



ARCHIVED - Archiving Content

Archived Content

Information identified as archived is provided for reference, research or recordkeeping purposes. It is not subject to the Government of Canada Web Standards and has not been altered or updated since it was archived. Please contact us to request a format other than those available.

ARCHIVÉE - Contenu archivé

Contenu archivé

L'information dont il est indiqué qu'elle est archivée est fournie à des fins de référence, de recherche ou de tenue de documents. Elle n'est pas assujettie aux normes Web du gouvernement du Canada et elle n'a pas été modifiée ou mise à jour depuis son archivage. Pour obtenir cette information dans un autre format, veuillez communiquer avec nous.

This document is archival in nature and is intended for those who wish to consult archival documents made available from the collection of Public Safety Canada.

Some of these documents are available in only one official language. Translation, to be provided by Public Safety Canada, is available upon request.

Le présent document a une valeur archivistique et fait partie des documents d'archives rendus disponibles par Sécurité publique Canada à ceux qui souhaitent consulter ces documents issus de sa collection.

Certains de ces documents ne sont disponibles que dans une langue officielle. Sécurité publique Canada fournira une traduction sur demande.



Santé
Canada

Health
Canada

MEILLEURES PRATIQUES

**Traitement et réadaptation
des contrevenants dans les
cas de conduite avec facultés
affaiblies**



MEILLEURES PRATIQUES

**Traitement et réadaptation des contrevenants
dans les cas de conduite avec facultés affaiblies**

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Publication autorisée par le ministre de la Santé

Also available in English under the title

Best Practices – Treatment and Rehabilitation for Driving While Impaired Offenders

On peut obtenir, sur demande, la présente publication
(sur disquette, en gros caractères, sur bande sonore ou en braille).

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires du présent document,
prière de s'adresser aux :

Publications
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Tél. : (613) 954-5995
Télec. : (613) 941-5366

Aussi disponible sur Internet : www.santecanada.ca

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2004
Cat. H46-2/04-321F
ISBN 0-662-77194-X

Remerciements

Santé Canada tient à remercier l'équipe technique chargée du présent projet et dirigée par Alan C. Ogborne, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT). L'équipe regroupait également : Virginia Carver, conseillère du secteur privé, Robert Mann, Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM) et Douglas J. Beirness, Fondation de recherches sur les blessures de la route. Différents membres du personnel du CCLAT ont également appuyé le projet : Gilles Strasbourg a mené les entrevues en français, Nina Frey et Manon Blouin se sont chargées de la recherche et de l'acquisition documentaire, respectivement; Gilles Strasbourg et Richard Garlick ont produit les rapports en français et en anglais, respectivement, Susan Rosidi a supervisé l'élaboration du répertoire des programmes canadiens dans les cas de CFA, et Gary Roberts a surveillé le projet dans sa globalité. Nous tenons à adresser des remerciements plus particuliers au Groupe de travail fédéral, provincial et territorial pour le Cadre de responsabilisation et d'évaluation et pour le Plan de recherche pour le Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie (Groupe de travail TRAT) et aux experts-clés qui ont généreusement donné de leur temps à la réalisation du présent projet.

Table des matières

Sommaire	1
1. Introduction	5
1.1 Objectif	5
1.2 Définitions et paramètres de l'étude	7
1.3 Structure du rapport	8
1.4 Méthodologie	9
1.4.1 Analyse documentaire	9
1.4.2 Entrevues avec les experts-clés	10
1.4.3 Répertoire des programmes canadiens dans les cas de CFA	10
2. Aperçu du problème de la CFA au Canada	11
2.1 Portée de la CFA	11
2.2 Prévention de la CFA	14
2.3 Contexte réglementaire et légal de la CFA	16
3. Enjeux relatifs aux pratiques actuelles en matière de traitement	17
3.1 Efficacité des interventions éducatives ou thérapeutiques des contrevenants dans les cas de CFA	17
3.1.1 Indications de la documentation	17
3.1.2 Entrevues avec les experts-clés	33
3.1.3 Meilleures pratiques	34
3.2 Efficacité des divers types d'interventions de rééducation pour les différentes catégories d'automobilistes qui conduisent avec facultés affaiblies	35
3.2.1 Indications de la documentation	35
3.2.2 Entrevues avec les experts-clés	41
3.2.3 Meilleures pratiques	42

3.3	Identification des automobilistes qui conduisent avec facultés affaiblies pouvant bénéficier des programmes d'éducation ou de traitement axés sur la consommation d'alcool et d'autres drogues	43
3.3.1	Indications de la documentation	43
3.3.2	Entrevues avec les experts-clés	47
3.3.3	Meilleures pratiques	50
3.4	Efficacité des programmes qui jumellent le traitement et la réadaptation à la suspension du permis de conduire ou autres mesures restrictives des possibilités de conduire	51
3.4.1	Indications de la documentation	51
3.4.2	Entrevues avec les experts-clés	52
3.4.3	Meilleures pratiques	52
3.5	Interventions ciblant les automobilistes appréhendés pour CFA et non traduits devant les tribunaux	53
3.5.1	Indications de la documentation	53
3.5.2	Entrevues avec les experts-clés	53
3.5.3	Meilleures pratiques	53
3.6	Questions relatives à la gestion et à la formation	54
3.6.1	Indications de la documentation	54
3.6.2	Entrevues avec les experts-clés	54
3.6.3	Meilleures pratiques	55
3.7	Relations entre les programmes axés sur la CFA et les autorités de la délivrance des permis de conduire	56
3.7.1	Indications de la documentation	56
3.7.2	Entrevues avec les experts-clés	57
3.7.3	Meilleures pratiques	58
3.8	Les coûts des services	59
3.8.1	Indications de la documentation	59
3.8.2	Entrevues avec les experts-clés	60
3.8.3	Meilleures pratiques	60

3.9	Évaluation du programme et la recherche	61
3.9.1	Indications de la documentation	61
3.9.2	Entrevues avec les experts-clés	62
3.9.3	Meilleures pratiques	63
4.	Conclusion	65
5.	Liste des meilleures pratiques	67
6.	Répertoire des programmes canadiens dans les cas de CFA	71
	Références bibliographiques	99
	Annexe	111
	Annexe A : Échelle de cotation des études récentes	111

Liste des tableaux et des figures

Figure 1 :	Nombre et taux de personnes accusées de CFA	12
Figure 2 :	Pourcentage de conducteurs mortellement blessés dont le test d'alcoolémie révèle la présence d'alcool (1973–2000)	13
Tableau 1 :	Études récentes des groupes de contrôle ou témoins sur l'efficacité des programmes d'éducation ou de traitement des contrevenants dans les cas de CFA	22
Tableau 2 :	Caractéristiques sélectionnées des questionnaires et inventaires fréquemment utilisés pour dépister ou évaluer les contrevenants dans les cas de CFA ayant des problèmes de consommation d'alcool ou d'autres drogues	45

Sommaire

Le présent rapport a pour but de réunir les connaissances actuelles sur la planification et la prestation des programmes de rééducation dans les cas de conduite avec facultés affaiblies (CFA) (c.-à-d. les programmes d'éducation et les programmes de traitement et de réadaptation).

La CFA demeure l'une des causes importantes de mortalité et de morbidité au Canada bien que l'ampleur de ce problème ait diminué au cours des deux dernières décennies. On en connaît encore bien moins sur la CFA par suite de la consommation d'autres drogues, prises seules ou avec de l'alcool, mais tout porte à croire qu'il s'agit également d'un problème.

On sait que le succès dans la réduction de la consommation de l'alcool et de la conduite au pays est attribuable à une vaste gamme de mesures soutenues par les gouvernements et les organismes non gouvernementaux. Les interventions éducatives et curatives des programmes de rééducation dans les cas de CFA en sont une partie importante, à l'instar des programmes de prévention et de sensibilisation du public, des mesures d'interception sur la route et des peines significatives.

La documentation sur les programmes de rééducation à l'intention des contrevenants dans les cas de CFA est maintenant relativement abondante, tout comme le sont les solides preuves scientifiques quant à leur efficacité en général. Les études examinées et les experts consultés pour la préparation du présent rapport font ressortir un certain nombre de pratiques qui contribuent à leur efficacité. Quand les faits à l'appui le permettaient, les pratiques suivantes ont été désignées « meilleures pratiques » dans le présent rapport :

Programmes d'éducation et programmes de traitement et de réadaptation :

1. Les programmes de rééducation devraient faire partie intégrante d'un programme complet de prévention de CFA. La participation à ces programmes devrait être une condition au rétablissement du permis de conduire des personnes reconnues coupables de CFA.
2. Les programmes de rééducation devraient également faire partie intégrante des efforts visant à réduire la CFA par des substances autres que l'alcool. La participation à ces programmes devrait être une condition au rétablissement du permis de conduire des personnes reconnues coupables de CFA.

Différents types d'interventions de rééducation pour les différents types de contrevenants dans les cas de CFA :

3. Les programmes de rééducation complets à l'intention des automobilistes condamnés pour CFA devraient prévoir au moins deux niveaux d'intervention auprès des personnes aux prises, à divers degrés, avec ce problème.
4. Tous les programmes destinés aux automobilistes trouvés coupables de CFA devraient comporter des activités éducatives et thérapeutiques quelle que soit la durée du programme.
5. Un suivi clinique obligatoire après le rétablissement du permis de conduire devrait être requis dans tous les cas de CFA où les automobilistes ont suivi des programmes de rééducation.

Problèmes d'identification :

6. Tous les automobilistes condamnés pour CFA devraient être soumis à un test de dépistage et à une évaluation afin de déterminer le niveau ou le type d'intervention le plus approprié.
7. Les outils qui se sont révélés efficaces pour évaluer les problèmes de consommation d'alcool et d'autres drogues, et les risques de récurrence devraient faire partie intégrante de la procédure du dépistage. Le rendement de ces outils devrait être constamment évalué.

Les programmes qui joignent le traitement aux autres mesures :

8. Les programmes de rééducation devraient compléter les mesures touchant le permis de conduire et non les remplacer.

Lorsque les contrevenants dans les cas de CFA ne sont pas condamnés par les tribunaux :

9. Les personnes dont le permis est suspendu immédiatement avant la condamnation pour CFA devraient être soumises à une évaluation et aiguillées vers les programmes de rééducation.

La gestion des programmes de CFA et la formation des prestataires de services :

10. Les programmes de rééducation doivent être situés dans un environnement qui favorise l'adoption de comportements sains et l'atteinte des objectifs du traitement.

11. Les prestataires de services de programmes de CFA doivent avoir reçu une formation sur les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues, sur l'éducation des adultes (particulièrement les responsables des interventions éducatives) et sur l'animation de groupes (particulièrement les responsables des interventions thérapeutiques).
12. Il faut appuyer les prestataires de programmes de rééducation des contrevenants dans les cas de CFA dans leurs recherches de formation offertes à l'échelle nationale ou à l'échelon provincial, et ce, sur une base annuelle ou biennale.

Les rapports entre les programmes de CFA et les autorités de délivrance des permis :

13. Les programmes de rééducation devraient être dirigés dans le cadre d'un modèle administratif où l'achèvement du programme est essentiel au rétablissement du permis de conduire.
14. Les programmes de rééducation devraient être administrés par un organisme autre que le service chargé d'accorder les permis.
15. Il est nécessaire de mettre sur pied des mécanismes officiels et transparents pour faciliter la coordination et la collaboration entre les autorités de délivrance des permis et les programmes de rééducation, afin d'assurer l'échange mutuel de l'information, et ce, dans l'intérêt de la clientèle et du public.

Les coûts des services :

16. Des mesures devraient être prises afin de réduire le coût des services aux automobilistes condamnés, particulièrement ceux qui sont aiguillés vers des programmes plus dispendieux. Il pourrait s'agir d'appliquer un taux unique pour tous les clients, ou de fournir une certaine forme d'aide financière pour les clients à faible revenu.

L'évaluation du programme et la recherche :

17. L'évaluation doit faire partie intégrante de tout programme de rééducation.
18. Les coûts relatifs à la recherche et à l'évaluation du programme devraient faire partie de l'enveloppe budgétaire du programme.
19. On doit accorder plus d'importance à la qualité des services et à la rentabilité des programmes et de leurs composantes.

Cette étude n'a toutefois pas permis de répondre à toutes les questions d'intérêts soulevés. Parmi celles-ci notons les suivantes : 1) déterminer si les programmes de rééducation doivent tenir compte du sexe ou de l'âge de la personne; 2) les façons de mieux desservir la population canadienne diversifiée sur le plan ethnique; 3) quels outils de dépistage seraient de qualité supérieure pour mieux identifier les différents niveaux de problèmes de consommation d'alcool ou d'autres drogues; 4) comment répondre aux besoins des contrevenants coupables de CFA par des substances autres que l'alcool (p. ex., les médicaments sous ordonnance ou le cannabis); 5) de quelles façons peut-on promouvoir la qualité et l'efficacité des programmes d'évaluation et de programmation efficaces à l'ensemble du Canada.

Introduction

1.1 Objectif

Dans la plupart des pays industrialisés, la CFA est l'un des délits les plus répandus et l'une des plus importantes causes de morbidité et de mortalité relatives à la consommation d'alcool et de drogues. Ainsi, la plupart des pays, y compris le Canada, ont mis en œuvre des mesures visant à décourager la CFA et à punir les contrevenants. Plusieurs pays ont également élaboré des programmes visant à éduquer, à traiter et/ou à réadapter les personnes accusées ou reconnues coupables de CFA par l'alcool et/ou d'autres drogues.

La documentation qui existe actuellement sur les programmes d'éducation et de traitement et réadaptation à l'intention des automobilistes condamnés pour CFA est relativement abondante, à l'instar des constats scientifiques à l'appui de leur efficacité. L'objectif du présent rapport consiste à réunir l'information actuelle sur la planification et la prestation des programmes d'éducation et de traitement et de réadaptation axés sur la CFA, particulièrement ceux portant sur les questions suivantes :

- l'efficacité globale des programmes d'éducation et de traitement des automobilistes qui conduisent avec facultés affaiblies;

FACTEURS CLÉS

- Cette étude est axée sur les programmes d'éducation et de traitement auprès des personnes accusées de délits de CFA par l'alcool et/ou d'autres drogues ou condamnées à cet égard.
 - Les interventions qui offrent un intérêt particulier comprennent : 1) l'éducation, caractéristique des programmes spéciaux axés sur la consommation d'alcool et d'autres drogues et la conduite; et, 2) les interventions semblables à celles que l'on trouve dans les programmes réguliers de traitement des dépendances au Canada. Ces deux interventions mettent l'accent sur l'importance de pratiquer les activités de consommation de substances séparément à la conduite.
-
- l'efficacité des divers types d'interventions de rééducation auprès des différents types d'automobilistes qui conduisent avec facultés affaiblies;
 - l'identification des cas de CFA sujets à bénéficier des programmes de sensibilisation à la consommation d'alcool ou d'autres drogues ou des programmes de traitement;

- l'efficacité des programmes qui combinent le traitement et la réadaptation à la suspension du permis de conduire ou d'autres méthodes restrictives des possibilités de conduite;
- la nécessité des interventions auprès des automobilistes appréhendés pour CFA qui ne comparaissent pas devant les tribunaux;
- la gestion des programmes de CFA et la formation des prestataires de services;
- les relations entre les programmes de rééducation et les autorités de délivrance des permis;
- le paiement des services par le contrevenant; et
- l'évaluation du programme et la recherche.

Outre ces questions de portée générale, l'équipe de recherche a également été demandée de s'intéresser aux connaissances actuelles sur les programmes de rééducation à l'intention des automobilistes qui conduisent avec facultés affaiblies par des substances autres que l'alcool et d'être vigilante aux questions de sexe, de provenance ethnique, de lieu de résidence (rural par rapport à urbain) et de responsabilités cliniques.

Le projet est une initiative de Santé Canada, lancé par le Groupe de travail fédéral, provincial et territorial pour le Cadre de responsabilisation et d'évaluation et pour le Plan de recherche pour le Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie (Groupe de travail TRAT). Le Groupe de travail TRAT a pour mandat de surveiller l'élaboration et la mise en œuvre des études de recherche qui contribuent à la mise sur pied de programmes novateurs de traitement et de

réadaptation des personnes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues, en identifiant les meilleures pratiques, en évaluant les programmes de traitement et de réadaptation modèles et en dégageant les questions émergentes. Les résultats sont ensuite diffusés à l'échelle du pays.

Le présent projet s'appuie sur une série de meilleures pratiques publiées, notamment : *Meilleures pratiques – Alcoolisme et toxicomanie – traitement et réadaptation* (Santé Canada, 1999); *Meilleures pratiques – Syndrome d'alcoolisme fœtal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse* (Santé Canada, 2001a); *Meilleures pratiques – Traitement et réadaptation des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues* (Santé Canada, 2001b); *Meilleures pratiques – Traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues* (Santé Canada, 2001c); *Meilleures pratiques – Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie* (Santé Canada, 2001d); *Meilleures pratiques – Traitement d'entretien à la méthadone* (Santé Canada, 2002a) et *Meilleures pratiques – Traitement et réadaptation des personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues* (Santé Canada, 2002b).

1.2 Définitions et paramètres de l'étude

À la suite des discussions initiales avec les membres du Groupe de travail TRAT, il a été déterminé que l'étude serait axée sur les programmes de rééducation¹ thérapeutiques et d'éducation auprès des personnes accusées de délits de CFA par l'alcool et/ou d'autres drogues ou condamnées à cet égard. Des efforts ont également été déployés dans le but de relever les connaissances sur l'identification et le traitement des problèmes de consommation de substances² auprès des personnes accusées d'autres délits de la route (p. ex., conduite dangereuse, délit de fuite), et auprès des conducteurs avec facultés affaiblies qui sont appréhendés par la police sans comparaître devant les tribunaux. Le permis de conduire de ces derniers est immédiatement suspendu, ou il y a suspension administrative mais ils sont libérés de toute poursuite ultérieure.

Les interventions d'intérêt spécial étaient celles habituellement utilisées dans les programmes de rééducation spécialisés dans les cas de CFA et celles utilisées dans les programmes qui figurent dans le document de planification de la Stratégie canadienne antidrogue de 1998 :

« ... désintoxication, dépistage et intervention rapide, évaluation des besoins et référence, counselling de base et gestion des cas, intervention thérapeutique, services de

suivi et revue clinique. On offre le traitement externe, de jour ou d'hospitalisation, y compris des soins institutionnels à court ou à long terme. »

(Santé Canada, 1998, p. 11)

Les interventions qui offrent un intérêt particulier comprennent l'éducation, caractéristique des programmes spéciaux de CFA et des interventions semblables à celles que l'on trouve dans les programmes réguliers de traitement des dépendances au Canada (p. ex., le counselling, l'initiative personnelle, la thérapie cognitive-comportementale, la thérapie familiale, le changement autoguidé). Ces deux interventions mettent l'accent de pratiquer les activités de consommation de substances séparément à la conduite.

On a également retracé des comptes rendus d'interventions visant précisément les cas de CFA dans les salles d'urgence ou autres établissements médicaux (p. ex., Gentilello, Rivara, Donovan, Jurkovich *et al.*, 1999; Monti, Colby, Barnett, Spirito *et al.*, 1999). Toutefois, leur contenu dépassait l'étendue du présent projet parce qu'il relatait l'intervention d'automobilistes conduisant avec facultés affaiblies qui n'avaient pas été appréhendés par la police. Les groupes de discussion sur les répercussions sur les victimes sont une forme de rééducation très

¹ Le terme « programmes de rééducation », dans le contexte du présent rapport, fait référence aux programmes thérapeutiques et d'éducation utilisés dans les cas de CFA.

² Le terme « problème de consommation de substance » est utilisé pour désigner à la fois un problème de dépendance et de consommation d'alcool ou d'autres drogues, tel que défini par l'*American Psychiatric Association dans le Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux, 4^e édition (DSM-IV) (1996).*

répandue, quoique peu efficace, considérés au-delà de la portée du présent rapport (C'de Baca *et al.*, 2001; Polacsek *et al.*, 2001; Shinar et Compton, 1995).

D'autres interventions telles que l'utilisation obligatoire de dispositifs de verrouillage du système de démarrage, les amendes et la détention à domicile avec surveillance électronique, étaient considérées au-delà de la portée actuelle du présent rapport. Toutefois, comme on le verra plus loin, certains faits tendent à démontrer que les programmes d'éducation et de traitement sont plus efficaces lorsqu'ils sont jumelés à la suspension du permis de conduire et à d'autres mesures telles que la saisie du véhicule ou de la plaque d'immatriculation, l'installation de dispositifs de verrouillage du système de démarrage ou la surveillance électronique à domicile ou la détention à domicile.

1.3 Structure du rapport

Le rapport dresse d'entrée de jeu le portrait de la situation de la CFA au Canada. Le document s'articule sur neuf problèmes principaux identifiés dans l'introduction; dans chaque section, l'information de base actuelle provenant de la documentation et des experts-clés est résumée et, lorsque possible, on présente le texte des

La définition de meilleure pratique pour la prestation de programmes dans le domaine de la santé a été abordée avec plus ou moins de rigueur. Dans ce document, les meilleures pratiques désignent les nouvelles lignes directrices qui sont établies d'après le consensus d'experts clés et qui sont appuyées par la documentation sur les approches et les éléments de traitement semblant donner des résultats positifs pour le traitement. Fondés sur cette définition, les énoncés des meilleures pratiques sont des recommandations pouvant évoluer à partir de l'expérience, du jugement et de la perspective d'experts, de même qu'à partir d'une recherche soutenue.

meilleures pratiques. Le sexe, la provenance ethnique, le lieu de résidence (rural par rapport à urbain) et d'autres questions sont abordés dans les en-têtes des principaux sujets. Un répertoire des programmes de CFA au Canada se trouve également à la fin du document.

1.4 Méthodologie

L'information sur les meilleures pratiques provient de deux sources d'information :

- un examen des rapports de recherche publiés et non publiés sur le traitement et la réadaptation dans les cas de CFA; et
- des entrevues avec des experts dans le domaine de l'élaboration et de la prestation de programmes axés sur la CFA;

1.4.1 Analyse documentaire

Les sources premières consultées pour identifier les rapports de recherche sont les suivantes :

- Alcohol and Alcohol Problems Science Database (ETOH) de l'U.S. *National Institute on Drug Abuse* (NIDA);
- le site Web du *U.S. National Commission against Drunk Driving* (www.ncadd.com);
- un examen récent de la documentation sur la CFA (Beirness *et al.*, 1997);
- MEDLINE (base de données de la *National Library of Medicine, National Institutes of Health*, É.-U.- en langue anglaise)
- CANBASE (la base de données canadienne sur les toxicomanies);

En ce qui concerne la section « Répertoire des programmes canadiens dans les cas de CFA », l'information a été recueillie grâce à un questionnaire rempli par les personnes responsables des programmes de CFA provincial et territorial au Canada.

- CCSADOCS (la base de données documentaire du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies);
- les rapports identifiés par les membres du Comité directeur.

Les rapports d'études contrôlées portant sur les questions d'intérêt ont été examinés en priorité. Un certain nombre de rapports ou de publications réalisés par des groupes d'experts ou des autorités reconnus sur la scène internationale ont été examinés afin d'étoffer les visées du présent rapport. On y fait référence dans les différentes sections qui suivent. Une échelle (consulter l'Annexe A) a été élaborée dans le but de quantifier chaque étude au regard de la qualité de la recherche et de la pertinence des résultats. L'évaluation quantifiée est présentée au Tableau 1.

1.4.2 Entrevues avec les experts-clés

Douze experts (tels que des directeurs, des gestionnaires ou des médecins consultants des programmes de CFA) ont été nommés par le Comité directeur du projet conformément à leur expertise sur les différents aspects des programmes de rééducation axés sur la CFA, et dans le souci d'assurer une représentation régionale. L'équipe du projet a communiqué avec les experts-clés afin de solliciter leur participation à une entrevue téléphonique d'une durée d'environ 90 minutes. Un guide d'entrevue normalisée a été utilisé pour réaliser les entrevues, mais celles-ci ont surtout été axées sur le domaine d'expertise de chaque expert-clé.

Au cours des entrevues, on a demandé aux experts-clés de se prononcer sur les questions suivantes découlant des principales questions de recherche : le dépistage des problèmes de consommation d'alcool et d'autres drogues;

l'évaluation et l'aiguillage vers un traitement; l'efficacité des interventions éducatives et thérapeutiques; les mécanismes de conformité administrative ou judiciaire; l'efficacité des programmes qui combinent le traitement avec la suspension du permis de conduire ou avec d'autres méthodes de restriction des possibilités de conduire; l'étude de cas, l'évaluation et la recherche; la formation des prestataires de services; la récupération des coûts des programmes d'éducation et de traitement; les relations entre les programmes d'éducation ou de traitement et les entités responsables de l'immatriculation des véhicules; et la programmation destinée aux cas de CFA chez les jeunes. On s'est également enquis auprès des experts-clés des derniers développements dans leurs ressorts, au chapitre de la programmation des mesures de rééducation axées sur la CFA.

1.4.3 Répertoire des programmes canadiens dans les cas de CFA

Les répertoires de programmes de Bierness *et al.* (1994) et de Stoduto *et al.* (1998) ont été utilisés afin d'identifier les répondants à une enquête sur les programmes canadiens dans les cas de CFA. À l'automne 2002, on a communiqué avec les membres du personnel touchés,

et on leur a demandé de dresser le profil de leur programme en remplissant un questionnaire. Dans plusieurs cas, des appels de suivis téléphoniques ont été effectués pour clarifier ou étoffer l'information.

Aperçu du problème de la conduite avec facultés affaiblies au Canada

2

2.1 Portée de la CFA

La CFA par l'alcool et/ou d'autres substances demeure l'une des principales causes d'accidents, de lésions et de décès au Canada. L'un des indicateurs de l'amplitude du problème de CFA au Canada particulièrement pertinent pour le présent projet est le nombre de personnes accusées d'infraction au *Code criminel* de CFA. La figure 1 présente le nombre et le taux (par 10 000 automobilistes avec permis de conduire) d'accusations de CFA relevés au Canada de 1974 à 2001. Le nombre total de personnes accusées de CFA culmine à 162 048 personnes en 1981. Le nombre d'accusations de CFA dans une année donnée reflète bien sûr partiellement le niveau d'activités relatives à l'exécution de la loi.

Toutefois, on reconnaît d'une manière générale que les diminutions sans précédent de cas de CFA dans les années 1980 sont le résultat des nouveaux programmes de sensibilisation et de prévention, des politiques et des activités qui ont été mis en oeuvre au cours de cette période. Le nombre absolu de mises en accusation a diminué de façon notable, se situant à 69 192 en 2000 – une diminution de 57 p. 100. Au cours des années les plus récentes pour lesquelles des données sont disponibles, le nombre de personnes accusées de CFA s'est légèrement élevé à 71 087 personnes (Centre canadien de la statistique juridique, 2002).

FACTEURS CLÉS

- La CFA par l'alcool et/ou d'autres substances demeure l'une des principales causes d'accidents, de lésions et de décès au Canada.
- Les diminutions sans précédent de cas de CFA dans les années 1980 sont le résultat des plusieurs nouveaux programmes de sensibilisation et de prévention, des politiques et des activités qui ont été mis en oeuvre au cours de cette période
- Au cours de la décennie qui s'est écoulée de 1981 à 1990, le pourcentage de conducteurs avec facultés affaiblies mortellement blessés est passé de 62 p. 100 à 45 p. 100.
- En 2000, 35,6 p. 100 des automobilistes tués dans des accidents de la route avaient consommé de l'alcool.
- On trouve moins de documentation sur la prévalence des cas de CFA par des drogues autres que l'alcool et les risques rattachés à ce comportement.
- Les lois interdisant la CFA par l'alcool figurent dans le *Code criminel* canadien depuis plusieurs années. En 1969, la Loi sur la conduite avec facultés affaiblies a été remplacée par une loi qui interdisait la conduite avec une alcoolémie supérieure à 80 mg par 100 ml de sang (0,08).

Suite des facteurs clés à la page 12

L'un des indicateurs fréquemment utilisés pour mesurer l'amplitude du problème de CFA est le pourcentage de conducteurs mortellement blessés dont le test d'alcoolémie révèle la présence d'alcool. La figure 2 représente cet indicateur pour le Canada de 1973 à 2000. Elle démontre de façon éloquente qu'au cours des années 1970, l'amplitude du problème n'a que très peu varié. En réalité, cet indice de la problématique a atteint son paroxysme en 1981, où 62 p. 100 des conducteurs mortellement blessés avaient consommé de l'alcool. Toutefois, au cours de la décennie qui s'est écoulée de 1981 à 1990, le pourcentage de automobilistes avec facultés affaiblies tués est passé de 62 p. 100 à 45 p. 100. Les progrès réalisés au cours des années 1980 ont connu un recul au début des années 1990, mais la tendance à la baisse a récemment été rétablie, quoiqu'à un rythme plus lent. En 2000, 35,6 p. 100 des automobilistes tués dans des accidents de la route

FACTEURS CLÉS (suite)

- Le *Code criminel* canadien stipule que le refus de se soumettre à un test de dépistage de l'alcoolémie constitue un délit, et celui-ci est assorti d'une peine équivalant à celle prévue pour la conduite avec une alcoolémie supérieure à 0,08.
- La plupart des provinces prévoient des sanctions et des mesures administratives : p. ex., les suspensions immédiates du permis de conduire qui s'appliquent aux conducteurs dont l'alcoolémie est inférieure à 0,08 – habituellement à 0,05.

avaient consommé de l'alcool. À ce chapitre, pour ce qui est de l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles, on estime que 864 personnes ont trouvé la mort dans des collisions où l'alcool était en cause (Mayhew, Brown et Simpson, 2002).

