



ARCHIVED - Archiving Content

Archived Content

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

ARCHIVÉE - Contenu archivé

Contenu archivé

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

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

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

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

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

SERVICE CORRECTIONNEL CANADA

TRANSFORMONS DES VIES. PROTÉGEONS LES CANADIENS.



RAPPORT DE RECHERCHE

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

2018 N° R-398

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

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

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

Yoko Murphy

Institut de recherche sur les politiques de santé mentale,
Centre de recherche en toxicomanie et en santé mentale

Farihah Ali

Institut de recherche sur les politiques de santé mentale,
Centre de recherche en toxicomanie et en santé mentale

et

Benedikt Fischer

Institut de recherche sur les politiques de santé mentale;
Centre de recherche en toxicomanie et en santé mentale

Département de psychiatrie; Institut des sciences médicales;
Centre de criminologie et d'études sociétales, Université de Toronto

Centre de recherche appliquée en santé mentale et en toxicomanie,
Faculté des sciences de la santé, Université Simon Fraser

Service correctionnel du Canada

Octobre 2018

Résumé

Mots clés : *maladie mentale, toxicomanie, analyse documentaire, problèmes de santé, services correctionnels communautaires, transition, délinquants*

La présente étude est une revue narrative de la littérature portant sur les problèmes de santé et l'effondrement de l'accès aux soins et aux services pour les délinquants aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie pendant leur transition de l'incarcération vers la collectivité, sur les facteurs qui contribuent à ces résultats et sur les interventions ou approches d'atténuation des préjudices qui ont été évaluées.

Nous avons interrogé les principales bases de données pour y trouver, dans les études publiées depuis 1996, des publications sur les expériences ou les difficultés liées à la transition et à la mise en liberté de délinquants ayant des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie. Les données ont été regroupées en trois thèmes généraux, soit les défis et résultats lors de la mise en liberté à partir d'un établissement correctionnel, les facteurs qui contribuent à ces défis et les interventions visant à améliorer les résultats. Les facteurs contributifs ont été classés en trois catégories : les facteurs individuels (c.-à-d. les éléments personnels qui expliquent le comportement), les facteurs structurels (c.-à-d. les éléments relatifs au milieu socioéconomique) et les facteurs systémiques.

Les facteurs individuels (dépendances et troubles de la personnalité) augmentent la difficulté liée à la poursuite des traitements. Des facteurs structurels, comme des politiques ou des exigences restrictives en matière de logement et d'emploi, ont nui aux mesures visant à répondre aux besoins particuliers des populations de délinquants atteints de maladie mentale ou de délinquants toxicomanes. Des facteurs systémiques, y compris une planification prélibératoire inadéquate et un logement instable, ont fait obstacle à l'atteinte d'une stabilité sociale et à la participation aux traitements pendant la transition de l'incarcération vers la collectivité.

Les approches les plus systématiquement bénéfiques pour l'ensemble des résultats étaient celles qui comportaient un traitement en établissement et une planification, une exécution et un suivi de la continuité des soins avant et après la mise en liberté. Les interventions prélibératoires ou postlibératoires à elles seules n'étaient généralement pas garantes de contacts continus avec les délinquants, ni de l'engagement des délinquants à participer au traitement au point critique de la mise en liberté, de manière à assurer un traitement ininterrompu pendant la transition de l'incarcération vers la collectivité. Les délinquants qui ont suivi un traitement en santé mentale ou de la toxicomanie après leur mise en liberté ont affiché des taux d'hospitalisation, de consommation de drogues, de décès et de réincarcération plus faibles que ceux qui ne l'avaient pas fait.

Une corrélation a été établie entre les interventions comportant des soins prélibératoires et une aide postpénale continue, grâce à une gestion des cas ou à l'inscription des délinquants à des programmes communautaires avant leur mise en liberté, et une réduction du nombre de rechutes et de retours à un comportement à risque que le délinquant avait adopté avant son incarcération

et de la probabilité d'une nouvelle arrestation, ainsi qu'une hausse du taux de maintien en traitement. Bon nombre de délinquants ayant des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie ont indiqué que leurs besoins les plus pressants au moment de leur transition vers la collectivité étaient liés au logement et à l'emploi ou à une autre forme d'aide financière. Leur incapacité à obtenir un traitement en santé mentale ou en toxicomanie ou à poursuivre un tel traitement après leur mise en liberté était attribuable à leur besoin premier de trouver une stabilité sociale (c.-à-d. un logement et un emploi).

