

Les communautés thérapeutiques en milieu carcéral

James A. Inciardi and Hilary L. Surratt

Intervenir auprès des délinquants
Volume 29, Number 1, Spring 1996

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/017381ar>
DOI: <https://doi.org/10.7202/017381ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0316-0041 (print)
1492-1367 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Inciardi, J. A. & Surratt, H. L. (1996). Les communautés thérapeutiques en milieu carcéral. *Criminologie*, 29(1), 71–83. <https://doi.org/10.7202/017381ar>

Article abstract

The author focuses on therapeutic communities, particularly the KEY and CREST programs, applied in the state of Delaware since 1988. These programs are aimed at substance users living either in correctional settings (KEY) or on probation (CREST). This research tries to evaluate both programs according to the subject's relapse rate after 6 months. Based on the results, it has been determined that the subjects who participated in these programs successively had better chances of never using drugs again than those who had been in only one of the two programs, or neither. Other American experiments of the same kind have shown similar results.

LES COMMUNAUTÉS THÉRAPEUTIQUES
EN MILIEU CARCÉRAL¹
James A. Inciardi, Ph. D.²
Hilary L. Surratt, M.A.³

The author focuses on therapeutic communities, particularly the KEY and CREST programs, applied in the state of Delaware since 1988. These programs are aimed at substance users living either in correctional settings (KEY) or on probation (CREST). This research tries to evaluate both programs according to the subject's relapse rate after 6 months. Based on the results, it has been determined that the subjects who participated in these programs successively had better chances of never using drugs again than those who had been in only one of the two programs, or neither. Other American experiments of the same kind have shown similar results.

La présence de toxicomanes dans les établissements carcéraux a fait l'objet de nombreuses recherches. La criminalité reliée à la drogue et au trafic de stupéfiants ainsi que la guerre que le gouvernement américain a déclarée à la drogue au cours des années 1980 et au début des années 1990 sont à l'origine du nombre grandissant de contrevenants mêlés au monde de la drogue qui ont fait leur apparition dans le système judiciaire. Aux États-Unis, le programme *DUF*, ou *Drug Use Forecasting*, subventionné par le National Institute of Justice, a confirmé de façon catégorique cette réalité. Dans le cadre du programme *DUF* instauré dans 22 métropoles américaines, on a procédé à des analyses de routine sur des échantillons d'urine prélevés auprès des criminels appréhendés. Les résultats montrent que jusqu'à 60 % des tests de dépistage de cocaïne se sont avérés positifs et que dans certaines villes, la proportion des tests ayant révélé la présence d'au moins une substance illicite atteignait 80 % (Wish, 1991). De plus, on a constaté que près des deux tiers des détenus des pénitenciers d'État et fédéraux ont une histoire de toxicomanie (Leukefeld et Tims, 1992) et que presque tous ont besoin d'une cure de désintoxication (Chaiken, 1989).

1. Cette étude a été rendue possible par une subvention du ministère de la Santé et des Affaires sociales des États-Unis, par l'entremise de l'Institut national de toxicomanie « Un centre de communauté thérapeutique de travail sous supervision pour détenus ». Traduit de l'anglais par François Chartrand et Geneviève Laliberté.

2. Professeur et directeur, Center for Drug and Alcohol Studies, University of Delaware, 77 East Main Street, Newark, Delaware, 19716-2582, U.S.A.

3. Comprehensive Drug Research Center, University of Miami, School of Medicine, Miami, Florida, U.S.A.

L'existence d'un si grand nombre de criminels toxicomanes nous incite à conclure que le milieu carcéral représente le terrain idéal pour évaluer leurs besoins en matière de traitement ainsi que pour leur dispenser ces traitements de façon à la fois efficace et productive. C'est dans cette optique que le présent article tentera d'évaluer le niveau d'efficacité d'un programme de désintoxication en milieu carcéral en utilisant des communautés thérapeutiques à phases multiples.

LE CENTRE DE DÉTENTION DU DELAWARE

En raison du nombre grandissant de détenus toxicomanes, le Département correctionnel de l'État du Delaware a mis sur pied le KEY, une communauté thérapeutique en milieu carcéral pour détenus masculins, située au centre de détention de Wilmington au Delaware. Le KEY a été fondé en 1988 grâce à une subvention du Bureau d'assistance juridique. En 1990, l'État du Delaware a repris le financement de ce programme, faisant passer le nombre de lits de 40 à 70. En juin 1993, l'État a accordé des fonds supplémentaires au programme, faisant ainsi passer le nombre de lits à 115.