Figure 1 : Nombre et taux* de personnes accusées de conduite avec facultés affaiblies (Canada 1974–2001)

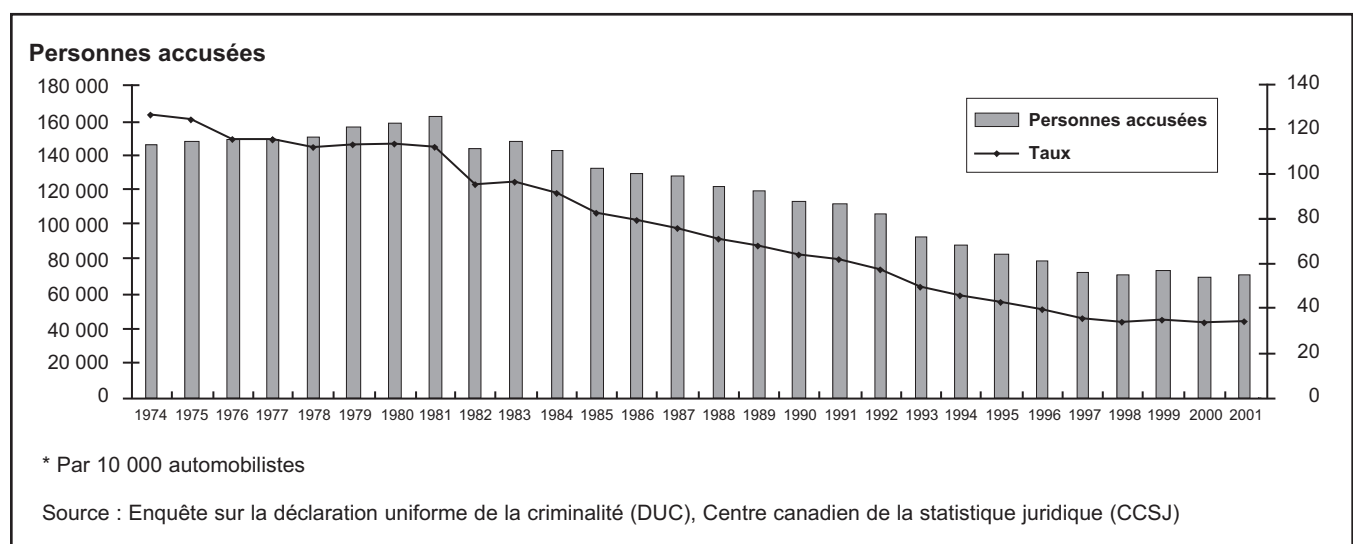
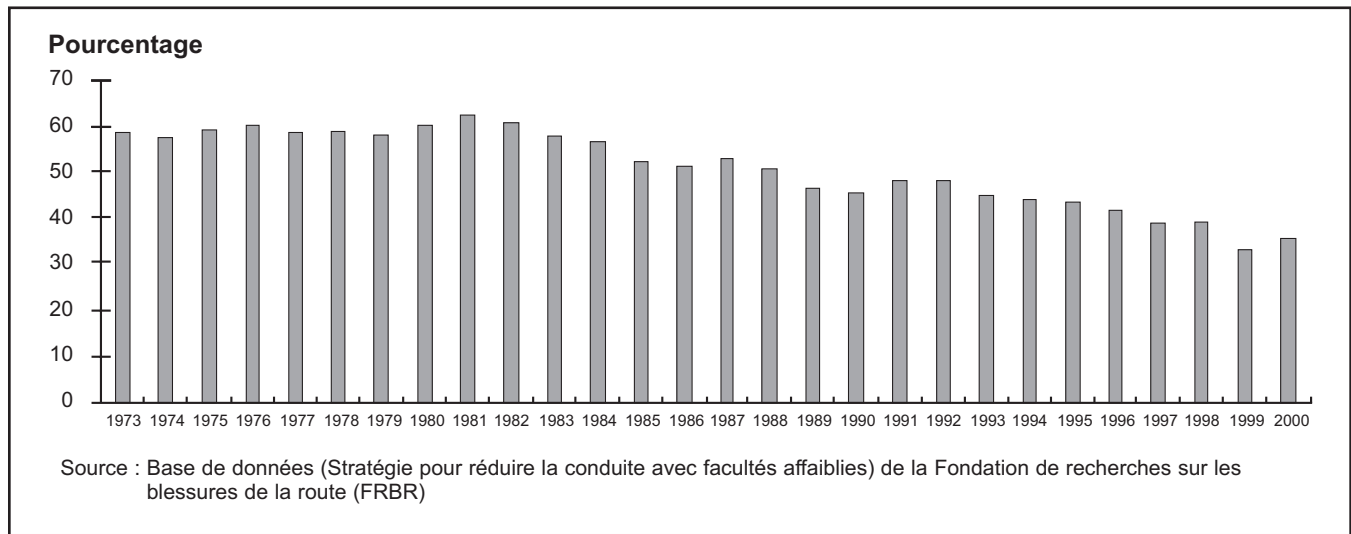


Figure 2 : Pourcentage de conducteurs mortellement blessés dont le test d'alcoolémie révèle la présence d'alcool : 1973–2000



Bien que ces indicateurs et autres indicateurs de CFA présentent des chiffres considérablement inférieurs à leurs équivalents au cours des décennies précédentes, la CFA demeure un problème préoccupant. Les accidents de la route, dont plusieurs sont causés par des conducteurs en état d'ébriété, constituent un grave problème de santé et de sécurité au Canada. Les accidents de la route représentent la septième cause principale des années potentielles de vie perdues (APVP) en 1997, et chez les enfants de 0 à 19 ans, ils représentent la troisième cause en importance d'APVP (Institut national du cancer du Canada, 2001). Environ le tiers de tous les décès survenus lors d'accidents de la route sont le fait de conducteurs qui conduisent en état d'ébriété (Mayhew *et al.*, 2002). Les accidents d'automobile attribuables à la consommation de boissons alcoolisées représentent 13 p. 100 de l'ensemble des hospitalisations attribuables à l'alcool et 12 p. 100 de l'ensem-

ble des journées d'hospitalisation en raison de l'alcool (Single *et al.*, 1996). Ils représentent également 22 p. 100 de l'ensemble des décès liés à l'alcool et 33 p. 100 de l'ensemble des années potentielles de vie perdues (Single *et al.*, 1996). Single *et al.*, (1996) estiment qu'en 1992, les accidents de la route associés à l'alcool au Canada ont entraîné des coûts directs en dommages s'élevant à 482 800 000 \$.

On trouve encore moins de documentation sur la prévalence des cas de CFA par des drogues autres que l'alcool et les risques rattachés à ce comportement. Les études canadiennes et internationales démontrent que le cannabis, la cocaïne, et probablement d'autres drogues illicites comme des hallucinogènes et certains médicaments administrés à des fins thérapeutiques, notamment les benzodiazépines, amoindrissent les capacités requises pour une conduite sécuritaire et sont associés à l'augmentation

significative des risques de collisions (Dussault *et al.*, 2002; Macdonald *et al.*, 2002). Après l'alcool, les drogues les plus souvent détectées dans le sang des conducteurs mortellement ou gravement blessés sont le cannabis, les benzodiazépines et les stimulants (y compris la cocaïne) (Cimbura *et al.*, 1990; Stoduto *et al.*, 1993). Walsh et Mann (1999) signalent que, dans un échantillon représentatif de conducteurs adultes en Ontario, 1,9 p. 100 affirmaient avoir conduit une heure après avoir fumé du cannabis au moins une fois au cours des 12 mois précédents et la proportion de conducteurs déclarant avoir conduit après avoir consommé du cannabis était plus élevée chez les plus jeunes répondants.

Plus récemment, Adlaf, Mann et Paglia (2003) affirmaient que, chez les Ontariens qui fréquentent une école secondaire et qui détiennent un permis de conduire, 19,3 p. 100 déclarent avoir déjà conduit après avoir consommé du cannabis au moins une fois au cours de la dernière année. Les études menées au Canada et ailleurs démontrent que certains psychotropes

habituellement utilisés à des fins thérapeutiques semblent également associés à une augmentation des risques de collision (p. ex., Hemmelgarn *et al.*, 1997). Neutel (1995), dans une étude menée en Saskatchewan, souligne que la probabilité de blessures de la route augmente considérablement au cours de la période après laquelle les prescriptions de benzodiazépines ont été complétées, comparativement aux taux qui prévalent dans un échantillon qui n'a pas reçu de prescription de benzodiazépines. Dans un rapport publié dernièrement sur un échantillon aléatoire de conducteurs canadiens, 17,7 p. 100 déclaraient avoir conduit, au cours des 12 derniers mois dans les deux heures suivant la consommation de certains types de médicaments qui pourraient influencer leur aptitude à la conduite sécuritaire. Les médicaments les plus fréquemment absorbés dans ce contexte étaient des médicaments offerts en vente libre (15,9 p. 100), les médicaments sur ordonnance (2,3 p. 100), le cannabis (1,5 p. 100) et autres drogues illicites (0,9 p. 100) (Beirness *et al.*, 2003).

2.2 Prévention de la CFA

Il est clair que les succès obtenus dans la diminution des cas d'alcool au volant au pays ne sont pas le résultat d'une seule et unique initiative; elles sont plutôt le résultat d'une vaste gamme de mesures soutenues et prises par les gouvernements et organismes non gouvernementaux au cours de cette période. Trois principaux types d'activités ont dominé parmi les initiatives prises pour prévenir la CFA au cours des 15 à 20 dernières années : 1) la prévention primaire, qui vise à sensibiliser le grand public aux dangers de la CFA; 2) la

prévention secondaire, qui vise à accroître l'efficacité des mesures d'application de la loi, et, 3) la prévention tertiaire, qui vise à réduire les risques de récidive chez les automobilistes reconnus coupables de CFA, y compris l'éducation des contrevenants ou le traitement pour les problèmes de consommation d'alcool ou d'autres drogues. L'un des principaux outils de la prévention tertiaire a été l'imposition de peines plus sévères dans tous les cas de CFA, particulièrement dans les cas de récidive.

Le Canada a une stratégie nationale, soit la Stratégie de réduction de la conduite avec facultés affaiblies (SRCFA). La SRCFA est une initiative du Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé (CCATM). Le plan Vision sécurité routière 2010 (Transport Canada, 2002), adopté par le CCATM, est une initiative d'envergure nationale ayant pour objet de doter le Canada des routes les plus sûres au monde. Un de ses objectifs est la diminution de 40 p. 100, d'ici à 2010, du pourcentage d'usagers de la route grièvement ou mortellement blessés dans une collision impliquant un conducteur avec facultés affaiblies. Le plan est appuyé par tous les niveaux de gouvernements, de même que par les intéressés des secteurs publics et privés.

Les programmes d'éducation axés sur la CFA ont d'abord été élaborés dans les années 1960 où l'on a constaté qu'un grand pourcentage des contrevenants ne connaissaient que très peu les effets de l'alcool sur la conduite et les questions connexes, et adoptaient le comportement inapproprié de conduire après avoir consommé de l'alcool. Ces programmes ont produit des résultats mitigés et souvent peu probants lorsqu'ils ont été utilisés comme option de rechange aux sanctions juridiques et aux suspensions de permis de conduire, sans égard aux différences individuelles dans les problèmes relatifs à l'alcool et aux autres drogues chez les personnes concernées (Mann, 1992). Toutefois, des recherches et analyses plus poussées démontrent que, lorsqu'ils sont jumelés à des suspensions de permis de conduire, les programmes d'éducation réussissent à réduire les risques de récidive en matière de CFA chez les contrevenants qui ne présentent pas de problème important de consommation d'alcool. Ainsi,

ces programmes sont financés par plusieurs ressorts et les contrevenants dans les cas CFA sont souvent tenus de suivre ces programmes pour que leur permis de conduire soit rétabli.

Au Canada, l'intérêt à l'égard des programmes de rééducation axés sur la CFA remonte à plusieurs années (p. ex., Smart et Schmidt, 1961). Les premiers programmes spécialisés sur la CFA ont probablement été élaborés et mis en œuvre sur une base restreinte dans les années 1960 (Mann, 1992). Depuis, les programmes ont été élaborés et mis en œuvre dans plusieurs régions du pays. Le programme complet appliqué à l'échelle du Manitoba a servi de modèle aux programmes d'autres provinces.

Les programmes de dépistage, d'évaluation et d'éducation obligatoires ou de traitement sont en vigueur dans plusieurs provinces/territoires et sont recommandés par la SRCFA 2010. Ils exigent que les contrevenants se soumettent à un processus de dépistage et d'évaluation et/ou complètent un programme de traitement ou d'éducation avant que leur permis de conduire soit rétabli. Dans les ressorts qui prévoient des programmes de cette nature, l'intervention se fait habituellement à deux ou trois niveaux. Le premier niveau – visant les contrevenants primaires ou ceux considérés comme étant à faible risque – se limite habituellement à une brève séance d'éducation. Le deuxième niveau d'intervention est destiné aux contrevenants lors de la toute première étape d'un problème de consommation d'alcool ou d'autres drogues, ou qui présentent un risque plus grand en raison de leurs attitudes et comportements à l'égard de la CFA. L'intervention se produit habituellement sur une période prolongée et peut prévoir une évaluation plus approfondie

de même que la possibilité de travailler sur des stratégies en vue de régler les problèmes identifiés. Le troisième niveau d'intervention vise les contrevenants considérés comme souffrant d'un problème de consommation d'alcool ou d'autres drogues graves ou de dépendance, et prévoit habituellement l'aiguillage vers un

programme de traitement et de réadaptation pour les problèmes de consommation d'alcool et d'autres drogues. Dans les ressorts qui prévoient des programmes obligatoires axés sur la CFA, on prévoit habituellement un mécanisme de récupération des coûts pour l'évaluation seule ou pour l'évaluation et le traitement.

2.3 Contexte réglementaire et légal de la CFA

Les lois interdisant la CFA par l'alcool figurent dans le *Code criminel* canadien depuis plusieurs années. En 1969, la Loi sur la conduite avec facultés affaiblies a été remplacée par une loi per se qui interdisait la conduite avec une alcoolémie supérieure à 80 mg par 100 ml de sang (0,08). Les règlements ont fait leur apparition dans les pays scandinaves et en Grande-Bretagne, où il a été démontré qu'ils facilitaient grandement le traitement dans les cas de CFA et entraînaient des réductions significatives au chapitre du nombre de collisions, de blessures et de décès (Ross, 1984; Mann *et al.*, 2001). En outre, le *Code criminel* canadien stipule que le refus de se soumettre à un test de dépistage de l'alcoolémie constitue un délit, et celui-ci est assorti d'une peine équivalant à celle prévue pour la conduite avec une alcoolémie supérieure à 0,08. Le *Code criminel* canadien a été révisé en 1985, et prévoyait de nouveaux délits pour la CFA causant des lésions corporelles et la CFA causant la mort. Plus récemment, le gouvernement du Canada a prévu, dans le *Code criminel*, des sanctions plus sévères pour la CFA, y compris une peine maximale d'emprisonnement à vie pour la CFA causant la mort.

Toutes les provinces et les territoires exercent également leur autorité, vis-à-vis des codes de la route, pour imposer des sanctions et des mesures administratives qui s'appliquent aux automobilistes trouvés coupables d'infractions au *Code criminel* en raison de CFA. Ces sanctions sont indépendantes du *Code criminel* et peuvent comprendre par exemple la suspension du permis de conduire qui dépasse le temps d'interdiction obligatoire prévu par le *Code criminel*. Ces sanctions et mesures provinciales et territoriales sont invoquées lors d'une condamnation à une infraction de CFA au *Code criminel*.

Ainsi, la plupart des provinces prévoient la suspension sur place du permis de conduire, une sanction administrative qui s'appliquent aux automobilistes dont l'alcoolémie est inférieure à 0,08 – habituellement à 0,05. Ces suspensions de permis de conduire entre en vigueur immédiatement plutôt qu'à la suite d'une condamnation pour infraction de CFA au *Code criminel*. Elles sont prononcées sur place à la discrétion des agents de police, et les permis sont suspendus pendant une période de 12 ou de 24 heures. Certaines provinces conservent des registres officiels des suspensions de permis de conduire immédiates.

Enjeux relatifs aux pratiques actuelles en matière de traitement

3

3.1 Efficacité des interventions éducatives ou thérapeutiques des contrevenants dans les cas de CFA

3.1.1 Indications de la documentation

Pour déterminer l'efficacité de tout type de programmes d'éducation, de traitement ou de réadaptation des contrevenants dans les cas de CFA, il est nécessaire d'utiliser une méthodologie de recherche qui tient compte de l'influence d'autres facteurs sans lien avec le traitement tels que la motivation, la gravité du problème et les ressources sociales. La méthodologie de recherche optimale comprend des sujets qui sont assignés, sur une base aléatoire, à l'intervention, à l'étude ou à certaines options de rechange. Les options de rechange peuvent comprendre les sanctions, l'absence de programmes d'éducation ou de traitement et/ou différents types de programmes d'éducation ou de traitement. La plupart des études portant sur l'éducation et le traitement des automobilistes avec facultés affaiblies ne s'appuient pas sur ce genre d'étude expérimentale. Cela s'explique parce qu'il est difficile de persuader les tribunaux de sélectionner, sur une base aléatoire, les automobilistes condamnés pour CFA dont la peine sera assortie ou non d'un type de traitement. Toutefois, l'on constate des exceptions dignes d'intérêt (voir ci-dessous).

FACTEURS CLÉS

- L'utilisation des programmes de rééducation destinés aux automobilistes trouvés coupables de CFA s'est accrue de façon constante au cours des dernières décennies.
- Tout porte à croire que les programmes de rééducation peuvent influencer positivement les connaissances, les croyances, les attitudes, les habitudes de consommation d'alcool, le récidivisme, les accidents de la route et l'état de santé des automobilistes condamnés pour CFA.
- Fonder sur une méta-analyse de Wells-Parker *et al.* (1995), les programmes de traitement et de réadaptation exercent généralement une faible influence, quoique positive (7 à 9 p. 100 de réduction) sur l'incidence de récidive dans les cas de CFA et les accidents, par comparaison aux sanctions punitives régulières non assorties de l'obligation de suivre un traitement.
- La méta-analyse de Wells-Parker *et al.* (1995) indique que les stratégies combinées se révèlent plus efficaces auprès des récidivistes et des contrevenants primaires.
- L'étude de la documentation menée dans le cadre du présent projet a permis de dégager 11 rapports de contrôle ou d'études de groupes témoins depuis 1990 qui visaient à évaluer les effets des programmes d'éducation ou de traitement et de réadaptation sur le taux de récidive de CFA.

Suite des facteurs clés à la page 18

Une méthodologie plus répandue est la quasi-expérience où les résultats obtenus auprès des personnes qui ont fait l'objet de l'intervention à l'étude sont comparés avec ceux obtenus dans des groupes semblables ou avec les individus qui n'ont pas fait l'objet de l'intervention. Dans ces cas, l'enjeu pour le chercheur consiste à faire correspondre les individus ou les groupes à des variables autres que le traitement qui peuvent influencer leurs destins respectifs. Les variables correspondantes comprennent habituellement l'âge, le sexe, la gravité du problème, l'historique des appréhensions et des condamnations pour CFA. On peut parfois y parvenir en identifiant des cas témoins pour chaque individu dans le groupe faisant l'objet de l'intervention ou en identifiant des groupes témoins dont les caractéristiques globales sont semblables à celles du groupe faisant l'objet de l'intervention. Des méthodes statistiques peuvent également être mises à contribution pour compenser les différences mesurées entre le groupe soumis au traitement et le groupe témoin. Toutefois, les résultats des études quasi-expérimentales risquent d'être faussés si les groupes à l'étude présentent des différences sur des facteurs non mesurés ou contrôlés (p. ex., le degré de motivation à suivre le traitement ou l'exposition à des sanctions pénales.)

D'autres facteurs essentiels à l'évaluation des interventions dans les cas de CFA comprennent le choix des mesures des résultats et l'intervalle de suivi. La mesure du résultat la plus fréquemment utilisée est le taux de récidive, indiqué par le nombre d'arrestations ou de condamnations subséquentes pour CFA. Cette mesure présente l'avantage d'être objective, mais n'indique que maladroitement les comportements réels relatifs à la CFA parce que le risque d'arrestation pour

FACTEURS CLÉS *(suite)*

- Aucune étude sur les effets d'un programme de rééducation destiné aux individus reconnus coupables de CFA par des drogues autres que l'alcool n'a été mise au jour.
- Des études sur l'évaluation des effets du traitement des problèmes de consommation de drogue sur la conduite démontrent un impact significatif sur la réduction du nombre total de condamnations pour CFA et de collisions.

CFA par l'alcool ou autres drogues est faible, même chez les récidivistes. L'éthique entre également en ligne de compte pour les prestataires de traitement quant à l'utilisation du nombre d'arrestations après le traitement comme mesure du rendement du traitement, parce que l'absence d'arrestation ne signifie pas nécessairement que les objectifs du traitement ont été atteints. Ainsi, il est possible que les personnes reconnues coupables de CFA ne soient plus arrêtées pour la même infraction, car elles ont peut-être modifié leur comportement à l'égard de la conduite, mais conservent des problèmes de consommation d'alcool ou d'autres drogues importants. Ces cas seraient considérés comme des échecs d'un point de vue clinique, mais comme des réussites du point de vue de la réduction des méfaits ou de la sécurité du public. Ces considérations ne sont peut-être pas importantes si les traitements visent essentiellement l'objectif de réduction des méfaits (c.-à-d. l'élimination de la CFA), ce qui n'a pas été le cas jusqu'à présent. On offre des traitements aux contrevenants coupables de CFA, non seulement dans le but de les décourager de conduire avec des facultés affaiblies par l'alcool ou autres drogues, mais également parce que l'on croit qu'ils ont besoin d'aide pour régler un problème de consommation d'alcool ou d'autres drogues.

La durée du suivi est également essentielle à l'évaluation des programmes d'éducation et de traitement dans les cas de CFA parce que l'on veut que ces programmes aient un effet durable. La documentation sur la CFA présente des exemples d'études de suivi étalées sur des périodes de 10 ans et plus, mais l'on trouve également des études dont les intervalles de suivi sont beaucoup plus courts et leurs résultats risquent de ne pas demeurer valides à long terme.

Plusieurs rapports de recherche publiés et non publiés utilisent une méthodologie quasi expérimentale ou expérimentale pour déterminer si certains types de programmes d'éducation ou de traitement en particulier affectent les comportements subséquents des personnes qui conduisent avec facultés affaiblies par de l'alcool ou de la drogue. Dans la plupart des cas, ces études ont comparé la situation de personnes ayant suivi des programmes d'éducation ou de traitement avec des personnes qui n'en ont jamais suivi. Toutefois, peu d'études ont comparé différents types de programmes d'éducation ou de traitement. En règle générale, le principal résultat d'intérêt est le taux de récidive des cas de CFA indiqué par les arrestations après intervention.

Un grand nombre d'études (194) publiées dans les années 1990 ou avant ont fait l'objet d'une méta-analyse par Wells-Parker *et al.* (1995). Ces études portent toutes sur les contrevenants dans les cas de CFA et se sont intéressées à la comparaison entre les cas avec mesures de « remédiation » (la probation active, l'éducation, le traitement psychologique, les groupes de discussion intéressés aux répercussions sur les victimes

et les dispositifs de verrouillage du système de démarrage³) et les cas sans mesures de remédiation, ou les cas comprenant deux ou plusieurs mesures de remédiation. Bon nombre des personnes bénéficiaires de programmes d'éducation ou de traitement ont également mérité des sanctions, et parfois celles-ci étaient plus sévères que celles imposées au groupe n'ayant été soumis à aucune mesure de remédiation. Dix-huit des études ont mis en comparaison deux échantillons indépendants ou plus, ce qui donne un total de 212 échantillons discrets pour l'analyse.

La rigueur de la méthodologie des études varie considérablement, tout comme le degré de confiance accordé aux résultats et conclusions. L'un des problèmes fréquemment rencontrés est le mécanisme de rapport des résultats inapproprié et la description inadéquate des interventions et des peines imposées au groupe avec mesures de remédiation et au groupe sans mesure de remédiation. Ces difficultés sont entrées en ligne de compte dans la méta-analyse et, de façon générale, les études dont la méthodologie était solide tendent à démontrer que les mesures de remédiation avaient peu d'effet en comparaison des études présentant des faiblesses au niveau méthodologique.

Cependant, l'analyse a permis de démontrer, en moyenne, que les programmes de traitement et de réadaptation exerçaient une faible influence, quoique positive (7 à 9 p. 100 de réduction) sur l'incidence de récidive dans les cas de CFA attribuables à la consommation d'alcool et les accidents, par comparaison aux sanctions punitives régulières non assorties de l'obligation de

³ Tel qu'il a été mentionné, les dispositifs de verrouillage du système de démarrage ne font l'objet d'aucune autre considération dans le présent rapport.

suivre un traitement. Dans ces cas, la moyenne tient compte de tous les types de contrevenants et de tous les types de programmes de réadaptation et de traitement pour lesquels des données sont disponibles. Cette conclusion se compare à celles de l'étude de la documentation publiée, réalisée récemment (Mann *et al.*, 1983; McKnight et Voas, 1991), contrairement aux conclusions des études menées par Foon (1988) et le *Institute of Medicine* (1990), selon lesquelles la remédiation dans les cas de CFA n'a aucun effet mesurable.

La méta-analyse de Wells-Parker *et al.* (1995) indique que les stratégies combinées (c.-à-d. l'éducation, la psychothérapie, le suivi tel que la postcure et la surveillance par contact) se révèlent plus efficaces auprès des récidivistes et des contrevenants primaires. Toutefois, le taux de réduction de la CFA après le traitement, chez les contrevenants « à degré élevé » ou « hautement problématiques » (la définition de ces termes varie selon les études), est inférieur à celui des contrevenants dont le niveau de risques est plus modéré. Il est important de mentionner que certains de ces groupes à risques élevés avaient été soumis à des interventions moins efficaces (p. ex., la participation obligatoire aux Alcooliques Anonymes (AA) seulement). Wells-Parker et ses collaborateurs prétendent que ces résultats démontrent la nécessité d'approfondir davantage la question, particulièrement les avantages de faire concorder les divers types de CFA avec les différents genres de traitement.

L'étude de la documentation menée dans le cadre du présent projet a permis de dégager 11 rapports de contrôle ou d'études de groupes témoins depuis 1990 (l'année charnière de

l'examen des études de Wells-Parker) qui visait à évaluer les effets des programmes d'éducation ou de traitement sur le taux de récurrence de CFA. Ces études sont résumées au Tableau 1, et des précisions sont présentées ci-dessous. Le Tableau 1 présente également une échelle de notation de la rigueur méthodologique utilisée comme modèle (Annexe A) selon une échelle utilisée par Wells-Parker *et al.* (1995). Toutefois, étant donné les objectifs beaucoup plus modestes du présent document, les études ne sont pas discriminées au même degré. La notation maximale est de 12 (la plus rigoureuse). Les notations inférieures à six indiquent des limitations graves et la nécessité d'interpréter les résultats avec la plus grande prudence. Les principales raisons expliquant les notations faibles sont les suivantes : 1) le manque de renseignements sur les interventions étudiées, et 2) les biais non contrôlés associés à la sélection des cas pour les programmes d'éducation ou de traitement. D'ordinaire, le processus de sélection des études prévoit la sélection par libre arbitre et la décision des magistrats. Une autre limite dans certains cas était le regroupement des programmes d'éducation ou de traitement avec d'autres avantages, comme la possibilité d'éviter une condamnation au criminel ou l'emprisonnement.

Peck, Arstein-Kerslake et Helander (1994) ont mené, au sein d'un groupe d'automobilistes condamnés pour CFA en Californie, une évaluation des facteurs qui influencent la récurrence. Les données utilisées pour cette analyse proviennent de deux évaluations randomisées décrites précédemment sur les effets des programmes de rééducation (Reis, 1982 a,b), concluant que

l'aiguillage vers des programmes de rééducation a entraîné une réduction considérable du taux de récidive. Peck, Arstein-Kerslake et Helander (1994) ont jumelé les données des deux études rapportées par Reis et ont utilisé une méthode statistique multivariée pour tenter de gérer les antécédents en matière de CFA, le dossier criminel, l'âge, l'état matrimonial, la profession et les attitudes de départ. Étant donné que les deux études comportent des différences importantes au chapitre des groupes de contrevenants, des interventions de rééducation utilisées et de l'emplacement des programmes (pour ne nommer que celles-ci), il convient mieux de considérer les analyses rapportées par Peck *et al.* (1994) comme une méthodologie de groupe témoin dont les similitudes des groupes au niveau des variables clés ne sont pas toujours claires.

Les contrevenants ayant fait l'objet de cette étude (N = 7 316) ont été aiguillés vers l'un des nombreux programmes destinés aux contrevenants primaires ou aux récidivistes, ou aux groupes témoins ne suivant pas de traitement. Les options de traitement pour les contrevenants primaires étaient les suivantes : 1) éducation en classe (4 séances de 2,5 heures) ou; 2) étude à domicile. Dans le cas des récidivistes, les options de traitement étaient les suivantes : 1) counselling thérapeutique; 2) counselling et intervention thérapeutique des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues, ou; 3) rencontre deux fois par semaine sans counselling ou intervention thérapeutique des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et

d'autres drogues. La mesure des résultats est une mesure composite, unique pour cette étude, qui couvre la conduite dangereuse, les accidents impliquant la CFA, les accidents qui surviennent tard la nuit et les accusations de CFA. Bien que de nombreuses mesures démographiques et relatives à la conduite aient servi de variables descriptives importantes de la mesure composite de la conduite problématique, la participation à un programme de rééducation n'est pas entrée en ligne de compte.

Taxman et Piquere (1998) se sont intéressés à une période de suivi de trois ans auprès de 3 671 contrevenants condamnés pour CFA au Maryland, à qui les tribunaux ont imposé différentes conditions. Elles sont énumérées au Tableau 1, mais les auteurs donnent peu de détails. Toutefois, ces derniers précisent que la composante relative à l'éducation était assurée par un programme reconnu par l'État, et que le traitement était essentiellement offert à l'externe. L'aiguillage vers des formes particulières de sanction et/ou de traitement est laissé à la discrétion des tribunaux et dépend de différents facteurs.

On a utilisé un modèle de régression des hasards proportionnels de Cox pour identifier les variables permettant de prévoir le taux de récidive sur une période de trois ans. Les variables portant sur les contrevenants utilisées pour cette analyse étaient l'âge, le sexe, la première infraction (oui/non), et le nombre d'infractions routières antérieures.

