

Université de Montréal

La persévérance en traitement des hommes toxicomanes judiciairisés :  
Liens avec la personnalité délinquante, la motivation au changement  
et l'engagement en traitement

par  
Myriane Tétrault

École de criminologie  
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de  
Maîtrise ès Sciences (M.Sc.)  
en criminologie

Août 2005

© Myriane Tétrault, 2005



HV

6015

U54

2006

V.002

## AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

## NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

La persévérance en traitement des hommes toxicomanes judiciairisés :  
Liens avec la personnalité délinquante, la motivation au changement  
et l'engagement en traitement

présenté par :  
Myriane Tétrault

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

.....  
Louis-Georges Cournoyer  
.....  
président-rapporteur

.....  
Serge Brochu  
.....  
directeur de recherche

.....  
Michel Landry  
.....  
membre du jury

Mémoire accepté le 18 novembre 2005

## Sommaire

Cette étude s'intéresse aux liens s'établissant entre la personnalité associée à la délinquance, la motivation au changement et l'engagement en traitement, sur la persévérance en traitement d'un échantillon de 157 hommes toxicomanes judiciairisés dans cinq centres publics de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes au Québec. Quatre axes majeurs ont guidé la présente recherche ; 1) Décrire les traits de personnalité liés à la délinquance et les profils d'adaptation psychologique créés avec ces traits, 2) Évaluer les relations existantes entre les profils d'adaptation psychologique, la motivation au changement et l'engagement en traitement et 3) Évaluer l'impact de ces facteurs, pris séparément 4) ou en combinaison, sur la persévérance en traitement. Les analyses révèlent une problématique chez les usagers quant aux principaux traits de personnalité associés à la délinquance. De plus, la motivation au changement n'est pas associée avec les autres facteurs et la persévérance en traitement. Inversement, des liens ont été établis entre les profils d'adaptation psychologique (normale, marginale, asociale et antisociale), l'engagement et la persévérance en traitement. L'ensemble des résultats soulève la notion de l'appariement des interventions, l'impact des facteurs associés à la durée de la thérapie, en plus de suggérer des avenues de recherches.

**Mots-clés :** hommes toxicomanes judiciairisés, traits de personnalité du Jesness, adaptation psychologique, motivation au changement, engagement en traitement, persévérance en traitement, appariement

## Abstract

This study deals with the links established between delinquent personality, readiness to change and engagement in treatment on treatment retention in a sample of 157 criminalized male addicts in five public treatment centres for alcoholism and addiction in Quebec. Four major axis have guided this research: 1) To describe Jesness personality traits and psychological adaptation profiles created with these traits, 2) To evaluate the relation between profiles, readiness to change and engagement in treatment and 3) To evaluate the impact of these predictors, taken separately, 4) or combined, on treatment retention. The results reveal a general problematic for main personality traits associated to delinquency. Also, readiness to change is not associated with any other predictors and treatment retention. Inversely, links have been established with psychological adaptation profiles (normal, marginal, asocial and antisocial), engagement in treatment and treatment retention. The overall results bring into questioning the matching interventions and the impact of factors associated to the therapy duration while suggesting different research avenues.

**Key Words:** Criminalized addict men, Jesness Inventory personality traits, psychological adaptation, readiness to change, engagement in treatment, treatment retention, matching

## Table des matières

Sommaire . . . . .	iii
Abstract . . . . .	iv
Table des matières . . . . .	v
Liste des tableaux . . . . .	viii
Liste des figures . . . . .	ix
Liste des annexes . . . . .	x
Remerciements . . . . .	xi
<b>Introduction . . . . .</b>	<b>1</b>
<b>Chapitre 1 : Revue de la littérature scientifique . . . . .</b>	<b>7</b>
1.1 La consommation de substances psychoactives chez les personnes judiciarisées : une forte prévalence . . . . .	8
1.2 Les programmes de traitement offerts aux personnes toxicomanes judiciarisées . . . . .	11
1.2.1 La criminalité chez les toxicomanes en traitement dans les centres de réadaptation . . . . .	12
1.2.2 Impact des programmes de traitement offerts aux personnes toxicomanes judiciarisées dans les centres de réadaptation . . . . .	13
1.3 Le problème de la persévérance en traitement chez les individus toxicomanes judiciarisés . . . . .	14
1.4 La motivation : la clé de la réussite d'un traitement . . . . .	16
1.4.1 La théorie de la motivation au changement . . . . .	20
1.4.2 Un manque de motivation chez les personnes toxicomanes judiciarisées . . . . .	22
1.5 Les traits de personnalité : normaux ou pathologiques ? . . . . .	23
1.5.1 Le courant théorique de la personnalité délinquante . . . . .	25
1.5.2 Les traits de personnalité des toxicomanes judiciarisés : Une problématique qui interfère avec le traitement . . . . .	27
1.6 Limites des études sur la motivation et les traits de personnalité des toxicomanes judiciarisés . . . . .	29
1.7 Conclusion du premier chapitre . . . . .	31

<b>Chapitre 2 : Méthodologie</b>	32
2.1 Objectifs de l'étude	33
2.2 La démarche méthodologique	34
2.2.1 Critères et procédure de recrutement	34
2.2.2 Échantillon	35
2.2.2.1 Profil démographique des individus de l'échantillon	35
2.2.2.2 Profil des problèmes de consommation	38
2.2.2.3 Profil judiciaire	41
2.2.3 Instruments de mesure	44
2.2.3.1 L'Inventaire de personnalité de Jesness	44
2.2.3.2 L'indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT)	47
2.2.3.3 Le questionnaire de la motivation au changement ( <i>version française du Readiness to Change</i> )	48
2.2.3.4 Le questionnaire sur l'engagement des clients en traitement	49
2.2.3.5 Le questionnaire sur les raisons de fin de traitement, complété par les clients	50
2.2.4 Concepts et opérationnalisation	50
2.2.5 Analyses statistiques	51
2.2.6 Avantages et limites de la méthodologie choisie	52
2.2.6.1 Avantages	53
2.2.6.2 Limites	53
<b>Chapitre 3 : Analyse et interprétation des résultats</b>	56
3.1 Portrait de la personnalité des hommes toxicomanes judiciairisés : traits et profils	57
3.1.1 Description des traits de personnalité des hommes toxicomanes judiciairisés	58
3.1.2 Description des profils d'adaptation psychologique des hommes toxicomanes judiciairisés	61
3.2 Évaluation de la motivation des usagers de chacun des profils d'adaptation psychologique : entre le désir de modifier un comportement de consommation et de s'engager dans un traitement	73
3.2.1 Évaluation de la motivation quant au changement du comportement de consommation de substances psychoactives	74
3.2.2 Évaluation de l'engagement des usagers dans un traitement en alcoolisme et toxicomanies	79

3.3	Évaluation de la persévérance en traitement	82
3.3.1	Description de la persévérance en traitement des hommes de l'échantillon	82
3.3.2	Évaluation de la persévérance en traitement selon les divers profils d'adaptation psychologique	85
3.3.3	Évaluation de la persévérance en traitement selon la motivation au changement des usagers et de leur engagement dans le cadre d'une démarche thérapeutique	89
3.4	Pour mieux comprendre les liens unissant l'adaptation psychologique, la motivation, l'engagement et la persévérance en traitement	94
3.4.1	Évaluation des liens unissant les profils d'adaptation psychologique, la motivation au changement et la persévérance en traitement	94
3.4.2	Évaluation des liens unissant les profils d'adaptation psychologique, l'engagement et la persévérance en traitement	96
3.4.3	Élaboration d'un modèle théorique	98
	<b>Conclusion</b>	102
	<b>Références</b>	112
	<b>Annexes</b>	128

## Liste des tableaux

<b>Tableau I :</b>	Profil démographique des hommes toxicomanes judiciairisés de l'échantillon . . . . .	36
<b>Tableau II :</b>	Recommandation d'une admission en traitement par le système judiciaire ou social . . . . .	41
<b>Tableau III :</b>	Situation légale des usagers lors de la demande d'admission en traitement . . . . .	42
<b>Tableau IV :</b>	Prévalence des traits de personnalité de l'Inventaire de Jesness chez les hommes toxicomanes judiciairisés . . . . .	59
<b>Tableau V :</b>	Résultats des analyses <i>à posteriori</i> entre les divers profils d'adaptation psychologique et les neuf traits de personnalité de l'Inventaire de Jesness . . . . .	65
<b>Tableau VI :</b>	Liens entre les quatre profils d'adaptation psychologique et les scores composés de l'IGT . . . . .	66
<b>Tableau VII :</b>	Relation entre les stades de motivation au changement selon les quatre profils d'adaptation psychologique . . . . .	76
<b>Tableau VIII :</b>	Liens entre l'engagement, la résistance en traitement et les divers profils d'adaptation psychologique . . . . .	80
<b>Tableau IX :</b>	Liens entre les variables associées à la persévérance en traitement (nombre de jours, d'heures et intensité) ainsi que les quatre profils d'adaptation psychologique . . . . .	86
<b>Tableau X :</b>	Liens entre les variables associées à la persévérance en traitement (nombre de jours, d'heures et intensité) ainsi que les stades de motivation au changement . . . . .	90
<b>Tableau XI :</b>	Associations entre l'engagement, la résistance en traitement ainsi que la persévérance en traitement . . . . .	91
<b>Tableau XII :</b>	Liens entre les profils d'adaptation psychologique, la motivation au changement ainsi que la persévérance en traitement . . . . .	95
<b>Tableau XIII :</b>	Associations entre l'engagement, la résistance ainsi que la persévérance en traitement en fonction des divers profils d'adaptation psychologique . . . . .	97

## Liste des figures

<b>Figure 1</b> : Spirale du processus de changement de comportement . . . . .	21
<b>Figure 2</b> : Nature de la substance psychoactive causant le problème majeur de toxicomanie lors de l'admission des usagers en traitement . . . . .	39
<b>Figure 3</b> : Fréquence des usagers présentant au moins un antécédent de traitement pour l'abus d'alcool et/ou de drogues. . . . .	40
<b>Figure 4</b> : Présentation graphique des 4 profils d'adaptation psychologique des toxicomanes judiciairisés, composés à partir des neuf traits de l'Inventaire de personnalité de Jesness . . . . .	63
<b>Figure 5</b> : Modèle théorique des liens unissant les profils d'adaptation psychologique, la motivation au changement, l'engagement ainsi que la persévérance en traitement des hommes toxicomanes judiciairisés admis dans un centre de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes au Québec . . . . .	99

## Liste des annexes

<b>Annexe 1</b> : Profil démographique des hommes toxicomanes judiciairisés en fonction de 5 centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes au Québec . . . . .	129
<b>Annexe 2</b> : Nature de la substance psychoactive causant le problème majeur de toxicomanie lors de l'admission en traitement des usagers de chacun des centres . . . . .	131
<b>Annexe 3</b> : Fréquence des usagers de chacun des centres présentant au moins un antécédent de traitement pour l'abus d'alcool et/ou de drogues . . . . .	132
<b>Annexe 4</b> : Situation légale des usagers de chacun des centres de réadaptation lors de la demande d'admission en traitement . . . . .	133
<b>Annexe 5</b> : Présentation des variables composant les sept scores composés de l'IGT (trente derniers jours) . . . . .	134
<b>Annexe 6</b> : Présentation des solutions à 2, 3 et 5 profils d'adaptation psychologique (profils réalisés à l'aide des neuf traits de L'Inventaire de personnalité de Jesness) . . . . .	136

## Remerciements

Ce mémoire de maîtrise demeure, jusqu'à ce jour, l'une des plus belles réalisations de ma vie. Toutefois, c'est la présence de nombreuses personnes de mon entourage qui m'aura donné la force et le courage de persévérer dans sa complétion et qui, à tous les jours, m'aura fait croire en mes capacités de future chercheuse.

Ainsi, je voudrais tout d'abord remercier, et ce, d'une façon particulière, mon directeur de recherche, *Serge Brochu*, pour avoir cru en moi dès le début de ma maîtrise en criminologie, en acceptant de me diriger et en m'offrant l'opportunité de travailler sur divers projets de recherche. Ses connaissances, son encadrement et son support m'auront été nécessaire durant toutes les étapes de la réalisation de ce mémoire et, par le fait même, auront été pour moi une grande source de motivation et d'inspiration. En outre, c'est en grande partie grâce à lui si ce mémoire, et ce avant même d'avoir été déposé, a fait l'objet d'une conférence présentée lors du 14<sup>ème</sup> Congrès de la Société internationale de criminologie, tenu à Philadelphie.

Je voudrais, par la suite, remercier toutes les personnes qui m'auront aidée de façon plus technique. Je pense notamment à *Jean-Pierre Guay*, pour sa patience et son temps, lors de l'élaboration des analyses de mon mémoire. Ses précieuses explications m'auront aidée à comprendre d'une façon concrète la méthodologie quantitative. Je voudrais également remercier spécialement *Marc Le Blanc* qui a su m'apporter des conseils judicieux quant à l'analyse et à l'interprétation de mes résultats associés au Jesness. Merci également à *Hélène Simoneau* pour avoir nourri mes réflexions quant au thème de la motivation. En outre, je remercie l'équipe du *RISQ* pour m'avoir permis de travailler sur ce captivant sujet de recherche en me donnant accès aux données et en contribuant à l'apport d'informations et de conseils ainsi que pour son support important face à mon mémoire. Enfin, je tiendrais à souligner le support financier du *Centre International de Criminologie Comparée (CICC)* pour m'avoir octroyé une bourse de rédaction me permettant de concentrer l'ensemble de mes énergies à la rédaction de mon mémoire.

En dernier lieu, je ne pourrais passer sous silence le support ainsi que les encouragements des gens de mon entourage. Je pense particulièrement à ma précieuse *famille* qui, malgré la distance, aura toujours cru en mes capacités et m'aura fait confiance. L'exactitude de leurs mots aux moments opportuns auront toujours réussi à me reconforter et me permette d'aller jusqu'au bout de mes rêves. Je tiens également à remercier ma *belle famille* pour leur appui et leurs encouragements tout au long de ma rédaction. En outre, je ne peux oublier les remerciements à accorder à mon copain *David*, qui par son dévouement et son amour, aura accepté d'être à mes côtés dans l'accomplissement de ma maîtrise. Sa compréhension sans borne et sa patience extraordinaire m'auront permis de toujours aller de l'avant.

Finalement, je ne peux pas oublier de remercier *mes ami(e)s*, criminologues ou non, de même que mes *collègues de travail* qui auront toujours su m'épauler et m'écouter. Merci spécialement à *Valérie B.* pour sa minutie quant à l'orthographe et la syntaxe de l'ensemble de mon mémoire de même qu'à *Valérie H.* pour son support et ses conseils judicieux tout au long de ma rédaction. Merci à vous tous de m'avoir toujours montré le côté positif des choses lors de périodes plus difficiles. Votre présence s'est avérée importante.

Donc, encore une fois, un gros merci à toutes ces personnes présentes dans ma vie. Ainsi, je réalise aujourd'hui à quel point je suis entourée de gens merveilleux qui resteront à jamais gravés dans mon cœur, de part la confiance que je peux leur accorder. De ce fait, je crois que le plus grand secret dans la vie est d'être bien entouré et de ne jamais cesser de croire en nos capacités, puisque ces deux ingrédients nous permettent d'accomplir de grandes réalisations !

## **Introduction**

La toxicomanie est aujourd'hui une problématique de taille qui touche des milliers de personnes dans le monde, engendrant ainsi de nombreuses conséquences néfastes. Plus particulièrement, elle affecte la santé physique et psychologique du consommateur lui-même, en plus d'engendrer des méfaits et des coûts sociaux importants (Single, Robson, Xie, Rehm, Moore, Choi, Desjardins et Anderson 1996). En ce sens, la propagation de maladies infectieuses, la mortalité (overdose), la criminalité de même que les coûts associés au système pénal font partie intégrante d'un ensemble de conséquences liées aux problèmes de consommation de substances psychoactives<sup>1</sup>.

Ces constatations prouvent alors la nécessité, selon le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, d'offrir des traitements<sup>2</sup> appropriés aux personnes toxicomanes (Landry, Guyon et Brochu, 2001). Par conséquent, cette nécessité fait en sorte d'alimenter les réflexions auprès des chercheurs et des cliniciens de divers milieux, notamment de la santé publique et des milieux judiciaires, sur les facteurs les plus prometteurs quant à l'efficacité des soins offerts à cette clientèle. Il apparaît alors, dans la littérature scientifique, que la persévérance<sup>3</sup> dans le processus thérapeutique constitue un indicateur de résultats positifs (Brochu, Landry, Bergeron et Chiochio, 1997; De Weert-Van Oene, Schippers, De Jong et Schrijvers, 2001; Simpson, Joe, Rowan-Szal et Greener, 1997). Or, il s'avère que l'abandon prématuré de la démarche thérapeutique est bien souvent une

---

<sup>1</sup> Une *substance psychoactive* peut être naturelle ou artificielle et agit sur le psychisme d'un individu en modifiant son fonctionnement mental. De ce fait, cette substance peut entraîner des changements dans les perceptions, l'humeur, la conscience, le comportement, diverses fonctions psychologiques de même qu'organiques de ceux qui la consomment. Par ailleurs, l'ensemble des substances psychoactives agit sur le système nerveux central, mais selon la substance privilégiée, les effets se verront plus ou moins prononcés ou directs (Maisto, Galizo et Connors, 1995). Dans le cadre du présent mémoire, toutes substances légales (alcool) et illégales seront considérées dans cette catégorie.

<sup>2</sup> Le *traitement* est relié à un ensemble des moyens mis en place dans le but de mener à la rémission ou à une amélioration dans la situation d'une personne qui éprouve des problèmes associés à la consommation de substances psychoactives (Nadeau et Biron, 1998). Il peut, par le fait même, être relié à la désintoxication, aux thérapies psychosociales et même à l'acquisition de certaines habiletés sociales afin d'aider un individu à se départir des conséquences de son usage abusif de substances psychoactives (Friedman et Rusche, 1999).

<sup>3</sup> La *persévérance en traitement* est le fait de poursuivre un traitement à un moment donné, alors que l'*abandon* réfère au fait de quitter le traitement à ce même moment (Simoneau, Bergeron, Cournoyer, Landry et Brochu, 1999)

problématique inquiétante auprès des individus qui abusent des substances psychoactives (Bergeron, Landry, Brochu et Cournoyer, 1997). En outre, ce phénomène d'abandon atteint des proportions encore plus considérables lorsque l'on tient compte de certaines populations toxicomanes, dont celles référées par le système de justice pénale. D'ailleurs, une étude de Beudet, Brochu, Bergeron et Landry (1995) met en évidence cette problématique, alors que 23% des individus judiciairisés ont abandonné le traitement dès l'étape de l'entrevue d'accueil et d'évaluation-orientation, comparativement à 14% des clients non judiciairisés. Ces pourcentages élevés d'abandon remettent donc en question l'efficacité des traitements de la toxicomanie, particulièrement auprès de cette clientèle judiciairisée (Beudet et al., 1995; Simoneau et al., 1999; Hiller, Knight, Leukefeld et Simpson, 2002; Marshall et Hser, 2002).

Face à ce bilan, la documentation scientifique associée à l'abandon prématuré des soins thérapeutiques met clairement en évidence l'importance d'identifier les facteurs y étant responsables, dans le but d'agir sur ce processus et, par le fait même, d'améliorer la rétention en traitement de cette clientèle (Bergeron et al., 1997). Ainsi, certains facteurs environnementaux (e.g. pressions judiciaires et sociales), reliés aux conditions de traitement (e.g. alliance thérapeutique, satisfaction face au traitement, engagement) de même qu'à l'individu (e.g. détresse psychologique, niveau de dépendance, motivation), ont été cités en raison de leur influence particulière sur la durée de la thérapie (Bergeron et al., 1997; Comfort, Sockloff, Loverro et Kaltenbach, 2003; Joe, Simpson et Broome, 1998; Simpson et al., 1997).

Ainsi, à la lumière de ces observations, il est à noter que le manque de motivation<sup>4</sup> des clients est souvent l'un des motifs d'abandon du traitement les plus souvent cités dans les études (Ryan, Plant et O'Malley, 1995). Or, bien qu'un certain nombre de recherches empiriques se soit intéressé à la motivation en tant que

---

<sup>4</sup> La *motivation* est un construit utilisé lors de la description des forces internes ou externes produisant l'initiation, la direction, l'intensité de même que la persistance d'un comportement (Vallerand et Thill, 1993 ; Friedman et Rusche, 1999). Cette motivation est un processus dynamique et non pas statique, faisant en sorte qu'elle fluctue à travers le temps, les relations interpersonnelles et les événements vécus par un individu (Reeve, 2005).

facteur important de la persévérance en traitement auprès d'une clientèle toxicomane judiciairisée, peu d'entre elles ont porté une attention simultanée quant à ces deux composantes; soit la motivation au changement et au traitement (en terme d'engagement<sup>5</sup>). Récemment, certains chercheurs (Cahill, Adinoff, Hosig, Muller et Pullinam, 2003; Landry, Brochu et Nadeau, 2001) ont noté que les résultats des recherches en rapport avec ces deux types de motivation manquent encore de précisions et ont alors souligné la nécessité de poursuivre les travaux sur ce thème.

En outre, il a été démontré que la présence de certains traits de personnalité<sup>6</sup>, notamment antisociaux (Ball, 2005; Kravitz, Fawcett, McGuire, Kravitz et Whitney, 1999; Moeller, Dougherty, Barratt, Schmitz, Swann et Grabowski, 2001) a un impact négatif sur la durée du traitement. Toutefois, les études sur les traits de personnalité ne font qu'en dresser un portrait descriptif (Bergeron et al., 1997) et peu d'entre elles se sont intéressées à l'élaboration de divers profils de personnalité en faisant usage d'une combinaison de traits. En outre, l'absence de liens établis avec la persévérance en traitement ne vient que confirmer la nécessité de poursuivre les recherches.

De ce fait, face à ce manque indéniable d'études empiriques quant à ces facteurs, il apparaît alors pertinent de s'interroger sur les relations entre le stade initial de la motivation au changement des clients, sur leur niveau d'engagement en traitement de même que sur leur profil d'adaptation psychologique afin de mieux comprendre leurs effets sur la persévérance dans une démarche thérapeutique. D'ailleurs, les connaissances des intervenants et des chercheurs en toxicomanie, concernant les caractéristiques menant une personne à être plus à risque d'abandon, permettent

---

<sup>5</sup> Dans le cadre de ce mémoire, le concept de *motivation en traitement* ne sera pas évalué à l'aide d'une seule variable générale, mais bien en fonction de l'une de ses composantes, soit l'engagement en traitement (les autres composantes étant l'entrée et la persévérance en traitement). De ce fait, ce n'est que lorsque les analyses unissant à la fois l'entrée, l'engagement et la persévérance en traitement seront réalisées, que nous serons en mesure de faire certaines inférences quant à la motivation en traitement des individus de l'échantillon.

<sup>6</sup> Un *trait* forme une composante de la personnalité individuelle et représente, par le fait même, une tendance générale ainsi qu'une caractéristique relativement permanente du comportement. Un trait de personnalité exprime donc une régularité dans le comportement d'un individu à travers le temps et les situations (Cattell, 1950). Par conséquent, un ensemble de traits forme la personnalité.

alors d'orienter ces derniers vers un soutien plus adapté à leur situation, ouvrant ainsi la voie à la notion d'appariement<sup>7</sup> des traitements.

De ce fait, la présente étude cherche à évaluer les liens unissant la personnalité associée à la délinquance, la motivation au changement, l'engagement et la persévérance en traitement de clients judiciairisés ayant fait une demande d'aide dans un centre public de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes au Québec.

Ainsi, dans le but de répondre adéquatement aux questionnements présents dans la communauté scientifique par rapport à l'impact de ces facteurs sur la persévérance en traitement, trois parties distinctes vont organiser ce mémoire. Tout d'abord, le premier chapitre fera état d'une revue de la littérature scientifique permettant de rendre compte des résultats des études les plus récentes quant à la consommation et l'abus de substances psychoactives parmi des personnes judiciairisées, de leur besoin de soins thérapeutiques de même que de leur faible taux de persévérance en traitement. Ensuite, une présentation des recherches sera exposée sur la motivation et les traits de personnalité associés à la délinquance de cette clientèle, en plus de faire référence aux cadres théoriques s'y rattachant. Finalement, les résultats des différentes études relevées, concernant l'impact de ces deux facteurs sur la persévérance en traitement de la toxicomanie de même que leurs limites, viendront clore cette section.

Par la suite, le second chapitre mettra en lumière les principaux objectifs ainsi que la démarche méthodologique de la présente recherche pour laquelle un échantillon de 157 hommes toxicomanes judiciairisés, provenant de l'un des cinq centres publics de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes de la province de Québec (Montréal, Outaouais, Trois-Rivières et Québec), a été rencontré.

Ensuite, le troisième chapitre misera sur l'analyse et l'interprétation des différents résultats obtenus. Bref, ces derniers pourront sans aucun doute permettre d'enrichir

---

<sup>7</sup> L'*appariement des traitements* ne fait pas référence à la recherche d'un traitement efficace pour tous les toxicomanes, mais bien à la sélection du type d'intervention le plus efficace pour une personne particulière en fonction de ses caractéristiques et de ses besoins (Landry et al., 2001a).

les connaissances sur l'impact, singulier ou combiné, de la personnalité associée à la délinquance, de la motivation au changement et de l'engagement sur la persévérance en traitement. Par le fait même, les conclusions apportées pourraient mener les intervenants à reconnaître plus rapidement les clients particulièrement disposés à l'abandon, dans le but de leur offrir un soutien de même que des interventions plus appropriés. Dans ce sens, une réflexion finale quant à l'aboutissement de la présente étude viendra d'ailleurs soulever le point de l'appariement des traitements auprès de cette clientèle judiciairisée, dans le but d'améliorer la rétention en traitement dans les années à venir. Toutefois, il est déjà possible de noter qu'une telle amélioration ne pourra se faire sentir qu'en incitant les chercheurs de la communauté scientifique à poursuivre les recherches sur ce thème.

**Chapitre 1**  
**Revue de la littérature scientifique**

Au fil des années, la littérature scientifique abordant les divers problèmes associés à la toxicomanie des personnes judiciairisées s'est de plus en plus développée. Récemment, le phénomène de l'abandon prématuré des soins thérapeutiques auprès de cette clientèle a mené un tout nouveau vent de recherches, notamment québécoises, afin de concentrer davantage les efforts sur la compréhension des facteurs associés à la persévérance en traitement de ces individus dans les centres de réadaptation en alcoolisme et toxicomanies.

À la lumière de ces recherches, le présent chapitre fera donc un survol des principaux constats notés dans la documentation scientifique récente, en ce qui concerne la toxicomanie de cette clientèle judiciairisée. Une première section tentera tout d'abord de faire état de la prévalence de la consommation de substances psychoactives auprès de ces individus. Ensuite, la seconde section présentera les traitements qui leur sont offerts de même que leurs effets, et ce, plus particulièrement dans les centres publics de réadaptation. Une troisième section exposera le problème de la persévérance en traitement auprès de cette clientèle, pour ensuite porter une attention particulière sur certains déterminants pouvant avoir un impact sur la durée de la thérapie, soit la motivation et les traits de personnalité associés à la délinquance. Finalement, une présentation des limites des études empiriques par rapport à ces derniers facteurs, expliquant alors la nécessité d'élaborer une nouvelle étude sur ces thèmes, viendra clore cette première partie.

### **1.1 La consommation de substances psychoactives chez les personnes judiciairisées : une forte prévalence**

De nombreuses études ont démontré que la consommation de substances psychoactives est beaucoup plus prévalente chez les personnes judiciairisées que dans la population générale (Brochu, 1997, 1995; Brochu, Biron et Desjardins, 1996; Brochu, Cournoyer, Motiuk et Pernanen, 1999; Brochu et Cousineau, 2003; Brochu, Cousineau, Gillet, Cournoyer, Pernanen et Motiuk, 2001; Brochu, Guyon et Desjardins, 1999; Brochu et Schneeberger, 2001a, 1999; Chayer et Brochu, 1997; Flowers, 1999; Inciardi, Lockwood et Quinlan, 1993; Kerber et Harris, 2001; Pelissier et Gaes, 2001; Plourde, 2001 ; Plourde et Brochu, 2002; Robitaille, Guay

et Savard, 2002). De plus, il s'avère que cette consommation, souvent problématique, est présente peu importe le statut judiciaire de l'individu (ex : arrestation, probation, incarcération). Un examen minutieux de la documentation scientifique a permis de relever un certain nombre d'études québécoises sur ce thème. Toutefois, lorsque aucune recherche n'était disponible, la référence vers des études américaines a permis de décrire la consommation des personnes judiciairisées selon leur cheminement pénal.

Un programme américain (Arrestee Drug Abuse Monitoring), dont le mandat consiste à enquêter sur la consommation de drogues illicites chez les personnes arrêtées, rapporte, en 2001, qu'entre 49% et 83,5% (selon 33 villes américaines) des individus interviewés présentaient des traces de drogues dans leur urine au moment de leur arrestation (National Institute of Justice, 2002). Plus spécifiquement, il est possible de noter que le taux de consommation de cocaïne chez ces individus en état d'arrestation dépasse de 17 à 25 fois celui enregistré auprès de la population américaine en général (DeWitt, 1992). Aucune étude de ce genre n'a été réalisée au Canada. Cependant, PERNANEN, Cousineau, Brochu et Sun (2002) ont recueilli la perception des agents chargés des arrestations dans 14 villes canadiennes. Leurs résultats indiquent que, selon la perception des policiers, 51% des personnes arrêtées étaient sous l'effet d'une substance psychoactive quelconque (alcool et/ou drogues). Il s'avère donc que la problématique de consommation de substances psychoactives est également bien présente chez les personnes arrêtées au Canada<sup>8</sup>.

Ensuite, parmi les individus en probation<sup>9</sup>, une étude américaine de Wish, Cuadrado et Martorana (1986) a indiqué que près de 68% d'entre eux présentaient

---

<sup>8</sup> Or, il pourrait être soupçonné que le taux de consommation de substances psychoactives enregistré chez les personnes arrêtées au Canada soit légèrement inférieur à la réalité, notamment en raison du fait que l'évaluation de la consommation soit basée sur la perception des agents. La méthode biologique utilisée aux États-Unis, bien que plus intrusive, pourrait donc apporter des résultats se rapprochant davantage de la réalité puisqu'elle est en mesure de déterminer, pour la majorité des substances psychoactives, la présence d'une consommation dans un passé de 2 ou 3 jours (Prendergast, Podus, Chang et Urada, 2002).

<sup>9</sup> La *probation* est une alternative à l'incarcération, offrant la possibilité à un délinquant de purger sa peine dans la communauté, sous certaines conditions ordonnées par Cour (Ministère de la Sécurité publique du Québec, 2002).

des traces de drogues dans leur urine, confirmant encore une fois une forte prévalence de consommation auprès des groupes judiciairisés. Toutefois, aucune étude québécoise n'a été répertoriée spécifiquement auprès de personnes en probation, ne nous permettant pas, pour le moment, d'effectuer une comparaison avec les études américaines. Or, il est possible de croire en une problématique de consommation similaire parmi les groupes de québécois se trouvant dans la même situation judiciaire.

Des taux de consommation de substances psychoactives élevés sont également remarqués parmi des personnes incarcérées. Plusieurs études québécoises et canadiennes sont ici disponibles, faisant en sorte qu'il ne s'avère plus nécessaire de se référer aux études américaines afin d'obtenir des approximations des états de prévalence. Ainsi, une étude de Permanen et al. (2002), auprès de 94 hommes détenus au Centre de détention de Montréal et 221 hommes détenus au Centre régional de réception de Ste-Anne des Plaines, a démontré, au cours des six mois précédant l'arrestation, une prédominance pour la consommation simultanée d'alcool et de drogues (prison<sup>10</sup> : 57,4% ; pénitencier<sup>11</sup> : 47%), comparativement à l'usage d'alcool seul (prison : 31,9% ; pénitencier : 31%) ou de drogues seules (prison : 4,3% ; pénitencier : 8%). Ensuite, en prenant en considération l'usage de substances psychoactives le jour du délit le plus grave, 59% des détenus provinciaux de même que 42% des détenus fédéraux mentionnent avoir fait usage de l'alcool et/ou de drogues lors de cette journée. Les substances les plus couramment consommées sont alors l'alcool seul, le cannabis et la cocaïne. Des résultats similaires ont d'ailleurs été observés auprès d'autres détenus en pénitenciers (Plourde et Brochu, 2002).

De plus, ce qui est inquiétant, c'est que 36% des détenus fédéraux et 47,9% des détenus provinciaux au Québec présentent une dépendance aux substances psychoactives (Permanen et al., 2002), et que le simple fait de franchir les portes de

---

<sup>10</sup> Les prisons sont des établissements provinciaux où les détenus s'y retrouvant purgent une sentence de *moins de deux ans* (Ministère de la Sécurité publique du Québec, 2005).

<sup>11</sup> Les pénitenciers sont des établissements fédéraux où les détenus s'y retrouvant purgent une sentence de *deux ans ou plus* (Ministère de la Sécurité publique du Québec, 2005).

la prison ou du pénitencier n'est pas suffisant pour freiner totalement le comportement de consommation. En effet, selon Plourde et Brochu (2002), parmi les détenus (33%) ayant avoué une consommation d'alcool ou de drogues à l'intérieur du milieu carcéral fédéral, 96% d'entre eux faisaient un usage régulier d'au moins une substance psychoactive avant leur incarcération.

Ainsi, lorsque l'on compare l'ensemble des chiffres présentés précédemment avec ceux que l'on retrouve dans la population générale auprès de groupes d'âge similaires (25-44 ans)<sup>12</sup>, on dénote généralement des niveaux de prévalence supérieurs pour la consommation d'alcool et/ou de drogues chez les personnes judiciarisées. En effet, selon l'Enquête santé Québec 1998, 89,4% des individus de la population générale, âgés entre 25 à 44 ans, rapportent avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois alors que 22,4% disent avoir consommé une drogue illicite au cours de la même période. Tel que remarqué auprès des personnes judiciarisées, le cannabis constitue encore une fois la drogue de choix auprès de la population générale (Institut de la statistique du Québec, 1998).

Bref, les personnes judiciarisées consomment davantage de substances psychoactives que la population générale, et ce, peu importe leur statut judiciaire, expliquant alors la nécessité de mettre en place des programmes de traitement efficaces.

### **1.2 Les programmes de traitement offerts aux personnes toxicomanes judiciarisées**

En raison de la forte prévalence de la consommation de substances psychoactives parmi les personnes judiciarisées et de la crainte que la dépendance aux drogues mène à la récidive, les autorités judiciaires se sont donc intéressées à l'offre de traitements pour les toxicomanes sous leur juridiction (Brochu et Schneeberger, 2001b; Polcin et Weisner, 1999). On a alors vu apparaître un certain nombre de programmes pour toxicomanes dans les centres de détention (ex : communautés

---

<sup>12</sup> Il s'avère que dans la population carcérale, les individus âgés entre 25-44 ans sont les plus représentés. De ce fait, selon les enquêtes générales, l'usage de substances psychoactives et la délinquance seraient moins présents chez les détenus de 40 ans et plus, comparativement aux groupes d'âges plus jeunes (Service Correctionnel du Canada, 2002).

thérapeutiques, groupes d'entraide). Toutefois, de nombreux chercheurs estiment que la réadaptation des toxicomanes devrait être réalisée à l'abri du reste de la population carcérale, loin de la drogue, de la violence, de l'intimidation ou autres aspects reliés au milieu carcéral et qui pourraient menacer leur réadaptation (Brochu, 1995; Brochu et Schneeberger, 1999).

Dans ce sens, le renvoi sous contraintes judiciaires vers les centres offrant des traitements dans la communauté environnante constitue le choix actuel du Québec pour aider les toxicomanes non violents à se départir de leurs habitudes de consommation et également afin de prévenir la récidive criminelle (Beaudet, et al., 1995; Brochu, 1995; Brochu et Drapeau, 1996; Brochu et Schneeberger, 2001b; Brochu et Schneeberger, 1999).

### **1.2.1 La criminalité chez les toxicomanes en traitement dans les centres de réadaptation**

Au Québec, plusieurs contrevenants toxicomanes sont référés vers des services de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes afin de les aider à mieux gérer leur consommation (Beaudet et al., 1995; Brochu et Drapeau, 1996; Brochu et Schneeberger, 2001b, 1999; Schneeberger et Brochu, 1995). Ainsi, dans une étude réalisée par Schneeberger et Brochu (1995), les résultats démontrent que près de 70% de la clientèle s'adressant aux centres publics de réadaptation pour l'alcoolisme et les toxicomanies a déjà été arrêtée ou inculpée, au cours de leur vie, pour un délit du code criminel. De plus, près de 20% des clients sont en instance d'inculpation, de procès ou de sentence au moment de la demande d'aide, et entre 14% et 19% sont sous mandat judiciaire lors de cette même demande. Finalement, les individus qui ont déjà été condamnés et se trouvant au moment de l'admission en instance d'inculpation, de procès ou de sentence représentent entre 10% et 13% de la population de ces centres.