De façon générale, le programme de traitement KEY utilise une approche holistique. On y utilise différents types de thérapies — behavioriste, cognitive et affective — afin de combler les besoins en traitement de chacun (Hooper, Lockwood et Inciardi, 1993). On utilise plusieurs techniques afin d'intégrer en alternance ces trois approches thérapeutiques par lesquelles on incitera les individus à changer. Entre autres techniques, figurent l'analyse transactionnelle, le psychodrame et la subdivision de groupes.

Lorsque les premiers clients à « graduer » de KEY furent remis en liberté, la nécessité d'un quelconque programme de transition devint évidente afin d'éliminer toute possibilité de rechute et d'un retour potentiel en institution (Inciardi et coll., 1992). Si l'on se fie à cette première expérience ainsi qu'à d'autres réalisées en milieu carcéral, certaines comprenant des traitements de désintoxication et d'autres servant à l'évaluation de plusieurs types de programmes correctionnels, il semble que la stratégie la plus recommandable en ce qui a trait à un traitement d'intervention auprès des détenus comporte trois phases (Inciardi, Lockwood et Martin, 1991). Chacune d'elles correspond au changement de statut carcéral du détenu — l'incarcération, le travail sous supervision, et la libération conditionnelle.

Le KEY constitue la première phase du traitement administré en institution. Il est important que le traitement des détenus commence alors qu'ils sont encore en institution, et ce pour plusieurs raisons. En milieu carcéral, le temps représente l'une des seules ressources dont les détenus disposent en abondance. Les exigences concurrentes de la famille, du travail et des groupes de pairs et de voisins n'existent pas. Par conséquent, on dispose du

temps idéal et de la situation parfaite pour dispenser un traitement exhaustif, et ce souvent pour la première fois dans la carrière d'un contrevenant toxicomane. De plus, c'est l'occasion unique pour le détenu de fraterniser avec d'ex-toxicomanes, d'acquérir des valeurs sociales positives ainsi qu'une certaine éthique du travail et aussi de s'initier à un processus d'éducation et de formation visant à une meilleure compréhension du cycle de la toxicomanie.

Pour répondre au besoin de la phase « de transition », l'Institut national de toxicomanie accorda une subvention de cinq ans au Centre d'études sur l'alcoolisme et la toxicomanie de l'Université du Delaware afin qu'il mette sur pied un programme communautaire thérapeutique pour les détenus. C'est ainsi que le *CREST Outreach Center* est devenu la première communauté thérapeutique des États-Unis consacrée à la « transition ». En effet, elle a été conçue pour regrouper les deuxième et troisième étapes du processus de traitement.

Depuis les années 1970, la transition est devenue une pratique courante de réinsertion sociale des criminels. Il s'agit d'une libération conditionnelle de jour durant laquelle les contrevenants doivent se trouver à leur maison de transition durant les heures où ils n'occupent pas d'emploi rémunéré à l'extérieur. Les détenus pouvant se prévaloir de ce programme sont ceux dont la date d'admissibilité à la libération conditionnelle approche. Bien que le succès du détenu à cette phase facilite sa réinsertion sociale, il existe un danger, tout particulièrement pour les détenus dont l'incarcération avait pour cause la drogue.

En effet, ce retour à la semi-liberté expose les ex-détenus à certains groupes d'individus et à certains types de comportements néfastes capables de les replonger rapidement dans la toxicomanie et dans les activités criminelles s'y reliant, puis, à la réincarcération. Même les détenus qui reçoivent des traitements en communauté thérapeutique de façon intensive s'exposent à voir leur réadaptation échouer. Dans bien des cas, l'environnement de transition fait peu pour enrayer la possibilité d'une rechute. Étant donné que les personnes se trouvant en transition demeurent le reflet de la population carcérale dont ils proviennent, ils ne peuvent échapper aux valeurs carcérales négatives. De plus, ils sont exposés aux lois de la rue et aux drogues qui y foisonnent.