Tableau 1 : Études récentes des groupes de contrôle ou témoins sur l'efficacité des programmes d'éducation ou de traitement des contrevenants dans les cas de CFA

Auteur (date)	Méthodologie	Interventions comparées	Échantillon et taille	Période de suivi	Mesures des résultats	Résultats	Notation
Taxman et Piquere (1998)	Étude du groupe témoin avec contrôle statistique pour l'âge, le sexe et les antécédents judiciaires	<p>Peines :</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Probation avant condamnation (2) Restriction au permis de conduire (3) Emprisonnement (4) Probation sans supervision (5) Probation supervisée (6) Supervision intensive (7) Amendes <p>Réadaptation :</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Ordonnance de sobriété par le tribunal (2) AA (3) Éducation (4) Programme de traitement (non précisé) 	3 671 contrevenants primaires ou récidivistes	3 ans	Récidive de CFA	Réadaptation, sans peine, associée à un faible taux de récidive	7
DeYoung (1997)	Étude du groupe témoin avec contrôle statistique pour les caractéristiques communautaires et celles liées au dossier (voir le texte)	<p>Contrevenants primaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Emprisonnement (2) Emprisonnement et restriction du permis (3) Emprisonnement et suspension du permis (4) Emprisonnement et traitement (5) Traitement uniquement (6) Traitement et restriction du permis <p>Contrevenants secondaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Traitement et restriction du permis (2) Traitement et suspension du permis (3) Suspension du permis uniquement <p>Contrevenants tertiaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Traitement de 18 mois et révocation du permis (2) Traitement de 30 mois et révocation du permis (3) Révocation du permis seulement 	<p>88 552 contrevenants primaires</p> <p>27 292 contrevenants secondaires</p> <p>32 787 contrevenants tertiaires</p> <p>On dénombre plusieurs cas (plus de 2 000) pour chacun</p>	18 mois	<p>Délai avant la prochaine condamnation</p> <p>Toute condamnation pour CFA</p>	Le traitement assorti de restrictions ou suspension du permis de conduire a été associé avec le plus faible taux de récidive de CFA.	7

Tableau 1 : Études récentes des groupes de contrôle ou témoins sur l'efficacité des programmes d'éducation ou de traitement des contrevenants dans les cas de CFA (suite)

Auteur (date)	Méthodologie	Interventions comparées	Échantillon et taille	Période de suivi	Mesures des résultats	Résultats	Notation
Mann, Anglin, Wilkins et al. (1994)	Expérience randomisée et étude de groupe témoin sans contrôle pour les différences du groupe	(1) Brève éducation (2) Aucun traitement	(1) 347 récidivistes mâles dont 220 ont été aiguillés vers un programme d'éducation sur une base aléatoire (2) 276 récidivistes mâles assignés à un programme d'éducation (non aléatoire)	8-13 ans	Mortalité attribuable à toutes les causes et décès de cirrhose, dépendance à l'alcool, accident ou violence	Dans les études expérimentales et non expérimentales, les taux de mortalité pour cause d'accident ou de violence (mais non de cirrhose ou de dépendance à l'alcool) sont considérablement plus faibles que chez les personnes ayant suivi des programmes d'éducation	7
Nickel (1990a,b)	Étude de groupe témoin avec analyse secondaire comparant les résultats selon les régions avec des différents taux de condamnation pour CFA et des différents groupes d'âge	(1) L'utilisateur paie huit semaines de cours portant sur l'éducation, l'autocritique, la dynamique du travail de groupe, les travaux individuels avec une année de suivi (2) Les personnes condamnées pour CFA sont jugées aptes à conduire sans programme d'éducation	2 888 contrevenants secondaires dont 1 544 ont été affectés à des programmes d'éducation	3 ans et 5 ans	Toute condamnation pour CFA	Les taux de condamnation ultérieurs des personnes qui ont assisté au programme étaient inférieurs à ceux du groupe de contrôle (13,4 p. 100 par rapports à 18,8 p. 100 à 36 mois, 21 p. 100 par rapport à 26,9 p. 100 à 60 mois)	7
Peck, Arstein, Kerlake et Helander (1994)	Expérience randomisée	Contrevenants primaires: (1) Éducation en classe (2) Étude individuelle (3) Groupe de contrôle Récidivistes (1) Counselling (2) Counselling + traitements pour toxicomanie (3) Contact deux fois par semaine seulement (4) Groupe de contrôle	4 631 contrevenants primaires 2 685 récidivistes	4 ans	Mesure composite de récidive, y compris la conduite dangereuse, les accidents impliquant la CFA, les accidents en fin de soirée et les accusations de CFA	Variables du traitement n'influençant pas le taux de récidive quand les caractéristiques des cas ont été contrôlées à l'aide d'une analyse de régression	6

Tableau 1 : Études récentes des groupes de contrôle ou témoins sur l'efficacité des programmes d'éducation ou de traitement des contrevenants dans les cas de CFA (suite)

Auteur (date)	Méthodologie	Interventions comparées	Échantillon et taille	Période de suivi	Mesures des résultats	Résultats	Notation
Jones, Wiliszows ki et Lacey (1996)	Groupe témoin avec contrôle statistique de l'âge, du sexe, de la provenance ethnique, de l'état matrimonial et des antécédents en matière de CFA	(1) Supervision communautaire intensive (2) Peines d'emprisonnement traditionnelles	1 958 récidivistes dont 506 suivaient un traitement	20 mois	Toute récidive de CFA	Le taux de récidive était de 10,7 p. 100 dans le groupe témoin et de 5,6 p. 100 dans le groupe soumis au traitement ($p < 0,002$)	6
Jones et Lacey (1999)	Étude du groupe témoin avec contrôle statistique de l'âge, du sexe, de la provenance ethnique, de la scolarité, de la consommation d'alcool et des antécédents judiciaires	(1) Centre de contrôle quotidien avec évaluation des besoins professionnels et de traitement et aiguillage (2) Probation régulière et incarcération avec counselling moins intensif et moins spécialisé	2 841 récidivistes dont 176 appartenaient au groupe soumis au traitement	80 mois	Toute récidive de CFA	Aucune différence entre les groupes; cependant, le contrôle quotidien est rentable parce que les sujets passent moins de temps en prison	6
Tornos (1994)	Étude du groupe témoin avec correspondance individuelle selon l'âge, le sexe, la criminalité, l'infraction	(1) Programme d'éducation volontaire de quatre semaines (2) Aucun programme	1 222 contrevenants de CFA incarcérés dont 611 ont volontairement suivi un programme d'éducation	4 ans	Toute condamnation pour CFA	Le taux de nouvelles condamnations des contrevenants primaires était inférieur chez les participants au programme (12,5 p. 100 par rapport à 19,5 p. 100). Aucune différence dans le cas des récidivistes (43 p. 100 dans chaque cas)	6

Tableau 1 : Études récentes des groupes de contrôle ou témoins sur l'efficacité des programmes d'éducation ou de traitement des contrevenants dans les cas de CFA (suite)

Auteur (date)	Méthodologie	Interventions comparées	Échantillon et taille	Période de suivi	Mesures des résultats	Résultats	Notation
Davies et al. (sans date)	Étude du groupe témoin sans contrôle avec des différences éventuellement significatives entre les groupes	(1) Programme d'éducation obligatoire (au frais de l'utilisateur) et durée réduite de la période de suspension du permis (2) Amende et suspension du permis	20 000 contrevenants primaires ou récidivistes dont 9 000 ont été aiguillés vers un programme d'éducation obligatoire	4 ans	Toute condamnation pour CFA	La participation au cours est associée à une réduction de 50 p. 100 du taux de nouvelle condamnation	3
Lucker et Osti (1997)	Étude du groupe témoin sans contrôle des différences évidentes entre les groupes	(1) Intervention avant le procès au moyen de programmes communautaires à court terme avec supervision et soutien et sans condamnation criminelle (2) Condamnation avec peine, éducation et probation	3 994 contrevenants primaires	10 ans	Toute récidive de CFA	Les personnes reconnues coupables de CFA et en probation ont plus de chance d'être condamnées (47 p. 100) que les personnes qui ont complété l'intervention avant le procès	2
Kooler et Bruvold (1992)	Groupe témoin avec contrôle statistique de la provenance ethnique, de l'âge, du sexe et de la gravité de l'infraction	(1) Éducation en classe pour les mineurs en probation (2) Probation uniquement	700 contrevenants mineurs accusés de CFA dont 100 ont reçu une éducation en salle de classe	Variable et uniquement jusqu'à l'âge de 18 ans	Tout délit de CFA chez un mineur	Les participants au programme d'éducation en classe présentent un taux de récidive moins élevé	Sans notation

Les résultats démontrent que pour l'ensemble des contrevenants, les interventions de rééducation (éducation et traitement), à l'exception des peines, étaient associées à un taux de récidive moins élevé. Toutefois, l'analyse n'a pas tenu compte des effets combinés des programmes de rééducation et des sanctions. Les contrevenants qui ont reçu une ordonnance de probation avant la sentence avaient moins de chance de récidive que les autres. Chez les contrevenants primaires, on n'a fait état d'aucun effet significatif du traitement. Dans tous les cas, le taux de récidive est associé aux contrevenants plus âgés et qui ont déjà été reconnus coupable de CFA.

DeYoung (1997) s'est intéressé à l'efficacité des traitements des problèmes attribuables à la consommation d'alcool, aux mesures relatives au permis de conduire et aux peines d'emprisonnement pour réduire le taux de récidive dans les cas de CFA. Il s'est servi d'une méthodologie quasi expérimentale pour comparer les taux et les intervalles de nouvelles condamnations sur une période de 18 mois dans le cas des contrevenants primaires, des contrevenants secondaires et des récidivistes condamnés pour CFA, assujettis à différentes conditions par les tribunaux. Le rapport DeYoung présente peu de précisions sur les conditions à part celles figurant au Tableau 1. La taille des échantillons était très importante : 88 552 contrevenants primaires, 27 292 contrevenants secondaires et 32 787 contrevenants avec trois infractions et plus.

Toutes les analyses ont tenu compte de l'âge, du sexe, de la catégorie de permis, des condamnations, du nombre d'accidents et du nombre d'accidents avec décès ou lésions survenus au

cours des trois années précédentes, de même que des différentes caractéristiques de la collectivité d'appartenance (nombre moyen d'accidents avec lésions, d'infractions au code routier, temps moyen de déplacement au travail, composition ethnique, taux de chômage et niveau de revenu).

Les résultats des analyses démontrent que, pour les condamnations antérieures pour CFA à tous les niveaux, la combinaison des traitements des problèmes attribuables à la consommation d'alcool avec les restrictions sur le permis de conduire ou la suspension générait le taux le moins élevé de récidive de CFA.

Mann *et al.* (1994) ont examiné le taux de mortalité des automobilistes condamnés pour un deuxième délit de CFA (N = 347) qui ont été aiguillés, sur une base aléatoire, vers un programme d'éducation de courte durée ou vers un groupe témoin ne suivant aucun traitement. Le rapport indique que les objectifs, la structure et le contenu du programme sont assimilables à ceux d'autres programmes offerts en Amérique du Nord au cours de la même période. Pendant huit semaines, les contrevenants ont participé à des rencontres hebdomadaires d'une durée de deux heures. On leur a présenté de l'information sur les effets biologiques et psychologiques de l'alcool, l'aspect juridique de la CFA, la nature de l'abus de l'alcool et de la dépendance à l'alcool, l'identification des difficultés individuelles attribuables à l'alcool et les ressources disponibles dans ces cas.

Au cours d'une période de suivi s'étalant sur 8 ans à 13 ans, 14 membres (11 p. 100) du groupe témoin et 17 membres (7,7 p. 100) du

groupe de réadaptation sont décédés de causes différentes. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une différence significative du point de vue statistique, selon les critères conventionnels ($p = 0,08$), le nombre de décès attribuable à des causes accidentelles et violentes (et non de cirrhose ou de dépendance à l'alcool) était considérablement inférieur dans le groupe qui avait suivi un programme d'éducation. D'autres comparaisons portant sur des cas qui n'ont pas été aiguillés sur une base aléatoire vers des programmes d'éducation ou vers un groupe témoin ont produit des résultats semblables. Les auteurs croient que les programmes d'éducation peuvent réduire l'occurrence des comportements à risque pour la conduite chez les buveurs problématiques précoces ou sporadiques, mais peuvent présenter une valeur limitée au chapitre de la réduction du risque de décès par suite de cirrhose ou de dépendance à l'alcool chez les buveurs qui présentent des problèmes chroniques de consommation d'alcool.

Nickel (1990a,b) s'est intéressé à l'évaluation d'un programme éducatif reconnu, financé au moyen de frais d'utilisation, destiné aux contrevenants primaires pour CFA en Allemagne. Le programme adoptait une approche axée sur la dynamique de groupe. Les automobilistes condamnés pour CFA ont été contraints par les tribunaux de suivre le programme s'ils étaient jugés inaptes à conduire sans le suivre. Les participants signaient un contrat de participation à toutes les séances, les obligeant à être ponctuels, sobres la journée de la séance et à effectuer tous les devoirs individuels à la maison.

Le programme débutait par une série d'activités sur une période de deux semaines au cours desquelles les participants étaient invités à

surveiller leur consommation et à compléter une série de devoirs à la maison. Les principales activités du cours prévoyaient six rencontres hebdomadaires en petits groupes, au cours desquelles les participants pouvaient discuter de leur profil de consommation, de leurs habitudes de consommation et de conduite et apprenaient l'observation de soi et l'autocontrôle pour apporter des changements dans leur comportement. Au cours des 18 mois qui ont suivi, on a envoyé aux participants des lettres d'information et on leur a demandé de compléter d'autres devoirs à la maison. Ce contact continu visait à renforcer les leçons apprises et à offrir du soutien et de l'encouragement pour poursuivre le processus de changement du comportement. Après avoir participé aux six séances en petits groupes, les participants ont reçu un certificat préalable au rétablissement du permis de conduire. Le groupe s'est réuni après 24 mois pour discuter des difficultés et des problèmes et faire le point sur les progrès accomplis.

Nickel a découvert que le taux de nouvelles condamnations chez les 1 544 participants au programme après 36 mois était inférieur à celui des 1 344 automobilistes condamnés pour CFA qui ont été jugés aptes à conduire sans suivre le programme (13,4 p. 100 par rapport à 18,8 p. 100). Après 60 mois, le taux de nouvelles condamnations était également moins élevé chez les participants au programme (21 p. 100 par rapport à 26,9 p. 100). Bien que ces différences puissent sembler négligeables, elles sont remarquables parce que les groupes témoins ont été évalués comme aptes à conduire sans suivre un programme d'éducation et, par conséquent, on aurait pu s'attendre à ce qu'ils présentent un taux inférieur de nouvelles condamnations.

Nickel a découvert que les différences régionales dans l'intensité de l'application de la loi et les habitudes de consommation n'influençaient pas les différences dans les taux de nouvelles condamnations entre les participants au programme et les autres. Toutefois, les différences étaient plus marquées chez les plus âgés, alors que les taux relevés chez les jeunes de 18 à 24 ans étaient les mêmes pour les participants au programme et les autres. Chez les participants, le taux de nouvelles condamnations a également été influencé par l'état matrimonial (plus élevé si célibataire) et la période de suspension du permis (inversement proportionnelle à la durée de la période). Chez les participants au programme et les autres, les nouvelles condamnations multiples étaient fréquentes chez les plus jeunes, chez ceux qui avaient des antécédents de délit de fuite, chez les personnes qui avaient conduit sans permis, chez les récidivistes dans un intervalle très court et chez ceux qui ne signalaient aucune incapacité à conduire avec un taux d'alcoolémie de 0,08, chez ceux qui buvaient à l'âge de 14 ans et chez ceux qui indiquaient avoir des difficultés avec un conjoint ou un ami.

Jones, Wiliszowski et Lacey (1996) ont comparé 1) la supervision communautaire intensive avant le procès et les efforts visant à accroître le suivi de traitement avec 2) les peines d'emprisonnement traditionnelles. Leur rapport compare également les peines de détention à domicile et de surveillance électronique avec les peines d'emprisonnement traditionnelles (au-delà de la portée du présent rapport).

Le groupe ayant suivi un traitement (N = 506) était composé de récidivistes à qui, après leur arrestation, on a offert (mais non garanti) une

peine d'emprisonnement réduite s'ils participaient au programme. Le programme visait à réduire la CFA en s'attaquant aux habitudes éthyliques et aux problèmes liés à la consommation d'alcool chez les personnes concernées. Il comprenait au moins deux rencontres par semaine avec des agents de probation, et ce, pendant une période de quatre à cinq mois. Ces agents étaient chargés de surveiller les progrès et les besoins de leurs clients et, le cas échéant, les aiguillaient vers un organisme de traitement approprié.

Le groupe témoin (N = 1 452) était composé de récidivistes à qui l'on n'avait pas offert de suivre un traitement et une probation intensive ou qui avaient refusé. Ils subissaient plutôt une peine d'emprisonnement suivie d'une période de probation. La décision de contraindre une personne à suivre un nouveau programme était fondée sur différents facteurs, y compris la motivation.

On a utilisé une analyse de survie dans le but de comparer les taux de récidive au cours d'une période maximale de 20 mois pour les deux groupes. L'analyse tenait compte des facteurs suivants : l'âge, le sexe, la provenance ethnique, l'état matrimonial et le nombre de condamnations antérieures. Après ajustement de ces variables, le taux de récidive d'un an du groupe expérimental se situait à 5,6 p. 100, par rapport à 10,7 p. 100 dans le groupe de contrôle. Cette différence est considérable du point de vue statistique et ne peut être attribuable au hasard que moins de deux fois sur 10 000, si l'intervention étudiée n'avait aucun effet. On constate également que le nouveau programme permet de réaliser une économie essentiellement attribuable à la peine d'emprisonnement

réduite des personnes qui ont bénéficié d'une supervision communautaire intensive.

Jones et Lacey (1999) ont effectué une étude avec groupe témoin qui portait sur des automobilistes condamnés pour CFA contraints de se rapporter à un centre de jour quotidiennement ou de suivre un programme de probation régulier. Les deux groupes comprenaient des contrevenants accusés et condamnés pour infraction grave en matière de CFA et avaient, au départ, été condamnés à au moins quatre mois d'emprisonnement. Les deux groupes ont bénéficié d'une certaine forme de traitement ou de counselling (non spécifié) et des visites d'un agent de probation sur une base trimestrielle pendant quatre ans. Toutefois, le traitement des personnes appartenant au groupe affecté au centre de jour était en plus grande partie fondé sur l'évaluation et l'aiguillage vers les programmes appropriés.

Les membres du groupe affecté au centre de jour ont également été évalués pour déterminer leurs aptitudes à l'emploi et leurs besoins éducatifs, et ont ensuite été aiguillés vers les programmes appropriés. Pendant la durée du programme, les contrevenants participaient à au moins deux rencontres par semaine avec les agents de probation et devaient se chercher un emploi. La participation d'une durée de un à deux mois remplaçait une période d'incarcération similaire, et était suivie d'une période de probation régulière. La décision d'intégrer ou non les contrevenants au programme de centre de jour n'était pas fondée sur une base aléatoire, mais plutôt sur différents facteurs, y compris la motivation.

On a réuni des données relatives aux condamnations pour CFA après l'affectation dans 176 dossiers de personnes ayant suivi le programme du centre de jour, et dans 2 765 dossiers de personnes ayant suivi une probation régulière. L'analyse de survie a été utilisée pour comparer le taux de récidive, sur une période maximale de 80 mois, dans les deux groupes. Les covariables comprennent l'âge, le sexe, la provenance ethnique, l'éducation, les abus d'alcool (oui/non), et les variables relatives aux condamnations antérieures. Les résultats indiquent que le programme de centre de jour n'est pas plus efficace que la période de probation régulière pour réduire le taux de récidive. Toutefois, il s'est révélé plus rentable en raison du temps d'emprisonnement réduit.

Tornos (1994) s'est intéressé à l'évaluation d'un programme éducatif destiné aux automobilistes incarcérés pour CFA en Suède. Le programme est suivi sur une base volontaire et comprend habituellement des exposés offerts cinq jours par semaine pendant quatre semaines. L'objectif vise à éduquer les participants sur les risques rattachés à la consommation d'alcool, en leur donnant l'information sur des sujets tels que les effets physiologiques et psychologiques de l'alcool, les effets de la consommation sur la conduite et la sécurité routière, et les lois relatives à la CFA. Les présentations sont offertes par des membres du personnel de la prison, des membres des AA, des psychologues, des médecins et des avocats.

Dans le cas de contrevenants primaires, le taux de récidive à l'intérieur d'une période de quatre ans se situait à 12,5 p. 100 chez les participants par rapport à 19,5 p. 100 dans l'échantillon témoin dont les membres ont été sélectionnés

individuellement selon l'âge, le sexe, les antécédents criminels, les principales infractions et les mois d'emprisonnement. Dans le cas des récidivistes présentant des caractéristiques semblables, les taux de récidive étaient très semblables (environ 43 p. 100).

Davies *et al.* (aucune date) se sont intéressés aux cas de nouvelles condamnations sur une période de trois ans auprès de plus de 20 000 contrevenants dans les cas de CFA au Royaume-Uni, dont 9 000 (45 p. 100) avaient suivi des cours d'éducation obligatoires. Toutefois, les contrevenants n'étaient pas tenus d'accepter l'aiguillage vers un cours d'éducation. Les contrevenants qui réussissaient le cours bénéficiaient d'une réduction de la période de suspension du permis de conduire. On a constaté des variations considérables dans la proportion de contrevenants suivant les cours d'éducation dans les différents ressorts et ces données ont été utilisées afin de mesurer les effets des biais de sélection des sujets. Les auteurs concluent, à la lumière des résultats, que les cours de réadaptation axés sur la CFA réduisent le taux de nouvelles condamnations d'un peu plus de 50 p. 100. Des analyses plus poussées révèlent que les cours sont plus efficaces chez les contrevenants de 30 à 39 ans que chez les autres, et chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, les différences sont négligeables et aucune analyse relevant d'autres caractéristiques propres aux contrevenants n'a été menée.

Luker et Osti (1997) se sont intéressés à l'évaluation d'un programme d'intervention pour les contrevenants dans les cas de CFA avant le procès, offert dans certains cas de CFA au moment de l'arrestation. Ce programme prévoit une période de supervision et de counselling de 3 à 12 mois, offerte par un agent de

probation aux contrevenants résidant aux États-Unis, sans dossier criminel, qui n'ont jamais suivi le programme auparavant et dont le délit n'était lié en aucune façon à la violence, aux drogues ou à des dommages graves à la propriété. Les contrevenants qui optaient pour le programme d'intervention avant le procès pouvaient éviter les procédures régulières devant les tribunaux criminels, et toutes les charges retenues contre eux étaient abandonnées s'ils terminaient le programme avec succès. Toutefois, ils devaient également assister à un cours d'une durée de 12 heures sur la CFA, reconnu par l'État, dans le cadre duquel on leur présentait de l'information factuelle sur les effets de l'alcool. On les encourageait aussi à se préoccuper davantage de leur propre consommation d'alcool ou d'autres drogues et de leurs habitudes de conduite et à élaborer des plans afin de réduire les occasions de CFA. Les contrevenants qui ont choisi de ne pas suivre le programme d'intervention avant procès, ou qui étaient inadmissibles, devaient quand même assister à ce cours.

Une analyse de survie a été utilisée pour comparer le risque de nouvelles arrestations, au cours d'une période de 10 ans, auprès de 3 994 contrevenants primaires en matière de CFA qui 1) choisissaient de suivre le programme d'intervention avant procès ou 2) étaient trouvés coupables de CFA et contraints de suivre un programme d'éducation axé sur la CFA et de se soumettre à une période de probation. Les résultats démontrent que les automobilistes condamnés pour CFA et soumis à une probation présentaient 47 p. 100 plus de risques d'être arrêtés de nouveau pour CFA que ceux qui avaient suivi le programme d'intervention avant le procès.

Les auteurs concluent que le programme d'intervention avant procès réduit le risque de récidive de même que le fardeau financier du système de justice pénale financé par les deniers publics. Cette conclusion risque d'être biaisée parce que l'on a omis de s'assurer que les contrevenants qui avaient terminé le programme d'intervention avant le procès présentaient les mêmes caractéristiques de base que ceux qui avaient refusé cette option et y étaient inadmissibles. Le processus de sélection sous-entend que ces différences pourraient avoir joué un rôle important et donné lieu à des résultats différents non liés à l'efficacité du programme d'intervention avant procès.

Kooler et Bruvold (1992) ont évalué un programme d'intervention éducatif pour les mineurs trouvés coupables de CFA. Plus de 700 personnes mineures condamnées pour CFA ont formé le groupe d'étude et 100 d'entre elles ont été aiguillées vers un programme éducatif de 18 heures par leurs agents de probation. Environ 60 p. 100 des mineurs qui n'ont pas été aiguillés vers ce programme avaient été reconnus coupables à une époque où le programme d'éducation n'était pas encore accessible; toutefois, le rapport n'indique pas pourquoi certains mineurs n'ont pas été aiguillés vers le programme une fois celui-ci amorcé.

Les mesures adoptées avant le procès et après le procès, imposées aux personnes participant au programme, ont produit des résultats : connaissances accrues, attitudes améliorées à l'égard de la conduite, réduction de la consommation d'alcool et des comportements dangereux pour la conduite. On a également examiné les dossiers des infractions des mineurs du comté, commises avant l'âge de 18 ans, et le taux de récidive chez

les participants au cours semble considérablement plus faible en comparaison de celui des personnes qui n'ont pas suivi le cours. Selon les auteurs, cet état de fait peut s'expliquer par certains facteurs comme la provenance ethnique, la gravité de l'infraction, l'âge ou le sexe.

La présente étude comporte toutefois des limites importantes. Quarante-deux pour cent des mineurs visés par l'étude étaient aiguillés vers le programme d'éducation dans les six mois suivant leur 18^e anniversaire de naissance et, ainsi, ne disposaient que d'un court délai pour commettre de nouvelles infractions.

Discussion

Comme dans le cas des études précédentes examinées par Wells-Parker *et al.* (1995), la rigueur de la méthodologie utilisée pour réaliser les études plus récentes varie considérablement. Comme dans le cas des études précédentes, la plupart de celles présentant des faiblesses méthodologiques (Davies *et al.*, aucune date; Jones *et al.*, 1996; Kooler et Bruvold, 1992; Lucker et Osti, 1997; Tornos, 1994) corroborent les mesures de rééducation évaluées. Toutefois, à l'exception de l'étude réalisée par Peck *et al.* (1994), les études plus crédibles sur le plan méthodologique indiquent également que les mesures de rééducation (à l'exception des groupes de discussion intéressés aux répercussions sur les victimes) peuvent contribuer à réduire les risques de récidive de CFA, particulièrement quand elles sont assorties de sanctions juridiques (DeYoung, 1997).

Ainsi, dans l'ensemble, la documentation appuie l'adoption de programmes de traitement et d'éducation des contrevenants pour CFA. De

nombreuses études bien structurées portant sur des échantillons nombreux et des intervalles de suivi suffisants ont produit des résultats positifs et, dans l'ensemble, le niveau d'appui aux mesures de rééducation relatives à la CFA est aussi fort que dans le cas des mesures de rééducation ciblant d'autres groupes aux prises avec des problèmes de consommation d'alcool.

Comme on l'a mentionné précédemment, la méta-analyse de Wells-Parker *et al.* (1995) démontre que les stratégies de traitement qui combinent les activités d'éducation et la psychothérapie au suivi et à la postcure s'avèrent plus efficaces dans le cas des contrevenants primaires et des récidivistes. Toutefois, certains rapports donnent peu de précision quant au type de traitement évalué. Il en va de même pour plusieurs des nouveaux rapports examinés ci-dessus. Les rapports de Nickel (1990a,b) font exception. Ceux-ci comprennent des descriptions relativement détaillées du programme étudié et comportent une diversité de composantes, y compris l'éducation, l'autocontrôle, la dynamique du travail en groupe et le suivi.

Aucune étude sur les effets d'un programme de rééducation destiné aux individus reconnus coupables de CFA par des drogues autres que l'alcool n'a été mise au jour. Toutefois, il existe des études sur l'évaluation des effets du traitement des problèmes de consommation de drogues sur la conduite. Mann *et al.* (1995) ont examiné les dossiers de conduite de 137 hommes entre 21 et 40 ans avant et après le traitement. Environ un tiers de l'échantillon présentait un problème de consommation d'alcool seulement, un tiers présentait un problème de consommation d'alcool et d'autres substances, et un tiers présentait un problème de consommation d'une

ou deux substances autres que l'alcool. Dans l'ensemble, on a constaté des réductions considérables après le traitement au chapitre des infractions au code routier, des condamnations pour CFA et du nombre total de collisions, et aucune différence dans les résultats entre les drogues n'a été relevée, ce qui permet de conclure que le traitement des problèmes de consommation de drogues autres que l'alcool peut influencer positivement les comportements au volant.

Macdonald *et al.* (2002) ont examiné les dossiers de conduite des patients admis en 1994 dans des centres de traitement pour les toxicomanies en raison d'un problème primaire de consommation d'alcool (N = 128), cannabis (N = 80) ou cocaïne (N = 150). Un groupe témoin de 507 automobilistes avec permis, apparié selon l'âge, le sexe et le lieu de résidence, a été sélectionné, sur une base aléatoire, à des fins de comparaison. Les trois groupes de toxicomanie présentaient un taux d'accidents de la route considérablement plus élevé au cours de la période de cinq ans précédant le traitement. Au cours de la période de cinq ans suivant le traitement, le taux d'accidents de la route des groupes consommant de l'alcool et de la cocaïne ne différait pas de celui du groupe témoin, alors que le taux d'accidents de la route du groupe de personnes consommant du cannabis est demeuré élevé. Dans une étude réalisée par la suite, Macdonald *et al.* (2003) ont mené des entrevues téléphoniques auprès de 110 clients traités en 1995 pour un problème d'alcool (N = 44), de cannabis (N = 37) ou de cocaïne (N = 29), et d'un échantillon de 104 conducteurs provenant de la population en général, sélectionnés sur une base aléatoire selon l'âge, le sexe, et le lieu de résidence. Avant le traitement, les groupes de personnes aux prises

avec des problèmes de toxicomanie présentaient des taux d'accidents de la route considérablement plus élevés; après le traitement, aucune différence entre les groupes témoins et les groupes ayant suivi le programme de traitement n'a été observée. En outre, on constate une réduction importante du nombre de cas de CFA par l'alcool, le cannabis et/ou la cocaïne dans le groupe des personnes ayant suivi un traitement. Ainsi, la documentation semble indiquer que les traitements sont associés à des diminutions du nombre de cas de CFA par des drogues et d'accidents de la route qui y sont reliés, du moins dans le cas de certaines formes de toxicomanie.

Selon certaines études sur les traitements destinés aux personnes ayant des problèmes de consommation d'alcool ou de drogue en général, les programmes sont plus efficaces auprès des personnes qui présentent un niveau de dépendance à l'alcool de faible à modéré lorsqu'elles peuvent choisir l'abstinence ou une consommation réduite comme objectif du programme qu'auprès des personnes suivant des programmes dont le seul objectif est l'abstinence (*Institute of Medicine*, 1990). Toutefois, l'effet du choix de l'objectif sur la consommation et la conduite n'a pas encore été étudié. Certes, les tribunaux refusent bien souvent ce choix aux contrevenants pour CFA, et plusieurs programmes de traitement requièrent que tous les clients aient pour objectif l'abstinence totale. On ne sait pas si les programmes qui permettent de choisir les objectifs offrent le même choix aux contrevenants pour CFA qui sont contraints par les tribunaux de cesser leur consommation d'alcool ou d'autres drogues.

3.1.2 Entrevues avec les experts-clés

La plupart des experts-clés recommandent que les contrevenants primaires et les récidivistes fassent l'objet de certains types de mesures d'intervention de rééducation le plus tôt possible après la condamnation pour CFA. Les contrevenants, qu'ils suivent ou non le programme d'éducation ou de traitement, doivent être informés des effets de l'alcool et d'autres drogues sur la conduite ainsi que des règlements concernant la conduite en état d'ébriété au Canada.

Les problèmes relatifs aux conducteurs avec facultés affaiblies par les drogues ont été soulevés par certains experts-clés. Parmi ces problèmes, on constate la CFA par des médicaments psychotropes, la nécessité de déterminer des niveaux de risque pour les conducteurs avec facultés affaiblies par les drogues et le besoin de pourvoir les services policiers d'outils et de méthodes pour détecter les automobilistes dont les facultés sont affaiblies par des drogues autres que l'alcool. Les experts-clés sont également en faveur d'un dépistage et d'une évaluation pour l'ensemble des substances.

Il n'existe aucun consensus quant à la participation des membres de la famille aux interventions éducatives ou curatives. Certains croient que la participation de la famille est essentielle à la réussite du traitement, particulièrement chez les jeunes, alors que d'autres s'inquiètent du fait que la participation de la famille soit perçue comme une mesure coercitive ou pourrait poser un risque aux membres de la famille dans les situations de violence conjugale.

Un certain nombre d'experts-clés ont souligné la nécessité de préciser des façons efficaces d'exercer une surveillance et du soutien sur une base continue aux contrevenants pour CFA, particulièrement en ce qui concerne les récidivistes. Bon nombre d'experts-clés ont signalé le modèle de la justice réparatrice (une approche à la justice pénale qui accorde une importance équilibrée au contrevenant, à la victime et à la communauté) et la nécessité de faire intervenir différents intervenants et systèmes pour offrir du soutien et exercer une surveillance.

3.1.3 Meilleures pratiques

L'utilisation des programmes de rééducation destinés aux automobilistes trouvés coupables de CFA s'est accrue de façon constante au cours des dernières décennies. Tout porte à croire que ces programmes peuvent influencer positivement les connaissances, les croyances, les attitudes, les habitudes de consommation d'alcool, la récidive, les accidents de la route et l'état de santé des automobilistes condamnés pour CFA.

Meilleure pratique 1

Les programmes de rééducation devraient faire partie intégrante d'un programme complet de prévention de la CFA. La participation à ces programmes devrait être une condition au rétablissement du permis de conduire des personnes reconnues coupables de CFA.

