

Direction des bibliothèques

AVIS

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

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

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

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

Prévention de la récidive et non-adhérence aux programmes d'intervention
obligatoires chez les contrevenants de la conduite avec
facultés affaiblies par l'alcool

par

Marie-Claude Fortin

Département de psychologie
Faculté des arts et sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Ph.D.
en psychologie recherche et intervention
option clinique

01-2009

© Marie-Claude Fortin, 2009

Université de Montréal
Faculté des études supérieures



Cette thèse intitulée :

*Prévention de la récidive et non-adhérence aux programmes d'intervention
obligatoires chez les contrevenants de la conduite avec
facultés affaiblies par l'alcool*

présentée par :
Marie-Claude Fortin, M.Ps.

évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Jacques Bergeron, Ph.D.
Président-rapporteur

Louise Nadeau, Ph.D.
Directrice de recherche

Serge Brochu, Ph.D.
Membre du jury

Thérèse Audet, Ph.D.
Examineur externe

Frank Vitaro, Ph.D.
Représentant du doyen de la FES

Résumé

Cette thèse porte sur la prévention de la récidive en matière de conduite avec facultés affaiblies par l'alcool (CFA) et s'intéresse également aux contrevenants non-adhérents aux programmes d'intervention obligatoires (PIO) faisant suite à une condamnation pour cette infraction. Malgré les différentes stratégies mises en place, une proportion importante de conducteurs, dont un pourcentage déjà condamnés à plus d'une reprise pour CFA, récidive. Cet état de fait témoigne des limites actuelles de nos capacités à cibler les conducteurs à risque et, ainsi, à prédire la récidive de la CFA. Pour mieux comprendre ces limites, il est nécessaire de revoir le processus scientifique menant à l'acquisition des connaissances dans le domaine de la CFA. La première partie de cette thèse consiste en un article théorique qui fait la mise en contexte, légale et scientifique, des études portant sur la prédiction de la récidive chez les contrevenants de la CFA. Cette analyse fera la critique de l'influence de ce contexte méthodologique sur les données obtenues ainsi que sur la généralisation des résultats en plus d'apporter des solutions de remplacement pour pallier aux différents obstacles au processus scientifique visant à prédire la récidive. La récidive constitue le principal risque relié à la CFA. En ce sens, des évaluations ont été mises en place afin d'identifier les contrevenants présentant un risque de récidive et prendre les mesures d'intervention nécessaires pour rendre leur conduite sécuritaire. Le premier article propose dix recommandations pour pallier aux obstacles précités afin de mettre en place des dispositions méthodologiques permettant une identification des facteurs de risque selon les critères scientifiques en vigueur.

La seconde partie de cette thèse est un article empirique qui compare les caractéristiques de contrevenants de la CFA non adhérents ($n = 55$) aux programmes d'intervention obligatoires pour la réobtention du permis de conduire à celles de contrevenants adhérents ($n = 70$) selon les mesures suivantes : consommation alcool/drogues, comportements de conducteur, sept sphères de vie (IGT), tableau psychopathologique (MCMI-III). Les contrevenants (non adhérents et adhérents) seront également comparés, à l'aide de l'IGT et du MCMI-III, à des échantillons cliniques ($n = 851$ et 255) afin d'estimer leurs difficultés sur le plan du fonctionnement psychosocial et psychopathologique. Les résultats montrent que, comparé au groupe des adhérents, le groupe des non-adhérents a des revenus inférieurs, plus de condamnations pour CFA, un taux de dépendance à la cocaïne plus élevé, plus de problèmes liés à l'emploi et aux ressources ainsi que plus de caractéristiques antisociales. Comparé aux échantillons cliniques, le groupe des non-adhérents s'avère avoir significativement plus de problèmes liés aux sphères médicales, emploi et ressources alors qu'il en a moins aux sphères alcool, drogue, légale, familiale et interpersonnelle ainsi que psychologique. Le groupe des non-adhérents a aussi moins de psychopathologies que l'échantillon clinique. Ces résultats suggèrent l'influence de facteurs individuels et contextuels sur l'adhérence aux traitements de ces contrevenants et font état d'une désinsertion sociale chez les non-adhérents.

Mots-clés : conduite avec facultés affaiblies, CFA, récidive, prédiction, non-adhérence, toxicomanie, évaluation, alcool, fonctionnement psychosocial, psychopathologie.

Summary

This thesis focuses on recidivism prevention with driving under the influence of alcohol (DUI) offenders. It also treats of non-adherent DUI offenders to mandatory intervention programs following a conviction for this offense. Despite all strategies in place, a significant proportion of DUI drivers reoffend, including a percentage of offenders already sentenced more than once for DUI. This situation reflects the current limits in our ability to target risky drivers to predict DUI recidivism. To better understand these limitations, it is necessary to review the scientific process leading to the acquisition of knowledge in the DUI field.

The first part of this thesis is a theoretical article putting into perspective the legal and scientific context of DUI offenders' recidivism prediction studies. This analysis evaluates the influence of methodological context on gathered data and results generalization. In addition, the article provides alternatives to overcome the obstacles in the scientific process to predict recidivism. Recidivism constitutes the main risk related to driving under the influence of alcohol (DUI). Therefore, evaluation programs were created to identify offenders with a risk of recidivism in order to take the necessary remedial measures to insure their safe driving. The objective of this article is to analyse the main obstacles in the scientific processes used to to identify re-offense risk among first time offenders. The following questions are discussed in DUI studies: 1) samples representativeness; 2) heterogeneity of offenders; 3) lack of specificity in recidivism risk factors; 4) measures reliability; 5) validity of information gathered from the offenders. Ten recommendations are presented to help resolve the aforementioned limitations and choose methodological measures allowing more scientific identification of risk factors.

The second part of this thesis is an empirical article comparing characteristics of DUI non-adherent offenders to mandatory intervention programs for reacquiring license (n = 55) to those of adherent offenders (n = 70) according to the following measures: alcohol /drugs consumption, driver behavior, seven potential problem areas (IGT), psychopathological characteristic (MCMI-III). Offenders (non-adherent and adherent) are also compared to clinical samples of alcohol or drugs-dependant subjects in treatment (n = 851 and 255) on IGT and MCMI-III to estimate psychosocial functioning and psychopathology problems. The results show that, compared to adherent group, non-adherent group has lower income, more DUI convictions, a higher rate of cocaine addiction, more problems related to employment and

resources and more antisocial characteristics. Compared to clinical sample, the non-adherent group has significantly more problems related to medical, employment and resources spheres while having less problems related to alcohol, drugs, legal, family, interpersonal and psychological spheres. The non-adherent group also has less psychopathology characteristics than clinical sample. These results suggest the influence of contextual and individual factors on offenders' adherence to interventions and underline the social exclusion of non-adherent group.

Keywords: driving under influence, DUI, recidivism, prediction, non-adherence, substances related-disorders, screening, alcohol, psychosocial functioning, psychopathology.

Tables des matières

LISTE DES SIGLES ET ABBRÉVIATIONS	4
LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUE.....	5
INTRODUCTION.....	6
<i>Caractéristiques des récidivistes identifiées par la documentation scientifique</i>	9
<i>Caractéristiques des contrevenants non adhérents identifiées par la</i> <i>documentation scientifique.....</i>	17
Obstacles à la prédiction : récidive de la conduite sous influence d'alcool	21
Question 1 : Représentativité des échantillons de contrevenants de la conduite sous influence d'alcool.....	24
Question 2 : Hétérogénéité des populations de contrevenants de la CFA.....	31
Question 3 : Spécificité des facteurs de risque	32
Question 4 : Instruments de mesures utilisés dans les études sur la conduite avec facultés affaiblies par l'alcool	36
Question 5 : Validité des données recueillies auprès des contrevenants.....	38
Conclusion.....	40
Bibliographie.....	45
Processus légal et administratif suite à une condamnation pour CFA.....	52
Méthodologie (version longue)	55
Conduite avec facultés affaiblies : non-adhérence aux interventions.....	67
Méthode	72
Résultats	79
Interprétation des résultats	87
Bibliographie.....	96
CONCLUSION	101
<i>Retour sur les résultats</i>	101
<i>Interprétation et généralisation des résultats</i>	105
<i>Critique de la thèse</i>	109
BIBLOGRAPHIE.....	113

LISTE DES SIGLES ET ABBRÉVIATIONS

ASI: Alcohol Severity Index
AUI: Alcohol Use Inventory
AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test
CAGE: Cut-down Annoyed Guilty
CFA : Conduite avec facultés affaiblies
CIDI: Composite International Diagnostic Interview
DAST: Drug Abuse Screening Test
DRI: Drivers Risk Inventory
DUI: Driving under influence
DWI: Driving While Impaired
FQRCPAT : Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes
ICADTS: International Council of Alcohol, Drugs and Traffic Safety
IGT : Indice de gravité d'une toxicomanie
LAI: Life Activities Inventory
MAC-alcool: MacAndrew Alcoholism Scale
MAST: Michigan Alcoholism Sreening Test
MCMII-III: Millon Clinical Multiaxial Inventory-III
NHTSA: National Highway Traffic Safety Administration
NIAAA: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
QMF : Questionnaire Mortimer-Filkins
PIO : Programmes d'intervention obligatoires
RIASI : RIA Self-Inventory
SAAQ : Société de l'assurance automobile du Québec
SPSS: Statistical Package for the Social Sciences
SALCE/NEEDS—Substance Abuse Life Circumstances Evaluation
SASSI: Substance Abuse Subtle Screening Inventory

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUE

- Tableau I Comparaisons entre les contrevenants non adhérents (n = 55) et les adhérents (n = 70) aux variables sociodémographiques, de conduite et de consommation.
- Tableau II Scores composés des sept sphères de l'IGT : Comparaisons entre non adhérents (n = 55) et adhérents (n = 70).
- Tableau III Fréquence des troubles selon le MCMI-III (seuil clinique > 84): comparaison entre les contrevenants non adhérents (n = 50) et les adhérents (n = 64).
- Tableau IV Résultats à la régression logistique *Stepwise LR* pour la prédiction de la non-adhérence.
- Tableau V Fréquence des troubles selon le MCMI-III (seuil clinique > 84): comparaison des non-adhérents (n = 50) et adhérents (n = 70) avec le second échantillon clinique (n = 255) (Landry et coll., 1996).
- Graphique 1 Niveau de fonctionnement selon les sept sphères de l'IGT: comparaison des contrevenants non adhérents (n = 50) et adhérents (n = 70) au premier échantillon clinique (n = 851) (Bergeron et coll., 1997).

INTRODUCTION

Le tiers de tous les décès qui surviennent sur les routes canadiennes sont attribuables à des collisions routières mettant en cause un conducteur en état d'ébriété (Mayhew et coll., 2002; Santé Canada, 2004). Au Québec, l'alcool est impliqué dans 30 % des décès sur les routes, 18 % des accidents avec blessés graves et 5 % avec blessés légers. La situation est la même aux États-Unis où, en 2002, l'alcool était impliqué dans 41 % des accidents routiers (Quinlan et coll., 2005). Les coûts occasionnés par la conduite avec facultés affaiblies par l'alcool (CFA) se situent tant au plan des pertes en vie humaines, notamment en incapacité à vie et en blessures, qu'au plan économique. En effet, la CFA représente annuellement, seulement en frais d'indemnisation des victimes de la route, une facture globale de près de 100 millions de dollars pour les Québécois (Société de l'assurance automobile du Québec, 2008). Plusieurs pays des Amériques et de l'Europe ont fait de la CFA une priorité en matière de sécurité routière en raison des conséquences sociales graves qu'elle occasionne. D'ailleurs, plus de 80 % des Canadiens considèrent qu'il s'agit d'un problème de santé public majeur (Vanlaar et coll., 2006).

Au cours des années 1980, on a assisté à un déclin important de la CFA dans la plupart des pays industrialisés (Angleterre, Pays-Bas, Australie, Allemagne, États-Unis et Canada) (Sweedler, 2007; Vanlaar et coll., 2006). Ainsi, il y a eu une diminution du nombre de décès sur les routes liés à l'alcool au Québec, qui est passé de 800 à 200 par année entre 1978 et 2005 (SAAQ, 2008). Comme dans

d'autres pays où de telles réductions ont également été constatées, cette importante diminution s'est faite grâce à une constellation d'interventions : programmes de prévention, meilleurs contrôles policiers sur le terrain et mesures législatives qui, au Canada, ont été adoptées en 1985 (Code criminel du Canada, 2008).

Il semble que les mesures prises au cours des dernières années ont touché la partie de la population la plus réceptive et donc la moins à risque de récidive, soit les buveurs sociaux et les buveurs modérés (Beirness, Mayhew et Wilson, 1997; Bergeron, Thiffault, Brochu et Nadeau, 2000; Vézina, 1993; 1995). En effet, on note une diminution du nombre d'individus condamnés une première fois pour conduite avec un taux d'alcoolémie sanguin supérieur à 0.08 mg/100ml mais une augmentation du nombre d'individus ayant été condamnés à plus d'une reprise pour CFA (Bergeron et coll., 2000). Ainsi, pour la plupart des conducteurs arrêtés, leur première condamnation sera la seule et demeurera unique. Une expérience suffit pour modifier leur comportement en lien avec l'alcool et la conduite. Cependant, un sous-groupe de contrevenants continue de boire et conduire malgré la prévention et les sanctions (Bergeron et coll., 2000; Beirness, Mayhew et Wilson, 1997; Vézina, 1995; 1993).

Au Québec, au cours de la période entre 1990 et 1994, on a dénombré 20 551 récidivistes de la CFA. De ce nombre, 24 % déjà condamnés pour récidive ont été

condamnés de nouveau pour un délit similaire et parfois même à plusieurs reprises sur une période d'observation de cinq ans. De plus, approximativement 33 % des individus arrêtés pour CFA récidiveront dans les années subséquentes à leur première condamnation (Brinkmann, Beike, Kohler, Heinecke et Bajanowski, 2002) et on estime que 35 à 40 % des conducteurs décédés à cause de l'alcool sur les routes canadiennes avaient déjà été arrêtés précédemment pour CFA (Beirness, 1991; Beirness et coll., 1997). La persistance de certains individus qui conduisent sous l'influence d'alcool est une problématique inquiétante. C'est pourquoi il a été nécessaire d'établir des mesures complémentaires aux contrôles routiers et aux législations.

Les peines, même les plus sévères, ne semblent pas réduire à elles seules le taux de criminalité (Kunitz, Delaney, Layne, Wheeler, Rogers et Woodall, 2006); la certitude qu'une peine sera imposée explique probablement mieux l'effet dissuasif d'une sanction que la peine elle-même (Paciocco et Roberts, 2005; Ross, 1992). En outre, plus la gravité des sanctions est grande, plus les enjeux sont significatifs pour la personne condamnée : coûts financiers, temps investi, possibilité de continuer à gagner sa vie, dossier criminel, etc. Dans la mesure où les administrations souhaitent mieux évaluer le risque afin : (1) d'enlever les conducteurs dangereux sur les routes ; (2) d'éviter de pénaliser les conducteurs qui ne le sont pas, au Québec, les décideurs se sont penchés sur la prédiction

comme stratégie de prévention plutôt que de se centrer uniquement sur les moyens de dissuasion.

La prévention se fait sur la base d'informations obtenues à partir d'expériences faites auprès d'un grand nombre de personnes ayant des caractéristiques similaires, dans le cas qui nous intéresse, les récidivistes. Il est donc nécessaire de connaître les caractéristiques associées aux contrevenants récidivistes retrouvées dans la documentation. Plusieurs populations de récidivistes ont été étudiées dans l'objectif de mieux connaître le portrait de ce sous-groupe de conducteurs délinquants, d'identifier des facteurs de risque ainsi que d'établir des modèles de prédiction. Voici un bref survol des principales caractéristiques identifiées par les études s'intéressant aux récidivistes de la CFA.

Caractéristiques des récidivistes identifiées par la documentation scientifique

La première dimension retrouvée fréquemment chez les récidivistes concerne la consommation d'alcool. Puisque plusieurs individus s'avèrent plus vulnérables que d'autres à la récidive, les conducteurs alcooliques ont été ciblés en premier lieu. D'ailleurs, la présence de problèmes d'alcool est le critère de détection et de prédiction le plus fréquemment utilisé, et pour cause : les problèmes de consommation sont fréquents dans les échantillons de récidivistes, la proportion de dépendance à l'alcool variant de 75 à 90 % selon les échantillons (Conley,

2001; Simpson, Mayhew et Beirness, 1996). Il faut rappeler que l'alcool agit comme un désinhibiteur, augmente les risques de passage à l'acte, l'impulsivité et, par le fait même, favorise la récidive (Shell, Chan et Morral, 2006). Cependant, le fait d'être dépendant à l'alcool n'est pas causalement lié à la récidive de la CFA puisque ce ne sont pas tous les alcooliques qui conduisent en état d'ébriété. Dans le cas de conducteurs dépendants à l'alcool, différents programmes d'intervention existent et ont démontré leur efficacité (Taxman et Piquero, 1998; Wells-Parker et coll., 1995).

Plusieurs auteurs ont ciblé une deuxième dimension observée chez les récidivistes caractérisée par un ensemble d'attitudes antisociales, de l'impulsivité, de l'hostilité et un manque de respect envers les lois et la vie d'autrui. En effets, plusieurs contrevenants de la CFA ont un mode de vie antisocial (Beirness, Mayhew et Simpson, 1997; McMillen, Adams, Wells-Parker, Pang et Anderson, 1992). Ce style de vie est d'ailleurs fréquemment associé à une consommation d'alcool problématique (Friedman, Harrington, et Higgins, 1995 ; Rubio et coll., 2007). Ainsi, il est possible que la récidive de la CFA soit le fait d'intoxications répétées qui sont une des manifestations d'un problème de comportements ou d'un style de vie antisocial, et non le fait d'un portrait typique de dépendance à l'alcool.

Outre les mesures de traits antisociaux et d'hostilités, les dossiers de conduite et criminels permettent d'estimer le degré de délinquance des contrevenants. On peut d'ailleurs distinguer un sous-groupe de récidivistes à partir de leur dossier criminel hors route chargé (Bergeron et coll., 2000; Reynolds, Kuncce et Cope, 1991; Simpson et coll., 1996; Stewart, Boase et Lambie, 2000). Ces caractéristiques sont également communes aux délinquants criminels et aux conducteurs appelés "*hard core offenders*". Plusieurs récidivistes sont des individus qui adoptent un ensemble de comportements déviants et tendent non seulement à conduire avec les facultés affaiblies mais à conduire dangereusement ou à haute vitesse et à adopter des comportements sexuels à risque en plus de comportements criminels (Siegal et coll., 1999).

Une nouvelle dimension observée dans la documentation sur les récidivistes de la CFA concerne les habiletés neurocognitives. La consommation abusive et chronique d'alcool fréquemment observée chez les récidivistes a des répercussions sérieuses sur le système nerveux central (Oscar-Berman et coll., 1997). Que ces difficultés neuropsychologiques soient consécutives à une consommation chronique d'alcool ou à un traumatisme cérébral pouvant être causé par des accidents, chutes, bagarres ou agression, il apparaît que plusieurs récidivistes présentent des déficits sur le plan cognitif (Buntain-Ricklefs, Rivara, Donovan, Salzberg et Polissar, 1995; Glass, Chan et Rentz, 2000). Ces limites

neuropsychologiques pourraient être en relation avec leurs difficultés à changer et pourraient augmenter le risque que ces derniers récidivent.

Les recherches sur les déficits neuropsychologiques des récidivistes sont rares. Seulement deux études se sont penchées sur le sujet et ont observé des déficits chez les récidivistes similaires à ceux identifiés dans les échantillons d'alcooliques en traitement. Ces deux études (Glass et coll., 2000; Ouimet et coll., 2007) rapportent également avoir observé une proportion plus importante de déficits cognitifs chez les récidivistes de leur échantillon lorsque comparés à des contrevenants primaires. Les problèmes neuropsychologiques ont plusieurs effets sur le comportement des individus et peuvent causer une fluctuation des affects, de l'impulsivité et des changements dans la personnalité, affecter les perceptions ainsi que les processus d'apprentissage et de mémoire (Oscar-Berman et coll., 1997). Ils ont été associés à des indices témoignant d'un faible engagement dans le traitement dans des échantillons cliniques d'alcooliques ainsi qu'à un taux élevé de non-adhérence chez des contrevenants de la CFA (Aharonovich, Nunes et Hasin, 2003; Brown et coll., 2008; Crews et coll., 2005).

La dernière dimension ayant été associée à la récidive et qui apparaît importante à investiguer concerne le fonctionnement psychologique des contrevenants. En plus des problèmes de consommation, on rapporte une forte prévalence de

problèmes psychiatriques chez une proportion importante de récidivistes (Lapham et coll., 2001; Lapham, Kapitula, C' De Baca, et McMillan, 2006 ; Siegal et coll., 2000). Ces comorbidités sont associées à un pauvre pronostic dans des échantillons d'alcooliques en traitement (Compton et coll., 2003). Les problèmes psychiatriques peuvent avoir diverses influences sur les contrevenants et ont un impact sur leur adhérence aux traitements, favorisent la poursuite de la consommation dans un but d'automédication et réduisent aussi les habiletés psychosociales des contrevenants leur permettant de bénéficier des interventions conventionnelles (Cavaiola et coll., 2002 ; Lapham et coll., 2002; McMillan et coll., 2008).

Plusieurs tendances s'observent également sur le plan de la personnalité. D'une part, les récidivistes ont des scores élevés aux mesures d'hostilité, de prise de risque, de délinquance, appuyant l'hypothèse de conduites antisociales (McMillen et coll., 1991; McMillen et coll., 1992). D'autre part, les récidivistes apparaissent également vivre plus de détresse psychologique et ont des scores élevés aux échelles de manie et de dépression comme ils ont des scores faibles aux mesures d'affirmation de soi et de capacité d'adaptation (Bergeron et coll., 2000; Jonah, 1997; Mann, Vogel-Sprott et Genest, 1983; Simpson et coll., 1996). Les conclusions de certaines études décrivent également les récidivistes comme étant moins bien adaptés émotionnellement et ayant plus de difficultés avec leur famille et dans leur milieu de travail (Bergeron et coll., 2000). Ces données nous

permettent de croire que certains récidivistes ont des vulnérabilités psychosociales qui peuvent avoir une influence non seulement sur la récidive de la CFA mais sur leurs capacités à participer et à bénéficier des programmes d'intervention actuellement en place.