D'autre part, les détenus « diplômés » des communautés thérapeutiques se révèlent plus vulnérables une fois transférés dans un milieu de transition traditionnel, puisqu'ils doivent vivre et interagir avec les autres dans un milieu typiquement asocial et improductif. En définitive, en l'absence d'une surveillance clinique et d'une supervision adéquate, leur réadaptation est sérieusement menacée. Par conséquent, il est tout indiqué que ces ex-détenus reçoivent un second traitement qui assure leur passage vers la

libération conditionnelle totale. Cette deuxième phase est, en quelque sorte, une communauté thérapeutique intermédiaire ou, si l'on préfère, une maison de transition à vocation spécialisée.

La composition du programme de la communauté thérapeutique de transition doit ressembler à celle de la communauté thérapeutique traditionnelle. On doit pouvoir y retrouver un environnement « familial », exempt dans la mesure du possible des influences extérieures néfastes provenant de la rue ou de la culture carcérale ; en outre, on doit y maintenir un système hiérarchisé régissant l'emploi et les fonctions qui s'y rattachent, une série de règlements ayant pour but de contrôler le milieu et un ensemble de techniques thérapeutiques conçues spécialement pour assurer la poursuite du processus de réinsertion sociale. Toutefois, on doit apporter des modifications au régime clinique pour l'adapter à la vocation correctionnelle spécifique des communautés thérapeutiques en maison de transition.

Le régime de traitement du CREST fonctionne selon un modèle constitué de cinq phases distinctes étalées sur une période de six mois. La *première phase* comprend l'accueil et les étapes d'intégration, d'évaluation et d'orientation ; elle dure environ deux semaines. Les anciens résidents présentent aux nouveaux arrivants les règlements et l'horaire de la maison. On jumelle chaque nouveau résident à un travailleur social chargé d'effectuer une première évaluation de ses besoins. On réduit la participation du sujet aux thérapies de groupe pendant cette première phase afin de lui donner la chance de s'intégrer au fonctionnement du CREST.

La *deuxième phase* du traitement met l'accent sur l'implication dans la communauté thérapeutique, notamment par l'entremise d'activités telles les réunions du matin, la thérapie de groupe, l'interaction interpersonnelle, la confrontation avec le manque de motivation de certains autres résidents et l'aide à l'adaptation des nouveaux arrivants. Chaque résident se voit offrir un emploi dont le but premier est de l'amener à assumer des responsabilités ainsi qu'à adopter des habitudes de travail acceptables. Ce processus se déroule en parallèle avec des rencontres régulières avec son travailleur social. L'objectif principal de la phase deux est d'amener le résident à devenir un membre actif de la communauté en participant aux thérapies de groupe et en accomplissant les tâches nécessaires au bon fonctionnement de son unité.

La *troisième phase* reprend les éléments de la phase précédente en insistant cette fois sur l'importance de donner l'exemple et sur l'intérêt de veiller au bon fonctionnement de la communauté sur une base quotidienne (avec l'aide et sous la supervision du personnel). Durant cette phase, les résidents se verront attribuer un travail comportant des responsabilités supplémentaires liées à des postes à caractère de supervision, ce qui leur permettra de donner l'exemple aux nouveaux venus. Ils poursuivent, bien

sûr, leurs séances de consultation individuelle, et on attend d'eux qu'ils contribuent à faciliter la dynamique lors des sessions de groupe.

La *quatrième phase* est une préparation à l'obtention d'un emploi rémunérateur à l'aide de simulations d'entrevues, de séances de formation portant sur la recherche d'emploi et sur les façons de faire bonne impression lors d'une rencontre avec un employeur potentiel, d'entretenir de bonnes relations avec les organismes communautaires et de trouver les moyens de se perfectionner et d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences. Cette phase a en effet pour but de préparer la réinsertion sociale et dure environ deux semaines. Tout au long de cette phase, les résidents poursuivent leur participation aux thérapies individuelles et de groupe, tout en continuant d'assumer les responsabilités que requièrent leurs tâches au sein du CREST.

La *cinquième phase*, quant à elle, concerne la réinsertion sociale en tant que telle, ce qui peut signifier, par exemple, l'obtention par le sujet d'un emploi rémunéré au sein de la communauté environnante, tout en demeurant à la maison de transition et en servant d'exemple à ceux qui en sont encore aux phases préliminaires du traitement. La cinquième phase sert, en quelque sorte, à équilibrer emploi et traitement. Dans cette optique, l'obtention d'un emploi et la prise en charge des responsabilités qui s'y rattachent font partie intégrante du programme de la communauté thérapeutique de transition. Plus tard, les résidents seront appelés à se préparer à quitter le CREST. Au terme d'une période d'environ sept semaines, totalisant une période cumulative de vingt-six semaines au CREST, le résident qui a satisfait aux exigences de sa transition est libre de vivre et de travailler au sein de la communauté environnante en tant que « diplômé » du programme.

