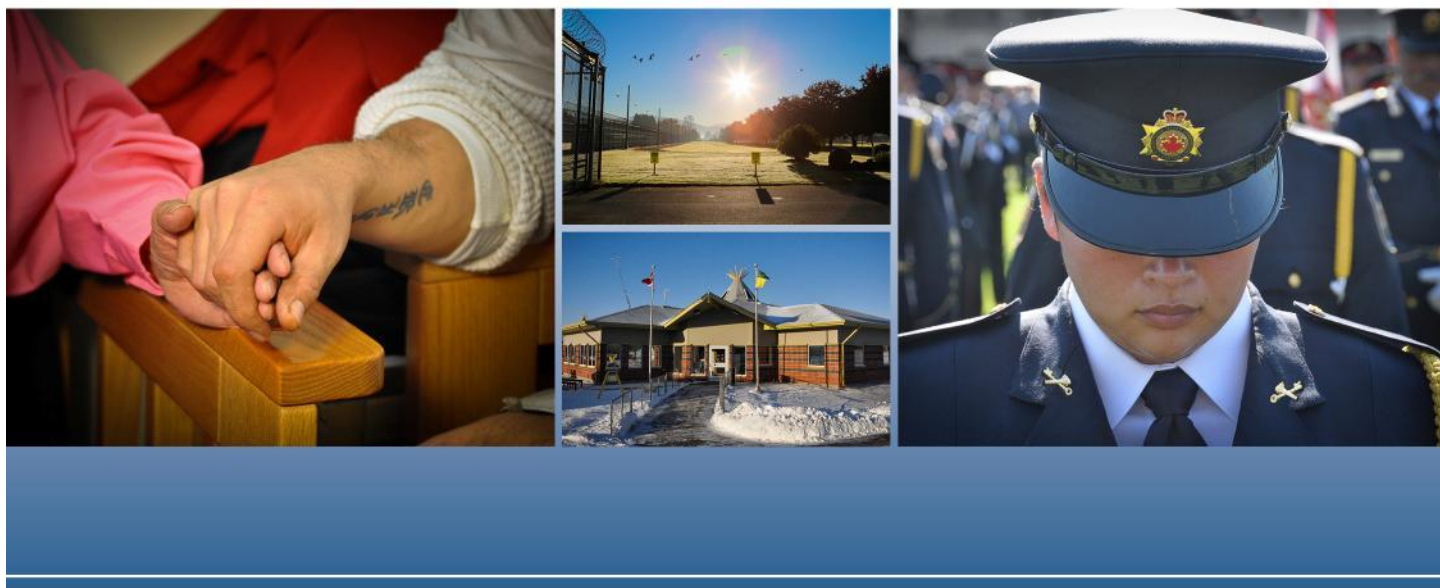




# SERVICE CORRECTIONNEL CANADA

TRANSFORMONS DES VIES. PROTÉGEONS LES CANADIENS.



## RAPPORT DE RECHERCHE

Examen des expériences de délinquants sous responsabilité fédérale qui suivent un traitement par agonistes opioïdes (TAO) pendant leur mise en liberté en Ontario, au Canada : rapport postlibératoire

**2023 N° R-450**

ISBN: 978-0-660-45941-7

N° de cat.: PS83-5/R450F-PDF

This report is also available in English. Should additional copies be required, they can be obtained from the Research Branch, Correctional Service of Canada, 340 Laurier Ave. West, Ottawa, Ontario K1A 0P9.

Ce rapport est également disponible en anglais. Pour en obtenir un exemplaire, veuillez vous adresser à la Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada, 340, avenue Laurier Ouest, Ottawa (Ontario) K1A 0P9.



**Examen des expériences des délinquants sous responsabilité fédérale qui suivent un traitement par agonistes opioïdes (TAO) pendant leur mise en liberté en Ontario, au Canada : rapport postlibératoire**

Cayley Russell, M.A.<sup>1</sup>  
Frishta Nafeh, M.P.H.<sup>1</sup>  
Michelle Pang, M.P.H.<sup>1</sup>  
Jürgen Rehm, Ph. D.<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>  
Benedikt Fischer, Ph. D.<sup>2,8,9,10</sup>

<sup>1</sup> Institut de recherche sur les politiques en santé mentale, Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH), Toronto (Ontario), Canada.

<sup>2</sup> Département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada

<sup>3</sup> École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, 155, rue College, Toronto (Ontario), Canada, M5T 3M7

<sup>4</sup> Institut de recherche en santé mentale de la famille Campbell, Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH), 250, rue College, Toronto (Ontario), Canada, M5T 1R8

<sup>5</sup> Institut des sciences médicales (IMS), Université de Toronto, 1 King's College Circle, Toronto (Ontario), Canada, M5S 1A8

<sup>6</sup> Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Technische Universität Dresden, Chemnitzer Str. 46, 01187 Dresde, Allemagne

<sup>7</sup> Département des projets internationaux en santé, Institut du leadership et de la gestion en santé, I.M. Sechenov première université d'État de Moscou, Bol'shaya Pirogovskaya Ulitsa, 19 1, Moscou, Russie, 119146

<sup>8</sup> Centre de criminologie et d'études sociojuridiques, Université de Toronto, Canada

<sup>9</sup> Schools of Population Health & Pharmacy; Faculty of Medical and Health Sciences, Université d'Auckland, Nouvelle-Zélande

<sup>10</sup> Centre for Applied Research in Mental Health & Addiction, Faculté des sciences de la santé, Université Simon Fraser, Vancouver, Canada

Les opinions exprimées dans le présent document sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement celles du Service correctionnel du Canada.

Service correctionnel du Canada

2023



## **Remerciements**

Ce rapport a été rédigé dans le cadre d'un protocole d'entente entre la Direction de la recherche du Service correctionnel du Canada (SCC) et l'Institut de recherche sur les politiques en santé mentale, Centre de toxicomanie et de santé mentale. Ce projet de recherche n'aurait pu être réalisé sans l'aide du personnel opérationnel du SCC et des participants qui y ont offert leur temps et leur expertise; les auteurs les remercient chaleureusement.



## Résumé

**Mots clés :** *Mise en liberté dans la collectivité; Canada; services correctionnels; services de santé; opioïdes; traitement par agonistes opioïdes; trouble lié à l'usage des opioïdes; prison; réinsertion; récidive; transition*

Au Canada, les populations carcérales portent un fardeau excessif de problèmes de santé, y compris une prévalence plus élevée de troubles liés à l'usage des opioïdes (TUO) et un risque accru de mortalité prématurée et de résultats négatifs après la sortie de prison, notamment l'interruption de leur traitement de la toxicomanie. Le traitement par agonistes opioïdes (TAO) au sein des populations carcérales a été associé à des résultats positifs après la mise en liberté, y compris des taux réduits de consommation de drogues illicites, de surdoses, de mortalité, de récidive et de réincarcération. Bien que le maintien de la participation au TAO des délinquants après leur mise en liberté dans la collectivité est déterminé par divers facteurs, on en sait peu sur les facteurs qui influencent cette décision, particulièrement dans le contexte canadien. L'étude actuelle a été menée pour pallier ce manque de connaissances.

Le présent rapport porte particulièrement sur l'évaluation de suivi d'une étude longitudinale à méthodes mixtes qui vise à examiner les expériences de TAO et de mise en liberté chez un petit échantillon de commodité de délinquants canadiens inscrits au TAO qui ont fait l'objet d'évaluations de référence (pendant l'incarcération) et de suivi (après l'incarcération, dans l'année qui a suivi la mise en liberté). Les participants ont été recrutés dans des établissements correctionnels fédéraux situés en Ontario, au Canada. Les évaluations comprenaient la réalisation d'une brève enquête quantitative, suivie d'une entrevue qualitative approfondie. Trente-cinq ( $n=35$ ) participants ont été retenus pour le suivi (sur un total de 46 participants de référence). Les données du Service correctionnel du Canada (SCC) ont été couplées aux données d'enquêtes quantitatives, et des analyses thématiques des données qualitatives recueillies lors des entrevues ont été effectuées.

Les résultats indiquent que la majorité (77 %) des participants ont continué de participer au TAO après leur mise en liberté. Les participants ont décrit un certain nombre de facteurs facilitants et d'obstacles concernant la réinsertion sociale dans la collectivité et l'adhésion au TAO. La motivation personnelle, le soutien familial, l'emploi, l'accès au TAO et les avantages particuliers des programmes de TAO sont les facteurs facilitants qui ont été mentionnés. Les obstacles comprenaient la fragmentation de la transition pour le TAO, la planification de la mise en liberté, les difficultés financières, les difficultés à respecter les plans de mise en liberté sous conditions, les obstacles administratifs et les réseaux sociaux. Les deux tiers (67 %) des participants ont vu leur mise en liberté suspendue, tandis qu'un peu moins de la moitié (49 %) ont été remis en détention. La consommation de drogues a été mentionnée comme étant une raison courante de ces deux expériences.

Des recommandations concrètes pour favoriser des expériences et des trajectoires de réinsertion sociale positives sont proposées à la lumière des résultats de l'étude. Les interventions correctionnelles devraient viser le maintien de l'offre de possibilités d'éducation et de programmes correctionnels afin d'accroître la motivation et les compétences d'adaptation et de

renforcer les liens en ce qui a trait aux emplois et aux placements dans la collectivité. De plus, des améliorations doivent être apportées à la planification de la mise en liberté dans la collectivité afin d'appuyer la création de liens cohérents et intégrés avec les fournisseurs de TAO dans la collectivité, et les politiques devraient être modifiées pour s'assurer que les délinquants mis en liberté bénéficient d'une couverture financière et d'ordonnances adéquates et qu'ils ont accès à des doses de médicaments de TAO à emporter.





## Table des matières

Remerciements.....	i
Résumé.....	ii
Liste des tableaux.....	iv
Liste des annexes .....	iv
Introduction.....	1
Méthode .....	6
Plan de l'étude .....	6
Admissibilité.....	6
Suivi des participants et procédure .....	6
Outils d'évaluation.....	7
Collecte des données.....	8
Calendrier de collecte des données .....	8
Traitement et analyse des données.....	9
Éthique et consentement .....	9
Résultats.....	11
Résultats quantitatifs.....	11
Échantillon étudié.....	11
Résultats qualitatifs.....	15
Facteurs facilitant la réintégration dans la collectivité après la mise en liberté.....	15
Obstacles à la réintégration dans la collectivité après la mise en liberté .....	23
Analyse .....	36
Conclusions.....	42
Bibliographie.....	43



## Liste des tableaux

<i>Tableau 1 Renseignements sociodémographiques et risques criminogènes de l'échantillon étudié (N=35) .....</i>	<i>12</i>
<i>Tableau 2 Renseignements sur la mise en liberté, la consommation de drogues dans la collectivité et le TAO pour l'échantillon étudié (N=35) .....</i>	<i>14</i>

## Liste des annexes

<i>Annexe A : Questionnaire – Évaluation n° 2 .....</i>	<i>52</i>
---	-----------



## Introduction

Au Canada, les populations carcérales portent un fardeau excessif de problèmes de santé, comme une prévalence élevée de problèmes de santé physique chroniques, de diagnostics de santé mentale, ainsi que de consommation problématique de drogues, y compris les troubles liés à la toxicomanie et plus particulièrement les troubles liés à l'usage des opioïdes (TUO) (Beaudette, 2013; Bozinoff et coll., 2018; Brink, Doherty et Boer, 2001; Fazel, Yoon et Hayes, 2017; Groot et coll., 2016; F. G Kouyoumdjian, Calzavara, Kiefer, Main et Bondy, 2014; F.G. Kouyoumdjian, Kiefer, Wobeser, Gonzalez et Hwang, 2016; F. G. Kouyoumdjian, Schuler, Matheson et Hwang, 2016; Mullins et Farrell, 2012). Par exemple, environ 70 % des hommes et 80 % des femmes admis dans un établissement correctionnel fédéral au Canada au cours des années 2013-2014 et entre 2016 à 2019 respectivement ont déclaré un problème de consommation de substances. Dans l'échantillon, 14 % des délinquants et 25 % des délinquantes ont indiqué avoir consommé des opioïdes l'année précédant leur arrestation, et des taux élevés de polytoxicomanie et de consommation de drogues injectables ont été observés chez les deux sexes (Cram et Farrell MacDonald, 2019; Kelly et Farrell MacDonald, 2015a, 2015b). De plus, les populations carcérales canadiennes éprouvent des difficultés à réintégrer la collectivité après leur mise en liberté d'un établissement correctionnel et présentent un risque beaucoup plus élevé de subir des effets néfastes pour la santé, comme la mortalité prématurée, généralement en raison d'empoisonnements aux drogues et de surdoses liées aux opioïdes résultant d'une tolérance réduite aux drogues pendant leur incarcération (Binswanger, Blatchford, Mueller et Stern, 2013; Binswanger et coll., 2007; Groot et coll., 2016; Kouyoumdjian, Kiefer et coll., 2016; Kouyoumdjian, Schuler et coll., 2016; Madadi, Hildebrandt, Lauwers et Koren, 2013; Merrall et coll., 2010; Wakeman et Rich, 2015). Des recherches antérieures fondées sur des données canadiennes indiquent qu'un décès sur dix lié à un empoisonnement aux drogues chez les adultes en Ontario entre 2006 et 2013 est survenu chez les personnes qui ont été libérées d'une prison provinciale au cours de la dernière année, les taux les plus élevés ayant été enregistrés dans les semaines suivant immédiatement leur mise en liberté; la majorité des décès concernaient la consommation d'opioïdes (Groot et coll., 2016). D'autres données provinciales de l'Ontario confirment des taux élevés de surdose postincarcération (Kouyoumdjian, Kiefer et coll., 2016). D'autres documents soulignent la nature chronique des rechutes associées à des troubles liés à la

consommation de substances comme les TUO, les facteurs de risque connexes (p. ex. consommation de drogues injectables) et la forte incidence de rechute associée à la consommation de substances au sein des populations carcérales après la mise en liberté (Chamberlain et coll., 2019; Western et Simes, 2019; Winter et coll., 2016).

Par conséquent, la période qui suit immédiatement la mise en liberté constitue une période critique présentant des risques exceptionnellement élevés de conséquences négatives pour les populations carcérales canadiennes, et particulièrement les délinquants atteints d'un TUO. Ces personnes subissent souvent un certain nombre de conséquences négatives sur la santé et pour la société, y compris des interruptions de traitement, de la récidive, des rechutes et des surdoses mortelles et non mortelles lors de leur mise en liberté dans la collectivité (Brinkley-Rubinstein, Cloud, Drucker et Zaller, 2018; Brinkley-Rubinstein et coll., 2017; Brinkley-Rubinstein, Zaller et coll., 2018; Martin, Gresko, Brinkley-Rubinstein, Stein et Clarke, 2019; Murphy, Ali et Fischer, 2018; Schwartz et coll., 2019).

Le TUO est classé comme étant une utilisation persistante d'opioïdes qui cause des problèmes cliniquement importants et est souvent marqué par une tolérance accrue, une dépendance et des symptômes de sevrage une fois l'utilisation interrompue (Strang et coll., 2020). Le TUO est un trouble complexe qui est principalement géré au moyen d'un traitement pharmacologique par agonistes opioïdes (TAO), qui comprend habituellement la méthadone et les formulations buprénorphine-naloxone [Suboxone] (Bruneau et coll., 2018; Stotts, Dodrill et Kosten, 2009; Strang et coll., 2020). Le TAO est associé à un certain nombre de résultats bénéfiques chez les populations carcérales au moment de la mise en liberté dans la collectivité. Par exemple, les délinquants qui ont suivi un traitement par agonistes opioïdes dans les établissements correctionnels affichent des taux plus faibles de consommation illicite d'opioïdes, de surdoses, de mortalité, de récidive et de réincarcération après leur mise en liberté. De plus, chez les personnes qui suivent un TAO en établissement, on a signalé une augmentation du maintien du traitement pharmacologique, une plus grande adhésion au TAO et à d'autres services de santé, ainsi qu'une plus grande capacité que leurs pairs à se trouver un emploi après leur mise en liberté (Akinsemolu, Ogston et Irvine, 2011; Cropsey, Villalobos et St Clair, 2005; Hedrich et coll., 2012; Malta et coll., 2019; Moore et coll., 2019; Perry et coll., 2015; Sharma et coll., 2016; Stallwitz et Stover, 2007). Les données administratives indiquent que les détenus des populations carcérales canadiennes qui ont continué de recevoir de la méthadone après leur mise en liberté

couraient un risque plus faible de retourner en détention que ceux qui avaient cessé d'en recevoir, avaient commis moins d'infractions violentes et non violentes et avaient un taux de mortalité réduit (Farrell MacDonald, MacSwain, Cheverie, Tiesmaki et Fischer, 2014; MacSwain, Farrell MacDonald, Cheverie et Fischer, 2013; Russolillo, Moniruzzaman, McCandless, Patterson et Somers, 2018; Russolillo, Moniruzzaman et Somers, 2018). L'administration de TAO au sein des établissements correctionnels, conjuguée au maintien des liens avec les fournisseurs de TAO après la mise en liberté et aux soins et soutiens généraux en matière de toxicomanie après la mise en liberté, est donc cruciale (Binswanger et coll., 2011; Fiscella, Moore, Engerman et Meldrum, 2004; Larney et Dolan, 2009; McKenzie, Nunn, Zaller, Bazazi et Rich, 2009; Nunn et coll., 2009).

Les établissements correctionnels fédéraux canadiens constituent donc une occasion, pour cette population mal desservie ayant des besoins complexes dans le contexte de l'incarcération, d'accéder initialement aux analyses et aux traitements de santé nécessaires – y compris les interventions pour les TUO –(Bonnycastle et Villebrun, 2011; Yoko Murphy et Sapers, 2020; Rumble, Pevalin et O'Moore, 2015; Zakaria, Thompson, Jarvis et Smith, 2010). Depuis des décennies, les établissements correctionnels fédéraux canadiens (c.-à-d. le Service correctionnel du Canada [SCC]) offrent le TAO aux délinquants atteints de TUO (Service correctionnel du Canada, 2019, 2021). Le taux de participation a toujours été limité; toutefois, à la lumière de la crise nationale des opioïdes en cours et de ses effets dévastateurs, des efforts accrus ont récemment été déployés pour renforcer le taux de participation au TAO chez les délinquants canadiens sous responsabilité fédérale (Service correctionnel du Canada, 2019, 2021). Par exemple, le nombre de délinquants qui ont commencé le TAO en établissement dans les établissements correctionnels fédéraux est passé de 725 à 2 481 individus entre la période antérieure à 2016 et janvier 2021 (Service correctionnel Canada, 2020b). De plus, un nombre croissant de délinquants sont inscrits à d'autres formules de TAO<sup>1</sup> (Service correctionnel Canada, 2020b).