Ainsi, plusieurs études sont venues étayer nos connaissances de la population des conducteurs qui récidivent suite à une première condamnation. La récidive de la CFA ne semble pas être un comportement distinctif ou isolé (Beirness, Mayhew et Simpson, 1997). Elle apparaît plutôt parmi une constellation de comportements problématiques. Certaines tendances, par exemple antisociales et déviantes, telles que l'agressivité, l'hostilité et la recherche de sensations fortes, ou d'autres liées à la santé mentale et aux comorbidités psychiatriques, influencent plusieurs aspects de la vie d'une personne et complexifient le plan d'intervention nécessaire pour établir un changement comportemental chez l'individu. Donc, pour répondre aux besoins des contrevenants en matière d'intervention, les efforts visant à identifier lesquels sont à risque de reprendre le volant en état d'ébriété doivent cibler l'aspect global du mode de vie d'un individu et non pas se centrer uniquement sur les comportements de conducteur et la consommation d'alcool.

Considérant toutes les caractéristiques identifiées chez les récidivistes, on devrait être en mesure de s'attendre à prédire convenablement la récidive et

intervenir efficacement auprès de ces contrevenants. Or, les chiffres concernant les récidivistes sont éloquentes – le tiers des contrevenants primaires récidive, plus de 35 % des conducteurs décédés sur les routes sont des récidivistes (Beirness, 1991; Brinkmann et coll., 2002; Simpson, 1996). Ces éléments représentent la preuve de notre échec à prévenir la récidive chez les contrevenants primaires. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette difficulté. L'une d'entre elle concerne les particularités du contexte légal dans lequel s'inscrit la CFA ainsi que le contexte scientifique d'où découlent les résultats des études sur la question.

Dans le but de permettre une meilleure lecture de la documentation scientifique en matière d'alcool au volant, il importe de se familiariser avec les facteurs qui viennent influencer les résultats des études d'où découle l'identification des facteurs de risque de la récidive utilisés dans la prédiction. C'est pourquoi la première partie de cette thèse traitera des limites du processus scientifique visant à identifier les facteurs de risque de récidive chez les contrevenants primaires. Il importe, selon nous, de sensibiliser les chercheurs aux différents obstacles inhérents à l'étude des facteurs de risque de la récidive afin de tenter, dans la mesure du possible, de les minimiser et aussi favoriser de meilleures interprétation et généralisation des résultats nuancées selon le contexte précis.

Les responsables de la sécurité routière et les professionnels de la santé publique s'accordent pour dire qu'une arrestation pour CFA est une opportunité pour identifier les conducteurs à risque élevé de récidive (Lapham et coll., 2002; Santé Canada, 2004). C'est ainsi qu'au Québec, en 2002, des programmes d'intervention obligatoires (PIO) pour conducteurs ont été instaurés afin d'évaluer tous les contrevenants de l'alcool au volant lors de la réobtention de leur permis de conduire. Cette décision consiste à introduire un gradient chez les contrevenants primaires pour identifier qui représente un risque élevé de récidive et qui ne l'est pas pour ensuite initier des mesures d'intervention à la mesure de la menace que représente chacun des contrevenants.

Bien que ces PIO aient démontré leur efficacité empiriquement (Bakker, Hudson et Ward, 2000; DeYoung, 1997; Lapham, Kapitula, C' de Baca et McMillan, 2006; Wells-Parker et coll., 1995) et s'avèrent influents pour près de 80 % des contrevenants qui en bénéficient (Conseil canadien de la sécurité, 2002), plusieurs contrevenants ne participent pas ou ne complètent pas ces mesures d'intervention. Au Québec, les taux de participation sont très faibles. Entre 1997 et 2002, plus de 50 % des contrevenants n'ont pas adhéré aux interventions obligatoires pour la réobtention de leur permis (Brown et coll., 2002). La situation est semblable aux États-Unis où, dans un programme de réhabilitation pour récidivistes de la CFA incarcérés dans une prison de l'Ohio, 62 % des récidivistes n'ont jamais adhéré à aucun PIO (Siegal et al., 2000). Lapham et ses

collègues ont également estimé que 26 % des contrevenants de leur étude référés aux PIO ne les ont pas complétés (Lapham, Baum, Skipper et Chang, 2000). Les taux importants de non-adhérence représentent un des facteurs mettant en échec les stratégies élaborées pour prévenir la récidive. Les contrevenants qui n'adhèrent pas aux PIO ainsi que ceux qui prennent de longs délais avant d'y participer se sont avérés avoir des risques plus élevés de ne pas réobtenir leur permis (Suggett, 2007). Il a également été démontré que ces derniers prennent plus souvent le volant sans permis de conduire, un comportement dont on sait qu'il est associé à une probabilité plus élevée d'accidents (Nochajski, Stasiewicz, 2006; Suggett, 2007). Devant cet état de fait, la seconde partie de cette thèse s'intéresse aux contrevenants non adhérents aux PIO dans le but de mieux connaître ce sous-groupe de conducteurs à risque de récidive qui échappe aux mesures actuellement en place.

Caractéristiques des contrevenants non adhérents identifiées par la documentation scientifique

On connaît peu les contrevenants non adhérents aux PIO puisque plusieurs études effectuent leur recrutement auprès des participants de ces mêmes programmes (C'de Baca, Lapham, Miller, Lapham, 2001; Rootman et coll., 2005; Wells-Parker et coll., 1995). Lorsqu'on compare leur dossier de conduite, les non-adhérents s'avèrent être plus fréquemment des récidivistes (Lapham,

Kapitula, C' De Baca et McMillen, 2006; Rootman et coll., 2005). Ils prennent plus de risques au volant et ont plus d'accidents de la route inscrits à leur dossier de conducteur (Peck et coll., 1994) mais ont aussi plus d'accidents durant la suspension de leur permis (Lapham, Baum, Skipper et chang, 2000). En effet, les non-adhérents apparaissent aussi conduire plus fréquemment lors de la suspension de leur permis (Lapham et coll., 2006; McCartt et Shabanova, 2004). Les non-adhérents semblent avoir également plus de condamnations criminelles liées à la conduite d'un véhicule que les individus qui adhèrent aux interventions (Peck et coll., 1994; Rootman et coll., 2005). En ce qui à trait à la consommation, les non-adhérents boivent également plus fréquemment en plus du fait que leurs problèmes d'alcool sont plus graves que les adhérents (Rootman et coll., 2005; Wells-Parker et coll., 1995). On note également chez eux une forte prévalence de troubles psychiatriques tels que des troubles de l'humeur et le syndrome de stress post-traumatique ainsi que des tendances antisociales (Siegal et coll., 2000). De plus, du point de vu neuropsychologique, nos collègues ont effectué une étude avec le même échantillon que la présente étude et leurs résultats font état de pauvres performances cognitives chez les non-adhérents aux mesures d'habiletés visuo-spatiales, de rapidité et de flexibilité cognitive (Brown et coll., 2008). Les particularités des contrevenants qui n'adhèrent pas aux PIO semblent être multiples et toucher plus d'une sphère de vie.

Ainsi, les non-adhérents ont plusieurs caractéristiques en commun avec les récidivistes. Leurs difficultés apparaissent aussi, à première vue, semblables aux problématiques retrouvées chez les toxicomanes : faible niveau socio-économique, consommation abusive, problèmes avec la justice, réseau social restreint. Cependant nos connaissances des non-adhérents sont encore trop parcellaires comparativement à celles des toxicomanes et des récidivistes pour pouvoir le préciser actuellement. Malgré cela, il est possible de supposer que les contrevenants non adhérents représentent les cas les plus lourds et donc les plus à risque de récurrence. Dans un tel cas, ceux qui ne se soumettent pas aux mesures devraient être une priorité en matière de lutte contre la CFA. Devant les enjeux mis en cause par la non-adhérence aux PIO, il est important de savoir qui, parmi les conducteurs à risque de récurrence, acceptent l'aide offerte et lesquels la refusent. La seconde partie de cette thèse tente de répondre à cette question en comparant empiriquement un groupe de contrevenants non adhérents à un groupe d'adhérents.

La consommation d'alcool et de drogue est le principal facteur investigué pour évaluer le risque en matière de CFA. On entend par là que la présence d'un tableau clinique de toxicomanie représenterait un risque plus élevé de récurrence. Il nous apparaît pertinent de savoir si les contrevenants les plus potentiellement dangereux sur les routes possèdent un tel tableau clinique, soit une consommation d'alcool et de drogues atteignant le seuil clinique de même que

des problèmes dans toutes les sphères typiquement affectées par les problèmes de consommation. Le sujet de ce travail de recherche s'intéressera non seulement à distinguer les contrevenants non adhérents et adhérents aux PIO mais il comparera également ces deux groupes de contrevenants à deux échantillons cliniques de toxicomanes, le premier sur la base de leur fonctionnement psychosocial global et le second à partir de leur tableau psychopathologique afin d'estimer leurs similitudes et permettre ainsi d'orienter les interventions futures.

Obstacles à la prédiction : récidive de la conduite sous influence d'alcool

Marie-Claude Fortin* et Louise Nadeau**

* Candidate au doctorat, Université de Montréal, département de Psychologie

** Professeure titulaire, Université de Montréal, département de Psychologie
Directrice scientifique du Centre Dollard-Cormier, Institut universitaire sur les dépendances

Résumé

La récidive constitue le principal risque relié à la conduite avec facultés affaiblies par l'alcool (CFA). Des évaluations ont été mises en place afin d'identifier les contrevenants présentant un risque de récidive et de prendre les mesures d'intervention nécessaires pour rendre leur conduite d'un véhicule sécuritaire. Cependant, malgré les différentes stratégies mises en place, une proportion importante de conducteurs, dont un pourcentage déjà condamné à plus d'une reprise pour CFA, récidive. Cet état de fait témoigne des limites actuelles de nos capacités à cibler les conducteurs à risque et, ainsi, à prédire la récidive de la CFA. Pour mieux comprendre ces limites, il est nécessaire de revoir le processus scientifique menant à l'acquisition des connaissances dans le domaine de la CFA. Cet article analyse les obstacles au processus scientifique visant à identifier les facteurs de risque de récidive chez les contrevenants primaires. Les questions suivantes sont abordées en ce qui a trait aux des études sur la CFA : 1) la représentativité des échantillons ; 2) l'hétérogénéité de la population des contrevenants ; 3) le manque de spécificité des facteurs de risque de la récidive ; 4) la validité des instruments de mesure et 5) la validité des informations recueillies auprès des contrevenants. La conclusion propose dix recommandations pour pallier aux obstacles précités et choisir les dispositions méthodologiques permettant une identification des facteurs de risque selon les critères scientifiques en vigueur.

Mots-clés : Conduite avec facultés affaiblies, CFA, récidive, prédiction.

Summary

Recidivism constitutes the main risk related to driving under the influence of alcohol (DUI). Evaluation programs were created to identify offenders with a risk of recidivism in order to take the necessary remedial measures to insure their safe driving. However, despite all the strategies and measures in place, a substantial proportion of drivers reoffend, including a percentage after having been sentenced more than once for DUI. This occurrence reveals our present limited capacity at targeting drivers at risk of DUI recidivism. In order to better understand our current shortcomings, we need to review the scientific processes that lead to the development of knowledge in the DUI field. The objective of this article is to analyse the main obstacles in the scientific processes used in the identification of risk for reoffending among first time offenders. The following questions are discussed in DUI studies: 1) samples representativeness; 2) heterogeneity of offenders; 3) lack of specificity in recidivism risk factors; 4) measures reliability; 5) validity of information gathered from the offenders. Ten recommendations are presented to help resolve the aforementioned limitations and choose methodological measures allowing more scientific identification of risk factors.

Key words: Driving under influence, DUI, recidivism, prediction.

Devant la difficulté à prédire la récidive, nous nous sommes intéressés aux raisons pouvant être la cause de cette incapacité à identifier qui, parmi les contrevenants primaires, risque de récidiver. Nous avons identifié cinq facteurs pouvant expliquer les difficultés de prédiction. Cet article s'intéresse aux obstacles qui limitent le processus scientifique visant à identifier les facteurs de risque de récidive chez les contrevenants primaires. Nous aborderons, dans l'ordre, les questions suivantes : 1) la représentativité des échantillons des études sur la CFA ; 2) l'hétérogénéité de la population des contrevenants de la CFA; 3) le manque de spécificité des facteurs de risque de la récidive ; 4) les instruments de mesure utilisés dans les études sur les contrevenants de la CFA et 5) la validité des informations recueillies auprès de ces contrevenants.

La prévention de la récidive est une des principales préoccupations des décideurs en matière de conduite avec facultés affaiblies (CFA) par l'alcool. Les statistiques signalent en effet que près de 33 % des individus arrêtés pour conduite avec CFA deviennent des récidivistes (Beirness, 1991 : Brinkmann et coll., 2002). Au Québec, entre 1990 et 1994, on a dénombré 20 551 récidivistes. De ce nombre, 24 % déjà condamnés pour récidive ont été condamnés de nouveau pour un même délit et parfois même à plusieurs reprises pendant une période de cinq ans (Bergeron et coll., 2000). Divers programmes ont été mis en œuvre dans les différentes juridictions. Pour identifier les contrevenants à risque de récidive. Ces nombreux multirécidivistes sont non seulement parmi les

conducteurs les plus dangereux sur nos routes, mais leurs délits répétés témoignent des limites de notre capacité actuelle de prédiction de la récidive chez les contrevenants primaires.

Question 1 : Représentativité des échantillons de contrevenants de la conduite sous influence d'alcool

Une des qualités primordiales d'une étude scientifique est celle de pouvoir étendre à un ensemble plus large les observations qui ont été faites à partir d'un groupe plus petit. La généralisation des résultats donne en effet un sens aux efforts consentis pour mener à bien un travail scientifique (Robert, 1988). Or, une des principales difficultés des travaux consacrés aux contrevenants de la CFA a pour objet la représentativité des échantillons de contrevenants primaires et de récidivistes dans les diverses études publiées sur la question. Ainsi, pour mieux comprendre cette limite, il faut observer le contexte légal dans lequel se situent les condamnations pour CFA et examiner comment sont constitués les échantillons des études auprès de ces contrevenants.

Arrestations

La représentativité des échantillons de contrevenants est tout d'abord influencée par les taux d'arrestation. Comme pour tous les crimes, on peut

s'attendre à ce que les arrestations ne représentent que la pointe de l'iceberg en matière de CFA. La délinquance apparente, c'est-à-dire les crimes et délits effectivement constatés par les services policiers, est très inférieure à la criminalité réelle, appelée aussi le chiffre noir (Statistique Canada, 2007). Il s'agit de l'ensemble des actes enfreignant le Code criminel mais non traités par le système de justice. Les statistiques officielles ne permettent pas de mesurer l'occurrence réelle des infractions liées à la CFA mais reflètent les arrestations policières (Blais et Ouimet, 2005). Le premier obstacle à la prédiction de la récurrence des contrevenants concerne les faibles taux d'arrestations qui ont un impact sur la représentativité des échantillons.

Ainsi, environ 1,2 millions de Canadiens ont déclaré avoir conduit au cours de l'année précédente en pensant avoir dépassé la limite permise par la loi et cela, sans être interceptées (Vanlaar et coll., 2006). Même dans les meilleures conditions de surveillance routière, la probabilité d'être arrêté pour CFA est estimée entre 1 et 2 % (Beitel et coll., 2000 ; LaBrie et coll., 2007; Simpson et Robertson, 2001). Conséquemment, il faut faire l'hypothèse qu'une proportion importante de contrevenants ne sont jamais arrêtés et que ceux qui sont arrêtés une première fois peuvent être en fait des récidivistes mais qui n'ont jamais été arrêtés. On ne peut donc savoir si les conducteurs qui sont arrêtés sont représentatifs de l'ensemble des délinquants. Cette application exceptionnelle de la loi augmente le risque de CFA pour tous. Un sondage en 2006 indique en effet

que les conducteurs craignent de moins en moins d'être interceptés dans un contrôle routier (Table québécoise de la sécurité routière, 2007). En bref, les arrestations sont un pâle reflet de la délinquance sur les routes et constituent un sous-échantillon de conducteurs qui présentent un danger. En conséquence, les modèles prédictifs sont applicables aux cas de l'échantillon sous étude, et non à l'ensemble des délinquants.

Condamnations

D'autre part, dans les États de droit, on vise une administration de la justice par laquelle tous les citoyens sont égaux devant la loi et jugés de manière équitable. En outre, au Canada, le processus judiciaire se fonde notamment sur le principe qu'un citoyen devrait être condamné si et seulement si sa culpabilité apparaît au juge hors de tout doute raisonnable. En matière de CFA, les poursuites menant à la condamnation sont complexes, onéreuses et influencées par plusieurs facteurs géographiques et socioéconomiques (Brown et coll., 2002). Les législations en vigueur dans les différentes juridictions comportent de nombreux enjeux légaux (Brown et coll., 2002 ; Simpson et coll., 2004). Présentement au Canada, comme les mesures du taux d'alcoolémie sont généralement faites par des appareils bien calibrés, l'objectif d'une défense est de faire la démonstration d'un vice de forme dans la procédure. Ceux qui en ont les moyens engagent des avocats spécialisés dans ce type de cause qui examinent les moindres détails de l'arrestation susceptibles d'introduire un doute raisonnable quant à la

conformité de la procédure à la législation en vigueur (Robertson et coll., 2008 ; Simpson et Robertson, 2002). Il faut avoir en mémoire que les frais associés à une telle démarche sont considérables.

Ainsi, un accusé qui comprend de quelle manière fonctionne le système judiciaire, qui en a les moyens et qui engage un avocat spécialisé en ces matières, a plus de chance d'éviter la condamnation ou d'avoir une sanction moins sévère (Kunitz et coll., 2006). Au Québec, 41 % seulement des arrestations pour CFA se soldent par une condamnation, le ratio le plus faible au Canada (Robertson et coll., 2007). Si les arrestations ne sont pas représentatives de la population des conducteurs qui présentent des risques pour la CFA, les condamnations introduisent un second biais qui élimine les conducteurs les plus privilégiés.

Pour pallier ce système à deux vitesses, un groupe de chercheurs a suggéré que les procédures judiciaires soient uniformisées et surtout simplifiées afin de réduire le risque d'erreur et de favoriser la poursuite en justice des contrevenants (Robertson et Simpson, 2002; Robertson et coll., 2007). Par le fait même; il serait alors possible d'augmenter 1) le nombre d'arrestations ; 2) le nombre de condamnations pour CFA et donc le "taux de succès" des arrestations et, par le fait même, 3) augmenter la représentativité des conducteurs condamnés tant pour les contrevenants primaires que les récidivistes.

De récents projets de loi allant dans le sens de ces recommandations ont récemment été adoptés au Canada tant par les instances provinciales que fédérales. Les lois adoptées par le gouvernement du Québec rendent plus sévères les mesures applicables dès l'arrestation : la suspension immédiate du permis de conduire qui passe de 30 à 90 jours pour une première infraction ainsi que la saisie immédiate du véhicule pour 30 jours, pour les conducteurs interceptés avec une alcoolémie supérieure à 160 mg par 100 ml de sang ou s'il refuse de fournir un échantillon d'haleine ou de sang (SAAQ, 2008). Du côté du gouvernement du Canada, en plus de rendre les peines liées à cette infraction plus sévère particulièrement lors d'un refus de fournir un échantillon d'haleine ou de substances corporelle aux policiers. Elles ont également pour objectif de favoriser le travail de détection et d'enquête des policiers et visent à minimiser les risques d'éviter une condamnation pour des motifs techniques en exigeant des moyens de défense valides sur le plan scientifique de la part de l'accusé, un peu comme l'accusé devait faire la preuve de sa non-culpabilité (Ministère de la Justice, 2008).

Cueillette de données auprès de participants aux programmes d'intervention obligatoires

L'introduction de programmes d'intervention obligatoire (PIO) pour les contrevenants ayant perdu leur permis a été saluée, à juste titre, comme un progrès (Mann et coll., 1994; Wells-Parker et coll., 1995; Wells-Parker et

Williams 2002). L'obligation d'adhérer à ces mesures atteste de la volonté de l'État d'enlever les conducteurs dangereux sur les routes et de les engager dans un processus de changement sans pénaliser à l'excès ceux qui ne représentent pas un danger. En outre, cette mesure répond au fait que la récidive constitue le principal risque relié à la CFA. Elle permet de constater que ce crime est aussi traité comme une dépendance puisque les interventions découlant d'une condamnation pour CFA visent plutôt à établir les besoins d'intervention en matière de problèmes de consommation, et non l'incarcération.

Dans la plupart des juridictions ayant des PIO, les taux d'adhérence à ces programmes faisant suite à une condamnation pour CFA sont très faibles. Au Québec, entre 1997 et 2002, ils atteignaient moins de 50 % (que ce soit pour les programmes éducatifs comme Alcoofrein ou l'évaluation sommaire de la consommation) (Brown et coll., 2002). Pour le corpus d'études qui utilisent exclusivement de tels participants, la perte de représentativité est significative (Brown et coll., 2008 ; Voas, 2001). Ainsi, plusieurs contrevenants condamnés pour CFA refusent ou ne complètent pas les PIO, alors que d'autres ne paient tout simplement pas leurs amendes. Il faut rappeler qu'au Québec les coûts associés à une condamnation sont significatifs et peuvent atteindre 4 000 \$ pour une première sanction et 7 500 \$ pour une récidive auxquels s'ajoutent les frais d'avocats et l'augmentation des primes d'assurance (Table québécoise de la sécurité routière, 2007). Pour le chercheur, l'introduction des évaluations

constitue une troisième procédure qui sélectionne à nouveau les contrevenants primaires et récidivistes et diminue la représentativité des échantillons. Du point de vue de la sécurité routière, cette mesure maintient sur les routes des contrevenants les plus à risque puisque ceux dont le bilan routier est le plus lourd ne se soumettent pas aux évaluations (Brown et coll., 2008).

Ainsi, nos capacités à identifier, dans la population des conducteurs condamnés une première fois, les facteurs de risque de la récidive, passent par la comparaison des caractéristiques entre contrevenants primaires et récidivistes et sont limitées par les biais de sélection présents à chaque étape du processus menant à la constitution des échantillons (Simpson et Robertson, 2001). Le manque d'effectifs policiers, la complexité et la durée des tâches administratives, les risques d'erreurs, tout cela entraîne un faible taux d'arrestation (Conseil canadien de la sécurité routière, 1999). En cour, ce sont les questions relatives aux procédures qui permettent d'innocenter certains accusés, les accusés les plus en mesure de se défendre étant ceux qui risquent le moins d'être condamnés. Enfin, les PIO ne rejoignent que les contrevenants qui y participent. En somme, aucune étude ne peut affirmer qu'un contrevenant dit primaire en est à sa première infraction tandis que le manque de représentativité des échantillons permet uniquement une généralisation des résultats à la fraction des contrevenants qui sont dans une situation similaire. Ce n'est pas seulement

la recherche qui est mise à mal par cet état de fait mais également la sécurité sur les routes.

