

Les tribunaux de traitement de la toxicomanie au Canada – Examen basé sur les données

Des tribunaux de traitement de la toxicomanie (TTT), une forme de traitement imposé par le droit pénal, comme voie de rechange à l’incarcération de personnes déclarées coupables d’infractions liées à la drogue ont vu le jour au Canada en 1998. De récentes annonces du gouvernement fédéral portent à croire que le modèle des tribunaux de traitement de la toxicomanie demeurera en fonction dans quelques ressorts canadiens et connaîtra une expansion. Deux évaluations de tels programmes – à Vancouver et à Toronto – ont été réalisées. Dans le présent article, D. Werb et coll. en analysent les conclusions. Leurs analyses révèlent qu’en dépit des évaluations, on connaît peu de choses des contributions des TTT à la réduction à long terme de l’usage de drogue et de la récidive, parmi les participants; et que le rapport coût-efficacité de ces programmes doit encore être étudié. Les auteurs concluent que la continuation du financement des TTT au Canada devrait être conditionnelle à la réalisation d’essais contrôlés et randomisés afin de mesurer le succès de ces programmes dans la réduction de l’usage de drogue et de la récidive à long terme; de mesurer l’impact des TTT sur des facteurs sociétaux comme les taux de criminalité et d’incarcération d’utilisateurs de drogue; et de mesurer le rapport coût-efficacité des TTT en comparaison avec celui d’autres interventions axées sur la réduction d’effets négatifs de l’usage problématique de drogue et de la criminalité liée à la drogue.

Introduction

La criminalité associée à la drogue et les conséquences néfastes de santé publique découlant d’un usage non sécuritaire de drogue sont encore un fardeau pour plusieurs centres urbains, au Canada et dans plusieurs autres pays.^{1,2} Dans la rue, le commerce et l’usage de drogue demeurent fortement liés au désordre public ainsi qu’à des crimes acquisitifs et contre la propriété.^{3,4} Certaines formes d’usage de drogue, comme l’injection, ont par ailleurs des conséquences graves et démontrées, sur la santé des populations d’utilisateurs de drogue.⁵

Bien qu’un nombre croissant d’administrations municipales, comme celle de la Ville de Vancouver, structurent leurs réponses à ces enjeux en optant pour une approche dite « équilibrée » à quatre piliers – application de la loi, prévention, réduction des méfaits et traitement de la

toxicomanie –, des données récentes indiquent qu’il persiste une emphase disproportionnée sur l’application de la loi⁶ et que cela entrave souvent d’autres efforts qui visent à réduire les méfaits associés à la drogue chez les personnes qui en utilisent.⁷

En mars 2007, en dépit de ce déséquilibre apparent le Gouvernement canadien, dirigé par le Parti conservateur, a annoncé la mise en œuvre d’une Stratégie canadienne antidrogue qui met l’emphase sur des politiques axées exclusivement sur l’application de la loi, la prévention et le traitement,⁸ et qui comprend aussi du financement pour des programmes de diversion et de traitement extrajudiciaire, pour les personnes déclarées coupables en lien avec la drogue. Les TTT constituent l’un de ces programmes qu’endosse le gouvernement fédéral actuel.

Les TTT sont des programmes de traitements imposés par le sys-

tème judiciaire, comme mesure de rechange aux peines d’incarcération.⁹ En général, les participants sont sélectionnés parmi un bassin de contrevenants non violents accusés de crimes liés à la drogue (le plus souvent, il s’agit de possession, possession en vue d’un trafic, ou de trafic; en général, les individus accusés de trafic commercial ou de crimes violents sont exclus), et dans la plupart des modèles de TTT, l’accusé doit plaider coupable avant d’entamer le programme. Une fois enrôlés, les participants sont soumis régulièrement à des tests de détection de l’usage de drogue et placés dans un processus de traitement qui est ajusté selon leur progrès.