En résumé, la continuité du traitement après la mise en liberté de délinquants atteints de troubles mentaux joue un rôle important dans l'amélioration des résultats, mais elle est compromise lorsque la priorité est accordée à d'autres besoins sociaux pressants. Les stressseurs qui ont contribué aux moins bons résultats étaient le manque de soutien social et les difficultés liées à l'atteinte d'une stabilité en matière de logement et de revenus pendant la réinsertion sociale.

Table des matières

Résumé.....	iii
Introduction.....	1
Méthode	5
Résultats	6
Défis en matière de soins et de santé après la mise en liberté	6
Facteurs contribuant aux difficultés en matière de transition	10
Interventions visant à atténuer les préjudices associés à la mise en liberté	16
Discussion	22
Bibliographie.....	25

Introduction

À l'échelle mondiale, on estime que, tous les jours, 11 millions de personnes sont incarcérées dans des établissements correctionnels et que plus de 30 millions de personnes par an progressent au sein du système carcéral (Kinner, Forsyth et Williams, 2013; Office des Nations Unies contre la drogue et le crime [ONUDC], Bureau régional pour l'Asie du Sud, 2008). Au Canada, on compte quelque 40 000 personnes dans les établissements correctionnels, dont environ 15 000 sous responsabilité fédérale (Reitano, 2016). Plus de 24 000 **détenus** sont donc sous responsabilité provinciale ou territoriale (dont 13 000 en détention provisoire en attente de leur procès ou du prononcé de leur peine), ce qui signifie qu'ils seront probablement mis en liberté au cours des deux prochaines années. En fait, la grande majorité d'entre eux seront mis en liberté au cours des six prochains mois (Programme des services correctionnels, 2015; Maxwell, 2015). En outre, en 2014-2015, il y a eu plus de 205 000 admissions d'adultes en établissement correctionnel au Canada (Programme des services correctionnels, 2015).

L'état de santé généralement plus précaire des délinquants comparativement à celui de la population générale est bien documenté, tout particulièrement en ce qui concerne la plus forte prévalence de maladies chroniques – y compris les troubles de santé mentale et de toxicomanie (Beaudette et Stewart, Binswanger, Krueger et Steiner, 2009; Fazel, Hayes, Bartellas, Clerici et Trestman, 2016; Kouyoumdjian, Schuler, Matheson et Hwang, 2016; Nolan et Stewart, 2017; Stewart, Sapers, Nolan et Power, 2014; Office des Nations Unies contre la drogue et le crime [ONUDC], 2016). Lorsqu'on les compare à la population générale, les détenus dans les nations occidentales montrent une prévalence disproportionnellement élevée (p. ex., environ 40 % selon les enquêtes sur les détenus aux États-Unis) de maladies chroniques et/ou graves, comme l'hypertension, l'asthme, l'hépatite, le diabète, le VIH et l'arthrite (Binswanger et coll., 2009; Fazel et Baillargeon, 2011; Wilper et coll., 2009). Fazel et Seewald (2012) ont procédé à un examen systématique de l'état psychiatrique de 33 588 détenus et constaté qu'environ un délinquant sur sept était atteint d'une maladie psychotique ou d'une dépression majeure, soit une prévalence de deux à quatre fois plus élevée que dans la population générale. La prévalence d'une maladie psychotique était d'environ 4 %, et celle d'une dépression majeure, de 10 % à 14 %; ces taux étaient stables comparativement à ceux établis dans un examen systématique semblable de 22 790 détenus qui a été mené une décennie plus tôt (Fazel et Danesh, 2002; Fazel

et Seewald, 2012). La toxicomanie a été évaluée dans un examen systématique distinct mettant en cause 7 563 détenus; les estimations de la prévalence d'une toxicomanie se situaient entre 14 % et 30 % pour l'abus d'alcool et la dépendance à l'alcool et entre 10 % et 48 % pour l'abus de drogues/la dépendance aux drogues chez les délinquants de sexe masculin, et entre 10 % et 52,4 % et entre 17,1 % et 60,4 %, respectivement, chez les délinquantes (Fazel, Bains et Doll, 2006). Ici encore, comparativement à la population générale, cela représentait une prévalence d'abus d'alcool/de dépendance à l'alcool légèrement plus élevée chez les délinquants et de deux à quatre fois plus élevée chez les délinquantes, et une prévalence d'abus de drogues/de dépendance aux drogues de deux à dix fois plus élevée chez les délinquants et d'au moins 13 fois plus élevée chez les délinquantes (Fazel et coll., 2006), par rapport aux hommes et aux femmes de la population générale. Les taux de prévalence de la toxicomanie et des troubles mentaux dans les populations carcérales canadiennes semblaient être encore plus élevés chez les hommes (Beaudette et Stewart, 2016) et chez les femmes (Derksen, Barker, McMillan et Stewart, 2017) que ceux indiqués dans la présente étude.