Question 2 : Hétérogénéité des populations de contrevenants de la CFA

Afin qu'il soit possible de dégager des régularités à partir de plusieurs études scientifiques, il est nécessaire que les échantillons sous étude soient comparables. Or, dans le champ de la CFA, non seulement les méthodes de recrutement, les juridictions ou les critères d'inclusion diffèrent d'une étude à l'autre, mais les caractéristiques des échantillons sont également très variées (Bergeron et coll., 2000 : Vézina, 2001). Cette hétérogénéité de la population des contrevenants de la CFA explique également les difficultés à identifier des facteurs de risque fiables de la récidive.

Lorsque l'on examine les diverses dimensions dans les études avec les contrevenants, selon les échantillons, certaines variables sont plus dominantes que d'autres et leur intensité varie considérablement. Par ailleurs, certaines variables sont interreliées chez les individus, ce qui induit des effets de collinéarité dans les modèles statistiques de telle sorte qu'il est difficile, voire impossible, de les mesurer indépendamment ou de les étudier isolément. Il en est ainsi de la surconsommation d'alcool et des comportements antisociaux (Friedman et coll., 1995) ou de la surconsommation d'alcool et des déficits

cognitifs (Oscar-Berman et coll., 1997 ; Ouimet et coll., 2007). De plus, la grande diversité des problèmes liés à d'autres problématiques, santé mentale ou problèmes économiques par exemple, chez ces individus, influence également le taux de récidive (Santé Canada, 2004).

En somme, parce que les tableaux cliniques diffèrent d'une étude à l'autre, une partie de la variance de chacun des modèles de prédiction peut être expliquée par l'intensité variable des facteurs étudiés ou de leurs interactions. En conséquence, il n'y a pas de convergence entre les études ou bien les facteurs qui résistent à l'analyse ne sont pas spécifiques, telle la dépendance à l'alcool, qui caractérise 1,9 % de la population canadienne (Kairouz et coll., 2005).

Question 3 : Spécificité des facteurs de risque

Pour déterminer le risque de récidive chez les contrevenants primaires, on cherche à identifier les facteurs de risque. En épidémiologie, les facteurs de risque représentent une caractéristique associée à une probabilité élevée de survenue d'une maladie ou d'une manifestation future chez un groupe. Les meilleures informations pour prédire une telle survenue chez un individu sont les expériences acquises auprès d'un grand nombre de personnes ayant des facteurs de risque similaires. L'objectif est d'éprouver continuellement les

modèles de prédiction établis à partir de groupes afin de les rendre les plus précis possibles sur un plan individuel.

Les travaux consacrés à l'identification des facteurs de risque de la récidive de la CFA ont dégagé les variables suivantes : l'âge, le genre, le niveau de scolarité, le statut civil, l'ethnicité, le taux d'alcoolémie sanguin lors de l'arrestation ainsi que les condamnations antérieures pour CFA (Bergeron et coll., 2000; Vézina, 2001), la présence de problèmes de consommation d'alcool et de drogue (Conley, 2001 ; Simpson et coll., 1996), de comportements antisociaux (Friedman et coll., 1995 ; Simpson et coll., 1996; Stewart et coll., 2004) et les difficultés psychologiques (Bergeron et coll., 2000 ; C' de Baca et coll., 2004 ; Jonah, 1997 ; Mann et coll., 1983).

Dans les études précitées, il est parfois difficile de départager les facteurs de risque des descriptions psychosociales. La plupart des études n'ont fait que décrire leurs participants et sélectionner les facteurs les plus fréquemment observés pour en faire des facteurs de risque, ce qui rend difficile la distinction entre facteurs descriptifs et facteurs de risque (Hawkins et coll., 1992; Schuckit, 1985). De plus, comme les facteurs descriptifs sont les données les plus faciles à obtenir, puisqu'il s'agit souvent de données sociodémographiques, ils sont les plus fréquemment employés dans les modèles dits prédictifs. Ainsi, il y a de la confusion dans la documentation et surtout un manque de spécificité quant aux

dimensions considérées comme un facteur de risque de la récidive : ils sont à large spectre et pourraient prédire tout autant les troubles liés aux substances, la délinquance ou la CFA. Ainsi, dans un échantillon de 1 496 individus contrevenants primaires et récidivistes du Nouveau-Mexique, 15 % des individus ayant récidivé ne présentaient aucun des facteurs de risque identifiés par la documentation (C' de Baca et coll., 2001). Conséquemment, plusieurs auteurs ont mis l'emphase sur l'importance d'élaborer des mesures de détection qui vont au-delà de ces problématiques (Argeriou et coll., 1985 ; Nochajski et Wieczorek, 1998 ; Wells-Parker et coll., 1986) afin de développer à la fois une meilleure compréhension du problème de CFA et des méthodes de détection plus efficaces.

Les études récentes ont permis l'identification de nouveaux facteurs de risque de la récidive. Une analyse d'un sous-groupe des récidivistes a permis de constater que ceux-ci, en comparaison des contrevenants primaires, présentent des déficits sur le plan cognitif (Buntain-Ricklefs et coll., 1995 ; Glass et coll., 2000 ; Ouimet et al, 2007). Ces déficits peuvent être consécutifs à un traumatisme cérébral causé par des accidents, chutes ou bagarres ou ils peuvent être congénitaux. À ces deux facteurs étiologiques possibles s'ajoutent les effets neurotoxiques d'une consommation abusive et chronique d'alcool, fréquemment observées chez les récidivistes de la CFA, qui ont, eux aussi, des répercussions sérieuses sur le système nerveux central (Crews et coll., 2005; Crews et coll.,

2004 ; Oscar-Berman et coll., 1997 ; Parsons et Nixon, 1998). Quelle qu'en soit l'étiologie, ces déficits peuvent avoir plusieurs effets sur le comportement des individus et causer une fluctuation des affects, de l'impulsivité, des changements dans la personnalité, affecter les perceptions ainsi que les processus d'apprentissage et de mémoire (Oscar-Berman et coll., 1997). Ils ont été également associés à des indices de faible engagement dans le traitement, à une faible adhérence aux interventions et à un taux d'attrition élevé dans des échantillons cliniques d'alcooliques (Aharonovich et coll., 2003, Crews, et coll., 2005). Ces limites neuropsychologiques peuvent être liées aussi aux difficultés des contrevenants à changer et augmentent ainsi leurs risques de récidive (Buntain-Ricklefs et coll., 1995 ; Glass et coll., 2000 ; Ouimet et coll., 2007). Il s'agit donc d'un nouveau facteur qui doit être pris en considération dans les modèles de prédiction actuels.

En bref, le manque de représentativité des échantillons servant à dégager puis à tester les facteurs de risque ainsi que le manque de spécificité dans la définition de ces facteurs contribuent au manque de régularité observé dans ce corpus d'études. Conséquemment, outre la constante d'une surconsommation d'alcool lors de l'arrestation, il continue d'être difficile de caractériser le récidiviste dans la population des contrevenants primaires à partir des facteurs de risque. Cependant, les travaux en neuropsychologie mettant en évidence les déficits

cognitifs qui ont l'avantage de signaler des handicaps à la fois pour la conduite automobile et la capacité à modifier des comportements.

Question 4 : Instruments de mesures utilisés dans les études sur la conduite avec facultés affaiblies par l'alcool

a) Diversité des instruments

L'utilisation de mesures standardisées d'une étude à l'autre permet la constitution d'un corpus de données permettant : 1) de dégager des régularités et 2) de les généraliser à des populations comparables. Or, dans les études sur les contrevenants, les instruments de mesures utilisés pour identifier les contrevenants à risque de récurrence sont très diversifiés. De fait, il existe différentes conceptualisations de la CFA et des problèmes qui y sont fréquemment associés, tels que les problèmes de consommation et les comportements antisociaux, de sorte que les instruments de mesure ne sont pas toujours les mêmes et ne mesurent pas tous les mêmes facteurs (Anderson et coll., 2000; Chang et coll., 2001; Wells-Parker et coll., 2000).

b) Limites des instruments

Les qualités psychométriques des instruments présentent aussi des difficultés. Chang et ses collaborateurs (Chang et coll., 2002) ont publié un rapport sur la validité prédictive des instruments de détection chez les contrevenants de la

CFA et des problèmes de consommation d'alcool (ASI, AUI, CAGE, DRI, LAI, MAC-alcool, MAST, MF, RIASI, SALCE/NEEDS, SASSI). En ce qui concerne la prédiction de la récidive, les instruments utilisés manquent de spécificité (proportion d'individus non récidivistes qui sont identifiés par l'instrument comme ne l'étant pas) et de sensibilité (proportion d'individus récidivistes identifiés par l'instrument) (Anderson, et coll., 2000 ; Chang et coll., 2002). En ce qui a trait aux problèmes de consommation d'alcool, la spécificité se situe entre 26 et 85 % et la sensibilité entre 59 et 92 %. Les instruments sont adéquats et les faux positifs sont aussi relativement moins fréquents que dans les études tentant d'identifier les récidivistes potentiels.

Ainsi, la diversité des instruments rend difficile le cumul des résultats similaires qui sont le fondement des données probantes. De plus, la plupart des instruments sont meilleurs pour identifier les non-récidivistes que les récidivistes (Chang et coll., 2002). La difficulté à mesurer le risque de récidive chez les contrevenants ne provient pas seulement des instruments et de leur capacité prédictive mais aussi du fait qu'ils ont été conçus dans l'objectif de mesurer certains facteurs bien spécifiques faisant partie du phénomène, la consommation d'alcool par exemple, mais qui ne rendent pas nécessairement compte de la problématique dans sa globalité.

Question 5 : Validité des données recueillies auprès des contrevenants

Parce que les contrevenants de la CFA passent des tests dans un contexte d'autorité, c.-à-d. dans un contexte permettant à l'examineur d'ordonner des mesures relatives à sa personne et à ses biens, il faut s'interroger sur la qualité des informations recueillies auprès des participants aux études. Deux problèmes se posent : a) : la véracité des informations; b) la précision ou l'exactitude des réponses recueillies.

a) La véracité des informations

La véracité des informations rapportées par les contrevenants à propos de leur conduite, en lien avec leurs habitudes de consommation, peuvent être imprécises et même minimisées surtout dans le contexte d'un PIO dont l'issue est la réobtention de leur permis (Nochajski et Wieczorek, 1998). Tel que mentionné précédemment, ces procédures sont coûteuses. Ainsi, certains contrevenants peuvent omettre de dire qu'ils ont conduit sous l'influence d'alcool alors que leur permis était suspendu ou minimiser leur consommation d'alcool ou drogue et les problèmes qui y sont associés (Cavaiola et coll., 2003; Chang et Lapham, 1996; Lapham et coll., 2002). Conséquemment, certaines données sont certainement invalides, ce qui peut expliquer les difficultés des chercheurs à identifier et à mesurer adéquatement les différentes dimensions influençant la récidive de la CFA.

b) La précision et l'exactitude des réponses recueillies

Lors de la cueillette de données, plusieurs mesures portent sur les quantités et la fréquence de consommation au cours des derniers mois. Il n'est pas toujours aisé, pour les contrevenants, de procéder à une rétrospective précise de leurs habitudes de consommation et des problèmes qui y sont associés, d'autant plus que certains d'entre eux ont des problèmes mémoire associés à leur consommation chronique de substances (Brown et coll., 2008; Glass et coll., 2000).

Les données recueillies sous la torture ne sont pas considérées comme valides, pas plus que ne le sont les déclarations des personnes incapables de subir leur procès. Bien que ces comparaisons soient excessives, elles illustrent le type de réflexion qui est amené par le contexte coercitif dans lequel a lieu le recueil des données auprès des contrevenants participant aux PIO. En revanche, on ne peut faire l'économie de l'expérience subjective des contrevenants au regard de leur arrestation et leur condamnation. Certains tests et questionnaires portent sur des questions évidentes et faciles à fausser, et on peut penser que les contrevenants veulent donner les bonnes réponses et non les vraies réponses (Nochajski et Wiczorek, 1998). Il faut également garder en tête que la validité des données obtenues à partir d'un test se limite au contexte dans lequel il a été validé et ce ne sont pas tous les instruments utilisés dans les études sur les CFA

qui ont été validés dans un contexte d'autorité comme l'est celui de l'évaluation obligatoire à laquelle sont soumis les contrevenants.

Conclusion

La documentation sur les contrevenants de la CFA est vaste mais ne permet pas encore de caractériser convenablement les récidivistes potentiels comme en témoigne les taux élevés de récidence. Les législations visant la CFA sont notamment basées sur les données qui sont disponibles. Or, celles-ci sont incomplètes. De plus, parce que la CFA est un crime qui est souvent traité comme une dépendance, ces mêmes données sont utilisées pour déterminer les besoins d'intervention chez les contrevenants visant à prévenir la récidence. On constate ici l'importance d'identifier des facteurs de risque fiables de la récidence de la CFA. Il faut également considérer que les données canadiennes sont peu abondantes comparativement aux données américaines et qu'il n'est pas toujours possible de généraliser les constatations américaines à la réalité des conducteurs canadiens. Il faut aussi souligner les limites des enquêtes épidémiologiques rapportant les chiffres d'auto-inculpation dont la fiabilité est parfois discutable malgré que ces derniers demeurent un des moyens d'avoir une estimation des gens qui prennent le volant en état d'ébriété sans être interceptés. Il s'ensuit que, présentement, les mesures permettant d'émettre des prédictions sur la récidence des contrevenants primaires comportent des limites

importantes que nous avons soulignées dans ce texte. Au terme de l'analyse de ces problèmes, certaines avenues s'offrent aux décideurs et aux chercheurs, qui sont présentées sous forme de recommandations.

1) Dans l'objectif d'améliorer la représentativité des échantillons de contrevenants, il est nécessaire de tenter d'estimer le chiffre noir dans le domaine des infractions pour CFA. Pour mieux représenter la prévalence de la CFA, il existe une alternative qui consiste à utiliser des mesures approximatives de la conduite en état d'ébriété. Ces mesures font référence aux accidents automobiles où l'alcool est en cause en plus d'utiliser les chiffres provenant des arrestations policières. Considérant que ces chiffres ont cependant eux aussi leurs limites puisqu'ils ne vont pas au-delà des accidents, les barrages routiers aléatoires représentent une autre option. Bien que l'ampleur d'une telle entreprise sur le plan économique, logistique et humain soit considérable, ils permettent d'estimer l'occurrence réelle de la CFA. En bref, il faut connaître la fréquence de la CFA et les caractéristiques des délinquants échappant aux contrôles policiers.

2) Dans le but de minimiser les biais d'échantillonnage, il faut favoriser le recrutement de participants hors des PIO ou même recruter les conducteurs arrêtés pour CFA lors des barrages routiers aléatoires. Ce sont ces conducteurs qui devraient se retrouver dans nos études. Aussi, le recrutement de larges

échantillons permettrait de discriminer les différences entre les sous-groupes de cette population hétérogène.

3) Dans l'objectif d'améliorer la validité des données et des résultats, il faut investir dans des études élaborées et coûteuses, mais qui permettront de générer des données valides. Envisager des études avec des plans de recherche prospectifs longitudinaux qui permettraient de mesurer les caractéristiques à partir d'un échantillon de conducteurs de la population générale plutôt que de contrevenants condamnés et de les suivre dans le temps afin de dégager des facteurs de risque fiables (Beirness et coll., 1994). Connaître les facteurs de risque liés à une problématique donnée est utile non seulement à la recherche mais à la fois aux processus de dépistage, de diagnostic et à l'établissement de plans d'intervention efficaces. Entre autre, on peut penser que tout cela favorise la réduction de la récidive.

4) Il est nécessaire de favoriser la recherche sur les instruments de mesure afin d'élargir le champ d'investigation et d'augmenter leur spécificité et leur sensibilité. Actuellement, les meilleurs instruments identifient approximativement 70 % des récidivistes, 40 % des non-récidivistes et environ 50 % des contrevenants ayant un problème d'alcool (Chang et coll., 2002).

5) Dans la conception d'instruments, il faut prendre en compte la possibilité de duperie ou d'oublis et tenter notamment de corroborer les données recueillies à l'aide d'autres sources d'informations (entourage, dossiers de conduite et criminel, mesures biologiques et cognitives, etc.).

6) L'évaluation des contrevenants sur diverses sphères de vie particulièrement sur le plan du fonctionnement neuropsychologique permet non seulement de mieux identifier les récidivistes potentiels mais aussi d'avoir connaissance de tous les facteurs pouvant appauvrir leur pronostic ou constituer, au contraire, des facteurs de protection et ainsi améliorer nos capacités à prédire le risque de récidive chez les contrevenants. Il serait utile d'examiner le tableau neuropsychologique des contrevenants. Les travaux sur le sujet permettent de mieux comprendre que la récidive n'est pas seulement un choix immoral et délibéré, mais qu'elle peut être modulée par des déficits cognitifs qui influencent le comportement et qui devraient être pris en compte dans l'évaluation du risque et lorsqu'on tente de prédire la récidive.

7) Enfin, la validité des données est discutable lorsque la cueillette se fait dans un contexte où les réponses des contrevenants influenceront les mesures qui seront prises contre eux. Tant que le contexte de l'évaluation sera répressif, coûteux et moralisateur, les chercheurs qui y tireront leurs données seront confrontés à de l'instabilité dans les résultats provenant à la fois de la constitution des échantillons sous étude et des diverses sources d'erreurs dans les mesures. La généralisation des résultats de recherche repose sur des échantillons représentatifs tandis que les instruments les plus valides ne peuvent identifier le risque de récidive si le contrevenant a tout à perdre en donnant l'heure juste quant à ses difficultés.

Remerciements

Le premier auteur a été soutenu par la bourse du Ministère des Transports des Fonds québécois de recherche sur la société et la culture. Les auteurs tiennent également à remercier la Société de l'assurance automobile du Québec ainsi que la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes pour leur collaboration.

Bibliographie

- Aharonovich, E., Nunes, E. et Hasin, D. (2003). Cognitive impairment, retention and abstinence among cocaine abusers in cognitive-behavioral treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 71, 207-211.
- Anderson, B.J., Snow, R.W. et Wells-Parker, E. (2000). Comparing the predictive validity of DUI risk screening instruments: development of validation standards. *Addiction*, 95 (6), 915-929.
- Argeriou, M., McCarty, D. et Blacker, E. (1985). Criminality among individuals arraigned for drinking and driving in Massachusetts. *Journal of Studies on Alcohol*, 46, 525-530.
- Beirness, D.J. (1991). *Diagnostic assessment of problem drivers: Review of factors associated with risky and problem driving*. Ottawa, Canada: Transport Canada.
- Beirness, D.J., Simpson, H.M., Mayhew, D.R. et Wilson, R.J. (1994). Trends in drinking driver fatalities in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 85 (1), 19-22.
- Beitel, G.A., Sharp, M.C. et Glauz, W.D. (2000). Probability of arrest while driving under the influence of alcohol. *Injury Prevention*, 6, 158-161.
- Bergeron, J., Thiffault, P., Brochu, S. et Nadeau, L. (2000). *Le profil des récidivistes en matière de conduite avec les facultés affaiblies par l'alcool et leur implication dans les accidents*. Montréal, Québec : Rapport de recherche subventionné par le Programme d'action concerté sur la sécurité routière FCAR/SAAQ/MTQ.
- Blais, E. et Ouimet, M. (2005). L'effet des interventions légales sur les accidents mortels associés à la conduite avec facultés affaiblies au Québec entre 1980 et 2001. *Canadian Journal of Criminology*, 47(3), 21p.

- Brinkmann, B., Beike, J., Kohler, H., Heinecke, A. et Bajanowski, T. (2002). Incidence of alcohol dependence among drunken drivers. *Drug Alcohol Dependence*, 66(1), 7-10.
- Brown, T.G., Nadeau, L., Lepage, M., Lageix, P., Tremblay, J. et Seraganian, P. (2002). *Non-adherents in mandatory substance abuse evaluation following a DUI offense: Their characteristics and reasons for non-compliance*. Montréal, Canada. Actes de congrès de la 16^{ième} conférence de l'International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety (ICADTS).
- Brown, T.G., Ouimet, M.C., Nadeau, L., Lepage, M., Tremblay, J., Dongier, M. et Ng Ying Kin, N.M.K. (2008). DUI offenders who delay relicensing: a quantitative and qualitative investigation. *Traffic Injury Prevention*, 9, 109-118.
- Brown, T.G., Seraganian, P., Tremblay, J. et Annis, H. (2002). Process and outcome changes with relapse prevention versus 12-Step aftercare programs for substance abusers. *Addiction*, 97(6), 677-689.
- Buntain-Ricklefs, J.J., Rivara, F.P., Donovan, D.M., Salzberg, P.M. et Polissar, N.L. (1995). Differentiating "bad drivers" with and without a DWI. *Journal of Studies on Alcohol*, 56(3), 356-360.
- C' de Baca, J., Lapham, S.C., Skipper, B.J. et Hunt, W.C. (2004). Psychiatric disorders of convicted DWI offenders: a comparison among Hispanics, American Indians and non-Hispanic whites. *Journal of Studies on Alcohol*, 65 (4), 419-427.
- C' de Baca, J., Miller, W.R. et Lapham, S. (2001). A multiple risk factor approach for predicting DWI recidivism. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21 (4), 207-215.
- Cavaiolaa, A.A., Strohmetsa, D.B., Wolf, J.M. et Lavender, N.J. (2003). Comparison of DWI offenders with non-DWI individuals on the MMPI-2 and the Michigan Alcoholism Screening Test. *Addictive Behaviors*, 28, 971-977.