La plupart des personnes incarcérées sous responsabilité fédérale finissent par être remises en liberté dans la collectivité, afin d'être réadaptées et réinsérées dans la société (Service correctionnel du Canada, 2007; Macmadu et Rich, 2015; McLeod et Martin, 2018). Bien que

---

<sup>1</sup> Depuis 2019, le SCC offre maintenant de la buprénorphine injectable à action prolongée (Sublocade). En janvier 2021, 190 délinquants étaient inscrits au programme.



certaines délinquants bénéficient d'une mise en liberté discrétionnaire (p. ex. semi-liberté ou libération conditionnelle totale), la majorité d'entre eux sont légalement tenus d'être libérés d'office après avoir purgé les deux tiers de leur peine. Les délinquants demeurent sous responsabilité correctionnelle fédérale pendant ces divers types de mise en liberté dans la collectivité et doivent respecter des conditions particulières (p. ex. s'abstenir de consommer de la drogue et de l'alcool) pendant leur réinsertion dans la collectivité (Service correctionnel Canada, 2007). Cette période supervisée de réintégration dans la collectivité offre une occasion importante de veiller à ce que des liens essentiels avec services de soins de santé et de traitement de la toxicomanie – y compris le TAO – soient établis et maintenus, surtout pendant la période de surveillance durant laquelle les délinquants sont tenus de respecter des conditions particulières en vue de leur réinsertion sociale dans la collectivité.

Toutefois, même si le plan de mise en liberté sous conditions d'un délinquant fédéral peut recommander le maintien du TAO après sa mise en liberté dans la collectivité, il appartient à la personne de décider si elle continue de participer au TAO après sa mise en liberté. De plus, bien que la transition du TAO fasse partie de la planification de la mise en liberté et des soutiens offerts dans le cadre de la surveillance de la mise en liberté, une myriade de facteurs (p. ex. problème de santé, rechute vers la consommation de drogues, réseaux sociaux et influences) peuvent avoir une incidence sur le fait qu'une personne continue ou non de participer au TAO et/ou vive une réinsertion sociale positive. Par exemple, la documentation a mis en lumière des obstacles particuliers à la réintégration dans la collectivité d'anciens détenus qui suivaient un TAO, y compris les difficultés à trouver un médecin de famille, les difficultés à accéder aux médicaments et aux services sociaux nécessaires, l'instabilité du logement, le manque de possibilités d'emploi, ainsi que la pauvreté et l'instabilité financière; tous ces facteurs nuisent au maintien du traitement et à la réinsertion sociale générale (Hu et coll., 2020; Velasquez et coll., 2019). Les données qualitatives confirment que l'exposition aux drogues, combinée au stress lié aux exigences de réinsertion sociale, contribue souvent aux rechutes vers la consommation d'opioïdes et influence les décisions relatives au maintien du TAO; pourtant, ces données soulignent également que, dans l'ensemble, le TAO est perçu comme bénéfique pour réduire le risque de rechute et de renvoi en détention (Fox et coll., 2015).

Il n'est pas facile de déterminer si un délinquant continue d'adhérer au TAO ou recommence à consommer de la drogue après sa mise en liberté, car les données administratives

correctionnelles fédérales ne consignent pas systématiquement cette information lorsqu'une personne est sous surveillance dans la collectivité (c.-à-d. les rechutes doivent être connues/signalées aux agents de libération conditionnelle/gestionnaires de cas ou les résultats d'analyses d'urine à intervalles réguliers ou aléatoires – qui à l'heure actuelle sont effectuées seulement pour détecter la méthadone prescrite, mais pas le Suboxone - doivent être disponibles)(Service correctionnel du Canada, 2017). Par conséquent, à moins qu'un délinquant mis en liberté obtienne un résultat positif à une analyse d'urine pour détecter la présence de substances illicites ou qu'il divulgue volontairement qu'il a consommé de la drogue et/ou qu'il a continué ou interrompu le TAO, cette information n'est habituellement pas connue. De plus, une fois qu'un délinquant a terminé sa peine, les services correctionnels ne peuvent plus surveiller comment il s'en sort dans la collectivité.

Compte tenu des circonstances décrites ci-dessus, on dispose de peu d'information sur les conditions particulières qui poussent les délinquants canadiens sous responsabilité fédérale à continuer de recevoir des soins liés au TAO, ainsi que sur les facteurs qui contribuent à une éventuelle rechute vers la consommation, à un retour en détention et à des expériences générales de réinsertion sociale dans la collectivité après la mise en liberté. Toutefois, cette information est importante, car le maintien du TAO fait partie intégrante de l'atténuation des événements indésirables après la mise en liberté, comme la mortalité. Afin de combler cette lacune importante en matière de connaissances, nous avons mené la présente étude longitudinale à méthodes mixtes, qui portait sur les transitions et les trajectoires en matière de réinsertion sociale dans la collectivité – y compris les obstacles et les facteurs favorisant la réinsertion sociale dans la collectivité, la consommation de substances et le maintien du TAO – parmi un échantillon de délinquants canadiens mis en liberté en Ontario, au Canada, après avoir été incarcérés dans des établissements correctionnels fédéraux.

## **Méthode**

### **Plan de l'étude**

Ce projet était une étude observationnelle longitudinale qui avait pour but d'examiner les besoins, les soins et les expériences de mise en liberté dans la collectivité liés au TAO et qui a été réalisée à l'aide de méthodes mixtes auprès d'un échantillon de délinquants sous responsabilité fédérale incarcérés en Ontario, au Canada. Des évaluations ont été menées auprès des participants à deux moments : 1) au cours de la période d'incarcération prélibératoire et dans les six mois précédant la mise en liberté dans la collectivité (de référence); et 2) au cours de la période de transition dans la collectivité dans l'année suivant la mise en liberté (suivi). Le présent rapport met l'accent sur les données de l'évaluation de suivi.

### **Admissibilité**

Les participants ont d'abord été recrutés dans plusieurs établissements du Service correctionnel du Canada (SCC) situés en Ontario. Une première évaluation de référence a été menée auprès de 46 participants entre janvier et mars 2019, durant la dernière phase d'incarcération des participants. Les critères d'admissibilité initiaux comprenaient les personnes qui, au moment du recrutement : 1) étaient incarcérées dans l'un des sept établissements fédéraux du SCC en Ontario; 2) souffraient d'un TUO conformément aux conditions d'inscription au programme de TAO du SCC; 3) avaient participé au programme de TAO du SCC pendant au moins trois mois; 4) avait une date de libération d'office ou une date d'admissibilité à la libération conditionnelle totale prévue dans les six prochains mois; 5) devaient être remises en liberté dans la région du Sud de l'Ontario; et 6) avaient accepté de participer aux entrevues de référence (avant la mise en liberté) et de suivi (après la mise en liberté). Lors de l'évaluation initiale de référence, les participants ont été informés du volet de suivi de l'étude et ont eu la possibilité de donner leur consentement et de fournir leurs coordonnées s'ils souhaitaient être contactés par les chercheurs lorsqu'ils seraient admissibles à l'évaluation de suivi après leur mise en liberté.

### **Suivi des participants et procédure**

Deux approches principales ont été utilisées pour faciliter les évaluations de suivi : 1) l'aide de la Direction de la recherche du SCC et des agents de libération conditionnelle des participants à l'étude; et 2) les coordonnées individuelles des participants fournies lors de

l'évaluation de référence. Au cours de l'évaluation de référence, on a demandé aux participants s'ils préféreraient être contactés par l'entremise de leur agent de libération conditionnelle ou au moyen de leurs coordonnées personnelles. Pour ceux qui ont opté pour l'agent de libération conditionnelle, la Direction de la recherche du SCC a fourni des renseignements sur chaque agent de libération conditionnelle (c.-à-d. numéros de téléphone et adresses courriel).

Le personnel de l'étude a communiqué avec chaque agent de libération conditionnelle par téléphone ou par courriel pour rétablir le lien et obtenir les coordonnées à jour du participant (y compris le numéro de téléphone et le lieu de résidence de chaque participant, dans la mesure où les participants étaient d'accord). Le personnel de l'étude a ensuite communiqué directement avec les participants au projet de recherche par téléphone (ou à l'aide d'autres coordonnées fournies directement par les participants, y compris leur adresse électronique personnelle, ou par l'entremise du personnel des établissements résidentiels communautaires) pour réévaluer leur intérêt envers l'étude et convenir d'une date et d'un endroit de rencontre pour effectuer l'évaluation de suivi. Dans le cas des participants qui avaient terminé leur période de libération conditionnelle dans la collectivité avant l'évaluation de suivi, le personnel de l'étude a tenté de communiquer avec eux à plusieurs reprises au moyen de leurs coordonnées personnelles avant qu'ils ne soient considérés comme ayant abandonné l'étude au moment du suivi.

### **Outils d'évaluation**

L'évaluation de suivi comprenait une enquête quantitative menée à l'aide d'un stylo et d'un document papier, suivie d'une entrevue qualitative individuelle semi-structurée. La durée de l'enquête était approximativement de 15 à 30 minutes. Cette dernière comprenait 20 questions à choix multiples fondées sur l'échelle de Likert (c.-à-d. médiocre, passable, bon, très bon, excellent). Les questions de l'enquête portaient sur les données autodéclarées concernant les caractéristiques sociodémographiques, la santé et le bien-être social, les caractéristiques criminogènes et de consommation de drogues, ainsi que le traitement par agonistes opioïdes après la mise en liberté. L'entrevue qualitative durait entre environ 30 et 60 minutes et était enregistrée sur bande sonore aux fins de transcription. L'entrevue comprenait six questions ouvertes et des questions incitatives pertinentes axées sur le TAO et d'autres expériences de réinsertion sociale après la mise en liberté (voir l'annexe A pour l'enquête et le guide d'entrevue).

De plus, nous avons obtenu des données administratives de deux sources principales de

données du SCC : le Système de gestion des délinquants (SGD), qui tient à jour tous les dossiers des délinquants du début à la fin de la peine (p. ex. données sociodémographiques) (Service correctionnel du Canada, 2013) et la base de données du Questionnaire informatisé sur la toxicomanie (QIT), qui documente la consommation de drogues chez les personnes (Service correctionnel du Canada, 2018; Kunic et Grant, 2006). Ces données ont été utilisées à des fins de triangulation durant les analyses.

### **Collecte des données**

Les évaluations de suivi ont été effectuées en personne entre le 1<sup>er</sup> octobre 2019 et le 16 mars 2020, dans la foulée de la suspension des procédures de collecte de données en raison des restrictions de santé publique liées à la COVID-19. Un membre de l'équipe de recherche a rencontré chaque participant à l'étude à l'endroit convenu d'un commun accord et en tenant compte des considérations de sécurité et de confidentialité pour les deux parties. Les évaluations ont eu lieu dans des salles d'entrevue privées dans des bureaux de libération conditionnelle ( $n=7$ ), des établissements résidentiels communautaires (c.-à-d. des « maisons de transition »;  $n=9$ ), des établissements résidentiels de traitement des dépendances ( $n=2$ ) ou des établissements correctionnels pour ceux qui étaient retournés en détention après leur mise en liberté dans la collectivité ( $n=6$ ). Pour les participants qui avaient quitté la province ou qui ne pouvaient pas rencontrer le chercheur en personne ( $n=11$ ), les évaluations de suivi ont été effectuées par téléphone. À la fin de l'évaluation de suivi, les participants ont reçu une carte-cadeau Visa de 50 \$ pour leur temps, leurs efforts et leur expertise.

### **Calendrier de collecte des données**

Les évaluations de suivi ont été effectuées dans l'année suivant la mise en liberté initiale du participant. La période de surveillance dans la collectivité de chaque participant variait, ce qui a fait en sorte que les participants ont été évalués à différents stades de leur mise en liberté (p. ex. certaines personnes avaient récemment été libérées, d'autres avaient été libérées puis réincarcérées, etc.). Le délai moyen entre la mise en liberté et la fin de l'évaluation de suivi était de 5 mois après la mise en liberté; toutefois, l'intervalle d'évaluation variait de 1 à 10 mois après la mise en liberté, la majorité des évaluations ayant eu lieu entre 3 et 7 mois après la mise en liberté. Par conséquent, ensemble, les données de l'enquête quantitative et des entrevues qualitatives représentent un instantané temporel (c.-à-d. au cours des 30 derniers jours) de

l'expérience de mise en liberté de chaque participant. À l'inverse, toutes les données administratives fournies par le SCC couvraient toute la période de mise en liberté du participant dans la collectivité. Étant donné que les détails de la mise en liberté de nombreux participants étaient incomplets au moment de l'entrevue d'évaluation de suivi (c.-à-d. que des personnes pouvaient avoir été réincarcérées par la suite), nous avons utilisé les données administratives correctionnelles dans la mesure du possible pour brosser un tableau plus complet de la trajectoire et des détails de leur mise en liberté.

### **Traitement et analyse des données**

Tous les renseignements personnels et identifiants ont été supprimés des données d'enquête et d'entrevue. Les données d'enquête quantitatives ont été saisies dans une base de données Excel chiffrée aux fins de nettoyage et d'analyse des données. Les enregistrements audio des entrevues ont été transcrits textuellement, et les transcriptions ont été importées dans le logiciel de gestion des données qualitatives, NVivo 12. Des statistiques descriptives de base (p. ex., moyenne et fréquences) de certaines caractéristiques des participants ont été analysées à l'aide des données de l'enquête et des données administratives du SCC.

Les analyses qualitatives comprenaient des analyses thématiques déductives et inductives, dans le cadre desquelles l'équipe de recherche a élaboré une table de codage exhaustive de thèmes initiaux fondés sur les questions générales de recherche posées dans le guide d'entrevue. Ensuite, les principaux thèmes des expériences de mise en liberté dans la collectivité des participants ont été subdivisés en sous-thèmes et ajoutés à la table de codage en suivant un processus itératif. Le codage des données qualitatives des entrevues a été effectué par un membre de l'équipe de recherche, et les révisions des tables de codage et les requêtes liées aux codes ont été déterminées avec l'équipe élargie dans le cadre de discussions continues. Les résultats qualitatifs finaux ont été étayés par de nombreux participants qui ont exprimé des sentiments et des énoncés similaires jusqu'à ce que la saturation des données soit atteinte (Ness, 2015; Saunders et coll., 2018).

### **Éthique et consentement**

Les procédures utilisées dans le cadre de l'étude ont été approuvées par le comité d'éthique de la recherche (CER : n° 013-2018) du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). Les participants devaient donner leur consentement éclairé aux évaluations de

référence et de suivi pendant l'évaluation de référence.

## Résultats

### Résultats quantitatifs

#### Échantillon étudié

Au total, 35 participants ont été retenus pour le volet de suivi de cette étude, ce qui représente un taux de rétention de 76 %. Parmi les 46 participants au total qui ont effectué l'évaluation initiale de référence, onze ont été considérés comme ayant abandonné au moment du suivi, dont sept participants qui avaient atteint l'expiration de leur mandat (c.-à-d. qui avaient terminé leur peine) et qui n'ont pas pu être joints en utilisant les coordonnées fournies, et quatre autres participants qui n'ont pas été mis en liberté pendant la période visée par l'étude. La section qui suit résume brièvement certaines variables de nos données d'évaluation de suivi et des données administratives du SCC.

Le tableau 1 résume les renseignements sociodémographiques et les risques criminogènes pour l'échantillon étudié. La majorité des participants se sont identifiés comme étant blancs (66 %), hommes (83 %) et ayant été mis en liberté d'un établissement correctionnel à sécurité moyenne ou maximale (66 %). L'âge moyen des participants était de 36 ans. Environ les deux tiers des participants ont été évalués comme présentant un risque élevé selon les évaluations du risque statique (63 %) et des besoins dynamiques (66 %); et leurs besoins ayant trait à la toxicomanie (91 %) allaient de modérés à élevés. La plupart des participants ont été évalués comme ayant un potentiel faible à modéré de réinsertion sociale (89 %) et de motivation (71 %) face à la mise en liberté.



Tableau 1

Renseignements sociodémographiques et risques criminogènes de l'échantillon étudié (N=35)

Caractéristiques	Participants à l'étude sur le TAO	
	%	(n)
Âge en années ( <i>M</i> ± <i>É. T.</i> )	36,0	±8,2
Sexe		
<i>Hommes</i>	82,9	(29)
<i>Femmes</i>	17,1	(6)
Antécédents ethnoculturels		
<i>Blanc</i>	65,7	(23)
<i>Autochtone/autre</i>	34,2	(12)
Niveau de sécurité à la mise en liberté		
<i>Minimale</i>	34,3	(12)
<i>Moyenne/maximale</i>	65,7	(23)
Cote des facteurs statiques au moment de la mise en liberté*		
<i>Faible-moderée</i>	37,1	(13)
<i>Élevée</i>	62,9	(22)
Cote des facteurs dynamiques au moment de la mise en liberté*		
<i>Faible-moderée</i>	34,3	(12)
<i>Élevée</i>	65,7	(23)
Domaines de besoins dynamiques au moment de la mise en liberté (besoins modérés à élevés)+		
<i>Toxicomanie</i>	91,4	(32)
<i>Fréquentations</i>	77,1	(27)
<i>Orientation personnelle/affective</i>	77,1	(27)
<i>Emploi/études</i>	60,0	(21)
<i>Attitudes</i>	60,0	(21)
<i>Comportement dans la collectivité</i>	51,4	(18)
<i>Relations matrimoniales et familiales</i>	34,3	(12)
Potentiel de réinsertion sociale à la mise en liberté		
<i>Faible-moderé</i>	> 80,0	(†)
<i>Élevé</i>	< 20,0	(†)
Degré de motivation au moment de la mise en liberté		
<i>Faible-moderé</i>	71,4	(25)
<i>Élevé</i>	28,6	(10)

Remarque : \*Les facteurs de risque statiques sont des caractéristiques des antécédents du délinquant qui prédisent la récidive, mais qui ne peuvent changer (p. ex. âge, infractions antérieures, etc.). †Les facteurs de risque dynamiques sont des caractéristiques des antécédents d'un délinquant qui prédisent la récidive, mais qui peuvent changer (p. ex. consommation de drogues, réseaux de pairs, etc.). +Les domaines de besoins dynamiques englobent une variété de domaines précis qui sont susceptibles de nuire au fonctionnement du délinquant dans la collectivité (c.-à-d. qu'un besoin élevé de toxicomanie indique que ce facteur particulier peut influencer sur la réinsertion sociale du délinquant dans la collectivité; L. Stewart, Wardrop, K., Wilton, G., Thompson, J., Derkzen, D. et Motiuk, L., 2017). †information supprimée en raison de fréquences inférieures à 5 dans une catégorie.