Face à ces constatations, les centres de réadaptation tendent alors à offrir des services spécifiques qui sont destinés aux besoins des diverses clientèles, et ce, dans le but d'encourager la persévérance en traitement et, par le fait même, son efficacité (Landry, Cournoyer, Bergeron et Brochu, 2001).

### **1.2.2 Impact des programmes de traitement offerts aux personnes toxicomanes judiciairisées dans les centres de réadaptation**

Il a été soulevé, dans la littérature scientifique, que le traitement en alcoolisme et toxicomanies est efficace puisqu'il produit des changements significatifs et mesurables en ce qui concerne la consommation de substances psychoactives et autres comportements associés, comparativement à l'absence de traitement ou encore à la situation d'un individu avant son entrée dans le processus thérapeutique (Brewer, Catalano, Haggerty, Gainey et Fleming, 1998; Gossop, Marsden, Stewart et Kidd, 2003; Griffith, Rowan-Szal, Roark et Simpson, 2000; Prendergast et al., 2002; Stanton et Shadish, 1997). Ce dernier point rend compte de l'atteinte de l'un des principaux objectifs des centres de réadaptation, soit de conduire à une réduction de la consommation chez les usagers (Landry, 2001). En outre, le traitement en alcoolisme et toxicomanies apparaît comme l'une des interventions les plus rentables en ce qui concerne le nombre d'années de vie sauvées de même que par les nombreux bénéfices économiques engendrés (Tengs, Adams, Pliskin, Safran, Siegel, Weinstein et Graham, 1995).

En regard de ce bilan, il semble toutefois qu'un ensemble de facteurs dont ceux liés à l'environnement, à la thérapie de même qu'à l'individu, pendant et suite au traitement, pourrait influencer positivement le succès thérapeutique (Bergeron et al., 1997; Simpson et al., 1997). Ainsi, la durée de la thérapie, la motivation des usagers, les stratégies d'appariement des traitements, le soutien social ainsi que la qualité de la relation thérapeutique sont à prendre en considération dans l'évaluation de l'efficacité d'un traitement (Bergeron et al., 1997 ; Landry, 2001).

Malgré l'effet de ces facteurs, il apparaît que de façon générale, la présence d'un individu dans le cadre d'une démarche thérapeutique conduit à une diminution de la sévérité des problèmes de consommation après le traitement et plus particulièrement auprès de ceux qui y demeurent pour une plus longue période de temps (Ball et Ross, 1991; Beaudet et al., 1995; Brochu et al., 1997; De Weert-Van Oene et al., 2001; McBride et Inciardi, 1993; McCusker, Bigelow, Vickers-Lahti, Spotts, Garfield et Frost, 1997; Prendergast et al., 2002; Simpson, Joe, Fletcher, Hubbard et Anglin, 1999; Simpson et al., 1997). Plus spécifiquement auprès des

contrevenants, outre une diminution de la consommation de substances psychoactives, une amélioration significative de leur situation psychologique, légale et interpersonnelle est également observée. Ainsi, auprès de cette clientèle, l'exposition au traitement semble avoir un impact important sur la réduction des risques de récidive criminelle (Beaudet et al., 1995; Landry, 2001 ; Prendergast et al., 2002; Merrill, Alterman, Cacciola et Rutherford, 1999). De ce fait, selon Merrill et al. (1999), chaque période de traitement complétée réduirait les risques de récidive de 25%. En outre, il est à mentionner qu'à persistance égale, les traitements sont aussi efficaces chez les personnes judiciairisées que pour celles qui ne le sont pas (Brochu et Scheneberger, 1999).

Bref, afin de réduire les problèmes associés à la consommation de substances psychoactives, la présence d'un toxicomane dans une démarche thérapeutique constitue une option avantageuse (Gregoire et Burke, 2004; Prendergast et al., 2002). Cet aspect prouve donc que la référence des personnes judiciairisées vers les services de traitement est adéquate et nécessaire. Or, la persévérance en traitement, étant l'un des facteurs les plus importants quant à son efficacité, semble être plutôt déficiente auprès de cette clientèle spécifique.

### **1.3 Le problème de la persévérance en traitement chez les individus toxicomanes judiciairisés**

Afin de démontrer des résultats positifs au traitement, il s'avère que les usagers doivent y demeurer suffisamment longtemps (Beaudet et al., 1995; Brochu et al., 1997; Brochu et Scheneberger, 2001c, McBride et Inciardi, 1993; McCusker et al., 1997; Stark, 1992), laissant alors croire que le succès de l'intervention est en partie relié à la persévérance des clients dans un programme thérapeutique (Bergeron et al., 1997; Brochu et Drapeau, 1996; Fiorentine et Anglin, 1996; Landry, 2001).

Toutefois, on dénote une problématique particulière face à la persévérance en traitement des contrevenants. Ainsi, 23% des personnes judiciairisées de l'étude de Beaudet et al. (1995) ont abandonné le traitement dès l'étape de l'entrevue

d'accueil<sup>13</sup> et d'évaluation-orientation, comparativement à 14% de celles non judiciairisées. De plus, suite à une étude auprès de 146 individus participant au programme *Toxico-Justice*<sup>14</sup> du Centre Dollard-Cormier, Lefebvre (2000) a démontré que 60% d'entre eux ont abandonné le traitement avant leur 4<sup>ème</sup> mois de thérapie. Par ailleurs, la moitié de l'échantillon n'a reçu que 7 heures de soins thérapeutiques. De ce fait, selon Beudet et al. (1995), les personnes qui abandonnent le traitement plus tôt dans les centres publics de réadaptation ont moins de possibilités d'en tirer profit, et ce, peu importe leur statut judiciaire. Par ailleurs, il est à noter que dans la majorité des cas, la décision d'abandonner le traitement vient du client, sans l'accord du thérapeute. De ce fait, parmi l'ensemble des raisons évoquées par les clients quant à l'abandon de leur traitement, il est possible de relater des motifs hors du contrôle du client (ex : emprisonnement), la perception que le problème de consommation est réglé, une insatisfaction face à la démarche thérapeutique ainsi qu'un manque de motivation (Bergeron et al, 1997; Brochu, Cournoyer, Bergeron, Brunelle, Landry et Tremblay, 2004).

Aux États-Unis, plusieurs études ont démontré l'impact positif des pressions judiciaires sur la persévérance en traitement (Beck, Wright, Newman et Liese, 1993; Inciardi et al., 1993; Young, 2002). Dans ce sens, tant et aussi longtemps que ces pressions judiciaires demeurent, le client semble vouloir poursuivre son traitement, alors que lorsqu'elles disparaissent, l'abandon survient (Beck et al., 1993). Contrairement à celui des États-Unis, le système pénal Québécois n'a pas adopté aussi radicalement un système mettant en place des pressions judiciaires explicites (ex : *drug court*<sup>15</sup>) afin de maintenir les contrevenants toxicomanes en

<sup>13</sup> À ce stade, il est alors possible de parler d'*abandon spontané* de la demande d'aide ou encore d'un *refus de traitement*, étant donné que le client ne se présente pas à son premier rendez-vous suite à son entrevue d'accueil. Bien qu'une entente ait été établie entre le thérapeute et le client quant à l'utilité d'un suivi thérapeutique, le client ne se présente pas à son rendez-vous suite à l'évaluation initiale, notant qu'il n'a plus besoin d'aide pour ses problèmes (Cournoyer, 1994).

<sup>14</sup> Le *Programme Toxico-Justice* (Centre Dollard-Cormier) s'adresse uniquement à une clientèle à la fois toxicomane et judiciairisée, sous contraintes judiciaires ou non (Domrémy-Montréal, 1997).

<sup>15</sup> Les « *drug courts* » (ou tribunaux de la drogue) ne sont pas des programmes de traitement en soi, mais jouent maintenant un rôle important dans la référence des contrevenants toxicomanes non violents vers les centres de réadaptation. L'objectif principal de ces tribunaux spécialisés est alors de permettre au système de justice et aux agences de traitement de travailler en collaboration afin d'exercer un pouvoir coercitif sur les contrevenants, de façon à favoriser leur abstinence à la drogue et leur persévérance en traitement (Wenzel, Longshore, Turner et Ridgely, 2001). Cependant, ces tribunaux présents aux États-Unis sont encore absents au Québec (Brochu et Schneeberger, 2001a).

traitement. La tendance actuelle des programmes dans les centres de réadaptation au Québec<sup>16</sup> est davantage de tenter d'influencer la motivation de la clientèle, au lieu de forcer directement la persévérance en utilisant les conséquences pénales (Brochu et Schneeberger, 1999). Toutefois, une étude de Schneeberger et Brochu (1999), auprès de 20 intervenants dans des centres de réadaptation publics et privés québécois, démontre que le traitement des toxicomanes référés par le système de justice ne s'effectue certes pas sans difficulté, malgré l'accent mis sur la motivation à l'intérieur de ces centres. Dans ce sens, le fait que le contrevenant toxicomane soit envoyé sous contraintes judiciaires dans un centre de traitement en toxicomanie fait alors en sorte que d'un côté le système pénal exige au client d'adhérer au traitement et, du même coup, impose à l'intervenant un client qui est plus ou moins motivé et volontaire à participer au processus de réadaptation. Ces aspects font donc en sorte d'ajouter des difficultés supplémentaires dans l'établissement d'une alliance thérapeutique.

En résumé, la persévérance constitue un aspect fort important dans le but de déterminer l'efficacité d'un traitement. Il s'avère donc essentiel de trouver des moyens afin de favoriser cette persévérance et de tenir compte de l'influence de certains déterminants fondamentaux dont la motivation ainsi que divers traits de personnalité associés à la délinquance, tous deux pouvant expliquer la façon qu'un usager se comportera en traitement.

#### **1.4 La motivation : la clé de la réussite d'un traitement**

La motivation est, sans contredit, la première étape à franchir pour prendre la décision de changer un comportement de même que pour faire une demande d'aide dans le cadre d'une démarche thérapeutique (Cahill et al., 2003; DiClemente, 1999; DiClemente, Bellino et Neavins, 1999; Donovan et Rosengren, 1999). Ainsi, dans

---

<sup>16</sup> L'approche généralement mise de l'avant dans les centres publics de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes au Québec est qualifiée de biopsychosociale; il s'agit d'une approche multimodale. Ainsi, les services proposés dans ces centres sont diversifiés et permettent d'aborder les multiples facettes de la dépendance aux substances psychoactives de même que l'ensemble des problèmes qui peuvent l'accompagner. Les services offerts se tournent autant vers la désintoxication, les traitements ambulatoires et résidentiels, l'éducation, la psychothérapie que la réinsertion sociale (Landry, 2001). D'autres approches thérapeutiques sont également présentes comme celles de la facilitation des douze étapes et la prévention de la rechute. De plus, des services spécialisés sont offerts aux personnes présentant des problèmes judiciaires.

son sens général, la motivation est un construit qui décrit les forces internes et externes engendrant l'initiation, la direction, l'intensité de même que la persistance d'un comportement particulier (Vallerand et Thill, 1993). De ce fait, elle devient alors un facteur important à prendre en considération lors de la réadaptation des personnes alcooliques et toxicomanes (Simpson et Joe, 1993) en raison des changements importants auxquels les usagers doivent faire face. Dans ce sens, la motivation :

*« c'est d'abord une variable importante pour inciter les clients à faire une demande d'aide, pour s'engager dans le traitement offert, et pour persévérer dans ce traitement jusqu'à l'obtention de changements significatifs dans sa consommation et/ou dans les sphères de sa vie affectées par les problèmes associés à une consommation abusive d'alcool ou de drogue. Ainsi, l'efficacité du traitement dépend-elle non seulement de la valeur des programmes offerts, de l'environnement thérapeutique et de la relation client-thérapeute, mais aussi de la motivation initiale du client à procéder à des changements puis de sa motivation à poursuivre les efforts nécessaires pour atteindre les résultats désirés » (Brochu, Bergeron, Landry et Germain, 1999, p. 90).*

Ainsi, la motivation influence le client à rechercher, à compléter et à se soumettre au traitement aussi bien qu'aux changements à long terme pour combattre son problème de toxicomanie (De Leon, Melnick et Tims, 2001; DiClemente et al., 1999; Joe, Simpson et Broome, 1999; Simpson et Joe, 1993). Cet aspect laisse donc sous entendre que la motivation se divise en deux composantes apparentées mais indépendantes, soit la motivation au changement et la motivation au traitement. D'un côté, la *motivation au changement* est associée aux forces qui poussent un individu à vouloir fournir les efforts nécessaires afin de modifier ses habitudes de consommation de substances psychoactives (DiClemente, 1999). D'ailleurs, il est à noter qu'elle peut être différente selon les substances consommées et le mode de consommation choisi par les usagers. Par exemple, une personne dépendante à la cocaïne peut être prête à cesser la consommation de cette substance, mais pas nécessairement celle de l'alcool (DiClemente, 1999). La motivation au changement pourrait être un facteur de prédiction quant au maintien du changement à long terme, et le traitement en tant que tel pourrait jouer un certain rôle dans ce processus (DiClemente, 1999; DiClemente et al., 1999). D'un autre côté, la

*motivation au traitement* pourrait, quant à elle, être définie comme étant l'ensemble des forces qui vont déterminer l'entrée, l'engagement de même que la persévérance d'un individu dans le cadre d'une démarche thérapeutique (Simoneau, Bergeron, Brochu et Landry, 2004). Plus particulièrement, l'engagement d'un individu fait état de son degré de participation dans le traitement, autant en ce qui concerne son respect en regard du contenu thérapeutique, de son implication cognitive que de sa satisfaction envers la thérapie (Joe et al., 1999; Simpson et al., 1997). Par ailleurs, il a été démontré que les clients qui ne sont pas engagés tendent à abandonner leur traitement plus rapidement (Joe et al., 1999; Simpson et al., 1997) et, par le fait même, tendent à avoir moins de changements importants quant à leur comportement problématique (Joe, Simpson, Dansereau et Rowan-Szal, 2001). Inversement, il apparaît que les personnes engagées dans un traitement affichent une meilleure relation avec leur thérapeute puisque les deux entités partagent l'intention sincère d'en arriver à la modification d'un comportement particulier (Joe et al., 1999).

Tel que mentionné précédemment, ces deux formes de motivation sont toutefois indépendantes l'une de l'autre, pouvant ainsi mener à la création de diverses combinaisons en regard de la motivation générale des usagers. Tout d'abord, un individu peut être motivé à modifier son comportement sans pour autant avoir l'intention de participer à un traitement particulier. Inversement, d'autres personnes peuvent être très motivées à suivre et à persévérer en traitement, en raison de leur souffrance, des attentes face aux résultats, de la perception de la pertinence du traitement, des coûts du traitement ainsi que pour des pressions externes, par exemple judiciaires (Donovan et Rosengren, 1999; Drieschner, Lammers et Van der Staak, 2004), sans démontrer une réelle intention de changer personnellement leur comportement (DiClemente et al. 1999, Donovan et Rosengren, 1999; Drieschner et al., 2004). Ensuite, il est également possible que des personnes soient à la fois motivées au changement et au traitement. Celles-ci ont, par ailleurs, davantage de chances de présenter des améliorations significatives à long terme, relativement à leur changement de comportement (DiClemente, 1999). Finalement, d'autres individus vont exprimer une absence totale de motivation à la fois au changement et au traitement (DiClemente, 1999), pouvant porter à croire en la

possibilité d'un plus faible niveau de réussite quant à la modification du comportement problématique (Donovan et Rosengren, 1999).

D'ailleurs, il est important de mentionner que le manque de motivation est l'un des motifs d'abandon du traitement les plus souvent cités dans la littérature scientifique (Ryan et al., 1995). En raison du fait que la motivation est souvent considérée comme étant un construit statique (Miller, 1985; Murphy et Bentall, 1992), elle devient fréquemment le principal élément à blâmer en cas d'échec du traitement. Toutefois, il devient de plus en plus évident que la motivation est un processus dynamique qui varie avec le temps (Reeve, 2005), les situations de la vie courante de même qu'avec les différentes relations interpersonnelles vécues par un individu (Williams, Grow, Freedman, Ryan et Deci, 1996). Par conséquent, divers facteurs intrinsèques (auto-contrôle) et extrinsèques (pressions sociales et judiciaires) peuvent venir influencer cette motivation tout comme le comportement à modifier (DiClemente, 1999; Donovan et Rosengren, 1999; Ryan et al., 1995). Ainsi, il a été remarqué que les personnes qui étaient les plus motivées intrinsèquement avaient plus conscience de leur comportement problématique et s'engageaient davantage dans une démarche de traitement, favorisant alors des changements de comportement à plus long terme. Inversement, il a été démontré que les individus motivés de façon extrinsèque ne présentaient que des changements à court terme (DiClemente, 1999; Ryan et al., 1995). D'ailleurs, il semble que la gravité des problèmes d'alcool (et probablement de drogues) chez un usager soit associée à une plus grande motivation interne. Cet aspect peut s'expliquer par le fait que l'ampleur des problèmes de consommation augmente la détresse psychologique et par le fait même, favorise une prise de conscience d'un besoin de changement de comportement (Ryan et al., 1995). Finalement, il est à noter qu'une personne qui affiche, à la fois, une motivation intrinsèque et extrinsèque, va démontrer un changement de comportement plus important et va persévérer davantage en traitement.

#### 1.4.1. La théorie de la motivation au changement

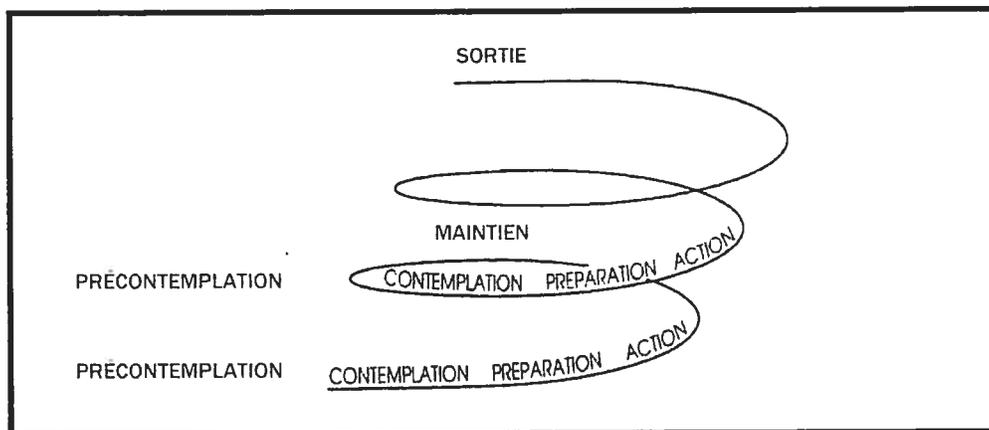
Le modèle théorique proposé par Prochaska et DiClemente (1982) est probablement l'un des plus populaires auprès des chercheurs et des cliniciens en toxicomanies (Simoneau et Bergeron, 2003). Ce modèle dynamique suggère que les usagers éprouvant une dépendance à une substance passent à travers une série de cinq étapes pour qu'un changement puisse s'installer. Chaque stade est caractérisé par une augmentation de la motivation face au mécanisme de changements de comportement (Drieschner et al, 2004). D'ailleurs, ces stades marquent un processus qui survient avant, pendant et après le traitement ainsi qu'à l'intérieur et à l'extérieur du contexte thérapeutique (Battjes, Onken et Delany, 1999). Ainsi, il est recommandé d'avoir un ensemble d'interventions adaptées afin de faciliter le processus vers des stades subséquents<sup>17</sup>.

Tout d'abord, au stade de précontemplation, la personne ne reconnaît pas l'existence d'une problématique de consommation, malgré le fait que son entourage la constate. La personne est généralement en traitement suite aux pressions du milieu judiciaire ou social, faisant en sorte qu'à ce stade, elle démontre une certaine résistance au changement. Le second stade est celui de la contemplation. La personne, à cette étape, est caractérisée par un état d'ambivalence puisqu'elle oscille entre la verbalisation de ses inquiétudes (reconnaissant une certaine problématique dans sa consommation) et les raisons pour ne pas changer. Le troisième stade est celui de la préparation, alors que l'utilisateur prend la décision de modifier son comportement problématique. Par la suite, le stade de l'action constitue un premier pas vers un changement de comportement chez l'individu. C'est généralement à ce stade que la personne est plus particulièrement engagée dans le processus thérapeutique (Joe et al., 1999). Finalement, le dernier stade, celui du maintien, fait état de la capacité de l'individu de résister durant plusieurs mois aux diverses tentations de retour au comportement problématique, tout en consolidant les gains obtenus au stade de l'action. Ainsi, la

---

<sup>17</sup> Il est à noter que les *interventions motivationnelles* sont pratiquées dans de nombreux centres de traitement afin d'aider les toxicomanes à reconnaître leur problème de consommation actuel ou potentiel et d'y remédier. L'objectif de ces interventions est alors d'éliminer l'ambivalence des clients et de les guider vers la voie du changement, favorisant du même coup leur persévérance en traitement (Miller et Rollnick, 2002).

spirale de la figure 1 illustre les étapes qu'un individu doit franchir dans le processus de changement.



**Figure 1 : Spirale du processus de changement de comportement**

(Source : Traduction de Prochaska et Norcross, 1994)

Chaque stade fait partie du parcours séquentiel dans le processus de changement (DiClemente, 1999). Ainsi, un usager de substances psychoactives ne passe généralement pas au travers des cinq étapes en une seule transition. Le modèle doit donc être vu comme étant circulaire plutôt que linéaire, puisque le mouvement à travers les stades est marqué par des régressions, des rechutes<sup>18</sup> ou pour permettre une intégration du processus de changement, sans nécessairement devoir reprendre le cycle dès le départ (DiClemente, 1999; Joseph, Breslin et Skinner, 1999; Prochaska et Norcross, 1994). Selon Prochaska, Norcross et DiClemente (1994), la rechute est une étape normale et offre alors la possibilité à un individu de reprendre certaines étapes de la roue de changement à plusieurs reprises avant de s'en sortir définitivement.

<sup>18</sup> La *rechute* (ou la *chute pour certains usagers*) peut être définie comme étant un retour dans une situation antérieure, comme par exemple le retour à l'usage d'une substance psychoactive après avoir cessé ou, du moins, diminué significativement la consommation. Or, la rechute est une situation commune dans le traitement de plusieurs désordres chroniques et nécessite alors des ajustements importants du comportement afin qu'il soit traité efficacement (Friedman et Rusche, 1999; Joseph et al., 1999).

Toutefois, malgré le fait que de nombreuses études empiriques supportent ce modèle (Bergeron et al., 1997; DiClemente et Hughes, 1990), ce dernier ne semble pas être en mesure d'expliquer pourquoi plusieurs personnes réussissent à changer leur comportement alors que d'autres pas (Davidson, 1992; Kerlinger, 1986; Prochaska et DiClemente, 1986). En outre, ce modèle ne semble pas tenir compte de l'histoire personnelle de chaque personne et des facteurs démographiques pouvant alors avoir un impact important sur les résultats d'un programme général visant un changement de comportement (Joseph et al., 1999). Les critiques font finalement état de la nécessité de poursuivre les recherches sur l'évaluation de ce modèle qui demeurent tout de même innovateur quant à la motivation au changement des usagers (Joseph et al., 1999).

#### **1.4.2 Un manque de motivation chez les personnes toxicomanes judiciairisées**

Ainsi, DiClemente et al. (1999) indiquent que la motivation pour participer à un traitement est souvent liée à des pressions externes et résulte alors en la présence, dans les centres de réadaptation, de personnes non motivées, peu disposées ou encore ambivalentes face à la modification d'un comportement. En effet, un processus de changement imposé, comme c'est généralement le cas auprès des usagers judiciairisés, est alors différent d'une démarche intentionnelle et volontaire, et ce, plus particulièrement si ce processus n'affecte en rien la motivation interne des clients (DiClemente, 1999).

Dans ce sens, il s'avère que, comparativement aux individus ayant fait une demande de façon volontaire, les personnes référées par le système de justice pénale ont la réputation d'avoir une faible motivation interne (Schneeberger et Brochu, 1999). Cette clientèle étant plus ou moins volontaire au traitement ne semble pas toujours reconnaître l'importance des problèmes reliés à leur consommation, ne désire pas être aidée et ne semble pas prête à s'investir dans une démarche de traitement (Marshall et Hser, 2002). Or, cette reconnaissance des problèmes constitue un indice de motivation et est alors reliée au succès thérapeutique (Broome, Knight, Knight, Hiller et Simpson, 1997). Ainsi, ceux qui assument l'état de leur problématique de consommation et qui croient très important de recevoir un traitement pour leur problème sont les plus motivés

(Brochu et al., 1999c) et, du même coup, persévèrent davantage en traitement (Joe et al., 1998). Donc, cette dernière constatation rend bien compte de la nécessité d'un travail sur la motivation à persévérer en traitement auprès de cette clientèle judiciarisée (Landry et al., 2001b).

Pour conclure, la motivation constitue un élément crucial dans une démarche de changement de comportement de consommation de substances psychoactives. Aussi, une motivation initiale exclusivement extrinsèque n'est pas nécessairement le gage d'un échec, puisqu'elle peut évoluer vers une motivation intrinsèque si on lui fournit le temps nécessaire de même qu'un contexte propice à l'internalisation<sup>19</sup>. Il est donc maintenant essentiel de vérifier si d'autres facteurs, tels que les traits de la personnalité et plus particulièrement ceux associés à la délinquance, peuvent avoir un impact sur la persévérance en traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies.

### **1.5 Les traits de la personnalité : normaux ou pathologiques?**

Au fil des années, de nombreux chercheurs et psychologues ont tenté de mieux saisir l'univers de la personnalité et des comportements individuels (Pervin, 1975). En ce sens, diverses théories psychanalytiques, biologiques, humanistes, sociocognitives ou autres ont été développées afin de mieux comprendre ce concept (Fadiman et Frager, 1994; Nadeau, Acier et Miranda, 2005). Chacune de ces théories a tenté de définir la personnalité, mais aucune de ces définitions n'est encore acceptée universellement (Mischel, 1976), d'où la nécessité de prendre conscience de la complexité de ce concept (Pervin, 1975).

Toutefois, en son sens général, la personnalité représente les caractéristiques de la personne qui renvoient à sa manière habituelle de se sentir, de penser et de se comporter. Ainsi, la personnalité est unique, organisée, durable, stable et se reflète dans la pensée, les émotions ainsi que les comportements observables d'un individu (Allport, 1937; Carver et Scheier, 2000; Caspi, 2000; Filloux, 1970;

---

<sup>19</sup> L'*internalisation* est un processus psychologique qui permet à l'individu d'intégrer les contingences externes dans le but de se tourner vers une motivation davantage intrinsèque (Ryan, 1995).

Hampson, 1988; Nadeau et al., 2005; Pervin, 1975). Elle invoque des caractéristiques psychologiques communes à tous les êtres humains de même qu'aux différences individuelles (Carver et Scheier, 2000; Nadeau et al., 2005; Pervin, 1975). Bref, la personnalité représente une unité organisée, de laquelle il est possible de comprendre l'individu dans son ensemble (Pervin, 1975).

La personnalité peut donc être définie en terme de caractéristiques individuelles, soit les traits, qui sont directement observables dans le comportement (Filloux, 1970; Pervin, 1975). En ce sens, les traits sont vus comme étant les composantes de base de la personnalité (Allport, 1937; Cattell, 1965; Eysenk, 1982; Nadeau et al., 2005; Pervin, 1975). Selon Cattell (1950), un trait représente une tendance générale et exprime une caractéristique relativement permanente du comportement. Ainsi, le concept de traits de la personnalité exprime une régularité dans le comportement d'une personne à travers le temps et les situations (Cattell, 1950). En effet, certains auteurs s'entendent pour dire que les traits de personnalité changent peu chez la majorité des gens, une fois qu'ils ont dépassé l'âge de 30 ans (Caspi, 2000; Conley, 1985; McCrae et Costa, 1997).

Selon Allport et Odbert (1936), les traits de personnalité varient en importance ainsi qu'en généralité. De ce fait, certains traits sont plus centraux alors que d'autres, plus secondaires (Allport et Odbert, 1936; Nadeau et al., 2005). Dans cet ordre d'idées, certains traits sont communs à tous les individus alors que d'autres sont uniques à un seul individu (Huber, 1977; Wiggins, 1997). Toutefois, tous les traits d'une personne dépendent les uns des autres et s'influencent mutuellement afin de former sa personnalité (Huber, 1977). En outre, pour expliquer un comportement précis, les théoriciens de la personnalité s'entendent pour dire que l'on doit tenir compte des facteurs internes (ex : traits) et des événements du milieu, dans le but de définir le comportement (Allport, 1937; Cattell, 1985; Nadeau et al., 2005). Or, ce n'est que lorsque les traits de personnalité deviennent rigides, voire inadéquats en ce qui concerne l'adaptation, compromettent le bon fonctionnement social ou établissent une souffrance subjective qu'ils vont alors constituer un trouble de la personnalité (American Psychiatric Association, 2004).

### 1.5.1 Le courant théorique de la personnalité délinquante<sup>20</sup>

La délinquance est une structure particulière de la personnalité d'un individu. L'attitude du délinquant s'infiltré dans toute sa personnalité, c'est-à-dire dans sa manière de percevoir, de juger et d'agir (Mucchielli, 1979). Ainsi, les théories de la personnalité criminelle tendent à démontrer que les gens qui commettent des crimes sont caractérisés par une constellation particulière de traits de personnalité qui les différencient des autres personnes qui n'en commettent pas. De ce fait, c'est la présence dominante de ces traits qui expliquerait le comportement criminel (Hampson, 1988, Pinatel, 1963).

Selon Pinatel (1963), un des pionniers de la notion de la personnalité criminelle, les délinquants présenteraient quatre traits dominants (noyau central), soit l'égoïsme, la labilité, l'agressivité et l'indifférence envers autrui. Ainsi, le premier trait, l'égoïsme, est la propension d'un individu à situer les personnes et les événements uniquement en rapport avec lui-même. Ensuite, le second trait, la labilité, démontre l'inconsistance dans l'adaptation aux diverses situations ainsi qu'une certaine instabilité dans les réactions émotionnelles et le choix des comportements (Fréchette et Le Blanc, 1987; Pinatel, 1963; Mucchielli, 1979). Par la suite, le troisième trait, l'agressivité, réfère à la tendance chez le délinquant d'agir et de réagir avec violence (Herrnstein, 1995; Pinatel, 1963; Yochelson et Samenow, 1976). Finalement, l'indifférence affective fait en sorte que le délinquant n'éprouve pas de sympathie pour autrui et, par le fait même, demeure insensible à sa souffrance. Le délinquant va donc agir en ne voyant pas les conséquences de ses actes. Il a une grande impression de liberté de faire ce que bon lui semble (Pinatel, 1963; Debuyst, 1960). Ceci peut alors le mener à se sentir indifférent par rapport aux conséquences des actes commis sur les victimes de même qu'aux jugements d'autrui par rapport à ces actes (Fréchette et Le Blanc,

---

<sup>20</sup> Il importe de préciser que, dans le cadre de ce mémoire, les concepts de personnalité *criminelle* et *délinquante* seront utilisés en tant que synonymes. Alors que Pinatel (1963) utilise le concept de personnalité criminelle auprès de la population adulte en faisant état d'une certaine combinaison de traits associés au passage à l'acte, Fréchette et Le Blanc (1987), pour leur part, utilisent le terme de personnalité délinquante afin de rendre compte du développement de cette personnalité de l'adolescence à l'âge adulte. De ce fait, étant donné que leurs études se recoupent en regard des traits de personnalité criminels et délinquants, ces deux concepts ne seront pas utilisés de façon distincte.

1987; Herrnstein, 1995; Le Blanc, 1989; Mucchielli, 1979; Pinatel, 1963; Yochelson et Samenow, 1976). Dans la mesure où ces traits dominants vont demeurer au cœur de la personnalité de l'individu, les activités délictueuses vont proliférer, persister et s'aggraver (Fréchette et Le Blanc, 1987).

Toutefois, il est à noter que ces traits ne sont pas spécifiques aux délinquants, puisqu'ils sont retrouvés également chez les non délinquants (Pinatel, 1963). Ce qui fait la différence, c'est que chez les délinquants, un ou tous ces traits peuvent être accentués et jouer en interaction afin de former la personnalité criminelle et inciter au passage à l'acte (Pons, 1997). Ainsi, plus le déficit psychologique est profond en regard de ces traits, plus l'intensité de la délinquance sera importante (Le Blanc, 1988). Dans cet ordre d'idées, Morizot et Le Blanc (2005) ont développé quatre profils psychologiques associés au développement de comportements délinquants, de l'adolescence à l'âge adulte. Selon le premier profil, « *Communals-Normative Maturation* », la délinquance est vue comme un problème d'adaptation sociale et personnelle. Les individus faisant partie de ce groupe manifestent une plus faible variété et fréquence de comportements antisociaux, tout en affichant un bon contrôle cognitif de même qu'une régulation émotionnelle adéquate. Le second groupe est « *Agentics-Normative Maturation* », où les individus s'y retrouvant manifestent une fréquence et une variété un peu plus importantes de comportements antisociaux, en plus de présenter une recherche de sensations fortes. Ce profil ressemble toutefois grandement aux « *Communals* ». Le troisième profil, « *Undercontrolled-Delayed Maturation* » présente le plus faible niveau de contrôle cognitif et comportemental de même qu'une faible régulation émotionnelle. Ce groupe présente, par le fait même, la plus grande fréquence et variété de comportements délinquants, expliquant alors leur problème considérable d'adaptation. Finalement, le profil « *Overcontrolled-Blocked Maturation* » affiche des comportements liés à l'expression directe d'une structure spécifique et mal adaptée de la personnalité. Les individus faisant partie de ce profil manifestent un potentiel élevé de passage à l'acte en raison d'une certaine déficience quant à la socialisation, à l'agressivité de même qu'à leur structure défensive plus faible en regard de la personnalité. Ils présentent ainsi des problèmes sévères en ce qui

concerne la consommation de substances psychoactives, comparativement aux individus des autres profils.

Ainsi, la personnalité criminelle constitue une structure spécifique qui se superpose chez certains individus à d'autres structures de la personnalité, mais elle seule peut mener au passage à l'acte (Pinatel, 1963). En ce sens, la présence cumulée de ces traits peut constituer un risque pour qu'un individu devienne délinquant (Favard, 1991). Cette association de traits est relativement stable dans le temps et décelable précocement, soit entre 12 et 15 ans (Favard, 1991). En ce sens, la personnalité délinquante s'élabore peu à peu et se consolide au milieu de l'adolescence pour finalement se poursuivre jusqu'à l'âge adulte (Fréchette et Le Blanc, 1987). Or, plus l'activité délictueuse débute tôt, plus elle risque de perdurer et de se diversifier avec le temps (Le Blanc, 1989; Morizot et Le Blanc, 2005).

Bref, autant les secteurs affectifs, cognitifs que comportementaux sont affectés dans cette personnalité associée aux délinquants. Cependant, certains auteurs ont cru en l'irréalisme et au réductionnisme de la notion de la personnalité criminelle, puisqu'elle propose une conception statique de l'individu et qu'elle ne représente pas fidèlement l'hétérogénéité des actes délinquants (Debuyst, 1985). Malgré tout, cette théorie a su résister aux critiques théoriques et aux vérifications empiriques (Le Blanc, 1988; Favard, 1991) puisque encore aujourd'hui, les chercheurs s'y réfèrent.

### **1.5.2 Les traits de personnalité des toxicomanes judiciairisés : Une problématique qui interfère avec le traitement**

Bien qu'il ait été démontré que certains traits de personnalité sont fortement enracinés chez les délinquants, il est également possible de croire qu'ils seront accentués par l'ajout d'une problématique de consommation de substances psychoactives (Brochu, Bergeron, Landry et Schneeberger, 2001 ; Lynam, Leukefeld et Clayton, 2003). Dans le but de rendre compte de ce propos, une étude a été réalisée par Germain et al. (2001) auprès de 216 personnes judiciairisées admises en traitement dans deux centres de réadaptation publics au Québec (Centre Dollard-Cormier de Montréal et Centre Domrémy Mauricie-Centre du

Québec de Trois-Rivières). En regard des résultats des usagers à l'Inventaire de personnalité de Jesness, il a été remarqué une problématique généralisée quant aux principaux indices traduisant les dimensions de la personnalité associée aux délinquants (mésadaptation sociale, orientation aux valeurs, autisme, aliénation, agressivité manifeste, retrait et anxiété sociale). Cette sévérité apparaît également dans la distribution des toxicomanes judiciairisés en fonction de leur niveau de maturité interpersonnelle<sup>21</sup>, alors que près du tiers (32,4%) d'entre eux se classent comme étant névrotiques anxieux. Ce sont des individus qui sont alors caractérisés par une propension à cacher une image négative d'eux-mêmes, en plus d'être peu enthousiastes à se révéler ou à permettre à autrui de se rapprocher d'eux. D'ailleurs, ces personnes sont particulièrement disposées aux conflits avec l'autorité. Le second sous groupe dominant est constitué des asociaux agressifs (19,2%), qui démontrent une vision concrète et égocentrique du monde, menant alors à des visions déformées de la réalité et, ainsi, à des réponses inappropriées, voire même agressives.