Un élément clé du modèle de TTT est la comparution régulière devant un tribunal, où une équipe qui n’a pas recours à une procédure contradictoire, et comprenant généralement un juge, un procureur, un avocat de

la défense ainsi qu'un conseiller en traitement, collabore afin d'examiner le progrès du participant et de stimuler l'avancement vers les buts du traitement.¹⁰ Tous les TTT fonctionnent selon le même principe d'un traitement coercitif de la toxicomanie, fondé sur l'abstinence et qui n'admet qu'une tolérance limitée à l'égard de la rechute.^{11, 12}

Depuis la création du premier TTT, en Floride, en 1989, plus de 1 600 TTT ont été établis aux États-Unis; des centaines d'autres sont en développement.¹³ Dans plusieurs ressorts états-uniens, les TTT constituent un important point de contact entre des personnes qui font usage de drogue et des services de traitement de la toxicomanie.¹⁴ Des programmes de TTT ont aussi été mis en œuvre en Australie et au Royaume-Uni.¹⁵ Plusieurs évaluations de divers degrés de qualité et de rigueur ont été présentées, au sujet de l'efficacité des TTT pour le traitement de la toxicomanie et la réduction du taux de récurrence.^{16, 17, 18, 19, 20, 21} Cependant, alors que des centaines de TTT états-uniens procèdent régulièrement à s'auto-évaluer,²² le nombre d'évaluations de TTT qui sont examinées par des pairs est peu élevé, et dans certaines de ces dernières l'on a signalé d'importantes lacunes méthodologiques.²³

Seulement trois essais contrôlés et randomisés (ECR) ont été réalisés au sujet de TTT. L'un d'entre eux, à Baltimore, n'a relevé aucune différence statistiquement significative entre les participants associés au groupe expérimental (TTT) et au groupe contrôle (judiciarisé), en ce qui concerne les taux de criminalité, d'alcoolisme, d'emploi, de mortalité, ni en ce qui touche la solidité des relations familiales et sociales, trois ans après leur acceptation au TTT

de Baltimore.²⁴ Une autre évaluation de TTT, dans le Comté de Maricopa, Arizona, a constaté qu'après 36 mois, le groupe expérimental (TTT) avait un taux de récurrence de 33 %, comparé à 44 % pour le groupe contrôle (judiciarisé), et que cette différence était significative au plan statistique.²⁵ En outre, l'ECR réalisé dans l'État de la Nouvelle-Galles du Sud, en Australie, n'a décelé aucune différence statistiquement significative entre le groupe expérimental (TTT) et le groupe contrôle (judiciarisé) un an après la complétion du programme.²⁶

Tous les tribunaux de traitement de la toxicomanie fonctionnent selon le même principe : traitement coercitif de la toxicomanie, fondé sur l'abstinence, et tolérance limitée à l'égard de la rechute.

Au Canada, l'expérience des TTT est limitée : un a été instauré à Toronto en 1998 et un à Vancouver en 2001.^{27, 28} Cependant, la création récente de TTT à Edmonton et à Regina,^{29, 30} l'octroi de 13,3 millions \$ pour le développement d'autres TTT à Winnipeg et à Ottawa,³¹ et l'emphase que place le gouvernement actuel sur les programmes de diversion extrajudiciaire, portent à croire que ces programmes sont de plus en plus attrayants pour les responsables des politiques canadiennes.

Trois hypothèses centrales catalysent l'expansion et la popularité des TTT : on affirme qu'ils réduisent la récurrence et l'usage de drogue,³² et qu'ils présentent un rapport coût-bienfaits qui est avantageux.³³ Les deux premières affirmations sont proposées à titre de preuves de l'efficacité des TTT dans le traitement de la toxicomanie.³⁴ L'affirmation voulant que les TTT soient une approche rentable est fondée sur leur présumée capacité d'alléger la pression sur les services correctionnels en s'occupant du cas d'individus dépendants de drogue et qui autrement seraient emprisonnés.³⁵ Cependant, il n'est toujours pas démontré que les TTT conduisent à de tels bienfaits, et l'on a peu discuté de l'impact que la coercition et l'exigence d'abstinence entraînent en termes d'efficacité des programmes.