Au Canada, 70 % des détenus de sexe masculin purgeant une peine de ressort fédéral en 2014-2015 présentaient au moins un trouble mental, y compris un trouble lié à la consommation abusive d'alcool ou de drogues (49,6 %) ou un trouble de personnalité antisociale (44,1 %) (Beaudette et Stewart, 2016). Si l'on fait abstraction de ces troubles-là, 40 % de ces détenus répondaient encore aux critères pour au moins un trouble mental, comparativement à 12,4 % dans la population générale (Beaudette et coll., 2015); plus d'un tiers des détenus de sexe masculin qui ont été admis répondaient aux critères pour des troubles concomitants (Sapers, 2015).

L'incarcération peut être une occasion unique et « parfois la seule occasion d'adopter une démarche logique afin d'évaluer et de traiter les besoins en santé [TRADUCTION] » de certains délinquants (Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé, 2007, p. 16). Les établissements correctionnels peuvent donc agir comme premier point de contact crucial avec les soins de santé et peuvent être, pour bon nombre de délinquants ayant des besoins en santé non traités et non satisfaits, une occasion de traitement de maladies chroniques, de troubles mentaux ou de toxicomanies. Entre autres exemples, un dépistage courant des maladies infectieuses dans les établissements a permis de déceler un grand nombre de cas de séropositivité jusque-là inconnus, ce qui a permis un aiguillage vers un traitement adéquat et un début de

traitement (Beckwith et coll., 2012; de Voux et coll., 2012). Les taux de dépistage de maladies infectieuses ont récemment augmenté au sein des services correctionnels au Canada. En 2000, environ 37 % de détenus sous responsabilité fédérale ont subi des tests de dépistage du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC), mais ce nombre avait augmenté à environ 57 % en 2008 (Service correctionnel du Canada, 2012; Zakaria, Thompson, Jarvis et Smith, 2010). Environ 53 % des détenus séropositifs dans les établissements fédéraux au Canada suivaient une thérapie antirétrovirale en 2007, bien que 60 % de ceux qui ont suivi cette thérapie à un moment ou un autre ont déclaré des interruptions de traitement en établissement, et 33 % des détenus sous responsabilité fédérale porteurs du VHC n'ont jamais consulté un professionnel de la santé ou reçu un traitement pendant leur incarcération (Zakaria et coll., 2010).

La Stratégie en matière de santé mentale du Service correctionnel du Canada (SCC) prévoit le dépistage et l'évaluation des détenus à l'admission afin d'offrir un accès aux soins primaires pendant l'incarcération et une planification postlibératoire pour faciliter un aiguillage vers les soins dans la collectivité après la mise en liberté (Service correctionnel du Canada, 2015). Des programmes de lutte contre la toxicomanie en groupe ou individuels de divers niveaux d'intensité sont depuis longtemps offerts dans les établissements correctionnels à Canada, mais ils font maintenant partie intégrante du Modèle de programme correctionnel intégré qui s'applique aux multiples besoins liés aux facteurs criminogènes (Service correctionnel du Canada, 2014). En 1997, toutefois, des programmes de traitement d'entretien à la méthadone (TEM) ont été mis en œuvre au Canada afin d'éviter une interruption de traitement pour les détenus sous responsabilité fédérale qui suivaient déjà un TEM dans la collectivité; en 2002, le programme a été élargi pour permettre l'amorce du TEM dans les établissements correctionnels (Betteridge et Dias, 2007). Au cours de la dernière décennie, quelque 5 % des hommes et environ 10 % des femmes sous responsabilité fédérale ont amorcé le TEM en milieu carcéral (Johnson, Farrell MacDonald et Cheverie, 2011; Luce et Strike, 2011; MacSwain, Cheverie, Farrell MacDonald et Johnson, 2012). La plupart des établissements provinciaux permettent de poursuivre le TEM, mais l'amorce de ce traitement en milieu carcéral n'est pas offerte dans tous les cas (Betteridge et Dias, 2007; Luce et Strike, 2011).