On dispose de peu d'information sur la CFA par des drogues autres que l'alcool. Toutefois, tout porte à croire que la consommation de certaines drogues (y compris des médicaments) peut réduire la capacité de conduire un véhicule en toute sécurité et accroître le risque d'être impliqué dans un accident mortel. Il y a également des données préliminaires qui suggèrent que le traitement des problèmes de la toxicomanie est associé à une réduction du nombre d'accidents de la route après le traitement.

Meilleure pratique 2

Les programmes de rééducation devraient également faire partie intégrante des efforts visant à réduire la CFA par des substances autres que l'alcool. La participation à ces programmes devrait être une condition au rétablissement du permis de conduire des personnes reconnues coupables de CFA.

3.2 Efficacité des divers types d'interventions de rééducation pour les différentes catégories d'automobilistes qui conduisent avec facultés affaiblies

3.2.1 Indications de la documentation

Plusieurs ressorts offrant des programmes de rééducation à l'intention des contrevenants dans les cas de CFA prévoient deux ou plusieurs niveaux d'intervention auprès des contrevenants considérés comme ayant des problèmes de consommation d'alcool ou d'autres drogues plus ou moins graves. Les automobilistes considérés comme ayant des problèmes moins graves participent généralement à des programmes d'éducation, alors que les autres participent à la fois à des programmes d'éducation et à certains types de thérapie soit pour accroître la motivation à réduire la consommation abusive d'alcool ou d'autres drogues, ou pour les aider à cerner et à prévoir les situations à risque élevé et à promouvoir les changements dans le style de vie.

Certaines des études mentionnées dans la première section tiennent compte de l'efficacité relative des différents types d'intervention et des résultats pour les différents types de contrevenants – particulièrement les contrevenants primaires ou les récidivistes. En règle générale, les contrevenants primaires semblent profiter davantage des programmes d'éducation et de traitement que les récidivistes, mais il est également possible que d'autres sous-catégories de contrevenants profitent davantage de types particuliers de programmes d'éducation ou de traitement.

FACTEURS CLÉS

- La documentation souligne que toutes les interventions de rééducation doivent comprendre au moins une activité d'éducation sur la sécurité routière et l'alcool, l'examen de la consommation individuelle d'alcool ou d'autres drogues et des habitudes de conduite, et des stratégies qui permettent d'éviter la CFA.
- Dans le cas de contrevenants à risque plus élevé, il est nécessaire d'intégrer des composantes supplémentaires axées davantage sur les interventions thérapeutiques.

Depuis 1986, le Manitoba offre le Programme des conducteurs avec facultés affaiblies à l'échelle de la province. Ce programme est à l'intention des personnes trouvées coupables d'une première infraction pour CFA ou d'infractions subséquentes (Santé Canada, 1997). Le programme est obligatoire pour les contrevenants primaires et les récidivistes dans les cas de CFA avant le rétablissement de leur permis de conduire. Les contrevenants font l'objet de l'un des quatre programmes d'intervention suivants, selon les résultats de l'évaluation *Substance Abuse/Life Circumstances Evaluation* (SALCE) (voir le Tableau 2) et d'une entrevue structurée avec un conseiller en toxicomanie:

1. Aucune intervention

Les personnes dont l'évaluation indique qu'il n'existe aucun problème apparent relié à la consommation d'alcool ou d'autres drogues et qui ne semblent pas présenter de risque de récidive ne reçoivent pas de services complémentaires. Ces personnes assument la responsabilité du délit et disposent de plans de rechange viables visant à contrer d'autres délits. Elles peuvent déjà avoir apporté des changements à leur mode de vie avant d'accéder au programme. Aucune autre mesure n'est prise pour offrir un programme éducatif ou un traitement à ce groupe.

2. Problème présumé

L'évaluation dénote chez ces contrevenants un problème de consommation d'alcool ou d'autres drogues qui risque de s'aggraver. Cette catégorie présente deux options d'aiguillage possibles, c'est-à-dire :

(i) L'atelier éducatif

Le but de cet atelier d'un jour est de permettre aux participants d'élaborer des méthodes de rechange par rapport à la CFA. L'atelier fournit de l'information précise sur l'alcool et les autres drogues et sur leurs effets sur la conduite. Il souligne le besoin de dissocier les comportements de consommation d'alcool et la conduite. L'atelier est également conçu en fonction de l'interaction, et il comprend des groupes de 10 à 12 participants.

Les contrevenants aiguillés vers l'atelier éducatif semblent exposés au risque de récidive, surtout en raison de la combinaison des facteurs suivants : le refus de prendre la responsabilité du délit, le fait de ne pas avoir d'options viables visant à prévenir des incidents de

CFA, l'adoption de comportements à risque élevé, comme le démontrent leurs dossiers de conduite ou leur mode de vie (p. ex., ne pas tenir compte des conséquences possibles de ces comportements sur leur emploi lorsque ce dernier dépend du permis de conduire), et/ou ne pas bien comprendre le besoin de changer de mode de vie.

(ii) Le programme pour les personnes à risque élevé :

Le programme dure en moyenne de trois à six mois, ce qui comprend une moyenne de neuf heures de rencontre avec le personnel du programme. Le programme consiste en une série de séances individuelles et de séances de groupe, dont au moins trois séances individuelles et au plus six séances de groupe. Durant la phase initiale de la participation, l'entente exige une sobriété totale. Dans la seconde partie du programme, le participant et le conseiller discutent de la conduite à adopter : la sobriété totale ou une consommation d'alcool modérée.

Durant le programme, on encourage les participants à discuter de tout problème qu'ils éprouvent relativement à la sobriété totale ou à la consommation modérée. Si le problème est important, il peut être considéré comme le symptôme d'une dépendance à l'alcool ou aux autres drogues possible, et l'aiguillage vers un programme de traitement est envisagé.

Les critères servant à déterminer ce type d'aiguillage comprennent une combinaison des facteurs suivants : a) les périodes de consommation abusive d'alcool ou d'autres drogues qui peuvent également comprendre une réduction épisodique de consommation ou la sobriété, b) l'incapacité d'établir un

rapport entre son comportement et ses conséquences sur l'existence, c) le manque de signes évidents de dépendance à l'alcool ou aux autres drogues, d) la participation antérieure au programme de CFA, e) les risques démontrables liés au mode de vie, tels que la consommation d'alcool et d'autres drogues qui est néfaste pour la santé personnelle, f) le mode de vie centré sur la consommation abusive, g) les préoccupations familiales ou professionnelles relatives à la consommation d'alcool et d'autres drogues, ou h) la nécessité d'un programme plus approfondi afin de comprendre le besoin de changer de mode de vie.

3. Programme de désintoxication résidentiel ou non résidentiel spécialisé axé sur l'abstinence

Les contrevenants aiguillés vers ces programmes manifestent des signes ou des symptômes de dépendance à l'alcool ou aux autres drogues. Ils sont aiguillés vers un programme particulier, selon leurs besoins.

4. Aiguillage vers des ressources reconnues

Les personnes aux prises avec un problème de consommation d'alcool ou d'autres drogues et qui cherchent à retrouver un mode de vie dans l'abstinence sont aiguillées vers les ressources qu'elles ont trouvées utiles par le passé. Afin de vérifier l'abstinence déclarée, un responsable du contrôle communautaire périodiquement avec une personne associée au contrevenant, et ce, pendant une période de deux ans.

Un rapport préparé pour Santé Canada (1997) indique que le programme manitobain est bien

perçu partout au pays et qu'il semble avoir un effet positif sur certains contrevenants. Toutefois, il n'a fait l'objet d'aucune évaluation à l'aide d'une méthodologie expérimentale ou quasi expérimentale, en raison des considérations morales des programmes obligatoires.

L'une des rares études qui a examiné empiriquement les interactions « contrevenant – intervention » dans la population des contrevenants en matière de CFA a mis au jour des interactions où interviennent plusieurs caractéristiques démographiques et le counselling (Wells-Parker *et al.*, 1988). Dans cette étude, les contrevenants pour CFA ont été affectés sur une base aléatoire à différentes interventions comprenant un service de counselling par encouragement. Ces interventions étaient déployées sur une base mensuelle dans le cadre d'une période de probation d'un an, laquelle était assortie d'une suspension de permis de conduire uniquement. Le counselling par encouragement intégré à la période de probation s'est révélé particulièrement efficace auprès des plus jeunes contrevenants (âgés de moins de 30 ans) appartenant à des groupes minoritaires (essentiellement afro-américains). Les programmes combinant les interventions traditionnelles à court terme axés sur la CFA, ou le counselling par encouragement et une période de probation, se sont révélés plus efficaces dans ce groupe. De plus, l'étude conclut que les femmes semblent réagir plus favorablement à tous les types d'intervention que les hommes, mais le nombre de sujets d'étude est trop restreint pour en tirer des conclusions catégoriques.

Une autre étude menée plus récemment (Wells-Parker et Williams, 2002) a porté sur les interactions possibles entre différents types de traitement et les caractéristiques sélectionnées (âge,

sexe, appartenance à un groupe minoritaire et dépression). Dans cette étude, les contrevenants primaires pour CFA (N = 4 074) ont été aiguillés, sur une base aléatoire, vers un programme régulier destiné aux contrevenants primaires ou un programme régulier amélioré qui comprend deux courtes séances individuelles et une brève séance de suivi. Au cours d'un suivi d'une période de 28 à 55 mois, les contrevenants identifiés comme souffrant de dépression, affectés au programme amélioré, avaient 35 p. 100 moins de chance de récidive que ceux affectés au programme régulier. Toutefois, aucun effet significatif sur l'interaction n'a été constaté entre les types de programmes, l'âge, l'appartenance à un groupe minoritaire ou le sexe. Les auteurs concluent que l'aiguillage vers un programme régulier destiné aux contrevenants primaires, assorti d'une brève séance de counselling individuelle, peut s'avérer une solution efficace pour les contrevenants pour CFA qui présentent des troubles de l'humeur et un risque élevé de récidive.

Une seule étude (Ball *et al.*, 2000) s'est penchée sur les avantages rattachés à l'appariement de divers types de contrevenants pour CFA à différents traitements. Toutefois, cette étude n'a pas utilisé les infractions pour CFA survenues après le traitement comme mesure des résultats.

Malgré le peu de témoignages pour étayer l'appariement, certains chercheurs croient qu'il reste beaucoup à apprendre, et plusieurs tentatives ont été déployées dans le but d'élaborer une typologie des contrevenants pour CFA afin d'orienter la recherche et d'éclairer la pratique clinique. Les tentatives visant à identifier des sous-catégories de contrevenants pour CFA à l'aide d'une analyse typologique ou autre méthode statistique ont permis d'identifier une minorité importante

(40 p. 100 ou plus) présentant peu de facteurs de risque de récidive, ou d'autres avec différents types de risques, y compris les problèmes de consommation d'alcool, les mauvaises habitudes de conduite, les problèmes psychiatriques, l'instabilité sociale, l'impulsivité, la recherche de sensations fortes, l'hostilité, la dépression et les attitudes antisociales (Donovan et Marlatt, 1992; Donovan, Umlauf et Slazbert, 1998; Macdonald et Mann, 1996; Wiczorek et Miller, 1992; Wilson, 1991).

McMillen *et al.* (1992) ont constaté que les contrevenants primaires et les récidivistes en matière de CFA différaient considérablement au chapitre des traits de personnalité, des problèmes et comportements attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues et de la conduite. Plus particulièrement, les récidivistes obtenaient une cotation plus élevée sur l'échelle de mesure de l'hostilité, de la recherche de sensations fortes, de la déviance psychopathique, des manies et de la dépression que les contrevenants primaires. Les récidivistes présentaient également une cotation beaucoup moins élevée que les contrevenants primaires au sujet de l'ajustement émotionnel et de l'assertivité, et comptaient plus d'antécédents en matière d'arrestation pour des infractions autres que routières, accidents et amendes. Ils avaient aussi une habitude de consommation d'alcool beaucoup plus grande que les contrevenants primaires, présentaient des problèmes plus fréquents de consommation d'alcool ainsi que des taux d'alcoolémie supérieurs au moment de leur arrestation.

Wells-Parker, Cosby et Landrum (1986) ont également constaté que les contrevenants pour CFA pouvaient être regroupés sur la base de leurs antécédents judiciaires et des infractions

au code routier. L'analyse typologique a permis de distinguer cinq groupes. Le groupe le plus nombreux comprend les contrevenants ayant commis peu d'infractions antérieures. Les autres groupes comprennent les contrevenants ayant principalement commis des délits de la route, des délits relatifs au permis et à l'équipement, les personnes reconnues coupables d'ivresse publique, ou une combinaison de ces délits.

Une étude récente (Chang, Lapham et Wanberg, 2001) a utilisé la grille d'évaluation de *Alcohol Use Inventory (AUI)* (Horn, Wanberg et Foster, 1987) pour élaborer une typologie des contrevenants primaires pour CFA et pour déterminer si certaines catégories présentaient plus de risques de récidive que d'autres. L'analyse typologique a permis de dégager six catégories. La plus vaste comprend 50 p. 100 de tous les cas et ses sujets présentaient des résultats d'évaluation faibles dans toutes les catégories de la grille de l'AUI. D'autres catégories se sont distinguées de diverses façons selon les résultats de la grille d'évaluation au chapitre de la préoccupation pour l'alcool, de l'anxiété et des effets perturbateurs ou rehaussant la consommation d'alcool. Les variables explicatives de récidive comprennent le sexe masculin, le jeune âge, le manque de scolarité, le taux d'alcoolémie élevé à l'arrestation et les résultats élevés des effets perturbateurs et/ou rehaussant la consommation d'alcool sur les échelles d'évaluation.

Un autre modèle de classification pluridimensionnel avec des conséquences pour la planification du traitement a été proposé par Cavaiola et Wuth (2002). Il a été utilisé dans l'un des plus importants programmes axés sur la CFA aux États-Unis (dans le comté de Cook, en Illinois).

Ce système est fondé sur les résultats de questionnaires auto-administrés, d'entrevues en personne avec les contrevenants et leurs proches et d'autres données objectives et importantes, comme les condamnations antérieures. Les contrevenants sont classés dans l'une des six catégories de « niveau de risque » :

- **Risque minime** : aucune condamnation antérieure ou supervision pour CFA ordonnée par les tribunaux; aucune suspension sommaire obligatoire; aucune accusation antérieure réduite pour une conduite dangereuse attribuable à la consommation d'alcool; un taux d'alcoolémie inférieur à .15 g/dl à l'arrestation; et aucun symptôme de dépendance ou d'abus d'alcool ou d'autres drogues.
- **Risque modéré** : aucune condamnation antérieure ou supervision pour CFA ordonnée par un tribunal; aucune suspension sommaire obligatoire; aucune condamnation réduite pour conduite dangereuse attribuable à la consommation d'alcool; un taux d'alcoolémie entre .15 et .19 g/dl ou un refus de se soumettre à une analyse sanguine au moment de l'arrestation pour CFA; et aucun autre symptôme d'abus d'alcool ou d'autres drogues ou de dépendance.
- **Risque important** : une condamnation antérieure ou une ordonnance de supervision pour CFA par un tribunal; ou une suspension sommaire obligatoire ou une condamnation réduite pour conduite dangereuse attribuable à la consommation d'alcool; et/ou un taux d'alcoolémie de .20 g/dl ou plus au moment de la plus récente arrestation pour CFA et/ou d'autres symptômes d'abus d'alcool ou d'autres drogues.

- **Risque élevé** : symptôme de dépendance à l'alcool ou aux autres drogues, aucune arrestation antérieure.
- **Risque très élevé** : deux condamnations antérieures ou supervision pour CFA ordonnée par un tribunal, ou deux suspensions sommaires obligatoires antérieures, ou deux condamnations antérieures réduites pour conduite dangereuse attribuables à la consommation d'alcool à l'intérieur d'une période de dix ans à compter de la date de la plus récente arrestation (3e).
- **Risque extrêmement élevé** : symptômes de dépendance à l'alcool ou aux autres drogues et deux condamnations antérieures ou supervision pour CFA ordonnée par un tribunal, ou deux suspensions sommaires obligatoires antérieures ou deux condamnations réduites pour conduite dangereuse attribuables à la consommation d'alcool à l'intérieur d'une période de dix ans à compter de la date de la plus récente arrestation (3e). (Cavaiola et Wuth, 2002, pages 165-166)

En ce qui concerne la question de l'appariement, il est important de souligner que la documentation sur le traitement des problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues comprend certaines études indiquant les avantages d'apparier les clients au traitement, mais l'on ne peut tenir pour acquis que les résultats peuvent être extrapolés aux cas de CFA. On constate toutefois un consensus au sein des prestataires de services à savoir que tout un éventail de services individualisés et flexibles sont nécessaires pour résoudre une variété de problèmes présentés par la clientèle des services spécialisés dans les abus

d'alcool ou d'autres drogues. Comme l'indique un rapport de Santé Canada (1999, p. 30) :

« Certains patients doivent être traités pour troubles psychiques, tandis que d'autres nécessiteront une aide pour des problèmes d'emploi ou autres problèmes sociaux; d'autres, encore, devront être hébergés à plus ou moins long terme. La prise en considération de ces problèmes est essentielle si l'on veut que les patients parviennent à modifier en permanence leur consommation de substances psychotropes. »

(Santé Canada, 1999, p. 30)

Ces points ont été explicités davantage quant au traitement des automobilistes avec facultés affaiblies par la consommation d'alcool par un Comité d'experts mandaté par le *US Century Council* (1997), et il n'y a aucune raison valable de croire que les problèmes sont différents dans les cas de CFA par d'autres drogues. Le *Century Council* formule les recommandations suivantes à l'égard du traitement des contrevenants dans les cas de CFA :

- le traitement doit être fondé sur un processus d'évaluation personnalisé nécessaire pour évaluer la consommation individuelle d'alcool, ou la dépendance à celui-ci;
- le traitement doit être personnalisé pour répondre au besoin de chaque contrevenant;
- le traitement doit être fondé sur un amalgame de stratégies, comme l'éducation assortie d'une thérapie et d'un suivi;
- le traitement doit être assuré sur une période suffisante pour apporter des changements comportementaux significatifs et les surveiller.

Le Comité d'experts du *Century Council* a également indiqué que le traitement ne doit pas être un substitut à d'autres sanctions, particulièrement aux suspensions du permis de conduire. Le Comité a également signalé que le traitement exerce une influence plus importante sur la récidive lorsqu'il est jumelé à des peines comme la suspension de permis et l'installation de dispositifs de verrouillage du système de démarrage.

Mann *et al.* (1997) ont étudié la documentation portant sur le traitement en cas de CFA, la documentation générale sur le traitement des problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues et la documentation sur le traitement des contrevenants afin de dégager les éléments les plus pertinents en vue de les intégrer aux programmes de rééducation des contrevenants pour CFA. Il propose d'intégrer les composantes suivantes aux programmes afin de répondre à divers besoins :

- dispenser des programmes d'éducation sur la sécurité routière et la consommation d'alcool;
- accroître la motivation pour réduire les excès de consommation d'alcool;
- sensibiliser les individus sur le volume, la fréquence et l'habitude de consommation;
- relever des situations à risque élevé et de planification;
- pratique des nouvelles habiletés d'adaptation;
- promouvoir l'adoption d'un mode de vie différent;
- assurer un soutien social visant à réduire la consommation ou favoriser l'abstinence;

- transmettre de l'information sur les autres options de traitement;
- offrir la possibilité de choisir un programme où l'objectif est une consommation modérée ou l'abstinence totale.

Mann *et al.* (1997) signalent également que la documentation traite de l'importance d'intervenir auprès de la clientèle sans porter de jugement.

La documentation souligne que toutes les interventions de rééducation (y compris celles auprès des contrevenants présentant un faible risque de récidive, sinon aucun) doivent comprendre au moins une activité d'éducation sur la sécurité routière et l'alcool, et la possibilité d'examiner leur consommation individuelle d'alcool ou d'autres drogues et des habitudes de conduite, afin d'élaborer des stratégies qui permettent d'éviter la CFA dans l'avenir. Il est plus facile de réaliser ces objectifs à l'aide de stratégies éducatives de type participatif fondées sur des pratiques efficaces d'éducation des adultes. Dans le cas de contrevenants à risque plus élevé, il est nécessaire d'intégrer des composantes supplémentaires axées davantage sur les interventions thérapeutiques (*Century Council*, 1997; Mann *et al.*, 1997).

3.2.2 Entrevues avec les experts-clés

Les experts-clés se sont dits en faveur de la nécessité d'intervenir à différents niveaux pour s'assurer que les contrevenants ne font pas l'objet de traitements excessifs ou insuffisants, et pour s'assurer que les interventions sont axées sur le client et adaptées aux forces et faiblesses de chaque individu mises au jour par le processus d'évaluation. La plupart des experts-clés

croient qu'un seul type d'intervention ne peut convenir dans tous les cas. À la lumière des pratiques actuelles au pays, les différents niveaux d'intervention permettraient de répondre aux besoins des contrevenants qui nécessitent de l'éducation sur les effets de l'alcool (alcoolémie) et les lois relatives à la CFA; qui sont considérés comme étant à risque plus élevé en raison de leurs attitudes et comportements à l'égard de la consommation et de la conduite et/ou se trouvent à un stade précoce d'un problème de consommation d'alcool ou d'autres drogues; et qui présentent un problème grave de consommation d'alcool. L'intervention en groupe est le type d'intervention le plus rentable dans les cas de CFA. Bien que les interventions dites éducatives semblent appropriées pour plusieurs contrevenants primaires, les experts-clés ont également mentionné que la poursuite obligatoire d'un programme devrait être déterminée en fonction des résultats de l'évaluation.

Plusieurs experts-clés ont recommandé que les contrevenants, particulièrement les récidivistes, devraient être surveillés régulièrement sur une période déterminée selon le niveau de risque et les antécédents en matière de récidive. Les experts-clés se préoccupaient plus particulièrement des contrevenants qui continuaient, selon eux, de poser un risque de consommation et de conduite; ils sont d'avis qu'ils devraient continuer de faire l'objet d'une surveillance après le rétablissement du permis de conduire.

3.2.3 Meilleures pratiques

Il semble y avoir consensus à l'effet que deux ou trois niveaux d'intervention sont nécessaires :

- 1) un programme d'éducation à l'intention des contrevenants à faible risque de récidive,

- 2) un programme de traitement ambulatoire et
- 3) un programme de traitement plus intensif à l'intention des contrevenants qui présentent des risques plus élevés de récidive en raison de la gravité de leurs problèmes de consommation d'alcool ou d'autres drogues. Cette hypothèse trouve écho dans la pratique de plusieurs ressorts. Bien que le soutien empirique de tels arrangements soit limité, l'expérience clinique semble en faveur de deux ou trois niveaux d'intervention.

Meilleure pratique 3

Les programmes de rééducation complets à l'intention des automobilistes condamnés pour CFA devraient prévoir au moins deux niveaux d'intervention auprès des personnes aux prises, à divers degrés, avec ce problème.

Les études disponibles identifient des composantes efficaces qui peuvent être intégrées à l'ensemble des programmes, sans égard à leur durée. Les programmes qui reposent exclusivement sur une approche didactique, ou sur la confrontation des clients aux conséquences de leurs actions, semblent moins efficaces que les programmes qui intègrent à la fois des activités éducatives et thérapeutiques sans égard à la durée ou à l'intensité du programme.

Meilleure pratique 4

Tous les programmes destinés aux automobilistes trouvés coupables de CFA devraient comporter des activités éducatives et thérapeutiques quelle que soit la durée du programme.

On considère en général que le suivi est l'un des piliers des programmes de traitement efficaces sur la consommation d'alcool et de drogue et des programmes à l'intention des automobilistes

condamnés pour CFA. En ce qui concerne les cas de CFA, le suivi peut viser plusieurs objectifs importants : il peut servir de contact thérapeutique supplémentaire; il prolonge la période de surveillance thérapeutique; il facilite la consolidation des changements positifs dans le comportement et les attitudes attribuables aux

programmes de rééducation; et il sert à mesurer la réussite de la clientèle à maintenir les acquis.

Meilleure pratique 5

Un suivi clinique obligatoire après le rétablissement du permis de conduire devrait être requis dans tous les cas de CFA où les automobilistes ont suivi des programmes de rééducation.

3.3 Identification des automobilistes qui conduisent avec facultés affaiblies pouvant bénéficier des programmes d'éducation ou de traitement axés sur la consommation d'alcool et d'autres drogues

3.3.1 Indications de la documentation

Comme l'explique la section précédente, la population des automobilistes qui conduisent avec facultés affaiblies comprend des individus qui diffèrent à l'égard de plusieurs facteurs qui peuvent indiquer le besoin de disposer de programmes d'éducation, de traitement ou réadaptation pour les problèmes de consommation d'alcool ou d'autres drogues (p. ex., la fréquence de la consommation d'alcool ou d'autres drogues, la gravité des problèmes de consommation, l'accusation de CFA, la criminalité, les traits de personnalité, la motivation à changer et la psychopathologie). Ils diffèrent également à d'autres égards tels que l'âge, le sexe, la condition sociale et d'autres facteurs qui peuvent influencer les résultats des interventions en matière de rééducation (Applegate, Langworth et Latessa, 1997; C'de Baca, Miller et Lapham, 2001; Santé Canada, 1999; Van Whitloc et Lubin, 1998; Wells-Parker *et al.*,

FACTEURS CLÉS

- Il faut utiliser différents niveaux ou types d'intervention pour les contrevenants de CFA puisque la recherche indique qu'ils présentent des caractéristiques différentes dues à l'étendue de leurs problèmes de consommation d'alcool ou d'autres drogues, ou à d'autres égards qui risquent d'influencer le taux de récidive.
- Il n'y a aucune méthode simple ou fiable à long terme pour identifier les contrevenants qui nécessitent un niveau ou un type particulier de programme d'éducation ou de traitement.
- Il est important de mettre en œuvre un processus de dépistage et d'évaluation clairement défini pour appuyer les décisions d'appariement.
- Plusieurs outils de dépistage validés auprès de groupes des programmes de CFA et des contrevenants dans les cas de CFA, ont été identifiés et leur utilisation est conforme aux meilleures pratiques.

2000). Il n'y a cependant aucune méthode simple ou fiable à long terme pour identifier les individus qui nécessitent un niveau ou type particulier d'éducation ou de traitement.

L'une des principales difficultés pour identifier les contrevenants pour CFA aptes à bénéficier d'un type particulier de programme de rééducation est leur tendance à nier ou à minimiser leurs problèmes et comportements relatifs à la consommation d'alcool et d'autres drogues (Lapham *et al.*, 2001). C'est pour cette raison que certains outils et procédures de dépistage et d'évaluation font appel à des indicateurs de consommation d'alcool ou d'autres drogues objectifs et/ou « déguisés ». L'indicateur le plus objectif et le plus fréquemment utilisé tient compte de l'historique des arrestations pour CFA et du taux d'alcoolémie au moment de l'arrestation. Cependant, ces indicateurs ne permettent en aucun cas de mesurer de façon fiable la gravité du problème. Plusieurs contrevenants primaires éprouvent des problèmes de consommation d'alcool ou d'autres drogues importants, et le taux d'alcoolémie au moment de l'arrestation est un indicateur peu fiable des problèmes de consommation d'alcool comme le démontrent d'autres mesures (Wieczorek, Miller et Nochajski, 1992). Toutefois, le taux d'alcoolémie au moment de l'arrestation semble être grandement apparenté au facteur de récurrence (Gjerde et Morland, 1988). Certains experts recommandent par conséquent que l'historique des arrestations et le taux d'alcoolémie au moment de l'arrestation soient

pris en compte dans le contexte des programmes complets de dépistage et d'évaluation.

Les outils de dépistage et d'évaluation⁴ qui utilisent certains indicateurs indirects ou déguisés de problèmes de consommation d'alcool ou d'autres drogues ou d'autres problèmes connexes sont les suivants : le questionnaire Mortimer-Filkins (Mortimer, Filkins et Lower, 1971), la grille MacAndrews Alcoholism Scale (révisée) (MacAndrew, 1965), le Research Institute on Addictions Self-Inventory (RIASI) (Nochajski et Miller, 1995; Nochajski *et al.*, 1993), et le Substance Abuse Subtle Screening Inventory-II (SASSI) (Miller, 1994). Le Tableau 2 présente de brèves descriptions.

Le Tableau 2 comprend également de l'information sélectionnée sur les questionnaires de dépistage fréquemment utilisés et les inventaires qui utilisent seulement des éléments « non déguisés » sur la consommation d'alcool et d'autres drogues. Ainsi, la visée des éléments est apparente pour le répondant et les réponses peuvent être influencées par une propension à minimiser l'étendue du problème. Dans tous les cas, le choix de notes charnières influence le pourcentage de cas correctement dépistés (véritable positif) et le pourcentage de cas erronément identifiés comme éprouvant des problèmes de consommation d'alcool et/ou d'autres drogues (faux positifs).

⁴ Le dépistage réfère habituellement à un processus relativement bref conçu dans le but d'identifier les cas probables (plus particulièrement les cas ayant des problèmes de consommation d'alcool ou d'autres drogues) et à une procédure d'évaluation plus détaillée et approfondie visant à confirmer les résultats du dépistage et à générer des renseignements plus détaillés pour la planification du traitement.

Tableau 2 : Caractéristiques sélectionnées des questionnaires et inventaires fréquemment utilisés pour dépister ou évaluer les contrevenants dans les cas de CFA ayant des problèmes de consommation d'alcool ou d'autres drogues⁵

Outil	Description
Test Mortimer-Filkins (Morbier, Filkins et Lower, 1971)	Questionnaire comprenant 58 questions de type « oui / non » et à réponse brève accompagné d'une entrevue structurée. Les énoncés concernent les habitudes de consommation d'alcool, les problèmes et les attitudes, les problèmes personnels/sociaux et relatifs au mode de vie
Échelle MacAndrew's Alcoholism Scale – révisée (MAC-R) (MacAndrew, 1965)	Questionnaire comprenant 49 questions de type « vrai / faux » tirées du Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), un outil d'évaluation clinique grandement répandu; aucune question sur la consommation d'alcool ou d'autres drogues.
Substance Abuse Subtle Screening Inventory-II (SASSI) (Miller, 1994)	Questionnaire comprenant 62 questions de type « vrai / faux » présentant peu de validité dans le cas de la consommation de drogues chimiques et 26 questions qui aident les clients à identifier les conséquences négatives de leur consommation d'alcool et d'autres drogues.
Research Institute on Addictions Self-Inventory (RIASI) (Nochajski et Miller, 1995)	Questionnaire comprenant 52 questions de type « oui / non » liées, directement ou indirectement, aux indicateurs de problème de consommation d'alcool.
Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) (Selzer, 1971)	Questionnaire comprenant 25 questions pondérées de type « oui / non » sur les habitudes de consommation d'alcool, les symptômes de dépendance à l'alcool et les problèmes de consommation connexes.
Driver Risk Inventory-II (DRI) (Lindeman et Scrimgeour, 1999)	Questionnaire comprenant 140 questions liées, directement ou indirectement, aux indicateurs de problèmes de consommation d'alcool.
Substance Abuse Life/Circumstances Evaluation (SALCE) (ADE Inc. 1986)	Questionnaire comprenant 85 questions de type « vrai / faux » ou énoncés de type Likert et conçues dans le but d'identifier des indicateurs cliniques, dans les attitudes et les comportements du besoin individuel d'altérer la consommation d'alcool ou d'autres drogues.
Drug Use Screening Inventory (DUSI) (Tarter et Hegedus, 1991)	Questionnaire comprenant 149 questions de type « oui / non » au sujet de la consommation d'alcool ou d'autres drogues, des modèles comportementaux, de l'état de santé, des troubles psychologiques, des compétences sociales, des systèmes familiaux, du rendement scolaire, du travail, des relations avec les pairs et des activités de loisirs.
Drug Abuse Screening Test (DAST) (Skinner, 1982)	Questionnaire comprenant 28 éléments de type « oui / non » sur la consommation de drogues, les symptômes de dépendance à la drogue et les problèmes relatifs à la consommation de drogues – semblable aux éléments du MAST.
Alcohol Use Inventory (AUI) (Horn, Wanberg et Foster, 1987)	Questionnaire comprenant 228 questions sur les avantages de la consommation d'alcool, les styles de consommation, les conséquences négatives de la consommation, les inquiétudes concernant la consommation et la reconnaissance que la consommation entraîne des problèmes.
Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Bohn, Babor & Kranzler, 1995)	Questionnaire comprenant 10 questions au sujet de la quantité et de la fréquence de consommation, de la dépendance à l'alcool et des problèmes causés par l'alcool.