Évaluations de TTT au Canada

Deux évaluations majeures ont été réalisées au Canada : l'une à Toronto, l'autre à Vancouver. Signalons qu'une évaluation du TTT d'Edmonton a aussi été réalisée, mais que la taille minimale de son échantillon (sept personnes) et sa durée limitée (cinq mois) affectent grandement l'utilité de cette étude.³⁶

L'évaluation du TTT de Vancouver

L'évaluation du TTT de Vancouver a procédé selon une conception non randomisée. Les auteurs ont identifié, comme facteurs à l'encontre de la randomisation, l'injustice de refuser un traitement de la toxicomanie à des individus qui pourraient en bénéficier, et le souhait de l'équipe de l'étude pilote de recruter les participants les plus admissibles au programme.³⁷

Comme groupe contrôle, l'équipe d'évaluation a eu recours à un groupe sélectionné d'individus assortis au groupe de participants au TTT selon des variables préétablies. Ce groupe contrôle (de 327 personnes) était composé de volontaires incarcérés ainsi que d'une cohorte « virtuelle » d'individus qui ont été retracés au moyen de dossiers de probation et de fichiers électroniques de contrevenants ayant des problèmes de toxicomanie.

Bien que les évaluateurs aient couplé 166 individus du groupe TTT et du groupe contrôle, relativement à cinq variables clés – appartenance ethnique, sexe, infractions antérieures avec violence, âge et nombre de condamnations antérieures –, cette sous-cohorte d'individus assortis présentait des différences significatives, en comparaison avec l'ensemble du groupe TTT, au plan de l'âge, de l'appartenance ethnique, et du sexe. Les résultats extraits d'une comparaison des individus assortis peuvent, par conséquent, ne pas refléter nécessairement les résultats de l'ensemble du groupe TTT.

Les individus formant le groupe contrôle étaient aussi en moyenne plus susceptibles d'être plus âgés, de sexe masculin et de race caucasienne, en comparaison avec le groupe TTT. De plus, des différences cruciales s'observaient dans les antécédents criminels des participants des deux groupes. En comparaison avec les participants du groupe TTT, ceux du groupe contrôle avaient passé en moyenne deux fois plus de jours en détention préventive (153 vs 75), plus de mois en détention (35,8 vs 20,16) et étaient moins susceptibles d'avoir perpétré des crimes liés à la drogue (29,1 % vs 67,7 %). Ces différences dans les données de base, entre le

groupe TTT et le groupe contrôle, ont probablement affecté les conclusions de l'évaluation et pourraient contribuer à expliquer des différences dans les taux d'usage de drogue et de récidive, entre les deux groupes, après le programme.

Le TTT de Vancouver a été évalué pendant approximativement trois ans et demi, soit de décembre 2001 à mars 2005. Pendant cette période, 322 participants y ont été admis, dont 34 (10,6 %) ont « gradué », et huit (2,5 %) ont complété différemment le programme (en ce sens qu'ils ont réduit considérablement leur consommation de drogue et ont atteint un certain degré de stabilité économique et sociale). Au mois de mars 2005, 185 participants (57,5 %) avaient abandonné le programme volontairement ou en avaient été expulsés; 25 (7,8 %) en étaient suspendus à ce moment; et 64 (19,9 %) y participaient encore. Six individus (1,5 %) sont décédés pendant la période où ils participaient au programme.³⁸

Fait important, la participation au programme n'avait pas eu de conséquence statistiquement significative sur le taux d'accusations portées contre les participants pendant leur période de participation au programme. De plus, aucune différence statistique n'a été observée entre les participants au TTT et les individus du groupe contrôle, en ce qui concerne l'accumulation d'accusations pénales post-programme, mesurée six mois après la participation au TTT. Les évaluateurs du TTT de Vancouver n'ont pas collecté de données concernant la consommation de drogue après la participation au programme. Sans cette information, il n'y a aucun moyen de mesurer le degré de succès du programme à cet égard.

L'évaluation du TTT de Toronto

L'évaluation du TTT de Toronto consistait en ce que les évaluateurs ont qualifié d'« essai quasi-randomisé »; les participants au groupe TTT étaient comparés à deux groupes contrôle. La comparaison principale était faite avec 64 participants qui étaient admissibles au TTT mais qui avaient choisi de ne pas participer au programme et dont le cas a ultérieurement été traité par le système traditionnel de justice pénale; ce groupe était appelé « groupe contrôle judiciaire ». Tous les participants du TTT faisaient l'objet d'un suivi d'approximativement 18 mois, après l'admission au programme; chacun était évalué au regard de plusieurs variables qui incluaient des facteurs sociodémographiques et des indicateurs d'usage de drogue, de récidive criminelle, et de l'état de santé.