Le tableau 2 présente des renseignements sur la mise en liberté, la consommation de drogues dans la collectivité et le TAO pour l'échantillon étudié. En ce qui concerne l'information sur la mise en liberté, la majorité des participants (71 %) ont été libérés d'office. Tous les participants avaient des conditions de mise en liberté, notamment s'abstenir de consommer des drogues et éviter certaines personnes dans leurs réseaux sociaux (p. ex., associés criminels, victimes). Pour 80 % des participants, la participation à un programme de traitement ou de counseling était une exigence supplémentaire de mise en liberté. Près de la moitié des participants (49 %) se sont trouvés un emploi pendant leur mise en liberté. En ce qui concerne la consommation de drogues, parmi les personnes qui avaient soumis des analyses d'urine dans la collectivité (91 %), plus des trois cinquièmes (63 %) ont testé positifs pour une substance illicite, les opioïdes étant la drogue illicite la plus courante. Vingt-trois pour cent (23 %) avaient reçu une ordonnance médicale de marijuana. Quarante pour cent (40 %) des participants avaient reçu une trousse de naloxone à emporter lors de leur mise en liberté, et un participant a indiqué qu'il l'avait utilisée (données non présentées). Plus des trois quarts (77 %) de l'échantillon ont déclaré avoir participé au TAO après la mise en liberté; la plupart (59 %) ont eu recours au Suboxone. Les deux tiers des participants (67 %) ont vu leur mise en liberté suspendue, tandis qu'un peu moins de la moitié (49 %) ont été remis en détention. La consommation de drogues a été citée comme un facteur commun dans la suspension de la mise en liberté (60 %) et le retour en détention (40 %), respectivement.

Tableau 2

Renseignements sur la mise en liberté, la consommation de drogues dans la collectivité et le TAO pour l'échantillon étudié (N=35)

Caractéristiques	Participants à l'étude sur le TAO	
	%	(n)
Type de mise en liberté		
<i>Libération discrétionnaire (semi-liberté ou libération conditionnelle totale)</i>	28,6	(10)
<i>Libération non discrétionnaire (mise en liberté d'office)</i>	71,4	(25)
Conditions de la mise en liberté+		
<i>Interdiction de consommer de l'alcool et des drogues</i>	100,0	(35)
<i>Éviter certaines personnes (associés criminels, victimes)</i>	100,0	(35)
<i>Participer à un programme de traitement/counseling</i>	80,0	(28)
<i>Assignation à résidence</i>	34,3	(12)
<i>Toutes les autres conditions</i>	71,4	(25)
A reçu une trousse de naloxone à emporter à la mise en liberté	40,0	(14)
Emploi dans la collectivité	48,6	(17)
Analyses d'urine dans la collectivité	91,4	(32)
<i>Test positif pour substances illicites</i>	62,5	(20 of 32)
<i>Opioides+</i>	50,0	(10 of 20)
<i>Cocaïne ou crack+</i>	45,0	(9 of 20)
<i>Marihuana+</i>	40,0	(8 of 20)
<i>Toute autre +</i>	40,0	(8 of 20)
Ordonnance médicale de marihuana <sup>a</sup>	22,8	(8)
Participation au TAO (30 derniers jours) <sup>a</sup>	77,1	(27)
<i>Méthadone</i>	40,7	(11 of 27)
<i>Suboxone</i>	59,2	(16 of 27)
Suspension de la mise en liberté	66,7	(24)
<i>La consommation de drogues comme facteur de la suspension+</i>	60,0	(21)
<i>La consommation de drogues comme seul facteur de la suspension+</i>	22,9	(8)
Réincarcération	48,6	(17)
<i>La consommation de drogues comme un facteur de la réincarcération+</i>	40,0	(14)
<i>La consommation de drogues comme seul facteur de la réincarcération+</i>	< 15,0	(†)

Remarque. L'indicateur+ n'est pas mutuellement exclusif; <sup>a</sup> Données tirées d'une enquête quantitative, seulement indicatives des 30 derniers jours au moment de l'évaluation. †information supprimée en raison de fréquences inférieures à 5 dans une catégorie.

## **Résultats qualitatifs**

Nous présentons ci-dessous les résultats des données qualitatives, y compris les principaux thèmes et sous-thèmes qui sont ressortis des entrevues. Ces données ont été classées sous deux rubriques : 1) les facteurs facilitant la réintégration dans la collectivité après la mise en liberté (sous-thèmes : motivation personnelle et mécanismes d'adaptation, soutien familial et social, possibilités d'emploi et d'éducation, services communautaires, personnel bienveillant et accessibilité, expériences positives et avantages du TAO); et 2) les obstacles à la réintégration dans la collectivité après la mise en liberté (sous-thèmes : planification de la mise en liberté correctionnelle, fragmentation des soins du TAO durant la transition, difficultés financières, respect des plans de mise en liberté correctionnelle, accessibilité et obstacles administratifs, réseaux sociaux).

Les participants ont exprimé à la fois des sentiments négatifs et positifs et ont mentionné divers facteurs qui représentaient des obstacles ou des facteurs facilitants en ce qui a trait à l'accès et au maintien des soins de TAO et à l'abstention de consommer des opioïdes ou d'autres substances. En outre, les participants ont décrit leurs expériences et trajectoires générales après la mise en liberté. Pour tous les participants, la réinsertion sociale dans la collectivité comprenait le respect du plan de mise en liberté et des stipulations et recommandations connexes (p. ex., s'abstenir de consommer de la drogue et de l'alcool, continuer de participer au TAO et aux traitements de toxicomanie, obtenir un emploi, etc.).

### **Facteurs facilitant la réintégration dans la collectivité après la mise en liberté**

Les expériences positives de réintégration dans la collectivité comprenaient la mention d'un mode de vie « pro-social », y compris la contribution à la société (p. ex. travail, études, bénévolat), l'obtention d'un logement, le rétablissement de relations interpersonnelles et l'adoption de saines habitudes de vie. De plus, de nombreux participants ont mentionné des facteurs particuliers qu'ils considéraient comme étant des facteurs qui ont facilité leur réinsertion sociale dans la collectivité; ces facteurs sont décrits plus en détail ci-dessous.

#### ***Motivation personnelle et mécanismes d'adaptation***

Pour de nombreux participants, les expériences de réinsertion sociale dans la collectivité après leur mise en liberté avaient été positives, car ils avaient cherché à reprendre un mode de vie « normal ». Bon nombre d'entre eux ont indiqué avoir reçu le soutien dont ils avaient besoin pour atteindre leurs objectifs postlibératoires :

*« Eh bien quand j'ai été libéré, je suis retourné à un mode de vie assez équilibré. Je travaillais tous les jours. Je faisais de l'exercice, je mangeais bien, je dormais beaucoup... J'avais accès à tout ce dont j'avais besoin. »*

*(Participant n° 37<sup>2</sup>)*

Les participants qui ont reconnu avoir vécu des expériences positives de réintégration dans la collectivité ont décrit les principaux facteurs qui ont contribué à leur expérience, notamment la motivation personnelle, qui était le facteur le plus courant. De nombreux participants ont indiqué qu'ils avaient atteint un moment de leur vie où ils ne voulaient plus consommer de drogues et avaient développé une volonté ferme d'éviter la réincarcération :

*« Je ne veux pas retourner en prison. Je ne veux plus vivre la même vie qu'avant mon emprisonnement. Je veux pouvoir être entouré de ma famille... Ça fait neuf ans que je n'ai pas pu être avec ma famille dans n'importe quelle situation... Quand je consomme, personne ne veut me fréquenter. »*

*(Participant n° 36)*

Parmi les participants qui s'étaient abstenus de consommer des drogues après leur mise en liberté, beaucoup ont suggéré que cela était attribuable à l'atteinte d'un état d'esprit particulier; ils ont souvent utilisé des termes comme « maturité », « faire preuve de volonté » et « temps pour grandir » durant la description de leur expérience. De plus, bon nombre d'entre eux avaient développé de la résilience et cultivé des mécanismes d'adaptation et des compétences particulières qui facilitaient le rétablissement et la réinsertion sociale, comme la réflexion sur le passé. Par exemple, lorsqu'on lui a demandé ce qui l'avait aidé à s'abstenir de consommer des opioïdes depuis sa mise en liberté, un participant a décrit :

*« Je me souviens des moments difficiles, comme quand je n'avais pas d'argent et que je n'avais pas de drogue, et que j'étais malade, et que je me sentais mal, vous savez? J'étais prêt à commettre un acte pour dix dollars, des trucs comme ça. C'est le genre de choses dont je me souviens et qui me font réfléchir. Parfois, je me remémore simplement toute la situation dans ma tête jusqu'au bout – pas seulement les hauts – mais aussi toute la*

---

<sup>2</sup> Les numéros d'identification des participants correspondent aux codes numériques initiaux fournis au moment de l'évaluation de référence.

*mesure des conséquences. On pense à la police qui nous cherche, aux portes défoncées, au retour en prison, à la déception. »*

*(Participant n° 32)*

De nombreux participants ont abordé ces compétences plus en profondeur et ont expliqué comment ils avaient pu s'en inspirer pour résister aux drogues qu'ils avaient rencontrées et qui leur avaient été offertes dans des réseaux sociaux homophiles. De plus, quelques participants ont suggéré que les programmes correctionnels qu'ils avaient suivis pendant leur période d'incarcération leur avaient permis d'acquérir les compétences nécessaires pour faire face aux déclencheurs personnels de consommation de drogue et de criminalité :

*« Il y a au moins deux facteurs différents. Le plus important est cet outil que j'ai appris à utiliser en prison et qu'ils utilisent aussi ici [à la maison de transition] qu'on appelle CPR. Il s'agit de la vérification des conséquences (C), la vérification des valeurs personnelles (P) et de la vérification de la réalité (R). Donc, chaque fois que j'ai envie de boire ou de consommer de la drogue, je pense aux conséquences de ce geste. Que cela en ait ou non, je me demande ensuite si cela va à l'encontre de mes valeurs personnelles. Et si je crois que c'est réaliste ou non. »*

*(Participant n° 36)*

### ***Soutien familial et social***

Les participants ont également décrit comment les relations interpersonnelles faisaient partie intégrante de la trajectoire et des expériences positives de réinsertion sociale dans la collectivité. Par exemple, certains participants ont expliqué qu'ils s'efforçaient de rétablir des relations brisées et tumultueuses, tandis que d'autres ont fourni des anecdotes et ont expliqué comment le soutien familial et social était essentiel à l'atteinte de leurs objectifs :

*« J'ai constaté que j'ai un grand soutien familial, ce qui m'a grandement aidé. Depuis que je suis sorti, et cela fait quoi, environ sept mois ou quelque chose comme ça... à être dans la situation que je suis en ce moment. Je me sens en confiance, je me sens super bien, avec ma capacité à retourner travailler très bientôt. Je me sens prêt à recommencer ma vie. Et j'ai cessé de consommer et je suis sobre. »*

*(Participant n° 1)*

Les participants considéraient que les relations familiales et sociales étaient fondamentales pour leur fournir un soutien tant émotionnel que matériel. Par exemple, la capacité de compter sur la famille pour le logement, l'argent, le transport, les vêtements et

d'autres formes de soutien matériel a été essentielle à leurs expériences positives de réinsertion sociale dans la collectivité :

*« Ça a été difficile de me trouver un endroit où habiter avec ce que je possédais, c'est-à-dire rien. Par exemple, je n'avais pas de vêtements, rien. Donc, j'ai commencé à partir de rien. J'ai dû me procurer tout, acheter des vêtements, me trouver un logement à moi et acheter un véhicule. Ma famille a beaucoup aidé, ce qui est énorme. Je ne crois pas que je serais là où je suis sans ma famille. »*

*(Participant n° 7)*

En ce qui concerne l'abstention de consommer des opioïdes et d'autres drogues, de nombreux participants ont indiqué que c'était leur famille – et plus précisément leur désir de participer activement à la vie de leurs enfants – qui était le principal incitatif à ne pas consommer de drogues :

*« Mon fils est né alors que j'étais en prison. Depuis que je suis sorti, moi et mon fils sommes pas mal inséparables. J'en suis bien content. Ça me garde dans un bon état d'esprit et ça m'empêche de tout gâcher. Je vais faire tout ce que je peux pour ne pas retourner en prison, ne pas consommer de drogue et participer à sa vie. Mon fils, ma femme, ma fille. Mais c'est surtout mon fils. Donc, alors tout ce que je fais, je dois être très prudent. Je ne veux pas qu'il m'imité n'est-ce pas? J'ai des envies chaque jour. Chaque jour. Tout ce que j'ai à faire c'est regarder mon fils. »*

*(Participant n° 12)*

### ***Possibilités d'emploi et d'accès aux études***

L'emploi, souvent façonné par le recoupement de facteurs sociaux et structurels (p. ex. les collectivités, les politiques, etc.), était perçu comme un précurseur des expériences et des trajectoires positives de réinsertion sociale dans la collectivité. Parmi les participants qui avaient été en mesure d'obtenir un emploi pendant leur mise en liberté, bon nombre d'entre eux ont indiqué qu'ils se sentaient mieux lorsqu'ils étaient en mesure de travailler, car la structure leur permettait de commencer à travailler activement pour atteindre le reste de leurs objectifs et respecter leurs plans de mise en liberté :

*« Je suppose que pendant le premier mois, je n'ai rien fait vraiment, puis j'ai juste obtenu un emploi et je travaille à temps plein depuis. Je travaille beaucoup. J'ai tendance à travailler autant que je peux. Ça me garde hors de la maison de transition. J'ai obtenu cet emploi en fait par quelqu'un d'autre qui vit à la maison de transition. Ouais [ça va*

*bien], je réussis à mettre un peu d'argent de côté de toute façon. Une fois que j'ai commencé à travailler, tout s'est déroulé sans problème. [Le travail] a été, j'imagine, l'aide la plus importante de toutes. »*

*(Participant n° 25)*

Certains participants ont également décrit l'importance d'être en mesure de suivre les cours nécessaires pour obtenir un emploi ou accéder à un cheminement de carrière particulier (p. ex. diplômes d'études secondaires, certificats professionnels, permis d'utilisation de machinerie, etc.) pendant leur incarcération. Certains ont donné des précisions sur les avantages des syndicats ou des collègues qui offraient des cours et des stages rémunérés, ce qui leur permettrait d'apprendre un métier et favoriserait les possibilités d'emploi par la suite :

*« Je termine ce cours Compétences+ Ontario... il s'agit d'une formation de base sur les mesures et sur des sujets qui permettraient de répondre aux attentes de l'industrie de l'acier. Je devrais donc savoir la semaine prochaine quand [le stage] va commencer. Il s'agit d'un stage de huit semaines et je suppose qu'à la fin de ces huit semaines, vous rencontrez des dirigeants de l'entreprise, et c'est payé. Le programme scolaire [se passe bien]. Vous savez, je me suis fixé un objectif et j'ai fini par voir le résultat se concrétiser.*

*(Participant n° 8)*

### ***Services communautaires, personnel de soutien et accessibilité***

Plusieurs participants ont mentionné le rôle des services communautaires et de certains membres du personnel des organismes de santé et de services sociaux qui leur ont permis de vivre des expériences positives pendant la prestation de soutien ou de soins. Par exemple, un participant qui présentait une demande d'aide gouvernementale pour couvrir son TAO, mais qui n'avait pas les moyens de payer entre-temps, a décrit le soutien qu'il a reçu d'un fournisseur de services :

*« Étant donné que ma famille bénéficiait d'une rente de retraite limitée, il était difficile de déterminer comment j'allais payer ça [TAO]. J'ai dû attendre environ huit jours avant d'obtenir mon rendez-vous pour mes prestations [gouvernementales] pour couvrir les coûts. J'ai trouvé [nom de la clinique de traitement des dépendances] et j'ai communiqué avec [nom de l'employée], et je lui ai expliqué ma situation au téléphone et elle a été fantastique. Elle a dit : "Venez me voir maintenant ». Je me suis donc rendu tout de suite en ville, je lui ai expliqué ma situation et elle a été très utile. Elle m'a dit : "Laissez-moi m'en occuper. Je vais parler à mon gestionnaire. Je vais voir ce que nous pouvons faire parce que c'est une situation terrible. Comment un gars est-il supposé payer pour ça tous les jours quand il n'a rien?" Je suis donc parti et elle m'a appelé et elle m'a dit :*



*"Écoutez, j'ai calculé le nombre de jours de Suboxone, le montant total, venez à mon bureau demain, j'ai un chèque pour vous ». Et grâce à des dons, ou par tout autre moyen, à leur service de lutte contre les dépendances, elle a trouvé le montant exact que cela coûterait pour mon Suboxone chaque jour jusqu'à mon rendez-vous [d'aide gouvernementale], et elle avait ce chèque pour moi. »*

*(Participant n° 1)*

D'autres participants ont mentionné que des personnes qu'ils avaient rencontrées – comme des employeurs, des aumôniers, des bénévoles et des travailleurs sociaux – leur ont fourni différentes formes de soutien pratique, comme les conduire sur de longues distances pour visiter leur famille ou les accompagner lors de sorties communautaires. Dans certains cas, les participants avaient établi des rapports positifs avec leur agent de libération conditionnelle, qu'ils trouvaient serviable. D'autres ont décrit dans quelle mesure des membres du personnel de confiance de leur maison de transition étaient une source utile de soutien matériel et émotionnel, comme l'illustre l'anecdote suivante :

*« [La maison de transition] m'a aidé à obtenir des billets [d'autobus], elle m'a aidé pour le transport, aussi elle m'a aidé avec beaucoup de trucs. Mon intervenante m'amène dîner, et faire beaucoup d'autres activités. Elle n'est pas une employée du SCC, donc elle n'est pas obligée de parler de quoi que ce soit. Je peux être honnête avec elle, comme ouais, lui dire que j'ai le goût de me défoncer en ce moment, et elle ne va pas s'empresse d'aller tout déclarer à mon agent de libération conditionnelle. »*