Il importe de noter que le roulement dans les établissements correctionnels est considérablement plus élevé que la population carcérale à tout moment; à l'échelle mondiale, 30 millions de personnes seraient détenues puis mises en liberté dans la collectivité chaque année

(Walmsley, 2013). Au Canada, la grande majorité des délinquants seront mis en liberté dans l'année qui suivra le prononcé de leur peine; en effet, 87 % des personnes incarcérées en 2013-2014 purgeaient une peine de six mois ou moins (Maxwell, 2015). La période qui suit la mise en liberté est un point vulnérable pour les populations carcérales, un moment critique marqué par un risque accru de morbidité et de mortalité et par une perturbation des services de santé qui étaient obtenus en établissement (Binswanger et coll., 2007; Rosen, Schoenbach et Wohl, 2008). Lorsqu'ils sont mis en liberté, les délinquants atteints de maladies chroniques nécessitant des soins, comme des problèmes de santé mentale et de toxicomanie, ne peuvent pas simplement retourner dans la collectivité sans mécanismes visant à assurer la continuité des soins. En cas d'interruption ou d'arrêt de médication pour certains traitements obtenus en établissement (p. ex., le TEM), les effets seront annulés et les délinquants courront un risque accru de conséquences néfastes sur leur santé et de mort.

Le lourd fardeau en santé qui pèse sur les populations carcérales et qui est attribuable à des maladies chroniques, y compris des problèmes de santé mentale et de toxicomanie, a été soulevé comme étant un défi, et nombre d'instances s'efforcent d'amorcer ou de fournir des traitements en établissement. Si toutefois les soins sont interrompus après la mise en liberté, tous ces efforts auront été vains. Cette étude avait pour principal objectif de faire une revue narrative des écrits portant sur les problèmes de santé et l'effondrement de l'accès aux soins et aux services pour les délinquants aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie lors de la transition de l'incarcération vers la collectivité, sur les facteurs qui contribuent à ces résultats et sur les interventions ou approches d'atténuation des préjudices qui ont été évaluées au cours des 20 dernières années.

Méthode

Afin de relever des données et des écrits pertinents, nous avons effectué des recherches dans des bases de données clés (p. ex., PubMed, OVID, Medline et ProQuest) pour y trouver des publications contenant des données sur les expériences ou les défis liés à la transition vers la collectivité ou la mise en liberté de délinquants atteints d'une maladie mentale ou de délinquants toxicomanes. Des recherches axées sur des mots-clés (c.-à-d. services correctionnels; établissement; prison; détenus; libéré conditionnel; mise en liberté; transition; collectivité; assistance postpénale; toxicomanie; santé mentale; expériences; défis; rechute; interventions) ont été effectuées en ciblant des études publiées depuis 1996, soit sur une période de 20 ans. L'information recueillie a été regroupée en trois vastes thèmes, soit les défis et résultats lors de la mise en liberté, les facteurs qui contribuent à ces défis et les interventions et approches visant à améliorer les résultats. Les facteurs contributifs ont été classés en trois catégories, soit les facteurs individuels (c.-à-d. les motivations ou éléments personnels qui expliquent le comportement), les facteurs structurels (c.-à-d. les éléments relatifs à l'environnement économique et social) et les facteurs systémiques (c.-à-d. les lacunes sur le plan des systèmes ou des réseaux de soins).

Résultats

Difficultés liées à l'accès aux soins et aux services de santé après la mise en liberté

Indicateurs de résultats en santé après la mise en liberté

Les problèmes de santé mentale et de toxicomanie des délinquants au moment de leur incarcération présentent des difficultés uniques qui placent ces délinquants à risque de mauvais résultats en santé lors de leur transition vers la collectivité. En Australie, des délinquants atteints d'un trouble mental permanent diagnostiqué, comparativement à un groupe contrôle, étaient considérablement plus susceptibles de déclarer des comportements à risque en matière de consommation d'alcool (22,3 % c. 13,9 %) et de drogues injectables (16,0 % c. 9,4 %) lors de la rencontre de suivi de six mois (Cutcher, Degenhardt, Alati et Kinner, 2014). Des délinquantes récemment mises en liberté (dans les six mois précédents) à Baltimore (Maryland) étaient plus susceptibles d'avoir fumé du crack (rapport des cotes corrigé [RCC] de 2,61), de s'être injecté des drogues (RCC de 1,90) ou d'avoir eu des relations sexuelles en échange de drogues (RCC de 11,30) au cours du dernier mois que des femmes n'ayant jamais été incarcérées; aucune différence significative n'a été notée au niveau de comportements à risque entre les femmes mises en liberté depuis plus longtemps et celles qui n'ont jamais été incarcérées (Hearn, Whitehead, Khan et Latimer, 2015). Au Canada, les délinquants sous responsabilité fédérale qui ont des troubles mentaux, surtout des troubles mentaux concomitants incluant une toxicomanie, montrent des résultats plus faibles que les autres (Stewart et Wilton, 2014).