Dans l'ensemble, lorsque comparés aux participants du groupe TTT, les individus du groupe contrôle judiciaire présentaient un taux beaucoup plus élevé d'activité criminelle constituant une source majeure de revenu avant l'inscription à l'étude (23,3 % vs 6,9 %); ils étaient plus jeunes que les participants du groupe TTT (30,8 ans vs 34,2 ans); ils étaient plus susceptibles d'être chroniquement sans emploi (62,8 % vs 34,2 %); en plus grande proportion de sexe féminin (48,4 % vs 24,1 %); et avaient pris de la cocaïne plus souvent dans les 90 jours précédant l'évaluation clinique du TTT (en moyenne 54,5 jours vs 34,3 jours) que leurs contreparties du groupe TTT.

En général, les évaluateurs ont décrit le groupe contrôle judiciaire comme étant généralement plus lourdement caractérisé par l'abus de drogue et l'activité criminelle.³⁹

Certaines des variables susmentionnées, en lien avec lesquelles les participants aux groupes présentaient des différences, ont été démontrées comme des facteurs associés à un risque plus marqué de dépendance à la drogue et de préjudices associés, ainsi que d'injection de drogue en particulier, parmi des populations à risque.^{40, 41, 42, 43, 44} Par conséquent, en incluant des contrevenants qui présentaient moins d'indicateurs de dépendance à la drogue que dans le groupe contrôle judiciaire, le groupe TTT comptait possiblement des individus qui avaient une meilleure chance de réussir le traitement, en comparaison avec les individus du groupe de comparaison judiciaire.

L'évaluation du tribunal de traitement de la toxicomanie de Toronto n'a pas fourni d'information fiable sur l'usage de drogue après le programme.

De plus, étant donné que le groupe contrôle judiciaire a été formé d'individus qui étaient admissibles au groupe TTT mais qui avaient décidé de ne pas y participer, les évaluateurs ont immiscé un biais de sélection, dans cet essai, puisque les participants au groupe TTT étaient potentiellement plus motivés que le groupe contrôle judiciaire, à l'égard d'un recours au traitement et du respect des exigences.

Pendant la période du 1^{er} avril 1999 au 1^{er} octobre 2003, d'un total de 365 participants, 57 (15,6 %) ont « gradué » du TTT de Toronto, alors que 308 (84,4 %) en ont été expulsés ou ont abandonné le programme.⁴⁵ Quant à l'hypothèse voulant que les TTT réduisent la récidive, une analyse de suivi a démontré que les participants du TTT de Toronto avaient un taux moindre d'accusations et de verdicts de culpabilité après leur participation au programme TTT, en comparaison avec leur taux d'accusations et de verdicts de culpabilité antérieurs à leur inscription au programme. Cependant, une diminution semblable et significative de ces mêmes taux s'observait aussi dans le groupe contrôle judiciaire.⁴⁶

L'évaluation du TTT torontois n'a pas livré d'information fiable au sujet de l'usage de drogue et du statut socioéconomique, à l'issue du programme, pour les participants du groupe TTT et des groupes contrôle. Par conséquent, on connaît peu de choses sur l'effet du TTT de Toronto sur la vie ultérieure des participants, et en particulier sur leurs tendances en ce qui touche l'usage de drogue, à long terme.

Coûts et rapport coût-efficacité des TTT de Vancouver et de Toronto

L'évaluation du TTT de Vancouver a clairement établi les coûts du TTT sur 3,5 ans et elle a comparé le rapport coût-efficacité pour les participants inscrits au programme et pour les individus assortis du groupe contrôle. En comparant les coûts directs des participants du TTT qui avaient laissé tomber le programme ou en avaient été expulsés, et ceux de leurs contreparties assorties dans le groupe contrôle, l'évaluation a conclu à une

économie directe en faveur du groupe contrôle judiciaire, d'environ 6 000 \$ par individu qui a abandonné le TTT, et de 10 000 \$ pour les individus qui en ont été expulsés. Cependant, dans le groupe assorti de plus petite taille, de participants ayant « gradué » du TTT, une économie d'environ 4 000 \$ a été mesurée en faveur de ces gradués, en comparaison avec les individus assortis du groupe contrôle.

