement ayant une quelconque validité reconnue, et soumettent leur protocole de classement à un examen par les pairs.
- 2) Que l'on accorde la priorité, dans l'évaluation, aux types de facteurs individuels suivants: les attitudes antisociales, les aptitudes cognitives, les attitudes envers l'éducation, l'emploi et les loisirs, l'analyse conjoncturelle des comportements toxicomanes, la psychopathie, la socialisation, les aptitudes sociales et la conscience des torts infligés aux autres.
- 3) a) Que les tests utilisés pour le classement soient administrés par un psychométricien qualifié ou une personne supervisée par un psychologue, et b) que les données obtenues soient versées dans un dossier confidentiel.
- 4) Que, lors de l'administration initiale de la batterie des tests de classement, le protocole soit coté en fonction du niveau de risque. Les clients étant cotés comme présentant un niveau de risque "moyen" à "élevé" devraient être admis au programme. Une disposition dérogatoire devrait cependant exister pour les cas particuliers, c'est-à-dire qu'à l'occasion, une personne présentant un risque "faible" ou "très élevé" pourrait être admise au programme à titre exceptionnel. Les raisons de l'utilisation de la disposition dérogatoire devraient être documentées.

## **C. Traitement**

La documentation sur le traitement des délinquants indique clairement que les programmes ayant du succès observent les principes généraux énoncés ci-dessous. Les programmes de lutte contre la toxicomanie devraient envisager d'adopter les lignes de conduite suivantes:

- 1) Des services intensifs de modification cognitive du comportement sont donnés aux clients qui présentent les risques les plus élevés. Le risque sera défini, comme on l'a déjà mentionné, selon une méthode de mesure objective.
- 2) On a recours au renforcement explicite à l'apprentissage par imitation, à la résolution de problèmes, ainsi qu'à l'apprentissage de techniques de rechange pour remplacer les façons criminelles de penser, de ressentir et d'agir.

- 3) Les thérapeutes établissent avec les délinquants des rapports interpersonnels réceptifs et constructifs, tout en soutenant fermement l'apprentissage par imitation d'attitudes anticriminelles.
- 4) Les contingences du programme sont appliquées et respectées, par l'adoption d'une attitude ferme mais équitable.
- 5) Les activités du programme brisent le réseau de délinquance, au sein de l'établissement carcéral ou dans la collectivité.
- 6) Dans le cas des programmes donnés dans les établissements, des techniques d'apprentissage sont utilisées pour préparer les détenus à s'adapter à la vie dans la collectivité.
- 7) On peut mener des activités soutenues de représentation et de défense des intérêts, à condition que l'organisme de la collectivité offre des services appropriés.

Les programmes qui échouent présentent généralement les caractéristiques suivantes:

- 1) Des services intensifs sont donnés à des clients présentant un faible risque.
- 2) On a recours à des thérapies traditionnelles psychodynamiques, axées sur le client, orientées sur les relations et non directives.
- 3) On a recours aux approches traditionnelles du modèle médical: pharmacothérapie, régime alimentaire.
- 4) On applique des stratégies punitives ou des techniques de contrôle, par exemple, la surveillance électronique, sans dispenser de services thérapeutiques.

Par conséquent, à moins qu'il n'y ait des circonstances atténuantes solidement étayées, il est recommandé que les catégories susmentionnées de prestation de services soient abandonnées.

Bien que les programmes de modification cognitive du comportement s'avèrent les plus efficaces, ils doivent posséder les caractéristiques suivantes pour fonctionner adéquatement :

- 1) Le programme est très structuré; son contenu et ses contingences sont contrôlés par le thérapeute.
- 2) Les clients et le personnel participent à part entière à la conception du programme, à son maintien en activité et au maintien des comportements appropriés.
- 3) Les clients sont rebaptisés cothérapeutes.
- 4) On empêche les membres négatifs du groupe affinitaire de s'assurer la mainmise sur le programme.
- 5) On établit des contrôles internes efficaces afin de déceler les activités antisociales dans le groupe client.