Puisque la grande majorité des « diplômés » du CREST sont soumis à des exigences de probation ou de libération conditionnelle, un système de suivi post-pénal a été instauré afin de s'assurer qu'ils satisferont bien aux exigences prescrites. Ce programme de suivi représente l'étape finale du traitement pendant laquelle des services continus sont mis à la disposition du sujet de façon à réduire les risques de rechute ou de récidive. D'une durée de six mois, le programme de suivi exige une abstinence totale de consommation de drogue ou d'alcool, une séance de thérapie de groupe de deux heures par semaine, une séance de thérapie individuelle selon un horaire établi et des contrôles d'urine réguliers.

LE PROTOCOLE DE RECHERCHE

Bien que le CREST ait mis son programme de traitement continu à la disposition des hommes ayant complété le programme KEY, il était aussi destiné à fournir des traitements de communauté thérapeutique aux

ex-détenus, hommes et femmes, qui, eux, n'avaient pas reçu de traitements en institution. Les sujets qui ont servi à constituer l'échantillon pour cette recherche furent sélectionnés de façon aléatoire et placés soit dans un groupe de traitement, soit dans un groupe témoin. Les sujets placés dans le groupe de traitement furent soumis au CREST et les sujets placés dans le groupe témoin furent envoyés dans une maison de transition traditionnelle. Il est bon de signaler que la participation à l'étude était volontaire. Étant donné leur statut de détenus, les sujets ont joui de la protection que prévoit le règlement régissant le traitement des détenus comme sujets de recherche, selon des normes établies par le gouvernement américain. De plus, tous les répondants étaient protégés en vertu d'un certificat de confidentialité leur garantissant qu'aucune information qu'ils pourraient fournir au cours de cette recherche ne serait communiquée aux autorités. Les critères d'admissibilité à cette étude étaient : 1) que le sujet ait un passé de toxicomane ; 2) qu'il soit admissible au programme de travail sous supervision tel que stipulé par le Département correctionnel ; 3) qu'il consente à participer à la recherche. Parmi les participants admissibles à cette recherche, certains furent choisis par des intervenants en milieu carcéral et des commissions de libération conditionnelle et d'autres se présentèrent d'eux-mêmes. Tous les répondants désirant participer à l'étude durent se soumettre à une entrevue préliminaire avant de quitter le pénitencier. Ce questionnaire administré par un interviewer professionnel avait pour but d'évaluer les données suivantes : le passé criminel du sujet, son expérience de consommation de drogue, ses risques d'exposition au VIH, son histoire de traitement pour la toxicomanie, l'histoire de son enfance, l'état de sa santé mentale et son profil démographique. On a demandé aux répondants de produire un échantillon d'urine à des fins de dépistage de narcotiques, ainsi qu'un échantillon de sang à des fins de dépistage du VIH. Il est bon de souligner, toutefois, que la participation à ces tests était volontaire. De plus, un suivi fut effectué sous la forme de deux entrevues réalisées respectivement six et dix-huit mois après l'entrevue initiale. La première de ces deux entrevues de suivi coïncidait avec la fin du programme traditionnel de transition ou celle du programme CREST, selon le groupe de recherche auquel appartenait le sujet. Les deux entrevues de suivi mettaient l'accent sur l'activité criminelle, la consommation de drogue, les traitements pour toxicomanie, les comportements à risque de contraction du virus VIH et l'état de santé mentale du sujet depuis la date de la plus récente entrevue.

La formule choisie pour évaluer le tandem de traitements que forment les programmes KEY et CREST avait des allures quasi expérimentales, et ce tant avec les groupes de traitement qu'avec les groupes témoins durant les phases primaire et secondaire du traitement. En effet, dans la phase primaire, le groupe de traitement ne comprenait que des clients du KEY, alors que le groupe témoin n'était composé que d'un échantillon de détenus

n'ayant reçu aucune forme de traitement en institution. Durant la phase de travail supervisé, le groupe de traitement ne comprenait que des clients du programme CREST alors que le groupe témoin était essentiellement composé d'un échantillon de sujets qui provenaient du programme de transition conventionnel.