⁵ D'autres outils peu documentés sont utilisés dans certains États américains. (Chang, Grégory et Lapham, 2002)

Les entretiens structurés peuvent également être utilisés pour identifier les contrevenants pour CFA qui éprouvent des problèmes de consommation d'alcool ou d'autres drogues. L'outil de prédilection est le *Structured Clinical Interview* pour le *Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux* (DSM-III-R) ou le SCID (Spitzer *et al.*, 1990). Il nécessite qu'un intervieweur expérimenté se prononce sur la signification et l'interprétation des réponses du client. Chaque section du SCID correspond à l'une des principales catégories de diagnostic du DSM-III-R et, lorsqu'il est utilisé pour dépister les problèmes de consommation d'alcool ou d'autres drogues, seules les sections qui concernent la consommation ou la dépendance à l'alcool et aux drogues sont utilisées. Les désavantages du SCID est qu'il est laborieux à compléter et nécessite des intervieweurs qualifiés.

Le *Diagnostic Interview Schedule* ou DIS est une alternative au SCID (Robins *et al.*, 1982). Il s'agit d'un questionnaire plus simple à administrer et qui nécessite peu d'intervention décisionnelle de la part de l'intervieweur. Les résultats indiquent si le client peut être diagnostiqué comme ayant un problème de consommation d'alcool ou d'autres drogues ou de dépendance. Le DIS a surtout été utilisé dans la recherche, mais il peut également être utilisé au niveau clinique. L'un de ses désavantages, à l'instar d'autres outils de dépistage et d'évaluation directe, est que les contrevenants peuvent délibérément minimiser la gravité de leur problème. Les mêmes limites se présentent avec d'autres entretiens structurés comme le *Addiction Severity Index* ou ASI (McLellan *et al.*, 1992), le *Comprehensive Drinker Profile* ou CDP (Marlatt et Miller, 1984) et le *Timeline Follow Back* (Sobell et Sobell, 1992).

Bien que son utilisation soit grandement répandue, le SASSI n'a pas été validé avec des échantillons de CFA, et ne s'est pas révélé supérieur à d'autres outils permettant de dépister les individus aux prises avec des problèmes de consommation d'alcool ou d'autres drogues dans d'autres milieux. Gray (2001) a démontré que le degré de fiabilité était relativement satisfaisant en ce qui concerne les grilles directes, mais insatisfaisant dans le cas des grilles indirectes. Ni le *Driver Risk Inventory* ni le SALCE n'a été validé à grande échelle (Chang, Gregory et Lapham, 2002).

Le RIASI s'est révélé supérieur au MAST et au questionnaire Mortimer-Filkins pour identifier les cas permettant d'établir un diagnostic de consommation d'alcool ou de dépendance à l'alcool au sens du DSM-II-R (Nochajski, Miller et Parks, 1994). Dans une étude, le RIASI a dépisté 69 p. 100 des cas connus comme ayant un diagnostic de consommation ou de dépendance à l'alcool à vie, alors que le MAST en a dépisté seulement 49 p. 100. Le RIASI a également dépisté 79 p. 100 de cas présentant des problèmes relatifs à la consommation de drogue et 80 p. 100 des incidences de conduite après consommation de drogue. Les pourcentages correspondants dans le cas du MAST étaient dans les deux cas de 38 p. 100. Ces conclusions ont favorisé l'utilisation du RIASI aux dépens du MAST et du questionnaire Mortimer-Filkins dans certains programmes axés sur la CFA aux États-Unis. Toutefois, une étude récente portant sur les outils d'évaluation fréquemment utilisés démontre que l'évidence de validité prédictive était plus forte pour la grille *MacAndrew Alcoholism Scale* et le *Alcohol Use Inventory* (Chang, Gregory et Lapham, 2002). Il a été démontré que ces outils permettent de dépister environ 70 p. 100 des cas de récurrence en matière de CFA.

Il n'y a cependant aucune indication claire quant à la supériorité de l'un ou de l'autre des outils ou des séries d'outils et procédures de dépistage, et les experts s'entendent pour dire que la sélection d'outils spécifiques et de procédures devrait être fondée sur les besoins et selon les ressources disponibles dans ce ressort particulier (Beirness, Mayhew et Simpson, 1997). On peut trouver d'autres renseignements sur les outils de dépistage et sur les divers problèmes de dépistage des cas de CFA dans deux publications récentes : Cavaiola et Wuth, 2002, pp. 75-111 et Chang, Gregory et Lapham, 2002.

Ces outils et procédures peuvent bien sûr être utilisés pour identifier les individus ayant des problèmes de consommation d'alcool ou d'autres drogues au sein d'autres populations cliniques ou criminelles ou dans la population générale. Cela comprend les automobilistes accusés d'infractions routières autres que celles relatives à l'alcool ou aux drogues. Aucune étude fournissant des conseils pour le dépistage de la consommation d'alcool ou d'autres drogues chez ces automobilistes n'a été identifiée dans le présent examen. Il est important de noter que Donovan *et al.* (1985) ont démontré que les hommes ayant été condamnés à plusieurs reprises pour des infractions au code routier ou ayant eu plusieurs accidents, où l'alcool n'était pas en cause présentaient des niveaux plus élevés de consommation que ceux de la population en général, quoique moins élevés que des récidivistes en matière de CFA. Toutefois, ils étaient semblables à ceux présents chez les récidivistes dans les cas de CFA au chapitre des mesures de la personnalité, de la dépression et de l'agressivité. Ces résultats nous invitent à mener plus de recherches sur la con-

sommation d'alcool et d'autres drogues dans la population de récidivistes pour infractions routières.

3.3.2 Entrevues avec les experts-clés

Les experts-clés semblent s'entendre pour dire que toute personne condamnée pour CFA, qu'il s'agisse de la première infraction ou d'une récidive, devrait se soumettre à un processus de dépistage et d'évaluation afin d'être aiguillée vers une intervention de niveau approprié. Bien que certains ressorts ne soumettent actuellement pas tous les contrevenants primaires à un processus d'évaluation, on a constaté que plusieurs contrevenants primaires avaient des antécédents en matière de CFA, et l'on reconnaît que l'administration d'un examen complet permet d'intervenir plus tôt.

La plupart (et non l'ensemble) des experts-clés conviennent également qu'il faut intervenir auprès de l'ensemble des contrevenants d'une façon ou d'une autre, sans égard aux résultats du processus de dépistage et d'évaluation, bien que l'un des ressorts offre l'option de ne se prévaloir « d'aucune autre mesure supplémentaire ».

Les experts-clés ne se sont pas entendus sur la question de savoir si le processus de dépistage ou d'évaluation doit intervenir après une inculpation ou après la suspension administrative ou l'accusation. Certains croient que l'attente d'une condamnation peut retarder de façon injustifiée l'entrée au programme d'éducation ou de traitement, alors que d'autres sont d'avis que l'évaluation avant l'accusation risque de violer les libertés civiles.

La plupart des experts-clés croient que les procédures de dépistage et d'évaluation doivent également être appliquées dans le cas de conduite de véhicules autres que des voitures, particulièrement dans le cas des motoneiges, puisque l'alcool est bien souvent en cause dans les décès d'accident de motoneige. Les conducteurs de ces autres types de véhicules pourraient être accusés de CFA au *Code criminel*; cependant, les ministères des transports n'en seraient pas nécessairement informés.

Plusieurs problèmes ont été soulevés au sujet des cas de CFA par des médicaments psychoactifs (sous ordonnance ou en vente libre), particulièrement parce que les gens risquent de ne pas connaître les effets débilitants du médicament. Dans ce contexte, plusieurs experts-clés ont identifié la nécessité de disposer d'outils ou de méthodes pour aider les agents à détecter les cas de CFA par des substances autres que l'alcool.

Nombre d'experts-clés soulignent l'importance de disposer de renseignements sur le taux d'alcoolémie à l'arrestation, sur le dossier de conduite (à vie) et sur la participation antérieure à des programmes de traitement et d'éducation avant de procéder à l'évaluation. Il faut souligner que dans le cas des jeunes, l'information relative au taux d'alcoolémie à l'arrestation et aux dossiers de conduite n'est pas disponible en raison des dispositions de la Loi sur les jeunes contrevenants. La nécessité de disposer de l'information sur l'alcoolémie n'était toutefois pas appuyée par l'ensemble des experts-clés. L'un d'eux a souligné qu'une alcoolémie élevée pouvait indiquer ou ne pas indiquer un problème généralisé de consommation élevée.

Outre les outils identifiés au Tableau 2, un ou plusieurs experts-clés ont mentionné le CAGE (King, 1986), les lignes directrices des Risques associés à la consommation d'alcool : évaluation et intervention (ARAI) (Collège des médecins de famille du Canada, 1994), les 20 questions des Alcooliques anonymes, et le Personal Experience Screening Questionnaire (PESQ) pour les jeunes (Winters, 1991). L'un des experts-clés souligne la nécessité d'utiliser des outils normalisés administrés par un professionnel qualifié de façon à ce que les résultats puissent être défendus devant un tribunal.

Un certain nombre d'experts-clés ont soulevé la question de la validité de l'information communiquée par les personnes concernées et des inquiétudes à l'effet que les contrevenants pour CFA risquaient de « jouer la comédie » ou de minimiser l'étendue du problème de consommation d'alcool ou d'autres drogues. Dans ce contexte, plusieurs experts-clés ont souligné l'importance d'utiliser des outils psychométriques comprenant certains types « d'échelles de vérité »; d'autres recommandent la consultation d'autres sources d'information, tout comme celles provenant de la famille, des amis ou de l'employeur. L'un des experts-clés croit qu'il est nécessaire de mener une évaluation des risques pour la sécurité routière, à la lumière de renseignements comme l'historique des actions routières ou des accidents. Cet expert-clé se préoccupait particulièrement de la validité de l'information déclarée par l'intéressé. En règle générale, on croit que le dépistage et l'évaluation devraient être effectués par des conseillers en matière d'abus de substances, ce qui semble être le cas en pratique.

Les opinions étaient partagées quant à la possibilité de réunir de l'information collatérale auprès des membres de la famille ou d'autres entités telles que les amis, médecins et employeurs dans le cadre du processus d'évaluation. En ce qui concerne les membres de la famille, certains experts-clés croient que leur participation est de la plus haute importance, particulièrement dans le cas des jeunes, ou quand l'information recueillie est contradictoire. D'autres se disent préoccupés du risque d'exposer les membres de la famille, dans les situations de violence conjugale, aux problèmes éthiques inhérents à leur participation au processus, et de la question de déterminer quelle information fournie par la famille peut être échangée de façon appropriée avec le client dans le processus de rétroaction de l'évaluation.

Les experts-clés ne s'entendaient pas sur l'évaluation de la réceptivité du client face au changement et sur l'utilisation d'une approche comprenant des entrevues de motivation auprès des contrevenants pour CFA. Certains experts-clés sont d'avis que le degré d'ouverture du contrevenant au changement est un facteur crucial pour l'appariement du contrevenant au type et au niveau d'intervention appropriée et l'engagement dans le processus d'intervention, alors que d'autres affirment qu'ils n'avaient jamais appliqué un modèle de cette nature dans les cas de CFA, et/ou qu'il était inapproprié étant donné que les contrevenants étaient contraints de suivre un programme de traitement, ce qui limite les possibilités d'intervention du conseiller.

La plupart des experts-clés ont indiqué que la majeure partie des contrevenants étaient de sexe masculin. Les experts-clés ont également identifié d'autres groupes pour lesquels on doit envisager des dispositions particulières :

1. **Les femmes** : idéalement, le processus d'évaluation ou de dépistage et l'intervention devraient tenir compte du sexe (en situation de groupe); cependant, dans la plupart des ressorts, cette mesure risque d'être inefficace en raison de leur faible nombre. Dans certains ressorts, particulièrement dans les grandes zones urbaines, les femmes peuvent être aiguillées vers un programme de traitement spécialement conçu à leur intention.
2. **Les Autochtones** : les processus, les outils de dépistage ou d'évaluation et l'intervention devraient tenir compte de la langue et être adaptés à la culture autochtone (dans l'un des ressorts, ils élaborent eux-mêmes leur programme axé sur la CFA).
3. **Les résidents en milieu rural** : les sanctions risquent d'être plus graves dans leur cas car ces personnes peuvent avoir de la difficulté à accéder aux programmes axés sur la CFA en raison de la distance et de l'absence du transport en commun; l'un des experts-clés mentionne plus particulièrement les femmes en milieu rural car elles sont confrontées à des obstacles comme l'absence de garderies et le fait de n'avoir qu'une seule voiture pour toute la famille.

4. **Les jeunes** : certains experts-clés sont d'avis qu'il faut des programmes destinés spécialement aux jeunes, alors que d'autres croient que les jeunes pourraient être intégrés aux programmes d'intervention auprès des adultes. Plusieurs experts-clés mentionnent l'importance de l'octroi du permis par étapes progressives et l'établissement de seuils moins élevés avant l'administration de sanctions.
5. **Les personnes plus âgées** : les experts-clés ont identifié les problèmes suivants : le stigmate, la réticence à l'égard des programmes d'intervention, la difficulté de comprendre certains outils.
6. **Les clients analphabètes ou atteints de surdité** : on a également mentionné qu'il faudrait des approches spécialisées dans ces cas.

3.3.3 Meilleures pratiques

En principe, il est possible d'identifier des individus pour lesquels un programme de r ducation est inutile. Les décisions antérieures dans plusieurs ressorts canadiens, où les tribunaux ont contraint certains individus, et non d'autres, à suivre des programmes de r ducation, étaient fondées sur cette hypothèse. Cette pratique est toujours suivie dans certaines administrations aux  tats-Unis et ailleurs. Toutefois, la documentation consultée ne fait état d'aucun appui à cet égard. Aucune méthode n'est actuellement disponible pour identifier avec certitude les individus qui profiteront ou ne profiteront pas des programmes de r ducation.   la lumière

des faits démontrant les avantages de ces programmes pour les participants, la meilleure pratique consiste à obliger tous les contrevenants pour CFA à participer à certains types de programmes de r ducation (comme l'indiquent les meilleures pratiques 1 et 2).

Le fait que la recherche indique que les contrevenants pour CFA présentent des caractéristiques différentes à l'égard de l'étendue de leurs problèmes de consommation d'alcool ou d'autres drogues, ou à d'autres égards qui risquent d'influencer le taux de récidive, il faut donc utiliser différents niveaux ou types d'intervention pour les différents individus. Bien que l'on n'ait pas déterminé la meilleure façon d'apparier les contrevenants au niveau ou au type de traitement approprié, en règle générale, les interventions plus intensives sont appropriées dans les cas de problèmes plus graves, et il est important de mettre en œuvre un processus de dépistage et d'évaluation clairement défini pour appuyer ces décisions.

Meilleure pratique 6

Tous les automobilistes condamnés pour CFA devraient être soumis à un test de dépistage et à une évaluation afin de déterminer le niveau ou le type d'intervention le plus approprié.

Plusieurs outils de dépistage validés auprès des programmes de CFA et de groupes de contrevenants pour CFA ont été identifiés, et l'utilisation de ces outils par des personnes qui en maîtrisent les forces et les faiblesses s'inscrit dans l'esprit des meilleures pratiques.

Meilleure pratique 7

Les outils qui se sont révélés efficaces pour évaluer les problèmes de consommation d'alcool et d'autres drogues, et les risques de récidive devraient faire partie intégrante de la procédure du dépistage. Le rendement de ces outils devrait être constamment évalué.

3.4 Efficacité des programmes qui jumellent le traitement et la réadaptation à la suspension du permis de conduire ou autres mesures restrictives des possibilités de conduire

3.4.1 Indications de la documentation

Lorsque les programmes de réadaptation ont été introduits pour la première fois, l'une des stratégies fréquemment utilisées par les tribunaux ou les autorités chargées de la délivrance des permis pour encourager les contrevenants à suivre un programme de rééducation consistait à offrir une période réduite, voire l'abandon, de la suspension du permis de conduire, sanction habituellement imposée dans les cas de CFA (Mann *et al.*, 1983). Cette stratégie de substitution s'est cependant révélée une erreur grave, du moins du point de vue de la sécurité routière. Plusieurs évaluations comparant des contrevenants contraints de suivre des programmes de réadaptation (dont le permis avait été rétabli) à des groupes témoins n'ayant pas suivi de programmes de réadaptation (passibles d'une suspension de permis) ont révélé que les individus ayant suivi un programme de réadaptation présentaient souvent un taux équivalent ou plus élevé de collisions et de condamnations pendant

FACTEUR CLÉ

- Les réductions les plus marquées des cas de récidive et de collision où l'alcool au volant est en cause sont obtenues en combinant les programmes de rééducation et les sanctions visant le permis de conduire comme des suspensions ou l'installation de dispositifs de verrouillage du système de démarrage.

la période de suivi (p. ex., Preusser, Ulmer et Adams, 1978). Ce phénomène est du fait que les suspensions de permis de conduire présentent des avantages importants au chapitre de la sécurité routière (Mann *et al.*, 1991) qui sont négligés lorsqu'ils sont remplacés par d'autres mesures comme la réadaptation.

Une partie des études analysées par Wells-Parker *et al.* (1995) a trait à des cas avec différents niveaux ou types de programmes d'éducation ou de traitement et (ou) de restrictions au permis de conduire. Il a ainsi été possible d'étudier l'influence relative des programmes d'éducation / de traitement et des peines judiciaires, ou une

combinaison des deux. Les résultats démontrent que l'effet positif le plus important sur les incidents routiers où l'alcool est en cause, et de façon plus générale, sur la sécurité routière, se produit quand les contrevenants suivent à la fois un programme d'éducation ou de traitement et que leur permis de conduire est suspendu.

Cette conclusion est renforcée par l'étude de DeYoung (1997). En outre, le Comité d'experts mis sur pied par le Century Council (1997) est parvenu à la même conclusion comme on l'a mentionné précédemment. D'autres experts sont parvenus à des conclusions semblables (p. ex., Voas et Fisher, 2001; Nichols, 1990; *National Commission Against Drunk Driving*, 2002).

3.4.2 Entrevues avec les experts-clés

Les experts-clés s'expriment en faveur de la nécessité que les sanctions pénales soient combinées à des interventions d'éducation ou de traitement. Plusieurs experts-clés soulignent l'importance d'atteindre un équilibre entre les programmes d'éducation et de traitement et les sanctions pénales, et expriment des inquiétudes quant à l'effet négatif de sanctions trop sévères sur la motivation des contrevenants à changer de comportement et quant à celui d'encourager la conduite sans permis. Plusieurs experts-clés soulignent l'importance de responsabiliser les contrevenants à l'égard de leur délit et du rôle du modèle administratif (voir ci-dessous) d'imposer aux contrevenants le fardeau de répondre aux exigences nécessaires au rétablissement de leur permis de conduire.

En outre, plusieurs experts-clés ont signalé que le système actuel risque de prêter à confusion puisque les codes de la route des différentes administrations provinciales et territoriales peuvent accroître les peines à des niveaux supérieurs à celles imposées en vertu du *Code criminel*. La plupart des experts-clés soulignent la nécessité de normaliser les sanctions juridiques et les programmes d'éducation ou de traitement entre les provinces et les territoires.

3.4.3 Meilleures pratiques

Tout semble démontrer que les réductions les plus marquées des cas de récidive et de collision où l'alcool au volant est en cause sont obtenues en combinant les programmes de rééducation et les sanctions visant le permis de conduire comme des suspensions ou l'installation de dispositifs de verrouillage du système de démarrage. Les efforts déployés antérieurement dans le but de réduire les mesures touchant le permis de conduire afin d'inciter le suivi des programmes de rééducation se sont révélés désavantageux puisque cette politique néglige les avantages pour la sécurité routière rattachés aux programmes de rééducation.

Meilleure pratique 8

Les programmes de rééducation devraient compléter les mesures touchant le permis de conduire et non les remplacer.

3.5 Interventions ciblant les automobilistes appréhendés pour CFA et non traduits devant les tribunaux

3.5.1 Indications de la documentation

Certaines indications portent à croire que les individus dont le permis est suspendu sur-le-champ ressemblent à ceux condamnés pour CFA en vertu du *Code criminel*. Par exemple, Quaye et Boase (2002) racontent que le nombre de suspensions sur-le-champ dans un ressort a augmenté proportionnellement au nombre de condamnations criminelles figurant dans les dossiers de conduite. Dans une étude non publiée, Vingilis (1983) a étudié les caractéristiques d'un échantillon de 3 337 automobilistes dont le permis avait été suspendu immédiatement en Ontario en 1982. L'échantillon ne comprenait pas les automobilistes impliqués dans une collision ou trouvés coupables d'une infraction de CFA au *Code criminel*. Les dossiers de conduite indiquaient que le permis de conduire de plus du tiers des individus avait déjà été suspendu – la plupart du temps pour CFA. Sur une période de suivi de 2,5 ans, environ 19 p. 100 du nombre total d'individus ont été condamnés pour délit de CFA – un chiffre qui est semblable au taux de récidive observé chez les automobilistes condamnés pour une infraction de CFA au *Code criminel* (Mann *et al.*, 1991).

3.5.2 Entrevues avec les experts-clés

Certains experts-clés croient que les automobilistes qui ont reçu une suspension administrative sur-le-champ de leur permis de conduire (particulièrement les récidivistes) devraient également faire l'objet d'un processus de

FACTEURS CLÉS

- Les individus dont le permis est suspendu sur-le-champ avant la condamnation présentent un profil de consommation d'alcool et de la conduite semblable à celui des individus qui sont condamnés pour délit de CFA.
- Il est probable que ceux dont le permis est suspendu sur-le-champ, ainsi que la société, profitent des mêmes types d'avantages qu'offrent les programmes de rééducation.

dépistage ou d'évaluation en vue de détecter des problèmes de consommation d'alcool ou d'autres drogues.

3.5.3 Meilleures pratiques

Les données recueillies indiquent que les individus dont le permis est suspendu sur-le-champ avant la condamnation pour CFA présentent un profil semblable à celui des individus qui sont condamnés pour délit de CFA. Ainsi, il est probable qu'eux-mêmes, ainsi que la société, profitent des mêmes types d'avantages qu'offrent les programmes de rééducation.

Meilleure pratique 9

Les personnes dont le permis est suspendu immédiatement avant la condamnation pour CFA devraient être soumises à une évaluation et aiguillées vers les programmes de rééducation.

3.6 Questions relatives à la gestion et à la formation

3.6.1 Indications de la documentation

Les contrevenants pour CFA présentent de nombreuses caractéristiques communes avec les personnes ayant des problèmes de consommation d'alcool ou d'autres drogues (Macdonald et Mann, 1996; Miller et Windle, 1990), ce qui porte à croire que les programmes traitants les problèmes de consommation d'alcool et d'autres drogues doivent être mis en œuvre par des professionnels qualifiés en matière de cas de dépendances et de l'approche axée sur la science du comportement. Dans ce contexte, l'accent est mis sur la responsabilité individuelle et l'utilisation des connaissances et techniques scientifiques pour induire un changement de comportement au moyen d'activités individuelles auto-initiées qui se concrétisent par l'abstinence ou une réduction des habitudes dangereuses de la consommation d'alcool ou d'autres drogues. Une variété de modèles de gestion de rechange a toutefois été élaboré (Mann *et al.*, 1997). Ainsi, au Canada, la responsabilité inhérente aux divers volets de programme incombe aux organismes provinciaux de traitement des dépendances, aux ministères responsables de la santé, aux ministères responsables des transports, ou aux prestataires de services du secteur privé. Aux États-Unis, les programmes sont bien souvent réglementés et administrés par un organisme investi par l'État ayant comme mandat d'offrir des programmes à l'intention des automobilistes trouvés coupables de CFA et de s'assurer que ces programmes répondent aux normes établies par l'État (p. ex., au Mississippi, au New-Jersey). Ces organismes font bien souvent appel à la

FACTEURS CLÉS

- Les programmes de rééducation efficaces à l'intention des automobilistes condamnés pour CFA doivent être mis en œuvre suivant une approche axée sur la science du comportement et avec une orientation conforme au traitement des dépendances.
- Les programmes traitants les problèmes de consommation d'alcool et d'autres drogues dans les cas de CFA devraient être mis en œuvre par des professionnels formés en toxicomanie et en science du comportement. Ces professionnels devraient également recevoir une formation continue afin de conserver leurs habiletés et d'acquérir de nouvelles techniques efficaces.

sous-traitance auprès d'autres organismes pour offrir des programmes dans leurs secteurs particuliers. Dans certains états américains, où seuls les programmes d'éducation sont offerts à certains contrevenants pour CFA, les programmes sont peu réglementés, et la situation se compare pratiquement à celle d'un libre marché où les prestataires de services se livrent concurrence sur des aspects comme le coût et la durée du programme.

3.6.2 Entrevues avec les experts-clés

En règle générale, les experts-clés ont recommandé que le niveau de formation requis de la part des administrateurs de programmes soit différent de celui exigé des responsables de la prestation des programmes d'éducation et de la prestation de programmes de traitement et de

réadaptation. Ils sont d'avis que les responsables de la prestation des programmes d'éducation doivent avoir reçu une formation sur l'éducation des adultes et la facilitation de groupe, alors que ceux qui sont responsables des programmes de traitement et de réadaptation devraient être des cliniciens ou conseillers formés en toxicomanie, avec une formation spécifique aux problèmes relatifs à la CFA. Ils ont également mentionné les éléments suivants : la crédibilité individuelle, la capacité de servir de ressource pour la communauté et la capacité d'avoir des personnes modèles provenant de la communauté des personnes en voie de rétablissement.

Plusieurs experts-clés ont souligné le besoin d'offrir une formation annuelle, sur une base continue, pour résoudre des questions telles que la disponibilité d'information à jour sur les applications du programme et l'assurance de la qualité. Plusieurs experts-clés ont indiqué que le personnel responsable de l'immatriculation des véhicules pourrait tirer parti de la formation sur les programmes de rééducation afin de mieux en saisir la teneur.

3.6.3 Meilleures pratiques

Les données recueillies semblent indiquer que les programmes de rééducation efficaces à l'intention des automobilistes condamnés pour CFA doivent être mis en œuvre suivant une approche de santé comportementale et selon une orientation en harmonie avec le traitement des dépendances. Dans ce contexte, l'accent est mis sur la responsabilité individuelle et sur

l'utilisation des connaissances scientifiques et des techniques visant à susciter un changement de comportement au moyen d'activités individuelles autodéterminées qui se concrétisent par l'abstinence ou la réduction des habitudes dangereuses de la consommation d'alcool ou d'autres drogues.

Meilleure pratique 10

Les programmes de rééducation doivent être situés dans un environnement qui favorise l'adoption de comportements sains et l'atteinte des objectifs du traitement.

Les experts-clés ont indiqué que les personnes qui offrent des services de rééducation aux automobilistes trouvés coupables de CFA doivent posséder des compétences en matière d'éducation des adultes, de facilitation de groupe et de counselling en toxicomanie. Ces compétences sont habituellement présentes chez les individus qui ont reçu de la formation ou ont acquis des compétences dans le domaine des dépendances.

Meilleure pratique 11

Les prestataires de services des programmes de CFA doivent avoir reçu une formation sur les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues, sur l'éducation des adultes (particulièrement les responsables des interventions éducatives) et sur l'animation de groupes (particulièrement les responsables des interventions thérapeutiques).

Le Canada compte plusieurs programmes de rééducation à l'intention des automobilistes trouvés coupables de CFA, et leur nombre pourrait s'accroître au fil du temps. Les experts-clés sont d'avis qu'une formation continue est nécessaire pour que les professionnels conservent leurs habiletés et acquièrent de nouvelles techniques efficaces.

Meilleure pratique 12

Il faut appuyer les prestataires de programmes de rééducation des contrevenants dans les cas de CFA dans leurs recherches de formation offertes à l'échelle nationale ou à l'échelon provincial, et ce, sur une base annuelle ou biennale.

3.7 Relations entre les programmes axés sur la CFA et les autorités de la délivrance des permis de conduire

3.7.1 Indications de la documentation

Les programmes de traitement et de réadaptation destinés aux automobilistes trouvés coupables de CFA ont été mis en œuvre d'après deux grands modèles. Le premier est le modèle judiciaire, en vertu duquel la participation à un programme de traitement ou de réadaptation est exigée par les tribunaux. Selon ce modèle, les contrevenants sont contraints par les tribunaux de suivre des programmes au moment du prononcé de la sentence et les tribunaux veillent à ce que les programmes soient suivis. Souvent, la participation à un programme est une condition de probation, et les contrevenants qui ne participent pas ou ne réussissent pas le programme peuvent être considérés en rupture de probation. D'après ce modèle, l'autorité responsable de l'immatriculation communique peu avec le service de traitement et réadaptation. Auparavant, ce modèle était répandu au Canada, et il est encore très répandu aux États-Unis (*Century Council*, 1997; *Stoduto et al.*, 1998).

FACTEUR CLÉ

- Le modèle administratif dans le cadre duquel les contrevenants sont contraints, par les autorités responsables de la délivrance des permis, de suivre un programme de traitement ou d'éducation préalable au rétablissement du permis de conduire est utilisé dans la plupart des provinces/territoires au Canada.
- Le modèle administratif est habituellement reconnu comme étant supérieur et plus efficace que le modèle judiciaire parce qu'il permet à tous les contrevenants de suivre un programme d'éducation ou de traitement avant le rétablissement du permis de conduire.

En deuxième lieu, il y a le modèle administratif, dans le cadre duquel les contrevenants sont contraints par les autorités responsables de la délivrance des permis, de suivre un programme de traitement ou d'éducation, préalable au rétablissement du permis de conduire. Ce modèle est utilisé dans la plupart des ressorts au Canada. Il est habituellement reconnu comme étant supérieur au modèle judiciaire et plus efficace que celui-ci parce qu'il permet à tous les contrevenants de suivre un programme

d'éducation ou de traitement avant le rétablissement du permis de conduire. Il réduit également la possibilité de voir les tribunaux prononcer une suspension réduite du permis de conduire afin d'encourager les contrevenants à suivre les programmes. Selon ce modèle, les services de traitement et réadaptation doivent communiquer avec les autorités responsables de la délivrance des permis, d'une part au moment où le contrevenant amorce le programme, et, d'autre part, lorsqu'il le complète. Dans certaines provinces, les programmes sont en fait administrés par les organismes chargés de la délivrance des permis de conduire (Stoduto *et al.*, 1998).

3.7.2 Entrevues avec les experts-clés

Dans la plupart des provinces le modèle administratif est en vigueur, ce qui signifie que la décision relative au rétablissement du permis de conduire appartient à l'autorité responsable de la délivrance des permis de conduire, et le contrevenant est responsable de répondre à toutes les exigences requises pour le rétablissement de son permis. L'un des experts-clés explique qu'avant la mise en œuvre du modèle administratif, alors que des sanctions judiciaires et d'autre nature étaient prononcées par les tribunaux, il incombait davantage à l'agent de probation qu'au contrevenant d'indiquer des services de traitement, d'éducation ou d'autres services appropriés.