Dans l'ensemble, le coût par personne a été établi à 21 254 \$ pour les participants du TTT de Vancouver, et à 13 117 \$ pour les individus du groupe contrôle assorti, ce qui indique une différence d'environ 8 000 \$ entre les uns et les autres. Comme l'ont signalé les évaluateurs du TTT de Vancouver : « Généralement, afin d'atteindre une rentabilité avec une stratégie de TTT, il faut qu'un grand nombre de participants présentent des résultats positifs (i.e. un moins grand nombre de verdicts de culpabilité). D'après les données actuelles, ce pourrait être possible si le programme arrivait à faire graduer une plus grande proportion de participants » [trad.].⁴⁷

Ceci indique que l'inefficacité du modèle de prestation de traitement du TTT de Vancouver peut être la principale raison du faible rapport coût-efficacité du programme. Cependant, en raison du manque de données sur l'usage de drogue post-programme, Devlin et ses collègues ont été incapables d'inclure les coûts associés à la continuation de l'usage de drogue, dans leur analyse du rapport coût-efficacité; il va sans dire que cela limite la portée de leur évaluation des coûts.

En outre, les coûts totaux du TTT de Vancouver pour la période de décembre 2001 à mars 2005 étaient de 4 058 819 \$.⁴⁸ Avec 42 participants

ayant gradué ou complété autrement le programme, le coût par gradué ou finissant s'élève à 96 639 \$.

Le ministère fédéral de la Justice a alloué 1,6 million \$ pour financer le TTT de Toronto sur une période d'essai de quatre ans. Cependant, ce chiffre n'inclut pas les coûts des services de traitement et d'infrastructure fournis par le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM) qui a servi de partenaire du TTT torontois en matière de traitement. Les évaluateurs de Toronto ont effectué une analyse de coût du TTT en calculant tous les coûts associés au volet « tribunal » du programme, et en les ajoutant aux coûts estimés des traitements, de la coordination communautaire et de la détermination de la peine. Au moyen de cette méthode, le coût moyen par participant au TTT de Toronto a été établi à 42 564 \$. En moyenne, les gradués coûtent 53 555 \$, les participants qui ont abandonné le programme dans le premier trimestre coûtent 29 748 \$ et ceux qui ont voulu poursuivre le programme au delà de trois mois mais qui l'ont abandonné ou en ont été exclus ultérieurement coûtent 72 322 \$.⁴⁹

Cependant, les évaluateurs ont été incapables de donner un chiffre pour le coût total du programme; et ils ont exclu plusieurs des coûts associés au TTT, comme le coût des services de traitement, ou de services juridiques fournis en nature, le coût des fournisseurs de traitements non affiliés au CTSM, le coût du traitement ordonné par le tribunal et inclus dans la peine (qui réfère au traitement administré dans le cadre d'une sentence distincte du programme de TTT) et des coûts indirects.⁵⁰

Des médias canadiens et au moins un chercheur ont avancé que le TTT de Toronto est rentable, en estimant

le coût du traitement par participant au TTT à entre 3 000 \$ et 5 000 \$ par année,⁵¹ en comparaison avec un coût annuel de 48 000 \$ à 52 000 \$ pour incarcérer un contrevenant. Cependant, les statistiques canadiennes révèlent que, pour 83 % des personnes incarcérées pour des crimes liés à la drogue, la durée moyenne de la peine d'emprisonnement pour possession est de 15 jours, et de trois mois pour le trafic.^{52, 53} Par conséquent, le fait de prétendre que les TTT constituent une économie de coût, en comparant des taux annuels d'incarcération et des taux annuels de traitement constitue une fausse représentation des faits, puisque la durée d'incarcération pour les contrevenants en lien avec la drogue est souvent beaucoup plus brève que les programmes de TTT, et en conséquence emporte des coûts généraux associés qui sont plus faibles.

Les individus qui ont une forte dépendance à la drogue peuvent être les plus vulnérables à l'« échec » puisque ces tribunaux du traitement visent l'abstinence.