- Chang, I. et Lapham, S.C. (1996). Validity of self-reported criminal offences and traffic violations in screening of driving-while-intoxicated offenders. *Alcohol and Alcoholism*, 31 (6), 583-590.
- Chang, I., Lapham, S.C. et Wanberg, K.W. (2001). Alcohol use inventory: screening and assessment of first-time driving-while-impaired offenders. I. Reliability and profiles. *Alcohol & Alcoholism*, 36 (2), 112-121.
- Chang, I., Gregory, C. et Lapham, S.C. (2002). *Review of Screening Instruments and Procedures for Evaluating DWI Offenders*. Washington: AAA Foundation for Traffic Safety.
- Conley, T.B. (2001). Construct validity of the MAST and AUDIT with multiple offender drunk drivers. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 20 (4), 287-295.
- Conseil Canadien de la sécurité. (1999). *Le recul du nombre d'accusations de la conduite en état d'ébriété*. Nouvelles : Vol. XLIII, N° 1, janvier 1999. Ottawa, Canada. Page consultée en ligne le 14 juillet 2008, sur le site: <http://www.safety-council.org/CCS/sujet/route/alcool/accus.htm>.
- Crews, F.T., Buckley, T., Dodd, P.R., Ende, G., Foley, N., Harper, C., He, J., Innes, D., Loh, D.I., Pfefferbaum, A., Zou, J. et Sullivan, E.V. (2005). Alcoholic neurobiology: Changes in dependence and recovery. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29 (8), 1504-1513.
- Crews, F.T., Collins, M.A., Dlugos, C., Littleton, J., Wilkins, L., Neafsey, E.J., Pentney, R., Snell, L.D., Tabakoff, B., Zou, J. et Noronha, A. (2004). Alcohol-induced neurodegeneration: when, where and why? *Alcohol Clinical and Experimental Research*, 28 (2), 350-364.
- Darke, S., Kelly, E. et Ross, J. (2004). Drug driving among injecting drug users in Sydney, Australia: prevalence, risk factors and risk perceptions. *Addiction*, 99 (2), 175-185.
- Friedman, J., Harrington, C. et Higgins, D. (1995). *Reconvicted Drinking Driver Study*. Albany, New York . State Department of Motor Vehicles.

- Glass, R.J., Chan, G. et Rentz, D. (2000). Cognitive impairment screening in second offense DUI programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19 (4), 369-373.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. et Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 64-105.
- Jonah, B.A. (1997). Sensation seeking and risky driving: a review and synthesis of the literature. *Accident Analysis and Prevention*, 29 (5), 651-665.
- Kairouz, S., Nadeau, L. et Siou, M.L. (2005). Area Variations in the Prevalence of Substance Use and Gambling Behaviours an gambling behaviours and problems in Quebec: a multilevel analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50 (10), 591-598.
- Kunitz, S.J., Zhao, H., Wheeler, D.R. et Woodall, W.G. (2006). Predictors of Conviction and Sentencing of DWI Offenders in a New Mexico County. *Traffic Injury Prevention*, 7, 6-14.
- LaBrie, R.A., Kidman, R.C., Albanese, M., Peller, A.J. et Shaffer, H.J. (2007). Criminality and Continued DUI Offense: Criminal Typologies and Recidivism among Repeat Offenders. *Behavioral Sciences and the Law*, 25, 603-614.
- Lapham, S.C., C' de Baca, J., Chang, I., Hunt, W.C. et Berger, L.R. (2002). Are drunk-driving offenders referred for screening accurately reporting their drug use? *Drug Alcohol Dependence*, 66 (3), 243-253.
- Mann, R.E., Anglin, L., Wilkins, K., Vingilis, E.R., MacDonald, S. et Sheu, W.J. (1994). Rehabilitation for convicted drinking drivers (second offenders): effects on mortality. *Journal of Studies on Alcohol*, 55 (3), 372-374.
- Mann, R.E., Vogel-Sprott, M. et Genest, M. (1983). Alcohol and cognition; some preliminary observations. *Journal of Studies on Alcohol*, 44 (5), 900-905.

- Nochajski, T.H. et Wieczorek, W.F. (1998). Identifying potential drinking-driving recidivists: Do non-obvious indicators help? *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 1, 69-83.
- Oscar-Berman, M., Shagrin, B., Evert, D.L. et Epstein, C. (1997). Impairments of brain and behavior: the neurological effects of alcohol. *Alcohol Health Research World*, 21 (1), 65-75.
- Ouimet, M.C., Brown, T.G., Nadeau, L., Pelletier, M., Couture, S., Tremblay, J., Dongier, M. et Ng Ying Kin, N.M.K (2007). Neurocognitive characteristics of DUI recidivists. *Accident Analysis and Prevention*, 39, 743-750.
- Parsons, O. et Nixon, S. (1998). Cognitive functioning in sober social drinkers: a review of the research since 1986. *Journal Studies Alcohol*, 59, 180-190.
- Robert, M. (1988). *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie* (3^e édition). St-Hyacinthe, Québec : Maloine S.A., Paris.
- Robertson, R. et Simpson, H.M. (2002). *DWI System Improvements for Dealing with Hard Core Drinkings Drivers: Prosecution*. Ottawa, Canada. Traffic Injury Research Foundation.
- Robertson, R., Vanlaar, W. et Simpson, H. (2007). *10 Steps to a Strategic Review of the DWI System: A Guidebook for Policymakers*. Ottawa, Canada. Traffic Injury Research Foundation.
- Robertson, R., Vanlaar, W. et Simpson, H., Quaye, K. et Boase, P. (2007). *Survey of lawyers' attitudes and perceptions regarding impaired driving in Canada*. Actes de congrès de la 18^{ième} conférence de l'ICADTS. Seattle, Washington. Page consultée en ligne le 14 juillet 2008, sur le site : <http://www.icadts2007.org/print/abstract.pdf>.
- Santé Canada. (2004). *Meilleures Pratiques: Traitement et réadaptation des contrevenants dans les cas de conduite avec facultés affaiblies*. Ottawa, Canada. Gouvernement du Canada.
- Schuckit, M. (1985). *Alcohol patterns & problems*. New Brunswick, New Jersey. Rutgers University Press.

- Simpson, H.M., Beirness, D.J., Robertson, R.D., Mayhew, D.R. et Hedlund, J.H. (2004). Hard core drinking drivers. *Traffic Injury Prevention*, 5(3), 261-269.
- Simpson, H.M., Mayhew, D.R. et Beirness, D.J. (1996). *Dealing with the Hard Core Drinking Drivers*. Ottawa, Canada. Traffic Injury Research Foundation.
- Simpson, H.M. et Robertson, R.D. (2001). *DWI system improvements for dealing with hard core drinking drivers: enforcement*. Ottawa, Canada. Traffic Injury Research Foundation.
- Simpson, H.M. et Robertson, R.D. (2002). *DWI system improvements for dealing with hard core drinking drivers: sanctioning*. Ottawa, Canada. Traffic Injury Research Foundation.
- Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ). (2008). *Alcool au volant - Une loi plus sévère pour prévenir la récurrence*. Québec. Gouvernement du Québec. Page consultée en ligne le 14 juillet 2008, sur le site : http://www.saaq.gouv.qc.ca/permis/en_route/alcool/index.php.
- Stewart, S., Boase, P. et Lambell, R.W. (2004). *Criminal profiles of drinking drivers in Ontario*. Actes de congrès de la 17^{ième} conférence de l'ICADTS. Glasgow, Angleterre. Page consultée en ligne le 14 juillet 2008, sur le site : <http://www.icadts.org/T2004/pdfs/138.pdf>.
- Table québécoise de la sécurité routière. (2007). *Pour améliorer le bilan routier: Premier rapport de recommandations de la Table québécoise de la sécurité routière*. Québec. Page consultée en ligne le 14 juillet 2008, sur le site : <http://www.securite-routiere.qc.ca/>
- Tremblay, S. (1996). La conduite avec facultés affaiblies au Canada : 1996. *Juristat*, 17(12).
- Vanlaar, W., Simpson, H., Mayhew, D. et Robertson, R. (2006). *Sondage sur la sécurité routière 2006 : La conduite en état d'ivresse*. Ottawa, Canada : Fondation de recherches sur les blessures de la route, 44 pages.

- Vézina, L. (2001). *Les conducteurs à haut risque: Une revue de littérature*. Québec: Société de l'assurance automobile du Québec, 113 pages.
- Voas, R.B. (2001). Have the courts and the motor vehicle departments' adequate power to control the hard-core drunk driver? *Addiction*, 96 (12), 1701-1707.
- Wells-Parker, E., Bangert-Drowns, R., McMillen, R. et Williams, M. (1995). Final results from a meta-analysis of remedial interventions with drink/drive offenders. *Addiction*, 90 (7), 907-926.
- Wells-Parker, E., Cosby, P.J. et Landrum, J.W. (1986). A typology for drinking driving offenders: methods for classification and policy implications. *Accident Analysis & Prevention*, 18 (6), 443-453.
- Wells-Parker, E., Kenne, D.R., Spratke, K.L. et Williams, M.T. (2000). Self-efficacy and motivation for controlling drinking and drinking/driving: an investigation of changes across a driving under the influence (DUI) intervention program and of recidivism prediction. *Addictive Behavior*, 25 (2), 229-238.
- Wells-Parker, E. et Williams, M. (2002). Enhancing the effectiveness of traditional interventions with drinking drivers by adding brief individual intervention components. *Journal of Studies on Alcohol*, 62 (6), 655-663.

Avant de présenter le deuxième article qui compose cette thèse, il nous apparaît pertinent de situer le lecteur quant aux mesures qui sont prises à la suite d'une condamnation pour CFA en présentant le processus auquel le contrevenant doit se soumettre pour la réobtention de son permis de conduire. Également, compte tenu des exigences de concisions nécessaires à la rédaction d'un article scientifique, subséquemment aux précisions relatives au processus pour la réobtention du permis, une version élaborée de la méthodologie de l'étude faisant le sujet de l'article empirique sera présentée.

Processus légal et administratif suite à une condamnation pour CFA

Devant la persistance de certains contrevenants en matière de CFA, plusieurs mesures ont été prises en plus des dispositions légales déjà en vigueur depuis 1983 au Canada. Les stratégies d'interventions ne sont ainsi pas toutes les mêmes pour tous les contrevenants et prennent effet à différents moments au cours du processus qui suit une condamnation pour CFA.

Un premier groupe de mesures est appliqué lors de l'arrestation et comprend la saisie du véhicule ainsi que la suspension immédiate du permis de conduire tant pour les conducteurs en étant à leur première infractions qu'aux récidivistes. Ensuite, lors de la condamnation, ces mesures consistent en une infraction au dossier criminel, une révocation du permis de conduire, une amende (600 \$ minimum) ou un emprisonnement dans les cas les plus graves. De plus, d'autres

mesures sont appliquées lors du processus de réobtention du permis de conduire : l'installation d'un antidémarrreur et la participation à un programme d'intervention obligatoire. Ces programmes peuvent avoir une visée psychoéducatrice, d'évaluation ou de traitement pour abus de substances. Pour une première offense, la suspension (administrative – code de la sécurité routière) immédiate du droit de conduire est de 30 jours lors de l'arrestation (passera à 90 jours sous peu suite à une nouvelle loi adoptée par le gouvernement du Québec en 2008). Lors de la condamnation, la révocation (légale – code criminel canadien) du permis de conduire est d'une durée d'un an. Ensuite, pour la réobtention du permis, les contrevenants doivent compléter avec succès une session d'information et de sensibilisation appelée Alcofrein, à leurs frais (150 \$), dispensée par la SAAQ. Cette session vise à :

- rappeler les conséquences juridiques, sociales et personnelles liées à la conduite avec les facultés affaiblies;
- expliquer les effets de l'alcool et d'autres intoxicants sur l'organisme;
- combattre les mythes entretenus par rapport à la consommation d'alcool.

De plus, les contrevenants primaires doivent se soumettre, à leurs frais, à une évaluation sommaire (220 \$), dans un centre de traitement pour personnes alcooliques et toxicomanes, qui a pour but d'évaluer si leurs habitudes de consommation d'alcool compromettent la conduite sécuritaire d'un véhicule. Si

l'évaluation est favorable, le contrevenant peut réobtenir son permis de conduire. Dans le cas contraire, la personne devra se soumettre à une évaluation complète qui est suivi d'une intervention puis d'une autre évaluation avant la réobtention du permis.

Pour une seconde offense (au cours des dix dernières années), la suspension immédiate (administrative – code de la sécurité routière) du droit de conduire est de 30 jours. Lors de la condamnation, la révocation (légale – code criminel canadien) du permis est de **trois ans** à la deuxième condamnation et **cinq ans** pour la troisième condamnation ou plus. Lors de la réobtention du permis, une évaluation complète devra être faite pour les récidivistes (619 \$) ou tout contrevenant primaire dont l'évaluation sommaire aura été défavorable (547 \$) visant à rendre leur rapport à l'alcool compatible avec la conduite sécuritaire d'un véhicule. Lorsque le rapport est satisfaisant pour la Société, le contrevenant aura l'obligation de conduire un véhicule muni d'un dispositif détecteur d'alcool (frais d'installation : 135 \$ plus taxe et assurances, frais mensuels de location: 95 \$ plus taxe, et frais de fermeture de dossier : 25 \$) pour une période de :

- 1 an, s'il s'agit d'une première sanction;
- 2 ans, s'il s'agit d'une deuxième sanction;
- 3 ans, s'il s'agit d'une troisième sanction ou plus.

Méthodologie (Version longue)

Objectifs et hypothèses de recherche

Cet article s'intéresse aux différentes dimensions qui composent le tableau psychosocial des contrevenants de la CFA qui n'adhèrent pas aux PIO. Le premier objectif vise à dégager des distinctions entre les contrevenants non adhérents et les adhérents afin d'identifier les caractéristiques associées à la non-adhérence. Les groupes seront ainsi comparés selon leurs caractéristiques de conducteur, leur consommation d'alcool ou drogues et des mesures de fonctionnement psychosocial et psychopathologique. Selon notre hypothèse, comparés aux contrevenants adhérents aux PIO, les contrevenants non adhérents auront un fonctionnement psychosocial plus pauvre; c.-à-d. que non seulement ils auront plus de problèmes de consommation et un dossier de conduite plus chargé mais plus de problèmes de fonctionnement dans différentes sphères de vie ainsi que des psychopathologies plus nombreuses. Le second objectif vise à déterminer si, à partir de l'évaluation du fonctionnement psychosocial global et psychopathologique, il est possible d'identifier des facteurs de risque prédictifs de la non-adhérence. Selon notre hypothèse, un pauvre fonctionnement psychosocial et psychopathologique prédira la non-adhérence. Finalement, le dernier objectif a pour but de comparer les échantillons des non-adhérents et d'adhérents à des échantillons québécois de

clients dépendants aux substances en centre de traitement afin d'établir le degré de similitude entre chacun des groupes de contrevenants et les échantillons cliniques. Selon notre hypothèse, les contrevenants non adhérents auront des résultats semblables aux mesures de fonctionnement psychosocial et psychopathologique aux échantillons cliniques alors que les contrevenants adhérents présenteront un tableau moins problématique à ces mesures que les échantillons cliniques.

Participants

Les participants sont recrutés dans le cadre d'une vaste étude biopsychosociale sur les contrevenants condamnés pour CFA par l'alcool par l'équipe de recherche sur les addictions de l'Hôpital Douglas. Une compensation financière de 160 \$ est offerte. Les participants proviennent de trois sources de recrutement : (1) une annonce par les journaux locaux (n = 5); (2) le bouche-à-oreille par nos participants (n = 4); (3) une lettre d'invitation à participer à une étude (n = 116). Pour l'envoi de la lettre, une recherche dans la base administrative de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) - l'organisme responsable de l'émission des permis de conduire, de l'immatriculation et de l'assurance automobile au Québec - a sélectionné des contrevenants de la CFA. Les critères d'inclusion sont les suivants : être âgé de 18 ans ou plus, demeurer dans un rayon de 50 km de Montréal et avoir été condamné au moins une fois pour CFA

dans les dix dernières années. Les critères d'exclusion sont : avoir un résultat à l'ivressomètre indiquant une consommation d'alcool au cours des dernières heures pouvant influencer leur performance lors de l'expérimentation (taux d'alcoolémie sanguin $> 0.04 \%$ ou $40 \text{ mg}/100\text{ml}$ de sang) ainsi qu'un niveau de scolarité inférieur à une sixième année. Aucun participant n'a été exclu pour ces raisons. Un dernier critère d'exclusion est lié à la preuve que la participation à l'étude présente des risques médicaux pour le participant (ex : problèmes cardiaques ou respiratoires). Le risque médical a été déterminé par l'observation et l'évaluation clinique d'un médecin (J. Tremblay) membre de l'équipe de recherche. Une personne a été exclue pour cette raison.

Une lettre de la SAAQ, avec une description de l'étude et une invitation à contacter le groupe de recherche, est envoyée à 2 541 individus sélectionnés au hasard. Leur identité n'est pas révélée aux membres de l'équipe de recherche. Des lettres envoyées, 353 ont la mauvaise adresse et sont retournées. Près de 362 appels sont reçus de la part de personnes souhaitant obtenir de l'information ou participer à l'étude. Alors, un assistant de recherche explique l'étude, répond aux questions. L'indépendance complète entre la SAAQ et l'équipe de recherche est clairement explicitée aux volontaires.

Un échantillon total de 183 femmes et hommes contrevenants de la CFA sont recrutés. De ce nombre, 11 sont des sujets pilote et un participant n'est pas en

condition de compléter le protocole pour cause de somnolence; ces derniers (n = 12) sont exclus des analyses. Quarante-six autres participants ne sont pas retenus soit parce que, au moment de la cueillette de données, ils étaient sous le coup d'une révocation de permis durant laquelle ils n'étaient pas éligibles à un PIO pour la ré-obtention de leur permis de conduire (n = 9), soit parce que, au moment de leur condamnation, les PIO n'étaient pas encore en vigueur dans leur juridiction (n = 15), soit parce qu'il n'ont pas eu à participer à un PIO pour différentes raisons (n = 22). L'échantillon final est composé de 125 contrevenants. Les comparaisons descriptives entre les exclus et l'échantillon final sur la base des caractéristiques sociodémographiques incluant l'âge, le niveau de scolarité et le genre révèlent que les deux groupes sont équivalents sauf qu'on observe qu'il y a proportionnellement plus de femmes dans le groupe des inclus. Des comparaisons a posteriori entre le groupe des contrevenants non adhérents et les contrevenants adhérents sont faites.

Afin de comparer la gravité de la toxicomanie des contrevenants avec celle de personnes admises en traitement pour dépendance aux substances, nous avons inclus dans l'étude deux échantillons de patients ayant été évalués à l'admission en traitement dans un centre pour toxicomanie. Le premier comprend 851 clients, 601 hommes et 250 femmes avec une moyenne d'âge de 35.9 ans, ayant fait une demande d'aide au centre Domrémy-Montréal entre 1994 et 1995 (Bergeron, Landry, Brochu et Cournoyer (1997). Le second comprend 255

clients provenant de huit centres de réadaptation en toxicomanie au Québec admis en traitement depuis plus de sept jours (Landry, Nadeau et Racine, 1996). L'échantillon regroupe 182 hommes et 73 femmes. La moyenne d'âge est de 34.5 ans. Ces deux échantillons sont comparés à ceux des contrevenants et sont équivalents en terme d'âge, d'années de scolarité et de genre. Cependant, les contrevenants ont une proportion significativement plus importante d'hommes que les deux échantillons de patients en traitements pour troubles liés aux substances.

Procédures

Le projet s'est déroulé d'août 2003 à décembre 2004. À leur arrivée au Centre de recherche, un formulaire de consentement approuvé par le Comité d'éthique de l'Hôpital Douglas, précisant les conditions de participation à l'étude est présenté. Le droit au refus ou à l'arrêt de la participation sans encourir quel que préjudice que ce soit concernant le processus judiciaire et/ou administratif en cours ou futur est garanti. Les participants sont informés qu'ils ne peuvent participer à l'étude s'ils présentent des signes d'intoxication et, que dans un tel cas, on leur proposerait un rendez-vous ultérieur. Un test d'ivressomètre est pratiqué à cet effet au début du protocole. Par la suite, les tests, questionnaires et entrevues sont administrés par la signataire principale et une autre assistante de

recherche. L'ordre de passation des épreuves est préétabli et le même pour tous les participants.

Définition de contrevenants non adhérents

Le statut d'adhérence aux programmes d'intervention obligatoires a été obtenu à l'aide des informations auto-révélées par les participants corroborées avec la base de données de la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (FQRCPAT), l'organisme responsable des programmes d'évaluation des contrevenants de la CFA, et également par les données de la SAAQ. Un non-adhérent est opérationnellement défini comme un contrevenant qui n'a pas complété le programme d'intervention obligatoire à l'intérieur des 15 mois à partir du moment où il est éligible à entreprendre ses démarches pour la réobtention de son permis de conduire.

Instruments

Les informations en lien avec le dossier de conduite sont obtenues à l'aide de données auto-rapportées et comprennent : le nombre d'arrestations et de condamnations pour CFA, le statut du permis de conduire et la participation ou non aux programmes d'interventions obligatoires pour chaque condamnation. Ces informations sont corroborées par les données de la SAAQ.

Le *Questionnaire Mortimer-Filkins* (QMF) est composé de 58 questions oui-non ou à brèves réponses relatives aux habitudes de consommation d'alcool et aux problèmes personnels/sociaux associés (Mortimer, Filkins et Lower, 1971). Ce questionnaire identifie les consommateurs problématiques, spécifiquement les contrevenants de la CFA, et il possède des qualités psychométriques adéquates (Mischke et Venneri, 1987). La version utilisée est une traduction faite par l'équipe soumise à une technique traduction rétroaction. Un score de 16 ou plus signifie des problèmes de consommation d'alcool.

Le *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) est une entrevue semi-structurée validée dans plusieurs langues, dont le français, permettant d'établir des diagnostics conformes aux critères du DSM-IV et de l'ICD-10 (Kessler, Abelson, Demler, Escobar, Gibbon et Guyer, 2004). Il est appuyé par un programme informatique permettant de poser des questions de façon standardisée. Le CIDI est conçu pour usage interculturel et validé par des enquêtes épidémiologiques ayant eu lieu dans 17 pays en 1987. Il a été utilisé dans l'enquête sur les collectivités canadiennes par Statistique Canada (Kairouz, Nadeau, Lo Siou, 2005). Les sections portant sur l'alcool et les drogues sont utilisées afin d'établir la présence de diagnostics de dépendance à l'alcool et de drogues au cours de la vie ainsi que dans la dernière année en plus de l'âge du début de la dépendance à l'alcool.

Le Questionnaire *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) est auto-administré et contient 10 questions (oui ou non) portant sur les 12 derniers mois (traduction française de l'Organisation mondiale de la santé). Il a pour objectif d'identifier les personnes ayant un pattern de consommation d'alcool qui risque de leur causer des problèmes (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001). L'instrument a de bonnes qualités psychométriques et peut être utilisé auprès de différentes populations (Reinert & Allen, 2002). Il a également montré une validité adéquate auprès de populations de contrevenants de la CFA (Conley, 2001). Un score de 8 et plus suggère des problèmes liés à la consommation d'alcool.