*(Participant n° 32)*

De plus, les participants ont indiqué que la disponibilité et la variété d'organismes de services sociaux sans but lucratif et communautaires gratuits sont des facteurs qui les ont aidés à atteindre leurs objectifs et ont contribué à des expériences positives de réinsertion sociale dans la collectivité :

*« J'imagine qu'il y a des tonnes de programmes pour les gens qui cherchent un emploi, comme le Centre de ressources des employeurs au centre-ville. Je ne le savais pas quand je suis sorti, mais les gens m'ont dit où aller pour me procurer des vêtements de travail, des bottes de travail et tout ce genre de choses. Parce que, quand on sort, on n'a rien, n'est-ce pas? Je ne savais pas que Goodwill offrait des programmes qui vous aident à vous procurer des vêtements. Ce genre de choses est cool. Je n'avais jamais entendu parler de ces choses avant d'arriver dans cette maison de transition; elle a également un babillard rempli d'informations différentes sur les organismes qui offrent différents programmes partout dans la ville. »*

*(Participant n° 25)*

D'autres participants ont indiqué que les services de traitement des dépendances comme les groupes d'entraide (p. ex. les Alcooliques/Narcotiques anonymes) et les fournisseurs de services de santé mentale étaient extrêmement utiles. Certains ont souligné qu'obtenir les services d'un médecin en soins primaires dans la collectivité qui leur prodiguaient des soins de santé physique et mentale ainsi que des ordonnances connexes était essentiel pour stabiliser leur état de santé et leurs habitudes quotidiennes. Les personnes qui fréquentaient des établissements de traitement résidentiels (pour patients hospitalisés) ont également indiqué que ces programmes étaient bénéfiques et leur avaient enseigné les compétences nécessaires pour leur permettre d'atteindre leurs objectifs de mise en liberté :

*« [nom de l'établissement de traitement] est donc un centre de traitement très intensif pour les toxicomanes et les alcooliques. C'est ce qu'on appelle une communauté thérapeutique, parce qu'elle permet aux résidents de l'établissement de traitement de participer à l'enseignement de certains aspects du programme et de leur apprendre à renforcer leur estime de soi et leur confiance en eux. On peut aller suivre un traitement de 90 jours ou 60 jours, mais ce n'est pas assez. Six mois vous donnent l'occasion d'avancer à votre rythme pour vraiment vous débarrasser des habitudes négatives, ces défauts qui m'ont vraiment traîné vers le bas. Mais il n'y a pas de rythme, on ne vous dit pas que vous devez y parvenir en 90 jours sinon vous devez partir, n'est-ce pas? J'ai donc pu découvrir pourquoi je sabotais mes progrès tout le temps. J'ai travaillé sur mon anxiété sociale. J'ai travaillé sur mon estime de soi, mon discours intérieur négatif, ma valeur personnelle, ma compassion personnelle. Ce sont tous des aspects de mon rétablissement qui, selon moi, contribueront à me garder sobre et en dehors de la prison et loin des menottes. »*

*(Participant n° 15)*

### ***Expériences positives et avantages du TAO***

En ce qui concerne l'abstention de consommer des opioïdes et d'autres drogues, de nombreux participants ont expliqué les avantages particuliers du TAO dans la collectivité en tant que principal facteur facilitant la réinsertion sociale dans la collectivité. Bon nombre d'entre eux percevaient le TAO comme un facteur clé de la capacité de s'abstenir de consommer de la drogue, de renoncer à la criminalité et d'atteindre leurs objectifs personnels. Même pour les participants ayant des antécédents complexes et de longue date de consommation d'opioïdes, beaucoup ont indiqué que le TAO avait joué un rôle essentiel pour perturber leurs habitudes de consommation de substances :

*« Eh bien, je vais vous dire que j'étais au pénitencier il y a 10 ans, que j'ai été en prison provinciale et que lorsque j'en suis sorti, j'ai recommencé à consommer des opioïdes. À ma sortie, je retournais tout de suite à mon ordonnance. Et je recommençais le cycle d'utilisation des opioïdes, constamment. M'inscrire au programme de Suboxone là-bas [pendant l'incarcération], je pense que c'était la meilleure chose que j'aie jamais faite. J'aurais dû le faire il y a des années. Ça m'a changé, point final. »*

*(Participant n° 1)*

Les participants ont expliqué comment le TAO leur avait procuré des bienfaits tant sur le plan physiologique que psychologique. Plus précisément, certains participants ont expliqué que le TAO en général (y compris l'adhésion à la pharmacothérapie du TAO et au processus pour trouver une dose adéquate) a non seulement aidé à soulager les douleurs physiques, mais a aussi joué un rôle crucial en tant qu'incitatif psychologique à ne pas consommer et a réduit leurs envies de drogues. En ce qui concerne les préférences relatives aux formulations du TAO, la plupart des participants ont exprimé un penchant pour le Suboxone et ont indiqué que c'était précisément la composante naloxone des traitements de Suboxone qui servait de moyen de dissuasion psychologique efficace relativement à l'usage d'opioïdes. Même pour ceux qui ont exprimé qu'ils éprouvaient encore fréquemment des envies de consommer de la drogue et étaient sensibles aux éléments déclencheurs pendant qu'ils prenaient du Suboxone, l'idée que la composante naloxone précipiterait le sevrage les a aidés à s'abstenir de consommer des opioïdes :

*« J'ai des envies chaque jour. Chaque jour. Les envies sont toujours au rendez-vous, même avec le Suboxone. Mais je me dis, ma faiblesse était les opioïdes. Avec le Suboxone, je garde à l'esprit que si je consomme des opioïdes, je vais avoir des réactions de sevrage. Ça m'aide donc de me tenir loin des opioïdes. »*

*(Participant n° 12)*

Certains participants – en particulier ceux qui ont eu de la difficulté à accéder au Suboxone pendant leur incarcération – ont discuté des conditions et de la justification de leur décision de passer de la méthadone au Suboxone après leur mise en liberté :

*« Je prenais de la méthadone à ma sortie [de prison]. Et j'ai changé durant la première semaine de ma mise en liberté. Je n'aimais pas ressentir les effets [de la méthadone], vous savez ce que je veux dire? Je n'aimais pas les effets secondaires, la méthadone.*

*J'avais déjà pris du Suboxone, alors je savais que c'était mieux que de prendre de la méthadone. La méthadone me faisait suer tout le temps et j'étais anxieux. »*

*(Participant n° 37)*

Les participants ont également décrit les composantes particulières des programmes de TAO qui leur étaient bénéfiques, comme la capacité de choisir le type de TAO qui leur convenait le mieux, l'établissement de rapports positifs avec les médecins responsables du TAO et la collaboration avec leurs médecins pour établir un dosage approprié. De plus, le fait d'être à proximité de cliniques de TAO ayant des heures d'ouverture prolongées et l'obtention d'un soutien financier ou d'une protection adéquate pour le traitement ont été signalés comme des facilitateurs clés de l'engagement et de l'adhésion au TAO. Même si certains participants ont dit ressentir des sentiments mitigés à l'idée de devoir se rendre à la clinique chaque semaine pour fournir des analyses d'urine et ont indiqué que le processus consistant à se rendre à la clinique était lourd, beaucoup ont aussi reconnu que ces routines renforçaient leur responsabilisation. Par exemple, un participant qui avait cessé de prendre du Suboxone, puis qui a rechuté et dont la libération conditionnelle a été révoquée, a réfléchi aux avantages du régime de TAO dans la collectivité, y compris l'analyse d'urine en particulier :

*« Je n'ai pas [consommé de la drogue pendant que je prenais du Suboxone] ni eu un test d'urine positif. Je buvais quand j'en prenais. Après avoir découvert que ma blonde me trompait, je me suis mis à boire la fin de semaine, n'est-ce pas? Mais je ne consommait aucune drogue ni d'autres substances. C'est seulement en raison du dérangement d'avoir à m'y rendre chaque semaine pour fournir l'échantillon d'urine, ce qui est correct. Je n'avais plus le sentiment d'en avoir besoin, vous savez? Et il s'avère que je n'aurais pas pu me tromper davantage, car cela me motivait à rester sobre. »*

*(Participant n° 6)*

Dans l'ensemble, les participants ont décrit un certain nombre de facteurs facilitateurs généraux et propres au TAO qui, pris seuls ou en combinaison, appuyaient leurs expériences et leurs trajectoires positives en matière de réinsertion sociale dans la collectivité, et qui ont finalement permis aux participants d'atteindre leurs objectifs postlibératoires.

### **Obstacles à la réintégration dans la collectivité après la mise en liberté**

Bien que la plupart des participants aient fait part des expériences positives qu'ils ont vécues en lien avec leur mise en liberté dans la collectivité, bon nombre d'entre eux ont indiqué

avoir des sentiments mitigés ou négatifs et ont décrit une variété de défis particuliers qui ont nui à leur capacité d'établir des routines quotidiennes et d'atteindre leurs objectifs personnels, y compris accéder au TAO et maintenir leur participation à ce dernier et s'abstenir de consommer de la drogue. Les participants ont décrit divers obstacles à la réinsertion sociale dans la collectivité, lesquels sont décrits et mis en contexte ci-dessous.

### ***Planification de la mise en liberté***

L'un des obstacles les plus fréquents à la réinsertion sociale dans la collectivité décrits par les participants concernait des enjeux organisationnels associés à la planification de la mise en liberté. Les participants ont mentionné que souvent ils ne découvraient les détails précis au sujet de leur mise en liberté, comme la ville ou la maison de transition où ils devaient aller, que peu de temps avant leur mise en liberté. Dans certains cas, les délinquants qui se préparaient à leur mise en liberté n'ont été informés du lieu où ils devaient aller que le jour de leur mise en liberté, comme l'a mentionné le participant suivant :

*« Ils ne te donnent pas du tout d'aide ici [en prison]. Et quand ils le font, c'est comme à la dernière minute. Alors on ne peut même pas dire : "Hé! comme, que se passe-t-il ici?" Je n'ai su que j'irais à [nom de la maison de transition] que 30 minutes avant d'être libéré. Je croyais que j'irais à [nom de la ville], mais ils m'ont dit : "Non, vous allez à [nom de la maison de transition]". Et je n'avais pas mon mot à dire là-dessus. »*

*(Participant n° 43)*

Parmi les autres problèmes, mentionnons le confinement cellulaire ou les problèmes de sécurité dans les établissements correctionnels qui ont parfois empêché les participants de recevoir leur TAO le jour de leur mise en liberté. Pour les participants dont les restrictions ou les conditions de résidence stipulaient qu'ils devaient habiter dans une maison de transition, l'acceptation dans ces établissements dépendait souvent de la disponibilité des places, qui fluctuait et variait quotidiennement. De plus, l'acceptation dans les établissements résidentiels communautaire n'est pas automatique, et certains refusent les détenus à risque élevé, ce qui rend difficile l'obtention du soutien communautaire. Par conséquent, certains participants ont dû vivre et demeurer dans des endroits qu'ils n'avaient pas choisis ou qui étaient indésirables et peu commodes, car ils étaient situés loin de leur réseau de soutien. Par exemple, lorsqu'on a demandé à un participant s'il avait eu des difficultés à réintégrer la collectivité, il a expliqué :

*« Il suffit de vous mettre dans un endroit inconnu où vous ne connaissez personne. Et pour quelqu'un qui souffre d'anxiété sociale comme moi, le fait de me placer dans une si grande ville au centre-ville grouillant de monde est juste – cela me semblait un peu accablant. »*

*(Participant n° 19)*

Quelques participants ont déclaré que les difficultés liées à la planification de la mise en liberté avaient directement entraîné des effets négatifs. Par exemple, un participant qui avait été envoyé dans une ville qu'il n'avait pas choisie est ensuite parti « en cavale » peu après sa mise en liberté. Cette personne a donc cessé son TAO et a recommencé à consommer de la drogue. D'autres participants ont été placés dans des endroits qui, selon eux, présentaient un risque élevé d'être confronté à des déclencheurs personnels de consommation de substances. Par exemple, un participant a expliqué que la maison de transition dans laquelle il devait résider a été fermée de façon inattendue pour être rénovée la veille de sa mise en liberté, ce qui l'a forcé à payer de sa poche un motel dans un secteur connu pour la consommation de drogues. Un autre a expliqué comment un colocataire de la maison de transition où il résidait lui a permis d'avoir facilement accès à la drogue, ce qui a entraîné une rechute :

*« On m'a mis dans une situation à très haut risque en arrivant à la maison de transition. Un détenu ou un résident de la maison de transition vendait de la drogue et ils nous ont mis dans la même chambre. Les drogues étaient facilement accessibles le jour où je suis arrivé à la maison de transition, alors j'ai fini par consommer des méthamphétamines. Et puis on m'a fait subir une analyse d'urine quelques jours plus tard, donc, évidemment, l'analyse d'urine était positive et on m'a renvoyé en prison pour cause de violation de mes conditions de probation. Cela a été terrible. Je veux dire, ultimement, j'ai pris la décision de consommer, mais on m'a mis dans une situation que je ne gère pas très bien, comme immédiatement. »*

*(Participant n° 22)*

### ***Fragmentation des soins de TAO durant la transition***

En ce qui concerne les difficultés liées à la planification de la mise en liberté, l'un des principaux défis que les participants ont relevés dans la collectivité était la fragmentation des soins liés au TAO durant la transition. Près du quart (23 %) des participants ont éprouvé des difficultés à accéder au TAO directement après leur mise en liberté. Le plus souvent, les cliniques de TAO ou les pharmacies où les participants devaient se rendre pour prendre les médicaments n'avaient aucune mention ou aucun dossier à cet égard, et les documents contenant

une preuve d'identité et la dernière dose de TAO de la personne (envoyés par le personnel de l'établissement correctionnel) étaient souvent envoyés par télécopieur incorrectement ou se perdaient durant leur acheminement vers le destinataire. Certains participants n'ont donc pas pu recevoir leur TAO le jour de leur mise en liberté et ont dû attendre plusieurs jours. D'autres ont fini par recevoir le TAO le premier jour de leur mise en liberté, mais seulement après avoir communiqué avec leur agent de libération conditionnelle ou diverses cliniques, qui exigeaient souvent que leurs documents soient confirmés et envoyés de nouveau. En particulier, il s'agissait d'un problème important pour ceux qui avaient manqué leur dernière dose de TAO pendant leur incarcération. Certains participants ont expliqué qu'ils devaient se présenter directement à leur maison de transition et qu'ils n'étaient pas autorisés à sortir pendant 48 heures, ce qui les empêchait de se présenter à leur rendez-vous de TAO, tandis que d'autres ont déclaré que leur clinique désignée était fermée à leur arrivée, ce qui complique davantage le processus :

*« [L'ordonnance] n'a jamais été télécopiée ou quelque chose, ça n'a pas fonctionné. Donc [la clinique de TAO] ferme à cinq heures. Donc parce que je n'ai pas reçu ma dose, ils ont dû appeler [la pharmacie] et tout organiser avec le SCC, et il était 11 h le soir avant que je la reçoive. Au début [la clinique du TAO] était ouverte, donc à ce moment-là ils étaient en contact avec le SCC. Ils avaient mes renseignements, mais ils n'avaient pas de preuve de la dernière dose, alors c'est ce qui n'a pas été expédié ou télécopié ou quoi que ce soit. C'est pourquoi tout a été retardé, car ils n'avaient pas de preuve de ma dernière dose. Donc quand ils ont fermé avant cinq heures, ils ont fait envoyer toute mon information à [la pharmacie], parce que [elle est] ouverte jusqu'à minuit. Donc c'était un gros tracasserie parce qu'à ce moment-là, mon couvre-feu [à la maison de transition] était à neuf heures. Donc, le premier jour, j'ai dû demander une prolongation de couvre-feu qui devait être approuvée par la police, et c'était l'enfer. Je ne savais pas si j'allais obtenir mon [TAO] au début, parce que mon agente de libération conditionnelle disait : "je vais vous revenir là-dessus", et quelques heures plus tard elle est revenue et a dit : "si c'est avant minuit, vous pouvez aller chercher les médicaments prescrits ».*

*(Participant n° 15)*

### ***Difficultés financières***

En plus de la fragmentation des liens avec les fournisseurs de TAO, les participants ont soulevé un autre problème structurel majeur soit les difficultés financières, y compris divers tracasseries économiques et financiers en général et liés au TAO. Par exemple, les participants qui résidaient dans une maison de transition ou dans un établissement de traitement résidentiel et qui

ne travaillaient pas recevaient une « indemnité de subsistance » (une allocation d'environ 28 \$ par semaine) pour couvrir leurs besoins essentiels comme la nourriture, les vêtements et les frais de transport pour se rendre à un rendez-vous. Beaucoup de participants estimaient que ce montant était insuffisant et, pour certains participants, cette instabilité financière a agi comme un déclencheur personnel pour les inciter à commettre des crimes afin de combattre l'ennui (faute d'argent pour se divertir) ou pour générer des revenus. Par exemple, un participant qui résidait dans un établissement de traitement a discuté des difficultés financières qu'il a éprouvées :

*« Définitivement, la situation financière est très difficile. Chaque fois que je vais dans la collectivité, j'ai besoin d'aller quelque part, je dois prendre l'autobus, et juste la fin de semaine, je dépense environ la moitié de l'argent que je reçois pour la semaine pour l'autobus. Et puis une fois que j'arrive quelque part, je n'ai plus d'argent pour acheter quelque chose à manger, ou voir un film, ou quoi que ce soit. Je ne comprends pas vraiment ce que je dois faire dans la collectivité pendant toute la fin de semaine sans argent. Ça n'a aucun sens pour moi. Et puis, comme par le passé, chaque fois que j'étais cassé, j'allais commettre un crime pour avoir de l'argent. Le fait d'être cassé ici entraîne vraiment l'envie de faire quelque chose pour obtenir de l'argent. Je n'aime pas le sentiment de ne pas avoir d'argent sur lequel compter. Je n'aime tout simplement pas avoir ce sentiment. »*