Le rôle de la coercition et de l'abstinence dans les modèles de TTT

Les TTT fonctionnent sur le principe de la coercition judiciaire, où le pouvoir des tribunaux et la menace

d'incarcération jouent un rôle de facteurs de motivation pour promouvoir la fidélité au traitement chez les participants au TTT.⁵⁴ Cependant, les évaluations qui examinent le recours à la coercition, dans la fourniture de traitements de la toxicomanie, ont livré des résultats jusqu'ici non concluants.^{55, 56, 57, 58, 59}

Bien que les TTT de Vancouver et de Toronto soient des programmes orientés vers le traitement, les deux exigent que les participants soient complètement abstinents de drogue afin de « graduer » du programme. Ce point de mire sur l'abstinence ne tient pas compte de l'impact du rôle de la rechute sur l'histoire naturelle de la toxicomanie.⁶⁰ Un corpus bien établi de littérature démontre que la toxicomanie est une affection chronique et récurrente, conditionnée par une multitude de caractéristiques comportementales et socio-contextuelles qui peuvent ne pas correspondre à tout coup à des programmes fondés sur l'abstinence.^{61, 62}

En outre, le point de mire des TTT sur l'abstinence entraîne que les individus qui présentent une forte dépendance à la drogue peuvent être les plus vulnérables à « échouer » au programme du TTT.⁶³ Comme le démontrent des évaluations de TTT, les utilisateurs les plus dépendants échouent souvent au programme et sont retournés au système judiciaire, alors que les individus moins dépendants (qui ont de meilleures chances de contrôler leur usage de drogue et, par conséquent, de graduer) sont récompensés; par exemple, dans une étude qui cherchait à identifier les prédicteurs de rétention parmi les participants du TTT, les individus qui signalaient que leur drogue de prédilection était la marijuana ou l'alcool et qui avaient été arrêtés le moins

souvent étaient les plus susceptibles d'arriver à graduer du programme de TTT.⁶⁴

Conclusion

Les évaluations des TTT canadiens ont échoué jusqu'ici à faire la preuve que ces programmes sont efficaces pour réduire les taux de récidive et d'usage de drogue parmi les participants. L'évaluation du TTT de Vancouver et celle du TTT de Toronto, comme bon nombre d'autres évaluations de TTT, sont minées par des problèmes de méthodologie (spécialement graves dans le cas de celle de Vancouver) qui rendent difficile d'évaluer adéquatement l'efficacité de ces programmes.

De plus, les taux élevés d'échec qui caractérisent les TTT ont le potentiel d'exacerber le contact des contrevenants pour drogue avec le système judiciaire, puisque ceux qui échouent aux programmes sont souvent renvoyés dans le système judiciaire traditionnel. Ceci peut résulter en une augmentation des coûts d'ensemble, pour le système judiciaire et correctionnel, et une prolongation du placement de l'individu au sein de ces systèmes, en dépit de leur échec à traiter efficacement la dépendance à la drogue.

Vu les nombreuses inconnues relatives aux TTT, en particulier dans le contexte canadien, la décision du gouvernement fédéral de procéder à l'expansion du système canadien de TTT semble prématurée. Bien que des évaluations des TTT de Toronto et de Vancouver aient été réalisées, aucune n'offre une analyse complète de l'effet de ces interventions sur les participants.

Le financement des TTT au Canada devrait, par conséquent, être rendu conditionnel à la réalisation de

recherches évaluatives qui utilisent une méthodologie d'essai contrôlé et randomisé, et qui incluent un certain nombre de critères de mesures de succès. En particulier, les recherches évaluatives sur les TTT au Canada devraient inclure des mesures de l'efficacité à long terme (i.e. mesures à long terme de l'usage de drogue et de la récidive) et de l'innocuité; elles devraient mesurer l'impact des TTT sur des éléments sociétaux comme les taux de crime et d'incarcération d'utilisateurs de drogue par injection; et elles devraient inclure des composantes destinées à mesurer le rapport coût-efficacité des TTT en comparaison avec d'autres interventions destinées à réduire les répercussions négatives de l'usage problématique de drogue ainsi que la criminalité associée à la drogue. Sans ces données additionnelles, il est impossible de justifier l'expansion de tels programmes au Canada.

– Daniel Werb, Richard Elliott,
Benedikt Fischer, Evan Wood,
Julio Montaner, Thomas Kerr

Daniel Werb et Thomas Kerr sont à l'emploi du British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS; Richard Elliott, du Réseau juridique canadien VIH/sida; Benedikt Fischer, du Centre for Addictions Research of British Columbia, University of Victoria; Evan Wood et Julio Montaner, du British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS et du Département de Médecine, University of British Columbia. La correspondance devrait être envoyée à Thomas Kerr (tkerr@cfenet.ubc.ca).