En comparaison avec la précédente étude, celle de Van Voorhis (1994), effectuée auprès de 346 détenus en pénitencier et 300 prisonniers américains, démontre que seulement 5% des individus condamnés pour un délit lié à la drogue sont des névrotiques anxieux. De plus, près de 30% des détenus sont considérés comme manipulateurs, alors caractérisés par de mauvaises relations avec les autres, une agressivité élevée ainsi qu'un faible contrôle émotionnel. Dans ce sens, il est alors possible de soupçonner, en regard de ces deux dernières études, que les toxicomanes et les trafiquants de drogues dévoileraient une structure différente de la personnalité délinquante.

En outre, la faible rétention en traitement chez les alcooliques et toxicomanes serait par le fait même associée à divers traits de personnalité dont l'impulsivité (Ball, 2005; Kravitz et al., 1999; Moeller et al., 2001), le désir de sensations nouvelles

---

<sup>21</sup> La *maturité interpersonnelle* est un concept développé par Sullivan, Grant et Grant (1957) qui réfère à la capacité d'un individu d'entrer en relation avec autrui, et ce, dans des conditions appropriées. En faisant usage de ce concept, Jesness (1974) a alors identifié neuf sous groupes de délinquants, caractérisés par des manières différentes de se comporter en regard des situations de tous les jours.

(Kravitz et al., 1999), la provocation, l'hostilité et l'égoïsme (Ball, 2005). Les risques d'abandon précoce du traitement sont d'autant plus élevés si une abstinence parfaite est attendue de la part du client (Ball, 2005). De plus, il semble que certaines problématiques dans la vie d'un individu, son système de croyances ainsi que les caractéristiques de sa personnalité puissent interférer avec la réussite du changement de comportement (DiClemente, 1999) et, par le fait même, provoquer une rechute précoce, particulièrement observée chez les alcooliques (Rounsaville, Dolinsky, Babor et Meyer, 1987). Ainsi, les patients qui persèverent peu en traitement perdent alors la possibilité d'avoir recours à une aide qui pourrait s'avérer efficace et essentielle pour eux, indiquant alors la nécessité d'identifier hâtivement ceux qui ont de plus grands risques de mettre fin à leur démarche thérapeutique (Ball, 2005).

#### **1.6 Limites des études sur la motivation et les traits de personnalité des toxicomanes judiciairisés**

À la lumière des études recensées précédemment, il apparaît que les connaissances relatives à l'impact des caractéristiques de la clientèle toxicomane judiciairisée sur la persévérance en traitement dans les centres de réadaptation soient encore limitées. Dans ce sens, Kline (1997) a noté qu'un faible accent a jusqu'à ce jour été mis sur les caractéristiques de cette clientèle en relation avec leurs besoins concernant le traitement. La voie par rapport à la connaissance de ces particularités est à privilégier, puisqu'elle pourrait permettre de mieux adapter les interventions auprès des individus judiciairisés, particulièrement à risque d'abandonner la démarche thérapeutique. Par le fait même, une diminution de ces taux d'abandon pourrait engendrer une réduction des coûts personnels et sociaux associés à la toxicomanie, notamment en ce qui concerne la santé physique et psychologique du consommateur lui-même de même qu'en ce qui concerne la criminalité, les conséquences sur les victimes potentielles et les coûts associés au système pénal (Single et al., 1996).

Étant donné que l'efficacité des traitements des personnes toxicomanes judiciairisées repose, en partie, sur sa durée, il apparaît d'autant plus important de cerner les facteurs qui influenceront le plus positivement possible cette durée.

Diverses études ont emprunté cette voie, mais laissent entrevoir que les connaissances sont encore limitées sur ce thème qui nécessite alors d'être approfondi (Bergeron et al., 1997).

Par ailleurs, bien qu'il se soit avéré que le manque de motivation soit l'un des motifs d'abandon les plus souvent cités dans les études (Ryan et al., 1995), peu d'entre elles se sont intéressées à la fois aux deux types de motivation, soit celle au changement et celle au traitement (en terme d'engagement). D'un autre côté, ayant souvent été confondues dans le cadre de diverses recherches (Drieschner et al., 2004), il est d'autant plus important de les étudier séparément. Ainsi, le manque de précisions en regard de ces deux types de motivation prouve alors la nécessité de l'intégrer à la présente étude.

D'un autre côté, Bergeron et al. (1997) ont noté que les études réalisées jusqu'à ce jour sur les traits de personnalité ne se sont concentrées que sur la description de ces derniers. De ce fait, le manque de liens avec les variables associées à la persévérance en traitement constitue une limite importante des études réalisées sur ces traits, et ce, plus particulièrement auprès de la clientèle judiciarisée. Par ailleurs, étant donné que l'ensemble des toxicomanes judiciarisés ne se regroupe pas selon un profil de personnalité unique, il s'avère d'autant plus pertinent de prendre connaissance des divers types d'adaptation psychologique de cette clientèle et d'en faire une description. Morizot et Le Blanc (2005) ont récemment emprunté cette démarche auprès de délinquants, de l'adolescence à l'âge adulte, sans toutefois porter une attention particulière sur la rétention en traitement de ces individus. Diverses hypothèses ont été suggérées (Nadeau et Biron, 1998) quant au fait que les personnes les plus inadaptées psychologiquement resteraient en traitement pour une courte période de temps, mais ces dernières n'ont pas encore été vérifiées auprès de la clientèle judiciarisée. En outre, aucune étude n'a, jusqu'à ce jour, tenté de représenter les liens unissant l'ensemble de ces facteurs dans un seul modèle théorique, confirmant d'autant plus l'intérêt de réaliser une étude sur ce thème.

### 1.7 Conclusion du premier chapitre

En somme, bien que le traitement des personnes judiciairisées se soit avéré une solution de premier plan comparativement à l'incarcération, et ce, dans le but de les aider à mieux gérer leur consommation de substances psychoactives, il a toutefois été noté que cette population présente une faible rétention en traitement (Beaudet et al, 1995; Beck et al, 1993; Brochu et Schneeberger, 1999; Inciardi et al, 1993; Lefebvre, 2000), les plaçant alors à haut risque de rechute. La revue de littérature scientifique présentée précédemment suggère que la faible motivation des usagers a un impact sur la persévérance, tout comme le laisse sous entendre les traits de personnalité associés à la délinquance.

En ce sens, diverses hypothèses peuvent être suggérées en regard de l'échantillon de toxicomanes judiciairisés de la présente étude. Il est donc possible de croire, à partir de la situation judiciaire de ces individus, en une problématique importante concernant les traits de personnalité associés à la délinquance. Or, la combinaison des traits pourrait varier de celle généralement retrouvée chez les individus délinquants uniquement, en raison d'une problématique de consommation de substances psychoactives qui s'ajoute au portrait délinquant des hommes de l'échantillon. En outre, il est soupçonné qu'une combinaison de traits de personnalité inadaptés pourrait être associée à une plus faible motivation au changement dès l'admission dans un centre de réadaptation de même qu'à un plus faible engagement en traitement. Ces facteurs pourraient également agir négativement sur la durée de la thérapie.

De ce fait, la validation des ces hypothèses pourra favoriser un enrichissement des connaissances sur les facteurs influençant la rétention en traitement auprès des personnes toxicomanes judiciairisées. Le prochain chapitre permettra de mettre en lumière la méthodologie de la présente étude.

## **Chapitre 2**

### **Méthodologie**

Cette recherche s'inscrit dans le cadre d'une étude réalisée par le RISQ<sup>22</sup>, sur la compréhension de l'impact d'un traitement pour personnes toxicomanes judiciairisées à partir d'un modèle tripartite : l'intervention, le client et son environnement. Les principaux chercheurs de cette étude, réalisée en 2000 et 2001, sont S. Brochu, L.-G. Cournoyer, J. Bergeron, N. Brunelle, M. Landry et J. Tremblay. Ainsi, le but principal de la présente recherche est d'analyser les liens qui se tissent entre la personnalité associée à la délinquance, la motivation au changement et l'engagement en traitement, sur la persévérance en traitement d'une population d'hommes toxicomanes judiciairisés ayant fait une demande d'aide dans un centre public de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes au Québec. Ce second chapitre apportera donc des précisions quant aux objectifs de l'étude de même que sur la démarche méthodologique utilisée.

## 2.1 Objectifs de l'étude

Afin de répondre adéquatement au but général de cette recherche, quatre principaux objectifs, d'où découlent des sous objectifs, ont été élaborés :

1. Décrire la personnalité associée à la délinquance d'un groupe de toxicomanes judiciairisés ayant fait une demande de traitement en alcoolisme et toxicomanies, en ce qui concerne
  - a. *les traits de l'Inventaire de personnalité de Jesness.*
  - b. *les profils d'adaptation psychologique constitués des traits de l'Inventaire de personnalité de Jesness.*
2. Évaluer les liens se tissant entre les divers profils d'adaptation psychologique et
  - a. *la motivation au changement.*
  - b. *l'engagement en traitement.*
3. Connaître l'impact de ces principales variables sur la persévérance en traitement.
  - a. *Décrire la persévérance en traitement des usagers selon le nombre de jours, le nombre d'heures de même que l'intensité du traitement.*
  - b. *Décrire et analyser le lien entre les divers profils d'adaptation psychologique et la persévérance en traitement.*
  - c. *Décrire et analyser le lien entre la motivation au changement et la persévérance en traitement.*
  - d. *Décrire et analyser le lien entre l'engagement en traitement et la persévérance en traitement.*

---

<sup>22</sup> Recherches et interventions sur les substances psychoactives – Québec.

4. Évaluer l'impact combiné entre les profils d'adaptation psychologique, la motivation au changement et l'engagement en traitement sur la persévérance en traitement pouvant mener à l'élaboration d'un modèle théorique inédit.

*a. Évaluer l'impact en prenant en considération la motivation au changement.*

*b. Évaluer l'impact en prenant en considération l'engagement en traitement.*

## **2.2 La démarche méthodologique**

Suite à la présentation des principaux objectifs, il est maintenant temps de porter une attention particulière à la démarche méthodologique, dans le but de mieux comprendre la procédure, l'échantillon, les instruments de mesure, les analyses statistiques de même que les avantages et limites de la méthodologie utilisée dans le cadre de cette étude.

### **2.2.1 Critères et procédure de recrutement**

Les hommes de l'échantillon ont été recrutés une fois l'évaluation clinique complétée à l'aide du questionnaire IGT (Indice de Gravité d'une Toxicomanie). De plus, au moment de leur demande d'aide, ils devaient être 1) en instance d'inculpation, de procès ou de sentence pour un délit au code criminel, 2) en probation, 3) en libération conditionnelle, 4) en maison de transition ou 5) bénéficiaire d'une libération conditionnelle sous caution ou d'une absence temporaire.

Ils ont été approchés par l'intervenant responsable de l'accueil et de la clientèle afin de leur demander d'assister à une réunion d'informations à propos de l'étude. Les clients, qui étaient volontaires à y participer, ont alors été informés de la nature de leur apport et ont été invités à signer un formulaire de consentement. Ils ont également été informés que leur décision n'affecterait en rien les services de l'établissement de traitement concerné et qu'ils pourraient se retirer à tout moment au cours de la recherche. Un montant de 10\$ a été remis à chaque individu, à titre de compensation pour leur participation.

### 2.2.2 Échantillon

L'échantillon est composé de 157 hommes toxicomanes judiciairisés provenant de cinq centres publics de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes de la province de Québec : le Centre Dollard-Cormier à Montréal (n= 37; 23,57%), le Centre Jellinek en Outaouais (n=61; 38,86%), le Centre Domrémy-Mauricie/Centre-du-Québec de Trois-Rivières (n=42; 26,75%), le Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanies de Chaudières-Appalaches –Alto<sup>23</sup> (n=8; 5,09%) et le Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve à Québec (n=9; 5,73%). Mis ensemble, ces centres représentent près de 50% de l'ensemble de la clientèle québécoise desservie par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, procurant par le fait même un fort pouvoir de généralisation.

#### 2.2.2.1 Profil démographique des individus de l'échantillon

Cette présente section permet de mettre en perspective le profil démographique<sup>24</sup> des 157 hommes de l'échantillon en ce qui concerne l'âge, la scolarité, le statut civil, le type d'occupation actuel de même que le revenu annuel (Tableau I<sup>25</sup>).

Ainsi, l'âge moyen des usagers est de 35,13 ans (é.t. = 9,36). En effet, plus du tiers (36,31%) d'entre eux se retrouvent dans la cohorte des 35-44 ans. Par ailleurs, des différences significatives (F= 4,96; p<0,01) sont présentes selon les différents centres de réadaptation. En comparant les moyennes, il est à noter que les clients du Centre Dollard-Cormier ( $\bar{x}$  =39,59; é.t. = 7,41) ont une moyenne d'âge significativement (p<0,01) plus élevée que ceux du Centre Jellinek ( $\bar{x}$  = 32,64 ; é.t. = 9,35). Les moyennes d'âge pour les Centres Domrémy-Mauricie et Ubald-Villeneuve/Alto sont respectivement de 35,71 (é.t.=9,37) et 32,94 (é.t. = 10,09)

<sup>23</sup> Il est à noter que pour l'ensemble des analyses subséquentes en relation avec les divers centres de réadaptation à l'étude, les clients des Centres Alto et Ubald-Villeneuve seront jumelés afin d'assurer des résultats significatifs en raison du faible nombre d'usagers présents dans chacun de ces centres.

<sup>24</sup> L'ensemble des informations obtenues dans la section du profil démographique des individus, du profil quant aux problèmes de consommation de même que judiciaires ont été obtenues suite aux réponses fournies par les hommes de l'échantillon, à l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT).

<sup>25</sup> Ce même tableau est présent en annexe 1 afin de faire état des données démographiques des usagers en fonction des divers centres de réadaptation à l'étude.

ans. Ces derniers résultats ne montrent toutefois pas de différence significative avec les autres centres.

**Tableau I**  
**Profil démographique des hommes toxicomanes judiciarisés de l'échantillon**

	Fréquence (N)	Pourcentage (%)
<b>Âge (n=157)</b>		
- 18-24 ans	27	17,20
- 25-34 ans	45	28,66
- 35-44 ans	57	36,31
- 45 ans et plus	28	17,83
$(\bar{X} = 35,13 \text{ ans; } \text{é.t.} = 9,3)$		
<b>Scolarité (n=115)</b>		
- Niveau primaire (1-7 ans)	11	9,57
- Secondaire 1 à 3 (8 – 10 ans)	36	31,30
- Secondaire 4 et 5 (11-12 ans)	37	32,17
- Études post secondaires (13 ans et +)	31	26,96
$(\bar{X} = 10,88 \text{ ans; } \text{é.t.} : 2,75)$		
<b>Statut Civil (n=157)</b>		
- Célibataire	85	54,14
- Union libre	29	18,47
- Marié	12	7,64
- Séparé ou divorcé	31	19,75
<b>Type d'occupation actuel (n=116)</b>		
- Travail (plein, partiel ou saisonnier)	38	32,76
- Prestations gouvernementales (Retraite, chômage ou assistance sociale)	66	56,90
- Autres (milieu institutionnel, foyer ou autres)	12	10,34
<b>Revenu annuel (n=110)</b>		
- Moins de 12 000\$	62	56,44
- 12 000\$ et plus	48	43,56

De plus, en ce qui concerne leur éducation, la majorité des toxicomanes judiciairisés de l'échantillon n'a pas entrepris d'études post-secondaires (73,04%). De ce fait, ces derniers cumulent 10,88 ans de scolarité (é.t. = 2,75), équivalent dans ce cas au secondaire 4. En ce sens, 40,87% des hommes ont abandonné leurs études avant leur 4<sup>ème</sup> secondaire et 73,04% suite à leur 5<sup>ème</sup> secondaire. Seulement 26,96% ont entrepris et complété des études post secondaires.

Au moment de leur admission en traitement, peu de participants mentionnent vivre avec une conjointe puisque 18,47% d'entre eux sont en union libre et seulement 7,64% sont mariés. Par ailleurs, près des trois quarts des hommes de l'échantillon sont célibataires (54,14%) ou divorcés/séparés (19,75%).

En outre, en ce qui concerne le type d'occupation actuel, plus de la moitié des individus (56,90%) reçoivent des prestations gouvernementales alors que 32,76% ont un travail quelconque. Ces données correspondent à celles obtenues par Brochu et al. (1999a). De ce fait, les difficultés reliées à l'emploi pourraient être expliquées par le faible niveau de scolarité des hommes de l'échantillon, puisque la majorité d'entre eux n'a pas entrepris ou complété leur diplôme d'études secondaires. En outre, une seconde explication pourrait résider dans leur problème de consommation de substances psychoactives, puisqu'il s'avère que 50,43% de ces hommes (n=115) ont déjà perdu ou quitté un emploi en raison de leur usage d'alcool et/ou de drogues.

Ensuite, la majorité (56,44%) des individus rapporte un revenu personnel annuel de moins de 12 000\$, les plaçant alors près du seuil de la pauvreté<sup>26</sup>. Toutefois, il semble que les individus de la présente étude aient un revenu net plus élevé que celui observé dans Brochu et al (1999), où 71,4% de l'échantillon profitaient d'un revenu de moins de 12 000\$.

---

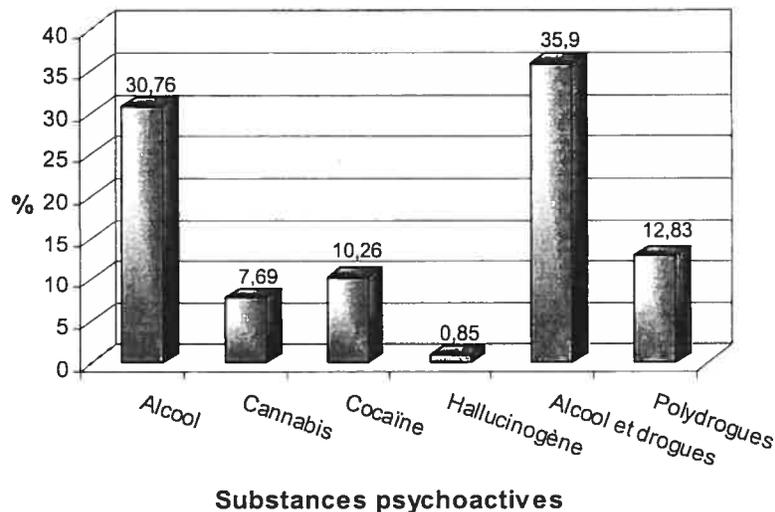
<sup>26</sup> Le *seuil à faible revenu* correspond à un seuil de revenu en deçà duquel une famille est susceptible de consacrer une part plus importante de son revenu à l'achat de nécessités comme la nourriture, le logement et l'habillement comparativement à une famille moyenne. En l'an 2000, c'est-à-dire au début de la présente étude, le seuil de faible revenu pour une personne vivant au Québec se situait à 10 042\$ en milieux ruraux, alors qu'il se situait entre 11 493\$ et 15 532\$ en milieux urbains (Statistiques Canada, 2005).

Or, bien que la majorité des personnes de l'échantillon affiche un revenu sous le seuil de la pauvreté, il peut alors être soupçonné que ce faible revenu soit compensé par la présence d'un revenu illégal important. Cependant, les résultats de l'IGT par rapport à ce questionnement ne confirment pas l'importance d'un tel revenu étant donné que la quasi totalité de ces hommes (93,63%) mentionne ne pas profiter d'un revenu illégal (0\$). Pour ceux qui avouent profiter d'une source de revenu illégale (n=10), une moyenne mensuelle de 845,40\$ est constatée. Il est donc à noter que le revenu illégal auprès de cette clientèle toxicomane judiciairisée est beaucoup plus faible que celui relevé dans les études précédentes comme celle de Brochu et Guyon (1998). En effet, un revenu illégal mensuel de 1113\$ était enregistré pour les 553 hommes toxicomanes judiciairisés de leur échantillon. Diverses pistes d'explications pourraient donc être apportées en regard de nos résultats. Ainsi, une première interprétation pourrait être reliée directement à la question posée sur ce thème. En effet, l'IGT ne tient compte que du revenu illégal de l'individu dans les 30 jours précédant son admission en centre de réadaptation. Dans ce sens, si l'on tient compte du fait qu'un peu plus du quart (25,90%) des hommes ont été incarcérés un minimum de 10 jours au cours de cette même période et que 69,42% se retrouvent sous une mesure légale quelconque, il est donc possible de croire en la véracité des propos de ces toxicomanes quant à ce faible revenu illégal. Dans ce sens, le fait d'être incarcéré ou de se voir imposer une mesure légale peut avoir incité des hommes à interrompre leur criminalité lucrative afin de ne pas alourdir l'état de leur situation légale ou encore de compromettre certains de leurs privilèges (ex : reliés à la libération conditionnelle). En outre, la congruence des réponses de ces individus quant à ce revenu illégal peut également être observée à l'aide d'une autre question de l'IGT, alors que 92,36% des usagers de l'échantillon dénombrent aucune journée, dans les 30 jours précédant leur admission en traitement, où ils auraient commis une activité illégale quelconque.

#### **2.2.2.2 Profil des problèmes de consommation**

Il est possible de remarquer à la figure 2 le profil de la consommation de substances psychoactives des clients de l'échantillon, décrit lors de la demande d'admission en traitement. Ainsi, la majorité d'entre eux (35,90%) présente à la fois une problématique de consommation d'alcool et de drogues simultanément. La

consommation d'alcool seulement constitue un problème pour 30,76% des hommes alors que la cocaïne (10,26%) et le cannabis (7,69%) constituent les autres substances problématiques. Il est à noter également qu'une proportion considérable d'usagers (12,83%) éprouve des problèmes avec plus d'une drogue illicite (polydrogues).



**Figure 2 : Nature de la substance psychoactive causant le problème majeur de toxicomanie lors de l'admission des usagers en traitement**

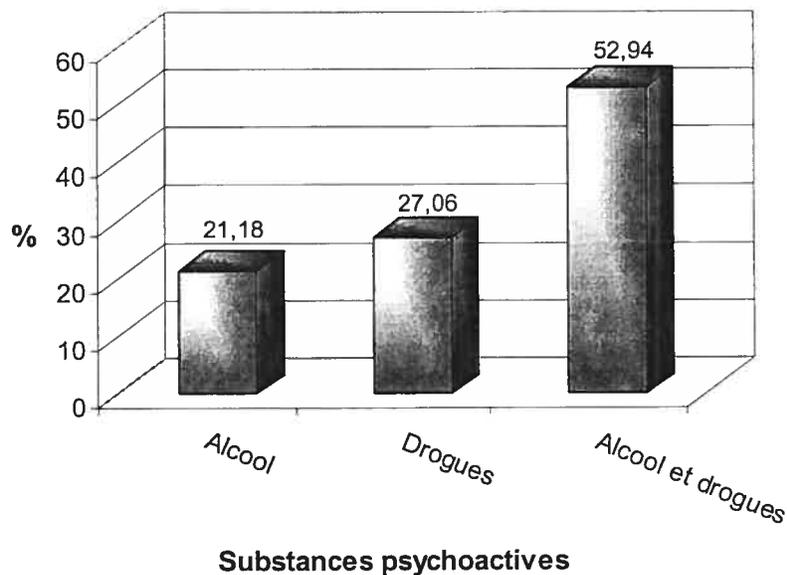
Par le fait même, des différences sont significatives en fonction des différents centres de réadaptation ( $\chi^2 = 37,53$ ;  $p < 0,05$ )<sup>27</sup>. En ce sens, il est noté que la problématique d'alcool et de drogues combinés est majoritairement présente dans chacun des centres (Centre Dollard-Cormier, 50,0%; Centre Jellinek, 31,37% et Domrémy, 38,46%), sauf en ce qui concerne les Centres Ubald-Villeneuve/Alto, où près de la moitié des hommes (44,44%) affiche une problématique de consommation d'alcool seulement.

Par ailleurs, au moment de leur admission dans l'un des centres de réadaptation, 36,31% et 43,95% des clients rapportent ne pas voir l'importance de recevoir un traitement pour leur consommation d'alcool et de drogues respectivement. Ainsi, à première vue, ces personnes ne semblent pas reconnaître leur problématique de

<sup>27</sup> Les résultats concernant la nature de la substance psychoactive causant le problème majeur de toxicomanie lors de l'admission en fonction des divers centres de réadaptation sont présentés en annexe 2.

consommation. Toutefois, il est possible de croire que les premiers n'éprouvent qu'un problème envers les drogues illicites alors que les seconds n'ont développé une dépendance qu'envers la consommation d'alcool. Dans le but d'éclaircir ce point, il fut possible de mettre en relation le besoin de traitement perçu avec la problématique présentée lors de l'admission en traitement. Ainsi, il apparaît maintenant que 14,67% des personnes faisant partie de l'étude ne percevraient pas l'importance de recevoir un traitement ni pour l'alcool ni pour les drogues illicites. Par ailleurs, si l'on se fie à l'estimation des intervenants responsables de l'évaluation de la toxicomanie, un seul individu (0,64%) n'aurait pas réellement besoin de traitement pour ni l'une ni l'autre des substances psychoactives.

En outre, il semble qu'un certain nombre d'individus n'en soient pas à leur premier traitement de la toxicomanie (Figure 3). En effet, 21,18% des hommes de l'échantillon rapportent au moins un antécédent de traitement pour l'abus d'alcool au cours de leur vie, 27,06% pour l'abus de drogues et 52,94% pour l'abus d'alcool et de drogues simultanément.



**Figure 3 : Fréquence des usagers présentant au moins un antécédent de traitement pour l'abus d'alcool et/ou de drogues (n=85)**

Des différences significatives sont soulevées en fonction des divers centres de réadaptation<sup>28</sup> et plus particulièrement en ce qui concerne les antécédents de traitement pour l'abus d'alcool *et* de drogues simultanément ( $\chi^2 = 36,92$ ;  $p < 0,01$ ). Ainsi, ce sont les hommes du Centre Dollard-Cormier (75,0%) qui présentent, dans la plus grande proportion, au moins un antécédent de traitement pour ces substances, suivi de ceux des Centres Ubald-Villeneuve/Alto (55,55%) et Domrémy (51,61%). Inversement, ce sont les individus du Centre Jellinek qui présentent, dans une plus faible proportion, au moins un antécédent de traitement pour l'usage à la fois d'alcool *et* de drogues (41,38%).

### 2.2.2.3 Profil judiciaire

La présente section fait état du profil judiciaire des hommes toxicomanes judiciairisés à l'étude lors de la demande d'admission en traitement. Ainsi, tel que remarqué dans le tableau II, un peu moins de la moitié des clients (43,95%) révèle que leur admission en traitement leur a été imposée par le système judiciaire (96,77%) ou social (3,23%). Par conséquent, ces données pourront nous offrir certains éclaircissements quant à l'impact des pressions judiciaires sur les diverses variables à l'étude.

**Tableau II**  
**Recommandation d'une admission en traitement par le système judiciaire ou social**

	Fréquence (N)	Pourcentage (%)
<b>Admission imposée</b>		
- <i>Oui</i>	69	43,95
- <i>Non</i>	88	56,05
<b>Système ayant imposé la demande d'admission</b>		
- <i>Système judiciaire</i>	60	96,77
- <i>Système social</i>	2	3,23

<sup>28</sup> Ces résultats sont, par ailleurs, présentés dans un tableau détaillé en annexe 3.

En outre, parmi ceux qui se sont fait suggérer une démarche thérapeutique par le système judiciaire, la recommandation provenait plus particulièrement des agents de probation (32,26%), des juges (27,42%) ou des agents de libération conditionnelle (17,74%), alors que les recommandations du système social provenaient des intervenants des Centres jeunesse (1,61%) et du Tribunal de la jeunesse (1,61%).

Il est également à noter (Tableau III) que, lors de la demande d'admission, 12,01% des hommes sont en libération conditionnelle, 33,76% sont en probation, 17,19% sont en maison de transition et 6,37% sont sous une autre mesure légale (prison, libération sous cautionnement). De plus, 56,06% des individus de l'échantillon se trouvent en instance d'inculpation (7,01%), en attente de procès (31,85%) ou de sentence (17,20%) pour des délits qui sont surtout des voies de fait ou des vols.

**Tableau III**

**Situation légale des usagers lors de la demande d'admission en traitement**

Mesures légales et Instance	N (Pourcentage)*
Libération conditionnelle	19 (12,01)
Probation	53 (33,76)
Maison de transition	27 (17,19)
Autres	10 (6,37)
Instance d'inculpation	11 (7,01)
Attente de procès	50 (31,85)
Attente de sentence	27 (17,20)

\* Étant donné que certains individus se retrouvent à la fois en instance et sous mesures légales, cela explique pourquoi l'addition des pourcentages du tableau III n'équivaut pas à 100%. En effet, il s'avère que 30,57% des hommes sont en instance seulement, 43,31% sont sous mesures légales seulement et 26,11% se retrouvent à la fois en instance et sous mesures légales.

Par ailleurs, nous sommes en mesure de constater des différences significatives en regard de la situation légale des individus entre les divers centres de réadaptation ( $\chi^2 = 21,54$ ;  $p < 0,05$ )<sup>29</sup>. Ainsi, les clients du Centre Ubald-Villeneuve/Alto se retrouvent dans une plus grande proportion en probation (58,82%),

<sup>29</sup> Ces résultats sont présentés dans un tableau détaillé en annexe 4.

comparativement à ceux des autres centres; Domrémy (35,71%), Jellinek (29,51%) et Dollard-Cormier (27,03%)

D'un autre côté, des proportions considérables de clients des centres Jellinek (24,59%) et Domrémy (23,81%) se retrouvent en maison de transition. Finalement, plus de la moitié (51,35%) des clients du Centre Dollard-Cormier n'ont aucune mesure légale lors de la demande d'aide nous portant alors à croire qu'ils se retrouvent sous une mesure pré sentence (instance d'inculpation, attente de procès ou de sentence). Toutefois, il n'y a aucune différence significative entre les divers centres en ce qui concerne les mesures pré sentences.

De plus, il peut être présumé que les mesures légales auront un impact sur les résultats des analyses du présent mémoire. En effet, Brochu et al. (1999a) se sont questionnés sur l'influence des mesures légales sur la motivation et la persévérance en traitement. Ils ont d'abord noté que les personnes référées par le système de libération conditionnelle ou par les dirigeants des maisons de transition présentaient moins de problèmes de toxicomanies que les autres personnes judiciairisées, sur qui pèsent moins de pressions directes du système pénal. De tels résultats sont enregistrés dans notre étude ( $F=5,16; p<0,01$ )<sup>30</sup>. Ainsi, puisque ces personnes ressentent peu de problèmes associés à leur consommation, cela risque d'affecter leur motivation à entreprendre une démarche thérapeutique qui demandera un investissement personnel. Ces résultats pourront servir de cadre d'interprétation pour nos analyses.

Finalement, afin de compléter cette section relative au profil judiciaire des hommes de l'échantillon, il est rapporté, pour la moitié des individus, un passé de 5 condamnations criminelles et 4 mois de détention au cours de leur vie. Les délits

---

<sup>30</sup> Cette analyse a été réalisée en combinant à la fois les personnes en libération conditionnelle et en maison de transition et ce, dans le but de pouvoir comparer les résultats avec l'étude de Brochu et al. (1999a).

les plus représentés lors de la dernière détention sont le vol<sup>31</sup> (20,25%), une infraction contre l'application de la loi<sup>32</sup> (13,92%) ou le voie de fait<sup>33</sup> (13,92%).

### **2.2.3 Instruments de mesure**

Afin d'obtenir les données nécessaires pour répondre aux objectifs de l'étude, différents questionnaires ont été administrés aux clients. De ce fait, dès l'admission en traitement, l'Inventaire de personnalité de Jesness, l'IGT de même que le questionnaire de la motivation au changement ont été utilisés, alors que le questionnaire sur l'engagement des clients en traitement a été rempli suite à la troisième rencontre de l'usager avec son intervenant. En outre, afin de mieux comprendre la portée de certains résultats relatifs à la persévérance en traitement, le questionnaire sur les raisons de fin de traitement, complété par le client, a également été utilisé. Dans le but de mieux rendre compte de l'intérêt d'utiliser plus particulièrement ces outils de recherche, une brève description de chacun d'entre eux sera maintenant exposée.

#### **2.2.3.1 L'Inventaire de personnalité de Jesness**

L'Inventaire de personnalité de Jesness est un test conçu afin de distinguer les délinquants des non délinquants. Il forme, en outre, une base dans la classification de divers types de personnalité (Jesness, 1971; Jesness, 1988; Jesness et Wedge, 1984). Développé en 1966 auprès des adolescents délinquants, le test a été modifié pour être utilisé au niveau des deux sexes de même qu'auprès des enfants et des adultes (Jesness et Wedge, 1984). La version française a été développée par Le Blanc en 1993 et adaptée aux changements sociaux et au caractère culturel du Québec. Par conséquent, il a été possible de reconstruire 9 des 11 échelles originales (Trudeau- Le Blanc et Le Blanc, 2001).

---

<sup>31</sup> Ce crime inclut le recel de même que le vol sans arme et sans menace de violence sur la personne.

<sup>32</sup> Ce crime fait référence à la désobéissance d'une ordonnance de la Cour, un bris de probation de même qu'à des entraves à la justice, telles les évasions et les omissions de comparaître.

<sup>33</sup> Ce crime inclut les menaces de mort de même que les agressions physiques.

Ce questionnaire est composé de 155 items vrai ou faux. On parvient à dresser un profil de personnalité en calculant tout d'abord les scores obtenus par un individu pour chacune des dimensions (scores bruts) qui sont par la suite transformées en scores pondérés (scores T) s'échelonnant sur un continuum variant de 0 à 100 (Forget, 1977). La pondération tient compte à la fois du sexe et de l'âge des personnes. Par ailleurs, une zone de normalité a été localisée entre les scores 40 et 60. Des scores en dehors de ces zones mettent en évidence une problématique psychologique, mais à des niveaux différents. De ce fait, un score supérieur à 60 indique un *dysfonctionnement psychologique*, soit un problème sérieux qui empêche l'individu de fonctionner adéquatement, alors qu'un score en dessous de 40 indique un *surfonctionnement psychologique*, soit un problème de dépendance et un manque d'autonomie (Trudeau-Le Blanc et Le Blanc, 2001).

Bref, les 9 échelles de l'Inventaire québécois de Jesness discriminent les caractéristiques prédictives d'une structure de la personnalité délinquante :

- *Mésadaptation sociale* ( $\alpha = 0,90^{34}$ ) est composée de 48 questions se référant à un ensemble d'attitudes associées à une socialisation inadéquate ou perturbée. Cette échelle est la plus significative afin de décrire le dysfonctionnement psychologique, notamment en ce qui concerne la dysfonctionnalité sociale et le potentiel de passage à l'acte.
- *Orientation aux valeurs des milieux défavorisés* ( $\alpha = 0,88$ ) est composée de 33 questions se rapportant à la tendance à partager les attitudes et les opinions caractéristiques des personnes appartenant aux milieux socio économiques moins favorisés.

---

<sup>34</sup> L'alpha de Crombach a été calculé pour l'ensemble des traits de personnalité de l'Inventaire de Jesness de cette étude. En effet, en faisant référence aux items utilisés pour composer chacune des échelles (Trudeau-Le Blanc et Le Blanc, 2001), il a alors été possible de vérifier auprès de notre échantillon si la combinaison des items représentait fidèlement chacune des dimensions. Or, il s'avère que les traits de refoulement ( $\alpha = 0,42$ ) et de déni ( $\alpha = 0,66$ ) de la présente étude ont des indices de fidélité plus faibles que ceux obtenus par Trudeau-Le Blanc et Le Blanc (2001) auprès d'un échantillon d'adolescents québécois (refoulement  $\alpha = 0,68$ ; déni  $\alpha = 0,75$ ). Ces résultats pourraient donc s'expliquer par les populations différentes entre les deux études puisque les items ont été sélectionnés en fonction d'une population adolescente. Toutefois, il est tout de même intéressant de noter que pour toutes les autres échelles, des indices de fidélité similaires ont été obtenus pour les deux populations.