- 6) On impose des limites au roulement de la clientèle.
- 7) Le nombre des mesures de renforcement positif dépasse celui des mesures punitives dans un rapport de 3 à 1.

Les modalités efficaces de modification du comportement recommandées, dans les cas qui s'y prêtent, pour les programmes de traitement de la toxicomanie chez les délinquants sont les suivantes:

- a) apprentissage de la maîtrise de la colère
- b) consommation contrôlée d'alcool
- c) sensibilisation cachée
- d) systèmes familiaux thérapie familiale
- e) techniques de conditionnement opérant
- f) apprentissage d'aptitudes sociales-cognitives
- g) surveillance

Dans le cas des programmes donnés dans la collectivité, il y a une composante que l'on doit à tout prix intégrer; il s'agit de la prévention des rechutes, qui comprend les activités suivantes:

- 1) Surveiller et prévoir les situations problématiques.
- 2) Planifier des comportements de rechange et s'exercer à les adopter.
- 3) S'exercer à adopter de nouveaux comportements dans des situations de plus en plus difficiles et récompenser l'amélioration des aptitudes, c.-à-d.: a) renforcement réduit et retardé, et b) estompement.
- 4) Séances de motivation.
- 5) Enseigner aux êtres chers à donner du renforcement.

Enfin, nous formulons trois autres recommandations importantes relativement à l'efficacité du traitement.

D'abord, on doit faire concorder les caractéristiques du client et l'intensité du traitement. Les délinquants présentant un risque de moyen à élevé sont ceux qui bénéficient le plus des types les plus intensifs de services.

Deuxièmement, dans toute la mesure du possible, on doit faire concorder les caractéristiques du thérapeute avec celles du client. Certains types de délinquants réagissent mieux à des types particuliers de thérapeutes. Si, dans le cadre d'un programme, l'on ne tente pas d'apparier d'une quelconque façon les clients et les thérapeutes, on devrait en expliquer les raisons.

Troisièmement, la durée recommandée du traitement devrait varier entre trois et six mois.

#### **D. Formation et évaluation**

- 1) Le SCC devrait envisager de créer un institut centralisé à l'intention de ses employés participant aux programmes de lutte contre la toxicomanie. Il existe des modèles analogues, aux États-Unis (par exemple, le National Institute of Justice) et au Canada, pour des organismes oeuvrant dans le domaine de la justice pénale tels que les services de police. L'institut de formation pourrait également être affilié à une maison d'enseignement.
- 2) Certains des programmes étudiés sont appliqués par des personnes expérimentées, bien documentées et compétentes. Ces programmes représentent une ressource précieuse et peuvent être utiles comme modèles de formation.
- 3) Comme nous l'avons déjà noté, on manque d'information de base en matière d'évaluation. Bon nombre de responsables de programmes n'ont pas les moyens d'exercer cette fonction. La Direction de la recherche et de la statistique du SCC devrait favoriser la recherche sur les programmes et y contribuer. Bien que ce modèle soit centralisé, il pourrait y avoir des cas où une région serait en mesure d'assumer une partie des tâches subventionnées s'il y a suffisamment d'intérêt en la matière et si l'on dispose des ressources adéquates (par exemple, universitaires, personnel du SCC).
- 4) On doit déterminer le degré de confidentialité de toutes les données de recherche et données cliniques, et identifier les employés et les clients qui peuvent y avoir accès.

## **Conclusion**

Les initiatives prises par le SCC en matière de réadaptation sont survenues à point nommé. Elles ont entraîné la production d'une quantité significative d'information normative, et la création d'un indice expérimental de la "qualité" des programmes de lutte contre la toxicomanie chez les délinquants relevant de la compétence du SCC. Des lacunes, dans certains cas importantes ont été constatées dans la qualité des programmes.

Plutôt que d'être une source de découragement toutefois, les nouvelles connaissances acquises permettent maintenant aux décideurs et aux cliniciens de travailler à combler ces lacunes de façon rationnelle, constructive et positive. Les programmes de lutte contre la toxicomanie ne pourront qu'y gagner.