¹ B. Fischer et coll., « Illicit opioid use in Canada: comparing social, health, and drug use characteristics of untreated users in five cities (OPICAN study) », *Journal of Urban Health* 82 (2005) : 250–266.

² « Social and economic costs of illicit drugs », *Chronique ONG* 35 (1998) : 7.

³ S. Brochu, *Estimating the Costs of Drug-Related Crime*, document présenté lors du 2^e Symposium international sur les coûts sociaux et économiques de la toxicomanie, 1995, Montebello, Québec.

⁴ K. Pemanen et coll., *Proportions des crimes associés à l'alcool et aux autres drogues au Canada*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2002.

⁵ E. Wood et coll., « Inability to access addiction treatment and risk of HIV-infection among injection drug users », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 36(2) (2004) : 750–754.

⁶ K. DeBeck et coll., « La Stratégie canadienne antidrogue renouvelée en 2003 – Examen basé sur les données », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 11 (2/3) (2007) : 1, 5–14.

⁷ J. Cohen et J. Csete, « As strong as the weakest pillar: harm reduction, law enforcement and human rights », *International Journal of Drug Policy* 17 (2006) : 101–103.

⁸ Gouvernement du Canada, *Le Plan budgétaire* [2007], ministère des Finances, 19 mars 2007.

⁹ S. Belenko, *Research on Drug Courts: A Critical Review 2001 Update*, The National Center on Addiction and Substance Abuse, 2001.

¹⁰ C. La Prairie et coll., « Drug treatment courts — a viable option for Canada? Sentencing issues and preliminary findings from the Toronto court », *Substance Use & Misuse* 37 (2002) : 1529–1566.

¹¹ M. Devlin et coll., *Drug Treatment Court of Vancouver Program Evaluation: Final Evaluation Report*, Centre national de prévention du crime, 2006.

¹² C.W. Huddleston et coll., *Painting the Current Picture: A National Report Card on Drug Courts and Other Problem Solving Court Programs in the United States*, National Drug Court Institute, 2005.

¹³ *Ibid.*

¹⁴ S. Belenko.

¹⁵ « Drug courts' three-year extension », *BBC News* (édition Internet), 30 mars 2006.

¹⁶ C. La Prairie et coll.

¹⁷ M. Devlin et coll.

¹⁸ K. Freeman, L. Karski et P. Doak, *New South Wales Drug Court Evaluation: Program and Participant Profiles*, Bureau of Crime Statistics and Research, 2000.

¹⁹ B. Lind, D. Weatherburn et S. Chen, *New South Wales Drug Court Evaluation: Cost-Effectiveness*, New South Wales Bureau of Crime Statistics and Research, 2002.

²⁰ J. Goldkamp et coll., « Context and change: the evolution of pioneering drug courts in Portland and Las Vegas (1991-1998) », *Law & Policy* 23(2) (2001) : 141–170.

²¹ M. Kleiman, « Drug court can work: would something else work better? », *Criminology & Public Policy* 2 (2003) : 167–169.

²² C.W. Huddleston et coll.

²³ J.F. Andersen, « What to do about 'much ado' about drug courts? », *International Journal of Drug Policy* 12(5) (2001) : 469–475.