Le Questionnaire *Drug Abuse Screening Test* (DAST) est auto-administré et contient 20 questions (oui ou non). Il a pour but d'identifier les personnes ayant des problèmes d'abus de drogues (Skinner, 1982). Il s'agit d'une version adaptée par notre équipe de la traduction française de l'Addiction Research Foundation de l'Ontario. L'instrument a également de bonnes qualités psychométriques lorsqu'il est utilisé auprès d'un échantillon de contrevenants de la CFA (Conley, 2001). Un score de six ou plus indique un niveau modéré à sévère de problèmes liés aux substances.

L'*Indice de gravité d'une toxicomanie* (IGT) est un protocole d'entrevue semi-structurée adapté et traduit de l'Addiction Severity Index (ASI) (McLellan,

Luborsky, Woody et O'Brien (1980). Il permet de mesurer la gravité d'un ensemble de problèmes souvent observés chez les personnes souffrant de problèmes d'alcool ou de drogues. Il est conçu pour être utilisé dans le cadre d'évaluations biopsychosociales et à des fins de recherche. Ses propriétés psychométriques sont robustes; la validité (de contenu, apparente, cohérence interne) et la fidélité (test-retest et interjuge) de cet instrument, lors de l'évaluation d'un spectre de comportements et de conséquences liés aux problèmes de consommation, ont été démontrées tant pour la version anglaise (Hendricks et coll., 1989 ; Kosten et coll., 1983 ; McLellan, Lubrosky & O'Brien, 1980) que française (Bergeron, Landry, Brochu & Guyon, 1998; Bergeron, Landry, Ishak, Vaugeois et Trépanier, 1992). L'IGT comprend sept échelles indépendantes : 1) état médical; 2) emploi et ressources; 3) consommation alcool 4) drogues; 5) situation légale; 6) relations familiales et sociales et 7) état psychologique. Des questions objectives permettent d'évaluer le nombre, la fréquence et la durée des symptômes, et ce, au cours de la vie du participant de même que dans les 30 derniers jours. Un score composé est calculé et, pour chacune des échelles, offre une mesure chiffrée du fonctionnement de la personne. Les scores composés sont obtenus à partir d'une combinaison d'items choisis pour leur aptitude à rendre compte des changements survenus durant les 30 derniers jours précédent l'entrevue (Guyon et Landry; 1996) ainsi qu'à l'aide d'un algorithme visant à assurer une pondération équivalente des items qui le compose. Ces scores s'expriment en décimales sur une échelle de 0 à 1,

plus un score s'approche de 1, plus important est le problème. Ces données ont été recodées en les multipliant par 10 afin d'en faciliter l'interprétation et la comparaison. Les comparaisons entre les deux groupes de contrevenants et le premier échantillon clinique se feront à partir des sept scores composés obtenus à l'admission en traitement (Bergeron et coll., 1997).

Le Questionnaire *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III* (MCMI-III) est un questionnaire auto-administré de 175 items vrai ou faux (Millon, Davis & Million, 1997). Il a été validé auprès de populations cliniques. Instrument évaluant les psychopathologies du DSM-IV, il possède 14 échelles pour les patterns cliniques de personnalité de l'axe II et 10 échelles pour les syndromes cliniques reflétant l'axe I. Il possède une bonne validité (concurrente, discriminante) et fidélité (test-retest et inter-juge) (Millon, 1985). Il s'agit d'une version adaptée par notre équipe de la traduction française d'Élia et Lagier (1986). Des scores pondérés doivent être calculés pour chacune des échelles. Ils signalent la présence ou la prééminence d'un trouble. Cependant, le MCMI-III n'est pas un instrument diagnostique. Si le score de base d'une échelle dépasse le seuil clinique de 84 ou plus, alors le trouble correspondant à l'échelle désignée est considéré proéminent (Million et coll., 1997). Selon l'échelle de validité du MCMI-III, les protocoles étant cotés douteux ou invalides ont été enlevés de ces analyses. Ainsi, 11 protocoles ont été retirés, pour un échantillon total de 114 participants (NA = 50, A = 64). Les comparaisons entre les deux groupes de

contrevenants et le second échantillon clinique (Landry et coll., 1996) se feront à l'aide des pourcentages d'individus ayant atteints le seuil clinique pour chaque échelle mesurant les patterns cliniques de personnalité et syndromes cliniques.

Analyses

Pour les variables sociodémographiques, psychosociales et de consommation, la comparaison des groupes se fera à l'aide d'un test *t* pour les données continues et d'un Chi^2 pour les données catégorielles (Howell, 1998). Les tests statistiques non paramétriques Mann Whitney *U* et Chi^2 ont été utilisés lorsque les distributions des variables continues déviaient significativement de la normale et ne pouvaient être corrigées par une transformation des données. Pour la comparaison de moyenne entre l'échantillon de contrevenants et les échantillons de toxicomanes, un test d'hypothèse (ou test *Z*) a été effectué sur les données continues. Un test exact de Fischer a été utilisé pour les comparaisons de groupes par entité diagnostique au MCMI-III lorsque plus de 20 % des cellules avaient moins de cinq sujets. Le seuil de signification alpha est à $p < 0.05$. Compte tenu de la nature exploratoire de l'étude, le seuil de signification ne sera pas corrigé pour les analyses multiples. En ce sens, un alpha de $p < 0.10$ sera considéré comme une tendance. Le nombre de données manquantes pour les variables n'excède pas cinq pour chacune d'entre elles et est distribué

aléatoirement à travers les différentes variables. Toutes les analyses statistiques ont été faites à l'aide du logiciel SPSS® version 15.

Conduite avec facultés affaiblies : non-adhérence aux interventions

Marie-Claude Fortin*, Louise Nadeau**, Thomas G. Brown**

*Candidate au doctorat, Université de Montréal, département de Psychologie

** Directrice scientifique du Centre Dollard-Cormier, Institut universitaire sur les dépendances.

Professeure titulaire, département de Psychologie, Université de Montréal

*** Chercheur au Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Montréal, Québec, Canada.
Professeur associé au département de psychiatrie, Université McGill.

Résumé

La récidive constitue le principal risque relié à la conduite avec facultés affaiblies par l'alcool (CFA). Des évaluations ont été mises en place afin d'identifier les contrevenants présentant un risque de récidive et de prendre les mesures d'intervention nécessaires pour rendre leur conduite d'un véhicule sécuritaire. Cet article compare les caractéristiques de contrevenants de la conduite avec facultés affaiblies par l'alcool (CFA) non adhérents (n = 55) aux interventions obligatoires à celles des contrevenants adhérents (n = 70) selon les mesures suivantes : consommation alcool-drogues, comportements de conducteur, fonctionnement psychosocial (IGT), tableau psychopathologique (MCMI-III). Les contrevenants sont également comparés, aux mesures de l'IGT et du MCMI-III, à des échantillons cliniques (n = 851 et 255) afin d'estimer leurs difficultés sur le plan du fonctionnement psychosocial et psychopathologique. Résultats: comparé au groupe des adhérents, le groupe des non-adhérents a des revenus inférieurs, plus de condamnation pour CFA, un taux de dépendance à la cocaïne plus élevé, plus de problèmes liés à l'emploi et aux ressources ainsi qu'un plus grand nombre de caractéristiques antisociales. Comparés aux échantillons toxicomanes, le groupe des non-adhérents s'avère avoir significativement plus de problèmes liés aux sphères médicales ainsi que emploi et ressources alors qu'il en a moins aux sphères alcool, drogue, légale, familiale et interpersonnelle ainsi que psychologique. Le groupe des non-adhérents présente moins de psychopathologies que l'échantillon clinique. Ces résultats suggèrent l'influence de facteurs individuels et contextuels sur l'adhérence au traitement de ces contrevenants et font état de la désinsertion sociale du groupe des non-adhérents.

Mots-clés : conduite avec facultés affaiblies, CFA, adhérence au traitement, toxicomanie, évaluation, alcool, fonctionnement psychosocial, psychopathologie.

La prévention de la récidive est une des préoccupations principales des décideurs en matière de conduite avec facultés affaiblies par l'alcool (CFA). Plusieurs stratégies ont été mises en place afin de réaliser cet objectif et de diminuer les risques de récidive suite à une première condamnation. L'une de ces stratégies consiste en la mise sur pied de programmes d'intervention obligatoires (PIO). Les PIO ont pour objectif d'identifier, parmi les contrevenants, lesquels sont à risque de reprendre le volant avec les facultés affaiblies. L'exigence d'adhérer à ces mesures pour la réobtention du permis atteste de la volonté de l'État d'enlever les conducteurs dangereux des routes et de les engager dans un processus de changement sans pénaliser à l'excès ceux qui ne représentent pas un tel danger. Cependant, l'adhésion à ces mesures représente des coûts et des contraintes importantes pour les contrevenants.

L'efficacité des PIO a été démontrée : plusieurs études font état de leurs bénéfices auprès des contrevenants et observent une diminution du taux de récidive (DeYoung, 1997; Lapham, Kapitula, C' De Baca et McMillan, 2006 ; Wells-Parker, Bangert-Drowns, McMillen et Williams, 1995). Cependant, force nous est de constater que la participation aux PIO est une condition essentielle à l'efficacité de ces stratégies. Constatant ce facteur-clé, cet article tente d'établir des distinctions entre les conducteurs condamnés pour CFA qui n'adhèrent pas aux PIO et les contrevenants adhérents à ces mesures.

Dans la plupart des juridictions, les taux de participation aux PIO sont très faibles. Entre 1997 et 2002, au Québec, on a observé que plus de 50 % des contrevenants n'ont pas adhéré aux PIO pour la réobtention de leur permis (Brown, Nadeau, Lageix, Lepage, Tremblay et Seraganian, 2002). Aux États-Unis, les taux d'adhérence des contrevenants aux interventions sont également problématiques (Lapham, Skipper, Hunt et Chang, 2000; Siegal, Falck, Carlson, Rapp, Wang et Cole, 2000). Conséquemment, plusieurs contrevenants ne recouvrent pas leur permis de conduire (Voas, Fell, McKnight et Sweedler, 2004). La non-adhérence ainsi que les longs délais précédant la participation aux PIO augmentent les risques de non-réobtention du permis (Suggett, 2007). Ces comportements sont liés à la conduite sans permis, un comportement dont on sait qu'il est associé à une probabilité plus élevée d'accidents (Nochajski, Stasiewicz, 2006; Suggett, 2007).

La documentation portant spécifiquement sur les caractéristiques des contrevenants non adhérents est peu abondante. Cette situation peut être en partie expliquée par le fait que plusieurs études procèdent à leur recrutement auprès de participants aux PIO (C' de Baca, Lapham, Paine, Skipper, 2000; Rootman, Mann, Ferris, Chalin, Adlaf, Shuggi, 2005; Wells-Parker et coll., 1995). Cet état des lieux entretient notre manque de connaissance au sujet des non-adhérents. Dans la documentation existante, les non-adhérents ont été comparés

aux adhérents selon leurs caractéristiques sociodémographiques, leur dossier de conduite et criminel (Lapham et coll., 2006 ; Peck, Arstein-Kerslake, Helander, 1994) ainsi que leur consommation d'alcool et de drogues (Rootman et coll., 2005 ; Wells-Parker et coll., 1995). Les résultats convergent et indiquent que les non-adhérents vivent des difficultés plus importantes dans différentes sphères de vie. Ces difficultés apparaissent à première vue comparables aux problèmes retrouvés chez les dépendants aux substances: faible niveau socio-économique, consommation abusive, problèmes avec la justice, réseau social restreint. Cependant, aucune étude à ce jour n'a comparé les non-adhérents à des échantillons cliniques.

Avec l'échantillon de cette étude, notre équipe a publié un article qui a comparé les non-adhérents aux adhérents à partir de mesures neuropsychologiques. Les résultats font état de performances cognitives plus pauvres chez le groupe des non-adhérents dans les sphères des habiletés visuospatiales, de la rapidité et la flexibilité cognitive (Brown et coll., 2008). Or, ces déficits cognitifs rendent plus ardues l'acquisition de nouveaux comportements, la modification des habitudes de vie et sont associés à une faible adhérence au traitement dans les populations ayant des troubles liés aux substances (Stilley, Sereika, Muldoon, Ryan, Dunbar-Jacob, 2004). En outre, le groupe des non-adhérents de cette étude a une proportion plus importante de récidivistes que le groupe des adhérents. L'ensemble de ces résultats permettent de faire l'hypothèse que les non-

adhérents présentent un tableau clinique plus lourd que celui des adhérents et portent à croire que plusieurs facteurs, souvent en interaction, augmentent le risque de récurrence.

Ces résultats suggèrent qu'il est nécessaire d'avoir un portrait plus complet des non-adhérents relativement à la consommation d'alcool, au dossier de conducteur de même que différentes mesures de leur fonctionnement psychosocial. Entre autre, la comparaison avec des échantillons cliniques alcoolodépendants et toxicomanes permettrait d'avoir un repère pour mieux caractériser les non-adhérents. Il serait en effet utile de déterminer si les non-adhérents présentent des problèmes de même nature ou de même intensité que les échantillons cliniques afin d'éclairer nos pratiques auprès de cette population de conducteurs.

Cet article s'intéresse aux différentes dimensions qui composent le tableau psychosocial des contrevenants de la CFA qui n'adhèrent pas aux PIO. Le premier objectif vise à dégager des distinctions entre les contrevenants non adhérents et les adhérents afin d'identifier les caractéristiques associées à la non-adhérence. Les groupes seront ainsi comparés selon leurs caractéristiques de conducteur, leur consommation d'alcool ou drogues et des mesures de fonctionnement psychosocial et psychopathologique. Selon notre hypothèse, comparés aux contrevenants adhérents aux PIO, les contrevenants non

adhérents auront un fonctionnement psychosocial plus pauvre, c.-à-d. que non seulement ils auront plus de problèmes de consommation et un dossier de conduite plus chargé mais plus de problèmes de fonctionnement dans différentes sphères de vie ainsi que des psychopathologies plus nombreuses. Le second objectif vise à déterminer si, à partir de l'évaluation du fonctionnement psychosocial global et psychopathologique, il est possible d'identifier des facteurs de risque prédictifs de la non-adhérence. Selon notre hypothèse, un pauvre fonctionnement psychosocial et psychopathologique prédira la non-adhérence. Finalement, le dernier objectif a pour but de comparer les échantillons des non-adhérents et d'adhérents à des échantillons québécois de toxicomanes en centre de traitement afin d'établir le degré de similitude entre chacun des groupes de contrevenants et les échantillons cliniques. Selon notre hypothèse, les contrevenants non adhérents auront des résultats semblables aux mesures de fonctionnement psychosocial et psychopathologique aux échantillons cliniques alors que les contrevenants adhérents présenteront un tableau moins problématique à ces mesures que les échantillons cliniques.

Méthode

Participants

Les participants proviennent d'une étude biopsychosociale sur les contrevenants de la CFA faite au Centre de recherche de l'Hôpital Douglas (Brown et coll., 2008; Brown et coll., 2005; Ouimet et coll., 2007). Les critères

d'inclusion sont les suivants : être âgé de 18 ans ou plus, demeurer dans un rayon de 50 km de Montréal et avoir été condamné pour CFA à au moins une reprise au cours des dix dernières années. Trois sources de recrutement sont utilisées: (1) une annonce par les journaux locaux (n = 5); (2) le bouche à oreille (n = 4); (3) l'envoi d'une lettre d'invitation (n = 116) fait à la suite d'une recherche dans la base administrative de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) – l'organisme responsable de l'immatriculation automobile au Québec, qui a sélectionné des contrevenants. L'indépendance complète entre la SAAQ et l'équipe de recherche est clairement explicitée aux volontaires dans la lettre envoyée et lors de leur appel au centre de recherche. Une compensation financière de 160 \$ (102 €) est donnée suite à leur participation.

L'échantillon recruté comprend 183 femmes et hommes. Cinquante-huit contrevenants ont été exclus des analyses. Il s'agit tout d'abord de 11 sujets pilotes et un participant qui n'était pas en mesure de compléter le protocole pour cause de somnolence. Quarante-six autres participants n'ont pas été retenus parce que: 1) ils étaient sous le coup d'une révocation de permis durant laquelle ils n'étaient pas éligibles à un PIO (n = 9); 2) au moment de leur condamnation, les PIO n'étaient pas encore en vigueur dans leur juridiction (n = 15); 3) ils n'ont pas eu à participer à un PIO pour différentes raisons (n = 22). L'échantillon final est composé de 125 contrevenants. Les comparaisons descriptives entre les exclus et l'échantillon final sur la base des caractéristiques

sociodémographiques (âge, niveau de scolarité et genre) révèlent que les deux groupes sont équivalents sauf que les femmes sont proportionnellement plus nombreuses dans le groupe des inclus. Des comparaisons a posteriori entre le groupe des contrevenants non adhérents (n = 55) et les contrevenants adhérents (n = 70) sont faites.

Deux échantillons de populations cliniques sont inclus : le premier comprend 851 personnes ayant des troubles liés aux substances en traitement au centre Domrémy-Montréal entre 1994 et 1995 (Bergeron et Landry, 1997). Le second comprend 255 clients provenant de huit centres de réadaptation en toxicomanie au Québec admis en traitement depuis plus de sept jours (Landry, Nadeau, Brochu et Cournoyer, 1996). Ces deux échantillons sont comparés à ceux des contrevenants et ils sont équivalents en termes d'âge, d'années de scolarité et de statut civil. L'échantillon des contrevenants comprend une proportion significativement plus importante d'hommes que les deux échantillons cliniques.

Procédures

Le projet s'est déroulé d'août 2003 à décembre 2004. Lors de l'arrivée des participants au Centre de recherche, un formulaire de consentement approuvé par le Comité d'éthique de l'Hôpital Douglas et précisant les conditions de participation à l'étude leur est présenté. Le droit au refus ou à l'arrêt de la participation sans encourir quel que préjudice que ce soit concernant le

processus judiciaire et/ou administratif en cours ou futur est garanti. Les participants sont informés qu'ils ne peuvent participer à l'étude s'ils présentent des signes d'intoxication et que, dans un tel cas, on leur proposerait un rendez-vous ultérieur. Ils ont donc été soumis à un test d'ivressomètre au début des entrevues. Par la suite, les tests, questionnaires et entrevues sont administrés par deux assistants de recherche dont la signataire principale de cet article. L'ordre de passation des épreuves est préétabli et est le même pour tous les participants.

Instruments de mesure

Les informations liées à la conduite automobile et le statut d'adhérence sont obtenues à l'aide de données auto-rapportées comprenant: le nombre d'arrestations et de condamnations pour CFA, le statut du permis de conduire et la participation ou non aux PIO pour chaque condamnation. Ces données sont corroborées par les données de la SAAQ.

Le *Questionnaire Mortimer-Filkins* évalue le risque de conduite en état d'ébriété et détecte les problèmes d'alcool spécifiquement chez les contrevenants de la CFA (Mischke et Venneri, 1987). La version utilisée est une traduction faite par notre équipe qui l'a soumise à une technique traduction rétroaction. Un score de 16 ou plus signifie la présence de problèmes de consommation.

Le *Timeline Follow-Back* est une entrevue semi-structurée permettant d'estimer, au cours des 90 derniers jours, le nombre moyen de consommations par semaine et le nombre de jours de consommation risqué (c.-à-d. cinq consommations standard ou plus par jour pour les hommes et trois ou plus pour les femmes) (Fals-Stewart, O'Farrell, Freitas, McFarlin, Rutigliano, 2000).

Le *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) est une entrevue semi-structurée validée dans plusieurs langues dont le français, appuyée par un programme informatique permettant d'obtenir des réponses combinées pour produire des diagnostics répondant aux critères du DSM-IV et de l'ICD-10 (Kessler et coll., 2004). Seules les sections portant sur l'alcool et les drogues sont utilisées afin d'établir la présence ou non d'un diagnostic de dépendance (alcool, cannabis et cocaïne) au cours de la dernière année en plus de l'âge du début de la dépendance à l'alcool.

L'*Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) est un questionnaire auto-administré portant sur la dernière année et identifie les personnes qui ont un pattern de consommation d'alcool qui risque de leur causer des problèmes (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, Monteiro, 2001). La version utilisée est la traduction française de l'OMS. Un score de huit et plus suggère des problèmes liés à la consommation d'alcool.

Le *Drug Abuse Screening Test* (DAST) est un questionnaire auto-administré qui identifie les personnes ayant des problèmes d'abus de drogues (Conley, 2001). La version utilisée est une adaptation de la traduction française

de l'Addiction Research Foundation de l'Ontario. Un score de six ou plus indique un niveau modéré à sévère de problèmes liés aux substances.

L'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) constitue la version française de *l'Addiction Severity Index* (McLellan, Luborsky, Woody, O'Brien, 1980). Il s'agit d'une entrevue semi-structurée adaptée et validée qui mesure la gravité d'un ensemble de problèmes souvent observés chez les personnes souffrant de problèmes d'alcool ou de drogues (Bergeron, Landry, Ishak, Vaugeois et Trépanier, 1992; Bergeron, Landry, Brochu et Guyon, 1998). Sept échelles indépendantes évaluent l'état médical, la situation d'emploi et des ressources, la consommation alcool, de drogues, la situation légale, les relations familiales et sociales ainsi que l'état psychologique. Un score composé calculé pour chacune des échelles offre une estimation du fonctionnement de la personne qui s'exprime sur une échelle de 0 à 10 (légers à graves). Cet instrument a aussi été utilisé pour obtenir les variables sociodémographiques de l'échantillon de contrevenants. La comparaison entre les deux groupes de contrevenants et le premier échantillon clinique sera faite à partir des sept scores composés (moyenne et écart-type) obtenus à l'admission en traitement

Le Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III) est un questionnaire auto-administré validé en français, évaluant les psychopathologies de l'axe I et II du DSM-IV (Millon, Davis, Million, 1997). Il possède 28 échelles ciblant les patterns cliniques de personnalité et les syndromes cliniques. Un seuil clinique de 84 ou plus indique que le trouble correspondant à l'échelle désignée est

considéré proéminent. Les protocoles des contrevenants étant cotés douteux ou invalides par l'instrument ont été enlevés de ces analyses pour un échantillon total de 114 participants (NA = 50, A = 64). La comparaison entre les deux groupes de contrevenants et le second échantillon clinique se fera à partir des pourcentages d'individus ayant atteint le seuil clinique aux échelles mesurant les patterns cliniques de personnalité et les syndromes cliniques.