- *Autisme* ( $\alpha = 0,79$ ) est composée de 19 questions et mesure la propension dans la pensée et la perception à déformer la réalité selon ses propres besoins.
- *Aliénation* ( $\alpha = 0,83$ ) est composée de 18 questions mesurant les attitudes de méfiance et d'éloignement dans les interactions avec les autres et particulièrement concernant celles qui sont entretenues avec des personnes représentant l'autorité.
- *Agressivité manifeste* ( $\alpha = 0,85$ ) est composée de 27 questions reflétant la perception d'émotions et de sentiments déplaisants, soit ceux de colère et de frustration et une tendance à réagir facilement en fonction de ces émotions et sentiments.
- *Retrait* ( $\alpha = 0,73$ ) est composée de 15 questions reliées au manque de satisfaction de soi et des autres ainsi qu'une tendance à l'isolement et à la fuite passive chez un individu.
- *Anxiété sociale* ( $\alpha = 0,74$ ) est composée de 15 questions et mesure la présence d'un malaise émotif associé aux relations interpersonnelles.
- *Refoulement* ( $\alpha = 0,42$ ) est composée de 11 questions qui mesurent l'exclusion de la conscience des sentiments ou d'émotions que l'individu devrait normalement ressentir ou éprouver. Cette échelle peut également traduire une incapacité à identifier ces sentiments et émotions.
- *Déni* ( $\alpha = 0,66$ ) est composée de 15 questions permettant de mesurer la réticence d'une personne à reconnaître les événements déplaisants de la réalité quotidienne.

Concernant les qualités psychométriques du questionnaire, sa validité a pu être évaluée de trois manières. Tout d'abord, la validité de convergence est satisfaisante puisque la corrélation moyenne entre les échelles de personnalité est élevée (0,50).

Par la suite, la validité discriminante, qui réfère à la capacité d'une échelle à distinguer entre des groupes connus, est adéquate. Dans ce cas, seule l'échelle d'anxiété sociale n'obtient aucun résultat significatif sur les critères comportementaux retenus. Finalement, la validité de prédiction, qui réfère à la capacité d'une mesure de prédire un développement quelconque, permet de démontrer que seule l'échelle du retrait n'obtient pas des résultats significatifs ( $p > 0,05$ ) en regard de la criminalité adulte (Trudeau-Le Blanc et Le Blanc, 2001).

### 2.2.3.2 L'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT)

L'IGT est un instrument de recherche qui permet de mesurer la gravité d'un ensemble de problèmes souvent observés chez les toxicomanes. Traduit et adapté de l'*Addiction Severity Index* (McLellan, Luborsky, Woody et O'Brien, 1980), il est composé de sept échelles spécifiques : alcool, drogues, état de santé physique, relations familiales et interpersonnelles, état psychologique, emploi et ressources ainsi que situation judiciaire. Un score composé permettant de mieux comprendre l'importance de la problématique pour les 30 jours précédant l'admission en traitement est calculé à partir de chacune des échelles, suite à une analyse d'items<sup>35</sup>. Ces scores s'expriment alors en décimales selon une échelle variant de 0 à 1, où 1 correspond au score le plus élevé. Or, il est important de noter que les scores composés ne sont pas comparables les uns les autres. Ainsi, un score de 0,1 sur l'échelle alcool, et de 0,3 sur l'échelle drogues, ne signifient pas qu'un usager présente un problème trois fois plus important pour la consommation d'alcool que de drogues (Brochu et al., 1999a). D'un autre côté, l'IGT est également un outil clinique utilisé dans les centres québécois de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes quant à l'évaluation et l'orientation de la clientèle (Bergeron, Landry, Brochu et Guyon, 1998).

Les qualités psychométriques de l'IGT sont adéquates. Tout d'abord, l'examen des corrélations entre les échelles révèle qu'elles sont suffisamment indépendantes entre elles de façon à mesurer des réalités différentes. Par la suite, l'examen de la consistance interne des échelles démontre des coefficients alpha variant entre 0,63

---

<sup>35</sup> Les items utilisés dans le but de former chacun des scores composés sont présentés en annexe 5. Ces informations ont été puisées dans Germain et Le Blanc (1996).

et 0,89, où l'échelle de relations familiales et interpersonnelles obtient le coefficient le plus faible. Finalement, en ce qui concerne les scores composés, l'étude de la fidélité test-retest démontre des coefficients variant entre 0,50 (échelle médicale) et 0,93 (échelle d'emploi et ressources) (Bergeron, et al., 1998). En outre, il a été démontré que les valeurs des résultats obtenus à l'aide de l'IGT peuvent être reliées à celles qu'il est possible de retrouver chez les personnes qui entrent en traitement dans les centres de réadaptation et en regard des changements qui sont généralement attendus lors du cheminement dans un programme de traitement (Bergeron et al., 1998).

### **2.2.3.3 Le questionnaire de motivation au changement (version française du *Readiness to Change*)**

Le questionnaire « Readiness to Change » est un outil développé par Rollnick, Heather, Gold et Hall (1992) afin de mesurer les stades de changement chez les individus traités volontairement pour l'alcoolisme et les toxicomanies. Il réfère ainsi au degré de motivation au changement d'un comportement problématique chez un individu (Carey, Purnine, Maisto et Carey, 1999). Composé de 12 questions, il est basé sur le modèle de stades de changement de Prochaska et DiClemente (1982) et plus particulièrement sur les stades de précontemplation, contemplation et d'action. Chaque stade est composé de quatre questions spécifiques, répondues à l'aide d'une échelle de Likert en cinq points, variant de -2 (totalement en désaccord) à +2 (totalement en accord). Ainsi, pour chaque stade de changement, les scores peuvent varier entre -8 et 8. Le stade auquel un individu se retrouve correspond alors au score le plus élevé (Carey et al., 1999).

Du côté de ses qualités psychométriques, les analyses de consistance interne du questionnaire « Readiness to Change » effectuées par Rollnick et al. (1992) révèlent des scores du coefficient alpha de Crombach de 0,30<sup>36</sup> pour la

---

<sup>36</sup>Il s'avère que les coefficients alpha de Crombach pour les échelles de précontemplation (0,30) et contemplation (0,52) sont faibles. Certains auteurs (Gavin, Sobell et Sobell, 1998) ont soulevé ce point en affirmant qu'il était alors difficile de faire la distinction entre ces deux stades. Ce constat fait donc ressortir la pertinence de jumeler les hommes de ces deux stades dans un seul afin de réaliser nos analyses subséquentes sur la motivation au changement.

précontemplation, 0,52 pour la contemplation et 0,76 pour l'action. Les analyses test-retest effectuées après 1 et 2 jours d'intervalle mènent à des coefficients variant entre 0,78 et 0,86. Au niveau de la validité, les résultats s'avèrent significatifs.

En 1999, la traduction française du « Readiness to Change » a été effectuée par Bergeron et Tremblay, selon une méthode de traduction par comité<sup>37</sup>.

#### 2.2.3.4 Le questionnaire sur l'engagement des clients en traitement

Dans le but d'évaluer une composante de la motivation au traitement des toxicomanes judiciairisés de l'échantillon, le questionnaire d'engagement des clients en traitement a été utilisé. Il a été développé en 1994 par Cournoyer, Landry, Provost et Bergeron suite à deux « focus groups » réalisés auprès d'une vingtaine d'intervenants du Centre Domrémy-Montréal, maintenant connu sous le nom du Centre Dollard-Cormier (Bergeron et al, 1997). Ainsi, ce questionnaire permet de coter les comportements observables des clients toxicomanes en traitement selon la vision des intervenants. Il est composé de vingt sept items répartis selon trois échelles spécifiques, soit : les comportements d'engagement (treize items), les comportements d'opposition ou qui manifestent une résistance à l'engagement (huit items) de même que l'attitude générale en traitement des usagers (six items). Les items sont cotés sur une échelle variant de 1 (totalement en désaccord) à 6 (totalement en accord), sauf pour l'échelle de l'attitude générale qui, elle, est construite selon le principe du différenciateur systématique<sup>38</sup>. À la fin du questionnaire, les intervenants sont invités à faire un pronostic des probabilités de persévérance et de réussite du client dans son traitement. Ce pronostic met donc en évidence la détermination du client dans sa démarche de traitement, qui lui

---

<sup>37</sup> Cette technique consiste à former un groupe d'individus (comité) qui aura pour tâche de traduire le test, question par question, tout en portant une attention à la qualité de la traduction. Ce questionnaire traduit sera ensuite transposé dans sa langue originale et comparé avec le questionnaire original à titre de comparaison. Les individus formant le comité doivent porter une attention à la traduction et prendre en considération les commentaires formulés par tous (Geisinger, 1994).

<sup>38</sup> Le principe du *différenciateur systématique* permet de porter une attention particulière sur la signification qu'une personne va donner à un mot ou un concept tout en permettant de mesurer l'attitude des gens quant à leur image personnelle et sociale. Ainsi, des adjectifs bipolaires (ex : bon – mauvais) sont utilisés aux extrémités d'une échelle, séparés par des niveaux de gradation (Osgood, Suci et Tannenbaum, 1957).

permettra de se sortir finalement de ses problèmes de consommation (Brochu et al., 2004). En ce qui concerne ses qualités psychométriques, ce questionnaire présente pour les trois échelles des coefficients de consistance interne supérieurs à 0,80 (Bergeron et al, 1997).

#### **2.2.3.5 Le questionnaire sur les raisons de fin de traitement, complété par les clients**

Le questionnaire sur les raisons de fin de traitement, complété par les clients, a été construit en 1996 par Cournoyer, Bergeron, Brochu et Landry lors d'une recherche sur la persévérance en traitement réalisée au centre Domrémy-Montréal. Ce questionnaire permet donc de recueillir des informations sur les facteurs en cause dans l'arrêt de la thérapie selon le point de vue des clients, notamment en regard de la modalité de fin de traitement des usagers (ex : entente ou non avec le thérapeute) et sur les raisons qui justifient l'arrêt du traitement (ex : manque de motivation, rechute, insatisfaction en regard de la thérapie, arrêt des pressions judiciaires) (Brochu et al., 2004). La validation de ce questionnaire a été réalisée auprès d'un échantillon de 581 clients au centre de réadaptation Domrémy-Montréal.

#### **2.2.4 Concepts et opérationnalisation**

La variable dépendante de l'étude, soit la persévérance en traitement, est évaluée selon trois modalités : le nombre de jours, le nombre d'heures ainsi que l'intensité de l'intervention suivie par les usagers. Ainsi, le nombre d'interventions significatives est compilé à l'aide des notes au dossier de chaque client. Par conséquent, le nombre de jours indique le laps de temps écoulé entre l'ouverture du dossier et la date de la dernière intervention effectuée alors que le nombre d'heures réfère au temps de traitement reçu par un individu, ce qui inclut la période d'évaluation, les heures de groupe, les heures de thérapie individuelle, etc. Finalement, l'intensité du traitement correspond au ratio du nombre d'heures sur le nombre de jours. Ainsi, puisque les établissements de réadaptation consignent les activités thérapeutiques dans le dossier clinique de chaque usager, il nous a été possible de consulter les dossiers des clients avec leur permission. Cette méthode de cueillette des résultats a été validée par Brochu, Landry, Bergeron et Chiochio

(1995) et repose sur la fiabilité des dossiers de chaque usager de rendre compte avec justesse de la nature et de la quantité des interventions effectuées dans les centres.

Par la suite, une discussion avec les chefs de programmes des différents milieux d'intervention a permis de déterminer une équivalence entre les activités thérapeutiques offertes ainsi que leur durée. De ce fait, pour l'ensemble des centres, une durée moyenne en temps a été déterminée pour chaque activité (ex : un appel téléphonique, 10 minutes; rencontre initiale de groupe, 2 heures; évaluation psychologique, 2 heures). Lors de la compilation des activités cliniques, les chercheurs ont pris soin de faire une distinction entre les activités de groupe et celles individuelles, de même qu'au niveau des activités reçues en phase résidentielle et celles en phase externe dans le but de raffiner certaines analyses sur des modalités de traitement plus spécifiques.

#### **2.2.5 Analyses statistiques**

Les données de cette étude seront traitées à l'aide du logiciel statistique SPSS, version 12.0. Diverses analyses statistiques seront réalisées afin de répondre aux quatre objectifs principaux de l'étude. Tout d'abord, afin de répondre au premier objectif, des analyses univariées seront réalisées afin de décrire les traits de personnalité des individus de l'échantillon. Il sera ainsi possible de dresser un portrait général des 157 hommes toxicomanes judiciairisés quant aux principaux traits distinguant les délinquants des non délinquants. Par la suite, afin de créer différents profils d'adaptation psychologiques, une analyse taxinomique de type K-Means (clusters) sera effectuée, en faisant usage des neuf traits de personnalité de l'Inventaire de Jesness. Ainsi, cette analyse va permettre de diviser les 157 toxicomanes judiciairisés en sous-groupes relativement homogènes sur le plan de leur adaptation psychologique.

Par la suite, afin de répondre à notre second objectif, une analyse bivariée (Khi carré) sera faite dans le but de décrire le lien entre la motivation au changement ainsi que les profils générés. Étant donné que ces deux variables sont nominales, cette analyse s'avère la plus adéquate (Rubin et Babbie, 1993). D'un autre côté, un

ONEWAY permettra de décrire le lien entre l'engagement en traitement (variable intervalle) et les profils d'adaptation psychologique (variable nominale) en raison de la nature de ces variables (Rubin et Babbie, 1993).

Ensuite, le troisième objectif de l'étude permettra de connaître l'impact des profils d'adaptation psychologique, de la motivation au changement et de l'engagement sur la persévérance en traitement. Tout d'abord, afin de décrire la persévérance en traitement des usagers selon le nombre de jours, d'heures et l'intensité, une analyse univariée permettra de donner une brève description de la rétention de l'ensemble des clients. Par la suite, des analyses bivariées seront réalisées en faisant usage de tests non paramétriques (Kruskal Wallis et U de Mann Withney), en raison du fait que les variables associées à la persévérance en traitement ne respectent pas les critères de la courbe normale (Rubin et Babbie, 1993). Finalement, le lien entre l'engagement en traitement ainsi que la persévérance sera évalué avec une analyse corrélationnelle (Pearson), en raison du fait que les deux variables sont intervalles (Rubin et Babbie, 1993; Trudel et Antonius, 1991).

Finalement, afin de répondre au dernier objectif de notre étude, des analyses bivariées seront réalisées. D'abord, entre la motivation au changement et la persévérance en traitement (U de Mann Withney) et ensuite entre l'engagement et la persévérance en traitement (Corrélations de Pearson). En raison de l'impossibilité de réaliser des analyses ANOVA, l'usage de la fonction « scinder les fichiers » à l'aide du logiciel informatique SPSS 12.0, permettra d'établir si des liens significatifs peuvent être obtenus entre la motivation au changement ou l'engagement en traitement et la persévérance en traitement, et ce, en fonction des différents profils d'adaptation psychologique.

#### **2.2.6 Avantages et limites de la méthodologie choisie**

Chaque nouvelle étude est composée d'avantages et de limites. En ce sens, la présente section tentera d'exposer ceux présents dans le cadre de cette recherche.

### **2.2.6.1 Avantages**

L'un des avantages les plus importants de la présente étude tient compte de son échantillon. En effet, la présente banque de données, étant constituée d'hommes toxicomanes judiciairisés entreprenant une démarche de traitement dans l'un des cinq centres publics de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes du Québec, présente un fort pouvoir de généralisation quant à l'ensemble de cette clientèle. Dans ce sens, il s'avère que plus de 50% de la clientèle toxicomane du Québec se retrouvent dans ces cinq principaux centres. Bien qu'elle ne se concentre que sur une clientèle spécifique, soit les contrevenants, ses données permettent de comprendre le fonctionnement général des toxicomanes judiciairisés en traitement au Québec, notamment sur la base de leur profil d'adaptation psychologique, de leur motivation de même que sur d'autres informations de nature biopsychosociale.

Ensuite, un second avantage pourrait faire référence aux outils utilisés afin de recueillir les données. De ce fait, l'Inventaire de personnalité de Jesness est pertinent car il permet de bien cerner les traits de personnalité, souvent observés chez les délinquants, étant donné son adaptation initiale pour ce type de clientèle (Trudeau-Le Blanc et Le Blanc, 2001). En raison du fait qu'il est composé d'échelles discriminant les caractéristiques prédictives d'une structure de personnalité délinquante, il est alors avantageux de l'utiliser auprès d'une clientèle judiciairisée afin de voir l'importance des divers profils. De plus, grâce à ces questions non complexes, de type vrai ou faux, ce questionnaire permet de livrer directement la pensée des usagers. D'un autre côté, l'IGT est adéquat afin de mesurer la gravité des diverses sphères de la vie des individus affectés par la consommation de substances. Son utilisation dans la plupart des centres publics de réadaptation du Québec vient d'ailleurs le prouver (Landry, Bergeron et Brochu, 1998).

### **2.2.6.2 Limites**

Il demeure néanmoins que certaines limites affectent la méthodologie utilisée. Tout d'abord, bien qu'il ait été mentionné que l'échantillon étudié était avantageux en raison du fait qu'il représentait bien l'ensemble des personnes judiciairisées en

centre de réadaptation, il s'avère toutefois que les données ne seront pas généralisables aux personnes qui ne fréquentent pas ces centres et qui, au contraire, fréquentent les programmes d'intervention en milieu carcéral (Lefebvre, 2000). Dans un même ordre d'idées, le faible nombre de femmes constituant l'échantillon de l'étude initiale (n=16) a fait en sorte que notre recherche s'est attardée exclusivement à la clientèle masculine et, par conséquent, les résultats obtenus ne seront pas transposables à la clientèle féminine présente dans les centres de réadaptation.

Ensuite, des limites sont à noter quant aux principaux outils de recherche utilisés. Ainsi, il s'avère en premier lieu que la notion de personnalité de l'Inventaire de Jesness ne doit pas être vue comme une représentation de l'ensemble de la personnalité d'un individu. Les traits évalués sont en lien avec des aspects qui se retrouvent sous le terme de personnalité délinquante ou antisociale et, en aucun cas, ne peuvent être vus comme représentatifs de l'ensemble de la personnalité d'un individu (Trudeau-Le Blanc et Le Blanc, 2001). En second lieu, il est à noter que le questionnaire de motivation au changement de même que celui de l'engagement des clients en traitement ont fait preuve de peu d'études dans le but d'évaluer leurs qualités psychométriques pouvant alors affecter la validité de nos résultats. En outre, étant donné l'usage d'un questionnaire ne faisant référence qu'à une seule composante de la motivation au traitement, soit l'engagement, seules des suppositions quant au degré de motivation en traitement de la clientèle pourront être déduites, suite à des analyses prenant en considération l'ensemble de ses composantes (entrée, engagement et persévérance en traitement).

Dans un dernier temps, il s'avère qu'il faut rester prudent en ce qui concerne la passation de questionnaires auto révélés, tels qu'utilisés dans le cadre de la présente étude, et plus particulièrement lorsque ceux-ci sont administrés dans un contexte de pressions judiciaires au moment de la demande de service. Il se présente alors l'éventualité que les usagers cherchent à dissimuler les véritables informations afin de mieux paraître ou encore pour normaliser leur vécu, par peur des sanctions potentielles infligées par le système pénal (Goldstein, Friedman, Neaigus,

Ildefonso et Curtis, 1995). Toutefois, une étude de Landry, Brochu et Bergeron (1999) démontre que les données obtenues par cette clientèle sont valides et fiables.

Suite à cette démarche méthodologique finement exposée, il est maintenant temps de se tourner vers les analyses des données obtenues auprès de notre échantillon dans le but de répondre à nos divers objectifs. L'interprétation des résultats intégrée aux différentes analyses permettra de mieux rendre compte des liens à établir afin d'avoir une vision précise quant à la portée de notre étude.

**Chapitre 3**  
**Analyse et interprétation des résultats**

Le présent chapitre, divisé en quatre sections spécifiques, permet de mettre en lumière les résultats des principales analyses effectuées afin de répondre aux objectifs de l'étude. Ainsi, la première section de ce chapitre décrit les traits de personnalité, obtenus par l'Inventaire de personnalité de Jesness, de même que les profils d'adaptation psychologique des hommes toxicomanes judiciairisés de l'échantillon. La seconde section met en perspective la motivation au changement, l'engagement en traitement des individus et leur lien avec les divers profils formés. Ensuite, la troisième section fait état du lien entre la persévérance en traitement et les divers facteurs à l'étude (profils, motivation au changement et engagement en traitement). Finalement, la dernière section consiste en la présentation d'un modèle théorique inédit permettant de mieux comprendre les liens entre les profils d'adaptation psychologique, la motivation au changement et l'engagement sur la persévérance en traitement. L'ensemble de ces analyses permettra d'avoir une vision plus éclairée sur certains déterminants de la persévérance en traitement auprès d'un groupe d'hommes toxicomanes judiciairisés ayant fait appel à un centre public de réadaptation afin de les aider à régler leurs problèmes d'alcoolisme et de toxicomanies.

### **3.1 Portrait de la personnalité des hommes toxicomanes judiciairisés : traits et profils**

L'Inventaire de personnalité de Jesness est un outil permettant d'évaluer une propension à la délinquance chez divers groupes d'individus. En effet, selon cet inventaire, la zone de normalité est située entre les scores 40 et 60. Par conséquent, un score en dessous de 40 indique que l'individu présente un problème de dépendance et un manque d'autonomie, alors qu'un score au-dessus de 60 signifie que l'individu est atteint d'un problème sérieux face à un trait, l'empêchant alors de fonctionner adéquatement. De façon générale, il a été remarqué une certaine combinaison de traits retrouvée chez les personnes fortement impliquées dans la délinquance (Trudeau-Le Blanc et Le Blanc, 2001). Ainsi, la présence de traits de mésadaptation sociale, d'orientation aux valeurs, d'autisme, d'aliénation et d'agressivité manifeste dans la zone au-dessus de 60, de traits de retrait et d'anxiété sociale dans la zone de normalité de même que de refoulement et de déni dans la zone en dessous de 40 sont typiques de ceux présentant une forte personnalité

délinquante. Il est toutefois possible de croire qu'en raison de la double problématique de consommation et de délinquance des hommes de la présente étude, l'arrangement des traits pourra être différent de celui noté chez les personnes ne présentant qu'une seule problématique de délinquance.

Pour appuyer cette hypothèse, Tap (1993) a noté que les personnes toxicomanes étaient affectées par une certaine humeur dépressive qui peut se manifester dans leurs relations interpersonnelles. Selon lui, la toxicomanie apparaît comme une réaction face à la dépressivité. Cette dernière serait par le fait même associée à un fonctionnement psychologique égocentrique (Le Blanc, Girard et Langelier, 1995), expliquant ainsi les problèmes relationnels qui pourraient être reliés à certains traits de personnalité. D'ailleurs, ces constats pourront fournir un cadre d'interprétation intéressant en regard des résultats qui seront obtenus chez les toxicomanes judiciairisés à l'étude.

### **3.1.1 Description des traits de personnalité des hommes toxicomanes judiciairisés**

Tel que prévu, les données recueillies à l'aide de l'Inventaire de personnalité de Jesness, auprès des 157 hommes toxicomanes judiciairisés de l'échantillon, permettent de rendre compte de la forte prédominance de certains traits de personnalité particulièrement retrouvés chez les délinquants (Tableau IV).

Les résultats obtenus démontrent une problématique importante (score moyen >60) chez les usagers concernant les principaux traits de personnalité du Jesness : mésadaptation sociale, orientation aux valeurs, autisme, aliénation, agressivité manifeste et retrait. En effet, le score moyen des individus se retrouve, pour l'ensemble de ces traits de personnalité, au-dessus de la zone de normalité. De plus, il est à noter que le score moyen le plus élevé concerne le trait d'orientation aux valeurs ( $\bar{x} = 63,37$  ;  $\text{é.t.} = 11,17$ ), où plus de 60% des individus affichent un score au-dessus de la zone de normalité. Par ailleurs, il s'avère que les scores au-dessus de la normalité pour les traits de personnalité mentionnés précédemment sont en concordance avec le profil distinctif retrouvé chez les individus particulièrement ancrés dans la délinquance (Trudeau-Le Blanc et Le Blanc, 2001).

**Tableau IV**  
**Prévalence des traits de personnalité de l'Inventaire de Jesness chez les hommes toxicomanes judiciairisés**

Traits de personnalité	Score moyen <sup>39</sup>	Écart type	% des scores en-dessous de 40	% des scores dans la normalité (entre 40 et 60)	% des scores au-dessus de 60
Mésadaptation sociale	63,03	10,94	---	43,31	56,69
Orientation aux valeurs	63,37	11,17	---	39,49	60,51
Autisme	62,40	12,51	---	47,78	52,22
Aliénation	60,74	12,78	---	46,49	53,51
Agressivité manifeste	62,36	9,40	---	43,95	56,05
Retrait	60,82	10,88	---	43,95	56,05
Anxiété sociale	58,99	5,78	---	50,96	49,04
Refoulement	50,63	6,81	0,64	87,26	12,10
Déni	53,87	3,42	---	97,45	2,45

Ensuite, le score moyen à l'échelle d'anxiété sociale, se situant à la frontière supérieure de la zone de normalité ( $\bar{x} = 58,99$  ; é.t. 5,78), démontre l'existence d'une *tendance* qui est tolérable chez les usagers, mais ne faisant pas nécessairement allusion à un dysfonctionnement significatif quant à ce trait. Toutefois, il est tout de même important de noter que ce dernier trait, tout comme celui de retrait, affiche dans le cadre de notre étude, des scores plus élevés que ceux retrouvés chez les individus ne présentant qu'une problématique de délinquance (Trudeau-Le Blanc et Le Blanc, 2001). Cette observation pourrait s'expliquer par la double problématique de consommation de substances psychoactives et de délinquance auprès du présent échantillon. Ces résultats peuvent donc être interprétés par la théorie de Tap (1993), affirmant que la toxicomanie est souvent

<sup>39</sup> Le score moyen fait référence à la moyenne obtenue pour chaque trait de personnalité pour l'ensemble des hommes de l'étude.

associée à la dépressivité, qui par le fait même a un impact sur les relations interpersonnelles. Cette dernière situation, de niveau social, pourrait donc se refléter par un malaise en présence d'autrui (anxiété sociale) et, par conséquent, inciter à l'isolement (retrait). En effet, il est possible de soutenir ce constat par le fait que 73,89% des personnes toxicomanes judiciairisées de l'échantillon vivent sans conjointe.

En outre, il est étonnant de soulever que 87,26% et 97,45% des hommes se retrouvent respectivement dans la *zone de normalité* pour les échelles de refoulement ( $\bar{x} = 50,63$  ; é.t. 6,81) et de déni ( $\bar{x} = 53,87$  ; é.t. = 3,42), n'indiquant pas un dysfonctionnement majeur de la personnalité face à ces mécanismes de défense. Or, des scores en dessous de 40 pour ces traits caractérisent les individus fortement impliqués dans la délinquance (Trudeau-Le Blanc et Le Blanc, 2001). En raison de ces résultats, il est alors possible de croire que les toxicomanes judiciairisés de l'échantillon ne présentent pas une personnalité délinquante typique, particulièrement en ce qui concerne ces traits.

D'un autre côté, afin de comprendre davantage la problématique psychologique des toxicomanes judiciairisés à l'étude, il est intéressant de tenir compte de la fréquence des hommes se situant au-dessus de la zone de normalité. Bien que le score moyen puisse offrir un aperçu global de la personnalité associée à la délinquance, il est à noter qu'une mesure de tendance centrale, quelle qu'elle soit, ne rend pas toujours bien compte des différents groupes d'individus qui la constituent<sup>40</sup>. Toutefois, l'observation de la fréquence des hommes se situant au-dessus de la zone de normalité vient aussi confirmer un dysfonctionnement quant aux mêmes traits présentés précédemment ; mésadaptation sociale (56,69%), orientation aux valeurs (60,51%), autisme (52,22%), aliénation (53,51%), agressivité manifeste (56,05%) et retrait (56,05%). Il est donc intéressant de faire une comparaison avec la population générale, alors que 68,26% des individus se situent dans la zone de normalité par rapport à ces traits (Trudeau-Le Blanc et Le Blanc, 2001). Ce constat prouve donc une adaptation psychologique dysfonctionnelle pour les toxicomanes

---

<sup>40</sup> Il est possible d'affirmer cet aspect en raison du fait que les écarts-types élevés pour chacun des traits prouvent la présence de scores extrêmes qui viennent déplacer la moyenne, pouvant alors fausser les résultats.

judiciarisés de l'échantillon. Par ailleurs, il est important de noter que tous ces résultats sont conformes avec ceux obtenus dans l'étude de Germain et al. (2001), réalisée auprès d'un échantillon de personnes toxicomanes judiciarisées en traitement au Centre Dollard-Cormier.

Quoi qu'il en soit, les scores moyens et les fréquences au-dessus de la zone de coupure ( $> 60$ ) livrent un portrait plutôt général des hommes de l'échantillon puisque tous ne se regroupent pas selon un profil de personnalité unique. En effet, tel que mentionné précédemment, il existe des amplitudes importantes quant aux écarts types autour de la moyenne, expliquant alors que certains individus présentent des scores faibles et d'autres très élevés. De ce fait, la prochaine section tentera de construire des profils d'adaptation psychologique distincts chez les hommes à l'étude, en faisant usage des traits de la personnalité mentionnés précédemment.

### **3.1.2 Description des profils d'adaptation psychologique des hommes toxicomanes judiciarisés**

Dans le but d'offrir une vision davantage clinique des individus de l'échantillon, divers profils d'adaptation psychologique<sup>41</sup> ont été créés à l'aide de l'analyse taxinomique (clusters). Ces analyses s'avèrent intéressantes afin de regrouper l'ensemble des individus en des groupes relativement homogènes en fonction de quelques-unes de leurs caractéristiques (Bergman, 2000).

Afin de réaliser ces profils, l'ensemble des traits de personnalité du Jesness ont été utilisés. Par ailleurs, l'ajout de variables autres que les traits de personnalité (ex : scores composés de l'IGT) occasionnait une diminution de la variance expliquée,

---

<sup>41</sup> En raison du fait que les profils mettent en évidence une gradation de la structure de la personnalité associée à la délinquance plutôt que des types caractéristiques de personnalité, il a été convenu de les nommer profils d'adaptation psychologique. Par conséquent, l'adaptation psychologique pourrait être décrite comme faisant état de l'harmonie entre les besoins internes et les demandes externes de même que du processus utilisé par un individu afin d'atteindre cet état. Dans ce sens, une bonne adaptation permet de répondre adéquatement au monde qui nous entoure (Friedman et Rusches, 1999).

confirmant d'autant plus la nécessité de prendre uniquement ces traits en considération<sup>42</sup>.

Ainsi, les différentes analyses ont suggéré que la solution à quatre profils, produite à l'aide de l'analyse k-means, était la plus adéquate. En effet, cette méthode de classification, faisant usage d'un algorithme itératif et mesurant la distance euclidienne au carré dans le but de déterminer les centres finaux les plus près entre les profils, est à favoriser pour les groupes de près de 200 individus, donc appropriée au présent échantillon. Elle a également été choisie en raison du fait qu'elle est plus flexible et alloue un pouvoir décisionnel plus grand dans le choix des classes (Rubin et Babbie, 1993). La figure 4 présente donc graphiquement les quatre profils générés par cette analyse taxinomique.

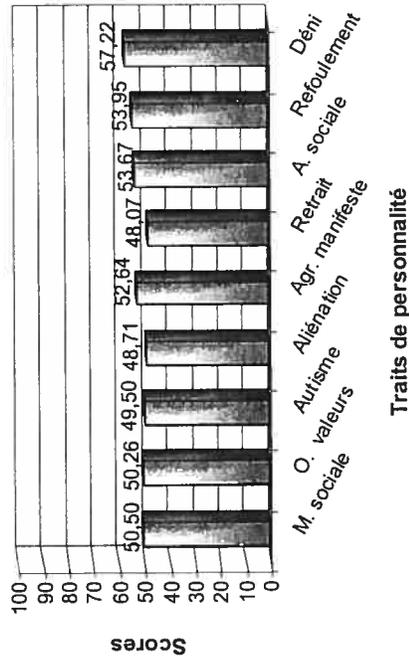
Or, nous sommes tout à fait conscient qu'en raison de ce choix de classes davantage flexible, une analyse plus rigoureuse doit être réalisée afin d'expliquer une préférence à l'égard d'une solution particulière. Tout d'abord, les analyses relatives à la stabilité des solutions ont mis en évidence que celle à quatre profils était adéquate étant donné sa stabilité à travers toutes les solutions générées et qu'elle mettait en évidence la présence d'un nouveau profil plus précis, jadis absent dans la solution à trois profils<sup>43</sup> (profil d'adaptation psychologique antisociale). De plus, cette solution choisie est demeurée stable en répétant les analyses avec deux sous échantillons aléatoires, faisant en sorte que les mêmes profils étaient identifiables. En outre, au moins 5% des hommes se retrouvent dans chacun des profils (Speece, 1994), ce qui s'avère adéquat afin de s'assurer de la réalité des profils et, d'autant plus, pour obtenir des résultats significatifs dans des analyses subséquentes.

---

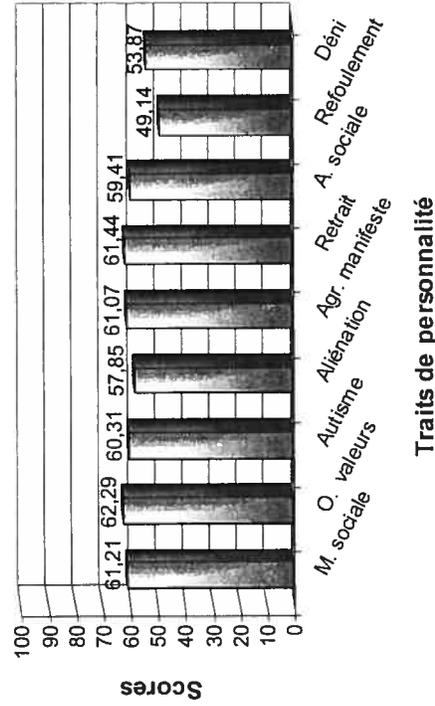
<sup>42</sup> Des analyses ont été réalisées en combinant les divers traits de personnalité du Jesness de même que les scores composés de l'IGT. Or, le pourcentage de variance expliquée variait entre 35% et 40% pour des solutions de 2 à 5 profils. En outre, étant donné que les échelles du Jesness et de l'IGT sont différentes (nécessitant une transformation en scores Z) et que seuls les scores du Jesness sont standardisés en fonction du sexe et de l'âge des sujets, l'interprétation graphique des différents profils s'avérait complexe et sujette à plusieurs erreurs. En raison de ces difficultés, l'option d'intégrer à la fois les échelles du Jesness et de l'IGT a dû être mise de côté.

<sup>43</sup> Les solutions de 2, 3 et 5 profils d'adaptation psychologique sont présentées en annexe 6.

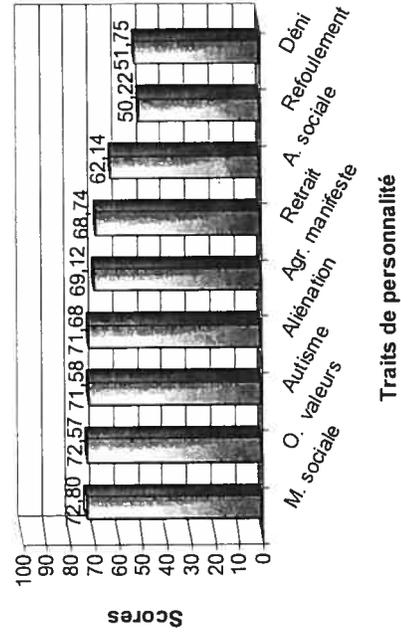
**Adaptation normale**  
n=45



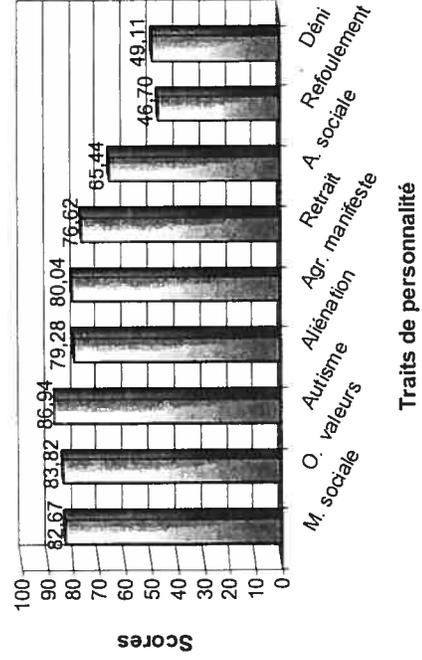
**Adaptation marginale**  
n=56



**Adaptation psychologique asociale**  
n=44



**Adaptation psychologique antisociale**  
n=12



**Figure 4 : Présentation graphique des 4 profils d'adaptation psychologique des toxicomanes judiciairisés de l'échantillon, composés à partir des neuf traits de l'Inventaire de personnalité de Jesness**

Ensuite, le total de variances expliquées a été calculé pour les solutions de deux à cinq profils. Il s'est avéré que la solution à quatre profils expliquait 70,50% de la variance, ce qui est satisfaisant, étant donné qu'une bonne solution doit être en mesure d'expliquer approximativement les deux tiers de la variance (Bergman, 1998). Bien que la solution à cinq profils expliquait davantage de variance (74,50%), tel que mentionnés précédemment, malheureusement, certains groupes se distinguaient plus difficilement lors des analyses à *posteriori*, comparativement à la solution à quatre profils. En effet, la solution à cinq profils ne faisait que séparer un groupe en deux similaires qui ne se distinguaient significativement que sur une minorité de traits.