Les répondants des deux groupes ont été choisis grâce à un système quasi aléatoire au sein de la population globale des cinq pénitenciers de l'État. Le groupe du traitement CREST était composé à environ 17 % de répondants du KEY. Ils avaient donc reçu les traitements préliminaires dès leur incarcération, puis les traitements secondaires au CREST. Par conséquent, il y avait quatre groupes de recherche comparative :

1. les sujets ayant reçu le traitement en détention dans le cadre du programme KEY et les traitements en transition au CREST;
2. les sujets ayant reçu le traitement exclusivement au CREST;
3. les sujets ayant reçu le traitement en détention dans le cadre du KEY puis ayant fait leur entrée dans le programme de transition traditionnel;
4. les sujets ayant suivi le programme de transition traditionnel sans toutefois avoir reçu de traitement en communauté thérapeutique de quelque sorte que ce soit.

ÉVALUATION

Le centre d'études sur l'alcoolisme et la toxicomanie de l'Université du Delaware est présentement subventionné par le National Institute of Drug Abuse et il a pour mandat d'évaluer l'efficacité relative des deux programmes KEY et CREST. Les données recueillies à partir des comptes-rendus préliminaires sont très encourageantes. Ainsi, l'indique la figure 1 :

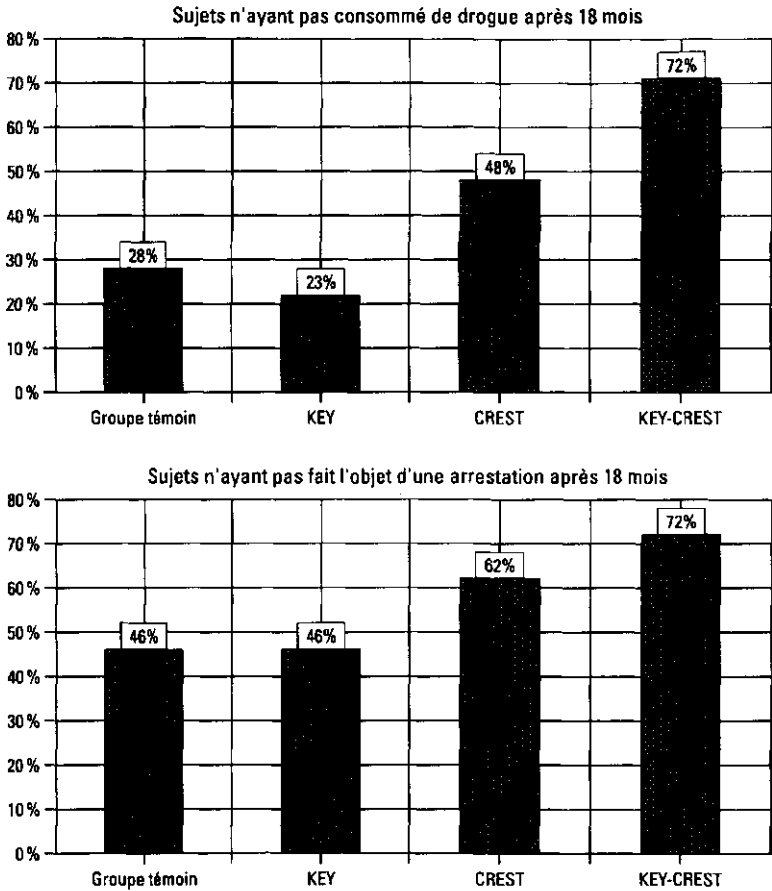
- Parmi les sujets faisant partie du groupe de transition traditionnel (N = 206), 55 % ne firent usage d'aucune drogue et 71 % ne firent pas l'objet d'arrestation au cours d'un suivi de dix-huit mois.
- Parmi les sujets ayant complété le programme KEY en communauté thérapeutique sous incarcération et qui furent exemptés du programme du CREST pour être envoyés directement au programme de transition traditionnel (N = 43), 68 % ne firent usage d'aucune drogue et 81 % ne firent pas l'objet d'arrestation au cours d'un suivi de dix-huit mois.
- Parmi les sujets ayant séjourné au CREST et qui n'avaient reçu aucun autre traitement en institution (N = 176), 80 % ne firent usage d'aucune drogue et 83 % ne firent pas l'objet d'arrestation au cours d'un suivi de dix-huit mois.