*(Participant n° 36)*

D'autres participants ont décrit plus en détail leurs difficultés financières et ont mentionné les problèmes qu'ils avaient éprouvés quand ils tentaient de s'orienter afin de présenter une demande d'aide gouvernementale et d'aide sociale comme les prestations d'aide sociale, d'invalidité ou de faible revenu. Les participants ont décrit un décalage fondamental entre les divers systèmes de prestations financières auxquels ils devaient s'inscrire pour pouvoir couvrir le coût du TAO et d'autres médicaments. En outre, certains participants n'avaient pas les pièces d'identité appropriées, et les renseignements fiscaux requis n'étaient pas facilement accessibles; ils ont décrit des complications relatives à leur demande d'aide financière, comme le fait que les demandes étaient retournées comme étant « incomplètes » ou que les renseignements saisis étaient erronés, ce qui a retardé le traitement de la demande de plusieurs mois dans certains cas. Même si le SCC paie pour la plupart des médicaments pendant une courte période pour les participants dans cette situation, d'autres participants, y compris ceux qui n'ont pas de restrictions en matière de résidence, doivent faire la transition vers l'aide sociale, les prestations de travail ou payer de leur poche. Dans l'ensemble, ces difficultés ont laissé de nombreux



participants dans une situation financière vulnérable, sans ressources pour payer le TAO et d'autres médicaments :

*« La dernière fois que j'étais à la maison de transition, le SCC payait tous vos médicaments. Mais ils ont fait un tas de coupes budgétaires et de trucs, de sorte qu'ils ne paient que pendant trois mois. Il a fallu présenter une demande pour la prestation Trillium. Et pour obtenir des prestations et des avantages de Trillium, il fallait avoir rempli notre déclaration d'impôts et autres documents. Je n'ai pas fait mes impôts depuis quatre ans. »*

*(Participant n° 37)*

De plus, de nombreux participants qui avaient un emploi n'étaient pas toujours admissibles aux avantages sociaux, mais étaient exclus des critères et seuils imposés par les programmes d'aide gouvernementale. Par exemple, un participant qui travaillait a mentionné qu'il avait dû payer de sa poche pour son TAO, ce qu'il considérait comme un obstacle majeur à l'accès au TAO :

*« Eh bien quand j'ai été libéré, la maison de transition a couvert [le TAO] pendant trois mois, mais il a ensuite fallu demander la prestation Trillium. Mais ce qui s'est passé c'est qu'à la fin des trois mois, je devais envoyer une demande pour l'obtenir afin d'être couvert pour les trois prochains mois, mais au lieu d'inscrire la bonne date pour les trois prochains mois, j'ai inscrit la date où j'ai été libéré pour ces trois mois. Ils ne m'ont pas expliqué cela correctement. Donc, après des semaines, j'ai commencé à payer de ma poche. Mais Dieu merci je travaillais parce que c'était pas mal 9 \$ la dose chaque jour. J'ai payé près de 400 \$ pour le mois de septembre. »*

*(Participant n° 18)*

Lorsqu'on lui a demandé quelle était sa situation financière actuelle, un autre participant a indiqué qu'il devait payer de sa poche le TAO, mais qu'il n'avait pas les moyens de le faire; cette personne a eu recours à des emprunts auprès de sa famille et de ses amis. D'autres ont dit qu'ils devaient payer d'importantes sommes d'argent dès le début, durant les périodes d'interruption de la couverture financière. De telles circonstances ont également été considérées comme un facteur dissuasif important à l'adhésion au TAO :

*« Je suis aux prises avec ce problème. Alors je ne sais pas comment faire en ce moment. J'essaie de remplir les papiers pour moi parce que je suis admissible à [l'aide gouvernementale aux personnes handicapées]. En ce moment, je ne fais qu'accumuler*

*des dettes, et ce n'est pas bon. Juste pour me procurer mon médicament [TAO] pour les deux premières semaines, je dépensais 60 \$ par jour... Je ne voulais même pas aller chercher mes médicaments la moitié du temps parce que je devais payer 20 \$ pour l'aller à Uber, 20 \$ pour le retour à Uber, puis 20 \$ pour les médicaments. Cela faisait 60 \$ par jour. »*

*(Participant n° 12)*

Parmi les autres difficultés financières décrites par les participants, mentionnons le fait de devoir des sommes importantes pour la pension alimentaire pour enfants ou d'autres dettes impayées (licites et illicites). Les dettes ont souvent eu des effets imprévus, par exemple, les contraventions impayées faisaient augmenter le taux de l'assurance, causant ainsi des problèmes pour le rétablissement du permis de conduire et entravant la capacité de se payer un véhicule comme moyen de transport fiable. Il convient de souligner que de nombreux participants ont exprimé des préoccupations au sujet de l'incapacité de payer le loyer d'un appartement ou d'une maison au moment de leur mise en liberté/fin de leur peine alors qu'ils n'étaient plus autorisés à résider à la maison de transition. D'autres croyaient qu'ils devraient être obligés de reprendre des activités illégales pour être en mesure de payer pour leur logement. Un participant a décrit ses préoccupations en matière de logement liées aux longues périodes d'attente pour les programmes de logements sociaux :

*« Je suis donc effrayé en ce moment. Où vais-je habiter? Je suis sur la liste [des logements] depuis 2017, et ça prend juste tellement de temps. Et j'ai peur maintenant, parce que si je n'ai nulle part où aller, qu'est-ce que je vais faire? Et je ne suis pas en probation non plus. Donc, c'est presque comme si j'avais envie d'être en probation parce que de cette façon, j'aurais un endroit pour rester, vous savez? Je ne veux juste plus me mettre dans une situation difficile. »*

*(Participant n° 28)*

D'autres participants ont expliqué que même lorsqu'ils étaient capables de quitter la maison de transition et prêts à le faire, ils n'avaient pas les moyens de louer une maison ou un appartement. Certains ont parlé des difficultés qu'ils avaient éprouvées avec les propriétaires qui ne voulaient pas louer à des personnes bénéficiant d'une aide gouvernementale. Ces participants ont décrit avoir été forcés de rester à la maison de transition plus longtemps qu'ils ne le souhaitaient.

### ***Respect des plans de libération correctionnels, accessibilité et obstacles administratifs***

Outre ces obstacles, de nombreux participants ont mentionné la difficulté à respecter les conditions énoncées dans leur plan de mise en liberté, y compris l'équilibre entre leur TAO et d'autres exigences en matière de réinsertion sociale, et la nécessité de modifier leurs engagements professionnels et autres horaires pour obtenir les médicaments quotidiens de leur TAO. De plus, de nombreux participants ont décrit les difficultés d'accès aux cliniques en raison de problèmes de proximité ou de transport, par exemple, l'incapacité de payer l'autobus ou de trouver du transport pour se rendre à la clinique. Certains ont décrit les difficultés associées aux heures d'ouverture limitées de la clinique de TAO qui les obligeaient à se lever très tôt ou à trouver une clinique ouverte plus tard dans la journée et à s'y rendre (ce qui exigeait souvent de parcourir de longues distances). Les participants ont également décrit des expériences d'adaptation de leurs horaires de travail, comme le fait de travailler des quarts de nuit ou de demander à leur employeur de s'absenter du travail pour se conformer à leur traitement de TAO, ce qui pouvait entraîner dans certains cas des réprimandes ou un licenciement. De nombreux participants ne se sentaient pas à l'aise d'informer leur employeur qu'ils suivaient un TAO, ce qui crée d'autres obstacles liés au traitement. Ces défis sont décrits par le participant suivant :

*« Eh bien, ils veulent que je commence à travailler plus tôt, mais je dois trouver comment faire en sorte qu'obtenir mon Suboxone ne soit pas un problème, pour que je puisse l'obtenir la nuit. Je vais devoir en parler à mon patron. Je trouve que d'avoir à me rendre là très tôt le matin est dérangement, vous savez? Mais c'est ce que je fais, c'est ma routine. Je veux dire le fait que je me levais à six heures, toutes les 24 heures, à six heures le matin, tous les jours. [Mon patron] n'est pas au courant... il y a beaucoup de choses comme ça que j'aime garder secrètes. Je ne veux donc pas vraiment leur parler de cela. »*

*(Participant n° 14)*

Un autre participant a décrit les défis auxquels font face les personnes dans sa situation lorsqu'elles tentent de « remettre leur vie sur la bonne voie » après leur incarcération. Plus précisément, les participants ont décrit les difficultés auxquelles ils devaient faire face pour tenter de satisfaire à toutes les exigences énoncées dans leur plan de mise en liberté (y compris l'obtention d'un emploi) tout en se présentant aux rendez-vous obligatoires pour le TAO. Pour certains, jongler avec ces engagements représentait un aspect difficile de la réinsertion sociale dans la collectivité :

*« [Le médecin de TAO] n'est à la clinique de [nom de la ville] que les jeudis, et elle ferme à 17 h. Et vous devez pouvoir y aller à ce moment. Et je lui ai dit, j'occupe un emploi syndiqué, on travaille tous les jours, de cinq heures le matin jusqu'à six, sept heures le soir. Il n'y a aucun moyen possible, surtout quand on est syndiqué, qu'on commence dans une nouvelle entreprise, il n'y a aucun moyen que je puisse réserver un après-midi tous les jeudis ou tous les deux jeudis pour faire une analyse d'urine et aller chercher les [médicaments de TAO prescrits]. Ça ne fonctionne pas pour les gens qui travaillent, et ça ne devrait pas être comme ça parce qu'on est sobre, on avance, on avance dans sa vie. Il devrait y avoir une façon de fonctionner pour les gens qui travaillent parce que notre objectif numéro un est de ne pas consommer et rester sobres ou de réintégrer la société après la prison tout en restant sobre et en ayant un emploi. »*  
(Participant n° 1)

Ces problèmes ont été aggravés par les politiques institutionnelles et administratives de la plupart des maisons de transition qui interdisaient aux participants de garder sur place toute dose de médicament à emporter (c.-à-d. « pour apporter »). Les personnes qui participaient au programme de TAO depuis des mois et qui s'étaient abstenues de consommer des substances devaient quand même se rendre quotidiennement à la clinique de TAO pour recevoir leurs médicaments pendant qu'ils résidaient à la maison de transition. De nombreux participants ont exprimé leur mépris à l'égard de ces politiques, qu'ils jugeaient arbitraires, car les maisons de transition conservaient souvent d'autres types de médicaments (p. ex., d'autres opioïdes ou de la marijuana thérapeutique) pour les résidents :

*« Donc ici, à la maison [de transition], ils ne permettent pas le Suboxone ou la méthadone. Donc ça a constitué un obstacle pour moi parce que je devais me rendre à la clinique tous les jours, qui n'ouvre pas avant 8 h ou 9 h parfois la fin de semaine. Cela a donc une incidence sur ma capacité d'occuper un emploi de jour. Je ne dis pas que ça m'empêche complètement d'avoir un emploi, ça me rend la tâche plus difficile. Alors, je leur ai demandé si nous pouvions changer la règle... ce serait bien de le faire parce que c'est beaucoup plus facile pour moi simplement de pouvoir prendre mes pilules le matin et d'aller au travail... oui, ils ne permettent pas les médicaments pour apporter ici. Mais ils autorisent la marijuana sur ordonnance. C'est un point que tout le monde soulève. Vous savez. Même mon intervenant ici, il dit qu'ils gardent les hydromorphones [opioïdes] ici pour les gens [...] La question que je me pose depuis un moment aussi est qu'est-ce que je vais faire [si je dois travailler avant 8 h]? »*

(Participant n° 8)

Un autre participant a réitéré cette question et a expliqué comment les politiques interdisant les médicaments à apporter et les exigences subséquentes en matière de présence quotidienne à la clinique tout en jonglant avec le travail et les autres exigences du plan de mise en liberté entravaient leur capacité de réintégrer la collectivité et d'atteindre leurs objectifs personnels :

*« Je ne sais pas pourquoi, mais on ne peut pas avoir de Suboxone ici [à la maison de transition]. Mais des gars ont des prescriptions de marijuana ici. Ils peuvent apporter leur marijuana dans une boîte verrouillable, la garder dans leur bureau. Alors je ne vois pas quelle est la différence. C'est une substance contrôlée qui est dans une boîte verrouillable, mais je ne peux pas avoir mon Suboxone ici dans une boîte verrouillable... Donc, c'est comme être marié à une pharmacie. Je reçois mon Suboxone à [nom de la clinique], ce qui me prend 45 minutes en autobus pour y aller. Donc, si je n'ai pas de journée de congé ou que je suis malade, je dois tout de même aller jusque là pour l'obtenir. Je suis donc marié à cette pharmacie maintenant, et c'est vraiment frustrant. »*  
(Participant n° 15)

Les participants ont décrit d'autres problèmes liés à l'obtention de médicaments pour apporter, par exemple, ils ne savaient pas que la clinique de TAO exige un préavis suffisant pour une période prédéterminée (p. ex. fin de semaine). Dans le cas d'un participant, ce problème et l'incapacité de recevoir des médicaments à apporter pour la fin de semaine où il rendait visite à sa famille ont entraîné une rechute vers la consommation d'opioïdes et d'autres drogues afin de prévenir les symptômes de sevrage. La capacité d'accéder aux médicaments à apporter a donc été jugée essentielle pour que les participants puissent atteindre leurs objectifs de réinsertion sociale et se remettre sur pied.

De plus, de nombreux participants ont indiqué que les contraintes de temps associées au respect des multiples rendez-vous prescrits dans leur plan de mise en liberté en plus du TAO nuisaient à leur capacité de s'adapter après de longues périodes en établissement et de s'habituer à la vie dans la collectivité :

*« C'est assez dramatique avec tous les rendez-vous et toutes les choses qu'ils veulent que je fasse, comme toutes mes conditions que je dois respecter, alors c'est un peu frénétique. Je devais suivre des séances de counseling de Narcotiques Anonymes et participer à un programme trois fois par semaine. Mais aussi, je suis censé travailler à temps plein aussi, alors je ne sais pas comment gérer tout cela ensemble. C'est difficile d'obtenir un emploi à temps plein pendant la journée lorsqu'on a tous ces rendez-vous pendant la*

*semaine, et je dois me présenter au bureau de libération conditionnelle chaque semaine pour voir [mon intervenante] aussi. Je dois ensuite me rendre à [nom de la clinique] deux fois par semaine les mardis et jeudis pour faire des analyses d'urine et que mes ordonnances [Suboxone] soient envoyées par télécopieur. »*

*(Participant n° 18)*

En général, la plupart des participants ont indiqué qu'ils éprouvaient du stress et des préoccupations quant à leur capacité de satisfaire à toutes leurs exigences en matière de mise en liberté tout adhérant au TAO et en essayant de vivre une expérience positive de réintégration dans la collectivité.

### ***Réseaux sociaux***

Les réseaux sociaux et interpersonnels constituent un dernier obstacle à la réinsertion sociale dans la collectivité. Souvent, le contact avec des pairs et des connaissances homophiles qui consomment des drogues était décrit comme une voie et un point d'accès faciles aux drogues, ainsi qu'un déclencheur de rechute. De nombreux participants ont dit qu'ils craignaient de croiser des personnes qui consommaient de la drogue avec eux ou à qui ils vendaient de la drogue, et ont raconté des anecdotes de rencontres avec des connaissances qui leur ont offert de la drogue après leur mise en liberté. Ces rencontres ont été décrites comme augmentant la probabilité que les participants recommencent à consommer de la drogue, voient leur mise en liberté révoquée et retournent en détention. Par exemple, un participant s'est rappelé comment une rencontre avec d'anciennes connaissances avait mené à la consommation subséquente de drogues :

*« Il y a environ trois mois, j'ai commis une erreur et je me suis gelé. Il y avait une couple d'autres gars qui étaient ici [à la maison de transition] que je connaissais depuis longtemps. Et je dirais que c'est probablement la seule chose vraiment malheureuse qui s'est produite. J'ai donc quelques copains que je connaissais depuis longtemps, ils étaient dans toute cette merde. Ils m'achalait pour que je passe du temps avec eux. Et puis nous nous sommes gelés. »*

*(Participant n° 25)*

Notamment, de nombreux participants ont exprimé leur crainte particulière de fréquenter des cliniques de TAO situées à proximité de pairs ou de personnes qui consommaient activement ou vendaient des drogues. Pour certains participants, cette crainte a directement contribué à leur décision de se sevrer et de cesser le TAO avant la mise en liberté. Pour d'autres, ces conditions

ont entraîné une rechute vers la consommation de drogues. Par exemple, un participant a décrit comment il a été tenté de consommer des drogues durant une rencontre avec une connaissance à proximité de sa clinique de méthadone :

*« J'étais un peu inquiet à l'idée de revenir à [nom de la ville]. J'ai consommé et vendu de la drogue ici pendant 10 ans. Alors, j'étais juste inquiet de croiser des gens. Et j'ai consommé avec ma mère, donc je ne suis pas autorisé à la voir, et j'avais peur de vouloir y aller et du reste. Je me suis donc rendu à la clinique de méthadone et j'ai croisé quelqu'un à qui je vendais de la drogue, qui fumait du crack à l'arrière de la clinique et m'en a offert. J'ai résisté au début et j'aurais dû quitter les lieux, ce que je n'ai pas fait. J'ai flâné encore aux alentours, vous savez, et il m'en a offert de nouveau et moi – en cédant à la tentation, j'ai accepté. »*

*(Participant n° 30)*

De nombreux participants qui ont indiqué avoir eu une rechute vers la consommation de drogues après leur mise en liberté ont mentionné l'existence de relations intimes problématiques ou de situations sociales et interpersonnelles difficiles qui ont été une cause sous-jacente de leur consommation de substances. Certains participants ont décrit des conflits dans leurs relations avec d'anciens partenaires intimes, y compris des problèmes de confiance ou des conflits quant à la garde des enfants, tandis que d'autres ont décrit les difficultés éprouvées dans leurs nouvelles relations intimes, comme l'exigence que leur agent de libération conditionnelle approuve leur nouvelle relation amoureuse après leur mise en liberté. Plus précisément, un certain nombre de participants ont indiqué qu'ils avaient recommencé à consommer de la drogue à cause du stress directement causé par des problèmes avec un partenaire intime, ce qui avait provoqué un sentiment de désespoir :

*« Je viens de traverser des périodes difficiles de ma vie pendant Noël et merde... Ce qui m'a vraiment fait sortir de mes gonds, c'est d'être expulsé de la maison de ma blonde à Noël. Et aussi d'être pris pour un idiot. Ça m'a vraiment bouleversé. C'est un peu ce qui m'a perturbé... c'était, euh, boire, tu sais juste un peu boire, aussi fumer et boire de l'alcool. Ensuite, cela m'a amené à consommer de la coke. Après l'alcool fort et la coke, vous savez, j'ai pris des méthamphétamines, et je me suis laissé entraîner dans une montagne russe de drogues... et je ne me suis pas arrêté. »*

*(Participant n° 47)*

Par conséquent, dans certaines circonstances, les réseaux personnels et sociaux ont rendu les participants vulnérables à un accès facile aux drogues et ont été considérés comme des

déclencheurs de la consommation de drogues. Les relations interpersonnelles et amoureuses dysfonctionnelles étaient également un catalyseur commun de rechute.