## Notes

- 1) Pour des exemples d'études portant sur les programmes gouvernementaux ou privés efficaces, dont certains sont établis de longue date, voir Ross et Gendreau (1980). Pour un autre point de vue sur la question soulevée par Lab, voir Gendreau et Ross (1987) concernant le maintien de programmes efficaces.
- 2) Le SCC compte environ 330 programmes de traitement des délinquants.
- 3) La critique formulée ici envers l'IEPC concernant la validité de critère, peut également s'appliquer à toutes les méthodes normalisées de vérification utilisées pour évaluer les programmes. Nous espérons pouvoir confirmer la validité de prédiction de l'IEPC dans un proche avenir.

## Références

- Andrews, D.A. (1989). Recidivism is predictable and can be influenced: Using risk assessments to reduce recidivism. Forum - Recherche sur l'actualité correctionnelle, 1, 11-18.
- Andrews, D.A., Bonta, J., Hoge, R.D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. Criminal Justice & Behaviour, 17, 19-52.
- Andrews, D.A., Zinger, I., Hoge, R.D., Bonta, J., Gendreau, P. et Cullen, F.T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically-relevant and psychologically-informed meta-analysis. Criminology, 28, 369-404.
- Annis, H. (1982). Inventory of Drinking Strategies. Toronto: Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
- Annis, H.M. (1990). Effective treatment for drug and alcohol problems: What do we know? Forum -Recherche sur l'actualité correctionnelle, 2 , 18-23.
- Cullen, F. et Gendreau, P. (1989). The effectiveness of correctional rehabilitation: Reconsidering the "Nothing Works" doctrine. Dans L. Goodstein & D.L. Mackenzie (dir. publ.), The American Prison: Issues in Research Policy, N.Y.: Plenum.
- Gendreau, P. (1990). An outline of the principles of effective intervention. Division of Social Sciences, University of New Brunswick, Saint John (N.-B.).
- Gendreau, P. et Andrews, D.A. (1979). Psychological consultation in correctional agencies: Case studies and general issues. Dans J.J. Platt et R.W. Wicks (dir. publ.). The Psychological Consultant, New York: Grune & Stratton.
- Gendreau, P. et Andrews, D.A. (1990). Tertiary prevention: What the meta-analysis of the offender treatment literature tells us about "what works". Revue canadienne de criminologie, 32, 173-184.
- Gendreau P. et Ross, R.R. (1979). Effective correctional treatment: Bibliotherapy for cynics. Crime & Delinquency, 25, 463-489.
- Gendreau, P. et Ross, R.R. (1987). Revivification of rehabilitation: Evidence from the '80s. Justice Quarterly, 2, 18-23.
- Hill, J.K., Andrews, D.A. et Hoge, R.D. (à paraître). Meta-analysis of treatment programs for young offenders: The effect of clinically relevant treatment on recidivism with controls for various methodological variables. Revue canadienne d'évaluation de programme.
- Lab, S. (1990). Discussant to symposium by M.W. Lipsey, "What works in delinquency treatment: Results from 400 studies". Academy of Criminal Justice Science, Denver, mars 1990.
- Lab, S.P. et Whitehead, J.T. (1990). From "nothing works" to the "appropriate works": The latest step in the search for the secular grail. Criminology, 28, 405-417.

- Lipsey, M. (1990). What works in delinquency research: Results from 400 studies. Claremont Graduate School, Claremont (CA) 91711.
- Miller, W.R. et Hester, R.K. (1985). The effectiveness of alcoholism treatment methods: What research reveals. Dans W.R. Miller et N. Heather (dir. publ.). Treating addiction behaviors: Process of change. N.Y.: Plenum.
- Direction de la recherche et de la statistique (1990a). Prevalence, Nature, and Severity of Mental Health Disorder Amongst Federal Male Offenders. Service correctionnel du Canada.
- Direction de la recherche et de la statistique (1990b). Assessing offender substance-abuse problems at reception: Preliminary findings from the computerized lifestyle assessment instrument. Forum - Recherche sur l'actualité correctionnelle, 2, 11-14.
- Ross, R.R. et Gendreau, P. (1980). Effective Correctional Treatment. Toronto: Butterworth.