- ²⁴ D. Gottfredson et coll., « The Baltimore city drug treatment court: 3-year self-report outcome study », *Evaluation Review* 29(1) (2005) : 42–64.
- ²⁵ S. Turner et coll., « A decade of drug treatment court research », *Substance Use & Misuse* 37(12/13) (2002) : 1489–1527.
- ²⁶ B. Lind.
- ²⁷ M. Devlin et coll.
- ²⁸ L. Gliksman et coll., *Toronto Drug Treatment Court Evaluation Project Final Report*, Centre national de prévention du crime, 2004.
- ²⁹ McCready Consultants, *Evaluation of Edmonton's Experimental Drug Treatment Court*, Prostitution Awareness and Action Foundation of Edmonton, 2006.
- ³⁰ B. Pacholik, « Treatment mandate of new local court », *Regina Leader-Post*, 3 octobre 2006.
- ³¹ Ministère de la Justice, *Élargissement des tribunaux de traitement de la toxicomanie au Canada*, 2005.
- ³² W.G. Meyer et A.W. Ritter, « Drug courts work », *Federal Sentencing Reporter* 14 (2001) : 179.
- ³³ S. Belenko.
- ³⁴ W.G. Meyer et A.W. Ritter.
- ³⁵ S. Belenko.
- ³⁶ McCready Consultants.
- ³⁷ M. Devlin et coll.
- ³⁸ *Ibid.*
- ³⁹ L. Gliksman et coll.
- ⁴⁰ B. Fischer et coll., « Illicit opiates and crime: results of an untreated user cohort study in Toronto », *Revue canadienne de criminologie* 43 (2001) : 197–217.
- ⁴¹ C.M. Fuller et coll., « Factors associated with adolescent initiation of injection drug use », *Public Health Report* 116 (S1) (2001) : 136–145.
- ⁴² E.L. Gollub et coll., « Gender differences in risk behaviors among HIV+ persons with an IDU history: the link between partner characteristics and women's higher drug-sex risks. The Manif 2000 study group », *Sexually Transmitted Diseases* 25 (1998) : 483–488.
- ⁴³ E. Roy et coll., « Drug injection among street youths in Montreal: predictors of initiation », *Journal of Urban Health*, 80 (2003) : 92–105.
- ⁴⁴ *Ibid.*
- ⁴⁵ L. Gliksman et coll.
- ⁴⁶ *Ibid.*
- ⁴⁷ M. Devlin et coll.
- ⁴⁸ *Ibid.*
- ⁴⁹ L. Gliksman et coll.
- ⁵⁰ *Ibid.*
- ⁵¹ A.L. Chiodo, « Sentencing drug-addicted offenders and the Toronto drug court », *Criminal Law Quarterly* 45 (2001) : 53–100.
- ⁵² C. La Prairie et coll.
- ⁵³ Statistique Canada, *Statistiques sur les tribunaux de juridiction criminelle pour adultes 1998/99*, Centre canadien de la statistique juridique, 2000.
- ⁵⁴ R. Mugford et J. Weekes, *Traitement obligatoire et imposé*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, 2006.
- ⁵⁵ D.D. Simpson, G.W. Joe et G.A. Rowan-Szal, « Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes », *Drug and Alcohol Dependence* 47 (1997) : 227–235.
- ⁵⁶ D. Anglin, M. Brecht et E. Maddahian, « Pretreatment characteristics and treatment performance of legally coerced versus voluntary methadone maintenance admissions », *Criminology* 27 (1989) : 537–557.
- ⁵⁷ M. Brecht et M.D. Anglin, « Treatment effectiveness for legally coerced versus voluntary methadone maintenance clients », *American Journal of Drug & Alcohol Abuse* 19 (1993) : 89–106.
- ⁵⁸ J.J. Collins et M. Allison, « Legal coercion and retention in drug abuse treatment », *Hospital and Community Psychiatry* 34 (1983) : 1145–1149.
- ⁵⁹ J.A. Inciardi, *Screening and Assessment for Alcohol and Other Drug Abuse Among Adults in the Criminal Justice System*, Centre for Substance Abuse Treatment, 1994.
- ⁶⁰ G.J. Connors, S.A. Maisto et D.M. Donovan, « Conceptualizations of relapse: a summary of psychological and psychobiological models », *Addiction* 91 (1996) : S5–S13.
- ⁶¹ A.I. Leshner, « Addiction is a brain disease, and it matters », *Science* 278 (1997) : 45–47.
- ⁶² P. Owen et G.A. Marlatt, « Should abstinence be the goal for alcohol treatment? », *American Journal on Addictions* 10 (2001) : 289–295.
- ⁶³ M.B. Hoffman, « The drug court scandal », *North Carolina Law Review* 78 (2000) : 1437–1527.
- ⁶⁴ R.H. Peters, A.L. Haas et M.R. Murrin, « Predictors of retention and arrest in drug courts », dans S. Belenko et coll. (éd.), *National Drug Court Institute Review, vol. II* (Alexandria, Virginia: National Drug Court Institute, 1999), 30–48.