Dans cet ordre d'idées et dans le but de s'assurer que les divers profils se distinguent bien entre eux, des analyses à *posteriori* ont été réalisées pour la solution à quatre profils (effectuées en utilisant le test conservateur de Scheffé). Il s'avère que des différences significatives sont présentes pour la majorité des traits de personnalité de l'Inventaire de Jesness. En effet, le tableau V met clairement en évidence les différences significatives entre les quatre profils d'adaptation psychologique en fonction de chacun des traits de personnalité. Ainsi, seuls les traits d'anxiété sociale et de refoulement ne semblent pas se distinguer significativement pour l'ensemble des groupes. Plus particulièrement, les profils d'adaptation asociale et antisociale ne sont pas significativement différents pour le trait d'anxiété sociale et de refoulement. En outre, sur ce dernier trait, les profils d'adaptation normale et asociale, marginale et asociale de même que marginale et antisociale ne se distinguent pas de façon significative. Bref, le trait de refoulement est celui qui discrimine moins bien les divers profils.

Finalement, en ce qui concerne la validité externe, des ONEWAY ANOVA ont été exécutés entre les quatre profils d'adaptation psychologique et les scores composés de l'IGT. De telles analyses ont pu être réalisées en raison du fait que la majorité des variables reliées aux scores composés respectent les critères de la courbe normale (Rubin et Babbie, 1993). Les résultats sont exposés au tableau VI.

**Tableau V**  
**Résultats des analyses *à posteriori*<sup>44</sup> entre les divers profils d'adaptation psychologique**  
**et les neuf traits de personnalité de l'Inventaire de Jesness**

	Adaptation normale VS marginale	Adaptation normale VS asociale	Adaptation normale VS antisociale	Adaptation marginale VS asociale	Adaptation marginale VS antisociale	Adaptation asociale VS antisociale
Mésadaptation sociale	***	***	***	***	***	***
Orientation aux valeurs	***	***	***	***	***	***
Autisme	***	***	***	***	***	***
Aliénation	***	***	***	***	***	*
Agressivité manifeste	***	***	***	***	***	***
Retrait	***	***	***	***	***	***
Anxiété sociale	***	***	***	*	***	---
Refoulement	**	---	**	---	---	---
Déni	***	***	***	***	***	**

\* = p < 0,05

\*\* = p < 0,01

\*\*\* = p < 0,001

<sup>44</sup> Le présent tableau est une simplification du tableau obtenu à l'aide du logiciel informatique SPSS 12.0, suite à des tests de comparaison *à posteriori* de Scheffé. Ainsi, les variables dépendantes étaient les neuf traits de personnalité alors que le critère était la variable constituée des quatre profils de personnalité. Les résultats sont donc présentés dans le tableau V.

**Tableau VI**  
**Liens entre les quatre profils d'adaptation psychologique et les scores composés de l'IGT**

Scores composés	Adaptation normale	Adaptation marginale	Adaptation asociale	Adaptation antisociale	F	Différences intergroupes
<b>Alcool</b>	N= 45 $\bar{X}$ = 0,27 é.t.= 0,24	N= 56 $\bar{X}$ = 0,28 é.t.= 0,26	N= 44 $\bar{X}$ = 0,32 é.t.= 0,28	N= 12 $\bar{X}$ = 0,37 é.t.= 0,28	,66	
<b>Drogues</b>	N= 45 $\bar{X}$ = 0,09 é.t.= 0,11	N= 56 $\bar{X}$ = 0,10 é.t.= 0,11	N= 44 $\bar{X}$ = 0,14 é.t.= 0,12	N= 12 $\bar{X}$ = 0,19 é.t.= 0,11	3,15*	
<b>Médical</b>	N= 45 $\bar{X}$ = 0,18 é.t.= 0,29	N= 56 $\bar{X}$ = 0,21 é.t.= 0,29	N= 44 $\bar{X}$ = 0,31 é.t.= 0,35	N= 12 $\bar{X}$ = 0,38 é.t.= 0,38	2,14	
<b>Famille et relations interpersonnelles</b>	N= 45 $\bar{X}$ = 0,15 é.t.= 0,16	N= 56 $\bar{X}$ = 0,23 é.t.= 0,20	N= 44 $\bar{X}$ = 0,29 é.t.= 0,25	N= 12 $\bar{X}$ = 0,28 é.t.= 0,14	3,71*	normale et asociale *
<b>Psychologique</b>	N= 45 $\bar{X}$ = 0,19 é.t.= 0,19	N= 56 $\bar{X}$ = 0,25 é.t.= 0,22	N= 44 $\bar{X}$ = 0,46 é.t.= 0,23	N= 12 $\bar{X}$ = 0,46 é.t.= 0,18	15,09***	normale et asociale *** normale et antisociale ** marginale et asociale *** marginale et antisociale *
<b>Emploi et ressources</b>	N= 45 $\bar{X}$ = 0,63 é.t.= 0,31	N= 56 $\bar{X}$ = 0,69 é.t.= 0,32	N= 44 $\bar{X}$ = 0,68 é.t.= 0,30	N= 12 $\bar{X}$ = 0,80 é.t.= 0,30	1,09	
<b>Légal</b>	N= 45 $\bar{X}$ = 0,44 é.t.= 0,21	N= 56 $\bar{X}$ = 0,36 é.t.= 0,22	N= 44 $\bar{X}$ = 0,42 é.t.= 0,23	N= 12 $\bar{X}$ = 0,33 é.t.= 0,21	1,49	

\* = p<0,05 \*\* = p<0,01 \*\*\* = p<0,001 Homogénéité de variance : Levene significatif pour famille\*

Il est alors intéressant de noter que des différences significatives sont présentes pour les échelles drogues<sup>45</sup> ( $F=3,15$  ;  $p=0,03$ ), famille et relations interpersonnelles ( $F=3,71$  ;  $p=0,01$ ) de même que psychologique ( $F=15,09$  ;  $p=0,00$ ).

Par ailleurs, les analyses *à posteriori* ont révélé que les profils se distinguaient de façon significative selon certains scores composés de l'IGT. De ce fait, les profils d'adaptation normale et asociale se distinguent significativement ( $p<0,05$ ) pour le score composé famille et relations interpersonnelles. Ensuite, le score composé psychologique met en place des différences significatives pour la quasi majorité des profils, soit les profils d'adaptation normale et asociale ( $p<0,001$ ), normale et antisociale ( $p<0,01$ ), marginale et asociale ( $p<0,001$ ) de même que marginale et antisociale ( $p<0,05$ ). La littérature scientifique suggère, par ailleurs, quelques pistes d'interprétation afin de mieux comprendre ces relations particulièrement significatives en regard du score composé psychologique. Ainsi, certaines études ont associé le score composé psychologique de l'IGT à la détresse psychologique d'un individu, étant donné que cette échelle permet de tenir compte des problèmes de nature psychologique vécus chez l'individu au cours des 30 derniers jours. Or, il a été observé que la détresse psychologique était directement associée à la gravité de la consommation de substances psychoactives (Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 1999 ; Landry, 2001). Ces résultats sont par le fait même constatés au tableau VI et plus particulièrement en ce qui concerne la consommation de drogues, qui affiche des résultats significatifs entre les divers profils. Plus la consommation de substances est importante et plus la détresse psychologique des individus augmente. D'ailleurs, il est à ajouter que les études relatives à la détresse psychologique ont rapporté que cette dernière stimule la motivation au changement (Prochaska et al., 1994) et, du même coup, entraîne des conséquences favorables sur la persévérance et l'efficacité du traitement (Ryan et al., 1995 ; Simoneau et al.,

---

<sup>45</sup> Dans un même ordre d'idées, bien que des différences significatives ne soient pas présentes entre les groupes en ce qui concerne la substance causant le problème majeur de toxicomanie ( $p>0,05$ ), il est tout de même possible de mentionner que la majorité des usagers de chacun des profils éprouvent des problèmes de consommation d'alcool et de drogues. Par le fait même, la cocaïne et le cannabis sont les drogues causant généralement des problèmes auprès des hommes de chacun des profils. Tel que démontré dans diverses études (Brochu et al., 1999b ; Plourde, 2001 ; Plourde et Brochu, 2002 ; Pernanen et al., 2002), ces deux substances s'avèrent, par ailleurs, celles qui sont généralement les plus consommées auprès des personnes judiciairisées.

1999). Les analyses subséquentes permettront donc de valider la portée de ces résultats pour le présent échantillon.

Il est maintenant possible de décrire, d'un point de vue davantage clinique, ces différentes typologies. En effet, le guide de Trudeau-Le Blanc et Le Blanc (2001), portant sur la traduction québécoise de l'Inventaire de personnalité de Jesness, a permis de comprendre le sens relatif de chaque trait de personnalité de même que des combinaisons possibles entre les traits, en fonction des scores à l'intérieur ou à l'extérieur de la zone de normalité. Des explications supplémentaires seront également apportées pour chacun de ces profils d'adaptation psychologique en regard des résultats des scores composés de l'IGT, mentionnés précédemment, de même qu'avec les quatre profils de développement psychologique obtenus dans l'étude de Morizot et Le Blanc (2005), étant donné leurs similarités avec ceux de la présente étude. Ce dernier aspect atteste d'autant plus le choix de la solution à quatre profils.

Or, tel que mentionné précédemment, il est nécessaire de noter que tous les profils affichent des scores dans la zone de normalité (entre 40 et 60), pour les traits de refoulement et de déni. Cette observation permet d'apporter davantage d'explications quant à la personnalité des toxicomanes judiciairisés de l'échantillon. Ainsi, ce sont des individus qui ne sont pas réticents à reconnaître les événements déplaisants de la réalité quotidienne (déni) et n'excluent pas de leur conscience les sentiments et les émotions qu'ils devraient normalement ressentir (refoulement), comparativement aux individus fortement ancrés dans une problématique de délinquance (Trudeau-Le Blanc et Le Blanc, 2001).

**Profil 1**  
**Adaptation psychologique normale**  
 (n=45)

Ce profil regroupe 28,66% de l'ensemble des hommes de l'échantillon. Les individus faisant partie de ce profil présentent des scores dans la zone de normalité pour la totalité des traits de personnalité, d'où l'appellation de leur profil comme étant normal. Par ailleurs, les résultats des analyses à *posteriori* (Tableau V) démontrent qu'ils sont différents significativement pour l'ensemble des traits de

personnalité, et ce, avec tous les autres profils. Ils présentent ainsi peu de problèmes psychologiques ( $\bar{x} = 0,19$  ;  $\text{é.t.} = 0,19$ ) en comparaison avec les autres usagers, tel que remarqué au tableau VI.

Bref, les hommes faisant partie de ce groupe sont caractérisés par une bonne estime et un bon concept de soi comparativement à ceux des autres profils. Ils connaissent mieux les règles sociales et interpersonnelles, en plus de s'y conformer. De plus, ils sont dotés de la capacité de s'adapter aux imprévus, de prendre des décisions par eux-mêmes, tout en étant capables de reconnaître leurs limites et celles des autres (autisme). Ayant du respect pour autrui (aliénation), ils sont également à l'aise en ce qui concerne leurs relations interpersonnelles, diminuant du même coup leur anxiété sociale. Ils sont d'autant plus en mesure de prendre leur place dans la société et de contrôler leur agressivité. Par conséquent, ils ont peu de problèmes dans leurs relations interpersonnelles ( $\bar{x} = 0,15$  ;  $\text{é.t.} = 0,16$ ). Contrairement à ceux des autres profils, la majorité de ces individus normalement adaptés (41,94%) présente un problème de consommation d'alcool seul, suivi d'un problème de consommation d'alcool et de drogues (32,25%). Ainsi, il pourrait être porté à croire que la présence d'une seule problématique de consommation, particulièrement l'alcool, soit associée à des effets moins importants dans les diverses sphères biopsychosociales d'un individu de même qu'à une meilleure adaptation psychologique. Afin d'appuyer ce propos, il s'avère que divers auteurs ont rapporté que les alcooliques présentaient un profil faiblement antisocial en raison de la légalité de la substance (Conway, Swendsen, Rounsaville et Merikangas, 2002 ; Le Bon, Basiaux, Streel, Tecco, Hanak, Ansseau, Pelc, Verbanck et Dupont, 2004). En outre, d'autres études ont, par le fait même, observé que les usagers de plusieurs substances affichaient un plus grand nombre de traits inadaptés, comparativement aux usagers d'une seule substance (Conway et al, 2002 ; Donovan, Soldz, Kelley et Penk, 1998 ; Quirk et McCormick, 1998). Par conséquent, ces constatations sont d'autant plus plausibles en regard des autres profils qui seront décrits prochainement.

Finalement, le profil d'adaptation psychologique normale ressemble grandement à celui de « *Communal – Normative Maturation* » obtenu dans l'étude de Morizot et

Le Blanc (2005). En effet, les individus de ce dernier profil démontrent un bon contrôle cognitif et comportemental, une bonne régulation de leurs émotions de même qu'un niveau d'extraversion normal au cours de l'adolescence. Ces traits sont d'autant plus présents à l'âge adulte, en plus d'être liés à un faible taux de comportements antisociaux comparativement aux autres groupes.

**Profil 2**  
**Adaptation psychologique marginale**  
(n = 56)

Ce profil regroupe 35,67% des hommes de l'échantillon, soit la plus grande proportion parmi l'ensemble des profils. Ceux s'y retrouvant présentent un score *légèrement* au-dessus de la zone de normalité (d'où leur nom de marginaux ou de faiblement antisociaux) pour la majorité des traits de personnalité, sauf pour ceux d'aliénation et d'anxiété sociale. Ainsi, en raison de la présence des traits de mésadaptation sociale, d'agressivité manifeste et de retrait, ce sont des individus qui sont marqués par une mauvaise estime d'eux-mêmes ainsi que par un concept de soi négatif (mais de moins grande envergure que les profils d'adaptation asociale et antisociale) qui se traduisent par une peur d'être jugés par autrui. Cet aspect peut se laisser transparaître dans un certain mal être dans leurs relations interpersonnelles (anxiété sociale à la limite de la zone de coupure). Ils apparaissent aussi réagir en fonction de leurs sentiments déplaisants (agressivité manifeste). Par ailleurs, en raison du fait qu'ils ne semblent pas toujours saisir correctement la réalité (autisme), ce sont des individus qui recourent à l'isolement (retrait). De plus, en raison de leur score un peu au-dessus de la normalité quant au trait d'orientation aux valeurs, les personnes faisant partie de ce groupe manifestent certaines difficultés à adhérer aux valeurs dominantes de la société, pouvant alors expliquer leur problématique de consommation de drogues légèrement supérieure à celle du profil normal ( $\bar{x}=0,21$  ; é.t. = 0,29).

Ces individus pourraient être comparés à ceux du profil « *Agentics – Normative Maturation* » de Morizot et Le Blanc (2005). Présentant un profil similaire aux individus normaux, ils sont toutefois dotés d'un plus haut niveau d'émotions

négatives, d'un plus faible contrôle cognitif ainsi que d'une fréquence et d'une variété de comportements délictueux un peu plus considérables que les normaux.

**Profil 3**  
**Adaptation psychologique asociale**  
 (n = 44)

Ce profil rassemble 28,03% des hommes de l'échantillon. Ceux y faisant partie affichent un score au-dessus de la zone de normalité (presque un écart type pour la majorité des échelles) pour l'entièreté des traits de personnalité. En ce sens, ces hommes exposent un profil similaire à ceux du profil d'adaptation antisociale, mais selon des scores d'une plus faible intensité. Ils pourraient, par le fait même, être considérés comme étant moyennement antisociaux en comparaison avec les autres profils. Or, tel que mentionné précédemment dans les analyses *à posteriori* (Tableau V), ces individus ne se distinguent pas du profil d'adaptation antisociale en regard de l'anxiété sociale, d'où leur réelle difficulté en ce qui concerne les relations interpersonnelles. De plus, ils semblent réagir en fonction de leurs sentiments déplaisants (agressivité manifeste) et manifestent d'autant plus une tendance à l'isolement (retrait) affectant leurs relations interpersonnelles ( $\bar{x} = 0,29$  ; é.t. = 0,25). Tout comme les hommes du profil d'adaptation antisociale, qui sera exposé plus loin, ceux-ci sont marqués d'une faible estime de soi et ne sont pas toujours en mesure de voir la réalité correctement (autisme), agissant souvent selon leurs propres désirs (aliénation). Il est donc possible de noter que ces hommes, tout comme les antisociaux, sont sans aucun doute marqués d'une dépressivité qui vient par le fait même expliquer leur consommation abusive de substances (orientation aux valeurs) et leurs problèmes psychologiques importants ( $\bar{x} = 0,46$  ; é.t. = 0,23).

En comparaison avec les profils de Maurizot et Le Blanc (2005), ces individus ressemblent grandement aux « *Undercontrolled – Delayed Maturation* », dans le sens qu'ils présentent un faible contrôle cognitif et comportemental, une pauvre régulation émotionnelle, une fréquence et une variété considérables de comportements délictueux de même qu'une importante consommation de substances psychoactives, de l'adolescence à l'âge adulte, comparativement aux deux autres

profils développés précédemment (*Normal Maturation*). Ils révèlent ainsi une maturation psychologique inadaptée de l'adolescence à l'âge adulte.

**Profil 4**  
**Adaptation psychologique antisociale**  
 (n=12)

Ce profil regroupe la plus petite proportion d'hommes de l'échantillon, soit 7,64%. Ces derniers présentent des scores largement au-dessus de la zone de normalité (près de 1 à 2 écart-types au-dessus de la moyenne) pour la totalité des traits de personnalité du Jesness. Ils manifestent visiblement, et ce, comparativement aux autres profils, une inadaptation psychologique sévère, voire une forte détresse psychologique ( $\bar{x} = 0,47$  ; é.t. = 0,18). En ce sens, ces individus sont marqués d'une très faible estime d'eux-mêmes, comparativement aux autres groupes, résultant en une perception négative de soi et d'autrui. Ils se sentent inconfortables dans leur corps et ont certaines difficultés à maîtriser leurs pulsions, dont celles agressives (agressivité manifeste). En ajout, ils affichent de graves difficultés dans leurs relations interpersonnelles de même qu'avec l'autorité, expliquant alors leur isolement important et leur anxiété sociale, tel que noté également chez les usagers du profil d'adaptation psychologique asociale. Cet isolement se laisse par ailleurs grandement remarquer par des résultats nettement au-dessus de la moyenne pour le score composé famille et relations interpersonnelles ( $\bar{x} = 0,28$  ; é.t. = 0,14). Ensuite, ces individus ne semblent pas savoir répondre adéquatement aux règles sociales, légales et interpersonnelles (orientation aux valeurs), en plus d'être à la recherche de la satisfaction de leurs propres besoins (aliénation). Par ailleurs, les hommes de ce profil dévoilent, dans une plus grande proportion (50%), un problème de consommation d'alcool *et* de drogues à la fois, constat qui pourrait être expliqué par la présence de nombreux traits inadaptés auprès de ces hommes (Conway et al, 2002 ; Donovan et al., 1998 ; Quirk et McCormick, 1998).

En outre, ces individus ressemblent beaucoup à ceux du profil « *Overcontrolled – Blocked Maturation* » de Morizot et Le Blanc (2005) en raison de leur maturation psychologique grandement inadaptée et explosive, de l'adolescence à l'âge adulte. Ainsi, ils exposent d'importantes émotions négatives de même qu'une

consommation particulièrement sérieuse de substances psychoactives à l'âge adulte, comparativement aux individus des autres profils. Or, en compensation à leur consommation importante de substances psychoactives, ces personnes manifestent toutefois une moins grande diversité de comportements délinquants, contrairement aux individus du profil d'adaptation psychologique asociale. Ainsi, on pourrait soupçonner qu'elles se dirigeront vers une criminalité spécifiquement de nature lucrative dans le but de se payer leur consommation considérable d'alcool et/ou de drogues. Pour appuyer cette supposition, les analyses démontrent que 63,63% des individus du profil antisociale ont été inculpés au moins une fois au cours de leur vie pour un vol et la moitié pour un vol qualifié. Par ailleurs, les résultats démontrent également, auprès de ce même groupe, un nombre significativement supérieur ( $F=9,03$  ;  $p<0,05$ ) d'inculpations pour un vol qualifié, en opposition avec les autres profils.

Bref, la description détaillée de ces quatre profils d'adaptation psychologique permet d'avoir une vision plus éclairée de la gradation de la personnalité associée à la délinquance des individus de l'échantillon. Il est de la sorte maintenant possible d'effectuer des analyses supplémentaires afin de comprendre l'impact de chacun de ces groupes sur la motivation au changement de même que l'engagement en traitement.

### **3.2 Évaluation de la motivation des usagers de chacun des profils d'adaptation psychologique ; entre le désir de modifier un comportement de consommation et de s'engager dans un traitement**

Tel qu'il a été démontré dans la littérature scientifique, la motivation constitue un facteur déterminant de la persévérance en traitement, notamment auprès de la clientèle judiciarisée. Dans ce sens, une motivation plus élevée est reliée à une meilleure compréhension de la problématique de consommation de la part de l'individu lui-même et améliore par le fait même la rétention en traitement (Bergeron et al., 1997 ; Joe et al., 1998).

En outre, diverses études (DiClemente, 1999; Drieschner et al., 2004) ont noté l'existence de deux types de motivation qui sont tous les deux importants en ce qui

concerne la durée du traitement et qui, sans aucun doute, devront être considérés dans cette recherche; la motivation au changement et la motivation au traitement (en terme d'engagement). Ainsi, la motivation au changement est évaluée selon trois stades de la théorie de Prochaska et DiClemente (1982), soit ceux de précontemplation, contemplation et action. D'un autre côté, la motivation au traitement<sup>46</sup> est en partie évaluée à l'aide de deux variables, soit l'engagement et la résistance en traitement.

Or, les études réalisées sur ce thème (Brochu et al., 1999a ; Marshall et Hser, 2002 ; Schneeberger et Brochu, 1999) dénotent une faible motivation interne auprès des personnes référées par le système de justice pénale (Marshall et Hser, 2002 ; Schneeberger et Brochu, 1999), puisque cette clientèle, plus ou moins volontaire au traitement, ne semble pas toujours reconnaître l'importance des problèmes reliés à leur consommation, ne convoite pas une aide particulière et ne semble pas prête à s'investir dans une démarche de traitement (Marshall et Hser, 2002). Il est donc possible de croire qu'un tel manque de motivation au niveau du changement et de l'engagement en traitement sera noté auprès du présent échantillon<sup>47</sup>.

### **3.2.1 Évaluation de la motivation quant au changement du comportement de consommation de substances psychoactives**

Le tableau VII présente la distribution des hommes de chacun des profils selon leur stade de motivation au changement. Cependant, il est à noter qu'en raison du faible

---

<sup>46</sup> Alors que la motivation au changement fait davantage référence aux choix et aux efforts que la personne doit faire afin de modifier son comportement (DiClemente et al., 1999), la motivation au traitement pourrait être définie par l'ensemble des forces qui déterminent l'entrée, l'engagement ainsi que la persévérance en traitement (Vallerand et Thill, 1993). C'est pourquoi, dans la présente recherche, les échelles d'engagement et de résistance, tirées du questionnaire d'engagement en traitement des clients, seront utilisées afin d'évaluer, en partie, le degré de motivation au traitement des hommes de l'étude. Par ailleurs, des analyses supplémentaires avec la persévérance en traitement nous permettront de procéder à certaines inférences sur le niveau de motivation au traitement des individus.

<sup>47</sup> Or, les analyses ne nous permettent pas de confirmer un lien significatif entre la motivation au changement de même que l'engagement au traitement ( $t=0,46$  ;  $p>0,05$ ). Nous sommes donc porté à expliquer ce constat selon les propos de divers auteurs (DiClemente et al, 1999 ; Donovan et Rosengren, 1999 ; Drieschner et al, 2004) indiquant que les personnes motivées à modifier leur comportement de consommation de substances psychoactives ne sont pas nécessairement celles qui seront prêtes à s'investir ou à s'engager dans une démarche de traitement quelconque.

nombre de personnes au stade de précontemplation<sup>48</sup> (n=3), ce dernier a été combiné à celui de contemplation afin d'apporter des résultats davantage significatifs dans les analyses subséquentes. De plus, la littérature, soulevant des alpha de Crombach faibles quant à ces deux stades (Gavin et al., 1998), vient d'autant plus confirmer la nécessité de les combiner.

Ainsi, chez les personnes de l'échantillon (n=151), la majorité d'entre elles, soit 72,19%, se retrouve au stade de l'action, caractérisé par un désir de poser des gestes concrets afin de modifier leur comportement de consommation de substances psychoactives. Par conséquent, ces individus sont conscients de leur problématique de consommation et sont alors prêts à s'investir personnellement afin de modifier leur comportement.

D'un autre côté, 27,81% des usagers se retrouvent au stade de précontemplation/contemplation, étant relié à une compréhension plus ou moins juste de la problématique de consommation. Cet aspect fait en sorte que ces individus démontrent une résistance à passer à l'action dans le but d'en arriver à un changement concret.

Ces résultats vont donc à l'encontre des études antérieures (Brochu et al., 1999a ; Marshall et Hser, 2002 ; Schneeberger et Brochu, 1999), mentionnant que la clientèle dans les centres de traitement en alcoolisme et toxicomanies démontre un manque de motivation dès leur entrée en traitement. En effet, comparativement à nos résultats, une étude de Brochu et al (1999a) a démontré que le stade de contemplation était dominant parmi les individus toxicomanes judiciairisés de leur échantillon.

---

<sup>48</sup> Le *stade de précontemplation* est caractérisé par l'absence de reconnaissance de la part de l'individu d'une problématique de consommation, malgré le fait que son entourage la constate. En raison du fait que les pressions judiciaires et sociales se font souvent ressentir à ce stade, la personne démontre une certaine résistance au changement. D'un autre côté, le *stade de contemplation* est défini par un état d'ambivalence entre les verbalisations des inquiétudes de l'individu (il reconnaît sa problématique de consommation) et les raisons afin de ne pas changer (Prochaska et DiClemente, 1986). La combinaison de ces deux stades fera en sorte que les personnes s'y retrouvant seront qualifiées comme étant moins motivées au changement en raison d'une compréhension plus ou moins adéquate de la problématique de consommation.

**Tableau VII**  
**Relation entre les stades de motivation au changement et les quatre profils d'adaptation psychologique**

	Adaptation normale	Adaptation marginale	Adaptation asociale	Adaptation antisociale	Total	$\chi^2$
<b>Précontemplation et contemplation</b>	11 (25%)	14 (26,42%)	15 (35,71%)	2 (16,67%)	42 (27,81%)	
<b>Action</b>	33 (75,0%)	39 (73,58%)	27 (64,29%)	10 (83,33%)	109 (72,19%)	2,27
<b>Total</b>	44	53	42	12	151 <sup>49</sup>	

<sup>49</sup> Il y a 6 valeurs manquantes (3,8%).

Par ailleurs, cette motivation au changement, particulièrement élevée auprès des hommes de l'étude actuelle, peut expliquer l'absence de différences significatives en fonction des quatre profils d'adaptation psychologique ( $\chi^2 = 2,27$  ;  $p > 0,05$ ) tel que remarqué au tableau VII. De par ces résultats non significatifs, il est alors impossible de conclure en un lien entre la détresse psychologique des usagers de même que la motivation au changement noté dans certaines recherches (Prochaska et al., 1994). Or, il est tout de même intéressant de soulever que les individus antisociaux (qui présentent une plus grande détresse psychologique) sont présents dans une plus grande proportion au stade de l'action (83,33%), suivis dans un ordre logique des individus des profils d'adaptation normale (75,0%), marginale (73,50%) et asociale (64,29%). Cependant, il faut rester prudent avec cette observation puisque les différences entre les profils ne sont pas significatives et que peu d'individus font partie du profil d'adaptation antisociale ( $n=12$ ) pouvant par ailleurs fausser les apparences.

En raison de l'absence de lien significatif avec les divers profils d'adaptation psychologique, il peut s'avérer opportun, et ce, par curiosité scientifique, d'essayer de comprendre ce qui a pu influencer cette motivation initiale au changement particulièrement élevée, comparativement à ce qui est noté dans la littérature scientifique. De ce fait, il semble alors logique de croire que ces individus, motivés au changement, vont assumer davantage l'état de leur problématique de consommation de substances psychoactives tel que le laisse sous entendre la théorie de Prochaska et DiClemente (1982). Or, des analyses quant à la préoccupation des usagers en regard de leur problème de drogues ou d'alcool au cours des 30 jours précédant leur admission en traitement ne font pas état de lien significatif ( $p > 0,05$ ) avec les stades de motivation au changement. Par ailleurs, il s'avère que de mêmes résultats se présentent en retirant du calcul les personnes ayant été abstinentes de l'une ou l'autre de ces substances au cours de la même période. Il est donc étonnant de voir que les individus présents dans l'un ou l'autre des stades ne soient pas plus préoccupés par leur consommation de substances psychoactives.

D'un autre côté, des résultats pour le moins intéressants sont venus alimenter nos réflexions quant aux explications à apporter face à cette motivation au changement élevée. Ainsi, il semble que chez les individus au stade de l'action, ce sont ceux se retrouvant sous mesures légales uniquement qui sont les plus représentés (51,38%), comparativement à ceux qui se retrouvent en instance seulement (28,44%) ou en instance et mesures légales (20,18%) ( $\chi^2 = 10,63$  ;  $p < 0,01$ )<sup>50</sup>. Par conséquent, dans le groupe sous mesures légales seules, il s'avère que ce sont les personnes en libération conditionnelle et en maison de transition qui sont les plus représentées (40,36%) ( $\chi^2 = 6,23$  ;  $p < 0,05$ ). Or, il semble que ces individus, conformément à l'étude de Brochu, Landry et Germain (1999), présentent moins de problèmes associés à leur consommation de substances psychoactives<sup>51</sup>, plus particulièrement pour l'alcool ( $F = 4,79$  ;  $p < 0,001$ ), aspect qui devrait alors être associé à une motivation initiale plus faible en raison des impacts peu importants de leur consommation dans leur vie. Or, nous pouvons soupçonner en regard de nos résultats qu'il aura peut-être été plus facile pour ces individus de se mobiliser puisque leur consommation n'aura pas envahi l'ensemble des sphères de leur vie. D'un autre point de vue, il est possible de croire que leur situation judiciaire ait pu affecter la validité des réponses accordées puisque ces individus se voient imposer des pressions judiciaires plus importantes que ceux sous d'autres mesures légales (ex : perte des privilèges reliés à la libération conditionnelle).

Bref, la motivation au changement s'avère particulièrement élevée auprès des hommes de l'échantillon. Il est donc maintenant nécessaire d'aller vérifier si des liens peuvent être obtenus en faisant appel à l'une des composantes de la motivation au traitement soit l'engagement, comme variable dépendante.

---

<sup>50</sup> Aucun lien significatif ( $p > 0,05$ ) n'a toutefois été noté entre le type de mesures légales et les divers profils d'adaptation psychologique.

<sup>51</sup> Une telle constatation a été observée en ce qui concerne la consommation de drogues, mais les différences ne se sont pas avérées significatives entre les groupes ( $p > 0,05$ ).

### 3.2.2 Évaluation de l'engagement<sup>52</sup> des usagers dans un traitement en alcoolisme et toxicomanies

Diverses études ont soulevé que l'engagement en traitement des personnes judiciairisées étaient plutôt difficile étant donné les pressions judiciaires exercées par le système judiciaire (Brochu et Schneeberger, 2001c, 1999 ; Schneeberger et Brochu, 1999). Ainsi, dans le cadre de notre étude, les analyses rendent compte d'un engagement en traitement dans la moyenne pour notre échantillon. En effet, un score moyen de 4,18 (é.t. = 0,72) à l'échelle d'engagement signifie que les intervenants étaient « assez en accord » avec les items du questionnaire concernant l'engagement en traitement des usagers. De plus, Deci et Ryan (1985) ont mentionné qu'il était plausible de croire que des différences individuelles pouvaient avoir un impact important sur l'initiation, la poursuite d'un comportement ainsi que l'engagement d'un individu dans une démarche thérapeutique. Or, bien que des caractéristiques individuelles, telle l'adaptation psychologique, n'aient pas influencé de façon significative la motivation au changement, il est à tout le moins intéressant d'aller vérifier si cette caractéristique particulière aura un impact quant à leur engagement en traitement. De ce fait, le tableau VIII fait état de l'engagement et de la résistance en traitement des toxicomanes judiciairisés en fonction des quatre profils d'adaptation psychologique. Étant donné que les deux variables dépendantes, reliées à l'engagement et à la résistance au traitement, respectent les critères de la courbe normale, des analyses ONEWAY ANOVA ont été réalisées.

Les résultats ne démontrent aucun lien significatif ( $p > 0,05$ ) entre les profils d'adaptation psychologique ainsi que l'engagement et la résistance en traitement. Par conséquent, il ne semble pas qu'un groupe soit plus engagé ou résistant quant

---

<sup>52</sup> Avant de débiter cette section, il est à noter que certains auteurs (Cournoyer, Brochu, Bergeron et Landry, 1997) s'étant intéressés à l'engagement en traitement ont fait usage du questionnaire d'engagement des clients dans le traitement, tel qu'utilisé dans la présente recherche, mais ont également fait usage de l'échelle d'engagement des clients du CALPAS (échelle d'alliance thérapeutique de Californie). La différence de ces deux outils est que le premier rend compte de la perception de l'intervenant alors que le second, de celle de l'usager. Or, dans le cadre de la présente étude, nous avons cru bon utiliser uniquement le questionnaire d'engagement en traitement des clients, étant donné que ce dernier nous apportait des résultats particulièrement significatifs quant à la persévérance en traitement, comparativement à ceux de l'échelle du CALPAS. Ainsi, les résultats nous permettront de rendre compte de l'engagement des usagers en traitement, mais spécifiquement selon la vision des intervenants.

au processus thérapeutique. Bref, à la lumière des résultats obtenus, il est donc possible de mentionner que les profils psychologiques formés n'affectent pas directement la motivation au changement ou encore l'engagement en traitement.

**Tableau VIII**  
**Liens entre l'engagement, la résistance en traitement et les divers profils d'adaptation psychologique**

	Adaptation normale	Adaptation marginale	Adaptation asociale	Adaptation antisociale	F	Scheffé
<b>Engagement en traitement<sup>53</sup></b>	N = 28 $\bar{X}$ = 4,06 Md = 4,10 e.t. = 0,71	N = 26 $\bar{X}$ = 4,28 Md = 4,18 e.t. = 0,65	N = 25 $\bar{X}$ = 4,28 Md = 4,40 e.t. = 0,83	N = 7 $\bar{X}$ = 3,90 Md = 3,84 e.t. = 0,59	0,94	---
<b>Résistance au traitement</b>	N = 28 $\bar{X}$ = 2,66 Md = 2,43 e.t. = 0,78	N = 25 $\bar{X}$ = 2,71 Md = 2,66 e.t. = 0,81	N = 25 $\bar{X}$ = 2,55 Md = 2,33 e.t. = 0,85	N = 7 $\bar{X}$ = 3,22 Md = 3,30 e.t. = 0,93	1,22	---

Test d'homogénéité de variance : Levene non significatif

Encore une fois, l'absence de relations significatives avec les divers profils (et du même coup avec la motivation au changement) nous mène alors à réfléchir sur les facteurs ayant pu influencer l'engagement en traitement des hommes de l'échantillon. De ce fait, Deci et Ryan (1985) ont noté que le contexte entourant l'environnement immédiat d'un individu de même que les pressions externes pouvaient expliquer un comportement particulier. Dans ce cas, il pourrait alors être plausible de croire que des variables externes et non pas internes (ex : caractéristiques individuelles) puissent expliquer davantage l'engagement en traitement des clients. Ainsi, bien que les analyses ne confirment pas de lien significatif avec le type de mesures légales et/ou instance, tel qu'il avait été noté pour la motivation au changement, un lien significatif est toutefois noté en

<sup>53</sup> Puisque le questionnaire sur l'engagement des clients en traitement a été rempli suite à la troisième rencontre de l'usager avec son intervenant et qu'un nombre considérable de clients abandonnent précocement le traitement, il est alors logique de noter une diminution importante du nombre de clients au moment de la réalisation des analyses concernant l'engagement et la résistance au traitement. En effet, 71 clients (45,2%) n'ont pas répondu aux questions concernant l'engagement en traitement alors que 72 clients (45,8%) n'ont pas répondu à celles concernant la résistance au traitement.

fonction du fait que le traitement ait été recommandé ou non par le système judiciaire ou social ( $t = -2,46$  ;  $p < 0,05$ ). En effet, les résultats démontrent donc que les personnes ayant été référées en traitement suite à une recommandation du système judiciaire ou social sont moins engagées en traitement que les personnes n'ayant pas eu une telle recommandation. Cette observation est par ailleurs confirmée dans la littérature scientifique alors que le renvoi sous contraintes judiciaires amène, dans les centres de réadaptation, des clients qui sont peu motivés à s'investir dans une démarche thérapeutique (Brochu et Schneeberger, 2001c, 1999)<sup>54</sup>.