Analyses

Pour les variables sociodémographiques, psychosociales et de consommation, la comparaison des groupes est faite à l'aide d'un test *t* pour les données continues et d'un χ^2 pour les données catégorielles. Les tests statistiques non paramétriques Mann Whitney *U* et χ^2 sont utilisés lorsque les distributions des variables dévient significativement de la normale et ne peuvent être corrigées par une transformation des données. Pour la comparaison de moyennes entre l'échantillon des non-adhérents et adhérents avec les échantillons cliniques, un test d'hypothèse (ou test *Z*) est effectué sur les données continues. L'analyse de régression logistique *Stepwise likelihood ratio* est utilisée pour tenter de prédire la non-adhérence à partir des variables distinguant le groupe des non-adhérents et celui des adhérents. Le seuil de signification alpha est à $p < 0.05$ pour toutes les analyses. Compte tenu de la nature exploratoire de l'étude, le seuil de signification n'est pas corrigé pour les analyses multiples. En ce sens, un alpha

de $p < 0.10$ est considéré comme une tendance. Le nombre de données manquantes pour les variables n'excèdent pas cinq pour chacune d'entre elles et sont distribuées aléatoirement à travers les différentes variables. Toutes les analyses statistiques sont faites à l'aide du logiciel SPSS® version 15.

Résultats

Comparaisons entre contrevenants non adhérents et adhérents

Comparativement au groupe des adhérents, le groupe des non-adhérents est plus vieux [$t(123) = 3.0, p = .003$], plus souvent non marié ou sans conjoint de fait [$X^2(1) = 3.7, p = .050$] et a des revenus mensuels inférieurs ($U = 1447.5, p = .018$). Le groupe non adhérent tend moins souvent à occuper un emploi [$X^2(1) = 3.1, p = .081$] et rapporte avoir moins travaillé au cours des six derniers mois ($U = 1516.5, p = .043$). Il y a plus de condamnations pour CFA chez le groupe des non-adhérents [$t(123) = 2.5, p = .013$], plus de récidives pour CFA [$X^2(1) = 9.5, p = .002$] et un plus grand nombre de permis de conduire invalides [$X^2(1) = 91.3, p = .000$]. Aussi, le score moyen au Mortimer-Filkins est significativement plus élevé chez le groupe non adhérent [$t(123) = 1.1, p = .003$]. En ce qui a trait aux variables mesurant les problèmes de consommation, la seule différence observée entre les groupes concerne le diagnostic de dépendance à la cocaïne au cours des 12 derniers mois [$X^2(1) = 5.2, p = .023$], plus fréquent chez le groupe des non-adhérents (14 % et 3 %). Le tableau I donne le détail des résultats.

Tableau I. Comparaisons entre les contrevenants non adhérents (n = 55) et les adhérents (n = 70) sur les variables sociodémographiques, de conduite et de consommation (M = moyenne; ÉT = écart-type).

	Non-adhérents M (ÉT) ou %	Adhérents M (ÉT) ou %	<i>p</i>
Sociodémographiques			
Âge	48.0 (11.3)	41.5 (12.5)	*
Hommes	78.2 %	82.9 %	
Mariés ou conjoints de fait	25.5 %	40 %	<i>t</i>
Années de scolarité	12.09 (3.1)	12.7 (3.3)	
Nb mois travaillés (6. mois) temps plein ou partiel	2.76 (2.7)	3.64 (2.76)	*
Occupation [†] (au cours des 6 derniers mois)	73 %	87 %	*
Revenu (mensuel)	\$ 1 470 (932)	1 969 (1 269)	*
	€ 952 (603)	1 274 (821)	
Informations liées à la conduite auto			
Permis de conduire invalide	92.7 %	7.3 %	*
Statu de récidiviste (2 CFA ou +)	81.8 %	55.7 %	*
Nb condamnations CFA	2.8 (1.7)	2.1 (1.5)	*
Mortimer-Filkins (≥ 16=problème consommation)	29.7 (13.9)	22.6 (11.5)	*
Variables de consommation			
Nb moyen consommations/semaine	19.7 (23.6)	14.7 (16)	
Nb jours consommation risquée (90 jours)	25.8 (31.2)	21 (25.9)	
Dépendance alcool (12 derniers mois)	19.6 %	17.2 %	
Dépendance cannabis (12 derniers mois)	5.6 %	8.8 %	
Dépendance cocaïne (12 derniers mois)	14.8 %	3.1 %	*
AUDIT (≥ 8 = consommation problématique)	13 (9.6)	11 (8.6)	
DAST (≥ 6 = problèmes modérés à sévères)	3.0 (4.8)	2.7 (4.2)	
Âge moyen survenue dépendance alcool	19.2 (15.5)	19.9 (17.3)	

* = $p > .05$, *t* (tendance) = $p > .10$

[†] *Occupation* = travail temps plein, partiel ou saisonnier, étudiant, retraité, invalidité ou chômage.

Comme mesure du fonctionnement psychosocial, tout d'abord à la comparaison des groupes à partir des scores composés de l'IGT (Tableau II), la seule différence observée entre le groupe des non-adhérents et celui des adhérents concerne la sphère emploi et ressources [$t(123) = 11.5, p = .000$]. On distingue

également une tendance dans la sphère des relations familiales et sociales ($U = 1580.0, p = .095$) où le score moyen des non-adhérents est inférieur.

Tableau II. Scores composés des sept sphères de l'IGT : Comparaisons entre non adhérents ($n = 55$) et adhérents ($n = 70$).

	Non-adhérents M (SD) ou %	Adhérents M (SD) ou %	p
Sphère médicale	2.6 (3.3)	2.9 (3.4)	**
Sphère emploi et ressources	7.9 (2.0)	3.3 (2.5)	
Sphère alcool	2.5 (2.3)	2.4 (1.9)	t
Sphère drogue	0.5 (1.0)	0.5 (0.8)	
Sphère légale	0.9 (1.5)	0.9 (1.7)	
Sphère relations familiales	2.3 (1.5)	2.5 (1.2)	
Sphère psychologique	1.3 (1.8)	0.9 (1.4)	

** = $p > .01$; t (tendance) = $p > .10$.

Concernant la mesure de psychopathologie tirée du MCMI-III, à l'axe II, la seule différence significative observée entre les deux groupes se situe à l'échelle de personnalité antisociale où la fréquence est 14 % chez les non-adhérents et de 3 % chez les adhérents [$X^2(1) 4.6, p = .033$]. À l'axe I, 44 % du groupe des non-adhérents a des scores atteignant le seuil clinique des différentes échelles comparativement à 25 % chez le groupe des adhérents, cette différence étant significative [$X^2(1) 4.6, p = .033$]. Le score obtenu à l'échelle de l'abus d'alcool est plus élevé chez le groupe des non-adhérents avec 24 % et 9.4 % pour le groupe comparatif [$X^2(1) 4.5, p = .034$]. La fréquence des troubles est présentée par entités diagnostiques selon le MCMI-III, c.-à-d. le pourcentage d'individus ayant atteint le seuil clinique de 84 ou plus pour chaque échelle du MCMI-III est décrit au Tableau III.

Tableau III. Fréquence des troubles selon le MCMI (seuil clinique > 84): Comparaison entre le groupe des non-adhérents (n = 50) et les adhérents (n = 64).

AXE II	Non-adh %	Adh %	P	AXE I	Non-adh %	Adh %	p
Aucun trouble	56	48.4		Aucun trouble	56	75	*
Schizoïde	2	3.1		Anxiété	8	14.1	
Évitant	2	6.3		Somatoforme	2	0	
Dépendant	6	7.8		Hypomanie	2	0	
Histrionique	10	15.5		Dysthymie	4	7.8	
Narcissique	4	7.8		Abus alcool	24	9.4	*
Antisocial	14	3.1	*	Abus drogue	22	10.9	
Compulsif	0	3.1		Trouble pensée	2	1.6	
Passif-agressif	0	6.3		Dépression	6	3.1	
Schizotypique	0	1.6		Idée délirante	2	0	
Limite	4	6.3					
Paranoïde	2	1.6					

* = $p > .05$

Facteurs prédictifs de la non-adhérence

Les prédicteurs de la non-adhérence ont été sélectionnés à partir des variables qui présentaient des différences significatives lors de la comparaison des groupes (Tableaux I à III). Le tableau IV fait état des coefficients de régression, des statistiques Wald, des rapports de cote ainsi que des intervalles de confiance à 95 % pour les variables retenues. Le modèle de prédiction global arrive à classer correctement 88.9 % de l'échantillon, soit 92.5 % des non-adhérents et de 85.9 % des adhérents. Les variables retenues par le modèle qui contribuent à la prédiction de la non-adhérence au-delà de la chance sont le niveau de fonctionnement global de la sphère emploi et ressources de l'IGT ainsi que le score à l'échelle de personnalité antisociale du MCMI-III [$X^2(1) 80.9, p = .000$, Nagelkerke $R^2 = .66$].

Tableau IV. Résultats à la régression logistique *Stepwise LR* pour la prédiction de la non-adhérence.

	B	Wald	P	Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95 %	
					Bas	Élevé
IGT- Sphère emploi	1.474	28.98.	**	4.2	2.5	6.9
MCMi - TP antisocial	2.753	4.352	*	15.7	1.2	208.5

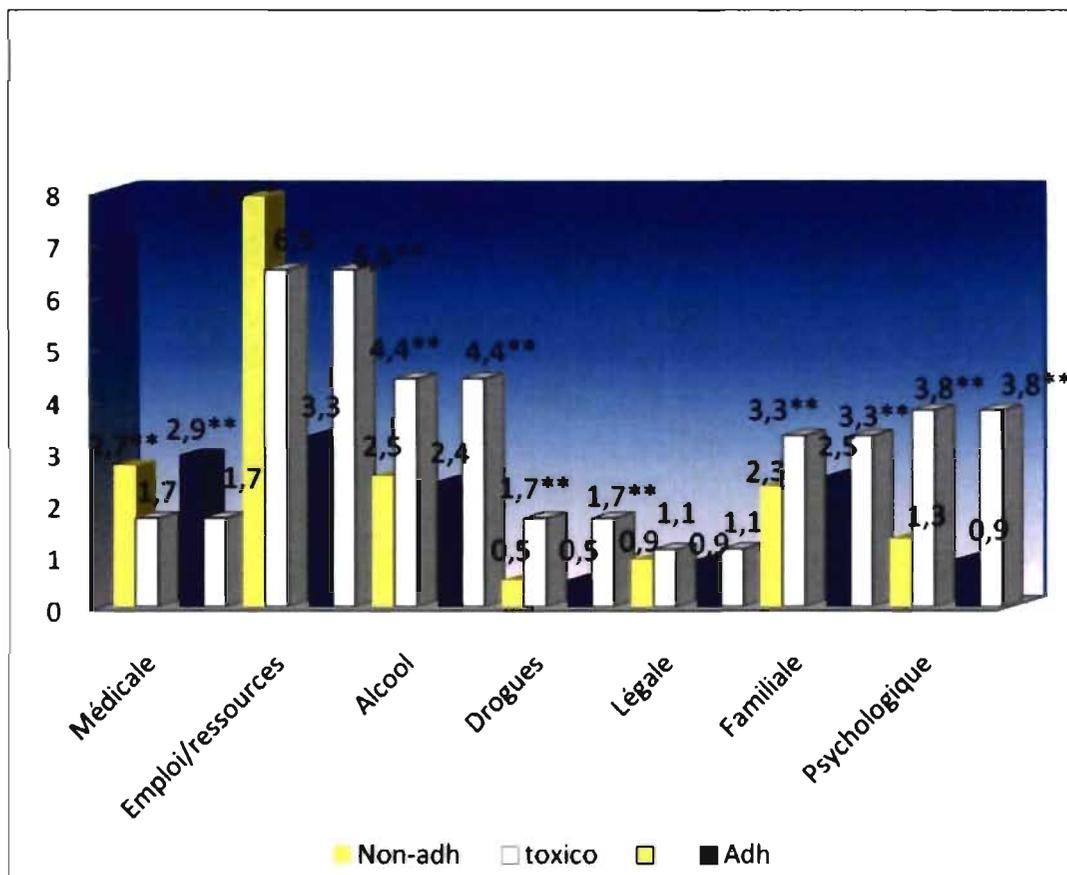
* = $p > .05$; ** = $p > .01$.

Comparaisons des deux groupes de contrevenants avec les deux échantillons cliniques

Les comparaisons entre le groupe des non-adhérents et le premier échantillon clinique concernent tout d'abord le fonctionnement psychosocial à partir des résultats moyens (scores composés) aux sept sphères de l'IGT (Graphique 1). Le groupe des contrevenants non adhérents a des scores supérieurs à l'échantillon clinique dans la sphère médicale [$t(904) = 2., p = .010$] et dans la sphère emploi et ressources [$t(904) = 3.0, p = .003$] alors que leurs scores sont significativement inférieurs pour les sphères alcool [$t(904) = 4.8, p = .000$], drogue [$t(904) = 3.3, p = .001$], familiale et sociale [$t(904) = 3.0, p = .002$] ainsi que psychologique [$t(904) = 9.0, p = .000$], les deux groupes étant comparables à la sphère légale. Les comparaisons à l'IGT entre le groupe des contrevenants adhérents et celui de l'échantillon clinique révèlent quant à elles des différences entre les deux groupes où l'échantillon clinique a des scores plus élevés pour cinq des sept scores composés : emploi et ressources [$t(919) = 7.7, p = .000$], alcool [$t(919) = 5.7, p = .000$], drogue [$t(919) = 3.7, p = .000$], familiale et sociale

[$t(919) = 2.8, p = .006$] et psychologique [$t(919) = 11.9, p = .000$]. Le groupe des adhérents a plus de problèmes à la sphère médicale [$t(919) = 3.5, p = .000$] et les deux groupes s'équivalent à la sphère légale.

Graphique 1. Niveau de fonctionnement selon les sept sphères de l'IGT: comparaison des contrevenants non adhérents ($n = 50$) et adhérents ($n = 70$) avec le premier échantillon clinique ($n = 851$) (Bergeron et coll., 1997).



* = $p > .05$; ** = $p > .01$.

Lorsqu'on compare la fréquence des troubles de la personnalité probables entre les résultats du groupe des non-adhérents au MCMI-III à ceux du second échantillon clinique, les scores du groupe non adhérent sont majoritairement

moins élevés que ceux de l'échantillon clinique (Tableau V), c.-à-d. qu'il a moins de psychopathologies. En effet, non seulement plus de la moitié (56 %) des non-adhérents n'atteint pas le seuil clinique d'aucun des troubles à l'axe II [$X^2(1) = 53.1$, $p = .000$] et à l'axe I [$X^2(1) = 49.9$, $p = .000$], mais l'échantillon clinique obtient des fréquences significativement plus élevées que les non-adhérents à presque toutes les échelles : schizoïde [$X^2(1) = 20.3$, $p = .000$], évitante [$X^2(1) = 37.6$, $p = .000$], dépendante [$X^2(1) = 37.2$, $p = .000$], passive-agressive [$X^2(1) = 54.2$, $p = .000$], limite [$X^2(1) = 8.2$, $p = .002$] et paranoïde [$X^2(1) = 4.8$, $p = .025$]. Aussi, deux échelles sont considérées comme des tendances (narcissique et schizotypique). Les groupes sont comparables aux échelles mesurant les personnalités histrionique, antisociale et compulsive. À l'axe I, les fréquences sont aussi significativement plus faibles chez le groupe non adhérent (8 échelles sur 10) : anxiété [$X^2(1) = 76.2$, $p = .000$], somatique [$X^2(1) = 12.4$, $p = .000$], hypomanie [$X^2(1) = 6.2$, $p = .013$], dysthymie [$X^2(1) = 38.2$, $p = .000$] et abus alcool [$X^2(1) = 10.6$, $p = .001$]. Les deux groupes ont des fréquences comparables aux trois échelles mesurant les syndromes cliniques liés à l'abus de drogue, au trouble de la pensée, à la dépression clinique et aux idées délirantes.

Tableau V. Fréquence des troubles selon le MCMI-III (seuil clinique 84 ou plus): comparaison des non-adhérents (n = 50) et adhérents (n = 70) avec le second échantillon clinique (n = 255) (Landry, Nadeau et Racine, 1996).

Axe II	NA	Clinique		Adh	Clinique		Axe I	NA	Clinique		Adh	Clinique	
	%	%	<i>p</i>	%	%	<i>p</i>		%	%	<i>p</i>	%	%	<i>p</i>
Schizoïde	2	33	**	3.1	33	**	Anxiété	8	73.3	**	14.1	73.3	**
Évitante	2	49	**	6.3	49	**	Somatisation	2	23.9	**	0	23.9	**
Dépendante	6	53	**	7.8	53	**	Hypomanie	2	14.9	**	0	14.9	**
Histrionique	10	11		15.5	11		Dysthymie	4	51.4	**	7.8	51.4	**
Narcissique	4	13	<i>t</i>	7.8	13		Abus alcool	24	49	**	9.4	49	**
Antisociale	7	13		3.1	13	*	Abus drogue	22	33.3		10.9	33.3	**
Compulsive	0	0	-	3.1	0	-	Trouble pensée	2	7.1		1.6	7.1	<i>t</i>
Passive- agressive	0	57	**	6.3	57	**	Dépression	6	5.9		3.1	5.9	
Schizotypique	0	7	<i>t</i>	1.6	7	<i>t</i>	Idées délirantes	2	6.7		0	6.7	*
Limite	4	21	**	6.3	21								
Paranoïde	1	13	*	1.6	13	**							

* = $p > .05$; ** = $p > .01$; *t* (tendance) = $p > .10$.

Comparé au second échantillon clinique, le groupe des adhérents présente également des fréquences significativement moins élevées aux échelles suivantes du MCMI-III: schizoïde [$X^2(1) = 23.1, p = .000$], évitante [$X^2(1) = 38.9, p = .000$], dépendante [$X^2(1) = 42.3, p = .000$], antisociale [$X^2(1) = 5.1, p = .000$], passive-agressive [$X^2(1) = 52.7, p = .000$] et paranoïde [$X^2(1) = 5.1, p = .025$]. Le résultat à l'échelle schizotypique représente une tendance. Le groupe des adhérents a une fréquence significativement plus élevée à l'échelle compulsive [$X^2(1) = 8.0, p = .004$] alors que les deux groupes sont comparables aux échelles mesurant la personnalité histrionique, narcissique et limite.

Interprétation des résultats

Cette étude possède plusieurs forces : un échantillon rare et difficile à rejoindre, c.-à-d. les contrevenants ne participant pas aux PIO ; l'utilisation de mesures objectives comme le dossier de conduite pour corroborer les données auto-rapportées ; un échantillon comparatif afin de situer notre échantillon, c.-à-d. un échantillon clinique de personnes ayant des troubles liés aux substances en traitement. Cependant, cette recherche comporte également certaines limites. La prédominance de participants masculins d'origine québécoise empêche la généralisation à des populations issues d'un autre groupe culturel ou même exclusivement féminines. Également, la définition opérationnelle du terme contrevenant de la CFA ainsi que celle de non-adhérent est basée sur des dispositions légales et administratives spécifiques au Québec. Il peut être ainsi difficile de généraliser ces résultats à ceux provenant de juridictions significativement différentes du Québec au niveau des lois, des sanctions et des mesures prises auprès de contrevenants de la CFA. Aussi, le statut de non-adhérence tel qu'utilisé dans cette étude ne distingue pas les non-adhérents ayant abandonné le PIO en cours de processus des non-adhérents n'ayant entamé aucune procédure. Ces distinctions dans la définition pourraient mener à une meilleure précision dans l'identification des facteurs explicatifs de la non-adhérence. Ce terme ne distingue pas non plus la non-adhérence chez les contrevenants primaires des récidivistes bien que les coûts du programme pour

souvent non marié et occupe moins souvent un emploi; la fréquence de leurs contacts étant faible, les occasions d'avoir des conflits sont minimales, leur isolement social n'étant pas pris en compte par l'instrument. Du point de vue psychopathologique, la fréquence des troubles observée est équivalente entre les groupes à toutes les mesures, exceptées aux échelles liées à la personnalité antisociale et l'abus d'alcool où les contrevenants du groupe non adhérent sont les plus nombreux à atteindre le seuil clinique de 84 ou plus. Le groupe non adhérent semble avoir plus de besoins et ces besoins semblent plus variés en matière d'intervention que pour le groupe adhérent. Ainsi, les non-adhérents se démarquent des adhérents sur certaines variables. Leur délinquance marquée au volant, leurs problèmes d'emplois et financiers ainsi que leur consommation de cocaïne peuvent être associés à un style de vie antisocial. La non-adhérence ne semble pas liée à une question de dépendance à l'alcool mais plutôt à des facteurs de désinsertion sociale.

Ces résultats permettent de mieux connaître le groupe des non-adhérents et d'émettre des hypothèses explicatives au faible taux d'adhérence. Le groupe des contrevenants non adhérents est en moyenne plus âgé (48 ans) que le groupe adhérent ainsi que des populations de récidivistes de la documentation scientifique (entre 25 et 35 ans) (Beirness, Mayhew, Wilson, 1997; Bergeron, Thiffault, Brochu, Nadeau, 2002; Centre canadien de la statistique juridique, 2003). Puisque le groupe des non-adhérents a aussi plus de condamnations pour

les récidivistes soient plus élevés et les démarches plus longues, ce qui pourrait influencer la décision d'adhérer ou non aux interventions. De plus, sur le plan de la généralisation de résultats, puisqu'il s'agit d'une population montréalaise, la disponibilité du transport en commun à Montréal peut influencer la décision de ne pas renouveler son permis. Il faudrait comparer cette population à d'autres provenant de régions moins bien desservies par le transport en commun et vérifier l'impact de ce facteur dans le choix que font les contrevenants de ne pas participer aux PIO.

En faisant un retour sur les résultats obtenus dans cette étude, on observe que les comparaisons entre les groupes non adhérent et adhérent corroborent la première hypothèse. Le premier groupe est plus problématique que le second sur le plan de la conduite automobile puisqu'on y retrouve un plus grand nombre de récidivistes et des scores supérieurs au questionnaire Mortimer-Filkins indiquant des risques élevés de CFA. Le groupe non adhérent se démarque également par un taux significativement plus élevé de dépendance à la cocaïne au cours des 12 derniers mois (14 % et 3 %). Les deux groupes sont similaires à cinq échelles de l'IGT. À la sphère emploi et ressources, la gravité des problèmes chez le groupe des non-adhérents est nettement plus élevée. Une tendance est observée à la sphère des relations familiales et sociales où il s'agit du groupe des adhérents qui a des problèmes plus importants, ce qui est contraire à notre hypothèse. De fait, le groupe des non-adhérents est plus

CFA, il est possible qu'avec l'expérience, ces conducteurs constatent leur incapacité à ne pas conduire après avoir consommé de l'alcool et ne tentent pas de réobtenir leur permis. D'ailleurs, Brown et ses collaborateurs (2008) ont interrogé 37 de ces contrevenants sur les raisons de leur non-adhérance et révèlent que 30 % n'adhèrent pas parce qu'ils ne veulent ou ne peuvent pas modifier leur consommation d'alcool. De plus, la réobtention du permis peut ne pas être considérée comme une nécessité puisque plusieurs n'occupent pas d'emploi.