Tous les experts interrogés recommandent de faire preuve de clarté quant aux rôles et aux responsabilités et d'ouvrir les voies de communication entre le secteur du traitement et de réadaptation, et les responsables de la délivrance

des permis de conduire et/ou le système judiciaire (p. ex., réunions régulières, organe de coordination au niveau provincial). Plusieurs s'inquiètent du fait que les contrevenants soient pris entre « l'arbre et l'écorce » en cas de communication inadéquate. Les experts-clés indiquent également que les contrevenants doivent savoir clairement en quoi consistent leurs responsabilités et obligations en matière de rapport. On cite le Manitoba à titre d'exemple de ressort qui dispose de protocoles transparents à ce chapitre (p. ex., la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances (FMLD) s'occupe du client, et le bureau d'immatriculation des véhicules s'occupe de l'aspect relatif à l'application de la loi). L'expert-clé manitobain signale que le ministère de la Justice provincial fait toujours appel à la FMLD et au bureau d'immatriculation des véhicules pour toutes les discussions relatives aux projets d'amendement de la *Loi sur la CFA*, et la FMLD travaille en étroite collaboration avec le bureau de l'immatriculation des véhicules.

Plusieurs experts-clés ont soulevé la question selon laquelle les contrevenants « magasinent » afin de trouver un ressort dont les exigences relatives à la participation à des programmes d'éducation et de traitement sont moins contraignantes et qu'il serait utile de mettre en œuvre des mécanismes d'échange d'information entre les ressorts sur les dossiers de conduite et les exigences en matière de rééducation. Plusieurs experts-clés parlent de la nécessité d'adopter des normes nationales ou uniformes entre les différents ressorts.

La plupart des experts-clés ne semblent pas s'inquiéter de la question de la confidentialité en raison de la nature de l'information transmise aux responsables de la délivrance des

permis de conduire. La plupart des programmes d'intervention fournissent de l'information de base normalisée au bureau d'immatriculation des véhicules indiquant si le client a respecté ou non les exigences. Ils mettent aussi en relief toute autre inquiétude à l'égard d'éventuels problèmes de consommation d'alcool ou d'autres drogues. Certains ressorts utilisent des niveaux de risque et certaines inquiétudes ont été exprimées quant à leur interprétation par les bureaux d'immatriculation des véhicules et quant au caractère confidentiel et à la fiabilité de l'interprétation. L'un des experts-clés croit qu'il faudrait développer l'aspect relatif aux niveaux de risques de consommation de drogues autres que l'alcool.

La plupart des experts-clés ne sont pas en faveur de l'idée que les programmes axés sur la CFA puissent communiquer de façon proactive avec les automobilistes coupables de CFA, bien que la question ait été soulevée dans le contexte où les contrevenants ignorent les exigences relatives à l'évaluation et à l'intervention, ou attendent jusqu'à la dernière minute de la période de suspension du permis de conduire avant de s'en prévaloir. L'un des experts-clés recommande que les programmes puissent accéder à l'information sur les condamnations et au dossier de conduite afin d'exercer le suivi auprès des clients qui ne se conforment pas à l'exigence de suivre un programme. D'autres, enfin, proposent que tous les automobilistes arrêtés pour CFA soient tenus de suivre un programme, qu'ils choisissent ou non de rétablir leur permis de conduire.

Dans ce contexte, certains experts-clés ont soulevé la question de l'application de la loi et le fait que les probabilités d'interception des contrevenants conduisant pendant la période

de suspension sont faibles, particulièrement dans les régions rurales. L'un des experts-clés croit qu'il faudra exercer une surveillance accrue pour détecter les cas de CFA afin de réduire les délits de CFA. Plusieurs experts-clés mentionnent également la nécessité de sensibiliser davantage le public aux conséquences de la CFA, quant aux sanctions judiciaires et autres.

3.7.3 Meilleures pratiques

Les sections précédentes démontrent clairement que tous les automobilistes trouvés coupables de CFA doivent suivre un programme de rééducation (et non pas compter sur le pouvoir discrétionnaire des tribunaux d'aiguiller les contrevenants vers les programmes) pour optimiser l'effet sur la sécurité routière. L'étude démontre une optimisation des avantages au chapitre de la sécurité routière, indiquée par une réduction du nombre de collisions, quand l'on contraint tous les contrevenants à suivre un programme de rééducation comme condition de rétablissement du permis de conduire. Ce constat fait opposition aux situations où les tribunaux déterminaient qui devraient ou non suivre un programme de rééducation.

Meilleure pratique 13

Les programmes de rééducation devraient être dirigés dans le cadre d'un modèle administratif où l'achèvement du programme est essentiel au rétablissement du permis de conduire.

L'un des modèles que l'on pourrait utiliser est celui où l'autorité responsable de la délivrance des permis surveille ou administre les programmes de rééducation. Toutefois, les conflits qui risquent de survenir entre la « culture administrative » de l'autorité responsable de la délivrance de permis et la

« culture thérapeutique » requise dans le cadre d'un programme de rééducation risquent d'être importants. L'autre point de vue des experts est qu'il doit y avoir une séparation entre l'administration des suspensions de permis de conduire par l'autorité responsable et la prestation des programmes de rééducation.

Meilleure pratique 14

Les programmes de rééducation devraient être administrés par un organisme autre que le service chargé d'accorder les permis.

On soulève la question des communications entre les autorités responsables de la délivrance des permis et les prestataires du programme de rééducation. Des experts-clés soulignent que les programmes de rééducation ont besoin d'information provenant des autorités responsables

de la délivrance des permis afin de prendre des décisions importantes sur la clientèle; réciproquement, les autorités responsables de la délivrance doivent obtenir de l'information de la part des administrateurs de programme de rééducation afin de prendre les décisions relativement aux permis de conduire. En outre, les clients doivent accéder à de l'information claire sur les règlements et les exigences relatives aux programmes.

Meilleure pratique 15

Il est nécessaire de mettre sur pied des mécanismes officiels et transparents pour faciliter la coordination et la collaboration entre les autorités de délivrance des permis et les programmes de rééducation, afin d'assurer l'échange mutuel de l'information, et ce, dans l'intérêt de la clientèle et du public.

3.8 Les coûts des services

3.8.1 Indications de la documentation

L'un des principaux enjeux de la prestation des programmes de rééducation pour les automobilistes trouvés coupables de CFA est le financement des services. Plusieurs modèles différents sont utilisés pour la perception de frais au Canada et, dans certains cas, les contrevenants paient directement les fournisseurs de services; dans d'autres cas, les frais du programme sont compris dans les frais de rétablissement du permis de conduire. La situation est semblable aux États-Unis (Mann *et al.*, 1997; Stoduto *et al.*, 1998).

Certains auteurs ont proposé de tenir compte des difficultés financières. Mann *et al.* (1997)

FACTEUR CLÉ

- Plusieurs modèles différents sont utilisés pour la perception de frais au Canada et, dans certains cas, les contrevenants paient directement les prestataires de services; dans d'autres cas, les frais du programme sont compris dans les frais de rétablissement du permis de conduire.

s'opposent à l'adoption d'une politique de cette nature au Canada, en partie parce que les coûts sont inférieurs à ceux en vigueur dans les ressorts prévoyant des dispositions particulières en cas de difficultés financières (surtout dans les États américains), et parce que les coûts eux-mêmes peuvent servir d'élément de dissuasion à la consommation et à la conduite.

3.8.2 Entrevues avec les experts-clés

La plupart des experts-clés sont en faveur d'une certaine forme de recouvrement des coûts des programmes de traitement et d'éducation, de dépistage et d'évaluation. Chez les experts-clés en faveur de la récupération des coûts, on sent un appui considérable pour la récupération des coûts dans le cas du processus d'évaluation, mais un appui plus faible dans le cas des programmes d'intervention de traitement et d'éducation touchant les cas de CFA. Plusieurs experts-clés s'inquiètent du fait que les clients à faible revenu ou les prestataires d'assistance sociale ne soient pas en mesure d'acquitter les frais. Un expert-clé propose la possibilité d'effectuer des versements, et plusieurs soulignent la nécessité de maintenir les frais à un niveau raisonnable afin de ne pas décourager la participation. Les experts-clés s'entendaient également sur un principe de récupération des coûts des services axés sur la consommation d'alcool et d'autres drogues et la conduite, et non des services de traitement des dépendances.

De façon générale, les experts-clés sont en faveur du paiement des coûts dès le début. Toutefois, nombre d'entre eux ont peur qu'un paiement en début de processus décourage la participation. L'un des experts-clés indique que dans son ressort, aucun paiement n'est versé tant que le client n'a pas déposé une demande de rétablissement du permis de conduire; il est d'avis que cette méthode accroît le « taux de participation » au programme d'évaluation et d'intervention.

Comme on l'a mentionné précédemment dans le cas des programmes de traitement et d'éducation, les experts-clés recommandent

que les mesures de récupération des coûts soient normalisées entre les ressorts. Le présent rapport donne de l'information sur les coûts du programme, y compris ceux assumés par les participants aux programmes, dans la section six : Répertoire des programmes canadiens dans les cas de CFA.

3.8.3 Meilleures pratiques

La question de l'acquittement des frais de programmes de rééducation a fait l'objet de plusieurs discussions dans différents ressorts. Toutefois, au fil des ans, on semble convenir unanimement que les clients doivent acquitter au moins une partie des coûts des services, et ce, pour plusieurs raisons, notamment limiter les dépenses publiques et les efforts visant à renforcer l'effet dissuasif de la CFA et des coûts associés. Les experts-clés se sont dits en faveur de la récupération des coûts dans le cas des programmes de rééducation. Il faut cependant spécifier que les coûts récupérés visent plus particulièrement les programmes de rééducation dans les cas de CFA, et non les coûts des programmes de traitement des dépendances si les individus sont aiguillés vers ceux-ci. Ainsi, il est recommandé que les coûts des programmes de rééducation des automobilistes trouvés coupables de CFA soient récupérés, au moins en partie, au moyen des frais d'utilisation.

Les programmes, particulièrement les plus intensifs ou les plus longs, peuvent s'avérer très dispendieux pour les contrevenants. Les experts-clés sont d'avis qu'il est important de trouver des façons de réduire le fardeau financier des contrevenants qui peuvent être aiguillés vers d'autres formes de programmes plus dispendieux, ou qui ne disposent pas des

ressources financières suffisantes pour acquitter les frais de programme. Plusieurs ressorts ont adopté un tarif unique pour les contrevenants couvrant le coût de tous les programmes. Bien que cette politique fasse en sorte que certains clients paient plus cher pour des programmes moins coûteux, elle allège le fardeau financier des personnes contraintes de suivre des programmes plus intensifs ou plus longs, et elle permet d'offrir un plus grand nombre de programmes intensifs aux personnes qui en ont besoin. Étant donné que les frais des programmes de traitement risquent d'être inférieurs aux autres coûts

rattachés au rétablissement du permis (p. ex., les frais de permis de conduire, les primes d'assurance accrues), il est peu probable qu'ils constituent un obstacle important à la participation au programme de traitement.

Meilleure pratique 16

Des mesures devraient être prises afin de réduire le coût des services aux automobilistes condamnés, particulièrement ceux qui sont aiguillés vers des programmes plus dispendieux. Il pourrait s'agir d'appliquer un taux unique pour tous les clients, ou de fournir une certaine forme d'aide financière pour les clients à faible revenu.

3.9 Évaluation du programme et la recherche

3.9.1 Indications de la documentation

L'évaluation du programme comprend une variété d'activités et de procédures visant à démontrer le bien-fondé des programmes et de leur conception, à démontrer qu'ils sont dotés des ressources appropriées, et qu'ils sont mis en œuvre comme prévus et de façon rentable. Les évaluations donnent de l'information sur la pertinence d'un programme ou l'une de ses composantes, et peuvent faciliter la responsabilisation, l'élaboration de programmes et les décisions relatives à l'attribution des ressources. Bien que les deux termes soient étroitement liés, alors que l'objectif premier d'un programme d'évaluation consiste à réunir de nouvelles connaissances, il peut être plus approprié de parler d'études.

Les chercheurs canadiens sont parmi les premiers à documenter le niveau élevé des risques d'accidents associés à la CFA par l'alcool et aux

FACTEURS CLÉS

- Les chercheurs canadiens sont parmi les premiers à documenter le niveau élevé des risques d'accidents associés à la CFA par l'alcool et à donner de l'information essentielle à l'élaboration de programmes de rééducation fructueux.
- Plusieurs évaluations des programmes canadiens de grande influence ont révélé qu'ils sont efficaces et qu'ils stimulent l'élaboration d'autres programmes.
- Il faudrait mener des activités d'évaluation davantage approfondies afin de contribuer à l'amélioration de la qualité et aux innovations et d'éclairer les décisions relatives à l'attribution des ressources.

individus éprouvant des problèmes de consommation d'alcool (p. ex., Schmidt *et al.*, 1963). Ils sont également parmi les premiers à donner de l'information sur les automobilistes trouvés coupables de CFA, information qui s'est révélée essentielle à l'élaboration de programmes de

rééducation fructueux à l'intention des automobilistes trouvés coupables de CFA (p. ex., Vingilis, 1983). Plusieurs évaluations des programmes canadiens de grande influence, menées dans les années 1970 et 1980, ont révélé qu'ils sont efficaces et qu'ils stimulent l'élaboration d'autres programmes (Santé Canada, 1997; Mann *et al.*, 1994; Vingilis *et al.*, 1981; Whitehead *et al.*, 1984; Zelhart *et al.*, 1975).

Les évaluations des programmes canadiens de rééducation ont permis de bien cerner la façon dont les programmes produisent leurs résultats. Au Manitoba et en Alberta, les évaluations ont montré l'efficacité des programmes dans la réponse aux besoins des participants (Santé Canada, 1997; Parsons, Wnek et Huebert, 1993). En Ontario, les évaluations ont fait état d'un niveau élevé d'uniformité et de qualité du programme provincial mis en œuvre dans 28 sites de prestation (p. ex., Chipperfield et Mann, 2000; Shuggi *et al.*, 2002) et ont montré que l'outil d'évaluation utilisé dans la province tient compte des caractéristiques psychométriques appropriées (Flam-Zalcman, Chipperfield et Mann, 2002). Au Québec, l'étude a décrit les caractéristiques importantes des individus qui ont complété un programme d'évaluation (Boudreault, Brassard et Gagnon, 2002) et les caractéristiques des individus qui n'ont pas participé aux programmes obligatoires (Brown *et al.*, 2002).

Toutefois, il est clair que l'évaluation n'a pas bénéficié d'un appui constant au fil des ans au pays. Bien souvent, les programmes ne disposaient que de peu de ressources pour mener des évaluations, à l'exception des programmes qui génèrent l'information de base nécessaire à la gestion du programme. Les programmes ont

ainsi dû se tourner vers des sources de financement externes pour effectuer d'autres activités d'évaluation. Cette situation n'a pas été sans nuire aux activités d'évaluation nécessaires pour rassurer la responsabilisation, l'innovation et la prestation de programmes de grande qualité.

3.9.2 Entrevues avec les experts-clés

Quand on a demandé aux experts-clés de décrire les programmes offerts dans leurs ressorts, plusieurs ont souligné la nécessité de mener une évaluation, et l'absence de ressources pour ce faire. Plusieurs ont suggéré que le gouvernement fédéral détermine des critères d'évaluation qui pourraient être utilisés à la grandeur du pays, et ont proposé que des programmes canadiens pouvant servir de modèles soient établis. Certains ont exprimé le besoin que soient menées plus de recherches au Canada, sur des sujets aussi diversifiés que l'élaboration d'outils efficaces pour l'appariement des clients aux programmes, les différentes approches en matière de traitement et d'évaluation, l'efficacité des programmes d'éducation, les programmes destinés aux récidivistes chroniques et les programmes de traitement obligatoires.

La plupart des experts-clés semblaient s'entendre sur le fait que les taux de récidive en matière de CFA (mesurés par les incidents portés à l'attention des services policiers; p. ex., les suspensions de 24 heures, les jeunes violant la politique de tolérance zéro), et les résultats pour la clientèle devraient être surveillés. Plusieurs experts-clés pensent qu'il faut exercer un suivi auprès des contrevenants après le rétablissement du permis de conduire, et nombre d'entre eux soulignent également la nécessité de mener des recherches sur les contrevenants qui

ne font pas de demande de rétablissement de leur permis de conduire de même que sur la proportion d'entre ceux qui conduisent sans permis, et cela, depuis combien de temps.

Bien que les experts-clés n'aient pas identifié de mécanismes particuliers pour l'établissement de meilleures pratiques afin d'accroître la qualité, ils ont décrit les mécanismes en place dans leur propre ressort, y compris l'utilisation d'outils d'intervention et d'évaluation normalisés à l'échelle du ressort, la surveillance de la prestation des programmes quant au délai avant l'évaluation et le commencement du programme, la tenue de réunions régulières sur la gestion du programme et la formation annuelle.

3.9.3 Meilleures pratiques

L'évaluation et l'étude des programmes sont des activités nécessaires à la prestation responsable des programmes, au développement du programme et à l'attribution impartiale des ressources. Les experts-clés signalent le besoin important de procéder à des études et à l'évaluation des programmes.

Meilleure pratique 17

L'évaluation doit faire partie intégrante de tout programme de rééducation.

Au Canada, le financement des activités d'évaluation et d'étude des programmes a été irrégulier au fil des ans. Pour maintenir ces activités, il faut les financer sur une base continue dans le cadre des activités fondamentales des programmes, et elles doivent être budgétées en conséquence.

Meilleure pratique 18

Les coûts relatifs à la recherche et à l'évaluation du programme doivent faire partie de l'enveloppe budgétaire du programme.

Il est fréquent de trouver des activités de surveillance de base du programme. Toutefois, les experts-clés pensent qu'il faudrait mener des activités d'évaluation davantage approfondies afin de contribuer à l'amélioration de la qualité et aux innovations et d'éclairer les décisions relatives à l'attribution des ressources.

Meilleure pratique 19

On doit accorder plus d'importance à la qualité des services et à la rentabilité des programmes et de leurs composantes.

Conclusion

Plusieurs dispositions importantes ont été prises afin de réduire le nombre de lésions et de décès évitables attribuables à la CFA au Canada; la mise sur pied de programmes de rééducation à l'intention des automobilistes trouvés coupables de CFA a grandement contribué à ce processus. Les éléments de recherche examinés tout au long du présent rapport appuient sans équivoque la continuité de leur utilisation. La présente étude, de même que l'opinion des experts consultés, donnent des indications pertinentes sur les modalités de mise en œuvre et la structure des programmes afin d'en optimiser le rendement. Les meilleures pratiques qui s'en dégagent reposent sur des fondements expérimentaux et scientifiques raisonnablement solides.

Cependant, les données disponibles et l'expérience n'ont pas permis de répondre à l'ensemble des questions d'intérêt soulevées dans le présent rapport. Parmi celles-ci, notons les suivantes : la décision d'aiguiller vers des programmes de rééducation les individus accusés ou trouvés coupables d'un délit autre qu'un délit où la consommation d'alcool ou d'autres drogues est en cause; déterminer si les programmes de rééducation doivent tenir compte du sexe de la personne; et indiquer les façons de mieux desservir la population canadienne diversifiée sur le plan ethnique au moyen de programmes de rééducation. Bien que l'information réunie donne des indications sur les outils de

FACTEURS CLÉS

- Le présent rapport appuie sans équivoque la continuité de l'utilisation des programmes de rééducation des contrevenants dans les cas de CFA.
- Cette étude n'a toutefois pas permis de répondre à toutes les questions d'intérêts soulevées. Parmi celles-ci notons les suivantes : 1) déterminer si les programmes de rééducation doivent tenir compte du sexe ou de l'âge de la personne; 2) les façons de mieux desservir la population canadienne diversifiée sur le plan ethnique; 3) quels outils de dépistage seraient de qualité supérieure pour mieux identifier les différents niveaux de problèmes de consommation d'alcool ou d'autres drogues; 4) comment mieux desservir les contrevenants coupables de CFA par des substances autres que l'alcool; 5) de quelles façons peut-on promouvoir la qualité et l'efficacité des programmes d'évaluation et de programmation efficaces à l'ensemble du Canada.

dépistage, il faudra étoffer l'étude afin de mettre au point des procédures ou des outils de qualité supérieure.

Il est fort probable que ces programmes devront répondre à d'autres enjeux dans l'avenir. En raison d'un public davantage sensibilisé et de la plus grande efficacité des méthodes de détection, il est possible qu'il faille répondre aux individus aiguillés vers les programmes de rééducation pour CFA par d'autres substances

que l'alcool (p. ex., les médicaments sous ordonnance et le cannabis), et autres délits où l'alcool ou les autres drogues ne sont pas directement en cause (p. ex., la conduite dangereuse). En l'absence d'indications claires sur ces enjeux, il peut être plus approprié pour les prestataires de programmes de répondre à ces situations en fonction des besoins, des possibilités et des ressources qui existent au niveau local. Ces questions et ces enjeux encore non définis laissent également entrevoir des secteurs d'études intéressants dans l'avenir.

La quasi-totalité des experts-clés ont affirmé qu'il serait souhaitable d'adopter une approche nationale pour les programmes de rééducation. Plusieurs experts-clés ont souligné la nécessité d'une plus grande harmonisation des programmes de rééducation, des frais pour les clients et des pénalités supplémentaires prévues dans les codes routiers, entre les provinces et les territoires. Ces facteurs pourraient contribuer à maintenir des normes élevées au chapitre de la programmation nationale et revêtir une importance particulière dans les cas où des individus résidant dans une province sont appelés à répondre, pour un délit commis dans une autre province, aux exigences relatives au programme de rééducation de celle-ci. On recommande également d'offrir de la formation et des ateliers à l'échelle nationale aux prestataires de programmes. Il s'agirait d'autant d'occasions valables pour les fournisseurs des différentes

régions d'obtenir l'information la plus récente sur les initiatives de programmes efficaces. On a également formulé des recommandations visant l'établissement de normes nationales sur la recherche et l'évaluation des programmes. Celles-ci pourraient comprendre des lignes directrices relatives à l'assurance de la qualité et à la rentabilité. Elles pourraient également servir à déterminer les secteurs de recherche les plus urgents, nécessitant l'élaboration et l'évaluation de nouvelles mesures.

On reconnaît volontiers que le succès dans la réduction du phénomène de CFA au Canada est le résultat d'une vaste gamme de mesures prises par les gouvernements et les groupes non gouvernementaux. Les programmes de rééducation sont une composante importante des efforts visant à réduire le nombre de lésions et de décès attribuables à la CFA au Canada. Comme l'indique le présent rapport, on trouve de l'information en abondance pour orienter l'élaboration, la mise en œuvre et l'exploitation de ces programmes. Il serait nécessaire d'explorer davantage des méthodes plus efficaces de prestation des programmes de rééducation dans les cas de CFA, qui seront facilitées par l'établissement de plus nombreuses liaisons au niveau national et par le même souci de la qualité qui a caractérisé les efforts du Canada au cours des quatre dernières décennies.

Liste des meilleures pratiques

Programmes d'éducation et programmes de traitement et de réadaptation :

1. Les programmes de rééducation devraient faire partie intégrante d'un programme complet de prévention de la CFA. La participation à ces programmes devrait être une condition au rétablissement du permis de conduire des personnes reconnues coupables de CFA.
2. Les programmes de rééducation devraient également faire partie intégrante des efforts visant à réduire la CFA par des substances autres que l'alcool. La participation à ces programmes devrait être une condition au rétablissement du permis de conduire des personnes reconnues coupables de CFA.

Différents types d'interventions de rééducation pour les différents types de contrevenants dans les cas de CFA :

3. Les programmes de rééducation complets à l'intention des automobilistes condamnés pour CFA devraient prévoir au moins deux niveaux d'intervention auprès des personnes aux prises, à divers degrés, avec ce problème.
4. Tous les programmes destinés aux automobilistes trouvés coupables de CFA devraient comporter des activités éducatives et thérapeutiques quelle que soit la durée du programme.
5. Un suivi clinique obligatoire après le rétablissement du permis de conduire devrait être requis dans tous les cas de CFA où les automobilistes ont suivi des programmes de rééducation.

Problèmes d'identification :

6. Tous les automobilistes condamnés pour CFA devraient être soumis à un test de dépistage et à une évaluation afin de déterminer le niveau ou le type d'intervention le plus approprié.

7. Les outils qui se sont révélés efficaces pour évaluer les problèmes de consommation d'alcool et d'autres drogues, et les risques de récidive devraient faire partie intégrante de la procédure du dépistage. Le rendement de ces outils devrait être constamment évalué.

Les programmes qui joignent le traitement aux autres mesures :

8. Les programmes de rééducation devraient compléter les mesures touchant le permis de conduire et non les remplacer.

Lorsque les contrevenants dans les cas de CFA ne sont pas condamnés par les tribunaux :

9. Les personnes dont le permis est suspendu immédiatement avant la condamnation pour CFA devraient être soumises à une évaluation et aiguillées vers les programmes de rééducation.

La gestion des programmes de CFA et de la formation des prestataires de services :

10. Les programmes de rééducation doivent être situés dans un environnement qui favorise l'adoption de comportements sains et l'atteinte des objectifs du traitement.
11. Les prestataires de services des programmes de CFA doivent avoir reçu une formation sur les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues, sur l'éducation des adultes (particulièrement les responsables des interventions éducatives) et sur l'animation de groupes (particulièrement les responsables des interventions thérapeutiques).
12. Il faut appuyer les prestataires de programmes de rééducation des contrevenants dans les cas de CFA dans leurs recherches de formation offertes à l'échelle nationale ou à l'échelon provincial, et ce, sur une base annuelle ou biennale.

Les rapports entre les programmes de CFA et les autorités de délivrance des permis :

13. Les programmes de rééducation devraient être dirigés dans le cadre d'un modèle administratif où l'achèvement du programme est essentiel au rétablissement du permis de conduire.
14. Les programmes de rééducation devraient être administrés par un organisme autre que le service chargé d'accorder les permis.

15. Il est nécessaire de mettre sur pied des mécanismes officiels et transparents pour faciliter la coordination et la collaboration entre les autorités de délivrance des permis et les programmes de rééducation, afin d'assurer l'échange mutuel de l'information, et ce, dans l'intérêt de la clientèle et du public.

Les coûts de services :

16. Des mesures devraient être prises afin de réduire le coût des services aux automobilistes condamnés, particulièrement ceux qui sont aiguillés vers des programmes plus dispendieux. Il pourrait s'agir d'appliquer un taux unique pour tous les clients, ou de fournir une certaine forme d'aide financière pour les clients à faible revenu.

L'évaluation du programme et la recherche :

17. L'évaluation doit faire partie intégrante de tout programme de rééducation.
18. Les coûts relatifs à la recherche et à l'évaluation du programme doivent faire partie de l'enveloppe budgétaire du programme.
19. On doit accorder plus d'importance à la qualité des services et à la rentabilité des programmes et de leurs composantes.

Répertoire des programmes canadiens dans les cas de CFA

6

Il s'agit d'un répertoire, en date de 2002, des programmes de rééducation thérapeutiques et éducatifs canadiens, à l'intention des personnes accusées ou trouvées coupables de CFA. Tous les ressorts canadiens disposent d'un programme axé sur la CFA, à l'exception des Territoires du Nord-Ouest, du Nunavut et du Yukon.

Tous les programmes sont de portée provinciale à l'exception de la province de la Colombie-Britannique. Le *Quesnel Addictions Services DWI Program* est un programme régional qui dessert la municipalité de Quesnel et la région avoisinante.

La Saskatchewan dispose de deux programmes axés sur la CFA. Le *Safe Driving Program* est offert dans les 12 centres régionaux de la santé. Il comprend une composante éducative, de dépistage, d'évaluation et d'aiguillage vers un programme de rééducation offert par le biais des services cliniques. Le deuxième programme, le *St. Louis Impaired Driver Treatment Program*, est un programme de deux semaines en établissement, à l'intention des personnes trouvées coupables de récidive en matière de CFA. La plupart des clients sont orientés vers ce programme par la Direction des affaires correctionnelles.

Liste de l'est à l'ouest

1. **Terre-Neuve et Labrador :**
Think First – A Program About Drinking and Driving
2. **Île-du-Prince-Édouard :**
Driver Rehabilitation Course
3. **Nouvelle-Écosse :**
Addiction Services DWI Program
4. **Nouveau-Brunswick :**
Auto Contrôle et Auto Contrôle Plus
5. **Québec :**
Programme sur l'évaluation de la compatibilité du comportement des personnes relativement à la consommation d'alcool ou de drogue, avec la conduite sécuritaire d'un véhicule
6. **Ontario :**
Programme Bonne conduite : programme de rééducation de l'Ontario dans les cas de CFA
7. **Manitoba :**
Programme des conducteurs avec facultés affaiblies de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances
8. **Saskatchewan :**
Safe Driving Program; Impaired Driver Treatment Program
9. **Alberta :**
Planning Ahead/Impact
10. **Colombie-Britannique :**
Quesnel Addictions Services – DWI Program

Terre-Neuve et Labrador

Programme :	Think First – A Program About Drinking and Driving
Adresse :	Newfoundland and Labrador Safety Council Programme d'intervention en CFA Regatta Plaza 84-86, avenue Elizabeth St. John's (NL) A1A 1W7
Personne-ressource :	Marliese Janes, présidente
Téléphone :	(709) 754-0210
Télécopieur :	(709) 754-0010
Courriel :	info@safetycouncil.net
Site Web :	www.safetycouncil.net
Région géographique desservie :	À l'échelle de la province
Emplacements de prestation de programme :	St. John's, Bay Roberts, Clarenville, Marystown, Gander, Grand Falls, Corner Brook, St. Anthony, Labrador City, Goose Bay et Stephenville. Programme également offert par correspondance dans les endroits éloignés.
Accès au programme :	Condition de rétablissement du permis de conduire.
Groupe cible :	Les personnes ayant reçu au moins une suspension de 12 à 24 heures. Les personnes reconnues coupables d'une première infraction de CFA.
Évaluation/dépistage et outils :	Les personnes ayant reçu au moins 2 condamnations depuis 1995 doivent se soumettre à l'évaluation sur la consommation d'alcool effectuée par les Services d'intervention en toxicomanie du ministère de la Santé.
Contexte de traitement :	Aucune mention
Séances individuelles :	Non

Séances de groupe :	<p><i>Une séance de quatre heures.</i> Les séances sont offertes une fois par mois à St. John's et aux deux mois à l'extérieur de St. John's. Le programme met l'accent sur l'éducation. Le cours comprend cinq éléments :</p> <p><i>séance 1</i> – introduction qui porte sur les connaissances et les croyances des participants avant le cours;</p> <p><i>séance 2</i> – aperçu du <i>Code criminel</i>, « The Highway Traffic Act » et des conditions de rétablissement du permis de conduire;</p> <p><i>séance 3</i> – facultés affaiblies avec accent mis sur les effets de l'alcool sur le corps (taux d'alcoolémie) et sur les aptitudes à la conduite;</p> <p><i>séance 4</i> – questions et réponses conçues pour aider les personnes à se prendre en charge et à planifier;</p> <p><i>séance 5</i> – conclusion et remise des diplômes.</p>
Suivi :	Lettres
Capacité du programme par année :	450 participants
Budget de programme CFA :	Aucune mention
Frais d'utilisation :	Oui. 125,35 \$ (taxes comprises)
Sources de financement :	Clientèle
Type d'évaluation :	Évaluation du processus; assurance de la qualité; satisfaction de la clientèle.
Rapport d'évaluation :	Non
Compte rendu postérieur au programme :	Non
Suspension écourtée :	Non
Ressources :	Manuel du participant « Think First! A Program About Drinking and Driving », qui est publié par le Newfoundland and Labrador Safety Council.