En Australie, comparativement à un groupe témoin, plus de délinquants ayant un trouble mental permanent diagnostiqué ont déclaré divers indicateurs de résultats en santé s'étant aggravés lors du suivi de six mois, comme ressentir un très haut niveau de stress (16,2 % c. 6,0 %), avoir consulté un omnipraticien (60,7 % c. 44,9 %), avoir communiqué avec un service de santé mentale (29,5 % c. 8,5 %) ou avoir été hospitalisés (13,0 % c. 8,3 %) (Cutcher et coll., 2014). Chez les délinquants mis en liberté, 27 % des hospitalisations en Australie-Occidentale étaient attribuables à des troubles de santé mentale (Alan, Burmas, Preen et Pfaff, 2011), et le fait d'avoir un trouble de santé mentale ou un trouble de consommation abusive d'une substance au Rhode Island augmentait la probabilité d'une visite en salle d'urgence de 42 % et de 93 %, respectivement (Frank et coll., 2013). En outre, près du tiers d'un échantillon de délinquants aux États-Unis a déclaré un niveau accru de dépression (30,8 %) et de stress (29,8 %) trois semaines

après la mise en liberté (van den Berg et coll., 2016). On a observé de fréquentes autodéclarations de surdose au cours des trois premiers mois après la mise en liberté chez des délinquants des échantillons au Colorado, en Australie occidentale et en Russie (Binswanger et coll., 2012; Cepeda, Niccolai et coll., 2015; Winter et coll., 2015).

Les délinquants mis en liberté présentent aussi un risque accru de décès (environ 3,5 fois plus probable lors d'un suivi moyen de deux ans) comparativement à la population générale, tout particulièrement (12,7 fois) pendant les deux premières semaines (Binswanger et coll., 2007). Les problèmes de santé mentale ont été liés à un risque accru de décès après la mise en liberté; entre autres exemples, 30 % et 16 % des décès d'ex-détenus en Australie et en Suède, respectivement, étaient attribuables à un suicide, bien qu'un diagnostic réel de troubles de santé mentale n'ait pas été clairement établi (Andrews et Kinner, 2012; Chang, Lichtenstein, Larsson et Fazel, 2015). Ce risque serait plus élevé pendant la période critique qui suit la mise en liberté; sur 382 suicides d'ex-détenus survenus pendant une période d'un an en Angleterre et au Pays de Galles, 21 % ont été commis au cours des 28 premiers jours, et 51 % au cours des quatre premiers mois (Pratt, Piper, Appleby, Webb et Shaw, 2006).

La consommation de drogues est aussi un facteur qui contribue considérablement à des taux élevés de décès pendant la transition de l'incarcération vers la collectivité. Lors d'un suivi après cinq ans auprès d'ex-détenus de sexe masculin et de sexe féminin en Suède, les décès liés à des troubles de santé mentale ont représenté 34 % et 50 % de la mortalité toutes causes confondues ou 42 % et 70 % de la mortalité pour cause externe, respectivement (Chang et coll., 2015). En Australie, lors d'un examen des dossiers du coroner portant sur des ex-détenus décédés, 36 % des décès étaient attribuables à une surdose accidentelle – donc la principale cause de décès – et 9 % des décès étaient attribuables à des troubles de santé mentale et de comportement causés par la consommation de substances psychoactives (Andrews et Kinner, 2012). Sur 261 décès liés à la consommation de drogues chez d'ex-détenus (soit 59 % de tous les décès d'ex-détenus en Angleterre et au Pays de Galles en 1998-2003), 55 % étaient attribuables à des troubles de santé mentale et de comportement liés à la consommation de drogues, et 42 % étaient liés à une surdose accidentelle ou intentionnelle (Farrell et Marsden, 2008). Les surdoses ont été la principale cause de décès (23,3 %) d'ex-détenus mis en liberté entre 1999 et 2003 dans l'État de Washington, et elles ont été la cause de 71 % des décès survenus dans les deux semaines qui ont suivi la mise en liberté (Binswanger et coll., 2007). De même, les risques de