Dans un autre ordre d'idées, il est à mentionner que les analyses rendent compte également de l'impact important de la qualité de l'alliance thérapeutique<sup>55</sup> dans l'engagement en traitement. En effet, des liens significatifs ont été enregistrés entre le score global au CALPAS<sup>56</sup> de même que l'engagement ( $r = 0,36$  ;  $p < 0,01$ ) et la résistance au traitement ( $r = -0,32$  ;  $p < 0,01$ ). Cette observation s'avère d'autant plus présente dans la littérature scientifique où l'engagement d'un individu dans un traitement était souvent influencé par l'alliance thérapeutique établie avec le thérapeute (Hiller et al., 2002; Joe et al, 1999 ; Simoneau, 2001). Il pourrait être supposé que les premiers contacts entre le client et son thérapeute seront déterminants quant à l'engagement du client dans le processus thérapeutique (Cournoyer, 1994).

Bref, aucun résultat significatif ne fut observé entre les profils d'adaptation psychologique, la motivation au changement et l'engagement en traitement. Il s'avère maintenant nécessaire de poursuivre les analyses afin d'aller vérifier si les

---

<sup>54</sup> Toutefois, il est à noter l'absence d'un lien significatif ( $p > 0,05$ ) entre la référence de la part du système judiciaire ou social et les divers profils d'adaptation psychologique ou la motivation au changement.

<sup>55</sup> Or, aucune différence significative n'a été notée entre le score au CALPAS et les divers profils ( $F = 6,47$  ;  $p > 0,05$ ).

<sup>56</sup> Le *questionnaire CALPAS* : Échelle d'alliance thérapeutique de Californie. Composé de quatre échelles (engagement du client, capacité de travail du client, compréhension et implication du thérapeute ainsi que consensus sur les stratégies de travail), il vise à rendre compte du degré d'alliance thérapeutique entre le client et son thérapeute, notamment par un score global formé de la moyenne des scores de chacune des échelles (Marmar, Weiss et Gaston, 1989).

facteurs de prédiction initiaux auront un impact sur la persévérance en traitement de ces toxicomanes judiciairisés.

### **3.3 Évaluation de la persévérance en traitement**

Il a été démontré que l'un des véritables défis des intervenants dans les centres publics de réadaptation pour l'alcoolisme et les toxicomanies était de réussir à garder la clientèle judiciairisée en traitement suffisamment longtemps afin que cette dernière obtienne des changements efficaces et durables (Beaudet et al, 1995 ; Brochu et Schneeberger, 2001c ; Hiller et al, 2002 ; Marshall et Hser, 2002 ; Simoneau et al, 1999). Il est par ailleurs possible de croire qu'une faible persévérance en traitement sera notée auprès du présent échantillon. En effet, diverses études ont mentionné que la prédominance de certains traits, particulièrement reliés à la délinquance (Ball, 2005 ; Kravitz et al., 1999 ; Moeller et al., 2001), était directement reliée à la durée de la thérapie. Ces constatations pourront donc servir de base pour l'interprétation des résultats obtenus.

#### **3.3.1 Description de la persévérance en traitement des hommes de l'échantillon**

Dans le cadre de la présente étude, la persévérance en traitement est analysée à partir de trois variables dépendantes, soit le nombre de jours de traitement, le nombre d'heures de traitement reçu ainsi que l'intensité du traitement (nombre d'heures / nombre de jours). Tout d'abord, le nombre de jours en traitement indique le temps écoulé entre l'ouverture du dossier d'un client et la date de la dernière intervention effectuée. Cette variable apporte des précisions sur le nombre de jours durant lesquels le client était lié, même minimalement, avec le centre de réadaptation. Les résultats démontrent que le nombre de jours de traitement médian pour l'ensemble des hommes de l'échantillon est de 98 jours. En outre, il est à noter que 8 hommes (5,09%) ont abandonné avant même que le traitement ne débute. Il est par ailleurs difficile, en raison de ce faible nombre de personnes, d'obtenir des liens significatifs afin de comprendre les raisons de cet abandon spontané de la demande d'aide. Toutefois, les analyses au niveau des

motifs d'abandon rapportés par les clients<sup>57</sup> indiquent que ceux ayant abandonné spontanément le traitement se sont justifiés par un manque de motivation (25,0%) ou encore suite à une insatisfaction face aux conditions de traitement (37,50%).

Ensuite, le nombre d'heures en thérapie est lié aux diverses activités thérapeutiques que chaque client a reçu, incluant l'évaluation, les heures en activités individuelles, en groupe, à l'interne ou à l'externe. Ainsi, les individus de la présente étude ont fait un nombre d'heures médian de 8,87 heures pour l'ensemble des activités cliniques (n=157), et plus particulièrement, 10,50 heures pour les activités en groupe<sup>58</sup> (n = 66), 4,25 heures pour les activités individuelles (n = 143), 6,50 heures pour les activités externes (n = 149) et 72 heures pour les activités internes<sup>59</sup> (n = 23). D'ailleurs, pour l'ensemble des activités cliniques, près de la moitié des usagers (45,33%) ont fait 7h de thérapie et moins. Ces résultats concordent bien avec ceux obtenus par Lefebvre (2000) auprès d'une clientèle également toxicomane judiciarisée. De plus, seulement 21,33% des usagers ont bénéficié que de 35 heures ou plus de thérapie, confirmant ainsi une certaine problématique en ce qui concerne la persévérance des hommes toxicomanes judiciarisés en traitement. Or, il importe de mentionner que cette variable, reliée au nombre d'heures de thérapie, apporte davantage de précisions quant à l'assiduité d'un client en traitement comparativement au nombre de jours de traitement. Dans ce sens, deux usagers ont pu demeurer en traitement pendant un nombre de jours identique (ex : 90 jours), mais l'un d'entre eux a pu se présenter en traitement 4 heures par semaine et l'autre 4 heures par mois.

Finalement, l'intensité du traitement est liée au ratio du nombre d'heures total des activités cliniques des individus sur le nombre de jours en traitement. Ainsi, parmi les hommes composant l'échantillon, l'intensité médiane se situe à 39 minutes par

---

<sup>57</sup> Ces résultats ont été obtenus à l'aide du questionnaire sur les raisons de fin de traitement, complété par les clients.

<sup>58</sup> Il est à noter que 84 individus n'ont pas fait d'activités en groupe.

<sup>59</sup> Il est à noter que 121 individus n'ont pas fait d'activités internes.

semaine<sup>60</sup>. Ces résultats exposent encore une fois une faible exposition en traitement de la part des toxicomanes judiciairisés de l'échantillon.

Or, conclure en une faible rétention en traitement auprès de ces individus doit être fait avec prudence. Bien qu'un grand nombre d'études se soient intéressées à la durée de la thérapie comme facteurs d'amélioration des problèmes associés à la consommation de substances psychoactives (Landry, 2001), il importe de mentionner l'importante confusion qui demeure auprès des chercheurs quant au nombre d'heures ou de jours minimum requis afin qu'un traitement soit efficace. Ainsi, des études ont noté un seuil critique de 90 jours (Simpson et Sells, 1982), alors que d'autres ont mentionné des seuils de 28 à 90 jours selon la modalité de traitement en milieu résidentiel (Gossop, Mardsen, Stewart et Rolfe, 1999). Quoiqu'il en soit, en comparant nos résultats avec certaines études réalisées auprès de toxicomanes judiciairisés en traitement, il s'avère que le nombre de jours persévérés en traitement y soit similaire alors que le nombre d'heures et l'intensité soient légèrement inférieurs (Landry, 2001). De ce fait, il importe de mentionner que pour certains usagers, une plus faible durée du traitement sera adéquate alors que pour d'autres, une période de traitement plus longue sera nécessaire.

Bref, bien que 50% des clients abandonnent le traitement après un peu plus de 3 mois (98 jours), il s'avère que durant cette période, ils font peu d'heures de thérapie, se reflétant alors dans l'intensité du traitement<sup>61</sup>. Cette constatation soulève donc un doute à savoir si les toxicomanes bénéficient assez longuement du traitement pour en tirer profit tel que noté dans les études antérieures (Beaudet et al, 1995 ; Brochu et Schneeberger, 2001c ; Hiller et al, 2002 ; Marshall et Hser, 2002 ; Simoneau et al, 1999). Il importe toutefois de savoir si des caractéristiques particulières des toxicomanes judiciairisés, à savoir leur profil d'adaptation psychologique spécifique ou leur degré de motivation au changement et

---

<sup>60</sup> Si l'on tient compte qu'une semaine de traitement normale dans un centre public de réadaptation est de 5 jours.

<sup>61</sup> Cette constatation explique donc les liens fortement significatifs (tableau XI) entre le nombre de jours et le nombre d'heures de traitement ( $r = 0,59$  ;  $p < 0,01$ ) de même qu'avec l'intensité du traitement ( $r = -0,57$  ;  $p < 0,01$ ). Un lien significatif est aussi présent entre le nombre d'heures ainsi que l'intensité du traitement ( $r = 0,19$  ;  $p < 0,05$ ).

d'engagement en traitement, ont un impact sur leur persévérance en traitement. Dans le cas advenant de résultats significatifs, il serait alors important, dans des recherches ultérieures, de tenter de déterminer en regard de ces facteurs (et d'autres comme la modalité de traitement), la dose optimale de traitement afin que ce dernier soit efficace.

### **3.3.2 Évaluation de la persévérance en traitement selon les divers profils d'adaptation psychologique**

Cette section de l'étude porte sur l'impact des quatre profils d'adaptation psychologique sur la persévérance en traitement. En raison du fait que la distribution des variables reliées à la persévérance en traitement (nombre de jours, nombre d'heures et intensité) ne répondait pas aux critères d'une courbe normale, des tests non paramétriques (Kruskal Wallis) sont utilisés. En effet, une transformation logarithmique de ces variables, qui mènent généralement à respecter les critères de la courbe normale, n'a pas redressé la situation en ce qui concerne le nombre de jours en traitement (la courbe est demeurée asymétrique). De plus, des analyses ONEWAY, réalisées avec ces variables ayant subi une transformation logarithmique, ne démontraient aucun résultat significatif entre les profils d'adaptation psychologique. Par conséquent, nous avons donc cru bon de conserver l'entité intégrale de chacune des variables (aucune transformation) et de faire usage de test non paramétrique afin de répondre à cet objectif. Les résultats sont donc présentés au tableau IX.

En outre, il est important de mentionner que dans le but de mieux saisir le lien entre les profils d'adaptation psychologique et la persévérance en traitement, différentes mesures de tendances centrales (moyenne, médiane et écart-types) sont présentées dans le tableau IX. Or, l'observation des écarts-types indique la présence de scores extrêmes qui viennent déplacer les moyennes et peuvent ainsi falsifier les résultats. Dans ce sens, la distribution des fréquences indique que plusieurs clients abandonnent le traitement très rapidement alors que d'autres persistent durant une longue période de temps. Afin d'offrir un exemple concret, pour le profil d'adaptation marginale, la moyenne de jours demeurés en traitement

**Tableau IX**  
**Liens entre les variables associées à la persévérance en traitement (nombre de jours, d'heures et intensité)**  
**ainsi que les quatre profils d'adaptation psychologique**

	Adaptation normale	Adaptation marginale	Adaptation asociale	Adaptation antisociale	Kruskal Wallis
	Médiane (rang moyen)	Médiane (rang moyen)	Médiane (rang moyen)	Médiane (rang moyen)	
<b>Nombre de jours en traitement</b>	N = 45 X̄ = 183,38 é.t. = 161,79 Md = 136,00 (91,49)	N = 55 X̄ = 150,66 é.t. = 146,35 Md = 108 (81,88)	N = 44 X̄ = 108,45 é.t. = 121,93 Md = 64,00 (68,20)	N = 12 X̄ = 61,58 é.t. = 53,59 Md = 49,50 (58,29)	$\chi^2 = 8,61^{**}$
<b>Nombre d'heures en traitement</b>	N = 44 X̄ = 19,96 é.t. = 32,23 Md = 9,12 (74,50)	N = 55 X̄ = 39,02 é.t. = 100,85 Md = 7,50 (73,03)	N = 39 X̄ = 31,71 é.t. = 44,51 Md = 9,50 (82,14)	N = 12 X̄ = 32,04 é.t. = 50,36 Md = 5,50 (68,92)	$\chi^2 = 1,39$
<b>Intensité du traitement</b>	N = 44 X̄ = 0,31 é.t. = 0,53 Md = 0,08 (61,19)	N = 55 X̄ = 0,54 é.t. = 0,77 Md = 0,13 (76,98)	N = 38 X̄ = 0,58 é.t. = 0,82 Md = 0,18 (83,16)	N = 12 X̄ = 1,03 é.t. = 1,14 Md = 0,84 (90,71)	$\chi^2 = 7,57$

\* = p < 0,05

Test d'homogénéité de variance : Levene non-significatif

se situe à 131,99 avec un écart-type de 142,63 jours. La médiane informe que 50% des hommes de ce profil sont demeurés en traitement 105 jours. Or, afin de rendre compte plus adéquatement de la persévérance en traitement des hommes de l'échantillon, la médiane sera la mesure généralement utilisée dans l'interprétation de nos résultats.

Ainsi, les comparaisons de moyennes à l'aide du test non paramétrique Kruskal Wallis indiquent des différences significatives ( $\chi^2 = 8,61$  ;  $p < 0,05$ ) en ce qui concerne la relation entre les profils d'adaptation psychologique et le nombre de jours en traitement. Fait intéressant, il est à noter une gradation dans le nombre de jours demeurés en traitement en fonction de la gravité d'adaptation psychologique des individus. Par conséquent, les personnes adaptées normalement demeurent le plus longtemps en traitement (Md = 136 jours), suivies des personnes adaptées marginalement (Md = 108 jours). De plus, il a été démontré précédemment que les profils d'adaptation asociale et antisociale étaient les plus problématiques en ce qui concerne les divers traits de personnalité du Jesness, et cet aspect se laisse remarquer par une plus faible durée du processus thérapeutique. En effet, 50% des individus du profil d'adaptation psychologique asociale ont abandonné le traitement suite à 64 jours, alors qu'un abandon encore plus hâtif est remarqué pour les adaptés antisociaux (Md = 49,50 jours). Ces constatations semblent donc différentes des études reliées à la détresse psychologique (Ryan et al., 1995 ; Simoneau et al., 1999), alors que cette dernière avait des conséquences favorables sur la persévérance en traitement. Nous pourrions alors être porté à croire que l'antisocialité, l'importance des problèmes biopsychosociaux des usagers ou encore d'autres variables aient dominé sur l'impact de leur grande détresse psychologique quant à la persévérance en traitement.

Par la suite, il ne semble pas y avoir de différence significative quant à la relation entre les divers profils d'adaptation psychologique et le nombre d'heures passées en traitement ( $\chi^2 = 1,39$  ;  $p > 0,05$ ). Ces différences sont par le fait même non significatives quant aux nombres d'heures pour chacune des activités cliniques (internes, externes, groupe, individuelles). Ceci indique donc que les hommes de

chaque profil ne semblent pas demeurer plus d'heures en traitement que ceux des autres profils. Bien qu'à première vue les hommes du profil d'adaptation antisociale semblent profiter de moins d'heures de thérapie ( $Md = 5,50$ ) que ceux des autres profils, ces résultats ne sont pas significatifs.

Finalement, les quatre profils d'adaptation psychologique ne se différencient pas de façon significative en ce qui concerne l'intensité du traitement ( $\chi^2 = 7,57$  ;  $p < 0,1$ ), probablement en raison de l'absence de relation avec le nombre d'heures en traitement tel que mentionné précédemment. Toutefois, il est tout de même intéressant de noter une gradation de l'intensité du traitement selon la gravité des profils d'adaptation psychologique, mais cette fois-ci, dans l'ordre inverse que celui observé avec le nombre de jours en traitement. Dans ce sens, les individus du profil d'adaptation normale, qui demeureraient significativement plus de jours en traitement, présentent la plus faible intensité ( $Md=0,08$ ), suivis des individus du profil d'adaptation marginale ( $Md=0,13$ ) et d'adaptation asociale ( $Md = 0,18$ ). Or, il faut demeurer prudent face à ces résultats étant donné qu'ils ne sont pas significatifs.

Il est pour le moins intéressant, dans un même temps, de pousser un peu plus loin notre curiosité analytique afin de savoir si les clients ont abandonné le traitement avec ou sans entente avec le thérapeute (suite aux réponses obtenus à l'aide du questionnaire sur les raisons de la fin de traitement), pouvant de ce fait apporter des explications supplémentaires quant à la persévérance en traitement des usagers et possiblement son efficacité. Ainsi, il a été constaté que les individus du profil d'adaptation normale terminaient dans une plus grande proportion (38,71% ;  $n=31$ ) le traitement suite à une entente avec le thérapeute. Probablement qu'en raison de leur adaptation psychologique normale de même que leur problématique de consommation moins sévère, ces individus ont réellement réussi à cesser ou du moins diminuer leur consommation par eux-mêmes. La durée de leur thérapie peut expliquer cet aspect. Or, les clients du groupe d'adaptation antisociale ont, quant à eux, cessé le traitement plus rapidement, sans entente avec le thérapeute, et ce, dans une plus grande proportion que les hommes

des autres profils (80,0% ; n=10). Il est alors possible de croire que leurs difficultés d'adaptation psychologique de même que l'amplitude des problèmes dans les diverses sphères de leur vie aient pu avoir un impact. L'importance de ces problèmes nécessite une certaine durée de la thérapie afin de noter des changements à un quelconque niveau. Or, il pourrait être supposé que les individus de ce profil, ne percevant pas de changement assez rapide de leur consommation et dans les autres sphères de leur vie, ne voient pas l'importance de poursuivre la thérapie et ainsi présentent des taux d'abandon plus importants. En ajout, les individus appartenant aux profils d'adaptation psychologique marginale (n=42) et asociale (n=30) ont abandonné le traitement sans entente avec le thérapeute dans respectivement 23,30% et 26,20% des cas.

Bref, bien qu'il fût possible de noter une gradation du nombre de jours passé en traitement selon la gravité des profils d'adaptation psychologique, il s'avère maintenant nécessaire d'aller vérifier si la motivation (au changement ainsi qu'au traitement) des toxicomanes judiciairisés de l'échantillon a un impact sur la persévérance en traitement.

### **3.3.3 Évaluation de la persévérance en traitement selon la motivation au changement des usagers et de leur engagement dans le cadre d'une démarche thérapeutique**

Le tableau X présente les résultats de la relation entre la persévérance en traitement et les stades de motivation au changement. Encore une fois, en raison du fait que les variables liées à la persévérance en traitement (nombre de jours, nombre d'heures et intensité) ne répondent pas aux critères de la courbe normale, le test non paramétrique U de Mann-Withney est utilisé.

Les résultats ne démontrent aucun lien significatif ( $p > 0,05$ ) entre les stades de motivation au changement ainsi que les variables reliées à la persévérance en traitement. Cet aspect signifie donc que les personnes au stade de précontemplation/contemplation ne persévèrent pas plus longtemps en traitement que les personnes au stade de l'action. Les résultats peuvent donc laisser insinuer

Tableau X

Liens entre les variables associées à la persévérance en traitement (nombre de jours, d'heures et intensité) ainsi que les stades de motivation au changement

	Précontemplation et Contemplation	Action	U de Mann-Withney
	Médiane (rang moyen)	Médiane (rang moyen)	Z
<b>Nombre de jours de traitement</b>	N = 42 $\bar{X}$ = 168,69 é.t. = 156,55 Md = 152,50	N = 109 $\bar{X}$ = 132,30 é.t. = 137,49 Md = 85,0	-,99
<b>Nombre d'heures en traitement</b>	N = 40 $\bar{X}$ = 34,81 é.t. = 99,57 Md = 9,50	N = 105 $\bar{X}$ = 30,34 é.t. = 55,02 Md = 9,25	-,04
<b>Intensité du traitement</b>	N = 39 $\bar{X}$ = 0,57 é.t. = 0,85 Md = 0,11	N = 105 $\bar{X}$ = 0,49 é.t. = 0,74 Md = 0,14	-,85

Test d'homogénéité de variance : Levene non significatif

que seule la motivation au changement en elle-même ne peut prédire la persévérance en traitement d'un individu. Ces constatations vont donc à l'encontre des résultats de certaines études (Bergeron et al., 1997 ; DiClemente, 1999 ; Joe et al., 1998) mentionnant que les personnes qui présentent une motivation initiale plus élevée sont également celles qui persévèrent davantage en traitement.

Il s'avère alors important d'aller vérifier si des liens significatifs seront trouvés en tenant compte de l'engagement au traitement. Ainsi, les résultats (Tableau XI) viennent confirmer que l'engagement en traitement a un lien significatif avec le nombre d'heures de traitement ( $r = 0,25$  ;  $p < 0,05$ ).

**Tableau XI**  
**Associations entre l'engagement, la résistance et la persévérance en traitement**

	Engagement traitement	Résistance traitement	Nombre de jours	Nombre d'heures	Intensité
Engagement Traitement	1	-,65**	,06	,26*	,19
Résistance Traitement	---	1	-,17	-,23*	-,05
Nombre de jours	---	---	1	,27**	-,42**
Nombre d'heures	---	---	---	1	,36**
Intensité	---	---	---	---	1

\* =  $p < 0,05$

\*\* =  $p < 0,01$

Allant dans un même ordre d'idées, un lien significatif est également présent entre la résistance en traitement et le nombre d'heures en traitement ( $r = -0,23$  ;  $p <$

0,05)<sup>62</sup>. Par conséquent, plus les hommes de l'échantillon sont engagés en traitement (et ainsi moins résistants), plus leur nombre d'heures passées en thérapie sera élevé. Ces résultats s'avèrent tout à fait cohérents puisqu'un individu engagé dans une thérapie percevra cette dernière comme étant plus significative pour lui, ce qui se reflètera dans le nombre d'heures qui y seront consacrées. Cette constatation concorde donc bien avec diverses études (Joe et al., 1999 ; Simpson et al, 1997 ; Vallerand et Thill, 1993) où l'engagement en traitement des usagers favorise la persévérance.

À ce stade de nos analyses, il semble alors important de jeter un coup d'œil sur la motivation au traitement qui, rappelons le, tenait compte de l'entrée, de l'engagement de même que de la persévérance en traitement d'un individu. De ce fait, il est alors possible de déduire que certains individus de l'échantillon démontrent une motivation au traitement, notamment en raison de l'établissement de liens significatifs entre ses composantes (entrée, engagement, persévérance). En effet, il est intéressant de noter, en ce qui concerne l'entrée en traitement, que ce sont les individus qui n'ont pas été référés par le système judiciaire ou social qui sont davantage engagés dans leur démarche thérapeutique et, par le fait même, y persévèrent un nombre d'heures plus important ( $r=0,34$  ;  $p<0,05$ )<sup>63</sup>. Les pressions externes moins importantes exercées sur eux les poussent probablement à s'investir davantage dans leur thérapie. Cet aspect avait par ailleurs été soulevé dans la littérature (Brochu et Schneeberger, 2001c ; Schneeberger et Brochu, 1999), alors que le fait d'être référé par le système judiciaire ou social amène dans les centres de réadaptation des clients peu motivés au changement et qui s'investiront moins. Ces constats prouvent donc qu'auprès des personnes référées en traitement, l'accent doit réellement être mis sur la motivation en traitement dans le but de favoriser leur engagement et du même coup leur persévérance.

---

<sup>62</sup> Ces résultats significatifs pour l'engagement et la résistance en traitement avec le nombre d'heures de thérapie peuvent s'expliquer par la forte corrélation qui existe au départ à l'endroit de l'engagement et la résistance en traitement ( $r = -0,66$ ;  $p<0,05$ ). Ainsi, plus un individu sera engagé en traitement, moins il démontrera de résistance (Tableau XI).

<sup>63</sup> Une association significative est également notée entre l'absence d'une recommandation de la part du système judiciaire ou social, une faible résistance en traitement ainsi qu'un nombre d'heures plus important en traitement ( $r=-0,35$  ;  $p<0,05$ ).

En outre, des analyses plus poussées en ce qui concerne le nombre d'heures passées dans chacune des activités cliniques indiquent des associations significatives en ce qui concerne le nombre d'heures investi en activités internes, l'engagement ( $r = 0,54$  ;  $p < 0,05$ ) d'une part ainsi qu'une association négative avec la résistance au traitement ( $r = -0,62$  ;  $p < 0,01$ ) d'autre part. Ainsi, tel que démontré dans l'étude de Landry et al. (2001b), le fait de référer les clients aux activités internes augmentent les probabilités que ces derniers entrent en traitement et probablement qu'ils y persévèrent. D'un autre côté, le nombre d'heures passées sous la modalité d'intervention individuelle est également associé à l'engagement des clients en traitement ( $r = 0,30$  ;  $p < 0,01$ ). Il est donc possible de croire qu'un travail individuel, entre un intervenant et un client, fera en sorte que ce dernier se sentira davantage impliqué dans le processus thérapeutique et par le fait même s'y investira davantage comparativement à un client sous une modalité d'intervention en groupe.

Ainsi, il pourrait alors être supposé que la référence d'un individu vers l'une de ces deux modalités d'intervention pourrait favoriser son engagement dans le processus thérapeutique et par le fait même, la durée de sa thérapie. Toutefois, l'interprétation des résultats présentés précédemment doit être réalisée avec prudence puisque le type de traitement offert peut constituer une source d'artefact. En effet, il s'avère que les usagers admis en traitement résidentiel (interne) le sont majoritairement en début de démarche. Par ailleurs, l'intensité du traitement dans ces derniers types de programme est plus élevée que celle notée dans les programmes externes (Landry, 2001). D'autant plus, une personne exposée à une modalité d'intervention interne devra davantage s'impliquer dans sa démarche qu'une personne sous modalité externe, et particulièrement de groupe où il est plus facile de se retrancher derrière le groupe afin de passer inaperçu et ainsi peu s'investir dans la démarche thérapeutique. De ce fait, nous pouvons donc soupçonner que la modalité d'intervention puisse avoir pour effet de fausser les résultats quant à leur impact sur la durée de la thérapie, mais peut réellement avoir un impact au niveau de l'engagement des clients.

En résumé, les résultats présentés dans cette section indiquent que seules les variables liées à l'engagement et à la résistance en traitement sont en relation avec la persévérance en traitement, mais au niveau d'une variable unique, soit le nombre d'heures passées en thérapie. Ces variables ont également un impact important sur la modalité d'intervention interne. Ainsi, le nombre d'heures en traitement d'un individu de même que le type d'activités thérapeutiques seront davantage le gage d'un engagement en traitement que le nombre de jours. Or, il est à noter que comparativement aux études qui notaient un impact important de la motivation au changement sur la persévérance en traitement, (Brochu et al., 1999a) cette constatation n'est guère présente dans nos résultats.

### **3.4 Pour mieux comprendre les liens unissant l'adaptation psychologique, la motivation, l'engagement et la persévérance en traitement**

Maintenant que l'ensemble des analyses faisant état des liens entre deux variables simultanément (profils d'adaptation psychologique, motivation au changement, engagement ou persévérance en traitement) a été réalisée, il s'avère intéressant de compléter le dernier objectif de ce chapitre avec une analyse regroupant les principales variables à l'étude afin d'élaborer, par la suite, un modèle théorique inédit relié à l'ensemble des liens significatifs obtenus.

#### **3.4.1 Évaluation du lien unissant les profils d'adaptation psychologique, la motivation au changement et la persévérance en traitement<sup>64</sup>**

Dans le but d'analyser les liens regroupant à la fois les trois principaux groupes de variables de cette recherche (profils d'adaptation psychologique, motivation au changement et persévérance en traitement), il s'est avéré nécessaire de faire des analyses U de Mann-Withney, entre la motivation au changement et les variables de la persévérance en traitement. En plus, il fut obligatoire d'utiliser la touche « scinder les fichiers » dans SPSS, en ce qui concerne les divers profils

---

<sup>64</sup> En raison du fait qu'un nombre restreint d'utilisateurs se présentait selon les diverses modalités d'intervention, les présentes analyses ne les ont pas intégrées. Seules la somme des heures cliniques sera considérée. Par ailleurs, étant donné qu'aucune différence significative n'a été notée entre le nombre d'heures passées dans les diverses modalités de traitement ainsi que la motivation au changement ou les profils d'adaptation psychologique, il s'est avéré d'autant plus inutile de les intégrer aux présentes analyses.

Tableau XII

Liens entre les profils d'adaptation psychologique, la motivation au changement ainsi que la persévérance en traitement

	Nombre de jours en traitement		Nombre d'heures en traitement		Intensité du traitement	
<b>Adaptation normale</b>	Stade P/C N = 11 $\bar{X}$ = 266,82 é.t. = 192,19 Md = 280	<b>U de Mann Withney</b>	Stade P/C N = 11 $\bar{X}$ = 19,71 é.t. = 18,98 Md = 9,75	<b>U de Mann Withney</b>	Stade P/C N = 11 $\bar{X}$ = 0,33 é.t. = 0,62 Md = 0,05	<b>U de Mann Withney</b>
	Stade Action N = 33 $\bar{X}$ = 161,12 é.t. = 143,15 Md = 113		-1,62		Stade Action N = 33 $\bar{X}$ = 20,05 é.t. = 35,82 Md = 8,25	
<b>Adaptation marginale</b>	Stade P/C N = 14 $\bar{X}$ = 133,00 é.t. = 145,22 Md = 98	<b>U de Mann Withney</b>	Stade P/C N = 13 $\bar{X}$ = 60,17 é.t. = 171,51 Md = 5,75	<b>U de Mann Withney</b>	Stade P/C N = 13 $\bar{X}$ = 0,82 é.t. = 0,86 Md = 0,13	<b>U de Mann Withney</b>
	Stade Action N = 39 $\bar{X}$ = 160,21 é.t. = 150,62 Md = 109		-,93		Stade Action N = 39 $\bar{X}$ = 33,37 é.t. = 70,02 Md = 8,16	
<b>Adaptation asociale</b>	Stade P/C N = 15 $\bar{X}$ = 145,53 é.t. = 118,70 Md = 111	<b>U de Mann Withney</b>	Stade P/C N = 14 $\bar{X}$ = 26,70 é.t. = 36,06 Md = 10,50	<b>U de Mann Withney</b>	Stade P/C N = 13 $\bar{X}$ = 0,49 é.t. = 0,99 Md = 0,12	<b>U de Mann Withney</b>
	Stade Action N = 27 $\bar{X}$ = 82,30 é.t. = 111,83 Md = 51		-1,80		Stade Action N = 23 $\bar{X}$ = 37,31 é.t. = 50,26 Md = 11	
<b>Adaptation antisociale</b>	Stade P/C N = 2 $\bar{X}$ = 52,50 é.t. = 72,83 Md = 52,50	<b>U de Mann Withney</b>	Stade P/C N = 2 $\bar{X}$ = 9,75 é.t. = 11,66 Md = 9,75	<b>U de Mann Withney</b>	Stade P/C N = 2 $\bar{X}$ = 0,83 é.t. = 0,94 Md = 0,84	<b>U de Mann Withney</b>
	Stade Action N = 10 $\bar{X}$ = 63,40 é.t. = 53,83 Md = 49,50		-,43		Stade Action N = 10 $\bar{X}$ = 36,50 é.t. = 54,33 Md = 5,50	

Test d'homogénéité de variance : Levene non significatif

d'adaptation psychologique. En faisant usage de cette procédure analytique, il a alors été possible d'obtenir des liens entre ces trois variables à la fois. En effet, étant dans l'impossibilité de réaliser une analyse ANOVA en raison du fait que les variables reliées à la persévérance en traitement ne respectaient pas les critères de la courbe normale, cette analyse s'est avérée adéquate afin d'obtenir les résultats escomptés. Ces derniers sont présentés au tableau XII.

Or, aucun lien significatif n'a pu être démontré en reliant à la fois les profils d'adaptation psychologique, la motivation au changement et les variables de la persévérance en traitement. Les résultats non significatifs obtenus préalablement entre la motivation au changement et la persévérance en traitement (de même qu'avec les profils d'adaptation psychologique) pourraient expliquer ces résultats, tout comme le faible nombre d'utilisateurs se répartissant dans chacun des divers sous-groupes, affectant de ce fait la puissance des analyses statistiques. En ce sens, un plus grand nombre initial de clients se serait avéré nécessaire afin de réaliser ces analyses, mais tout compte fait, l'absence de relation au départ avec la motivation au changement n'aurait peut-être pas apporté de résultats davantage significatifs. D'un autre côté, l'engagement en traitement, ayant préalablement présenté des liens significatifs avec le nombre d'heures passées en thérapie, pourrait exposer des résultats significatifs en le combinant, à la fois, avec les divers profils et les variables associées à la persévérance en traitement.

#### **3.4.2 Évaluation des liens unissant les profils d'adaptation psychologique, l'engagement et la persévérance en traitement**

En faisant usage des corrélations entre les variables liées à la persévérance et à l'engagement en traitement, et ce, toujours en scindant les fichiers selon les divers profils, les seuls résultats significatifs obtenus sont reliés au profil d'adaptation psychologique marginale (Tableau XIII).

Ainsi, chez les individus de ce profil, il semble que l'engagement au traitement soit en relation avec le nombre d'heures passées en traitement ( $r = 0,45$  ;  $p < 0,05$ ) de même qu'avec l'intensité du traitement ( $r = 0,42$  ;  $p < 0,05$ ). De plus, la résistance au traitement serait reliée négativement au nombre d'heures passées en traitement ( $r =$

-0,50 ;  $p < 0,01$ ). En ce sens, pour ces hommes, qui présentaient un profil faiblement antisocial en raison de résultats près de la normalité (score  $\pm 60$ ), pour la majorité des traits de personnalité de Jesness de même qu'une consommation de substances psychoactives légèrement au-dessus des hommes du profil d'adaptation normale, il semble que leur engagement en traitement ait davantage un impact sur le nombre d'heures et sur l'intensité du traitement, comparativement à la motivation au changement qui n'a pas présenté de résultats significatifs.

**Tableau XIII**

**Associations entre l'engagement, la résistance ainsi que la persévérance en traitement en fonction des divers profils d'adaptation psychologique**

		Nombre de jours	Nombre d'heures	Intensité
<b>Adaptation normale</b>	<b>Engagement</b>	0,02	0,16	0,08
	<b>Résistance</b>	-0,19	-0,07	0,04
<b>Adaptation marginale</b>	<b>Engagement</b>	0,16	<b>0,45*</b>	<b>0,42*</b>
	<b>Résistance</b>	-0,25	<b>-0,50**</b>	-0,34
<b>Adaptation asociale</b>	<b>Engagement</b>	0,07	0,05	0,07
	<b>Résistance</b>	-0,07	-0,12	-0,04
<b>Adaptation antisociale</b>	<b>Engagement</b>	-0,16	0,14	0,20
	<b>Résistance</b>	-0,24	-0,13	-0,90

\* =  $p < 0,05$

\*\* =  $p < 0,01$

Ainsi, il pourrait être suggéré qu'un accent majeur devra être mis auprès des individus présents dans ce profil quant à leur engagement afin de les conserver le plus longtemps possible en traitement et, par le fait même, en améliorer son efficacité. Par ailleurs, l'engagement en traitement, ayant présenté un lien significatif avec l'alliance thérapeutique, pourrait indiquer une autre avenue

d'intervention afin d'assurer une plus longue durée du traitement auprès de ces individus<sup>65</sup>.

### 3.4.3 Élaboration d'un modèle théorique

Malgré le fait que peu de résultats significatifs aient été obtenus en pratiquant des analyses avec les variables principales combinées (profils d'adaptation psychologique, motivation au changement, engagement et persévérance en traitement), il est tout de même maintenant possible de produire un modèle théorique (Figure 5) présentant l'ensemble des relations significatives observées tout au long de ce chapitre.