Île-du-Prince-Édouard

Programme :	Driver Rehabilitation Course
Adresse :	Driver Rehabilitation Course Highway Safety Operations C.P. 2000 Charlottetown (PE) C1A 7N8
Personne-ressource :	Audrey Mayhew, conseillère en sécurité
Téléphone :	(902) 368-5214
Télécopieur :	(902) 368-5236
Courriel :	ammayhew@gov.pe.ca
Site Web :	www.gov.pe.ca
Région géographique desservie :	A l'échelle de la province
Emplacements de prestation de programme :	Le programme est offert à Summerside et à Charlottetown trois fois par année et à Montague deux fois par année.
Accès au programme :	Traitement obligatoire
Groupe cible :	Les personnes reconnues coupables d'une première infraction de CFA. Les personnes reconnues coupables d'une deuxième infraction de CFA. Dans les cas où l'on compte trois condamnations ou plus, les personnes sont aiguillées automatiquement vers les Services d'intervention en toxicomanie.
Évaluation/dépistage et outils :	Tous les conducteurs qui en sont à leur deuxième infraction de CFA sont aiguillées vers le cours pour la réadaptation des conducteurs, dans le cadre duquel ils doivent se soumettre à une évaluation du risque au moyen d'un outil de dépistage informatique. A la suite de l'évaluation, ils pourraient être aiguillés vers le cours ou vers d'autres évaluations susceptibles de les mener à un traitement dans un établissement de traitement des toxicomanies.
Contexte de traitement :	Service externe. Cours coordonnés par un conseiller en sécurité de la Highway Safety Branch.

Séances individuelles :	Non
Séances de groupe :	Oui. Un maximum de 30 participants par groupe. Deux séances de trois heures. Les séances mettent l'accent sur l'éducation et comprennent des films, des discussions et la participation de conférenciers invités des services de police et de la Gendarmerie Royale du Canada, du Bureau du procureur général et des Services d'intervention en toxicomanie.
Suivi :	Oui. Entrevues en personne d'une durée d'une demi-heure par séance. Les séances sont liées aux conditions de la probation, elles ont lieu aux deux ou aux trois mois, suivant les besoins, pendant au moins un an.
Capacité du programme par année :	Environ 300 participants par année
Budget de programme CFA :	Pas de budget distinct
Frais d'utilisation :	Non
Sources de financement :	Gouvernement – 100 p. 100
Type d'évaluation :	Satisfaction de la clientèle
Rapports d'évaluation :	Non
Compte rendu postérieur au programme :	Oui. Il faut rendre compte au ministère des Transports.
Suspension écourtée :	Non
Ressources :	Film : « Victims of the Crime ». Ce film produit dans la région comprend des entrevues avec des victimes et des membres de leur famille. Les autres films comprennent : « What Everyone Should Know About Alcohol » et « Driving and the Law ».

Nouvelle-Écosse

Programme :	Addiction Services/Drug Dependency DWI Program
Adresse :	Cape Breton District Health Authority et Guysborough Antigonish Strait Health Authority Nova Scotia Department of Health C.P. 640 115, rue Alexandra Sydney (NS) B1P 6H7
Personne-ressource :	Everett Harris, directeur
Téléphone :	(902) 563-2060
Télécopieur :	(902) 563-2059
Courriel :	eharris@addictionservices.ns.ca
Site Web :	www.addictionservices.ns.ca
Région géographique desservie :	À l'échelle de la province
Emplacements de prestation de programme :	Les administrations régionales de santé se chargent d'offrir ce programme d'intervention en CFA dans les localités suivantes : Yarmouth, Lunenburg, Kentville, Pictou, Springhill, Sydney, Antigonish, Strait Richmond, Dartmouth-Halifax.
Accès au programme :	Aucune mention
Groupe cible :	Les personnes ayant reçu une suspension administrative du permis de conduire de 90 jours. Les personnes reconnues coupables d'une première infraction de CFA. Les récidivistes (reconnus coupables).
Évaluation/dépistage et outils :	Oui. SASSI; entrevue avec un spécialiste; information auxiliaire; d'autres mesures sur demande du clinicien.
Contexte de traitement :	Service externe. Séance dirigée par un conseiller en toxicomanie. Accent mis sur l'éducation et le traitement. La durée des séances est fondée sur l'évaluation.

Séances individuelles :	Oui
Séances de groupe :	Oui. Maximum de 20 participants par groupe
Suivi :	Oui. Discrétionnaires, séances d'appoint, lettres, entrevues, suivi téléphonique
Capacité du programme par année :	Aucune mention
Budget de programme CFA :	Aucune mention
Frais d'utilisation :	Oui. 350 \$ pour l'évaluation seulement
Sources de financement :	Gouvernement – 95 p. 100 Clientèle – 5 p. 100
Type d'évaluation :	Satisfaction des clients
Rapport d'évaluation :	Aucune mention
Compte rendu postérieur au programme :	Oui. Obligation de rendre compte au Registry of Motor Vehicles
Suspension écourtée :	Non
Ressources :	Aucune mention

Nouveau-Brunswick

Programme :	Auto Contrôle et Auto Contrôle Plus
Adresse :	Centre d'éducation et de recherche en sécurité B.P. 5221 Shediac (NB) E4P 8T9
Personne-ressource :	J.E. Louis Malenfant, président
Téléphone :	(506) 532-2501, 1-800-665-1107 pour s'inscrire
Télécopieur :	(506) 532-1453
Courriel :	cers@nb.sympatico.ca; jelm@cers-safety.com
Site Web :	http://www.cers-safety.com
Région géographique desservie :	À l'échelle de la province
Emplacements de prestation de programme :	<i>Auto Contrôle (contrevenants primaires)</i> : Moncton, Sackville, Sussex, Saint-Jean, St. Stephen, Richibuctou, Miramichi, Bathurst, Campbellton, Tracadie, Fredericton, Woodstock, Grand Falls, Edmundston. <i>Auto Contrôle Plus (récidivistes)</i> : Moncton, Miramichi, Bathurst, Tracadie, Grand Falls, Saint-Jean, Fredericton.
Accès au programme :	Condition de rétablissement du permis de conduire
Groupe cible :	Les personnes reconnues coupables d'une première infraction de CFA. Les récidivistes (reconnus coupables).
Évaluation/dépistage et outils :	SASSI, Inventory of Drinking Situations (ARF), Alcohol and Major Life Areas Inventory, Alcohol Control Knowledge Inventory, Relationships Improvement Checklist, MAST, Traffic Safety, Risk Taking Assessment (expérimental) et d'autres, au besoin
Contexte de traitement :	Service externe. Les séances individuelles et de groupe sont dirigées par les conseillers titulaires d'une maîtrise ou d'un doctorat (conseillers en toxicomanie, psychologues, travailleurs sociaux, conseillers en orientation)

- Séances individuelles :** Oui, à titre exceptionnel. D'une durée d'au moins trois heures; et des séances supplémentaires au besoin.
- Auto Contrôle :* Un programme à l'intention des personnes reconnues coupables de CFA pour la première fois. Offre des services d'évaluation et d'éducation. Le programme présente aux participants de l'information sur la CFA et ce qu'elle en coûte à la société, ainsi que sur l'alcool et ses effets sur le comportement. Il présente également des techniques de contrôle de soi et s'appuie sur l'aide des proches et des professionnels.
- Auto Contrôle Plus :* Un programme pour les personnes reconnues coupables de CFA à multiples reprises.
- Séances de groupe :** Un nombre maximum de 18 clients par groupe et de 6 à 8 dans les sous-groupes à l'intérieur des séances d'une demi-journée. Au moins 3,5 heures ou d'une demi-journée à une fin de semaine complète.
- Auto Contrôle :* Identique au contenu des séances individuelles. Comprend un vidéo de 17 minutes qui donne un aperçu du programme et porte sur : a) les répercussions négatives de la CFA sur la société, sur ses victimes et sur les contrevenants; b) les moyens dont les personnes reconnues coupables disposent pour éviter la CFA.
- Auto Contrôle Plus :* La participation d'un groupe de victimes et de leurs proches à la conclusion du programme est une caractéristique importante du programme Auto Contrôle Plus. Des montages audiovisuels, le modelage et la pratique servent à enseigner la résolution de problèmes, des techniques de gestion de stress et la maîtrise de soi. Les participants sont retirés de leur routine quotidienne pendant une fin de semaine afin d'examiner les conséquences de la consommation d'alcool et d'autres drogues sur eux et sur leur famille. Le programme fait appel à la motivation, à la présentation de connaissances sur les psychotropes, à une prise de conscience de l'état de santé personnel, à des connaissances sur l'efficacité et la disponibilité des traitements de même que sur le processus thérapeutique pour augmenter la probabilité que les participants soient motivés à participer à un traitement.
- Suivi :** Au moins une séance de suivi dans un délai d'un mois par lettre et par téléphone. Les résultats de l'évaluation seront envoyés par la poste à chaque participant. Un suivi téléphonique sera assuré dans certains cas.
- Capacité du programme par année :** Environ 1 200 participants

Budget de votre programme CFA :	Aucune mention
Frais d'utilisation :	Les contrevenants primaires versent 195 \$; les récidivistes versent 435 \$.
Sources de financement :	Clientèle – 100 p. 100
Type d'évaluation :	Satisfaction de la clientèle; assurance de la qualité; évaluation du processus.
Rapports d'évaluation :	Les programmes <i>Auto Contrôle</i> et <i>Auto Contrôle Plus</i> mettent l'accent sur l'évaluation des participants aux prises avec des problèmes de CFA. Nous avons intégré aux programmes, à titre expérimental, le recours au SASSI et à la Traffic Safety Risk Assessment.
Compte rendu postérieur au programme :	Oui. Obligation de rendre compte au ministère de la Sécurité publique.
Suspension écourtée :	Non
Ressources :	<p><i>Auto Contrôle</i> : Un programme qui aborde les problèmes de style de vie liés à la conduite en état d'ébriété (1992) 78 p. (programmes offert aux contrevenants primaires, aussi disponible en anglais).</p> <p><i>Auto Contrôle Plus</i> : Un programme qui aborde les problèmes de style de vie liés à la conduite en état d'ébriété (1992) 135 p. (programme offert aux récidivistes. Aussi disponible en anglais).</p> <p><i>Auto Contrôle</i>. Vidéo de 17 minutes qui complète les programmes Auto Contrôle (1994) (aussi disponible en anglais).</p> <p>L'effet de matériel pédagogique portant sur l'acquisition de connaissances saines, d'habiletés efficaces et de comportements pro-actifs pour contrer l'usage d'alcool par les adolescents de 13 et 14 ans; (1999) présenté à la Canadian Brewers Association.</p> <p><i>Tiens-toi debout! Évaluation d'une trousse pédagogique pour prévenir l'usage abusif et illégal de l'alcool chez les adolescents de 13 et 14 ans</i> (2000). Il s'agit d'un programme éducatif sur Internet qui vise à sensibiliser les pré-adolescents aux enjeux de la consommation d'alcool et à les en décourager. Disponible sur Internet : www.rescol.ca/alcool</p>

Québec

Programme :	Programme sur l'évaluation de la compatibilité du comportement des personnes relativement à la consommation d'alcool ou de drogue avec la conduite sécuritaire d'un véhicule
Adresse :	Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT) 204, rue Notre-Dame Ouest, pièce 350 Montréal (QC) H2Y 1T3
Personne-ressource :	Michel Proulx, gestionnaire
Téléphone :	(514) 287-9625
Télécopieur :	(514) 287-9649
Courriel :	fqcrpat@fqcrpat.qc.ca; mproulx@fqcrpat.qc.ca
Site Web :	www.fqcrpat.org
Région géographique desservie :	À l'échelle de la province
Emplacements de prestation de programme :	Amos, Rivière-du-Loup, Rimouski, Beauceville, St-Romuald, Baie-Comeau, Sept-îles, Sherbrooke, Saint-Jérôme, Mont-Laurier, Laval, Trois-Rivières, Victoriaville, Drummondville, Saint-Hubert, St-Philippe de Laprairie, Montréal, Gatineau, Québec, Jonquière, Robertville, Ste-Anne des Monts, Chandler, Îles de la Madeleine, St-Charles-Borromée.
Accès au programme :	Condition de rétablissement du permis de conduire
Groupe cible :	Les personnes reconnues coupables d'une première infraction de CFA. Les récidivistes (reconnus coupables). Les infractions de CFA consécutives à la consommation d'autres substances que l'alcool.
Évaluation ou dépistage et outils :	Questionnaires standardisés

Contexte de traitement :	Service externe. Les séances individuelles sont dirigées par soit un conseiller en toxicomanie, un psychologue, ou une infirmière; tous les évaluateurs doivent être accrédités par la FQCRPAT.
Séances individuelles :	Le nombre de séances varie de un à trois selon le type d'évaluation; d'une durée d'environ une heure et demie par rencontre. Un plan d'encadrement est élaboré afin d'encourager le client à réfléchir sur : 1) la CFA 2) leur consommation d'alcool et de drogue.
Séances de groupe :	Non
Programme de suivi :	Oui. Une entrevue d'une heure en personne; dans un délai de six mois.
Capacité du programme :	2 500 participants à 10 000
Budget total de votre programme :	Non disponible
Frais d'utilisation :	Oui. Trois évaluations différentes : prix variable selon l'évaluation.
Sources de financement :	Clientèle paye les coûts à 100 p. 100
Type d'évaluation :	Satisfaction de la clientèle
Rapports d'évaluation :	Oui
Compte rendu postérieur au programme :	Oui, à la Société de l'assurance automobile du Québec
Suspension écourtée :	Non
Ressources :	Aucune mention

Ontario

Programme :	Bonne conduite Programme ontarien de mesures correctives à l'intention des personnes reconnues coupables de conduite en état d'ivresse
Adresse :	Centre de toxicomanie et de santé mentale 33, rue Russell, pièce 1062 Toronto (ON) M5S 2S1
Personne-ressource :	Rania Shuggi, gestionnaire
Téléphone :	1 (888) 814-5831
Télécopieur :	(416) 595-6735
Courriel :	info@remedial.net
Site Web :	www.remedial.net
Région géographique desservie :	À l'échelle de la province
Emplacements de prestation de programme :	Aurora, Barrie, Belleville-Napanee, Bracebridge, Brampton, Brantford, Brockville-Smith's Falls, Burlington, Cornwall, Guelph-Kitchener, Hamilton, Kenora, Kingston, London, North Bay, Oshawa, Ottawa, Owen Sound, Pembroke-Renfrew, Sarnia, Sault Ste. Marie, Stratford, St. Catharines, Sudbury, Thunder Bay, Timmins, Toronto, Windsor.
Accès au programme :	Traitement obligatoire
Évaluation ou dépistage et outils :	Oui. Research Institute on Addictions Self-Inventory (RIASI); Alcohol Dependence Scale (ADS); Drug Abuse Screening Test (DAST).
Contexte de traitement :	Service externe. Les séances sont dirigées par des conseillers en toxicomanies.

Séances individuelles :	À l'intention des personnes incapables d'évoluer dans un contexte de groupe, suivant des dispositions spéciales. Une séance de huit heures, dans la plupart des cas. Les séances sont axées sur le traitement et leur contenu comprennent l'éducation sur l'alcool; l'établissement d'objectifs; la tenue d'un journal sur la consommation d'alcool et de drogues; les situations à haut risque; l'élaboration d'un plan d'action; l'acquisition d'habiletés d'adaptation; des lectures obligatoires et des travaux écrits.
Séances de groupe :	Le programme de traitement en groupe : maximum de 16 participants; et le programme d'éducation : maximum de 25 participants par groupe. D'une durée de 16 heures – deux séances de huit heures, dans la plupart des cas. La séance de groupe met l'accent sur le traitement et l'éducation. Le contenu thérapeutique est semblable à celui des séances individuelles. Le volet éducation (huit heures) comprend les conséquences de la CFA; la détermination des attitudes et des croyances antérieures à l'inculpation; l'éducation sur l'alcool; la tenue d'un journal sur la consommation d'alcool ou de drogues; l'alcool, les autres drogues et la conduite; l'établissement d'un objectif; les situations à haut risque d'alcool au volant; les activateurs de la CFA; les moyens d'éviter la CFA; les effets sur les victimes; les lectures obligatoires et des devoirs.
Suivi :	Suivis téléphoniques; entrevues en personne. Une entrevue de suivi six mois après l'achèvement du programme d'éducation ou de traitement. Il s'agit habituellement d'une entrevue téléphonique de 30 minutes, mais il peut aussi s'agir d'une rencontre en personne.
Capacité du programme par année :	Environ 7 500 inscriptions par année
Budget de votre programme CFA :	Financement fondé sur les frais de la clientèle
Frais d'utilisation :	Oui. 475 \$ plus TPS = 508,25 \$
Sources de financement :	Clientèle – 100 p. 100
Type d'évaluation :	Satisfaction de la clientèle; évaluation du contenu; uniformité de l'évaluation
Rapports d'évaluation :	« Back on Track, Report No. 1 ». Analyse des données de la satisfaction de la clientèle, recueillies jusqu'en janvier 2000. Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Compte rendu postérieur au programme :	Le ministère des Transports reçoit les résultats relatifs aux conducteurs dans les 24 heures qui suivent l'achèvement de chaque volet (p. ex., évaluation, éducation ou traitement, suivi). Il faut que les clients se prêtent à chaque volet du programme pour que leur permis soit remis en vigueur.
Suspension écourtée :	Non
Ressources :	<p>Manuel d'évaluation et de suivi de Bonne conduite;</p> <p>Programme éducatif – Manuel des animateurs et Cahier de travail des participants;</p> <p>Programme thérapeutique – Manuel du conseiller et Cahier de travail de la personne;</p> <p>Vidéo de « Mother's Against Drunk Driving – Close to Home ».</p> <p>Nous sommes également redevables aux sources et programmes suivants :</p> <p>Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, (1987). « Alberta Impaired Drivers' Course : Planning Ahead ».</p> <p>Mississippi State University « Mississippi Alcohol Safety Education Program » (1995).</p> <p>Fondation de la recherche sur la toxicomanie. « Drinking, Drugs and Driving: Tips for Driver Educators » (1996).</p> <p>Fondation de la recherche sur la toxicomanie. « Structured relapse prevention program » (1996).</p> <p>Fondation de la recherche sur la toxicomanie. Auto changement; Guide à l'intention des centres d'évaluation et d'orientation (1994).</p> <p>Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances. « Impaired Driver's Educational Workshop Manual » (1992).</p>

Manitoba

Programme :	Programme des conducteurs avec facultés affaiblies de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances
Adresse :	Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances 1031, avenue Portage Winnipeg (MB) R3G 0R8
Personne-ressource :	Heather Mitchell, superviseure
Téléphone :	(204) 944-6326
Télécopieur :	(204) 774-8091
Courriel :	hmitchell@afm.mb.ca
Site Web :	www.afm.mb.ca
Région géographique desservie :	À l'échelle de la province
Emplacements de prestation de programme :	Winnipeg, Brandon, Thompson, The Pas, Dauphin, Portage la Prairie, Killarney, Rossburn, Gillam, Neepawa-Minnedosa, Lynn Lake, Flin Flon.
Accès au programme :	Condition de rétablissement du permis de conduire Traitement obligatoire
Groupe cible :	Les personnes qui se sont vu imposer au moins deux suspensions de 24 heures au cours d'une période de trois ans ou une suspension de 24 heures après une inculpation de CFA au cours des trois années précédentes. Les personnes ayant reçu une suspension administrative du permis de 90 jours. Les personnes reconnues coupables d'une première infraction de CFA. Les récidivistes (reconnus coupables). Les infractions de CFA pour la consommation d'autres substances que l'alcool. Les personnes ayant commis une infraction de CFA en véhicules à caractère non-routier.

Évaluation ou dépistage et outils :	L'évaluation SALCE (Substance Abuse/Life Circumstance Evaluation) est une entrevue individuelle effectuée par un conseiller spécialisé en toxicomanie en vue de l'évaluation.
Contexte de traitement :	Communautaire et en établissement. Les séances sont dirigées par un conseiller en toxicomanie.
Séances individuelles :	<p>Suivant le programme vers lequel la personne est aiguillée.</p> <p><i>Programme d'éducation</i> – un atelier éducatif qui ne comprend habituellement pas de séances individuelles.</p> <p><i>Programme pour la clientèle à risque élevé</i> – met l'accent sur l'éducation et est adapté à la clientèle à risque élevé. Le contenu de la séance vise à établir un engagement de participation, à suivre les progrès au sein du programme, à sensibiliser, à établir des objectifs dans le contexte de l'abus d'alcool et de drogues, à assurer le suivi de la sobriété ou de la consommation modifiée.</p>
Séances de groupe :	<p>Maximum de 15 participants par groupe.</p> <p><i>Programme d'éducation</i> : à l'intention des personnes chez lesquelles l'évaluation a révélé un problème présumé de chimiodépendance; un atelier de huit heures au cours d'une journée. Le contenu du <i>programme d'éducation</i> comprend des connaissances sur les lois et les conséquences, les attitudes de prise en charge, les effets de l'alcool et des autres drogues sur les taux d'alcoolémie, la distinction de la consommation d'alcool et de la conduite automobile, la planification de solutions de rechange, les styles et les catégories de consommation d'alcool.</p> <p><i>Programme pour la clientèle à risque élevé</i> : à l'intention des personnes dont l'évaluation a révélé qu'elles sont susceptibles de commettre une nouvelle infraction parce qu'elles continuent de se livrer à des comportements à risque élevé ou encore qu'elles sont vulnérables à l'implication par association; six groupes – 12,5 heures au cours d'une période d'environ six mois. Le <i>programme pour la clientèle à risque élevé</i> met l'accent sur la réduction du risque par l'examen de la consommation individuelles et l'élaboration de plans visant à modifier les habitudes de consommation.</p> <p><i>Options de réadaptation</i> : il s'agit d'un programme communautaire qui prévoit une séance de trois heures par semaine, au cours d'une période de dix semaines; ou d'un programme intensif quotidien offert cinq jours par semaine pendant trois semaines, auquel une stratégie d'initiative personnelle est adjointe; ou d'un programme en établissement de 21 à 28 jours, auquel une stratégie d'initiative personnelle est adjointe.</p>

Suivi :	Même s'il n'y a pas de suivi prévu après le programme d'éducation ou le programme pour la clientèle à risque élevé, une postcure est prévue pour les personnes qui ont suivi l'un des programmes de réadaptation. Les séances de suivi varient d'une à deux heures et de quatre à six séances pour les personnes qui ont suivi un programme de réadaptation.
Capacité du programme par année :	2 000 participants
Budget de votre programme CFA :	445 000 \$ pour l'évaluation, l'atelier d'éducation et le programme à l'intention des personnes à risque élevé. Les coûts de réadaptation sont couverts par le budget du programme régulier de l'organisme. Seulement 15 p. 100 des personnes qui se prêtent à l'évaluation sont aiguillées vers le programme de réadaptation.
Frais d'utilisation :	Oui. 300 \$ par évaluation. Les frais d'évaluation s'appliquent à chaque nouvelle inculpation.
Sources de financement :	Clientèle et gouvernement
Type d'évaluation :	Résultats
Rapports d'évaluation :	1997 – Évaluation exhaustive effectuée par Santé Canada. 1999 – Analyse comparative effectuée par la FMLD.
Compte rendu postérieur au programme :	Oui. Lorsque l'évaluation est ordonnée par le tribunal, nous devons rendre compte. Nous rendons compte à la Division des permis et immatriculations des véhicules du Manitoba et/ou, parfois, à d'autres provinces ou États si l'infraction a été commise à l'extérieur de la province.
Suspension écourtée :	Non
Ressources :	Le manuel administratif et autres manuels du programme

Saskatchewan

Programme :	Impaired Driver Treatment Program
Adresse :	St. Louis Alcoholism Rehabilitation Centre Impaired Driver Treatment Program Saskatchewan Health C.P. 220 545 – 1st Street St. Louis (SK) S0J 2C0
Personne-ressource :	Roger Zelinski, directeur
Téléphone :	(306) 422-8533
Télécopieur :	(306) 422-8488
Courriel :	stlouisrehabctr@sk.sympatico.ca
Site Web :	Aucun
Région géographique desservie :	À l'échelle de la province
Emplacements de prestation de programme :	St. Louis (Saskatchewan)
Accès au programme :	Traitement obligatoire
Groupe cible :	Les récidivistes (reconnus coupables)
Évaluation ou dépistage et outils :	SASSI 3.
Contexte de traitement :	En établissement. Les séances sont dirigées par un conseiller en toxicomanie.
Séances individuelles :	Deux ou trois séances d'une à deux heures, au besoin. Antécédents, éducation, structures de comportement.

Séances de groupe :	Le nombre maximal est de huit participants par groupe. Séances quotidiennes d'une heure à une heure et demie pendant deux semaines. Le programme vise à dépister les problèmes de chimiodépendance chez les personnes, à donner de l'information sur l'étape transitoire du rétablissement et à présenter des solutions de rechange favorisant une vie sans psychotropes. Le programme comprend des conférences, des vidéos, des ateliers, une participation obligatoire aux réunions des AA, de la sensibilisation à la culture autochtone, etc.
Suivi :	Les clients pourraient être aiguillés vers le programme Driving Without Impairment après avoir terminé le programme du St. Louis Alcoholism Rehabilitation Centre. Presque tous les clients sont aiguillés vers un programme de suivi de six mois que supervise le personnel des Services correctionnels, du Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones ou des Services de santé. Aux termes de la deuxième semaine, tous les clients quittent le centre St. Louis, soit pour regagner leur domicile, soit à destination du centre correctionnel, selon la durée de leur sentence.
Capacité du programme par année :	Environ 550 à 600 participants
Budget de votre programme CFA :	750 000 \$
Frais d'utilisation :	Non
Sources de financement :	Gouvernement – 100 p. 100
Rapports d'évaluation :	Non
Compte rendu postérieur au programme :	Non
Suspension écourtée :	Non
Ressources :	Brochure du St-Louis Alcoholism Centre Impaired Driver Treatment Program

Saskatchewan (suite)

Programme :	Safe Driving Program
Adresse :	SGI Driver Licensing 2260, 11 th Avenue, 3 ^e étage Regina (SK) S4P 0J9
Personne-ressource :	Phyllis Glowatsky, gestionnaire
Téléphone :	(306) 775-6180
Télécopieur :	(306) 569-9631
Courriel :	pglowatsky@sgi.sk.ca
Site Web :	www.sgi.sk.ca
Région géographique desservie :	À l'échelle de la province
Emplacements de prestation de programme :	Le service de dépistage est offert dans les 12 administrations régionales de santé, et le cours sur la CFA, dans 22 centres. À l'exception des collectivités au Nord de la province, le programme prévoit que les personnes ne doivent pas parcourir plus de 150 kilomètres pour avoir accès aux services.
Accès au programme :	Condition de rétablissement du permis de conduire Traitement obligatoire
Groupe cible :	Les personnes qui ont reçu au moins une suspension de 12 ou 24 heures. Les personnes reconnues coupables d'une première infraction de CFA. Les récidivistes (reconnus coupables). Les infractions de CFA pour la consommation d'autres substances que l'alcool. Infraction de CFA en motoneige. Personnes reconnues coupables de toute infraction au <i>Code criminel</i> liée à la conduite, p. ex., défaut d'arrêter lors d'un accident, conduite dangereuse, etc.

Évaluation ou dépistage et outils :	SASSI; MAST; AUDIT; Classification internationale des maladies (CIM)-10; DAST; Évaluation biopsychosociale.
Contexte de traitement :	Service externe. Les séances sont dirigées par un conseiller en toxicomanie.
Séances individuelles :	Approximativement quatre heures au cours de deux à quatre séances. Le programme met l'accent sur l'éducation et le traitement. Tous les clients doivent se prêter à des séances individuelles de dépistage, après lesquelles ils sont aiguillés vers le volet éducation, qui fait appel au cours sur la conduite avec facultés affaiblies, ou vers le volet rétablissement. Dans les cas où le rétablissement est indiqué, un conseiller en toxicomanie des services cliniques dressera un plan de traitement personnalisé. Le processus de dépistage s'attache aux antécédents des clients relativement à la consommation d'alcool et de drogue, à la famille, au travail et aux éléments légaux qui entourent leur inculpation. Le dépistage porte également sur l'abus de substances.
Séances de groupe :	L'horaire des séances est variable et dépend de l'endroit de la séance. Le nombre maximal varie mais il est d'environ 12 participants par groupe. <i>Cours sur la CFA :</i> Le volet éducation sur la CFA fait appel à un cours collectif visant à présenter aux participants les problèmes graves liés à l'alcool au volant et à leur apprendre à distinguer la consommation d'alcool et la conduite. <i>Programme de rétablissement :</i> Lorsque le dépistage permet d'établir qu'un client est chimiodépendant, celui-ci est ensuite aiguillé vers un programme de rétablissement qui, dans la plupart des cas, est offert dans le même emplacement que le service de dépistage. Le programme de rétablissement repose sur un plan personnalisé recommandé par un conseiller en toxicomanie et pourrait comprendre des séances hebdomadaires de counselling individuel ou en groupe, l'aiguillage vers un centre de traitement, la participation aux réunions des AA, des services de counselling offerts par d'autres organismes, ou encore d'autres moyens.
Suivi :	Volontaire – entrevues d'une heure en personne. Le suivi, même s'il est offert dans tous les cas, est rarement utilisé et n'est pas obligatoire.
Capacité du programme par année :	3 500 participants au total. À la suite du dépistage, 75 p. 100 d'entre eux sont aiguillés vers le cours sur la CFA et 25 p. 100, vers le programme de rétablissement.

Budget de votre programme CFA :	Dans le budget de CFA de 2000, environ 1,2 million de dollars ont été prévus, à l'échelle de la province, pour le dépistage. Cela permet d'offrir à chaque client des services de dépistage et d'évaluation comptant approximativement 3,5 à 4 heures, c'est-à-dire l'équivalent de 344 \$ par client. Le service de rétablissement est offert par l'intermédiaire du système de santé et n'est pas subordonné à un budget distinct.
Frais d'utilisation :	Oui. Chaque personne aiguillée vers le programme d'éducation sur la CFA doit verser 150 \$.
Rapports d'évaluation :	Non
Compte rendu postérieur au programme :	Non
Suspension écourtée :	Oui. Les personnes qui ont respecté l'ordonnance du tribunal et se sont prêtées au programme pourraient avoir droit à un permis assorti de restrictions pendant la première moitié de la période de suspension. Elles doivent ensuite présenter une demande de permis temporaire pour la fin de la période initiale de suspension. Le programme d'antidémarrage permet la mise en vigueur rapide d'un permis assorti de restrictions dans certaines circonstances, lorsque certaines exigences sont satisfaites.
Ressources :	<p>Vidéos : « Truth About Drinking, Disease Concepts », « Addiction – Getting In, Getting Out ».</p> <p>Matériel didactique sur les toxicomanies : le concept de pathologie, le cycle de la toxicomanie, graphique sur la vallée.</p> <p>Aiguillage vers les AA, au besoin.</p> <p>Manuel sur la CFA, manuel administratif du Safe Driving Program; les autres ressources varient d'un emplacement à l'autre.</p>

Alberta

Programme :	Alberta Impaired Driving Program Planning Ahead / Impact
Adresse :	Alberta Motor Association Alberta Impaired Driving Program Administration Centre 10310 – 39A Avenue Edmonton (AB) T6J 6R7
Personne-ressource :	Walter Barta, coordonnateur de la sécurité routière
Téléphone :	(780) 430-5533
Télécopieur :	(780) 430-5676
Courriel :	wbarta@ama.ab.ca
Site Web :	www.ama.ab.ca
Région géographique desservie :	À l'échelle de la province
Emplacements de prestation de programme :	<i>Planning Ahead (contrevenants primaires)</i> : Edmonton, Barrhead, Bonnyville, Cold Lake, Drayton Valley, Edson, Fort McMurray, Hinton, Lac La Biche, Lloydminster, St. Paul, Vegreville, Vermillion, Westlock, Wainwright, Whitecourt, Calgary, Red Deer, Camrose, Rocky Mountain, Stettler, Wetaskiwin, Lethbridge, Pincher Creek, Medicine Hat, Brooks, Grande Prairie, High Level, High Prairie, Slave Lake, Peace River <i>IMPACT (récidivistes)</i> : Edmonton, Calgary (3 emplacements), Claresholm, Grande Prairie.
Accès au programme :	Condition de rétablissement du permis de conduire.
Groupe cible :	Les personnes qui ont reçu une suspension administrative du permis de 90 jours. Les personnes reconnues coupables d'une première infraction de CFA. Les récidivistes (reconnus coupables). Les infractions de CFA commises en bateau ou en motoneige sont des motifs d'aiguillages possibles, mais rares.