- Parmi les sujets ayant complété le programme KEY pour ensuite compléter le programme du CREST (N = 32), 94 % ne firent usage d'aucune drogue et 96 % ne firent pas l'objet d'arrestation au cours d'un suivi de dix-huit mois.

Ces résultats, quoique préliminaires, semblent indiquer que le tandem KEY-CREST promet un haut taux de succès, le programme du CREST à lui seul ayant récolté des résultats plus que positifs. Toutefois, on se doit de tenir compte du fait que le suivi de six mois effectué auprès de ce groupe de clients fut réalisé au moment où la grande majorité des clients du CREST venaient à peine de terminer leur traitement. Bien que les clients du CREST aient consacré la moitié du temps prévu à travailler à l'extérieur du pénitencier, cette période « à risque » n'en demeure pas moins d'assez courte durée. Cependant, attardons-nous aux données récoltées lors du second suivi effectué à dix-huit mois. Tel qu'indiqué à figure 2 :

- Parmi les sujets faisant partie du groupe de transition traditionnel (N = 185), 28 % ne firent usage d'aucune drogue et 46 % ne firent pas l'objet d'arrestation au cours d'un suivi de six mois.
- Parmi les sujets ayant complété le programme KEY en communauté thérapeutique durant leur incarcération, et qui furent exemptés du programme du CREST pour être envoyés directement au programme de transition traditionnel (N = 37), 23 % ne firent usage d'aucune drogue et 46 % ne firent pas l'objet d'arrestation au cours d'un suivi de six mois.
- Parmi les sujets ayant séjourné au CREST et qui n'avaient reçu aucun autre traitement en institution (N = 171), 48 % ne firent usage d'aucune drogue et 62 % ne firent pas l'objet d'arrestation au cours d'un suivi de six mois.
- Parmi les sujets ayant complété le programme KEY pour ensuite compléter le programme du CREST (N = 29), 72 % ne firent usage d'aucune drogue et 72 % ne firent pas l'objet d'arrestation au cours d'un suivi de six mois.

Figure 1
 Compte rendu du continuum thérapeutique de l'État du Delaware
*Proportion des sujets n'ayant fait usage d'aucune drogue
 et n'ayant pas fait l'objet d'arrestation au terme du suivi de dix-huit mois*
Comparaison effectuée entre groupes de traitement et groupe témoin



Groupe témoin – sans communauté thérapeutique (N = 185)

Groupe KEY – communauté thérapeutique en institution seulement (N = 37)

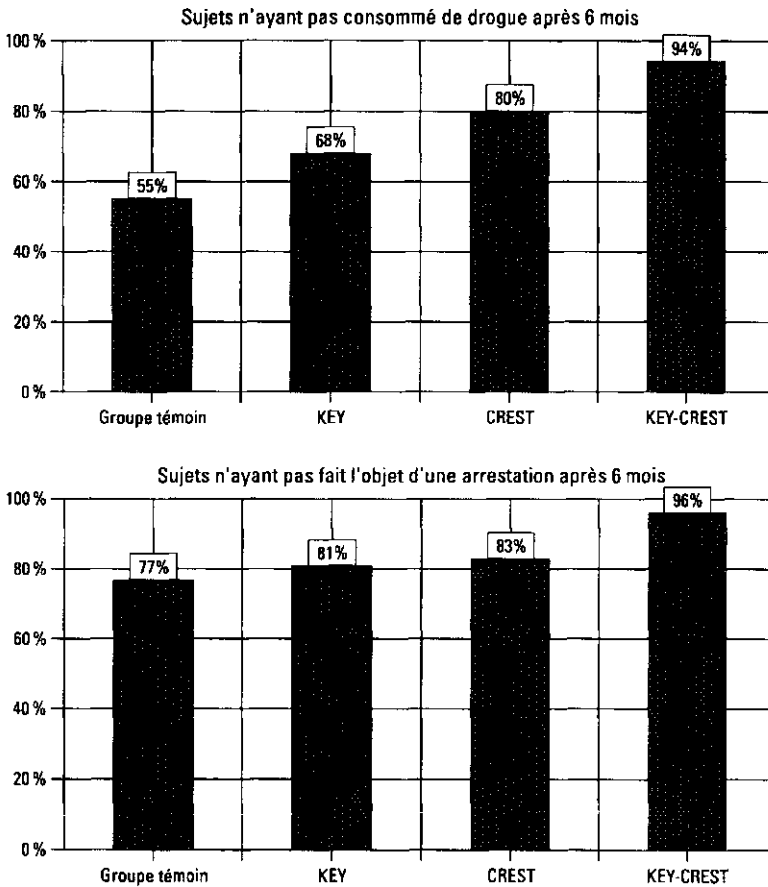
Groupe CREST – communauté thérapeutique de transition seulement (N = 171)