## Analyse

Cette étude longitudinale à méthodes mixtes a examiné les expériences de délinquants des établissements correctionnels fédéraux situés en Ontario, au Canada, qui ont été récemment mis en liberté. L'objectif de cette étude était de mieux comprendre les divers facteurs, y compris les obstacles et les facteurs facilitants qui influent sur la réinsertion sociale dans la collectivité, la consommation de substances et l'adhésion au TAO, après la mise en liberté. Les résultats ont mis en évidence une myriade de facteurs individuels et systémiques, ainsi que des dynamiques qui se combinent pour influencer les expériences de réinsertion sociale dans la collectivité, y compris les transitions, et sur les trajectoires.

La plupart des participants ont décrit des expériences de réintégration dans la collectivité positives dans l'ensemble, et la majorité des participants (77 %) participaient encore au TAO dans la collectivité au moment de leur évaluation de suivi. Les participants ont relevé les principaux facteurs facilitant la réinsertion sociale dans la collectivité, notamment la motivation personnelle, le soutien familial et social, les possibilités d'emploi et les avantages globaux du TAO dans la collectivité pour atteindre leurs objectifs postlibératoires. Certains de ces facteurs facilitants, comme la motivation individuelle, sont associés à des expériences positives de réintégration dans la collectivité dans la documentation, et soulignent la nécessité de favoriser les mécanismes d'adaptation et les compétences personnelles des personnes incarcérées pour accroître leur motivation en vue de renforcer leur potentiel de réinsertion sociale (Abad, Carry, Herbst et Fogel, 2013; Binswanger et coll., 2012; Doekhie, Dirkzwager et Nieuwebeerta, 2017; Kendall, Redshaw, Ward, Wayland et Sullivan, 2018; Malouf, Youman, Stuewig, Witt et Tangney, 2017). Des plans correctionnels individualisés sont élaborés et fournis à chaque délinquant en fonction de ses risques criminogènes et d'autres risques et de ses besoins particuliers, et des mesures de soutien, des programmes et des interventions appropriés sont offerts pendant la période d'incarcération; certains participants ont soulevé les avantages particuliers de ces interventions correctionnelles et ont décrit l'application dans la collectivité des compétences et des mécanismes d'adaptation qu'ils avaient acquis. Toutefois, bien que les délinquants soient censés participer activement à leur plan correctionnel (y compris suivre les programmes et interventions requis), certains peuvent choisir de ne pas participer à ces programmes pour diverses raisons. Une récente évaluation des programmes correctionnels de

réinsertion sociale menée par le SCC a mis au jour des obstacles aux programmes, comme le manque de ressources, la disponibilité, le retard du début du programme et les décalages occasionnels entre les profils de risque et de besoins et le volet et l'intensité des programmes (Service correctionnel Canada, 2020a). De plus, les constatations ont révélé que les hommes ayant terminé le programme avaient obtenu des résultats semblables aux analyses d'urine en établissement et que les non-participants avaient généralement obtenu des taux plus faibles concernant les résultats liés à la consommation de substances dans la collectivité (c.-à-d. une analyse d'urine positive ou une suspension en raison d'un manquement à une condition de surveillance liée à la consommation de substances) comparativement aux personnes ayant suivi le programme; ces tendances ont également été observées chez les femmes (Service correctionnel Canada, 2020a). De plus, de nombreux délinquants ont indiqué qu'ils anticipaient connaître des difficultés lors de l'application des compétences acquises dans le cadre des programmes correctionnels, et peu étaient d'avis que la consommation de substances était suffisamment abordée, ce qui laisse entendre que les programmes actuels ne donnent pas nécessairement les résultats souhaités dans la collectivité en matière de consommation de substances (Service correctionnel Canada, 2020a). Par conséquent, le contenu des programmes correctionnels devrait être adapté pour mettre l'accent sur les risques et les besoins liés à la consommation de substances afin de mieux tenir compte des facteurs de risque des délinquants, et les programmes devraient permettre aux personnes d'acquérir des compétences clés pour gérer les problèmes liés à la consommation de substances, comme les déclencheurs et les envies. Des options permettant aux délinquants de reprendre ces programmes et d'autres programmes de renforcement des compétences leur sont offertes lors de la mise en liberté dans la collectivité, mais il revient au participant de rester inscrit, et de nombreux facteurs atténuants (p. ex. la motivation, la consommation de substances, etc.) peuvent influencer sur la participation et l'adhésion au programme. Par conséquent, le Service correctionnel du Canada devrait continuer d'encourager la participation aux programmes de maintien des acquis qui peuvent aider les délinquants mis en liberté à appliquer les compétences acquises en contextes réels dans la collectivité. De plus, certains participants ont indiqué que l'acquisition de compétences professionnelles et de certificats pendant l'incarcération était un facteur important dans l'obtention d'un emploi après leur mise en liberté, et une évaluation des programmes éducatifs du SCC a révélé qu'ils avaient une incidence positive sur les résultats en matière de sécurité

publique et que les finissants avaient un taux plus élevé d'embauche dans la collectivité (Service correctionnel du Canada, 2015). À ce titre, le SCC devrait continuer de promouvoir et d'offrir des programmes liés à l'emploi afin d'accroître le potentiel des délinquants d'acquérir des compétences concrètes et des certificats pendant leur incarcération, en plus de renforcer les liens avec les possibilités d'études, d'emploi ou de placement professionnel et les partenariats qui aident les personnes à appliquer ces compétences après leur mise en liberté (Service correctionnel du Canada, 2007, 2020a; Regis et Dillon Jr, 2020).

En ce qui concerne les programmes de TAO, certains participants ont indiqué que le traitement avait perturbé leurs habitudes de consommation de substances de longue date et leur comportement criminel connexe, et qu'il avait effectivement réduit leurs envies; par exemple, aucun des participants n'est retourné en détention pour de nouvelles infractions. De nombreux participants ont souligné l'importance de pouvoir choisir la formule de TAO qui leur convient le mieux puisque les personnes ont différentes préférences et caractéristiques physiologiques, en plus de collaborer avec un médecin de confiance pour atteindre leurs objectifs de TAO (p. ex. dose confortable). Les participants ont souligné la nécessité d'avoir des liens fiables avec les fournisseurs de TAO dans la collectivité après la mise en liberté, en plus de l'importance d'avoir des options pour les formulations et les formats de TAO comme la méthadone orale ou le Suboxone, ainsi que des options plus récentes et nouvelles comme les formulations injectables à libération prolongée mensuelles qui leur évite d'avoir à se rendre quotidiennement dans une clinique de TAO ou une pharmacie (Santé Canada, 2019). Il est à noter qu'il existe maintenant trois formules de buprénorphine disponibles en Ontario, soit les comprimés de buprénorphine-naloxone (Suboxone), les implants sous-dermiques de buprénorphine (Probuphine) et les injections de buprénorphine à libération prolongée (Sublocade) (Ng, Kim, Veljovic et Zhang, 2020).

Bien que la plupart des participants aient continué de participer au TAO pendant leur période de mise en liberté et qu'ils aient décrit des facteurs facilitants précis qui ont favorisé l'adhésion au TAO et les expériences positives de réinsertion sociale dans la collectivité, les participants ont également mentionné un certain nombre d'obstacles particuliers qui rendent difficile la réintégration dans la collectivité, ce qui rend les délinquants sous surveillance dans la collectivité vulnérables aux rechutes, aux révocations de mise en liberté et à la réincarcération éventuelle. Bon nombre de ces obstacles particuliers ont été soulignés et corroborés dans la

documentation existante. Par exemple, des problèmes comme l'absence de protection d'assurance pour les ordonnances, l'absence de moyens de transport fiables, le retour à des modes de vie antérieurs et à des réseaux sociaux homophiles, l'adaptation aux systèmes non institutionnels, les difficultés financières, le chômage, l'instabilité du logement, les difficultés matérielles générales, les problèmes administratifs et d'accessibilité ainsi que les problèmes de toxicomanie ont tous été relevés comme étant des obstacles importants à la réinsertion sociale après la mise en liberté (Binswanger et coll., 2012; Brown, 2004; Doherty, Forrester, Brazil et Matheson, 2014; Hu et coll., 2020; Martin et coll., 2019; Sung, Mahoney et Mellow, 2010; Western, Braga, Davis et Sirois, 2015). De plus, la présente étude a fait ressortir des défis associés à la planification de la mise en liberté et, par conséquent, à la fragmentation de la transition pour le TAO. De même, l'équilibre requis pour respecter les conditions de mise en liberté (p. ex. obtenir un emploi, assister aux rencontres avec les agents de libération conditionnelle et aux rendez-vous pour le traitement) tout en continuant à suivre le TAO et les exigences connexes (p. ex. présence quotidienne aux cliniques du TAO, analyses d'urine) a été cité comme un obstacle important. Même si tous les délinquants acceptent des conditions précises énoncées dans leurs plans de mise en liberté qui sont adaptés et élaborés dans le but d'aider les personnes à faire des choix prosociaux et respectueux des lois (Service correctionnel du Canada, 2018), les participants ont indiqué que des plans de mise en liberté restrictifs ont tendance à leur imposer un lourd fardeau, ce qui rend la réinsertion sociale dans la collectivité difficile. Ce fardeau est aussi alourdi par les politiques institutionnelles et administratives de certains établissements résidentiels communautaires qui interdisent strictement de stocker des médicaments de TAO et obligent ainsi les participants à continuer de se présenter quotidiennement aux cliniques de TAO ou à la pharmacie pour obtenir leurs médicaments, même après qu'ils aient prouvé leur capacité à obtenir des médicaments de TAO à apporter conformément aux lignes directrices communautaires générales sur le TAO (Eibl, Morin, Leinonen et Marsh, 2017). Ces problèmes combinés ont rendu difficile le maintien de la participation au TAO et la réinsertion sociale dans la collectivité après la mise en liberté.

Les défis et les obstacles décrits ci-dessus soulignent la nécessité d'améliorer la planification de la mise en liberté correctionnelle pour s'assurer que les délinquants sous responsabilité fédérale sont préparés, et que les outils nécessaires leur soient fournis pour assurer une transition harmonieuse du TAO après la mise en liberté, ce qui peut contribuer à améliorer

les expériences de réinsertion sociale dans la collectivité. Des études ont permis d'établir des liens entre la planification de la continuité des soins et les rechutes vers la consommation de substances, la participation à une activité criminelle ou le sexe en échange de drogues, d'argent ou de transport et, en fin de compte, la récidive (Hu et coll., 2020; Johnson et coll., 2013; Luther, Reichert, Holloway, Roth et Aalsma, 2011). Ces études préconisent une réforme de la planification de la mise en liberté de manière à mieux jumeler les délinquants avec les soutiens et les services adaptés dont ils ont besoin une fois rendus dans la collectivité. Étant donné que, pour la plupart des participants à l'étude, leur mise en liberté a été suspendue ou révoquée – en grande partie en raison d'une rechute vers la consommation de substances – les obstacles à la réinsertion sociale cernés devraient être davantage pris en compte dans les plans de mise en liberté et examinés de plus près lors de la planification de la mise en liberté.

Les participants à l'étude ont formulé des recommandations concrètes pour réduire les obstacles à la réinsertion sociale. En ce qui concerne l'adhésion au TAO, les participants ont indiqué qu'il était essentiel d'identifier des cliniciens et des fournisseurs de TAO dignes de confiance, ainsi que de pouvoir recevoir des médicaments à emporter à la maison, car ces conditions facilitaient le maintien en emploi et le respect des exigences de mise en liberté. Ces facteurs ont également contribué à réduire les expériences de sevrage ou de rechute, augmentant ainsi la probabilité que les participants atteignent leurs objectifs postlibératoires. Pour régler ce problème, les politiques organisationnelles pourraient être modifiées pour permettre aux établissements résidentiels communautaires d'entreposer sur place des médicaments du TAO pour les résidents, comme ils le font déjà pour d'autres médicaments essentiels. Les participants ont également proposé d'autres options, comme la prestation mobile du TAO et les possibilités de prestation hybride et de télémédecine pour les soins du TAO. La télémédecine et la prestation mobile de TAO sont de nouvelles interventions faciles d'accès qui se sont avérées prometteuses pour améliorer l'accès et le maintien de la participation aux traitements, et qui peuvent réduire les obstacles à l'obtention des traitements chez les populations éloignées et marginalisées – y compris les populations carcérales – (Hall et coll., 2014; Krawczyk et coll., 2019; Krsak, Montague, Trowbridge, Johnson et Binswanger, 2020; O'Gurek et coll., 2021; R. E. Stewart et coll., 2021). De plus, les participants ont indiqué la nécessité d'établir des processus administratifs plus fiables pour la transition des soins du TAO, comme la fourniture d'ordonnances prolongées de TAO aux personnes au moment de leur mise en liberté, ainsi que

des options uniformes en matière de couverture financière des médicaments du TAO. Les délinquants visés par des restrictions d'assignation à résidence qui résident dans des établissements correctionnels communautaires sont assujettis aux politiques des autorités sanitaires de l'Ontario, lesquelles peuvent être restrictives pour cette population. Par exemple, la politique du programme Ontario au travail (ou « bien-être social ») indique actuellement que les personnes qui résident dans un établissement résidentiel communautaire ne sont admissibles qu'à une allocation limitée pour leurs besoins personnels (et la demande ne peut être présentée que dans les 10 jours précédant la mise en liberté, à condition que la personne réponde aux critères d'admissibilité et ait une adresse résidentielle fixe) (ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires de l'Ontario, 2018); le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH) interdit complètement le versement de prestations de soutien du revenu (Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires de l'Ontario, 2021). Ces personnes peuvent présenter une demande au Programme de médicaments Trillium de l'Ontario (destiné aux personnes dont le coût d'ordonnance est élevé par rapport au revenu de leur ménage) pour couvrir le coût du TAO et d'autres ordonnances. Toutefois, la période d'approbation pour ce programme est longue (p. ex. 90 jours) et il est assorti d'exigences contraignantes (c.-à-d. des délais stricts pour présenter une demande, une pièce d'identité valide et une preuve de revenu ou une déclaration d'impôt sur le revenu fédérale), et les demandes ne peuvent être présentées pendant l'incarcération (ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2013). Par conséquent, ces programmes provinciaux de soutien financier devraient être modifiés pour permettre aux personnes sous surveillance dans la collectivité (qu'elles résident ou non dans un établissement résidentiel communautaire) de recevoir un financement adéquat et de présenter les demandes en temps opportun avant la mise en liberté (dans la mesure du possible). À tout le moins, dans le cas des participants qui ont besoin d'une aide financière, il faudrait vérifier les demandes et les documents pertinents avant la mise en liberté et fournir un soutien pour remplir les demandes lors de la rencontre avec l'agent de libération conditionnelle dans la collectivité. De plus, le gouvernement de l'Ontario devrait collaborer plus étroitement avec le SCC pour harmoniser plus efficacement les politiques afin que les personnes soient couvertes financièrement pour les ordonnances – y compris le TAO – afin qu'elles ne se retrouvent pas dans une situation où elles n'ont pas les moyens de payer leurs ordonnances, ce qui pourrait entraîner l'interruption ou la cessation du traitement. Des solutions

concrètes et des recommandations comme celles-ci peuvent et doivent être mises en œuvre afin que les délinquants sous responsabilité fédérale mis en liberté soient en mesure de bénéficier des meilleures perspectives de réinsertion sociale possible dans la collectivité, compte tenu des obstacles connus et relevés et des défis auxquels elles font souvent face.

Cette étude comporte un certain nombre de limites. Premièrement, en raison du petit nombre de participants et de l'échantillon de commodité, les résultats de la présente étude ne peuvent être généralisés à d'autres milieux ou populations, mais ils mettent plutôt en lumière des thèmes communs décrits par un sous-ensemble de personnes (principalement des hommes) incarcérées dans des établissements fédéraux en Ontario, au Canada, et récemment mis en liberté. Les biais inhérents aux données autodéclarées, comme le biais de rappel, le biais dans les réponses, le biais de désirabilité sociale et le biais de négativité (la propension à s'attarder aux expériences négatives plutôt qu'aux expériences positives), peuvent avoir influencé les réponses des participants, et ces biais devraient être pris en compte dans les constatations. De plus, les entrevues ont été menées à divers moments de la mise en liberté de chaque participant et représentent donc naturellement un instantané temporel plutôt qu'un portrait complet des expériences de mise en liberté dans la collectivité.

## **Conclusions**

Même si l'étude a révélé que les participants à l'étude ont vécu des expériences positives de réintégration dans la collectivité, près de la moitié ont finalement vu leur mise en liberté révoquée, en raison, pour un pourcentage élevé, d'une rechute vers la consommation de substances. Cela souligne la nature complexe des troubles liés à l'usage des opioïdes ainsi que les réalités complexes de la réinsertion sociale de nombreux délinquants qui participent au TAO après leur mise en liberté d'un établissement correctionnel fédéral en Ontario, au Canada. En outre, les constatations de cette étude mettent l'accent sur la nécessité d'éliminer les obstacles à la réinsertion sociale relevés, y compris l'amélioration de la planification de la continuité des soins correctionnels, particulièrement en ce qui a trait aux soins de TAO durant la transition. Des changements aux politiques et aux interventions visant à accroître la motivation et à assurer une transition sans heurts du TAO ainsi qu'un soutien social au moment de la mise en liberté sont nécessaires afin de réduire les effets négatifs pendant la réintégration de cette population dans la collectivité.