## Annexe A

### Programmes de lutte contre la toxicomanie

#### Responsables

St. Norbert Foundation	St. Norbert, Manitoba	Prairies
Retourné sans réponse	inconnu	inconnu
Skill Development Program	Stony Mountain, Manitoba	Prairies
Chemical Dependency Awareness	Stony Mountain, Manitoba	Prairies
Getting It Straight	Stony Mountain, Manitoba	Prairies
Novalco Alcohol Program, Sask. Penitentiary	Saskatchewan	Prairies
ADD-CAN Drug Abuser Program	Saskatchewan	Prairies
Retourné sans réponse	inconnu	inconnu
AA/NA, Westmorland Institution	Dorchester, N.S.	Prairies
Chemical Dependency Awareness	Drumheller, Alberta	Prairies
AA, Edmonton Institution	Edmonton, Alberta	Prairies
NA, Edmonton Institution Edmonton,	Alberta	Prairies
Lifestyle Assessment, Dorchester	Dorchester, N.S.	Prairies
PACADA, Addiction Education Program	Prince Albert, Sask.	Prairies
Getting It Straight	RPC, Prairies	Prairies
Alc/Sub Abuse Counselling for Natives	Bowden Institution	Prairies
Arrows to Freedom	Drumheller, Alberta	Prairies
AA, (Campus AA Group)	Drumheller, Alberta	Prairies
NA, (NA Freedom Group)	Drumheller; Alberta	Prairies
Familyships Program	RPC, Prairies	Prairies
Alcan & Novelco 12 Step Program	RPC, Prairies	Prairies
Individual Counselling	RPC, Prairies	Prairies
Retourné sans réponse, Salvation Army, TO	Toronto, Ontario	Ontario
Mann House Corp.	Charlottetown P.E.I.	Atlantic
Sand River, CCC	Parrsboro, N.B.	Atlantic
Sobriety House	Ottawa, Ontario	Ontario
Programme d'information, Archambault	Montréal, Québec	Québec
AA Partage Archambault	Montréal, Québec	Québec
Atlantic Substance Abuse Program, Springhill	Springhill, N.S.	Atlantic
NA, Springhill Institution	Springhill, N.S.	Atlantic
AA, Springhill Institution	Springhill, N.S. Atlantic	
Life Styles Projects (Computers)	Springhill, N.S.	Atlantic
Queen's Co. Addiction Services	Charlottetown, P.E.I.	Atlantic
Skill Development Program,	Rockwood Institution Prairies	Prairies
Getting It Straight	Rockwood Institution, Prairies	Prairies