Également, considérant les coûts associés à une récidive en matière de CFA chiffrés à 7 500 \$ (4 947 €) (De Koninck, 2007) et que le groupe non adhérent a un revenu mensuel moyen de moins de 1 500 \$ (989 €), on peut comprendre que ces contrevenants n'aient pas les moyens de payer les coûts associés aux PIO. Ce revenu moyen se situe sous le seuil du niveau de faible revenu pour une personne vivant seule établi par Statistique Canada (Morin, 2006). De plus, compte tenu de la consommation régulière de cocaïne pour certains et des coûts de cette substance dans les rues de Montréal qui se situent entre 60 \$ et 100 \$ (39 € et 65 €) le gramme, soit entre 15 \$ et 20 \$ (9 € et 13 €) le quart de gramme (Schneeberger, 2000), cette consommation de drogue dépasse largement leurs moyens et les appauvrit d'avantage. À cela s'ajoute, les effets psychophysiologiques de la cocaïne, tout d'abord euphorisants mais succédés par des symptômes dépressifs. Le découragement occasionné par cet état peut

rendre l'individu incapable de prendre des décisions et le mener ainsi à la non-adhérance.

La seconde question de recherche tentait de prédire la non-adhérance à partir des caractéristiques du fonctionnement psychosocial et psychopathologique. Deux variables contribuent à prédire la non-adhérance mieux que le hasard. Le risque d'être non-adhèrent est multiplié de 4.2 pour chaque deux points obtenus au score composé de la sphère emploi et ressources de l'IGT et de près de 15.7 fois plus lorsque le seuil clinique de l'échelle de personnalité antisociale du MCMI-III est atteint. L'intervalle de confiance associée à ce dernier facteur est cependant très étendu et rend difficile l'extrapolation de ces résultats à toute la population des non-adhérents. Ce modèle de prédiction, où l'emploi et la personnalité antisociale sont deux variables robustes, catégorise correctement près de 89 % des contrevenants de notre échantillon et classe avec exactitude 92.5 % des non-adhérents et 85.9 % des adhérents. Il permet d'argumenter en faveur de la faisabilité d'identifier des conducteurs à risque de non-adhérance aux PIO et donne des pistes pour des recherches futures. Par exemple, ce modèle de prédiction pourrait être raffiné par une étude prospective et un échantillon plus grand. De plus, les variables spécifiques aux difficultés d'emploi et ressources devraient être précisées.

Les comparaisons avec les échantillons de dépendants aux substances corroborent partiellement notre troisième hypothèse. Aux sept sphères évaluées de l'IGT, on constate que cet instrument, conçu pour évaluer des comportements caractéristiques des personnes admises en traitement pour abus de substances, distingue le groupe des contrevenants non adhérents du premier échantillon clinique. Le groupe des non-adhérents présente des problèmes plus importants dans la sphère médicale ainsi qu'à celle de l'emploi et des ressources, mais l'échantillon clinique est plus problématique dans les autres sphères : alcool, drogues, relations familiales et sociales et psychologique. Le groupe des adhérents, lorsque comparés au premier échantillon clinique a, quant à lui, moins de problèmes à cinq des sept sphères liées au fonctionnement psychosocial. Il s'est avéré avoir aussi plus de problèmes dans la sphère médicale que l'échantillon clinique et les groupes sont semblables à la sphère légale.

Dans une perspective d'intervention, les deux groupes de contrevenants ne peuvent être assimilés à des personnes qui viennent en traitement pour une dépendance aux substances. Les adhérents semblent effectivement moins problématiques que les non-adhérents d'un point de vue psychosocial. Les non-adhérents ont plutôt besoin d'aide pour être guidés vers les structures de soins et les ressources favorisant leur entrée sur le marché du travail ou, s'ils ne peuvent travailler, pour leur permettre d'accéder aux ressources afin de leur

assurer un revenu pour subvenir à leurs besoins. Leur traitement ne doit pas être uniquement axé sur leur consommation d'alcool. De plus, comme les non-adhérents de cet échantillon présentent des niveaux similaires de dépression à ceux de l'échantillon clinique, cette dimension doit être prise en compte puisqu'elle peut influencer la motivation à participer aux traitements et à profiter.

Lorsque comparé au second échantillon clinique, le tableau des troubles de la personnalité est moins lourd chez les deux groupes de contrevenants même si le groupe non-adhérent a un profil plus problématique que celui des adhérents. Par contre, les similarités entre le groupe des non-adhérents et l'échantillon clinique aux échelles de la personnalité antisociale et d'abus de drogue retiennent notre attention. La problématique principale n'apparaît pas être un tableau typique de dépendance à l'alcool mais plutôt antisocial dans lequel l'abus d'alcool ou de drogue peut parfois jouer un rôle désinhibiteur. Ce tableau antisocial pourrait expliquer l'incapacité de ces contrevenants à se voir responsable du bien commun et de la sécurité routière et peut les amener à ne pas considérer comme un devoir de modifier leur comportement de conduite en lien avec l'alcool et, ainsi, refuser d'adhérer aux PIO ou même de conduire sans permis. Les interventions doivent tenir compte de leur désintérêt envers le bien commun.

L'intervention motivationnelle pourrait être une des façons d'augmenter leur motivation intrinsèque au changement. Cette approche utilise une méthode de communication directive et centrée-sur-le-client, qui vise à aider l'individu à prendre une décision et à trouver sa motivation pour modifier un comportement problématique par l'exploration et la résolution de l'ambivalence (Miller et Rollnick, 2001). D'ailleurs, les résultats préliminaires d'une étude faite auprès de contrevenants non adhérents indiquent que cette technique semble favoriser leur adhérence aux interventions sur une période de suivi de six mois (Chanut, Brown, Dongier, 2005).

Le profil clinique du groupe des non-adhérents ressemble moins à celui de la clientèle toxicomane où les problèmes de consommation et de santé mentale sont surreprésentés mais plutôt à un profil antisocial caractérisé par un non-respect pour les normes sociales et les sanctions ainsi que d'une désinsertion sociale les maintenant dans une situation de vie précaire à plusieurs niveaux (problèmes d'emploi, isolement et désengagement social). Compte tenu que les mesures privilégiées auprès des contrevenants de la CFA ont à la fois une visée thérapeutique et punitive, on peut comprendre que, pour cette proportion de la population moins nantie, plutôt antisociale, ayant eu son lot de problèmes sociaux en plus de ceux avec la justice, un programme d'intervention ayant pour but de les "aider" ne soit pas vu comme une opportunité d'avoir un avenir meilleur.

Remerciements

Le premier auteur a été soutenu par la bourse du Ministère des Transports des Fonds québécois de recherche sur la société et la culture. Les auteurs tiennent également à remercier la Société de l'assurance automobile du Québec ainsi que la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes pour leur collaboration.

Bibliographie

- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. et Monteiro, M. G. (2001). *The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care*. Organisation Mondiale de la Santé: WHO/MSD/MSB/01.6a.
- Beirness, D.J., Mayhew, D.R. et Wilson, J. (1997). *DWI repeat offenders: a review and synthesis of the literature*. Santé Canada.
- 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, Recherche et Intervention sur les Substances Psychoactives - Québec.
- Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S. et Guyon, L. (1998). *Les études psychométriques autour de l'ASI/IGT*. Québec. Les Presses de l'Université, Laval.
- Bergeron, J., Landry, M., Ishak, A., Vaugeois, P., Trépanier, M. (1992). *Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool: L'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT)*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Bergeron, J., Thiffault, P., Brochu, S. et Nadeau, L. (2000). *Le profil des récidivistes en matière de conduite avec les facultés affaiblies par l'alcool et leur implication dans les accidents*. Rapport de recherche subventionné par le Programme d'action concerté sur la sécurité routière FCAR/SAAQ/MTQ. Montréal, Québec.
- Brown, T. G., Gianoulakis, C., Tremblay, J., Nadeau, L., Dongier, M., Ng Ying Kin, N. M., Seraganian, P., Ouimet, M.C. (2005). Salivary cortisol: a predictor of

convictions for driving under the influence of alcohol? *Alcohol Alcoholism* 40(5), 474-481

Brown, T. G., Nadeau, L., Lageix, P., Lepage, M., Tremblay, J. et Seraganian, P. (2002). *Non-adherents in mandatory substance abuse evaluation following a DUI offense: Their characteristics and reasons for non-compliance*. Montréal, Canada. Proceedings du 16^{ième} International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety (ICADTS).

Brown, T. G., Ouimet, M. C., Nadeau, L., Lepage, M., Tremblay, J., Dongier, M. Et Ng Ying Kin, N.M.K. (2008). DUI offenders who delay relicensing: a quantitative and qualitative investigation. *Traffic Injury Prevention*, 9, 109-118.

C' de Baca, J., Lapham, S. C. , Paine, S. et Skipper, B. J. (2000). Victim impact panels: who is sentenced to attend? Does attendance affect recidivism of first-time DWI offenders? *Alcohol Clinical Experimental Research*, 24(9), 1420-1426.

Chanut, F., Brown, T.G. et Dongier, M. (2005). Motivational interviewing and clinical psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 715-721.

Centre canadien de la statistique juridique (2003). La conduite avec facultés affaiblies et autres délits de la route, 2002. *Juristat*, 23(9), 22 pages. CS85-002/23-9F. ISBN 0-660-96866-5.

Conley, T. B. (2001). Construct validity of the MAST and AUDIT with multiple offender drunk drivers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20(4): 287-295.

De Koninck, J. M. (2007). *Pour améliorer le bilan routier: Premier rapport de recommandations de la Table québécoise de la sécurité routière*. Table québécoise de la sécurité routière.

DeYoung, D. J. (1997). An evaluation of the effectiveness of alcohol treatment, driver license actions and jail terms in reducing drunk driving recidivism in California. *Addiction*, 92(8), 989-997.

- Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. J., Freitas, T.T., McFarlin, S.K. et Rutigliano, P. (2000). The timeline followback reports of psychoactive substance use by drug-abusing patients: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(1), 134-144.
- Fortin, M. C. et Nadeau, L. (soumis). Obstacles à la prédiction : récurrence de la conduite sous influence d'alcool. *Revue française d'alcoologie*.
- Guyon, L. et Landry, M. (1996). L'abus de substance psychoactives, un problème parmi d'autres ? Portrait d'une population en traitement. *Revue internationale des Toxicomanies*, 1(1), 61-81.
- Kairouz, S., Nadeau, L. et Siou, G.L. (2005). Area variations in the prevalence of substance use and gambling behaviours and problems in Quebec: a multilevel analysis. *Canadian journal of psychiatry*, 50(10), 591-598.
- Kessler, R. C., Abelson, J., Demler, O., Escobar, J.I., Gibbon, M., Guyer, M.E., Howes, M.J., Jin, R., Vega, W.A., Walters, E.E., Wang, P., Zaslavsky, A. et Zheng, H. (2004). Clinical calibration of DSM-IV diagnoses in the World Mental Health (WMH) version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (WMHCIDI). *International journal of methods in psychiatric research*, 13(2), 122-139.
- Landry, M., Nadeau, L. et Racine, S. (1996). *Prévalence des troubles de la personnalité dans la population toxicomane du Québec*. Montréal, Recherche et Intervention sur les Substances Psychoactives – Québec.
- Lapham, S. C., Kapitula, L. R., C'De Baca, J. et McMillan, G. P. (2006). Impaired-driving recidivism among repeat offenders following an intensive court-based intervention. *Accident analysis and prevention*, 38, 162-169.
- Lapham, S. C., Skipper, B. J., Hunt, W. C. et Chang, I. (2000). Do risk factors for re-arrest differ for female and male drunk-driving offenders? *Alcohol Clinical and Experimental Research*, 24(11), 1647-1655.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The

- Addiction Severity Index. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 168(1), 26.
- Miller, W. R., Baca, C., Compton, W.M., Ernst, D., Manuel, J.K., Pringle, B., Schermer, C.R., Weiss, R.D., Willenbring, M.L. et Zweben, A. (2006). Addressing substance abuse in health care settings. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 30(2), 292-302.
- Millon, T., Davis, R. et Millon, C. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III: Manual* (2ième édition). Minneapolis, MN.
- Ministère de la Justice (2008). *Combattre la conduite avec facultés affaiblies*. Gouvernement du Canada. http://www.justice.gc.ca/fra/nouv-news/cp-nr/2008/doc_32252.html
- Mischke, H. D. et Venneri, R.L. (1987). Reliability and validity of the MAST, Mortimer-Filkins Questionnaire and CAGE in DWI assessment. *Journal of studies on alcohol*, 48(5), 492-501.
- Morin, A. (2006). *Recueil statistique sur la pauvreté et les inégalités socioéconomiques au Québec*. Institut de la statistique du Québec, Québec.
- Nochajski, T.H. et Stasiewicz, P.R. (2006). Relapse to driving under influence: A review. *Clinical psychology review*, 26, 179-195.
- Ouimet, M.C., Brown, T.G., Nadeau, L., Pelletier, M., Couture, S., Tremblay, J., Dongier, M. et Ng Ying Kin, N.M.K (2007). Neurocognitive characteristics of DUI recidivists. *Accident Analysis and Prevention*, 39, 743-750.
- Peck, R.C., Arstein-Kerslake, G.W. et Helander, C.J. (1994). Psychometric and biographical correlates of drunk-driving recidivism and treatment program compliance. *Journal of Studies on Alcohol*, 55(6), 667-678.
- Rootman, D.B., Mann, R. E., Ferris, L.E., Chalin, C., Adlaf, E. et Shuggi, R. (2005). Predictors of completion status in a remedial program for male convicted drinking drivers. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 66(3), 423-427.
- Schneeberger, P. (2000). *Portraits des consommateurs de cocaïne au Québec*. Comité Permanent de Lutte à la toxicomanie. Montréal.

- Siegal, H. A., Falck, R. S., Carlson, R. G., Rapp, R. C., Wang, J. et Cole, P. A. (2000). *The hardcore drunk driving offender*. Stockholm, Suède, Actes de congrès de la 15^{ième} conférence de l'ICADTS.
- Société de l'assurance automobile du Québec. (2008). *s sévère pour prévenir la récidive*. Québec. Gouvernement du Québec
http://www.saaq.gouv.qc.ca/permis/en_route/alcool/index.php.
- Société de l'assurance automobile du Québec. (2008). *Sécurité routière – Changements majeurs*. Gouvernement du Québec.
http://www.saaq.gouv.qc.ca/prevention/changements_majeurs/index.ph
- p
- Stilley, C. S., Sereika, S., Muldoon, M.F., Ryan, C.M. et Dunbar-Jacob, J. (2004). Psychological and cognitive function: predictors of adherence with cholesterol lowering treatment. *Annals of Behavioral Medicine*, 27(2), 117-124.
- Suggett, J. (2007). *Fatal and injury crashes among unlicensed drivers in Ontario, Canada*. Seattle, Washington. Actes de congrès de la 18^{ième} conférence de l'ICADTS.
- Voas, R.B., Fell, J.C., McKnight, A.S. et Sweedler, B.M. (2004). Controlling impaired driving through vehicle programs: an overview. *Traffic injury prevention*, 5(3), 292-298.
- Wells-Parker, E., Bangert-Drowns, R., McMillen, R. et Williams, M. (1995). Final results from a meta-analysis of remedial interventions with drink/drive offenders. *Addiction*, 90(7), 907-926.

CONCLUSION

Retour sur les résultats

La première hypothèse de cette thèse qui supposait que la non-adhérence était associée à des problèmes de fonctionnement dans différentes sphères de vie (dossier de conduite, consommation alcool et drogue, fonctionnent psychosocial et psychopathologique) s'est vue confirmée par les résultats. Les résultats indiquent que les non-adhérents de cette étude sont plus à risque de récidive et font partie d'une classe sociale à faible niveau socioéconomique caractérisée par des problèmes de fonctionnement dans la sphère reliée à l'emploi et aux ressources financières. De plus, plusieurs participants de ce groupe ont présenté une dépendance à la cocaïne au cours des 12 derniers mois. En ce qui a trait à la psychopathologie, les deux groupes de contrevenants présentent des scores équivalents, hormis aux échelles du trouble de personnalité antisociale et d'abus de drogue où le groupe des non-adhérents est plus problématique. Ainsi, les non-adhérents se démarquent des adhérents sur certaines variables spécifiques : leur délinquance marquée au volant, leurs problèmes d'emplois et financiers ainsi que leur consommation de cocaïne semblent faire partie d'un mode de vie antisocial. La non-adhérence apparaît ici ne pas nécessairement découler d'une vie marquée par la dépendance à l'alcool mais plutôt par la désinsertion sociale.

La seconde hypothèse visait à prédire la non-adhérence à partir de caractéristiques liées au fonctionnement psychosocial et psychopathologique. Le modèle obtenu souligne également l'importance du fonctionnement relié à l'emploi et aux ressources ainsi que les caractéristiques antisociales. Ces facteurs s'avèrent prédire la non-adhérence aux PIO dans cet échantillon spécifique. Somme toute, ces résultats mettent encore en évidence le peu de ressources personnelles et économiques des non-adhérents ainsi que leur retrait social.

Bien que, comme on s'y attendait, les problèmes d'alcool ne soient pas un des éléments majeurs prédisant la non-adhérence, il est tout de même important de préciser que le tableau clinique de l'année qui précède la cueillette des données fait état de taux élevés de dépendance à l'alcool chez le groupe des non-adhérents et des adhérents (19.7 % et 14.7 %) comparativement à celui de la population québécoise (1.9 % - Kairouz, Nadeau et Siou, 2005). Les deux groupes ont cependant moins de problèmes de dépendance que les échantillons cliniques de patients ayant des troubles liés aux substances. De plus, l'âge moyen du début des problèmes de dépendance à l'alcool chez les non-adhérents et les adhérents se situe sous les 20 ans (ce qui va à l'encontre de la croyance populaire que l'alcoolisme ne s'installe pas avant la trentaine). Malgré le fait que la consommation des non-adhérents ne les distingue pas des adhérents, l'ampleur de leurs problèmes d'alcool est non négligeable et doit être prise en compte dans le tableau clinique général des non-adhérents puisque les

intoxications à l'alcool demeurent une constante dans la conduite sous influence d'alcool.

La troisième hypothèse supposait que les non-adhérents auraient des résultats semblables aux mesures de fonctionnement psychosocial et psychopathologique aux deux échantillons cliniques de personnes en traitement pour troubles liés aux substances alors que les adhérents présenteraient un tableau moins problématique pour les mêmes comparaisons. Les contrevenants de cette étude, tant non-adhérents qu'adhérents, s'avèrent avoir moins de problèmes que le premier échantillon clinique dans la plupart des sphères de vie évaluées, excepté à la sphère médicale où les groupes des non-adhérents et des adhérents s'avèrent avoir plus de problèmes avec leur état de santé que l'échantillon clinique. À la sphère de l'emploi et ressources, le groupe des non-adhérents se révèle être le groupe qui a significativement le plus de difficultés associées à cette sphère. Encore ici, la particularité première du groupe des non-adhérents concerne les problèmes de fonctionnement dans la sphère emploi. Les interventions doivent considérer les difficultés économiques de ces personnes ainsi que leurs problèmes à occuper un emploi. Leur pauvreté peut influencer fortement leur décision de ne pas adhérer aux PIO, ce qui a pour conséquences que les risques qu'ils reprennent le volant en état d'ébriété demeurent non traités.

Lorsque comparés au second échantillon clinique, les deux groupes de contrevenants ont un tableau clinique moins problématique. Le groupe des non-adhérents est similaire à l'échantillon clinique en ce qui a trait aux caractéristiques antisociales, à l'abus de drogue et à la dépression. Pour ce qui est de la dépression, le groupe des non-adhérents a un taux équivalent à l'échantillon clinique dont le taux de dépression est le double de celui du groupe des adhérents malgré que cette différence ne soit pas significative. Les contrevenants, tant non adhérents qu'adhérents, sont donc distincts des échantillons cliniques, particulièrement dans certaines sphères de vie spécifiques à la dépendance aux substances telles que l'intensité des problèmes sur le plan de la dépendance à l'alcool et aux drogues, des relations interpersonnelles et de la santé mentale. Le groupe des non-adhérents a cependant en commun avec l'échantillon clinique un tableau antisocial et fait aussi partie du groupe ayant le plus de problèmes d'emploi et étant le plus pauvre. Un tableau psychosocial peut ainsi être lié à un pronostic défavorable en ce qui a trait à l'adhérence aux interventions chez des contrevenants de la CFA. Deux avenues se dessinent ici en ce qui a trait aux interventions. La première consiste à devoir considérer la situation financière des contrevenants dans l'établissement des coûts des sanctions ainsi que des mesures d'intervention obligatoires afin de ne pas désavantager les plus pauvres. La seconde consiste à

devoir prendre en compte le peu de motivation et d'intérêt pour certains contrevenants, plutôt antisociaux, à modifier leurs comportements liés à l'alcool et la conduite d'un véhicule avec CFA.

Interprétation et généralisation des résultats

Il est important de rappeler que le Code de la sécurité routière du Québec présente une législation claire en ce qui concerne la conduite en état d'ébriété : toute personne condamnée pour CFA doit se soumettre à une évaluation. Or, 50 % des contrevenants n'adhèrent pas aux PIO (Brown et coll., 2002). La présente étude ainsi que les travaux de Brown et son équipe (2008) et d'autres chercheurs (Nochajski et Stasiewicz, 2006; Suggett, 2007) démontrent d'ailleurs que le sous-groupe des non-adhérents représente un risque sur le plan de la sécurité routière tant pour eux-mêmes que pour autrui. Il apparaît pertinent de mieux connaître les coûts sociaux relatifs aux méfaits du sous-groupe des non-adhérents. Parmi les 33 % de décès sur les routes associés à l'alcool, on devrait être en mesure de savoir combien d'entre eux impliquent des contrevenants non-adhérents aux PIO. La SAAQ devrait tenir compte rigoureusement des individus qui récidivent n'ayant pas participé aux PIO afin de mieux estimer l'ampleur de la problématique qu'est la non-adhérence aux interventions dans le champs de la CFA.