décès lié à la consommation de drogues étaient plus de dix fois plus élevés chez les femmes et huit fois plus élevés chez les hommes dans les deux semaines suivant la mise en liberté en Angleterre et au Pays de Galles, comparativement à un an plus tard (Farrell et Marsden, 2008). En Ontario, au Canada, près de 10 % de tous les décès liés à la consommation de drogues entre 2006 et 2013 sont survenus chez d'ex-détenus sous responsabilité provinciale pendant l'année qui a suivi leur mise en liberté; 20 % des 702 décès sont survenus pendant la première semaine après la mise en liberté (Groot et coll., 2016).

Répartition des services de traitement et des soins après la mise en liberté

Pour favoriser la réussite de la transition de l'incarcération vers la collectivité, les délinquants ayant un trouble de l'usage d'une substance ou une maladie mentale doivent avoir accès à des services après leur mise en liberté, qu'ils soient inscrits à des programmes de traitement ou qu'ils continuent de prendre des médicaments ou de recevoir du counseling comme c'était le cas pendant leur incarcération. Toutefois, malgré des besoins importants en services, la participation au traitement et la poursuite du traitement après la mise en liberté demeurent faibles. Dans un échantillon de délinquants récemment mis en liberté aux États-Unis, 62,5 % prévoient avoir besoin de services liés à la consommation de substances après leur mise en liberté, mais seulement 44 % des délinquants avaient obtenu ces services au moment du suivi; de même, 48 % prévoient avoir besoin de services de santé mentale après leur mise en liberté, mais seulement 15 % des délinquants avaient obtenu ces services (Begun, Early et Hodge, 2016). Dans une étude distincte menée en Australie, seulement un quart (25 %) des délinquants ayant indiqué avoir un niveau de stress psychologique « très élevé » et « élevé et croissant » ont obtenu des services de santé mentale dans la collectivité dans l'année ayant suivi leur mise en liberté (Thomas et coll., 2016). Pour ceux qui ont reçu un traitement, la quantité, la qualité et l'efficacité des services posaient problème. Entre autres exemples, à Washington, 58 % d'un échantillon de délinquants ayant une maladie mentale ont obtenu des services de santé mentale dans la collectivité pendant la période d'un an et demi à quatre ans qui a suivi leur mise en liberté, mais l'analyse a révélé que la prévalence d'un recours constant aux services (pendant au moins neuf des douze premiers mois après la mise en liberté) était de seulement 16 % pour des services de santé mentale et 5 % pour des services liés à la consommation d'alcool ou de drogues (Lovell, Gagliardi et Peterson, 2002).

Ces délinquants doivent composer avec d'autres problèmes de santé, comme le VIH ou d'autres maladies infectieuses, ils requièrent donc des programmes de soins distincts après la mise en liberté. Des programmes postlibératoires visant à répondre aux besoins en soins pour la lutte contre le VIH ont été offerts à 72 % des ex-détenus séropositifs à New York en 2011, et 73 % de ceux-ci ont été aiguillés vers des soins dans les 30 jours ayant suivi leur mise en liberté (Jordan et coll., 2013). Il importe de noter que l'obtention de services n'implique pas nécessairement que le traitement ait été satisfaisant ou que le délinquant ait continué de participer au traitement. Plus particulièrement, certains traitements comme la thérapie antirétrovirale et le TEM exigent une participation continue au traitement au moment de la mise en liberté et lors de la transition vers la collectivité. Autrement, les bienfaits d'un tel traitement pendant l'incarcération seront annulés. Pourtant, seulement 5 % des délinquants séropositifs au Texas ont rempli leur ordonnance de thérapie antirétrovirale à temps pour éviter une interruption de traitement après leur mise en liberté, et 30 % des délinquants ont rempli leur ordonnance dans les 60 jours ayant suivi leur mise en liberté (Baillargeon, Black, Pulvino et Dunn, 2000); de même, 15 % des délinquants séropositifs à San Francisco ont continué leur thérapie antirétrovirale alors qu'ils étaient en établissement et dans la collectivité sur une période de neuf ans (Pai, Estes, Moodie, Reingold et Tulsy, 2009). Au Canada, entre 1996 et 2008, l'interruption ou l'arrêt de la thérapie antirétrovirale chez les consommateurs de drogues injectables séropositifs est survenu dans 63 % des cas; l'interruption de cette thérapie serait associée à la consommation de drogues en public (rapport des risques corrigé [RRC] : 1,67) et au fait d'être une femme (RRC : 1,23) (Werb et coll., 2013).