Chemical Dependency Awareness Substance Abuse Program, Atlantic Institution	Rockwood Institution, Prairies Renous, N.B.	Prairies Atlantic
AA, Atlantic Institution	Renous, N.B.	Atlantic
NA, Atlantic Institution	Renous, N.B.	Atlantic
Clean & Sober	inconnu	inconnu
Alcare Place	Halifax, N.S.	Atlantic
Établissement carcéral: AA	Québec	Québec
Sub Abuse Program, Westmorland Institution	Dorchester, N.B.	Atlantic
Christian Education Program, Chapel	Springhill Institution	Atlantic
Camillus Centre, St. Joseph's General Hospital	Elliot Lake, Ontario	Ontario
Talbot House	North Sydney, N.S.	Atlantic
Substance Abuse Relapse Prevention Program	Kentville, N.S.	Atlantic
Alternatives de la Toxicomanie, Étab. Drummond	Frontenac	Québec
Groupe l'Éclaircie, Établissement Drummond	Drummondville, Québec	Québec
AA, Établissement Drummond	Drummondville, Québec	Québec
Royal Ottawa Hospital Addiction Services	Ottawa, Ontario	Ontario
AA, français et anglais, E.M.S.F.	Québec	Québec
Toxicomanie, Établissement Montée St-François	Québec	Québec
St-Leonard Society	Brantford, Ontario	Ontario
W.L. Judson, Beaver Creek Institution	Gravenhurst, Ontario	Ontario
Alcohol & Drug Education/Counselling	Gravenhurst, Ontario	Ontario
AA Astra & Discussion Group, Warkworth	Warkworth, Ontario	Ontario
Drug Addiction Studies Program, Warkworth	Warkworth, Ontario	Ontario
Alcohol & Drug Education Program, Kingston	Kingston, Ontario	Ontario
NA, Établissement Leclerc	Québec	Québec
AA, Établissement Leclerc	Québec	Québec
HAPEC House	Belleville, Ontario	Ontario
Retourné sans réponse	Dorchester, N.B. (postmark)	Atlantic
Retourné sans réponse	Dorchester, N.B. (postmark)	Atlantic
Retourné sans réponse	Dorchester, N.B. (postmark)	Atlantic
Retourné sans réponse	inconnu	inconnu
BIIPMAD, Bowden Institution	Alberta	Prairies
Retourné sans réponse	Dorchester, N.B. (postmark)	Atlantic
Centre Correctionnel	Montréal, Québec	Québec
Communautaire Ogilvey		
Salvation Army Harbor Light	Sault Ste-Marie, Ontario	Ontario

C.B.I. Recovery - Brentwood Kingston Collins Bay Inst.	Ontario	Ontario
Programme de Toxico, Étab. Ste- Anne-des-Plaines,	Québec	Québec
Enfants Adultes de Parents Alcooliques, La Macaza	Québec	Québec
AA Francophones, Établissement La Macaza	Québec	Québec
Journée Intensive AA Francophone, La Macaza	Québec	Québec
Journée Intensive AA Anglophone, La Macaza	Québec	Québec
AA Anglophone, Établissement La Macaza	Québec	Québec
Cours Toxicomanie, Étab. La Macaza	Québec	Québec
Harbor Light Centre (Addictions Program)	St-John's, Newfoundland	Atlantic
Native Substance Abuse Program, Kent	British Columbia	Pacific
Women's Substance Abuse Program	Kingston, Ontario	Ontario
La Maisonée d'Oka Alcohol/Substance Abuse Program	Oka, Québec	Québec
Addiction Follow-Up Pre-Release Substance Abuse Program, Joyceville	Kingston Pen., Ontario Kingston, Ontario	Ontario Ontario
JI Recovery Program, Joyceville Institute	Kingston, Ontario	Ontario
Bibliotherapy, Dorchester Library NA, Dorchester Penitentiary	Dorchester, N.B. Dorchester, N.B.	Atlantic Atlantic
Native Drug & Alcohol Workshop, Dorchester	Dorchester, N.B.	Atlantic
AA, Dorchester Penitentiary Centre de Traitement Toxicomanie Pavillon E. Grégoire	Québec	Québec
Salvation Army Yukon Adult Resource Centre	Whitehorse, Yukon	Pacific
Programme Portage, Lac Echo Prévost	RCSCC Laurentides, Québec	Québec
Substance Abuse Pre-Release Program, Warkworth	Gravenhurst, Ontario	Ontario
Établissement Résidentielle Communautaire l'Étape	Sherbrooke, Québec	Québec
Programme Virage, Unité "L" St-Leonard's Substance Abuse Treatment Centre	Québec Hamilton, Ontario	Québec Ontario
Atlantic Substance Abuse Program Pro-Soft Substance Abuse Program	St-John, N.B. Surrey, British Columbia	Atlantic Pacific
Pro-Soft Training Institute	Province not specified	Pacific

Substance Abuse Program  
Alcohol & Drug Program, Win. Head Victoria, B.C.  
Inst.

Pacific