Considérant l'importance des taux de non-adhérence chez les contrevenants de la CFA, il est possible de s'interroger quant à l'efficacité réelle des législations mises en place afin de diminuer la récidive liée à l'alcool au volant. Ces législations sont omniprésentes sur le Web ainsi que dans les discours de nos dirigeants et de certaines organisations militantes (ex : Mothers Against Drunk Driving) qui sont en faveur de l'augmentation de la sévérité des sanctions imposées aux contrevenants de la CFA. Ainsi, ces législations qui apparaissent à prime abord rassurantes n'atteignent dans les faits que la moitié des contrevenants qui ne représentent qu'une fraction de la réalité en matière d'alcool au volant. Dans un premier temps, on peut ainsi penser que l'augmentation des mesures punitives n'aura pas nécessairement l'impact escompté, qui est de diminuer les risques de récidive liés à la CFA (Blais et Ouimet, 2005). Dans un second temps, il est possible que ces mesures punitives entretiennent un mirage de sécurité sur les routes qui laisse croire que le problème de la CFA au Québec est sous le contrôle de législations efficaces alors que, dans les faits, elles n'atteignent qu'un contrevenant sur deux.

Au terme de cette étude, d'une part, les non-adhérents apparaissent comme des personnes mal adaptées ayant un fonctionnement social inadéquat. En ce sens, les punitions ne font qu'ajouter à leurs difficultés et posent la question des coûts sociaux associés à la marginalisation des gens défavorisés. Les démarches complexes et onéreuses associées à la CFA augmentent leur inadaptation et leur

déviance par rapport à la norme. Afin d'intervenir sans ajouter aux difficultés des contrevenants les plus démunis, deux solutions peuvent être proposées. La première vise à permettre l'installation d'antidémarrreur selon des coûts proportionnels au revenu de chaque contrevenant. La seconde propose d'établir des critères pour être éligible à un antidémarrreur gratuit basés sur le revenu familial, la capacité à occuper un emploi stable et à payer les frais relatifs à un antidémarrreur. De cette façon, un premier niveau de risque est éliminé. Reste maintenant à favoriser le changement comportemental à long terme et de façon permanente, c.-à-d. lorsque le dispositif sera retiré.

D'autre part, il est possible qu'on soit en face d'un sous-groupe de contrevenants qui conduit sans permis et qui n'a pas l'intention, à court-terme, de faire les démarches pour la réobtention du permis de conduire. La cueillette de donnée, faite dans le cadre de cette étude, d'une durée de six heures, a permis d'établir un rapport de confiance avec les participants et une proportion non négligeable ont révélé conduire sans permis. Certains se sont même présentés au Centre de recherche au volant de leur voiture alors que leur permis était suspendu. Ce non-respect des sanctions donne un sens aux caractéristiques antisociales observées chez plusieurs des non-adhérents. Il faut aussi considérer que, face à des personnes ayant un profil antisocial, la réaction des instances et des intervenants est la répression, on veut les "casser" puisque l'on considère,

parfois à juste titre, que ce sont les punitions qui fonctionnent avec eux. Cependant, les sentences sévères ont un prix élevé politiquement et éthiquement : surveillance policière accrue, besoin de plus de ressources juridiques, structures de suivis. En outre, augmenter le contrôle amplifie leur déviance. L'accroissement des mesures répressives fait en sorte que ces personnes évitent les contacts avec les instances sociales et tendent à être le moins visibles à leurs yeux, ce qui rend difficile les interventions et les études auprès de cette population. Cela peut également faire en sorte que les individus qui fonctionnent mal en société et qui n'arrivent pas à s'adapter à toutes ces lois peuvent faire de la substitution comme conduire sous l'influence du cannabis, phénomène qui prend de l'ampleur sur nos routes. Ceci laisse encore penser qu'il est dangereux de se laisser reconforter par des législations qui entretiennent un mirage de sécurité. Il faut préciser cependant que ce ne sont pas nécessairement tous les non-adhérents qui ont des traits antisociaux mais que la plupart ont certainement des problèmes sur le plan socioéconomique. Dans un cas comme dans l'autre, on affaire à un groupe de la population défavorisé, souffrant de problématiques multiples. Avec toutes ces difficultés, on peut certainement envisager que le principal problème des non-adhérents concerne l'intégration sociale. Ce mode de vie n'est cependant pas nécessairement le reflet de leur éthique ou de leurs valeurs, mais plutôt de leur capacité à fonctionner selon le peu de ressources dont ils disposent. Cela dit, les non-adhérents constituent 50 % des conducteurs condamnés pour CFA sur les

routes. Constatant les multiples mesures qui n'ont pas encore réussi à les atteindre, il serait utile et pertinent comme société que l'on mette notre imagination et notre science au travail pour attaquer ce problème qui diminue la sécurité sur les routes.

Critique de la thèse

Cette thèse comporte certaines limites. L'interprétation et la généralisation des résultats provenant de cette étude doivent être faites prudemment. Il est important de rappeler que les conclusions tirées à partir des résultats s'inscrivent dans un contexte bien précis. La généralisation de ces constatations à d'autres échantillons doit se faire en tenant compte de ces spécificités. Tout d'abord, la constitution des échantillons est basée sur les dispositions légales et administratives locales. Il peut être ainsi difficile de généraliser ces résultats à ceux provenant de juridictions significativement différentes du Québec au niveau des lois, des sanctions et des mesures prises auprès de contrevenants de la CFA. De plus, considérant que plus de 2 000 invitations ont été envoyées et que seulement 183 personnes ont participé à l'étude, le taux de réponse pour l'étude est de 7 %, ce qui est relativement faible mais qui semble tout de même traduire une constante dans ce champ de recherche. En outre, les contrevenants volontaires peuvent se distinguer des non-volontaires : ils peuvent être plus disponibles en termes de temps (protocole de 6 heures), avoir plus de besoins

financiers (rémunération pour leur participation de 160 \$) mais aussi rechercher plus souvent de l'aide (détresse psychologique générale, isolement social, besoins de comprendre les sanctions imposées suite à leurs condamnations). Également, la conceptualisation d'adhérence dans cette étude ne distingue pas la non-adhérence complète de l'abandon en cours de processus, les deux étant considérés équivalents mais pouvant être expliqués par des facteurs différents. Par exemple, la non-adhérence suite à un abandon en cours de traitement peut être expliquée par des éléments liés au traitement qui a mal ciblé ses objectifs d'intervention et ne répondant pas aux besoins de sa clientèle. La non-adhérence complète, qui réfère aux personnes n'entamant volontairement aucune procédure dans le but de réobtenir leur permis de conduire, peut, quant à elle, être plutôt expliquée par des éléments de personnalité chez les contrevenants tels que les traits antisociaux. Le concept de non-adhérence utilisé dans cette étude ne distingue pas non plus la non-adhérence chez les contrevenants primaires des récidivistes, bien que les PIO des récidivistes soient plus exigeants en termes de temps et d'argent, ce qui peut influencer leur décision de ne pas adhérer aux PIO. En raison de la nature exploratoire des comparaisons et dans le but d'optimiser la puissance statistique, il a été décidé d'inclure tous les sujets de l'échantillon recruté devant participer à un PIO pour réobtenir leur permis de conduire. En outre, on ne peut exclure que ces contrevenants puissent adhérer aux PIO dans le futur.

Cette thèse comporte aussi plusieurs forces qui font son originalité. Du point de vue théorique, ce travail se démarque par la mise en contexte, légale et scientifique, qu'elle fait des études portant sur la prédiction de la récidive chez les contrevenants de la CFA. En outre, elle apporte une critique de l'influence de ce contexte sur les données obtenues ainsi que sur la généralisation des résultats en plus d'apporter des solutions de remplacement pour pallier les différents obstacles au processus scientifique visant à prédire la récidive. Relativement à l'article empirique, l'échantillon utilisé est représentatif de la population des contrevenants québécois de la CFA. De plus, les comparaisons entre les échantillons de contrevenants non adhérents et adhérents distinguent ce travail de la plupart des études en matière d'alcool au volant. Cette étude s'inscrit à l'intérieur d'un ensemble de travaux ayant été faits sur le sujet et vient ajouter à notre compréhension des contrevenants non adhérents aux PIO (Brown et coll., 2008). Les non-adhérents représentent en effet un sous-groupe de contrevenants difficiles à rejoindre parce qu'ils ne participent pas aux PIO bien qu'ils fassent partie des conducteurs représentant des risques élevés de récidive. De plus, l'approche multidimensionnelle de l'évaluation des contrevenants, allant au-delà des problèmes d'alcool et du dossier de conduite, donne une autre perspective inédite de ces contrevenants et répond aux caractéristiques hétérogènes de cette clientèle. Les comparaisons entre les deux groupes de

contrevenants avec des échantillons cliniques de patients aux prises avec une dépendance aux substances ajoutent également des précisions au portrait de ces contrevenants et permet de considérer le niveau d'intensité de leurs problématiques liées au fonctionnement psychosocial et psychopathologique. En nous intéressant à ce sous-groupe de contrevenants invisibles, nous espérons avoir mis en lumière un problème social et d'avoir proposé des solutions pour augmenter la sécurité sur nos routes en plus de donner à ces personnes de véritables options de changement.

BIBLIOGRAPHIE

- Aharonovich, E., Nunes, E. et Hasin, D. (2003). Cognitive Impairment, retention and abstinence among cocaine abusers in cognitive-behavioral treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 71, 207-211.
- Bakker, L. W., Hudson, S. M. et Ward, T. (2000). Reducing recidivism in driving while disqualified: a treatment evaluation. *Criminal Justice and Behavior*, 27(5), 531-560.
- Beirness, D. J. (1991). *Diagnostic assessment of problem drivers: review of factors synthesis of literature*. Ottawa: Transport Canada.
- Beirness, D.J., Mayhew, D.R. et Wilson, J. (1997). *DWI Repeat Offenders: A Review and Synthesis of the Litterature*. Ottawa : Santé Canada.
- Bergeron, J., Thiffault, P., Brochu, S. et Nadeau, L. (2000). *Le profil des récidivistes en matière de conduite avec les facultés affaiblies par l'alcool et leur implication dans les accidents*. Montréal, Québec : Rapport de recherche subventionné par le Programme d'action concerté dur la sécurité routière FCAR/SAAQ/MTQ.
- Brinkmann, B., Beike, J., Kohler, H., Heinecke, A. et Bajanowski, T. (2002). Incidence of alcohol dependence among drunken drivers. *Drug Alcohol Dependence*, 66 (1), 7-10.
- Brown, T. G., Gianoulakis, C. Tremblay, J., Nadeau, L., Dongier, M., Ng Ying Kin, N. M., Seraganian, P. et Ouimet, M.C. (2005). Salivary cortisol: a predictor of

convictions for driving under the influence of alcohol? *Alcohol Alcoholism*, 40 (5), 474-481.

Brown, T. G., Nadeau, L., Lageix, P., Lepage, M., Tremblay, J. et Seraganian, P. (2002). *Non-adherents in mandatory substance abuse evaluation following a DUI offense: Their characteristics and reasons for non-compliance*. Montréal, Canada. Actes de congrès de la 16^{ième} conférence de l'ICADTS.

Brown, T. G., Ouimet, M. C., Nadeau, L., Lepage, M., Tremblay, J., Dongier, M. et Ng Ying Kin, N.M.K. (2008). DUI offenders who delay relicensing: a quantitative and qualitative investigation. *Traffic Injury Prevention*, 9, 109-118.

Buntain-Ricklefs, J. J., Rivara, F. P., Donovan, D. M., Salzberg, P. M. et Polissar, N. L. (1995). Differentiating "bad drivers" with and without a DWI. *Journal of Studies on Alcohol*, 56(3), 356- 360.

Cavaiolaa, A. A., Strohmetza, D. B. Wolf, J. M. et Lavender, N. J. (2003). Comparison of DWI offenders with non-DWI individuals on the MMPI-2 and the Michigan Alcoholism Screening Test. *Addictive Behaviors*, 28, 971-977.

C' de Baca, J., Miller, W. R. et Lapham, S. C. (2001). A multiple risk factor approach for predicting DWI recidivism. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21(4), 207-215.

Code Criminel. (2008). *Conduite avec capacités affaiblies* (Article 253). Ministère de la justice du Canada. Tiré du site :

<http://lois.justice.gc.ca/fr/ShowFullDoc/cs/C-46///fr>. Dernier accès en octobre 2008.

- Compton, W. M., Cottler, L. B. Jacobs, J. L., Ben-Abdallah, A., Spitznagel, E. L. (2003). The role of psychiatric disorders in predicting drug dependence treatment outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 60(5), 890-895.
- Conley, T. B. (2001). Construct validity of the MAST and AUDIT with multiple offender drunk drivers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20(4), 287-295.
- Conseil Canadien de la sécurité (1999). Le recul du nombre d'accusations de conduite en état d'ébriété : Sondage auprès de policiers. *Nouvelles*. Vol. XLIII (1).
- Crews, F. T., Buckley, T., Dodd, P. R., Ende, G., Foley, N., Harper, C., He, J., Innes, D., Loh, D. I., Pfefferbaum, A., Zou, J. et Sullivan, E. V. (2005). Alcoholic neurobiology : changes in dependence and recovery. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29(8), 1504-1513.
- D'Élia, A. et Lagier, P. M. (1986). *Inventaire clinique multiaxial de Millon*. Montréal. Bureau d'intervention psychosociale.
- DeYoung, D. J. (1997). An evaluation of the effectiveness of alcohol treatment, driver license actions and jail terms in reducing drunk driving recidivism in California. *Addiction*, 92(8), 989-997.
- Friedman, J., Harrington, C. et Higgins, D. (1995). *Reconvicted drinking driver study*. Albany, NY. : State Department of Motor Vehicules.
- Gabriel, R., Monica, J., Rodriguez-Jimenez, R., Martinez, I., Iribarren, M. M., Jimenez-Arriero, M. A., Ponce, G. et Avila, C. (2007). Varieties of impulsivity in

males with alcohol dependence: the role of cluster-B personality disorder. *Alcohol Clinical and Experimental Research*, 31(11), 1826-1832.

Glass, R. J., Chan, G. et Rentz, D. (2000). Cognitive impairment screening in second offense DUI programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(4), 369-373.

Howell, D. C. (1998). *Méthodes statistiques en sciences humaines*. Bruxelles, Belgique. De Boeck Université.

Jonah, B. A. (1997). Sensation seeking and risky driving: a review and synthesis of the literature. *Accident Analysis and Prevention*, 29(5), 651-655.

Kessler, R. C., Abelson, J., Demler, O., Escobar, J. I., Gibbon, M., Guyer, M. E. (2004). Clinical calibration of DSM-IV diagnoses in the World Mental Health (WMH) version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (WMHCIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13 (2), 122-139.

Kunitz, S. J., Zhao, H., Wheeler, D. R. et Woodall, W. G. (2006). Predictors of conviction and sentencing of DWI offenders in a New Mexico county. *Traffic Injury Prevention*, 7, 6-14.

Lapham, S. C., Kapitula, L. R., C' De Baca, J. et McMillan, G. P. (2006). Impaired-driving recidivism among repeat offenders following an intensive court-based intervention. *Accident Analysis and Prevention*, 38, 162-169.

- Lapham, S. C., Smith, E., C' de Baca, J., Chang, I., Skipper, B. J., Baum, G. et Hunt, W. C. (2001). Prevalence of psychiatric disorders among persons convicted of driving while impaired. *Archives of General Psychiatry*, 58(10), 943-949.
- Lapham, S. C., C'de Baca, B. J., Chang, I., Hunt, W. C. et Berger, L. R. (2002). Are drunk-driving offenders referred for screening accurately reporting their drug use? *Drug Alcohol Dependence*, 66(3), 243-253.
- Lapham, S. C., Skipper, B. J., William, C. H. et Chang, L. (2000). Do risk factors for re-arrest differ for female and male drunk-driving offenders? *Alcohol Clinical and Experimental Research*, 24(11), 1647-1655.
- Mann, R. E., M. Vogel-Sprott, et Genest, M. (1983). Alcohol and cognition: some preliminary observations. *Journal of Studies on Alcohol*, 44(5), 900-905.
- Mayhew, D. R., Brown, S. W. et Simpson, H.M. (2002). *The alcohol-crash problem in Canada: 1999*. Ottawa : Transport Canada.
- McCartt, A. and Shabanova, N. (2004). Effects of enhanced sanctions for high-BAC DWI offenders on case dispositions and rates of recidivism. *Traffic Injury Prevention*, 5, 270-277.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E. et O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 168(1), 26-33.
- McMillan, G. P., Timken, D. S. Lapidus, J., C' De Baca, J. Lapham, S. C. et McNeal, M. (2008). Underdiagnosis of comorbid mental illness in repeat DUI offenders

mandated to treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(3), 320-325.

McMillen, D. L., Pang, M. G., Wells-Parker E. et Anderson B. J. (1991). Behavior and personality traits among DUI arrestees, nonarrested impaired drivers, and nonimpaired drivers. *International Journal of Addiction*, 26(2), 227-235.

McMillen, D. L., Adams, M. S. Wells-Parker, E., Pang, M. G. et Anderson, B. J. (1992). Personality traits and behaviors of alcohol-impaired drivers: a comparison of first and multiple offenders. *Addictive Behaviors*, 17(5), 407-414.

Millon, T. (1985) The MCMI provides a good assessment of DSM-III disorders: the MCMI-II will prove even better. *Journal of Personality Assessment*, 49, 379-391.

Nochajski, T. H. et Stasiewicz, P. R. (2006). Relapse to driving under influence: A review. *Clinical Psychology Review*, 26, 179-195.

Oscar-Berman, M., Shagrin, B., Evert, D. L. et Epstein, C. (1997). Impairments of brain and behavior: the neurological effects of alcohol. *Alcohol Health Research World*, 21(1), 65-75.

Ouimet, M. C., Brown, T. G., Nadeau, L., Pelletier, M., Couture, S., Tremblay, J., Dongier, M. et Ng Ying Kin, N.M.K (2007). Neurocognitive characteristics of DUI recidivists. *Accident Analysis and Prevention*, 39 743-750.

- Paciocco, D. M. et Roberts, J. R. (2005). *Sentencing in case of impaired driving causing bodily harm or impaired driving causing death*. Ottawa: Conseil de sécurité canadien.
- Peck, R. C., Arstein-Kerslake, G. W. et Helander, C. J. (1994). Psychometric and biographical correlates of drunk-driving recidivism and treatment program compliance. *Journal of Studies on Alcohol*, 55(6), 667-678.
- Quinlan, K. P., Brewer, R. D. Siegel, P., Sleet, D. A., Mokdad, A. H., Shults, R. A. Flowers, N. (2005). Alcohol-impaired driving among U.S. adults, 1993-2002. *American Journal of Prevention Medicine*, 28(4), 346-350.
- Reinert, D. F. et Allen, J. P. (2002) The alcohol use disorders identification test (AUDIT): a review of recent research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26, 272-279.
- Reynolds, R., Kunce, J. T. et Cope, C. S. (1991). Personality differences of first-time and repeat offenders arrested for driving while intoxicated. [References]. *Journal of Counseling Psychology*, 38(3), 289-295.
- Rootman, D. B., Mann, R. E., Ferris, L. E., Chalin, C., Adlaf, E. et Shuggi, R. (2005). Predictors of completion status in a remedial program for male convicted drinking drivers. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 66(3), 423-427.
- Ross, H. L. (1992a). *Confronting drunk driving: social policy for saving lives*. New Haven, CT : Yale University Press.
- Santé Canada (2004). *Meilleures Pratiques: Traitement et réadaptation des contrevenants dans les cas de conduite avec facultés affaiblies*. Ottawa: Gouvernement du Canada.

Simpson, H. M., Mayhew, D. R. et Beirness, D. J. (1996). *Dealing with the hard core drinking drivers*. Ottawa : Traffic Injury Research Foundation.

Shell, T. L., Chan, K. S. et Morral, A. R. (2006). Predicting DUI recidivism: personality, attitudinal, and behavioral risk factors. *Drug and Alcohol Dependence*, 82, 33-40.

Siegal, H. A., Falck, R. S., Carlson, R. G., Rapp, R. C., Wang, J. et Cole, P. A. (2000). *The hardcore drunk driving offender*, Stockholm, Suède. Actes de congrès de la 15^{ième} conférence de l'International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety (ICADTS).

Siegal, H. A., Li, L., Leviton, L. C., Cole, P. A., Hook, E. W., Bachmann, L. et Ford, J. A. (1999). Under the influence: risky sexual behavior and substance abuse among driving under the influence offenders. *Sexual Transmissible Disorders*, 26(2), 87-92.

Skinner, H.A. (1982). The drug abuse screening test. *Addictive Behaviors*, 7, 363-371.

Société de l'assurance automobile du Québec. (2008). *Alcool au volant - Une loi plus sévère pour prévenir la récidive*. Tiré du site http://www.saaq.gouv.qc.ca/permis/en_route/alcool/index.php.
Dernier accès en octobre 2008.

Société de l'assurance automobile du Québec. (2008). *Alcool au volant - Quelques chiffres*. Tiré du site :
<http://www.saaq.gouv.qc.ca/prevention/alcool/chiffres.php>

Dernier accès en octobre 2008.

Suggett, J. (2007). *Fatal and injury crashes among unlicensed drivers in Ontario, Canada*. Seattle, Washington. Actes de congrès de la 18^{ième} conférence de l'International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety (ICADTS).

Stewart, S., Boase, P. et Lamble, R. W. (2000). *Criminal profiles of drinking drivers in Ontario*. Stockholm, Suède. Actes de congrès de la 15^{ième} conférence de l'International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety (ICADTS).

Sweedler, B. M. (2007). *Worldwide trends in alcohol and drug impaired driving*. Washington. Actes de congrès de la 18^{ième} conférence de l'International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety (ICADTS).

Taxman, F. S. et Piquero, A. (1998). On preventing drunk driving recidivism: An examination of rehabilitation and punishment approaches. *Journal of Criminal Justice*, 26(2), 129-143.

Vanlaar, W., Simpson, H., Mayhew, D. et Robertson, R. (2006). *Sondage sur la sécurité routière 2006 : La conduite en état d'ivresse*. Ottawa : Fondation de recherches sur les blessures de la route.

Vézina, L. (1993). *Infractions, révocations suspensions: 1987-1991*. Québec : Société de l'assurance automobile du Québec.

Vézina, L. (1995). *Les infractions et les sanctions reliés à la conduite d'un véhicule routier: 1990-1994*. Québec : Société de l'assurance automobile du Québec.

Wells-Parker, E., Bangert-Drowns, R., McMillen, R. et Williams, M. (1995). Final results from a meta-analysis of remedial interventions with drink/drive offenders. *Addiction*, 90(7), 907-926.