## Bibliographie

- Abad, N., Carry, M., Herbst, J. H. et Fogel, C. I. (2013). Motivation to reduce risk behaviors while in prison: Qualitative analysis of interviews with current and formerly incarcerated women. *Journal of Qualitative Criminal Justice & Criminology*, 1(2), 347-363. Consulté dans <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26693183>
- Akinsemolu, A., Ogston, S. et Irvine, L. (2011). P2-354 Effectiveness of opioid substitution therapy among prisoners with drug dependence: A meta analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(suppl. 1), A320. doi:10.1136/jech.2011.142976k.86
- Beaudette, J. (2013). *La prévalence des troubles mentaux chez les délinquants sous responsabilité fédérale nouvellement admis : régions de l'Atlantique, de l'Ontario et du Pacifique* (ERR-13-3). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- Binswanger, I. A., Blatchford, P. J., Mueller, S. R. et Stern, M. F. (2013). Mortality after prison release: Opioid overdose and other causes of death, risk factors, and time trends from 1999 to 2009. *Annals of Internal Medicine*, 159(9), 592-600. doi:10.7326/0003-4819-159-9-201311050-00005
- Binswanger, I. A., Nowels, C., Corsi, K. F., Glanz, J., Long, J., Booth, R. E. et Steiner, J. F. (2012). Return to drug use and overdose after release from prison: A qualitative study of risk and protective factors. *Addiction Science & Clinical Practice*, 7(3), 1-9. doi:10.1186/1940-0640-7-3
- Binswanger, I. A., Nowels, C., Corsi, K. F., Long, J., Booth, R. E., Kutner, J. et Steiner, J. F. (2011). "From the prison door right to the sidewalk, everything went downhill," a qualitative study of the health experiences of recently released inmates. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(4), 249-255. doi:10.1016/j.ijlp.2011.07.002
- Binswanger, I. A., Stern, M., Deyo, R., Heagerty, P., Cheadle, A., Elmore, J. et Koepsell, T. D. (2007). Release from prison: A high risk of death for former inmates. *The New England Journal of Medicine*, 356(2), 157-165. doi:10.1056/NEJMs064115
- Bonnycastle, K. D. et Villebrun, C. (2011). Injecting risk into prison sentences: A quantitative analysis of a prisoner-driven survey to measure HCV/HIV seroprevalence, risk practices, and viral testing at one Canadian male federal prison. *The Prison Journal*, 91(3), 325-346. doi:10.1177/0032885511409893
- Bozinoff, N., DeBeck, K., Milloy, M. J., Nosova, E., Fairbairn, N., Wood, E. et Hayashi, K. (2018). Utilization of opioid agonist therapy among incarcerated persons with opioid use disorder in Vancouver, Canada. *Drug and Alcohol Dependence*, 193, 42-47. doi:10.1016/j.drugalcdep.2018.09.003



- Brink, J. H., Doherty, D. et Boer, A. (2001). Mental disorder in federal offenders: A Canadian prevalence study. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24(4-5), 339-356. doi:10.1016/s0160-2527(01)00071-1
- Brinkley-Rubinstein, L., Cloud, D., Drucker, E. et Zaller, N. (2018). Opioid use among those who have criminal justice experience: Harm reduction strategies to lessen HIV risk. *Current HIV/AIDS Reports*, 15, 255-258. doi:10.1007/s11904-018-0394-z
- Brinkley-Rubinstein, L., Cloud, D. H., Davis, C., Zaller, N., Delany-Brumsey, A., Pope, L., ... Rich, J. (2017). Addressing excess risk of overdose among recently incarcerated people in the USA: Harm reduction interventions in correctional settings. *International Journal of Prisoner Health*, 13(1), 25-31. doi:10.1108/IJPH-08-2016-0039
- Brinkley-Rubinstein, L., Zaller, N., Martino, S., Cloud, D. H., McCauley, E., Heise, A. et Seal, D. (2018). Criminal justice continuum for opioid users at risk of overdose. *Addictive Behaviors*, 86, 104-110. doi:10.1016/j.addbeh.2018.02.024
- Brown, J. D. (2004). Challenges facing Canadian federal offenders newly released to the community. *Journal of Offender Rehabilitation*, 39(1), 19-35. doi:10.1300/J076v39n01\_02
- Bruneau, J., Ahamad, K., Goyer, M.-È., Poulin, G., Selby, P., Fischer, B.,... Wood, E. (2018). Management of opioid use disorders: A national clinical practice guideline. *Canadian Medical Association Journal*, 190(9), E247-E257. doi:10.1503/cmaj.170958
- Chamberlain, A., Nyamu, S., Aminawung, J., Wang, E. A., Shavit, S. et Fox, A. D. (2019). Illicit substance use after release from prison among formerly incarcerated primary care patients: A cross-sectional study. *Addiction Science & Clinical Practice*, 14(1), 1-8. doi:10.1186/s13722-019-0136-6
- Cram, S. et Farrell-MacDonald, S. (2019). *Habitudes de consommation d'alcool et de drogues chez les délinquantes autochtones et les délinquantes non autochtones* (RIB-19-08). Ottawa, ON : Service correctionnel Canada.
- Cropsey, K. L., Villalobos, G. C. et St Clair, C. L. (2005). Pharmacotherapy treatment in substance-dependent correctional populations: A review. *Substance Use & Misuse*, 40(13-14), 1983-1999. doi:10.1080/10826080500294866
- Doekhie, J., Dirkzwager, A. et Nieuwbeerta, P. (2017). Early attempts at desistance from crime: Prisoners' prerelease expectations and their postrelease criminal behavior. *Journal of Offender Rehabilitation*, 56(7), 473-493. doi:10.1080/10509674.2017.1359223
- Doherty, S., Forrester, P., Brazil, A. et Matheson, F. I. (2014). Finding their way: Conditions for successful reintegration among women offenders. *Journal of Offender Rehabilitation*, 53(7), 562-586. doi:10.1080/10509674.2014.944740

- Eibl, J. K., Morin, K., Leinonen, E. et Marsh, D. C. (2017). The state of opioid agonist therapy in Canada 20 years after federal oversight. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(7), 444-450. doi:10.1177/0706743717711167
- Farrell MacDonald, S., MacSwain, M.-A., Cheverie, M., Tiesmaki, M. et Fischer, B. (2014). Impact of methadone maintenance treatment on women offenders' post-release recidivism. *European Addiction Research*, 20(4), 192-199. doi:10.1159/000357942
- Fazel, S., Yoon, I. A. et Hayes, A. J. (2017). Substance use disorders in prisoners: An updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction*, 112(10), 1725-1739. doi:10.1111/add.13877
- Fiscella, K., Moore, A., Engerman, J. et Meldrum, S. (2004). Jail management of arrestees/inmates enrolled in community methadone maintenance programs. *Journal of Urban Health*, 81(4), 645-654. doi:10.1093/jurban/jth147
- Fox, A. D., Maradiaga, J., Weiss, L., Sanchez, J., Starrels, J. L. et Cunningham, C. O. (2015). Release from incarceration, relapse to opioid use and the potential for buprenorphine maintenance treatment: A qualitative study of the perceptions of former inmates with opioid use disorder. *Addiction Science & Clinical Practice*, 10(2), 1-9. doi:10.1186/s13722-014-0023-0
- Groot, E., Kouyoumdjian, F. G., Kiefer, L., Madadi, P., Gross, J., Prevost, B.,... Persaud, N. (2016). Drug toxicity deaths after release from incarceration in ontario, 2006-2013: Review of coroner's cases. *PloS One*, 11(7), 1-11. doi:10.1371/journal.pone.0157512
- Hall, G., Neighbors, C. J., Iheoma, J., Dauber, S., Adams, M., Culleton, R., ... Morgenstern, J. (2014). Mobile opioid agonist treatment and public funding expands treatment for disenfranchised opioid-dependent individuals. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(4), 511-515. doi:10.1016/j.jsat.2013.11.002
- Hedrich, D., Alves, P., Farrell, M., Stöver, H., Møller, L. et Mayet, S. (2012). The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: A systematic review. *Addiction*, 107(3), 501-517. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03676.x
- Hu, C., Jurgutis, J., Edwards, D., O'Shea, T., Regenstreif, L., Bodkin, C., ... Kouyoumdjian, F. G. (2020). "When you first walk out the gates... where do [you] go?": Barriers and opportunities to achieving continuity of health care at the time of release from a provincial jail in Ontario. *PloS One*, 15(4), 1-13. doi:10.1371/journal.pone.0231211
- Johnson, J. E., Schonbrun, Y. C., Nargiso, J. E., Kuo, C. C., Shefner, R. T., Williams, C. A. et Zlotnick, C. (2013). "I know if I drink I won't feel anything" : Substance use relapse among depressed women leaving prison. *International Journal of Prisoner Health*, 9(4), 169-186. doi:10.1108/IJPH-02-2013-0009

- Kelly, L. et Farrell MacDonald, S. (2015a). *Comparaison des habitudes de consommation d'alcool et de drogues des délinquants et des délinquantes au cours de leur vie* (RIB-14-44). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- Kelly, L. et Farrell MacDonald, S. (2015b). *Modèles de consommation de drogue par les délinquants de sexe masculin pendant toute leur vie* (RIB-14-43). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- Kendall, S., Redshaw, S., Ward, S., Wayland, S. et Sullivan, E. (2018). Systematic review of qualitative evaluations of reentry programs addressing problematic drug use and mental health disorders amongst people transitioning from prison to communities. *Health & Justice*, 6(4), 1-11. doi:10.1186/s40352-018-0063-8
- Kouyoumdjian, F. G., Calzavara, L. M., Kiefer, L., Main, C. et Bondy, S. J. (2014). Drug use prior to incarceration and associated socio-behavioural factors among males in a provincial correctional facility in Ontario, Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 105(3), e198-e202. doi:10.17269/cjph.105.4193
- Kouyoumdjian, F. G., Kiefer, L., Wobeser, W., Gonzalez, A. et Hwang, S. W. (2016). Mortality over 12 years of follow-up in people admitted to provincial custody in Ontario: A retrospective cohort study. *CMAJ Open*, 4(2), E153-E161. doi:10.9778/cmajo.20150098
- Kouyoumdjian, F. G., Schuler, A., Matheson, F. I. et Hwang, S. W. (2016). Health status of prisoners in Canada. *Canadian Family Physician*, 62(3), 215-222. Consulté dans <https://www.cfp.ca/content/cfp/62/3/215.full.pdf>
- Krawczyk, N., Buresh, M., Gordon, M. S., Blue, T. R., Fingerhord, M. I. et Agus, D. (2019). Expanding low-threshold buprenorphine to justice-involved individuals through mobile treatment: Addressing a critical care gap. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 103, 1-8. doi:10.1016/j.jsat.2019.05.002
- Krsak, M., Montague, B. T., Trowbridge, P., Johnson, S. C. et Binswanger, I. A. (2020). Opioid use and chronic infections: The value of addressing the syndemic in correctional settings via telemedicine guidance and broader use of long-acting medications. *The Journal of Infectious Diseases*, 222(suppl. 5), S486-S493. doi:10.1093/infdis/jiaa001
- Kunic, D. et Grant, B. A. (2006). *Questionnaire informatisé sur la toxicomanie (QIT) : résultats du projet pilote* (R-173). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- Larney, S. et Dolan, K. (2009). A literature review of international implementation of opioid substitution treatment in prisons: Equivalence of care?. *European Addiction Research*, 15(2), 107-112. doi:10.1159/000199046

- Luther, J. B., Reichert, E. S., Holloway, E. D., Roth, A. M. et Aalsma, M. C. (2011). An exploration of community reentry needs and services for prisoners: A focus on care to limit return to high-risk behavior. *AIDS Patient Care and STDs*, 25(8), 475-481. doi:10.1089/apc.2010.0372
- Macmadu, A. et Rich, J. D. (2015). Correctional health is community health. *Issues in Science and Technology*, 32(1), 26-36. Consulté dans <https://issues.org/correctional-health-care-community-health-prisons-jails/>
- MacSwain, M. A., Farrell MacDonald, S., Cheverie, M. et Fischer, B. (2013). Assessing the impact of methadone maintenance treatment (MMT) on post-release recidivism among male federal correctional inmates in Canada. *Criminal Justice & Behaviour*, 41(3), 380-394. doi:10.1177/0093854813501495
- Madadi, P., Hildebrandt, D., Lauwers, A. E. et Koren, G. (2013). Characteristics of opioid-users whose death was related to opioid-toxicity: A population-based study in Ontario, Canada. *PloS One*, 8(4), e60600. doi:10.1371/journal.pone.0060600
- Malouf, E. T., Youman, K., Stuewig, J., Witt, E. A. et Tangney, J. P. (2017). A pilot RCT of a values-based mindfulness group intervention with jail inmates: Evidence for reduction in post-release risk behavior. *Mindfulness*, 8(3), 603-614. doi:10.1007/s12671-016-0636-3
- Malta, M., Varatharajan, T., Russell, C., Pang, M., Bonato, S. et Fischer, B. (2019). Opioid-related treatment, interventions, and outcomes among incarcerated persons: A systematic review. *PLoS Medicine*, 16(12), e1003002. doi:10.1371/journal.pmed.1003002
- Martin, R. A., Gresko, S. A., Brinkley-Rubinstein, L., Stein, L. A. R. et Clarke, J. G. (2019). Post-release treatment uptake among participants of the Rhode Island Department of Corrections comprehensive medication assisted treatment program. *Preventive Medicine*, 128, 105766. doi:10.1016/j.ypmed.2019.105766
- McKenzie, M., Nunn, A., Zaller, N. D., Bazazi, A. R. et Rich, J. D. (2009). Overcoming obstacles to implementing methadone maintenance therapy for prisoners: Implications for policy and practice. *Journal of Opioid Management*, 5(4), 219-227. doi:10.5055/jom.2009.0024
- McLeod, K. E. et Martin, R. E. (2018). Health in correctional facilities is health in our communities. *CMAJ*, 190(10), E274-E275. doi:10.1503/cmaj.171357
- Merrall, E. L., Kariminia, A., Binswanger, I. A., Hobbs, M. S., Farrell, M., Marsden, J., ... Bird, S. M. (2010). Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison. *Addiction*, 105(9), 1545-1554. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.02990.x

- Moore, K. E., Roberts, W., Reid, H. H., Smith, K. M. Z., Oberleitner, L. M. S. et McKee, S. A. (2019). Effectiveness of medication assisted treatment for opioid use in prison and jail settings: A meta-analysis and systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 99, 32-43. doi:10.1016/j.jsat.2018.12.003
- Motiuk, L. (1998). Utilisation de facteurs dynamiques pour mieux prévoir l'issue de la mise en liberté. *Forum - Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 10(3), 11-14. Consulté dans <https://www.csc-scc.gc.ca/research/forum/e103/e103c-fra.shtml>
- Mullins, P. et Farrell MacDonald, S. (2012). *Tendances en matière de consommation de substances chez les délinquants autochtones et non autochtones* (RS 12-10). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- Murphy, Y., Ali, F. et Fischer, B. (2018). *Analyse documentaire sur les difficultés liées à l'accès aux services et aux soins de santé pour les délinquants aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie pendant leur transition de l'incarcération vers la collectivité* (R-398). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- Murphy, Y. et Sapers, H. (2020). Prison health as public health in Ontario corrections. *Journal of Community Safety and Well-Being*, 5(1), 19-25. doi:10.35502/jcswb.122
- Ness, L. R. et Fusch, P. (2015). Are we there yet? Data saturation in qualitative research. *The Qualitative Report*, 20(9), 1408-1416. doi:10.46743/2160-3715/2015.2281
- Ng, K., Kim, J., Veljovic, S. et Zhang, M. (2020, 29 juillet). Buprenorphine for opioid use disorder treatment: Focus on new formulations and alternative induction protocols. *Pharmacy Connection*. Consulté dans <https://pharmacyconnection.ca/opioid-use-disorder-treatment-spring-summer-2020/>
- Nunn, A., Zaller, N., Dickman, S., Trimbur, C., Nijhawan, A. et Rich, J. D. (2009). Methadone and buprenorphine prescribing and referral practices in US prison systems: Results from a nationwide survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 105(1-2), 83-88. doi:10.1016/j.drugalcdep.2009.06.015
- O'Gurek, D. T., Jatres, J., Gibbs, J., Latham, I., Udegbe, B. et Reeves, K. (2021). Expanding buprenorphine treatment to people experiencing homelessness through a mobile, multidisciplinary program in an urban, underserved setting. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 127, 108342. doi:10.1016/j.jsat.2021.108342
- Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (2013). *Guide explicatif sur le Programme de médicaments Trillium*. Consulté dans [https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/drugs/funded\\_drug/fund\\_trillium.aspx](https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/drugs/funded_drug/fund_trillium.aspx).