Ainsi, le modèle met clairement en évidence que les quatre profils d'adaptation psychologique élaborés (normale, marginale, asociale et antisociale) se différencient de façon significative entre eux. En effet, les résultats au test de comparaison *à posteriori* de Scheffé, ont montré que ces profils étaient significativement différents entre eux en ce qui concerne la majorité des traits de personnalité de l'Inventaire de Jesness. De plus, des différences entre les profils ont été observées pour certains scores composés de l'IGT, dont drogues, famille et relations interpersonnelles de même que psychologique.

Par la suite, aucune différence significative n'a pu être établie entre les divers profils d'adaptation psychologique, la motivation au changement et l'engagement en traitement. Le fait que la majorité des individus de l'échantillon se trouvait au stade de l'action (motivation au changement) et présentait un score moyen élevé en ce qui concerne l'engagement en traitement pourrait expliquer l'absence de relation. Or, il s'est avéré, en ce qui concerne la motivation au changement, que le type de mesures légales, et plus particulièrement celui de libération conditionnelle ou de maison de transition, soit significativement relié à une motivation au changement plus élevée chez les toxicomanes judiciarisés. D'un autre côté,

---

<sup>65</sup> Toutefois, il est à mentionner qu'aucune différence significative n'a été notée entre le score global au CALPAS de même que les divers profils d'adaptation psychologique ( $F= 6,48$ ;  $p>0,05$ ). Par le fait même, nous pourrions être porté à souligner que la qualité de l'alliance thérapeutique affectera positivement l'ensemble des profils et non pas seulement les personnes du profil marginal.

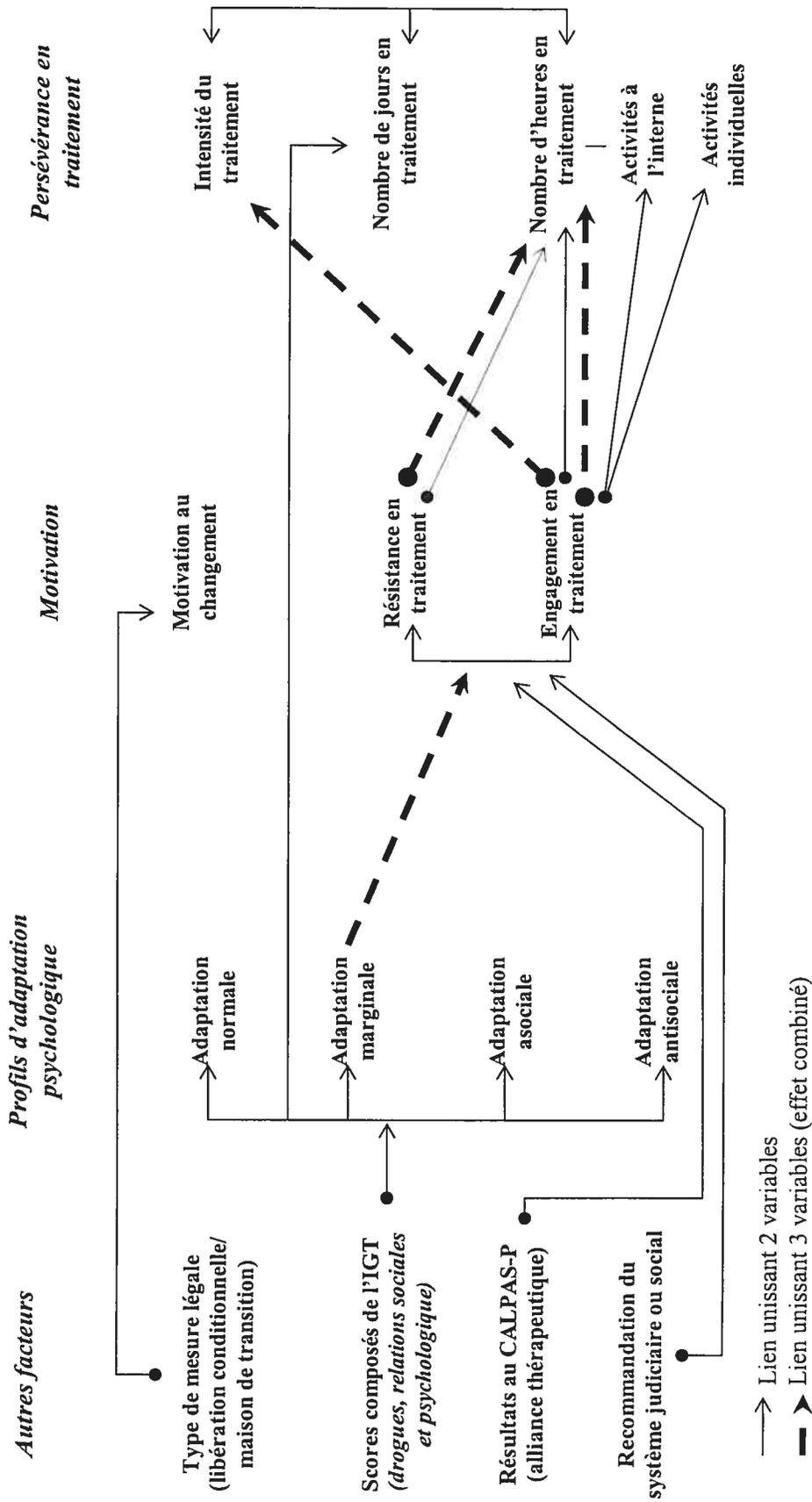


Figure 5: Modèle théorique des liens unissant les profils d'adaptation psychologique, la motivation au changement, l'engagement ainsi que la persévérance en traitement des hommes toxicomanes judiciairisés admis dans un centre de réadaptation pour personnes alcooliques ou toxicomanes au Québec.

l'alliance thérapeutique de même que le fait d'être référé en traitement par le système judiciaire ou social semblent influencer davantage l'engagement en traitement des individus.

En ce qui concerne la motivation au changement, celle-ci n'a toutefois pas démontré de liens significatifs avec les variables de la persévérance en traitement, contrairement à l'engagement en traitement qui était directement relié au nombre d'heures passées en traitement et plus particulièrement nombre d'heures passées en thérapie interne et individuelle. Par conséquent, plus un individu sera engagé dans un traitement, moins il présentera de résistance (étant donné que ces deux variables sont reliées) à celui-ci et ainsi il y consacrera davantage d'heures. Par ailleurs, des analyses supplémentaires ont permis d'inférer sur une certaine motivation au traitement de la part des personnes n'ayant pas été référées en traitement par le système judiciaire ou social (un plus grand engagement (et une faible résistance) et un nombre d'heures de thérapie plus important).

Ensuite, l'ensemble des variables de la persévérance en traitement étant relié de façon significative, il s'avère que seulement celle liée au nombre de jours en traitement distingue bien les profils d'adaptation psychologique entre eux. De ce fait, une gradation se présente selon ces deux variables en fonction de la gravité de l'adaptation psychologique des usagers. Ainsi, ceux composant le profil d'adaptation normale sont demeurés davantage de jours en traitement comparativement aux individus du profil d'adaptation antisociale.

En plus de présenter des différences significatives entre deux variables combinées (profils d'adaptation psychologique, motivation au changement, engagement ou persévérance en traitement), il s'est avéré, tel que présenté dans le modèle, que quelques liens significatifs étaient également présents en combinant les trois variables principales à la fois. De ce fait, il a été démontré, auprès des individus du profil d'adaptation marginale, qu'un plus grand engagement en traitement est le gage d'un nombre d'heures de même qu'une intensité du traitement plus importants (signe d'une motivation en traitement). D'un autre côté, une plus faible résistance au traitement de la part de ces individus est reliée à un nombre d'heures plus

important en traitement. De ce fait, l'accent doit réellement être mis sur l'engagement en traitement auprès des hommes du profil d'adaptation marginale afin de favoriser la persévérance en traitement.

Bref, suite aux résultats obtenus dans l'ensemble de ce chapitre, il est possible d'en conclure que la combinaison des variables en jeu, qui explique la persévérance en traitement, est beaucoup plus complexe qu'elle le laisse sous entendre et que les recherches sur ce thème doivent se poursuivre, notamment auprès de diverses populations, afin de saisir d'une façon plus adéquate l'impact de divers facteurs, particulièrement liés à l'individu et à la thérapie, sur la persévérance en traitement.

## **Conclusion**

Les données présentées dans le cadre de la revue de la littérature scientifique indiquent que la persévérance en traitement de la clientèle toxicomane judiciairisée constitue une problématique importante sur laquelle il importe de s'attarder. Par conséquent, la cible visée des intervenants dans les centres publics de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes est sans aucun doute de mieux comprendre ces facteurs reliés à la persévérance et d'agir sur eux afin d'en améliorer le traitement. En ce sens, en raison du manque de connaissances québécoises quant aux déterminants de la persévérance en traitement des personnes toxicomanes judiciairisées, une recherche sur ce propos était de mise. Ainsi, notre objectif principal était de mieux comprendre l'impact particulier de la personnalité associée à la délinquance, de la motivation au changement et de l'engagement en traitement sur la persévérance en traitement d'un échantillon de 157 hommes toxicomanes judiciairisés, ayant fait une démarche d'aide dans un centre public de réadaptation pour l'alcoolisme et les toxicomanies du Québec. Bien que la documentation scientifique ait démontré certains liens quant à ces facteurs sur la rétention des clients en traitement, ceux-ci demeuraient encore nébuleux et imprécis.

Tout d'abord, l'étude spécifique des traits de personnalité a été appuyée par la littérature qui indiquait une forte prévalence de ceux-ci, particulièrement antisociaux, auprès de la clientèle toxicomane judiciairisée (Conway et al., 2002; Germain et al., 2001 ; Lynam et al. 2003). De ce fait, les résultats confirment que les individus orientés vers les centres publics de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, suite à leur admission en relation avec leurs démêlés judiciaires, présentent de nombreux traits de personnalité associés à la délinquance. Toutefois, les scores dans la normalité, aux échelles de refoulement et de déni, indiquent que les hommes de l'échantillon s'éloignent de la personnalité antisociale typique (Trudeau-Le Blanc et Le Blanc, 2001). Ces résultats concordent avec ceux rapportés par Germain et al. (2001) auprès d'une clientèle similaire. En outre, l'élaboration de divers profils d'adaptation psychologique, composé des traits de personnalité de Jesness, a permis de rendre compte d'une aggravation de la personnalité délinquante. Ainsi, quatre profils ont été réalisés; adaptation normale, marginale, asociale et antisociale. Il s'en trouve ainsi que chacun de ces profils se

distinguent sur les plans de la consommation de substances, des relations interpersonnelles de même que des problèmes psychologiques. Diverses études (Conway et al., 2002; Donovan et al., 1998; Quirk et McCormick, 1998) avaient aussi noté des résultats similaires, mais en faisant usage de questionnaires autres que celui de Jesness. Alors qu'une combinaison de traits inadaptés était le gage d'une problématique importante de consommation de substances, cette dernière pouvait donc avoir un impact sur les diverses sphères biopsychosociales d'un individu (Nadeau et Biron, 1998). Il importe toutefois de s'attarder sur la présence d'un résultat qui diverge de ceux obtenus dans d'autres études. En effet, il s'avère que les individus appartenant au profil d'adaptation psychologique antisociale affichent un score composé élevé à l'échelle psychologique et par conséquent, une plus grande détresse psychologique que ceux des autres profils. Or, il importe de se questionner sur ces résultats, puisque de façon générale, les personnes antisociales ne présentent peu ou pas d'affects psychologiques (Fréchette et Le Blanc, 1987 ; Pinatel, 1963). Il pourrait donc être soupçonné que la gravité de leur consommation de substances psychoactives de même que divers problèmes biopsychosociaux (ex : dépressivité, relations interpersonnelles), ajoutés à leur délinquance, aient eu un impact important sur leur détresse psychologique, pouvant ainsi expliquer les résultats obtenus. Toutefois, d'autres études seraient nécessaires afin de mieux comprendre la portée de ces résultats auprès de cette clientèle toxicomane et judiciairisée.

Dans un deuxième temps, l'intérêt quant à l'étude de la motivation tient sa source dans la littérature, qui a rendu compte du fait que la motivation initiale d'un individu reflétait sa prise de conscience par rapport à sa consommation de substances et constituait un facteur de prédiction important des efforts versés dans une démarche de même que sur la durée de la thérapie (Cahill et al., 2003 ; DiClemente, 1999 ; DiClemente et al., 1999 ; Landry et al., 2001a). Les analyses révèlent tout d'abord une motivation initiale au changement particulièrement élevée auprès des toxicomanes judiciairisés de l'échantillon, puisque près des trois quarts d'entre eux se retrouvent au stade de l'action. Ce niveau de motivation élevé et généralisé pourrait, par le fait même, expliquer l'absence de liens significatifs avec les divers profils d'adaptation psychologique. Or, ces résultats ne concordent

pas avec ceux obtenus dans diverses études auprès d'une clientèle similaire (Brochu et al., 1999a ; Marshall et Hser, 2002 ; Schneeberger et Brochu, 1999), alors qu'un manque de motivation significatif était identifié dès l'entrée en traitement. Cette tendance généralisée à l'action laisse planer un doute quant à la validité de tels résultats présents chez des personnes qui sont référés en traitement par des instances judiciaires. Ce doute se renforce lorsque aucune différence significative ne fut constatée entre les stades de motivation et la préoccupation quant à la consommation d'alcool et/ou de drogues. Or, au stade de l'action, la personne est censée reconnaître son comportement problématique. Bien que l'interprétation des résultats semble trouver appui sur le type de sanctions légales des usagers (et, par le fait même, sur leur faible consommation de substances), il en convient tout de même que ces résultats doivent nous mettre sur nos gardes quant à leur portée.

D'un autre côté, les résultats témoignent d'un engagement en traitement moyennement élevé pour les usagers constituant l'échantillon. Encore une fois, aucun lien significatif n'a pu être établi avec les profils d'adaptation psychologique, nous informant ainsi que les caractéristiques psychologiques d'un individu ne sont pas reliées à son niveau d'engagement. Or, il semble que cet engagement en traitement soit relié à l'absence de recommandation du traitement de la part du système judiciaire ou social (Brochu et Schneeberger, 2001c, 1999 ; Schneeberger et Brochu, 1999) ainsi qu'à la qualité de l'alliance thérapeutique (Hiller et al., 2002).

Dans un troisième temps, l'exploration de l'impact des profils d'adaptation psychologique et de la motivation sur la persévérance en traitement repose sur la problématique d'abandon prématuré du traitement notée auprès de la clientèle judiciairisée (Beudet et al. 1995 ; Lefebvre, 2000 ; Marshall et Hser, 2002) et sur la nécessité de connaître les facteurs pouvant y être associés (Bergeron et al., 1997). Les résultats confirment, et ce, en concordance avec la littérature scientifique, un faible taux de rétention de la clientèle. Plus particulièrement en fonction des divers facteurs étudiés, les analyses démontrent que l'adaptation psychologique est associée au nombre de jours passés en thérapie, où les personnes les plus

inadaptées et présentant une problématique plus importante dans la sphère biopsychosociale persévèrent moins longtemps en traitement. Ceci est donc conforme à diverses études (Ball, 2005; Kravitz et al, 1999; Nadeau et Biron, 1998). En outre, la motivation au changement, de son côté, n'a démontré aucun impact sur la persévérance en traitement, ce qui va à l'encontre de ce qui fut remarqué dans la littérature scientifique (Brochu et al., 1999a ; DiClemente, 1999 ; Vallerand et Thill, 1993) et par le fait même alimente d'autant plus nos doutes face à la motivation initiale *réelle* des usagers lors de leur admission en traitement. D'un autre côté, l'engagement en traitement est relié au nombre d'heures passées dans la démarche thérapeutique. Ce dernier résultat nous a permis de faire un lien avec la motivation en traitement puisqu'il s'avère que les individus, n'ayant pas été référés en traitement par le système judiciaire ou social, sont plus engagés en traitement (et ainsi moins résistants) et y demeurent pour une plus longue période de temps (nombre d'heures). Cette observation fut soulevée également par Brochu et Schneeberger, 1999).

En dernier lieu, les analyses quant à l'impact combiné des facteurs étudiés sur la persévérance en traitement illustrent que les individus du profil d'adaptation marginale (moyennement antisociaux), qui manifestent un engagement plus important en traitement, présentent un nombre de jours et une intensité plus importante du traitement, comparativement aux individus qui présentent une résistance à la démarche thérapeutique. C'est donc de dire que l'engagement en traitement est d'autant plus significatif chez les personnes présentant une inadaptation psychologique moyenne afin d'accentuer la durée de leur thérapie. Ces résultats viennent donc confirmer la nécessité d'adapter les interventions en fonction des caractéristiques de la clientèle, afin d'assurer une plus grande persévérance en traitement et de surcroît, son efficacité (Landry et al., 2001b ; McLellan, Grissom, Zanis, Randall, Brill et O'Brien, 1997 ; Nadeau et Biron, 1998). Or, l'absence de liens significatifs avec la motivation au changement, ne validant pas l'hypothèse initiale, pourrait s'expliquer, en partie, par la faiblesse de la puissance des analyses statistiques en raison d'un nombre limité de sujets dans chacune des catégories. Dans ce sens, il importe de prendre en considération l'intérêt, dans le cadre d'une étude ultérieure, de faire usage de d'autres méthodes

d'analyses multivariées, telles que des régressions logistiques, pouvant ainsi augmenter la puissance et la portée des résultats.

Mise à part la présence de certaines limites, cette recherche s'est avérée un complément d'informations intéressant pour les intervenants et les chercheurs amenés à travailler dans les centres publics de réadaptation pour les personnes alcooliques et toxicomanes du Québec. Sa principale contribution est sans aucun doute de rendre compte de l'influence majeure de l'engagement en traitement de même que de la gravité de l'inadaptation psychologique sur la durée de la thérapie. Dans ce sens, cette étude rend compte de l'importance de détecter rapidement, et particulièrement lors des premiers contacts, les personnes les plus à risque d'abandon en regard de ces facteurs pour ainsi axer les interventions à ce niveau. Par conséquent, la notion d'appariement des traitements fait alors surface en proposant d'adapter les traitements selon les besoins et les caractéristiques des individus ayant développé des problèmes liés à la consommation de substances psychoactives (Landry et al., 2001b ; McLellan et al, 1997 ; Nadeau et Biron, 1998). Face à nos résultats, nous pourrions alors être porté à croire que les individus des profils d'adaptation normale et marginale devront profiter d'un traitement différent de ceux des profils asocial et antisocial en raison notamment de leur profil biopsychosocial plus détérioré. En outre, la référence vers les traitements en interne pourrait accentuer l'exposition au traitement si l'accent est mis sur l'engagement en traitement des clients.

Or, bien que ces résultats démontrent un idéal en intervention, il s'avère que la réalité pourrait affecter leur portée. En effet, en raison des limites incontournables de l'intervention en alcoolisme et en toxicomanie, il peut s'avérer parfois difficile de détecter rapidement la clientèle la plus à risque avant qu'elle ne mette fin au processus thérapeutique. En effet, les cliniciens ne disposent, entre autres, que d'un nombre de rencontres restreint afin de développer une alliance thérapeutique, d'amener l'individu à prendre conscience de sa problématique (motivation au changement) de même que pour faire l'élaboration d'un plan d'action (Lefebvre, 2000). En outre, il pourrait s'avérer utopique de croire en un appariement parfait des traitements dans le domaine de la toxicomanie.

Bref, cette étude démontre la pertinence de prendre en considération le niveau d'adaptation psychologique des clients en plus de miser sur l'engagement en traitement (particulièrement chez les clients référés par le système judiciaire ou social) dès le début du processus thérapeutique afin de favoriser la durée des thérapies. Face à ce dernier point, l'intervenant devra jouer un rôle majeur quant à l'engagement des clients, et ce, dans les premiers contacts thérapeutiques. En fixant des buts thérapeutiques précis et réels avec son client, il arrivera sans aucun doute à favoriser une motivation davantage interne (Simoneau, 2001), étant par ailleurs une garantie d'une meilleure persévérance en traitement.

En outre, à la lumière de ces résultats, il s'avère plus spécifiquement que la théorie de la personnalité délinquante soit confirmée. En ce sens, une constellation de traits associés à la délinquance permet de rendre compte d'une certaine personnalité délinquante (Pons, 1997) ou du moins, d'un niveau d'adaptation psychologique mettant en jeu des facteurs affectifs, cognitifs et comportementaux. Toutefois, il serait plus prudent d'adapter cette théorie en fonction des personnes présentant différents niveaux de dépendance aux substances psychoactives étant donné que la combinaison des traits retrouvés chez les toxicomanes judiciairisés diffère de celle retrouvée chez les personnes ne présentant qu'une seule problématique de délinquance.

D'un autre côté, les analyses suggèrent pour le moment d'apposer un bémol en ce qui concerne la motivation au changement des hommes de l'échantillon, nous poussant alors à l'élaboration de certaines pistes d'interprétation des résultats obtenus. Ainsi, une étude de Gavin et al. (1998), faisant usage du questionnaire de Rollnick et al. (1992) dans sa version originale, avait noté une motivation particulièrement élevée auprès d'un groupe d'alcooliques en traitement. Les auteurs avaient conclu qu'étant donné que ces personnes étaient en traitement sous une base volontaire, il était alors tout à fait logique que la majorité d'entre elles se retrouvent au stade de l'action. Par conséquent, l'administration de ce questionnaire ne semble pas suggérée auprès de cette clientèle volontaire au traitement. À la lumière de ces résultats, nous aurions alors pu croire que des résultats différents auraient été obtenus auprès de notre échantillon, étant donné

que ces individus sont plus ou moins volontaires au traitement en raison des pressions judiciaires ou sociales pesant sur eux. Or, les résultats nous confirment que, malgré le fait que les usagers soient plus ou moins volontaires au traitement, la motivation au changement de comportement de consommation demeure élevée. Nous pourrions donc croire qu'en raison de la situation judiciaire des usagers, un phénomène de désirabilité sociale<sup>66</sup> a pu prendre sa place faisant en sorte de surévaluer la motivation de l'échantillon. Toutefois, nos données ne permettant pas pour le moment de prouver la présence d'un phénomène de désirabilité sociale, il s'avère que cette piste pourrait constituer une avenue intéressante pour une recherche future. D'un autre côté, il est possible de croire que la mesure de la motivation initiale soit peu prédictive de la persévérance en traitement en raison du fait que la motivation constitue un concept dynamique qui évolue à travers le temps (Simoneau et al., 2004). De ce fait, nos résultats confirment d'autant plus la nécessité de poursuivre les études sur l'effet dynamique de la motivation, particulièrement au changement, sur la persévérance en traitement d'une clientèle toxicomane judiciairisée. Ainsi, il s'avère important que les intervenants des centres de réadaptation en alcoolisme et toxicomanies agissent avec précautions lors de l'interprétation du questionnaire de Rollnick et al. (1992) auprès d'une population en traitement et plus particulièrement auprès des personnes toxicomanes judiciairisées.

Sur le plan théorique, bien que cette recherche ait apporté des informations importantes quant à l'impact de certains facteurs individuels et liés à la thérapie sur la persévérance en traitement, il semble que des études supplémentaires devraient être réalisées en tenant pour compte d'autres facteurs. Ainsi, diverses études ont noté l'impact de variables reliées au traitement (alliance thérapeutique) ou encore à l'environnement social (pression sociale, soutien) sur la rétention des clients en traitement (Bergeron et al., 1997). Par ailleurs, il serait d'autant plus intéressant de noter l'impact de ces variables tout au long du processus thérapeutique afin de vérifier si des changements réels sont présents. En outre, il pourrait être également

---

<sup>66</sup> La *désirabilité sociale* signifie une tendance, plus ou moins consciente chez un individu, de se comporter d'une manière qui est socialement acceptable ou désirable (Fisher, 1993). Ainsi, dans le cadre d'une recherche, la désirabilité sociale se fait sentir par l'omission ou l'exagération de certains faits, dans le but de préserver l'image et l'estime de soi des répondants.

adéquat de noter l'impact de la persévérance en traitement, une fois que les pressions judiciaires sont tombées. Des études sur le sujet pourraient nous faire comprendre si les variables associées à la persévérance demeurent les mêmes une fois les pressions judiciaires tombées.

Finalement, il serait intéressant de poursuivre les recherches sur l'efficacité des traitements en fonction des divers profils d'adaptation psychologique, de la motivation au changement, de l'engagement de même que la persévérance en traitement. En effet, diverses études ont noté qu'afin d'avoir des résultats positifs au traitement, les individus doivent y demeurer suffisamment longtemps (Beaudet et al. 1995 ; Bergeron et al. 1997 ; Brochu et al. 1995 ; Brochu et Drapeau, 1996 ; Brochu et Schneeberger, 2001c ; Lemieux, 1998 ; McBride et Inciardi, 1993 ; McCuster et al., 1997 ; Stark, 1992). Or, bien que le présent mémoire ne se soit pas développé sur le plan de l'efficacité du traitement auprès des individus présents dans chacun des profils d'adaptation psychologique, nous pourrions être portés à croire qu'une certaine amélioration de la situation personnelle et sociale (scores composés de l'IGT) se fera ressentir pour l'ensemble des profils en raison de leur présence en thérapie, tel que remarqué par Nadeau et Biron (1998). Toutefois, il pourrait sans doute être supposé que les profils d'adaptation normale et marginale présenteront une plus grande efficacité du traitement en raison d'une meilleure adaptation psychologique de même qu'une plus grande persévérance en traitement. Il serait donc intéressant que des analyses plus approfondies soient réalisées en ce qui concerne l'efficacité du traitement dans le but de confirmer nos hypothèses en la matière.

Dans cet ordre d'idées, des études sur l'efficacité des traitements à plus long terme seraient également nécessaires pour chacun des profils d'adaptation psychologique. En effet, tel que mentionné par Mme Nadeau lors du Congrès National des toxicomanies RondPoint (2005), bien que certains facteurs puissent expliquer la persévérance en traitement de même que son efficacité à court terme, il semble d'autant plus important de jeter un regard sur l'impact de ces variables à plus long terme afin de comprendre réellement les facteurs associés au maintien du changement de comportement. Ces études longitudinales apporteront des

informations d'autant plus nourrissantes afin d'amener les intervenants à mieux aider les clients en traitement, de favoriser leur persévérance et, par le fait même, d'assurer une stabilité de leur situation à long terme.

Bref, il est possible de conclure ce mémoire en affirmant que la combinaison des facteurs en jeu, afin d'expliquer la persévérance en traitement, est beaucoup plus complexe qu'elle le laisse sous entendre. Toutefois, il est clair qu'une seule et même intervention ne peut convenir à tous les toxicomanes judiciairisés (McLellan et al, 1997 ; Nadeau et Biron, 1998) et, de surcroît, il devient indispensable de poursuivre les recherches quant aux principaux déterminants de la persévérance en traitement et de son efficacité.

## **Références**

- Allport, G.W. (1937). *Personality: A Psychological Interpretation*. New York: Henry Holt.
- Allport, G.W. et Odbert, H.S. (1936). Traits-Names: A Psycho-Lexical Study. *Psychological Monographs*, 47.
- American Psychiatric Association (2004). *DSM-IV-TR: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Washington, DC : APA.
- Ball, S.A. (2005). Personality, Traits, Problems, and Disorders : Clinical Applications to Substance Use Disorders. *Journal of Research in Personality*, 39, 84-102.
- Ball, J.C., et Ross, A. (1991). *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment : Patients, Programs, Services, and Outcome*. New York: Springer.
- Battjes, R.J., Onken, L.S. et Delany, P.J. (1999). Drug Abuse Treatment Entry and Engagement: Report of a Meeting on Treatment Readiness. *Journal of Clinical Psychology*, 55(5), 643-657.
- Beaudet, N., Brochu, S., Bergeron, J. et Landry, M. (1995). *Persistance en traitement et impact du processus de réadaptation des personnes toxicomanes judiciairisées admises à Domrémy-Montréal*. Montréal : Centre international de criminologie comparée.
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. et Liese, B.S. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York, Guilford Press.
- Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S. et Cournoyer, L.-G. (1997). *Les déterminants de la persévérance des clients dans les traitements de réadaptation pour l'alcoolisme et la toxicomanie : une approche multidimensionnelle*. Montréal : Rapport final d'une recherche subventionnée par le Conseil québécois de la recherche sociale (#RS 1351-087).
- Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S. et Guyon, L. (1998). Les études psychométriques autour de l'ASI/IGT. Dans L. Guyon, M. Landry, S. Brochu et J. Bergeron (Éds.), *L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes, l'Indice de gravité d'une toxicomanie*, 31-46. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Bergman, L.R. (2000). The Application of a Person-Oriented Approach : Types and Clusters. Dans L.S. Bergman, R.B. Cairns, L.-G. Nilsson, et L. Nystedt (Éds.), *Developmental Science and the Holistic Approach*, 137-154. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Brady, K.T., Myrick, H. et McElroy, S. (1998). The Relationship Between Substance Use Disorders, Impulse Control Disorders, and Pathological Aggression. *American Journal of Addictions*, 7, 221-230.

- Brewer, D.D., Catalano, R.F., Haggerty, K., Gainey, R.R. et Fleming, C.B. (1998). A Meta-Analysis of Predictors of Continued Drug Use During and After Treatment For Opiate Addiction. *Addiction*, 93, 73-92.
- Brochu, S. (1997). Les drogues et les questions criminelles: bilan de la recherche québécoise. *Santé mentale au Québec*, 22(2), 218-232.
- Brochu, S. (1995). *Drogue et criminalité; une relation complexe*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Brochu, S., Bergeron, J., Landry, M. et Germain, M. (1999a). *Interventions adaptées aux personnes toxicomanes-judicialisées*. Montréal : Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec (RISQ).
- Brochu, S., Bergeron, J., Landry, M., Germain, M. et Schneeberger, P. (2002). The Impact of Treatment on Criminalized Substance Addicts. *Journal of Addictive Diseases*, 21(3), 23-41.
- Brochu, S., Biron, L., et Desjardins, L. (1996). Consommation de substances psychoactives chez les femmes détenues au Québec. *Criminologie*, 29 (1), 121-139.
- Brochu, S., Cournoyer, L.-G., Bergeron, J., Brunelle, N., Landry, M. et Tremblay, J. (2004). *Compréhension de l'impact d'un traitement pour toxicomanes judiciairisés*. Montréal : Recherche et intervention sur les substances psychoactives-Québec (RISQ).
- Brochu, S., Cournoyer, L.-G., Motiuk, L. et Parnanen, K. (1999b). Drogues, alcool et comportement criminel : profils chez les détenus sous responsabilité fédérale au Canada. *Bulletin des stupéfiants*, LI (1-2), 27-74.
- Brochu, S. et Cousineau, M.-M. (2003). Drogues et questions criminelles : un état de la question à partir d'études québécoises. Dans M. LeBlanc, M. Ouimet, M. et D. Szabo (Éds.), *Traité de criminologie empirique*, 3<sup>ème</sup> édition, 243-279. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Brochu, S., Cousineau, M.-M., Gillet, M., Cournoyer, L.-G., Parnanen, K. et Motiuk, L. (2001). Les drogues, l'alcool et la criminalité : Profil des détenus fédéraux canadiens. *Forum de recherche sur l'actualité correctionnelle*, 13 (3), 22-26.
- Brochu, S. et Drapeau, A. (1996). *La pratique des tribunaux face aux renvois vers les centres de traitement de la toxicomanie*. Montréal : Portage.
- Brochu, S. et Guyon, L. (1998). L'utilisation de l'ASI/IGT en centre de détention. Dans L. Guyon, M. Landry, S. Brochu et J. Bergeron (Éds.), *L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes, l'Indice de gravité d'une toxicomanie*, 47-65. Québec : Presses de l'Université Laval.

- Brochu, S., Guyon, L. et Desjardins, L. (1999c). Comparative Profiles of Addicted Adult Populations in Rehabilitation and Correctional Services. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16(2), 173-182.
- Brochu, S., Landry, M., Bergeron, J. et Chiocchio, F. (1997). The Impact of a Treatment Process for Substance Users as a Function of Their Degree of Exposure to Treatment. *Substance Use and Misuse*, 32 (14), 1993 -2011.
- Brochu, S., Landry, M., Bergeron, J. et Chiocchio, F. (1995). *Rapport de recherche sur l'efficacité du traitement à Domrémy-Montréal*. Montréal : Centre international de criminologie comparée (CICC).
- Brochu, S. et Schneeberger, P. (2001a). Drogues illicites et délinquance : regards sur les travaux nord américains. *Tendances*, 17.
- Brochu, S. et Schneeberger, P. (2001b). *Les toxicomanes judiciairisés: le droit de traiter*. Montréal : Centre international de criminologie comparée (CICC).
- Brochu, S. et Schneeberger, P. (2001c). Le traitement des toxicomanes dans un contexte de pressions judiciaires. Dans M. Landry, L. Guyon et S. Brochu (Éds.), *Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie, études québécoises*, 73-94. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Brochu, S. et Schneeberger, P. (1999). *L'impact des contraintes judiciaires dans le traitement de la toxicomanie*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT).
- Broome, K., Knight, D., Knight, K., Hiller, M, et Simpson, D. (1997). Peer, Family, and Motivational Influences on Drug Treatment Process and Recidivism for Probationers. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 387-397.
- Cahill, M.A., Adinoff, B., Hosig, H., Muller, K. et Pulliam, C. (2003). Motivation for Treatment Preceding and Following a Substance Abuse Program. *Addictive Behaviors*, 28, 67-79.
- Carey, K.B., Purnine, D.M., Maisto, S.A. et Carey, M.P. (1999). Assessing Readiness to Change Substance Abuse : A Critical Review of Instruments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(3), 245-266.
- Carver, C.S. et Scheier, M.F. (2000). *Perspective on Personality*, 4<sup>ème</sup> édition. Boston : Allyn and Bacon.
- Caspi, A. (2000). The Child is Father of the Men : Personality Correlates From Childhood to Adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 158-172.
- Cattell, R.B. (1985). *Human Motivation and the Dynamic Calculus*. New York : Praeger.

- Cattell, R.B. (1965). *The scientific Analysis of Personality*. Baltimore : Penguin.
- Cattell, R.B. (1950). The Main Personality Factors in Questionnaire, Self-Estimated Material. *Journal of Social Psychology*, 31, 3-38.
- Chayer, L. et Brochu, S. (1997). *Consommation de drogues et entrée en traitement en pénitencier : le point de vue des détenus, Rapport no 1*. Montréal : Centre international de criminologie comparée (CICC).
- Comfort, C., Sockloff, A., Loverro, J. et Kaltenbach, K. (2003). Multiple Predictors of Substance-Abusing Women's Treatment and Life Outcomes: A Prospective Longitudinal Study. *Addictive Behavior*, 28(2), 199-224.
- Conley, J.J. (1985). Longitudinal Stability of Personality Traits: A Multitrait Multimethod-Multioccasion Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 1266-1282.
- Conway, K.P., Swendsen, J.D., Rounsaville, B.J. et Merikangas, K.R. (2002). Personality, Drug of Choice, and Comorbid Psychopathology Among Substance Abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 65, 225-234.
- Cournoyer, L.-G. (1994). *Les précurseurs cognitifs de l'abandon prématuré de la psychothérapie*, Thèse de doctorat. Montréal : Université de Montréal.
- Cournoyer, L.-G., Brochu, S., Bergeron, J. et Landry, M. (1997). *Criminal Offenders Commitment to a Drug Abuse Rehabilitation Program : A Treatment Dropout Study*. Paris: Conférence présentée à la 8<sup>th</sup> International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, mars 1997.
- Davidson, R. (1992). Prochaska et DiClemente's Model of Change : A Case of Study ? *British Journal of Addiction*, 87, 821-822.
- Debuyst, C. (1985). *Modèle éthologique et criminologie*. Bruxelles : Pierre Mardaga.
- Debuyst, C. (1960). *Criminels et valeurs vécues : étude clinique d'un groupe de jeunes criminels*. Louvain : Éditions Nauwelaerts.
- Deci, E.L. et Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. New York: Plenum.
- De Leon, G., Melnick, G. et Tims, F.M. (2001). The Role of Motivation and Readiness in Treatment and Recovery. Dans J.J. Platt et F.M. Leukefeld (Éds.), *Relapse and Recovery Processes in the Addictions*, 141-171. New Haven, CT: Yale University Press.