Évaluation ou dépistage et outils :	IDS (Inventory of Drinking Situations); SASSI (Substance Abuse Subtle Screening Inventory); questionnaire IMPACT (questionnaire sur les habitudes de consommation élaboré pour le programme).
Contexte de traitement :	<i>Planning Ahead</i> : service externe <i>IMPACT</i> : En établissement Les séances sont dirigées par un conseiller en toxicomanie et/ou un éducateur professionnel ayant reçu une formation sur les toxicomanies.
Séances individuelles :	<i>IMPACT</i> : prévoit une entrevue individuelle.
Séances de groupe :	Le nombre maximal est de 30 participants par groupe. <i>Planning Ahead</i> : une séance en grand groupe et des ateliers qui mettent l'accent sur l'éducation. Le programme comprend un examen du Code criminel, des lois et des règlements, des mythes sur l'alcool au volant, de l'estimation du taux d'alcoolémie, de l'éducation au sujet de l'alcool au volant, de la prise en charge, des devoirs en groupe, des plans d'action. <i>IMPACT</i> : neuf petites séances en groupe (six personnes au maximum) et six séances en grand groupe (30 personnes au maximum) au cours d'une fin de semaine. Le programme comprend l'introduction, les effets de la consommation de psychotropes, les grands aspects de la vie, des entrevues individuelles, l'examen MLA, le niveau de consommation, l'habilitation personnelle, des stratégies personnelles, une présentation des AA, une présentation vidéo, et des prises de mesures.
Suivi :	Non
Capacité du programme par année :	<i>Planning Ahead</i> : 6 000 participants <i>IMPACT</i> : 1 500 participants
Budget de votre programme CFA :	Le programme fonctionne grâce aux paiements par les usagers, sans financement du gouvernement. <i>Planning Ahead</i> : 485 000 \$ en 2002 <i>IMPACT</i> : 235 000 \$ en 2002
Frais d'utilisation :	<i>Planning Ahead</i> : 115 \$ <i>IMPACT</i> : 205 \$

Sources de financement :	Clientèle – 100 p. 100
Type d'évaluation :	Évaluation du processus, résultats
Compte rendu postérieur au programme :	Oui, mais seulement dans le programme IMPACT. Un rapport sommaire du diagnostic et des recommandations est produit pour chaque participant. Certaines personnes doivent présenter ce rapport au Driver Control Board (DCB), qui peut ensuite insister sur l'observation des recommandations qui y figurent.
Suspension écourtée :	Non
Ressources :	<p><i>Planning Ahead</i> : Vidéo – version abrégée de « Make Sure It Isn't You »; manuel du programme Planning Ahead; guide de programme.</p> <p><i>IMPACT</i> : Vidéo – « Make Sure It Isn't You » et « I'll Quit Tomorrow »; fiches de renseignements de la Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission : « ABC's of Drugs and Alcohol Series »; guide du programme.</p>

Colombie-Britannique

Programme :	Quesnel Addictions Services – DWI Program
Adresse :	Quesnel Alcohol and Drug Abuse Association Driving While Impaired Program C.P. 4043 543, rue Front Quesnel (BC) V2J 3J2
Personne-ressource :	Bea Randall, directrice générale
Téléphone :	(250) 992-5189
Télécopieur :	(250) 992-2657
Courriel :	qas@telus.net
Site Web :	Aucun
Région géographique desservie :	Région municipale de Quesnel et régions avoisinantes
Emplacements de prestation de programme :	Quesnel (C.-B.)
Accès au programme :	Recommandation par l'agent de probation
Groupe cible :	Les personnes reconnues coupables d'une première infraction de CFA. Les récidivistes (reconnus coupables).
Évaluation ou dépistage et outils :	Oui. MAST; DAST; SASSI
Contexte de traitement :	Service externe. Les séances sont dirigées par un conseiller en toxicomanie.
Séances individuelles :	Oui. Une séance d'une heure; il est possible d'organiser d'autres séances hebdomadaires, au besoin. L'accent est mis sur l'éducation et le traitement. La séance individuelle comprend une évaluation et une consultation axées sur le client.

Séances de groupe :	Oui. Le nombre maximal est de 15 participants par groupe. Le programme est offert la fin de semaine (21 heures), une fois par année. Nous essayons de faire coïncider la participation des clients avec leur période de probation. L'accent est mis sur l'éducation. Le contenu des séances de groupe porte surtout sur l'éducation, y compris l'éducation au sujet de l'alcool et des drogues, les effets de l'alcool et des drogues, les aspects juridiques de la CFA, l'examen des aspects de la vie, la mise à contribution de présentateurs de la GRC, etc.
Suivi :	Oui. Une entrevue téléphonique de 15 minutes dans un délai de trois mois.
Capacité du programme par année :	Environ 15 clients
Budget de votre programme CFA :	Autour de 1 500 \$ pour la location d'une salle, les coûts des aliments, les outils d'évaluation et de traitement, les salaires.
Frais d'utilisation :	Non
Sources de financement :	Gouvernement – 100 p. 100
Type d'évaluation :	Satisfaction des clients
Compte rendu postérieur au programme :	Oui, à l'agent de probation.
Ressources :	Vidéos : « Chalk Talk; Addictions – Getting in, Getting Out »; « Through a Blue Lens »; « Steer Clear » Manuels : En grande partie le programme est une adaptation du manuel du programme IMPACT élaboré par la Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission.

Références bibliographiques

ADE Inc. (1986). *Substance abuse/life circumstances evaluation manual (SALCE)*, Clarkson, MI: ADE, Inc.

Adlaf, E.M., Mann, R.E. et Paglia, A. (2003). « Drinking, cannabis use and driving among Ontario students », *Canadian Medical Association Journal* v. 168 (5): 565-566.

Les 20 questions des Alcooliques anonymes. <http://www.recoveryresources.org/twenty.html>. Accès le 9/3/03.

Applegate, B.K., Langworth, R.H. et Latessa, E.J. (1997). « Factors associated with success in treating chronic drinking drivers: The turning point program », *Journal of Offender Rehabilitation*, 24, 19-34.

Ball, S.A., Jaffe, A.J., Crouse-Artus, M.S., Rounsaville, B.J. et O'Malley, S.S. (2000). « Multidimensional subtypes and treatment outcome in first-time DWI offenders », *Addictive Behaviours: An International Journal*, 25, 167-181.

Beirness, D.J., Simpson, H.M. et Desmond, K. (2003). *The Road Safety Monitor 2002: Drugs and Driving*, Ottawa : Traffic Injury Research Foundation.

Bohn, M.J., Babor, T.F. et Kranzler, H.R. (1995). « Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of a screening instrument for use in medical settings », *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 423-432.

Boudreault, J., Brassard, A. et Gagnon, J.P. (2002). « Behavioural Assessment of Quebec Drivers Convicted of a Second or Subsequent Impaired Driving Offence Under the Criminal Code ». Document présenté à la 14^e Conférence internationale sur l'alcool, les drogues et la sécurité routière – T2002, Montréal, du 4 au 9 août 2002.

Brown, T., 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 ». Document présenté à la 14^e Conférence internationale sur l'alcool, les drogues et la sécurité routière – T2002, Montréal, du 4 au 9 août 2002.

Centre canadien de la statistique juridique. (2002). <http://www.statcan.ca/english/IPS/Data/85F0033MIE.htm>. Accès 1/12/02.

- Cavaola, A. et Wuth, C. (2002). *Assessment and Treatment of the DWI Offender*, New York, NY: The Haworth Press.
- C'de Baca, J., Lapham S.C., Liang, H.C. et Skipper B.J. (2001) « Victim Impact Panels: Do They Impact Drunk Drivers? A Follow-Up of Female and Male, First-Time and Repeat Offenders ». *Journal of Studies on Alcohol*, September 2001, 62 (5) 615–620.
- 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, 207-215.
- Century Council. (1997). *Combating Hardcore Drunk Driving: A Sourcebook of Promising Strategies, Laws and Programs*, Washington DC.
- Chang, I., Gregory, C. et Lapham, S.C. (2002). *Review of Screening Instruments and Procedures for Evaluating DWI Offenders*. AAA Foundation for Traffic Safety. <http://www.aaafoundation.org>. Accès 12/02.
- 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 and Alcoholism*, 36, 112-121.
- Chipperfield, B. et Mann, R.E. (2000). *Back on Track Reports: No. 1. Analysis of Client Satisfaction Data: Data collected to January 2000*, Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- Cimbura, G., Lucas, D.M., Bennet, R.C. et Donelson, A.C. (1990). « Incidence and toxicological aspects of cannabis and ethanol detected in 1,394 fatally injured drivers and pedestrians in Ontario », (1982-1984). *Journal of Forensic Science*, 35(5), 1035-1041.
- Davies, G.P., Broughton, J., Harland, D.G. et Tunbridge, R. (date non précisée). *Drink/Driver Rehabilitation Courses in England and Wales*. Document non publié.
- DeYoung, D.J. (1997). « An evaluation of the effectiveness of alcohol treatment, driver licence actions and jail terms in reducing drunk driving recidivism in California ». *Addiction*, 92(8), 989-997.
- Donovan, D.M. et Marlatt, G.A. (1992). « Personality subtypes among driving-while-intoxicated offenders: Relationship to drinking behaviours and driving risk », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 241-249.
- Donovan, D.M., Queisser, H.R., Salzberg, P.M. et Umlauf, R. (1985). « Intoxicated and bad drivers: Subgroups within the same population of high-risk men drivers », *Journal of Studies on Alcohol*, 46, 375-382.

- Donovan, D.M., Umlauf, R.L. et Salzberg, P.M. (1988). « Derivation of personality subtypes among high risk drivers », *Alcohol, Drugs and Driving*, 4, 233-243.
- Dussault, C., Brault, M., Bouchard, J. et Lemire, A.M. (2002). « The contribution of alcohol and other drugs among fatally injured drivers in Quebec: some preliminary results ». Dans D.R. Mayhew et C. Dussault (Eds) Procès-verbal de la 16^e Conférence internationale sur l'alcool, les drogues et la sécurité routière, pp 423-430. Québec : Société de l'assurance automobile du Québec.
- Flam-Zalcman, R., Chipperfield, B. et Mann, R.E. (2002). *Back on Track Reports: No. 5. Evaluation of the Back on Track Assessment Instrument and Process: Data from 2001*. Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- Foon, A.E. (1988). « The effectiveness of drinking-driving treatment programs: A critical review », *International Journal of the Addictions*, 23, 151-174.
- Gentilello, L.M., Rivara, F.P., Donovan, D.M., Jurovich, G.J. et al. (1999). « Alcohol interventions in a trauma centre as a means of reducing the risk of injury recurrence », *Annals of Surgery*, 230, 473-480.
- Gjerde, H. et Morland, J. (1988). « A two-year prospective study of rearrests for drunken driving », *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 16, 111-113.
- Gray, B.T. (2001). « A factor analytic study of the Substance Abuse Subtle Screening Inventory (SASSI) », *Educational and Psychological Measurement*, 61, 102-118.
- Hemmelgarn, B., Suissa, S., Huang, A., Boivin J.F., et Pinard, G. (1997). « Benzodiazepine use and the risk of motor vehicle crash in the elderly », *Journal of the American Medical Association*, 278, 27-31.
- Horn, J.L., Wanberg, K.W. et Foster, F.M. (1987). *Guide to the Alcohol Use Inventory*, Minneapolis, MN : National Computer Systems.
- Institute of Medicine. (1990). *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*, Washington, DC : National Academy of Science.
- Institut national du cancer du Canada. (2001). *Statistiques canadiennes sur le cancer, 2001*, Ottawa : Institut national du cancer.
- Jones, R.K., Wiliszowski, C.H. et Lacey, J.H. (1996). *Evaluation of Alternative Programs for Repeat DWI Offenders*, Washington DC : National Highway Traffic Safety Administration.

- Jones, R.K. et Lacey, J.H. (1999). *Final Report: Evaluation of a Day Reporting Center for Repeat DWI Offenders*, Washington, DC : National Highway Traffic Safety Administration
- King, M. (1986). « At risk drinking among general practice attenders: Validation of the CAGE questionnaire », *Psychological Medicine*, 16:213-7.
- Kooler, J.M. et Bruvold, W.H. (1992). « Evaluation of an educational intervention upon knowledge attitudes and behaviour concerning drinking-drugged driving », *Journal of Drug Education*, 22:87-100.
- Lapham, S., C'de Baca, J., Chang, I., Hunt, W. et Berger, L. (2001). « Are drunk-driving offenders referred for screening accurately reporting their drug use »? *Drug and Alcohol Dependence*, 66, 243-253.
- Le Collège des médecins de famille du Canada. (1994). *Risques associés à la consommation d'alcool : évaluation et intervention : ressources pour les médecins de famille*, Mississauga (Ontario) : Le Collège des médecins de famille du Canada, 1994. 61 p
- Lindeman, H. et Scrimgemour, W.G. (1999). *Driver Risk Inventory (DRI): An Inventory of Scientific Findings*, Phoenix, AZ: Behavioral Data Systems, Ltd.
- Lucker, G.W. et Osti, J.R. (1997). « Reduced recidivism among first-time DWI offenders as a correlate of pre-trial intervention », *Journal of Offender Rehabilitation*, 24, 1-17.
- MacAndrew, C. (1965). « The differentiation of male alcoholic outpatients from non-alcoholic patients by means of the MMPI », *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 42, 604-623.
- Macdonald, S. et Mann, R.E. (1996). « Distinguishing causes and correlates of drinking and driving », *Contemporary Drug Problems*, 23, 259-290.
- Macdonald, S., Mann, R.E., Chipman, M.L. et Anglin-Bodrug, K. « Collisions of Alcohol, Cannabis and Cocaine Clients Before and After Treatment ». Document présenté à la 16^e Conférence internationale sur l'alcool, les drogues et la sécurité routière – T2002, Montréal, du 4 au 9 août 2002.
- Macdonald, S., Mann, R.E., Chipman, M.L. et DeSouza. A. (2003). *Self-reports of Driving After Use of Alcohol, Cannabis and Cocaine for Substance Abuse Treatment Clients and Population Controls*. Document non publié.
- Mann, R. (1992). « Effectiveness of DUI treatment and the importance of screening and matching clients to appropriate treatment ». Dans : *Drinking and Driving Prevention Symposium*. Ontario, CA : Automobile Club of Southern California.

- Mann, R.E., Anglin, L., Rahman, S., Blessing, L.A., Vingilis, E.R. et Larkin, E. (1995). « Does Treatment for Substance Abuse Improve Traffic Safety? A Preliminary Evaluation ». Document présenté à la 13e conférence internationale sur l'alcool, les drogues et la sécurité routière, Adelaide (Australie), du 13 au 18 août 1995.
- 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, 372-374.
- Mann, R., Koski-Jannes, A., Room, R., Mitchell, B., Harrison, S., Stoduto, G. et Rush, B. (1997). *Remedial Programs for Convicted Drinking-Drivers. Part 2: Implementing a Systematic Program in Ontario*, Toronto: Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
- Mann, R.E., Leigh, G., Vingilis, E. et De Genova, K. (1983). « A critical review on the effectiveness of drinking-driving rehabilitation programs », *Accident, Analysis and Prevention*, 15, 441-461.
- Mann, R.E., Macdonald, S., Stoduto, G., Shaikh, A. et Bondy, S. (1998). *Assessing the Potential Impact of Lowering the Legal Blood Alcohol Limit to 50 mg% in Canada*. Publication No. TR 13321 E. Ottawa: Transport Canada.
- Mann, R.E., Stoduto, G., Macdonald, S., Shaikh, A., Bondy, S. et Jonah, B. (2001). « The effects of introducing or lowering legal per se blood alcohol limits for driving: An international review », *Accident Analysis and Prevention*, 33, 61-75.
- Mann, R.E., Vingilis, E.R., Gavin, D., Adlaf, E. et Anglin, L. (1991). « Sentence severity and the drinking driver: Relationships with traffic safety outcome », *Accident, Analysis and Prevention*, 23, 483-491.
- Marlatt, G.A. et Miller, W.R. (1984). *Comprehensive Drinker Profile*, Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Mayhew, R., Brown, S.W. et Simpson, H.M. (2002). *Le problème des accidents liés à l'alcool au Canada : 1999*. Ottawa. Transports Canada.
- McKnight, A.J. et Voas, R.B. (1991). « The effect of licence suspension upon DWI recidivism », *Alcohol, Drugs and Driving*, 7, 43-54.
- McLellan, A.T., Kusher, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grisson, G. et Pettinati, H. (1992). « The fifth edition of the Addiction Severity Index: Historical critique and normative data », *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213.

- 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, 407-14.
- Miller, G.A. (1994). *The Substance Abuse Subtle Screening Inventory Manual (SASSI)*, Bloomington Indiana. The SASSI Institute.
- Miller, B.A. et Windle, M. (1990). « Alcoholism, problem drinking and driving while impaired », In R.J. Wilson and R.E. Mann (eds.), *Drinking and Driving, Advances in Research and Prevention*. 68-98. New York, NY: The Guilford Press.
- Monti, P.M., Colby, S.M., Barnett, N.P., Spirito, A., Rohsenow, D.J., Myers, M., Woolard, R. et Lewander, W. (1999). « Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 989-994.
- Mortimer, R.G., Filkins, L.D. et Lower, J.S. (1971). *Court Procedures for Identifying Problem Drinkers: Final Report*, DOT Contract FH-11-761. Ann Arbor MI: Highway Safety Research Institute, University of Michigan.
- National Commission Against Drunk Driving. <http://www.ncadd.com/policies.cfm>. Accès 10/9/03.
- National Highway & Traffic Safety Administration & the National Institute on Alcohol Abuse & Alcoholism. (1996). « A Guide to Sentencing DUI Offenders », Washington: DOT HS 808-365.
- Neutel, C.I. (1995). « Risk of traffic accident injury after a prescription for benzodiazepine », *Annals of Epidemiology*, 5(3), 239-244.
- Nichols, J.L. (1990). « Treatment versus deterrence », *Alcohol Health and Research World*, 14, 44-51.
- Nickel, W.R. (1990a). « A five-year follow-up of treatment for DWI recidivists in the Federal Republic of Germany », *Alcohol, Drugs and Driving*, 6, 119-132.
- Nickel, W.R. (1990b). « Programs for the rehabilitation and treatment of drinking-driving multiple offenders in the Federal Republic of Germany », Dans R.J. Wilson et R.E. Mann (eds), *Drinking and Driving, Advances in Research and Prevention*. 250-266. New York, NY : The Guilford Press.
- Nochajski, T.H. et Miller, B.A. (1995). *Training Manual for the Research Institute on Addictions Self-Inventory (RIASI)*, Buffalo. New York: Research Institute on Addictions.
- Nochajski, T.H., Miller, B.A. et Parks, K.A. (1994). *Effectiveness of the RIASI for Screening of Convicted DWI Offenders*, Buffalo, NY: Research Institute on Addictions.

- Nochajski, T.H., Miller, B.A., Wieczorek, W.F. et Parks, K.A. (1993). « The Utility of Non-Obvious Indicators for Screening of DWI Offenders », Document présenté à l'assemblée annuelle de *Research Society on Alcoholism*, San Antonio, Texas, du 19 au 24 juin
- Parsons, M., Wnek, I. et Huebert, K.M. (1993). « A unique intervention program for repeat impaired driving offenders », *Journal of Alcohol Drug Education*, 39, 34-40.
- 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, 667-78.
- Polacsek, M., Rogers, E.M., Woodall, W.G., Delaney, H., Wheeley, D. et Rao, N. (2001). « MADD victim impact panels and stages-of-changes in drunk-driving prevention ». *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 344-350.
- Preusser, D.F., Ulmer, R.G. et Adams, J.R. (1978). « Driver record evaluation of a drinking driver rehabilitation program ». *Journal of Safety Research*, 8, 98-105.
- Price, E.J. (1993). *Local official guide to drunk driving prevention*, Washington, D.C: National League of Cities.
- Quaye, K. et Boase, P. (2002). « Is the short-term administrative suspension a second best but necessary alternative to criminal code sanctions »? Document présenté à la 16e Conférence internationale sur l'alcool, les drogues et la sécurité routière -T2002, Montréal, du 4 au 9 août 2002.
- Reis, R.E. (1982a). *The Traffic Safety Effectiveness of Educational Counseling Programs for Multiple Offense Drunk Drivers*, DOT-HS-806-557. Washington, DC : National Highway Traffic Safety Administration.
- Reis, R.E. (1982b). *The Traffic Safety Effectiveness of Educational Counseling Programs for First Offence Drunk Drivers*, DOT-HS-806-558. Washington, DC : National Highway Traffic Safety Administration.
- Robins, L.N., Helzer, J.E., Ratcliff, K. et Syfried, W. (1982). « Validity of the Diagnostic Interview Schedule. Version II: DSM-III diagnosis », *Psychological Medicine*, 12, 855-870.
- Ross, H.L. (1984). *Deterring the drinking driver: Legal policy and social control*, Lexington, MA: D.C. Heath and Company.
- Santé Canada (1997a). *Récidivistes d'un délit de CFA – Examen et synthèse de la documentation*, Ottawa : ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada; n° de catalogue H39-416/1997F.

Santé Canada. (1997b). *Évaluation du programme des conducteurs avec facultés affaiblies de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. N° de catalogue H39-415/1997F.

Santé Canada. (1998). *La Stratégie canadienne antidrogue*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. N° de catalogue H39-440/1998F.

Santé Canada. (1999). *Meilleures pratiques – Alcoolisme et toxicomanie – Traitement et réadaptation*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. N° de catalogue H39-438/1998F.

Santé Canada. (2001a). *Meilleures pratiques – Syndrome d'alcoolisme fœtal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. N° de catalogue H49-156/1-2001F.

Santé Canada. (2001b). *Meilleures pratiques – Traitement et réadaptation des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. N° de catalogue H49-153/2001F.

Santé Canada. (2001c). *Meilleures pratiques – Traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. Ottawa. N° de catalogue H49-154/2001F.

Santé Canada. (2001d). *Meilleures pratiques – Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. Ottawa. N° de catalogue H39-599/2001-2F.

Santé Canada. (2002a). *Meilleures pratiques – Traitement d'entretien à la méthadone*. Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa. N° de catalogue H49-164/2002F.

Schmidt, W., Smart, R. et Popham, R.E. (1963). « The role of alcoholism in motor vehicle accidents ». In: Havard, J.D.J. (Ed.), *Alcohol and Road Traffic: Proceedings of the Third International Conference On Alcohol and Road Traffic*. London: British Medical Association.

Selzer, M.L. (1971). « The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument », *American Journal of Psychiatry*, 127, 89-94.

Shinar, D. et Compton, R.P. (1995). « Victim impact panels: Their impact on DUI recidivism », *Alcohol, Drugs and Driving*, 11, 73-87.

Shuggi, R., Chipperfield, B., Flam-Zalcman, R., Nochajski T.H. et Mann, R.E. (2002). « Drinking-Driving Programs and Quality Control: Assessing Consistency of Program Implementation ». Document présenté à la 14^e Conférence internationale sur l'alcool, les drogues et la sécurité routière – T2002, Montréal, du 4 au 9 août 2002.

Single, E., Robson, L., Xie. X. et Rehm, J. (1996). *The Costs of Substance Abuse in Canada*. Ottawa: Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Skinner, H.A. (1982). « The Drug Abuse Screening Test », *Addictive Behaviours*, 7, 363-371.

Smart, R.G., et Schmidt, W. (1961). « Problem drinking as a factor in drinking-driving offences », *Revue canadienne de criminologie de justice pénale*, 3, 153-158.

Sobell, L.C. et Sobell, M.B. (1992). « Timeline follow-back: A technique for assessing self-reported alcohol consumption ». Dans TR. Litten et Allen (Eds.) *Measuring Alcohol Consumption: Psychological and Biological Methods*. Totowa, NJ: The Humana Press, Inc.

Spitzer, R.L., Williams, J.B., Gibbon, M., et Forst, M.B. (1990). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R*, Washington, DC : American Psychiatric Press.

Stoduto, G., Mann, R., Mitchell, B., Suurvali, H., Koski-Jannes, A., Room, R. et Harrison, S. (1998). *Existing Programs for Convicted Drinking Drivers in Canada*. Toronto : Fondation de la recherche sur la toxicomanie.

Stoduto, G., Vingilis, E., Kapur, B., Shen, W., McLellan, B. et Liban, C. (1993). « Alcohol and drug use among motor vehicle collision victims admitted to a regional trauma unit: Demographic, injury and crash characteristics », *Accident Analysis and Prevention*, 25(4), 411-420.

Tarter, R.E. and Hegedus, A.M. (1991). « The Drug Use Screening Inventory », *Alcohol Health and Research World*, 15, 65-75.

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

Tornos, J. (1994). « Rattfallan (The trap): Evaluation of an educational programme for imprisoned drunk drivers in Sweden. Recidivism rate within four years ». *Journal of Traffic Medicine*, 2, 15-18.

Transports Canada (2002). *Vision sécurité routière 2010*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada., N° de catalogue T45-1/2001-1F

Van Whitlock, R. et Lubin, B. (1998). « Predicting outcome of court-ordered treatment for DWI offenders via the MAACL-R », *Journal of Offender Rehabilitation*, 28, 29-40.

- Vingilis, E. (1983). « Drinking drivers and alcoholics: Are they from the same population »? Dans : Smart, R.G., Glaser, F.B., Israel, Y., Kalant, H., Popham, R.E. et Schmidt, W. (Eds). *Research Advances in Alcohol and Drug Problems*, Vol. VII. New York:Plenum Press. 299-342.
- Vingilis, E.R., Adlaf, E.M. et Chung, L. (1981). « The Oshawa impaired drivers program: An evaluation of a rehabilitation program », *Journal of Criminology*, 23, 372-374.
- Voas, R.B. & Fisher, D.A. (2001). « Court procedures for handling intoxicated drivers ». *Alcohol Research and Health*, 25, 32-42.
- Walsh, G. et Mann, R.E. (1999). « On the high-road: Driving under the influence of cannabis in Ontario », *Revue canadienne de santé publique*, 90, 260-263.
- Wells-Parker, E. et Williams, M. (2002). *Enhancing the Effectiveness of Traditional Interventions with Drinking Drivers by Adding Brief Individual Intervention Components*. Document non publié.
- Wells-Parker, E., Anderson, B.J., McMillen, D.L. et Landrum, J.W. (1988). « Interactions among DUI offender characteristics and traditional intervention modalities: A long term recidivism follow-up », *British Journal of Addiction*, 84, 381-390.
- 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*, 9, 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 and Prevention*, 18, 443-453.
- Wells-Parker, E., Keene, 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 », *Addictive Behaviors*, 25, 229-238.
- Whitehead, P.C., Hylton, J. et Markovsky, R. (1984). « Alcoholics on the road: Evaluation of an impaired driver treatment program », Regina : Saskatchewan Alcoholism Commission.
- Wieczorek, W.F. et Miller B.A. (1992). « Preliminary typology designed for treatment matching of driving-while-intoxicated offenders », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 757-65.
- Wieczorek, W.F., Miller, B.A. et Nochajski, T.H. (1992). « The limited utility of BAC for identifying alcohol-related problems among DWI offenders », *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 415-419.
- Wilson, R.J. (1991). « Subtypes of DWI's and high-risk drivers », *Alcohol, Drugs and Driving*, 7, 1-12.

Winters, K. (1991). *Manual for the Personal Experience Screening Questionnaire (PESQ)*, Los Angeles: Western Psychological Services.

Zelhart, P.F., Schurr, B.C. et Brown, P.A. (1975). « The drinking driver: Identification of high-risk alcoholics », Dans S. Israelstam et S. Lambert (Eds.) *Alcohol, Drugs and Traffic Safety: Procès-verbal de la 6^e Conférence internationale sur l'alcool, les drogues et la sécurité routière*. Toronto: Fondation de la recherche sur la toxicomanie.

Annexe A :

Échelle de cotation des études récentes

La présente échelle fait appel à des concepts et des éléments provenant du projet de méta-analyse de Wells-Parker *et al.* (1995). Toutefois, étant donné nos objectifs modestes, les études n'ont pas été discriminées au même degré. L'objectif visé est d'indiquer la rigueur de la méthodologie et, ainsi, la crédibilité des résultats rapportés.

Questions	Cotation
Stratégies d'appariement	
Appariement aléatoire avec surveillance rigoureuse et aucun biais important rattaché aux écarts du processus de randomisation, et démonstration que les groupes ne diffèrent pas de façon significative à l'égard de plusieurs variables prétraitement (données démographiques, antécédents, etc.)	10
Appariement aléatoire mais peu d'information descriptive sur la surveillance ou l'équivalence des groupes.	9
Appariement aléatoire avec attrition de faible à modérée (<15 p. 100) non relative à l'appariement.	8*
Appariement aléatoire avec taux d'attrition plus élevé (15 p. 100–30 p. 100) non relatif à l'appariement.	7*
Appariement aléatoire avec démonstration de non-conformité possiblement attribuable à l'appariement.	6*
Conception par groupe témoin avec démonstration de l'équivalence des groupes sur les principales variables.	5
Conception avec groupes témoins mais démonstration limitée que les groupes présentent des équivalences sur les principales variables.	4*
Appariement aléatoire mais peu documenté, indications de biais.	3*
Conception avec groupes témoins mais démonstration faible que les groupes présentent des équivalences sur les principales variables.	2*
Conception non randomisée avec groupes autosélectionnés ou conceptions randomisées avec un taux d'attrition du groupe élevé (>50 p. 100).	1*
Biais manifestes et non corrigés.	0
Intégrité de l'intervention	
Démonstration que l'intervention et l'expérience des groupes témoins ou de comparaison ont été planifiées.	Démonstration probante = 2 Certains écarts mis en lumière ou soupçonnés = 1** Écart majeur ou non documenté = 0
Cotation maximum	12

* Si les biais évidents ou soupçonnés ont été corrigés à l'aide des méthodes statistiques appropriées.

** Y compris les mesures de rééducation non prévues ou autres interventions de la part des membres des groupes témoins ou de comparaison.