- Ontario, ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires. (2018). *6.12 Personnes détenues sous garde* (Directives du programme Ontario au travail). Consulté dans [https://www.mcass.gov.on.ca/en/mcass/programs/social/directives/ow/6\\_12\\_OW\\_Directive\\_s.aspx](https://www.mcass.gov.on.ca/en/mcass/programs/social/directives/ow/6_12_OW_Directive_s.aspx)
- Ontario, ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires. (2021). *2.6 Incarceration* (Ontario Disability Support Program [ODSP] Income Support Directives). Consulté dans [https://www.mcass.gov.on.ca/documents/en/mcass/social/directives/odsp/income\\_Support/2\\_6.pdf](https://www.mcass.gov.on.ca/documents/en/mcass/social/directives/odsp/income_Support/2_6.pdf).
- Perry, A. E., Neilson, M., James, M.-S., Glanville, J. M., Woodhouse, R., Godfrey, C. et Hewitt, C. (2015). Pharmacological interventions for drug-using offenders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 19(12), 1-80. doi:10.1002/14651858.CD010862
- Regis, A. K. et Dillon Jr, G. L. (2020). Gradually reintegrating ex-offenders into the workforce. Dans M. Jackson, A. Regis et K. Bennett (éds), *Career development interventions for social justice : Addressing needs across the lifespan in educational, community, and employment contexts* (pp. 229-247). Rowman & Littlefield.
- Rumble, C., Pevalin, D. J. et O'Moore, É. (2015). Routine testing for blood-borne viruses in prisons: A systematic review. *European Journal Of Public Health*, 25(6), 1078-1088. doi:10.1093/eurpub/ckv133
- Russolillo, A., Moniruzzaman, A., McCandless, L. C., Patterson, M. et Somers, J. M. (2018). Associations between methadone maintenance treatment and crime: A 17-year longitudinal cohort study of Canadian provincial offenders. *Addiction*, 113(4), 656-667. doi:10.1111/add.14059
- Russolillo, A., Moniruzzaman, A. et Somers, J. M. (2018). Methadone maintenance treatment and mortality in people with criminal convictions: A population-based retrospective cohort study from Canada. *PLoS Medicine*, 15(7), e1002625. doi:10.1371/journal.pmed.1002625
- Santé Canada. (2019). *Sommaire de décision réglementaire - Sublocade : Décisions d'examen*. Consulté dans <https://hpr-rps.hres.ca/reg-content/sommaire-decision-reglementaire-detail.php?linkID=RDS00462>
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., ... Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: Exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity*, 52(4), 1893-1907. doi:10.1007/s11135-017-0574-8

- Schwartz, R. P., Kelly, S. M., Mitchell, S. G., Gryczynski, J., O'Grady, K. E. et Jaffe, J. H. (2019). Initiating methadone in jail and in the community: Patient differences and implications of methadone treatment for reducing arrests. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 97, 7-13. doi:10.1016/j.jsat.2018.11.006
- Service correctionnel Canada. (s.d.). *Faits en bref : Opioides*. Consulté dans <https://www.csc-scc.gc.ca/publications/005007-3017-fr.shtml>
- Service correctionnel Canada. (2007). *Les services correctionnels communautaires et la protection de la société* (Publications). Consulté dans <https://www.csc-scc.gc.ca/publications/005007-9003-fra.shtml>
- Service correctionnel Canada. (2013). *Le Système de gestion des délinquants* (Échange de renseignements avec des partenaires du système de justice pénale). Consulté dans <https://www.csc-scc.gc.ca/sgd/004003-0001-fra.shtml>
- Service correctionnel Canada. (2020a). *Évaluation des programmes correctionnels de réinsertion sociale*. Consulté dans <https://www.csc-scc.gc.ca/005/009/092/005009-0003-fr.pdf>
- Service correctionnel Canada. (2021). *Traitement par agonistes aux opioïdes* (Services de santé). Consulté dans <https://www.csc-scc.gc.ca/health/002006-3000-fr.shtml>
- Service correctionnel du Canada. (2015). *Rapport d'évaluation sur les programmes et les services d'éducation pour les délinquants* (Évaluation des programmes et des services d'éducation pour les délinquants du SCC). Consulté dans [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2016/scc-csc/PS84-55-2015-fra.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2016/scc-csc/PS84-55-2015-fra.pdf)
- Service correctionnel du Canada. (2017). *Prise et analyse d'échantillons d'urine* (Directive du commissaire 566-10). Ottawa, ON : chez l'auteur.
- Service correctionnel du Canada. (2018). *Planification correctionnelle et profil criminel* (Directive du commissaire 705-6). Ottawa, ON : chez l'auteur.
- Service correctionnel du Canada. (2020b). *Orientation sur le traitement par agonistes opioïdes (TAO)* (Services de santé). Consulté dans <https://www.csc-scc.gc.ca/health/002006-3004-en.shtml>
- Sharma, A., O'Grady, K. E., Kelly, S. M., Gryczynski, J., Mitchell, S. G. et Schwartz, R. P. (2016). Pharmacotherapy for opioid dependence in jails and prisons: research review update and future directions. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 7, 27-40. doi:10.2147/SAR.S81602
- Stallwitz, A. et Stover, H. (2007). The impact of substitution treatment in prisons — A literature review. *International Journal of Drug Policy*, 18(6), 464-474. doi:10.1016/j.drugpo.2006.11.015

- Stewart, L., Wardrop, K., Wilton, G., Thompson, J., Derkzen, D. et Motiuk, L. (2017). *Fiabilité et validité de l'Instrument de définition et d'analyse des facteurs dynamiques, révisé* (R-395). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- Stewart, R. E., Shen, L., Kwon, N., Vigdeman, J., Kramer, S., Mandell, D. S., ... Rothbard, A. B. (2021). Transporting to treatment: Evaluating the effectiveness of a mobile engagement unit. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 129, 108377. doi:10.1016/j.jsat.2021.108377
- Stotts, A. L., Dodrill, C. L. et Kosten, T. R. (2009). Opioid dependence treatment: Options in pharmacotherapy. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 10(11), 1727-1740. doi:10.1517/14656560903037168
- Strang, J., Volkow, N. D., Degenhardt, L., Hickman, M., Johnson, K., Koob, G. F.,... Walsh, S. L. (2020). Opioid use disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(3), 1-28. doi:10.1038/s41572-019-0137-5
- Sung, H.-E., Mahoney, A. M. et Mellow, J. (2010). Substance abuse treatment gap among adult parolees: Prevalence, correlates, and barriers. *Criminal Justice Review*, 36(1), 40-57. doi:10.1177/0734016810389808
- Velasquez, M., Flannery, M., Badolato, R., Vittitow, A., McDonald, R. D., Tofighi, B., ... Lee, J. D. (2019). Perceptions of extended-release naltrexone, methadone, and buprenorphine treatments following release from jail. *Addiction Science & Clinical Practice*, 14(37), 1-12. doi:10.1186/s13722-019-0166-0
- Wakeman, S. E. et Rich, J. D. (2015). Substance use disorders and avoidable mortality after prison. *The Lancet Psychiatry*, 2(5), 369-370. doi:10.1016/S2215-0366%2815%2900125-X
- Western, B., Braga, A. A., Davis, J. et Sirois, C. (2015). Stress and hardship after prison. *American Journal of Sociology*, 120(5), 1512-1547. doi:10.1086/681301
- Western, B. et Simes, J. T. (2019). Drug use in the year after prison. *Social Science & Medicine*, 235, 1-7. doi:10.1016/j.socscimed.2019.112357
- Winter, R. J., Young, J. T., Stoové, M., Agius, P. A., Hellard, M. E. et Kinner, S. A. (2016). Resumption of injecting drug use following release from prison in Australia. *Drug and Alcohol Dependence*, 168, 104-111. doi:10.1016/j.drugalcdep.2016.08.640
- Zakaria, D., Thompson, J. M., Jarvis, A. et Smith, J. (2010). *Dépistage et traitement des infections au virus de l'immunodéficience humaine et au virus de l'hépatite C chez les détenus sous responsabilité fédérale au Canada* (R-223). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.



## Annexe A : Questionnaire – Évaluation n° 2

1. Pour votre plus récente période d’incarcération, quand a eu lieu votre **MISE EN LIBERTÉ**?  
\_\_\_\_\_
  
2. Où avez-vous **HABITÉ** (c.-à-d. ville et province, avec le code postal si connu) au cours des **30 DERNIERS JOURS**?  
\_\_\_\_\_
  
3. Où avez-vous **HABITÉ/DORMI** (la plupart du temps) au cours des **30 DERNIERS JOURS**? (*Veillez sélectionner toutes les réponses qui s’appliquent.*)
  - Mon propre logement (p. ex., maison, copropriété ou appartement loué ou dont vous êtes propriétaire, avec ou sans colocataire)
  - Avec des amis ou des membres de la famille (p. ex., parent, tuteur, proche)
  - Refuge ou centre d’accueil
  - Institution ou hôpital
  - Établissement résidentiel communautaire (p. ex., établissement de transition correctionnel)
  - Dans la rue
  - Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
  - Je ne sais pas
  - Je préfère ne pas répondre
  
4. Quelle était votre principale **SOURCE** de **REVENUS** au cours des **30 DERNIERS JOURS**? (*Veillez sélectionner toutes les réponses qui s’appliquent.*)
  - Emploi ou travail légal
  - Emploi ou travail clandestin (p. ex., non déclaré, etc.)
  - Activités illégales (p. ex., vente de drogues, etc.)
  - Prestations sociales/aide sociale (p. ex., aide sociale, prestations d’invalidité, etc.)
  - Famille et amis
  - Épargne personnelle
  - Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
  - Je ne sais pas
  - Je préfère ne pas répondre
  
5. Avez-vous **PARTICIPÉ** à l’une des **ACTIVITÉS** suivantes au cours des **30 DERNIERS JOURS**? (*Veillez sélectionner toutes les réponses qui s’appliquent.*)
  - Production, vente ou trafic de drogues
  - Vendre des biens volés
  - Vol à l’étalage
  - Vol ou vol qualifié
  - Crime contre les biens (p. ex. vol de véhicule, introduction par effraction, etc.)
  - Fraude/falsification (p. ex. chèques, ordonnances, etc.)

- Assaut
- Travail du sexe
- Autre (précisez) : \_\_\_\_\_
- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

6. À quelle fréquence avez-vous eu des **CONTACTS** (p. ex., appels, visites, etc.) avec des **AMIS PROCHES** ou des **MEMBRES DE VOTRE FAMILLE** au cours des **30 DERNIERS JOURS**?

1 Jamais	2 Rarement (une ou deux fois)	3 Occasionnellement (à quelques reprises – une fois par semaine)	4 Fréquemment (plusieurs fois par semaine)	5 Très fréquemment (sur une base quotidienne ou quasi quotidienne)
↑	↑	↑	↑	↑

7. Dans l'ensemble, comment **ÉVALUERIEZ-VOUS** votre santé **PHYSIQUE ACTUELLE**?

1 Médiocre	2 Passable	3 Bonne	4 Très bonne	5 Excellente
↑	↑	↑	↑	↑

8. Dans l'ensemble, comment **ÉVALUERIEZ-VOUS** votre santé **MENTALE ACTUELLE**?

1 Médiocre	2 Passable	3 Bonne	4 Très bonne	5 Excellente
↑	↑	↑	↑	↑

9. Comment **ÉVALUERIEZ-VOUS** votre **CONSOMMATION ACTUELLE DE SUBSTANCES** (c.-à-d. dans quelle mesure cette consommation est-elle **PRÉJUDICIALE OU NON** dans votre vie)?

1 Non préjudiciable	2 Légèrement préjudiciable	3 Modérément préjudiciable	4 Préjudiciable	5 Très préjudiciable
↑	↑	↑	↑	↑

	10. Parmi les <b>DROGUES</b> suivantes, quelles sont celles que vous avez utilisées pour des raisons autres que <b>MÉDICALES (c'est-à-dire sans ordonnance médicale)</b> au cours des <b>30 DERNIERS JOURS?</b>	11. Veuillez préciser pendant <b>COMBIEN DE JOURS</b> vous avez utilisé chaque drogue cochée à la <b>question 10</b> au cours des <b>30 DERNIERS JOURS :</b>
Alcool	<input type="checkbox"/>	
Tabac	<input type="checkbox"/>	
Cannabis ou produits à base de cannabis (p. ex., produits comestibles, concentrés, huiles)	<input type="checkbox"/>	
Cannabinoïdes synthétiques (p. ex., Spice, K2)	<input type="checkbox"/>	
Méthamphétamines/amphétamines (p. ex., méthamphétamine en cristaux, médicaments contre le TDAH)	<input type="checkbox"/>	
Hallucinogènes/psychostimulants (p. ex., LSD, psilocybine, MDMA, GHB, K)	<input type="checkbox"/>	
Cocaïne	<input type="checkbox"/>	
Crack	<input type="checkbox"/>	
Opioides faibles délivrés sur ordonnance (p. ex., codéine, hydrocodone, tramadol)	<input type="checkbox"/>	
Opioides puissants délivrés sur ordonnance (p. ex., morphine, hydromorphone, mépéridine, fentanyl, méthadone/buprénorphine)	<input type="checkbox"/>	
Héroïne	<input type="checkbox"/>	
Autres opioides illégaux (p. ex., opioides délivrés sur ordonnance combinés à d'autres produits synthétiques ou héroïne)	<input type="checkbox"/>	
Benzodiazépines	<input type="checkbox"/>	
Autres psychotropes (p. ex., antidépresseurs, antipsychotiques)	<input type="checkbox"/>	

<b>Autre (<u>veuillez préciser</u>) :</b>	<input type="checkbox"/>	
---	--------------------------	--

	12. Veuillez cocher tous les <b>TRAITEMENTS ET SERVICES</b> (autres que le TSO) liés à la consommation de substances auxquels vous avez participé au cours des <b>30 DERNIERS JOURS</b> :	13. Pour les <b>TRAITEMENTS ET SERVICES</b> liés à la consommation de substances (autres que le TSO) que vous avez cochés à la <b>question 12</b> , veuillez préciser <b>COMBIEN DE FOIS</b> vous avez <b>UTILISÉ</b> (p. ex., nombre d'« épisodes » d'utilisation) chaque service au cours des <b>30 DERNIERS JOURS</b> :
<b>Hospitalisation</b>	↑	
<b>Traitement avec hospitalisation/en institution</b>	↑	
<b>Traitement sans hospitalisation (p. ex., thérapie de groupe, counselling, prévention des rechutes)</b>	↑	
<b>Désintoxication/Gestion du sevrage</b>	↑	
<b>Programmes d'autothérapie/groupes de soutien (p. ex., Alcooliques anonymes, Narcotiques anonymes)</b>	↑	
<b>Services de réduction des méfaits (p. ex., services d'échange de seringues)</b>	↑	
<b>Autre (<i>veuillez préciser</i>) :</b>	↑	

14. Vous êtes-vous **INJECTÉ** des drogues au cours des **30 DERNIERS JOURS**?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas  
 Je préfère ne pas répondre

15. Avez-vous fait une **SURDOSE** au cours des **30 DERNIERS JOURS**?
- Oui
  - Non
  - Je ne sais pas
  - Je préfère ne pas répondre
16. Avez-vous **REÇU** une **TROUSSE DE NALOXONE** à la sortie de votre établissement?  
(Si la réponse est **NON**, passez à la **question 18**)
- Oui
  - Non
  - Je ne sais pas
  - Je préfère ne pas répondre
17. Si oui, avez-vous **UTILISÉ** la **TROUSSE DE NALOXONE**?
- Oui
  - Non
  - Je ne sais pas
  - Je préfère ne pas répondre
18. Avez-vous **PARTICIPÉ** à un **TAO** au cours des **30 DERNIERS JOURS**? (Si la réponse est **NON**, passez à la **question 21**)
- Oui
  - Non
  - Je ne sais pas
  - Je préfère ne pas répondre
19. Si vous avez répondu oui, quels médicaments avez-vous **PRIS** dans le cadre de votre **TAO** au cours des **30 DERNIERS JOURS**?
- Méthadone (Methadose)
  - Buprénorphine (Subutex)
  - Buprénorphine/naloxone (Suboxone)
  - Naltrexone (Vivitrol)
  - Diacétylmorphine (héroïne médicale)
  - Hydromorphone (Dilaudid)
  - Autre (*veuillez préciser*) : \_\_\_\_\_
  - Je ne sais pas
  - Je préfère ne pas répondre
20. Si vous avez répondu oui, où **AVEZ-VOUS** accès à un **TAO**?
- Médecin principal/omnipraticien

- Entreprise privée (OATC, etc.)
- Clinique de santé communautaire/centre sans rendez-vous
- Hôpital
- Milieu correctionnel (p. ex. détention, pénitencier, prison)
- Autre (*veuillez préciser*) : \_\_\_\_\_
- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

**QUESTIONS QUALITATIVES (À NOTER : ces questions et réponses seront enregistrées sur bande sonore)**

Essayez de répondre aux questions en ordre chronologique, en commençant immédiatement après la mise en liberté jusqu'à maintenant.

21. Veuillez **DÉCRIRE** votre situation et vos expériences de vie **GÉNÉRALES** (p. ex., en lien avec la santé, les relations, le travail/les finances, le logement) **DEPUIS** votre **MISE EN LIBERTÉ** :

**Questions incitatives**

1. Comment la transition immédiatement après votre mise en liberté s'est-elle déroulée? L'expérience était-elle généralement positive ou négative?
2. Quels sont les aspects positifs?
3. Qu'est-ce qui ne s'est pas bien déroulé?

22. Veuillez **DÉCRIRE** votre expérience liée à la **CONSOMMATION D'OPIOÏDES/AUTRES DROGUES DEPUIS** votre **MISE EN LIBERTÉ** :

**Questions incitatives**

1. Avez-vous consommé des opioïdes ou d'autres drogues? Pourquoi/pourquoi pas?
2. **Si le participant consomme actuellement des opioïdes ou d'autres drogues** : La consommation d'opioïdes et d'autres drogues a-t-elle eu des répercussions sur les aspects suivants de votre vie : santé, relations, travail/finances, logement?  
**Si le participant ne consomme pas actuellement d'opioïdes ou d'autres drogues** : Qu'est-ce qui vous a aidé à gérer votre consommation d'opioïdes ou d'autres drogues, le cas échéant?

23. Veuillez **DÉCRIRE** vos expériences avec le **TAO DEPUIS** votre **MISE EN LIBERTÉ** :

**Questions incitatives**

1. Avez-vous eu accès au TAO après votre mise en liberté? Pourquoi/pourquoi pas? Parlez-moi de cette expérience.

2. **Si l'« accès » au TAO a été obtenu après la mise en liberté :** Avez-vous continué de participer au TAO depuis que vous y avez accédé? Pourquoi/pourquoi pas? Parlez-moi de cette expérience.
  3. Participez-vous actuellement à un TAO? Pourquoi/pourquoi pas? Racontez-moi.
  4. **Si la personne « participe actuellement » à un TAO :** Comment le TAO a-t-il fonctionné pour vous? Y a-t-il des changements que vous aimeriez apporter au processus?
  5. Outre le TAO, avez-vous cherché ou utilisé des services liés à la consommation d'opioïdes ou d'autres drogues depuis votre mise en liberté? Dans l'affirmative, parlez-moi de ce qui s'est passé.
24. Veuillez décrire les difficultés ou les obstacles que vous avez rencontrés relativement au TAO.
    1. Y a-t-il des facteurs particuliers qui ont rendu difficile l'accès au TAO ou le maintien de votre participation? Veuillez m'en parler.
  25. Veuillez décrire les facteurs, soutiens ou services qui vous ont été importants ou utiles concernant le TAO.
    1. Y a-t-il des facteurs, des soutiens ou des services qui auraient pu vous être utiles ou qui auraient facilité votre transition globale dans la collectivité, particulièrement en ce qui concerne le TAO?
    2. Y a-t-il des facteurs, des soutiens ou des services qui auraient pu vous être utiles ou qui auraient facilité votre transition dans la collectivité en général?
  26. Veuillez **DÉCRIRE** où vous vous voyez dans un **AN** :

#### **Questions incitatives**

1. Concernant votre consommation d'opioïdes ou d'autres drogues?
2. Particulièrement en ce qui concerne le TAO?
3. De façon plus générale, qu'est-ce qui se passera dans votre vie au cours de la prochaine année?