- De Weert-Van Oene, G.H., Schippers, G.M., De Jong, C.A.J. et Schrijvers, G.J.P. (2001). Retention in Substance Dependence Treatment : The Relevance of In Treatment Factors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 253-261.
- DeWitt, C.B. (1992). Drug Use Forecasting. *National Institute of Justice : Research in Brief*, 1-12.
- DiClemente, C.C. (1999). Motivation for Change : Implications for Substance Abuse Treatment. *American Psychological Society*, 10(3), 209-213.
- DiClemente, C.C., Bellino, L.E. et Neavins, T.M. (1999). Motivation for Change and Alcoholism Treatment. *Journal of Substance and Health*, 23(2), 86-92.
- DiClemente, C.C. et Hughes, S.O. (1990). Stages of Change Profiles in Outpatient Alcoholism Treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2(2), 217-235.
- Domrémy-Montréal (1997). *Programme Toxic-Justice*. Montréal : Centre Dollard Cormier.
- Donovan, D.M. et Rosengren, D.B. (1999). Motivation for Behavior Change and Treatment Among Substance Abusers. Dans J.A. Tucker, D.M. Donovan et A. Marlatt (Éds.), *Changing Addictive Behavior, Bridging Clinical and Public Health Strategies*, 127-157. New York: Guilford Press.
- Donovan, J.M., Soldz, S., Kelley, H.F. et Penk, W.E. (1998). Four Addictions : The MMPI and Discriminant Function Analysis. *Journal of Addiction Diseases*, 17, 41-55.
- Drieschner, K.H., Lammers, S.M.M. et Van der Staak, C.P.F. (2004). Treatment Motivation : An Attempt for Clarification of an Ambiguous Concept. *Clinical Psychology Review*, 23, 1115-1137.
- Eysenk, H.J. (1982). *Personality Genetics and Behavior*. New York : Praeger.
- Fadiman, J. et Frager, R. (1994). *Personality and Personal Growth*, 3<sup>ème</sup> édition. New York : Harper Collins College Publishers.
- Favard, A.-M. (1991). Personnalité criminelle : de la validation à la validité. Dans R. Cario et A.-M. Favard (Éds.), *La personnalité criminelle*, 115-129. Toulouse : Éditions Érès.
- Filloux, J.-C. (1970). *La personnalité*. Paris : Presses universitaires de France.
- Fiorentine, R. et Anglin, M.D. (1996). More Is Better : Counseling Participation and the Effectiveness of Outpatient Drug Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(4), 341-348.
- Fisher, R.J. (1993). Social Desirability Bias and the Validity of Indirect Questioning. *Journal of Consumer Research*, 20, 303-315.

- Flowers, R.B. (1999). *Drugs, Alcohol and Criminality in American Society*. London : McFarland.
- Forget, J. (1977). *Validité prédictive de l'Inventaire de Jesness et profil de personnalité de l'adolescent de la cour de bien-être social*, Mémoire de maîtrise. Montréal : Université de Montréal.
- Fréchette, M. et Le Blanc, M. (1987). *Délinquances et délinquants*. Chicoutimi : Gaëtan Morin éditeur.
- Friedman, D. et Rusche, S. (1999). *How Addictive Drugs Change the Brain?* Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Gavin, D.R., Sobell, L.C. et Sobell, M.B. (1998). Evaluation of the Readiness to Change Questionnaire with Problems Drinkers in Treatment. *Journal of Substance Abuse*, 10, 53-58.
- Geisinger, K.F. (1994). Cross-Cultural Normative Assessment : Translation and Adaptation Issues Influencing the Normative Interpretation of Assessment Instruments. *Psychological Assessment*, 6(4), 304-312.
- Germain, M., Brochu, S., Bergeron, J., Landry, M. et Schneeberger, P. (2001). Profils des toxicomanes judiciairisés dans deux centres de réadaptation publics au Québec. *Psychotropes*, 7(1), 71-90.
- Germain, M. et e Blanc, M. (1996). Typologie intégrée de la toxicomanie et de la délinquance. *Psychotropes*, 1, 7-32.
- Goldstein, M.F., Friedman, S.R., Neaigus, A., Ildefonso, J.B. et Curtis, G.R. (1995). Self-Reports of HIV Risk Behavior by Injecting Drug Users: Are They Reliable? *Addiction*, 90, 1097-1104.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. et Kidd, T. (2003). The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 Year Follow-Up Results. *Addiction*, 98, 291-303.
- Gossop, M., Marden, J., Stewart, D. et Rolfe, A. (1999). *Treatment Retention and 1 Year Outcomes for Residential Programs in England*. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 89-98.
- Gregoire, T.K. et Burke, A.C. (2004). The Relationship of Legal Coercion to Readiness to Change Among Adults with Alcohol and Other Drug Problems. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26, 35-41.
- Griffith, J.D., Rowan-Szal, G.A., Roark, R.R. et Simpson, D.D. (2000). Contingency Management in Outpatient Methadone Treatment: A Meta Analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 58(1-2), 55-66.

- Hampson, S.E. (1988). *The Construction of Personality*, 2<sup>ème</sup> édition. London: Routledge.
- Herrnstein, R.J. (1995). Criminogenic Traits. Dans J.Q. Wilson et J. Petersilia (Éds.), *Crime*, 39-63. California: Institute of Contemporary Studies Press.
- Hiller, M.L., Knight, K., Leukefeld, C. et Simpson, D.D. (2002). Motivation as a Predictor of Therapeutic Engagement in Mandated Residential Substance Abuse Treatment. *Criminal Justice and Behavior*, 29(1), 56-75.
- Huber, W. (1977). *Introduction à la psychologie de la personnalité*. Bruxelles: Dessart et Mardaga.
- Inciardi, J.A., Lockwood, D., et Quinlan, J.A. (1993). Drug Use in Prison : Patterns, Processes, and Implications for Treatment. *Journal of Drug Issues*, 23(1), 119-129.
- Institut de la statistique du Québec (1998). Enquête sociale et de santé 1998. Consulté le 25 juin 2005 au <http://www.stat.gouv.qc.ca/publicat/sante/e-soc/sante98.htm>.
- Jesness, C.F. (1971). *The Jesness Inventory Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Jesness, C.F. (1974). *Classifying Juvenile Offenders. The Sequential I-Level Classification Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Jesness, C. F. (1988). The Jesness Inventory Classification System. *Criminal Justice and Behavior*, 15 (1), 78-91.
- Jesness, C.F. et Wedge, R.F. (1984). Validity of a Revisited Jesness Inventory I-Level Classification with Delinquents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(6), 997-1010.
- Joe, J.W, Simpson, D.D. et Broome, K.M. (1999). Retention and Patient Engagement Models for Different Treatment Modalities in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 113-125.
- Joe, J.W., Simpson, D.D. et Broome, K.M. (1998). Effects of Readiness for Drug Abuse Treatment on Client Retention and Assessment of Process. *Addiction*, 93(8), 1177-1190.
- Joe, G.W., Simpson, D.D., Dansereau, D.F. et Rowan-Szal, G.A. (2001). Relationships Between Counseling Rapport and Drug Abuse Treatment Outcomes. *Psychiatric Services*, 52(9), 1223-1229.

- Joseph, J., Breslin, C. et Skinner, H. (1999). Critical Perspectives on the Transtheoretical Model and Stages of Change. Dans J.A. Turker, D.M. Donovan et G.A. Marlatt (Éds.), *Changing Addictive Behavior: Bridging Clinical and Public Health Strategies*, 160-190. New York: The Guilford Press.
- Kerber, L. et Harris, R. (2001). *Substance Use Among Female Inmates Texas Department of Criminal Justice Institutional Division : 1998*. Texas: Texas Commission on Alcohol and Drug Abuse.
- Kerlinger, F.N. (1986). *Foundations of Behavioral Research*, 3<sup>ème</sup> édition. Austin, TX: Holt, Rinehart & Winston.
- Kline, A. (1997). Profiles of Criminal-Justice Clients in Drug Treatment: Implications for Intervention. *Addictive Behaviors*, 22(2), 263-268.
- Kravitz, H.M., Fawcett, J., McGuire, M., Kravitz, G.S. et Whitney, M. (1999). Treatment Attrition Among Alcohol-Dependent Men: Is it Related to Novelty Seeking Personality Traits? *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 19(1), 51-56.
- Landry, M. (2001). L'effet global du traitement dans les centres de réadaptation en toxicomanie. Dans M. Landry, L. Guyon et S. Brochu (Éds.), *L'impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie, Études québécoises*, 189-208. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Landry, M., Bergeron, J. et Brochu, S. (1998). La place de l'ASI/IGT dans une perspective globale d'évaluation en toxicomanie. Dans L. Guyon, M. Landry, S. Brochu et J. Bergeron (Éds.), *L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes, l'Indice de gravité d'une toxicomanie*, 11-30. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Landry, M., Brochu, S. et Bergeron, J. (1999). La fiabilité des données auto révélées de personnes judiciairisées en traitement. Dans S. Brochu, J. Bergeron, M. Landry et M. Germain (Éds.), *Interventions adaptées aux personnes toxicomanes judiciairisées*, 59-89. Montréal : Centre international de criminologie comparée (CICC).
- Landry, M., Brochu, S., et Nadeau, L. (2001a). L'évaluation du traitement en alcoolisme et toxicomanie : portée, limites et conséquences. Dans M. Landry, L. Guyon et S. Brochu (Éds.), *L'impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie, Études québécoises*, 209-219. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Landry, M., Cournoyer, L.-G., Bergeron, J. et Brochu, S. (2001b). Persévérance en traitement pour toxicomanie en centre de réadaptation : effets de la comorbidité, de la structure du traitement et du profil biopsychosocial. *Science et comportement*, 28(3), 115-143.

- Landry, M., Guyon, L. et Brochu, S. (2001c). Avant-propos. Dans M. Landry, L. Guyon et S. Brochu (Éds.), *L'impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie, Études québécoises*, 209-219. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Le Blanc, M. (1989). *La personnalité délinquante : la contribution de Jean Pinatel et une perspective développementale*. Bayonne- San Sebastian : Conférence présentée lors du colloque international sur la criminologie empirique clinique et les pratiques sociales d'intervention en délinquance et inadaptation, 18-20 mai 1989.
- Le Blanc, M. (1988). *La criminologie clinique : un bilan rapide des travaux sur l'homme criminel depuis 25 ans*. Hamburg : Conférence présentée lors du X<sup>ème</sup> Congrès International de la Société Internationale de Criminologie.
- Le Blanc, M., Girard, S. et Langelier, S. (1995). *Centre Alternatives pour adolescents, comparaison et évolution de la clientèle, évaluation de l'intervention et habitude de consommation*. Montréal : Groupe de recherche sur les adolescents en difficulté.
- Le Bon, O., Basiaux, P., Streef, E., Tecco, J., Hanak, C., Anseau, M., Pelc, I., Verbanck, P. et Dupont, S. (2004). Personality Profile and Drug of Choice : A Multivariate Analysis Using Cloninger's TCI on Heroin Addicts, Alcoholics, and a Random Population Group. *Drug and Alcohol Dependence*, 73, 175-182.
- Lefebvre, G. (2000). *Troubles de la personnalité et trajectoire de réadaptation d'un groupe de personnes toxicomanes judiciairisées*, Mémoire de maîtrise. Montréal : Université de Montréal.
- Lemieux, C.M. (1998). Determinants of Expectation of Treatment Efficacy Among Incarcerated Substance Abusers. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 42(3), 233-245.
- Lynam, D.R., Leukefeld, C. et Clayton, R.R. (2003). The Contribution of Personality to the Overlap Between Antisocial Behavior and Substance Use/Misuse. *Aggressive Behavior*, 29, 316-331.
- Maisto, S.A., Galizo, M. et Connors, G.J. (1995). *Drug Use and Abuse*, 2<sup>ème</sup> édition. New York: Harcourt Press.
- Marmar, C.R., Weiss, D.S. et Gaston, L. (1989). Towards the Validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 46-52.
- Marshall, G.N. et Hser, Y.-I. (2002). Characteristics of Criminal Justice and Noncriminal Justice Clients Receiving Treatment for Substance Abuse. *Addictive Behaviors*, 27, 179-192.

- McBride, D.C., et Inciardi, J.A. (1993). The Focused Offender Disposition Program : Philosophy, Procedure, and Preliminary Findings. *The Journal of Drug Issues*, 23(1), 143-160.
- McCrae, R.R. et Costa, P.T. Jr. (1997). Personality Trait Structure as a Human Universal. *American Psychologist*, 52, 509-516.
- McCusker, J., Bigelow, C., Vickers-Lahti, M., Spotts, D., Garfield, F. et Frost, R. (1997). Planned Duration of Residential Drug Abuse Treatment: Efficacy Versus Effectiveness. *Addiction*, 92(11), 1467-1478.
- McLellan, A.T., Grissom, G.R., Zanis, D., Randall, M. Brill, P. et O'Brien, C.P. (1997). Problem-Service « Matching » in Addiction Treatment : A Prospective Study in 4 Programs. *Archives of General Psychiatry*, 54, 730-735.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, C.E. et O'Brien, C.P. (1980). An Improved Diagnostic Evaluation Instrument for Substance Abuse Patients. The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168(1), 26-33.
- Merrill, J., Alterman, A., Cacciola, J. et Rutherford, M. (1999). Prior Treatment History and Its Impact on Criminal Recidivism. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17(4), 313-319.
- Miller, W.R. (1985). Motivation for Treatment: A Review with Special Emphasis on Alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98, 84-107.
- Miller, W.R. et Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*, 2<sup>ème</sup> édition. New York: Guildford Press.
- Ministère de la Sécurité publique du Québec (2005). Pour un Québec plus sécuritaire : partenaire en prévention. Consulté le 1 août 2005 au [http://www.msp.gouv.qc.ca/prevention/prevention.asp?txtSection=prevent&xtCategorie=table\\_ronde&txtSousCategorie=&txtNomAutreFichier=c2pp6.htm&txtAutreFichier=2](http://www.msp.gouv.qc.ca/prevention/prevention.asp?txtSection=prevent&xtCategorie=table_ronde&txtSousCategorie=&txtNomAutreFichier=c2pp6.htm&txtAutreFichier=2).
- Ministère de la Sécurité publique du Québec (2002). L'ordonnance de probation sous surveillance. Consulté le 1 août 2005 au <http://www.msp.gouv.qc.ca/reinsertion/reinsertion.asp?txtSection=miliouve&txtCategorie=&txtSousCategorie=&txtNomAutreFichier=probsurv.htm&txtAutreFichier=2>.
- Mischel, W. (1976). *Introduction to Personality*, 2<sup>ème</sup> édition. New York: Holt Henry.
- Moeller, F.G., Dougherty, D.M., Barratt, E.S., Schmitz, J.M., Swann, A.C. et Grabowski, J. (2001). The Impact of Impulsivity on Cocaine Use and Retention in Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 193-198.

- Morizot, J. et Le Blanc, M. (2005). Searching for a Developmental Typology of Personality and Its Relations to Antisocial Behaviors: A Longitudinal Study of a Representative Sample of Men. *Journal of Personality*, 73(1), 139-182.
- Mucchielli, R. (1979). *Comment ils deviennent délinquants?* 7<sup>ème</sup> édition. Paris: Les Éditions ESF.
- Murphy, P.N. et Bentall, R.P. (1992). Motivation to Withdraw From Heroin : A Factor Analytic Study. *British Journal of Addiction*, 87, 245-250.
- Nadeau, L. (2005). *Et dix ans se sont écoulés... !* Montréal : Conférence d'ouverture présentée au Congrès national en toxicomanie Rond Point 2005, 11 au 13 avril 2005.
- Nadeau, L., Acier, D. et Miranda, D. (2005). *Personnalité: Théorie et recherche*. St-Laurent: Éditions du Renouveau Pédagogique.
- Nadeau, L. et Biron, C. (1998). *Pour une meilleure compréhension de la toxicomanie*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- National Institute of Justice (2002). *Drug Use and Related matters Among Adult Arrestees, 2001*. Arrestee Drug Abuse Monitoring Program. Consulté le 1 décembre 2004 au <http://www.adam-nij.net/files/adam2001.pdf>.
- Osgood, C.E., Suci, G.J. et Tannenbaum, P.H. (1957). *The Measurement of Meaning*. Urbana : University of Illinois Press.
- Pelissier, B. et Gaes, G.G. (2001). Consommateurs de drogues, dépistage des drogues et traitement de la toxicomanie dans les prisons fédérales des États-Unis. *Forum de recherche sur l'actualité correctionnelle*, 13 (3), 15-18.
- Pernanen, K., Cousineau, M.-M., Brochu, S. et Sun, F. (2002). *Proportions des crimes associés à l'alcool et aux autres drogues au Canada*. Montréal: Centre Canadien de la lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CPLT).
- Pervin, L.A. (1975). *Personality: Theory, Assessment and Research*. 2<sup>ème</sup> édition. New York: John Wiley & Sons Inc.
- Pinatel, J. (1963). *Criminologie. Tome III, Traité de droit pénal et de criminologie*. Paris: Dalloz.
- Plourde, C. (2001). *Consommation de substances psychoactives dans les pénitenciers québécois*, Thèse de doctorat. Montréal : Université de Montréal.
- Plourde, C. et Brochu, S. (2002). Drogue et alcool durant l'incarcération: Examen de la situation des pénitenciers fédéraux québécois. *Revue canadienne de criminologie*, 44(2), 209-235.

- Polcin, D. et Weisner, C. (1999). Factors Associated with Coercion in Entering Treatment for Alcohol Problem. *Drug and Alcohol Dependence*, 54(1), 63-68.
- Pons, S. (1997). Personnalité criminelle et délinquance juvénile. *Problèmes actuels de sciences criminelles*, 10, 153-196.
- Prendergast, M.L., Podus, D., Chang, E. et Urada, D. (2002). The Effectiveness of Drug Abuse Treatment : A Meta-Analysis of Comparison Group Studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 53-72.
- Prochaska, J.O. et DiClemente, C.C. (1986). Toward a Comprehensive Model of Change. Dans W.R. Miller et N. Heather (Éds.), *Treating Addictive Behaviors : Process of Change*, 3-27. New York : Plenum.
- Prochaska, J.O. et DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical Therapy : Toward a More Integrative Model of Change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.
- Prochaska, J.O. et Norcross, J.C. (1994). *System of Psychotherapy. A Transtheoretical Analysis*. 3<sup>ème</sup> édition. California : Brooks/Cole Publishing Company.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C. et DiClemente, C.C. (1994). *Changing for Good*. New York : William Morrow and Company Inc.
- Quirk, S.W. et McCormick, R.A. (1998). Personality Subtypes, Coping Styles, Symptom Correlates, and Substances of Choice Among a Cohort of Substance Abusers. *Assessment*, 5(2), 157-169.
- Reeve, J. (2005). *Understanding Motivation and Emotion*, 4<sup>ème</sup> édition. USA: John Wiley & Sons.
- Robitaille, C., Guay, J.-P. et Savard, C. (2002). *Portrait de la clientèle correctionnelle du Québec 2001*. Montréal : Société de criminologie du Québec, Ministère de la sécurité publique du Québec.
- Rounsaville, B.J., Dolinsky, Z.S., Babor, T.F. et Meyer, R.E. (1987). Psychopathology as a Predictor of Treatment Outcome in Alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 44, 505-513.
- Rollnick, S., Heather, N., Gold, R. et Hall, W. (1992) Development of a Short "Readiness to Change" Questionnaire for Use in Brief Opportunistic Interventions. *British Journal of Addiction*, 87, 743-754,
- Rubin, A. et Babbie, E. (1993). *Research Methods for Social Work*. 2<sup>ème</sup> édition. California: Brooks/Cole Publishing Company.

- Ryan, R.M. (1995). Psychological Needs and the Facilitation of Integrative Processes. *Journal of Personality*, 63(3), 397-427.
- Ryan, R.M., Plant, R.W. et O'Malley, S. (1995). Initial Motivation for Alcohol Treatment: Relations with Patient Characteristics, Treatment Involvement, and Dropout. *Addictive Behaviors*, 20, 279-297.
- Schneeberger, P. et Brochu, S. (1999). L'intervention auprès des toxicomanes judiciairisés : les intervenants et intervenantes se prononcent. *Revue Canadienne de Santé Mentale Communautaire*, 18 (1), 181 -197.
- Schneeberger, P. et Brochu, S. (1995). *Profil des activités délictueuses chez les toxicomanes en traitement, Rapport no2*. Montréal : Centre international de criminologie comparée (CICC).
- Service Correctionnel du Canada (2002). L'évolution du profil de la population carcérale sous responsabilité fédérale : 1997-2002. Consulté le 1 février 2005 au [http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/reports/reports\\_f.shtml](http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/reports/reports_f.shtml).
- Simoneau, H. (2001). *Processus motivationnel en cours de traitement des toxicomanies selon la perspective de la théorie de l'autodétermination*, Thèse de doctorat. Montréal : Université de Montréal.
- Simoneau, H. et Bergeron, J. (2003). Factors Affecting Motivation During the First Six Weeks of Treatment. *Addictive Behaviors*, 28, 1219-1241.
- Simoneau, H., Bergeron, J., Brochu, S. et Landry, M. (2004). Validation d'un questionnaire de motivation au traitement des toxicomanies. *Drogues, Santé et Société*, 3 (2), 8-56.
- Simoneau, H., Bergeron, J., Cournoyer, L.-G., Landry, M. et Brochu, S. (1999). Relation entre la détresse psychologique, le soutien social et la persévérance dans le traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies. *Psychotropes*, 5(1), 7-30.
- Simpson, D.D. et Joe, G.W. (1993). Motivation as a Predictor of Early Dropout From Drug Abuse Treatment. *Psychotherapy*, 30, 357-368.
- Simpson, D.D., Joe, G.W., Fletcher, Hubbart, R.L. et Anglin, M.D. (1999). A National Evaluation of Treatment Outcomes for Cocaine Dependence. *Archives of General Psychiatry*, 56, 517-514.
- Simpson, D.D., Joe, G.W., Rowan-Szal, G.A. et Greener, J.M. (1997). Drug Abuse Treatment Process Components that Improve Retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(6), 565-572.
- Simpson, D.D. et Sells, S.B. (1982). *Evaluation of Drug Treatment Effectiveness : Summary of the DARP Follow-Up Research*. Washington, D.C.: National Institute on Drug Abuse Treatment Research Report.

- Single, E., Robson, L., Xie, X., Rehm, J., Moore, R., Choi, B., Desjardins, S. et Anderson, J. (1996). *The Costs of Substance Abuse in Canada. Highlights of a Major Study of the Health, Social and Economic Costs Associated With the Use of Alcohol, Tobacco and Illicit Drugs*. Ottawa: Canadian Centre of Substance Abuse.
- Smyth, N. (1996). Motivating Persons with a Dual Disorders: A Stage Approach. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 77, 605-614.
- Speece, D.L. (1994). Cluster Analysis in Perspective. *Exceptionality*, 5, 31-44.
- Stanton, M.D. et Shadish, W.R. (1997). Outcome, Attrition, and Family-Couples Treatment for Drug Abuse: a Meta-Analysis and Review of the Controlled, Comparative Studies. *Psychological Bulletin*, 122, 170-191.
- Stark, M.J. (1992). Dropping Out of Substance Abuse Treatment : A Clinically Oriented Review. *Clinical Psychology Review*, 12, 93-116.
- Sullivan, C., Grant, M.Q., et Grant, J.D. (1957). The Development of Interpersonal Maturity. Applications to Delinquency. *Psychiatry*, 20, 373-385.
- Statistiques Canada (2005). *Le revenu au Canada*. Consulté le 1 mai 2005 au <http://www.statcan.ca/francais/freepub/75-202-XIF/75-202XIF2003000.htm>
- Tap, P. (1993). Crise d'identité, dépression et toxicomanie à l'adolescence. Dans P. Tap et H. Malewska-Peyre, H. (Éds). *Marginalité et troubles de la socialisation*. Paris : Presses de l'Université de France.
- Tengs, T.O., Adams, M.E., Pliskin, J.S., Safran, D.G., Siegel, J.E., Weinstein, M.C. et Graham, J.D. (1995). Five Hundred Life-Saving Interventions and Their Cost Effectiveness. *Risk Analysis*, 15(3), 369-389.
- Trudeau-Le Blanc, P. et Le Blanc, M. (2001). *Jesness, Guide d'utilisation et d'analyse*. Montréal : Université de Montréal.
- Trudel, R. et Antonius, R. (1991). *Méthodes quantitatives appliquées aux sciences humaines*. Montréal : Éditions de la Chenelière.
- Vallerand, R.J. et Thill, E. (1993). *Introduction à la psychologie de la motivation*. Paris : Vigot.
- Van Voorhis, P. (1994). *Psychological Classification of the Adult Male Prison Inmate*. Albany, N.Y. : State University of New York Press.
- Wenzel, S.L., Longshore, D., Turner, S. et Ridgely, M.S. (2001). Drug Courts : A Bridge Between Criminal Justice and Health Services. *Journal of Criminal Justice*, 29, 241-253.

- Wiggings, J.S. (1997). Indesense of Traits. Dans R. Hogan, J. Johnson, et S. Briggs (Éds.), *Handbook of Personality Psychology*, 97-115. New York : Academic Press.
- Williams, G.C., Grow, V.M., Freedman, Z.R., Ryan, R.M. et Deci, E.L. (1996). Motivational Predictors of Weight Loss and Weight-Loss Maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(1), 115-126.
- Wish, E.D., Cuadrado, M. et Martorana, J.A. (1986). Estimates of Drug Use in Intensive Supervisison Probationners : Results for a Pilot Study. *Federal Probation*, 4-16.
- Yochelson, S. et Samenow, S.E. (1976). *The Criminal Personality. Vol I : A Profile for Change*. New York : Jason Aronson.
- Young, D. (2002). Impact of Perceived Legal Pressure on Retention in Drug Treatment. *Criminal Justice and Behavior*, 29(1), 27-55.

## **Annexes**

Annexe 1

Profil démographique des hommes toxicomanes judiciarisés en fonction des 5 centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes au Québec

	Centre Dollard-Cormier	Centre Jellinek	Centre Domrémy	Centre Ubald-Villeneuve /Alto	Total
<b>Âge</b>					
- 18-24 ans	2* (5,41%)**	14 (22,95%)	7 (16,67%)	4 (23,53%)	27 (17,20%)
- 25-34 ans	7 (18,92%)	22 (36,07%)	10 (23,81%)	6 (35,29%)	45 (28,66%)
- 35-44 ans	17 (45,95)	19 (31,15%)	17 (40,48%)	4 (23,53%)	57 (36,31%)
- 45 ans et plus	11 (29,72%)	6 (9,83%)	8 (19,04%)	3 (17,65%)	28 (17,83%)
	$\bar{X} = 39,59$ é.t. = 7,41	$\bar{X} = 32,64$ é.t. = 9,37	$\bar{X} = 35,71$ é.t. = 9,37	$\bar{X} = 32,94$ é.t. = 10,09	$\bar{X} = 35,13$ é.t. = 9,36
<b>Scolarité</b>					
- Niveau primaire (1-7 ans)	2 (11,11%)	6 (12,24%)	3 (7,69%)	0 (0,0%)	11 (9,57%)
- Secondaire 1 à 3 (8-10 ans)	4 (22,22%)	20 (40,82%)	9 (23,08%)	3 (33,33%)	36 (31,30%)
- Secondaire 4 et 5 (11-12 ans)	8 (44,45%)	14 (28,57%)	13 (33,33%)	2 (22,22%)	37 (32,17%)
- Études post secondaires (13 ans et +)	4 (22,22%)	9 (18,37%)	14 (35,90%)	4 (44,45%)	31 (26,96%)
	$\bar{X} = 10,78$ é.t. = 2,84	$\bar{X} = 10,29$ é.t. = 2,82	$\bar{X} = 11,46$ é.t. = 2,69	$\bar{X} = 11,78$ é.t. = 2,05	$\bar{X} = 10,88$ é.t. = 2,75
<b>Statut Civil</b>					
- Célibataire	18 (48,65%)	36 (59,01%)	19 (45,24%)	12 (70,59%)	85 (54,14%)
- Union libre	8 (21,62%)	9 (14,75%)	10 (23,81%)	2 (11,76%)	29 (18,47%)
- Marié	4 (10,81%)	5 (8,19%)	2 (4,76%)	1 (5,89%)	12 (7,64%)
- Séparé ou divorcé	7 (18,92%)	11 (18,05%)	11 (26,19%)	2 (11,76%)	31 (19,75%)

Type d'occupation actuel	Centre Dollard-Cormier	Centre Jellinek	Centre Domrémy	Centre Ubald-Villeneuve	Total
- Travail(temps plein, partiel ou saisonnier)	7 (41,18%)	19 (37,26%)	10 (25,64%)	2 (22,22%)	38 (32,76%)
- Prestations gouvernementales (retraite, chômage ou assistance sociale)	10 (58,82%)	23 (45,09%)	26 (66,67%)	7 (77,78%)	66 (56,90%)
- Autres (milieu institutionnel, foyer ou autres)	0 (0,0%)	9 (17,65%)	3 (7,69%)	0 (0,0%)	12 (10,34%)
<b>Revenu annuel</b>					
- Moins de 12 000\$	10 (62,50%)	26 (56,52%)	21 (53,85%)	-----	57 (56,44%)
- 12 000\$ et plus	6 (37,50%)	20 (43,48%)	18 (46,15%)	-----	44 (43,56%)

\* Fait référence au nombre d'individus présents dans cette catégorie.

\*\* Fait référence au pourcentage des individus (selon l'ensemble) présents dans cette catégorie.

## Annexe 2

**Nature de la substance psychoactive causant le problème majeur de toxicomanie lors de l'admission en traitement des usagers de chacun des centres**

	<b>Centre Dollard- Cormier (n=18)</b>	<b>Centre Jellinek (n=49)</b>	<b>Centre Domrémy (n=39)</b>	<b>Centres Ubald- Villeneuve/ Alto (n=9)</b>	<b>Total</b>
<b>Alcool</b>	6 (33,33%)	15 (29,41%)	11 (28,21%)	4 (44,44%)	36 (30,76%)
<b>Cannabis</b>	---	6 (11,76%)	2 (5,13%)	1 (11,11%)	9 (7,69%)
<b>Cocaïne</b>	2 (11,11%)	7 (13,73%)	2 (5,13%)	1 (11,11%)	12 (10,26%)
<b>Hallucinogène</b>	---	---	---	1 (11,11%)	1 (0,85%)
<b>Alcool et drogues</b>	9 (50,0%)	16 (31,37%)	15 (38,46%)	2 (22,23%)	42 (35,90%)
<b>Polydrogues</b>	1 (5,56%)	5 (9,81%)	9 (23,07%)	---	15 (12,83%)

## Annexe 3

## Fréquence des usagers de chacun des centres présentant au moins un antécédent de traitement pour l'abus d'alcool et/ou de drogues

	Centre Dollard- Cormier (n=16)	Centre Jellinek (n=29)	Centre Domrémy (n=31)	Centres Ubald- Villeneuve/Alto (n=9)	Total (n=85)
<b>Alcool</b>	2 (12,50%)	6 (20,68%)	7 (22,58%)	3 (33,33%)	18 (21,18%)
<b>Drogues</b>	2 (12,50%)	11 (37,93%)	8 (25,81%)	2 (22,22%)	23 (27,06%)
<b>Alcool et drogues</b>	12 (75,0%)	12 (41,38%)	16 (51,61%)	5 (55,55%)	45 (52,94%)

## Annexe 4

**Situation légale des usagers de chacun des centres de réadaptation lors de la demande d'admission en traitement**

	<b>Centre Dollard- Cormier (n=37)</b>	<b>Centre Jellinek (n=61)</b>	<b>Centre Domrémy (n=42)</b>	<b>Centres Ubald- Villeneuve/Alto (n=17)</b>	<b>Total (n=157)</b>
<b>Libération conditionnelle</b>	4 (10,81%)	9 (14,75%)	4 (9,52%)	2 (11,76%)	19 (12,01%)
<b>Maison de transition</b>	2 (5,41%)	15 (24,59%)	10 (23,81%)	0 (0%)	27 (17,19%)
<b>Probation</b>	10 (27,03%)	18 (29,51%)	15 (35,71%)	10 (58,82%)	53 (33,76%)
<b>Autres</b>	2 (5,41%)	3 (4,92%)	4 (9,52%)	1 (5,88%)	10 (6,37%)
<b>Instance d'inculpation</b>	3 (8,11%)	4 (6,56%)	3 (7,14%)	1 (5,88%)	11 (7,01%)
<b>Attente de procès</b>	21 (56,76%)	19 (31,15%)	8 (19,05%)	2 (11,76%)	50 (31,85 %)
<b>Attente de sentence</b>	7 (18,92%)	12 (19,67%)	3 (7,14%)	5 (29,41%)	27 (17,20%)

## Annexe 5

Présentation des variables composant les sept scores composés de l'IGT  
(trente derniers jours)

Échelles de l'IGT	Variables discriminantes
<b>Alcool</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de jours d'abus</li> <li>- Nombre de jours à avoir éprouvé des problèmes d'alcool</li> <li>- Nombre de jours à avoir été perturbés ou préoccupé par des problèmes d'alcool</li> <li>- Niveau d'importance d'avoir un traitement pour ces problèmes</li> <li>- Somme d'argent dépensé pour l'achat d'alcool</li> </ul>
<b>Drogues</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de jours d'abus</li> <li>- Nombre de jours à avoir éprouvé des problèmes de drogues</li> <li>- Nombre de jours à avoir été perturbés ou préoccupé par des problèmes de drogues</li> <li>- Niveau d'importance d'avoir un traitement pour ces problèmes</li> <li>- Somme d'argent dépensé pour l'achat de drogues</li> </ul>
<b>Médical</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de jours à avoir éprouvé des problèmes médicaux</li> <li>- Nombre de jours à avoir été perturbé ou préoccupé par des problèmes médicaux</li> <li>- Niveau d'importance d'avoir un traitement pour ces problèmes</li> </ul>
<b>Relations familiales et sociales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfaction en regard de son état civil</li> <li>- Nombre de jours à avoir été en conflit grave avec sa famille</li> <li>- Nombre de jours à avoir été perturbés ou préoccupé par des problèmes familiaux</li> <li>- Niveau d'importance d'avoir un traitement pour ces problèmes</li> </ul>
<b>Psychologique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Présence de symptômes de détresse psychologique</li> <li>- Nombre de jours à avoir éprouvé des problèmes psychologiques</li> <li>- Nombre de jours à avoir été perturbés ou préoccupé par des problèmes psychologiques</li> <li>- Niveau d'importance d'avoir un traitement pour ces problèmes</li> </ul>

---

**Emploi et  
ressources**

- Possession d'un permis de conduire valide
- Disposition d'une automobile
- Nombre de jours de travail rémunéré
- Revenus nets d'emploi

**Situation légale**

- Présence d'inculpation en cours
  - Somme d'argent reçue de sources illégales
  - Nombre de jours à avoir eu des activités illégales
  - Perception de la gravité des problèmes légaux
  - Niveau d'importance d'avoir un traitement pour ces problèmes
-

## Annexe 6

**Présentation des solutions à 2, 3 et 5 profils d'adaptation psychologique  
(Profils réalisés à l'aide des neuf traits de  
l'Inventaire de personnalité de Jesness)**

*Solution à 2 profils d'adaptation psychologique*

Traits de personnalité	Adaptation normale	Adaptation asociale
Mésadaptation sociale	54,17	72,00
Orientation aux valeurs	54,34	72,50
Autisme	53,08	71,86
Aliénation	51,67	69,93
Agressivité Manifeste	55,81	68,99
Retrait	53,00	68,73
Anxiété sociale	55,78	62,24
Refoulement	51,60	49,66
Déni	55,87	51,85
Éta : 52,96%		

*Solution à 3 profils d'adaptation psychologique*

Traits de personnalité	Adaptation Normale	Adaptation marginale	Adaptation asociale
Mésadaptation sociale	50,56	62,28	75,97
Orientation aux valeurs	50,32	63,36	75,89
Autisme	49,65	61,05	76,41
Aliénation	48,71	59,39	74,05
Agressivité manifeste	52,79	61,88	72,15
Retrait	48,36	61,53	71,81
Anxiété sociale	53,78	59,38	63,48
Refoulement	53,91	49,43	49,07
Déni	57,16	53,71	50,93
Éta : 65,78%			

*Solution à 5 profils d'adaptation psychologique*

<b>Traits de personnalité</b>	<b>Adaptation normale</b>	<b>Adaptation peu marginale</b>	<b>Adaptation marginale</b>	<b>Adaptation asociale</b>	<b>Adaptation antisociale</b>
Mésadaptation sociale	48,41	58,04	63,64	73,50	84,96
Orientation aux valeurs	48,08	59,12	64,31	73,33	85,50
Autisme	48,62	55,01	64,27	72,53	83,12
Aliénation	44,97	58,59	57,35	72,54	82,45
Agressivité manifeste	51,11	58,13	63,76	69,73	80,74
Retrait	47,39	54,79	65,72	69,45	76,06
Anxiété sociale	53,34	56,40	61,61	62,30	65,22
Refoulement	53,32	50,76	49,54	50,10	47,07
Déni	57,87	54,81	53,17	51,56	49,06
Éta : 74,05%					