Groupe KEY-CREST – communautés thérapeutiques de transition et en institution
 (N = 29)

Variables de contrôle : sexe, race, âge, dossier criminel, historique de traitement, durée du traitement administré pendant l'intervention et durée du suivi.

Figure 2

Compte rendu du continuum thérapeutique de l'État du Delaware

*Proportion des sujets n'ayant fait usage d'aucune drogue et n'ayant pas fait l'objet d'arrestation au terme du suivi de six mois**Comparaison effectuée entre groupes de traitement et groupe témoin*

Groupe témoin – sans communauté thérapeutique (N = 206)

Groupe KEY – communauté thérapeutique en institution seulement (N = 43)

Groupe CREST – communauté thérapeutique de transition seulement (N = 76)

Groupe KEY-CREST – communautés thérapeutiques de transition et en institution
(N = 32)

Variables de contrôle : sexe, race, âge, dossier criminel, historique de traitement, durée du traitement administré pendant l'intervention et durée du suivi.

CONCLUSION

Ces données nous apprennent que les sujets qui ont participé à la fois au programme de communauté thérapeutique en pénitencier et au programme lors de la transition ont de meilleures chances de s'abstenir de consommer de la drogue au bout de dix-huit mois que les autres sujets. D'autres études portant sur les résidents de communautés thérapeutiques semblables étaient cette conclusion. En effet, les études de suivi du programme de communauté thérapeutique *Stay 'N Out*, instauré au sein du système correctionnel de l'État de New York en 1974, nous confirment l'efficacité des traitements en communauté thérapeutique eu égard à la réduction des risques de récidive, et ce tant pour les contrevenants masculins que féminins possédant un historique de consommation de stupéfiants grave (Wexler et Williams, 1986; Wexler, Falkin et Lipton, 1990). À titre d'exemple, parmi les 1 626 hommes ayant complété le programme d'une durée de neuf à douze mois, 77 % ont satisfait aux exigences du programme de libération conditionnelle. De leur côté, les femmes qui ont complété le même programme ont obtenu des résultats encore meilleurs, 92 % d'entre elles ayant satisfait aux exigences du système de libération conditionnelle. Les détenus masculins et féminins ayant passé de neuf à douze mois en communauté thérapeutique se révèlent trois fois moins susceptibles de récidiver que les sujets ayant passé moins de temps au sein du programme. Comme c'est le cas pour d'autres communautés thérapeutiques (De Leon, Wexler et Jainchill, 1982; De Leon, 1984; Field, 1989), l'expérience *Stay 'N Out* a prouvé hors de tout doute l'efficacité des communautés thérapeutiques pour la réadaptation des contrevenants reliés au monde de la drogue.

De nombreux pénitenciers à travers les États-Unis sont en voie d'adopter des programmes de traitement pour toxicomanes et plusieurs en ont déjà instauré. Les résultats obtenus lors d'études effectuées au Delaware nous permettent de croire que le mode de traitement le plus efficace comprend un système de soins continus intimement liés aux diverses phases de la supervision des détenus : les traitements primaires lors de l'incarcération, les traitements secondaires lors de la transition en semi-liberté, la supervision communautaire et les traitements tertiaires prodigués à titre de suivi lors de la libération conditionnelle totale. Les éléments clés d'un tel système demeurent la constance et la cohésion à travers les différentes phases du traitement, dans la philosophie et les divers règlements du programme et, dans une certaine mesure, au sein du personnel traitant.