Chez les délinquants ayant commencé un TEM dans un établissement fédéral canadien, seulement 25 % des hommes (2006-2008) et 27 % des femmes (2003-2008) ont continué ce traitement après leur mise en liberté (Farrell MacDonald, MacSwain, Cheverie, Tiesmaki et Fischer, 2014; MacSwain, Farrell MacDonald, Cheverie et Fischer, 2013). En Australie, les délinquants qui ont poursuivi sans interruption leur traitement d'entretien aux opioïdes (TEO) après leur mise en liberté affichaient des taux de mortalité considérablement plus faibles quatre semaines et un an après leur mise en liberté, comparativement à ceux qui ont interrompu leur TEO ou qui n'en ont jamais reçu (Degenhardt et coll., 2014). Aucun effet de protection contre la mortalité n'a été constaté chez ceux qui suivaient un TEO malgré des interruptions, comparativement aux délinquants mis en liberté qui n'ont reçu aucun traitement (Degenhardt et

coll., 2014). Cette étude illustre l'importance vitale d'un traitement continu – donc sans interruption – pour assurer l'efficacité du TEO/TEM chez les délinquants qui présentent une dépendance aux opiacés.

Facteurs contribuant aux difficultés pendant la transition

Facteurs individuels

Les problèmes de comportement des ex-détenus ayant des troubles de santé mentale ou de consommation d'alcool ou de drogues peuvent nuire à l'atteinte d'une stabilité sociale à l'intérieur de structures conventionnelles qui faciliteraient la réinsertion sociale. Entre autres exemples, certains symptômes directement liés à des troubles de santé mentale (p. ex., des symptômes d'un trouble de la personnalité) ont empêché des ex-détenus de retrouver un environnement structuré traditionnel, comme un lieu de travail avec de nombreux collègues (Binswanger et coll., 2011). Le stress, l'anxiété et un sentiment de désespoir ont été des thèmes importants dans plusieurs études qualitatives menées auprès de délinquants récemment mis en liberté, et ces symptômes peuvent s'accumuler et entraîner des problèmes ou des résultats psychiatriques plus graves, voire mener à des pensées suicidaires (Binswanger et coll., 2011; J. E. Johnson et coll., 2013; van Olphen, Eliason, Freudenberg et Barnes, 2009). Une santé mentale plus précaire et une consommation dangereuse d'alcool ou de drogues peu après la mise en liberté ont été associées à des stressseurs particuliers, comme des problèmes avec un membre de la famille, un être cher ou un ami (Calcaterra, Beaty, Mueller, Min et Binswanger, 2014; J. E. Johnson et coll., 2013; Wallace et coll., 2016). La toxicomanie a été désignée comme étant un mécanisme d'adaptation : « C'est mon mécanisme d'adaptation – je consomme de l'alcool ou des drogues lorsque je me sens fragile [traduction] » (J. E. Johnson et coll., 2013). Un autre détenu dans une étude américaine a expliqué que le stress associé à la transition vers la collectivité et à la lutte pour la survie est si grand qu'il peut entraîner la mort par surdose accidentelle ou intentionnelle :

Je pense que les gens font des surdoses de drogues parce qu'ils ressentent beaucoup de stress. Ils ne savent plus quoi faire et ils ont l'impression que tout joue contre eux lorsqu'ils sortent de prison, alors ils cherchent une porte de sortie. Alors ils font une surdose de drogues ou ils se suicident, puis ils n'ont plus de problèmes (Binswanger et coll., 2011, p. 253).

De plus, les toxicomanes récemment mis en liberté sont plus susceptibles de mourir d'une surdose parce que leur niveau de tolérance physique à l'égard des drogues a changé en raison d'une période d'abstinence ou d'un accès limité à des drogues pendant leur incarcération et que cette situation leur échappe (Binswanger et coll., 2012).