George De Leon a explicité cette dernière notion de façon éloquentة dans ce qu'il a appelé l'*Integrated Systems Approach* (ISA) :

L'ISA définit un ensemble d'interventions ou de services connexes fournis dans divers environnements et guidés par une philosophie psycho-sociale

de l'individu et de sa réadaptation. Cette philosophie insiste sur trois principes étroitement liés : 1) la réadaptation est un processus continu constitué de phases distinctes ; 2) la continuité signifie la poursuite soutenue de la formation et le renforcement des relations sociales créées lors du traitement primaire ; 3) l'objectif de chaque mise en situation, intervention ou composante du système dépend de la phase de réadaptation à laquelle est parvenu le sujet. Dans cette optique, l'organisation du traitement peut changer, mais sa raison d'être demeure la même : mener le client à la phase suivante de sa réadaptation. Toutes les composantes du système, la communauté thérapeutique elle-même, la maison de transition et le suivi ambulatoire sont soumis à la même philosophie, au même principe directeur régissant la méthodologie et prônant une réadaptation soutenue. Tout compte fait, l'ISA définit le traitement résidentiel comme une des composantes dans l'ensemble des choix possibles, ce qui procure une vue d'ensemble du problème, de la réadaptation et de la démarche personnelle du sujet, vision qui déterminera le protocole de traitement en toutes circonstances et qui soutiendra le client dans son processus de réadaptation. (De Leon, 1995.)

BIBLIOGRAPHIE

- CHAIKEN, Marcia R. (1989), *In-Prison Programs for Drug-Involved Offenders*, Washington, D.C., National Institute of Justice.
- DE LEON, George (1984), *The Therapeutic Community : Study of Effectiveness*, Rockville, MD, National Institute on Drug Abuse.
- DE LEON, George (1995), « Residential Therapeutic Communities in the Mainstream : Diversity Issues », *Journal of Psychoactive Drugs*, n° 27, pp. 3-16.
- DE LEON, George et James T. ZIEGENFUSS (1986), *Therapeutic Communities for Addictions : Readings in Theory, Research and Practice*, Springfield, IL, Charles C. Thomas.
- DE LEON, George, Harry K. WEXLER et Nancy JAINCHILL (1982), « The Therapeutic Community : Success and Improvement Rates Five Years After Treatment », *International Journal of the Addictions*, n° 17, pp. 703-747.
- FIELD, Gary (1989), « The Effects of Intensive Treatment on Reducing the Criminal Recidivism of Addicted Offenders », *Federal Probation*, n° 53, pp. 51-56.
- HOOPER, Robert M., Dorothy LOCKWOOD et James A. INCIARDI (1993), « Treatment Techniques in Corrections-Based Therapeutic Communities », *Prison Journal*, n° 73, pp. 290-306.
- INCIARDI, James A., Steven S. MARTIN, Dorothy LOCKWOOD, Robert HOOPER et Bruce WALD (1992), « Obstacles to the Implementation and Evaluation of Drug Treatment Programs in Correctional Settings : Reviewing the Delaware KEY

- Experience », in Carl G. Leukefeld et Frank Tims (dir.), *Drug Abuse Treatment in Prisons and Jails*, Rockville, MD, National Institute on Drug Abuse, pp. 176-191.
- INCIARDI, James A., Dorothy LOCKWOOD et Steven S. MARTIN (1991), « Therapeutic Communities in Corrections and Work Release : Some Clinical and Policy Considerations », *National Institute on Drug Abuse Technical Review Meeting on Therapeutic Community Treatment Research*, Bethesda, Maryland, 16-17 mai.
- LEUKEFELD, Carl G. et Frank M. TIMS (coll.) (1992), *Drug Abuse Treatment in Prisons and Jails*, NIDA Research Monograph 118. (Rockville, MD : National Institute on Drug Abuse.)
- WEXLER, Harry K., Gregory P. FALKIN et Douglas S. LIPTON (1990), « Outcome Evaluation of a Prison Therapeutic Community for Substance Abuse Treatment », *Criminal Justice and Behavior*, vol. 17, pp. 71-92.
- WEXLER, Harry K. et Ronald WILLIAMS (1986), « The Stay 'N Out Therapeutic Community : Prison Treatment for Substance Abusers », *Journal of Psychoactive Drugs*, n° 18, pp. 221-229.
- WISH, Eric D. (1991), « Drug Testing and the Identification of Drug Abusing Criminals », in J. A. Inciardi (dir.), *Handbook of Drug Control in the United States*, Westport, Greenwood Press, pp. 229-244.