Chez les délinquants aux prises avec un problème de maladie mentale ou de toxicomanie, le refus de reconnaître qu'un traitement est nécessaire serait un premier obstacle lorsqu'il s'agit d'obtenir des services après leur mise en liberté (J. E. Johnson et coll., 2013). Même chez ceux qui ont reconnu avoir un besoin ou un désir de traitement, la stigmatisation agit comme un obstacle à une réelle participation aux services (J. E. Johnson et coll., 2013; van Olphen et coll., 2009). En outre, la stigmatisation pourrait bien être un obstacle encore plus grand chez les délinquantes en raison de stéréotypes fondés sur le sexe et d'une perception accrue de jugement ou si elles sont incapables de respecter les exigences des programmes de traitement (van Olphen et coll., 2009). La moitié (50 %) des délinquantes toxicomanes en Californie ont indiqué qu'une libération anticipée était un facteur de motivation pour l'obtention d'une assistance postpénale; les autres incitatifs étaient la possibilité d'emploi (34 %), la qualité du programme (33 %), l'accès à des services familiaux (25 %), l'emplacement (23 %), la durée du programme (21 %), la capacité d'amener ses enfants au programme (20 %), l'obtention d'une recommandation pour le programme (17 %) et l'accès à des services de santé mentale (14 %) (Grella et Rodriguez, 2011). Même si l'accès initial au traitement était réussi, une moins grande satisfaction à l'égard des programmes d'assistance postpénale ainsi que des agents de libération conditionnelle et d'assistance postpénale a été associée à l'abandon des programmes (Binswanger et coll., 2011; Hiller, Knight et Simpson, 1999). Les délinquants mis en liberté ont déclaré avoir besoin de renforcement positif ou d'avantages tangibles pour continuer de participer aux programmes (Angell, Matthews, Barrenger, Watson et Draine, 2014). Des délinquants séropositifs et toxicomanes mis en liberté en Caroline du Nord ont exprimé avoir de la difficulté à gérer leurs médicaments contre le VIH en raison d'une rechute survenue comme suite d'une relation rompue et du stress lié à la mise en liberté (Haley et coll., 2014).

Facteurs structurels

Les politiques sur l'emploi et le logement ou l'hébergement qui visent à restreindre l'accès des délinquants mis en liberté en ont dissuadé certains de chercher de telles occasions, à

moins d'une bonne dose de persuasion (van Olphen, Freudenberg, Fortin et Galea, 2006; van Olphen et coll., 2009). Comme l'a expliqué un homme récemment mis en liberté à New York :

Je n'ai pas lâché prise (tentant de donner suite à sa recommandation pour un hébergement temporaire). J'ai dit que j'avais une recommandation de cinq jours ici, et ils ont refusé, alors je leur ai dit qu'ils allaient devoir appeler la police pour me renvoyer à Rikers Island. Alors vers 23 h, ils ont accepté de me donner une chambre. Mais la première chose qu'ils m'aient dite était de quitter les lieux (van Olphen et coll., 2006, p. 378).

Cette persévérance face aux obstacles en matière d'hébergement et d'autres besoins existentiels est tout particulièrement difficile pour ceux qui doivent composer avec des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie et d'autres besoins qui les empêchent de pleinement s'employer à trouver du travail et un logement, bien qu'ils reconnaissent le fardeau qu'impose l'absence d'emploi sur leur capacité à réussir leur réinsertion sociale et à trouver une stabilité financière (Binswanger et coll., 2011; Binswanger et coll., 2012; Cepeda, Vetrova et coll., 2015; J. E. Johnson et coll., 2013; van Olphen et coll., 2006). En Illinois, la pauvreté chez un échantillon d'ex-détenus atteints d'une maladie mentale a d'ailleurs été associée à la réincarcération, aux admissions en hôpital psychiatrique et à l'itinérance (McCoy, Roberts, Hanrahan, Clay et Luchins, 2004).

Bon nombre d'études ont relevé des obstacles, même pour les délinquants bien intentionnés, en ce qui concerne le premier contact avec des services de traitement des maladies mentales ou des toxicomanies. Entre autres exemples, un grand nombre de délinquants ont expliqué avoir été mis en liberté tôt le matin (c.-à-d. au beau milieu de la nuit), alors que les services sont fermés et donc inaccessibles; sans un arrangement en matière d'hébergement ou des contacts dans le monde extérieur, ils sont nombreux à passer la nuit (ou plus longtemps encore) dans les rues, à retrouver des réseaux illicites familiaux et à reprendre contact avec des toxicomanes, ce qui les rend vulnérables à une rechute (van Olphen et coll., 2006). Certaines délinquantes avaient besoin de services d'hébergement ou de traitement qui acceptent leurs enfants, mais n'ont pu y avoir accès, ou encore elles étaient fortement dissuadées d'obtenir un traitement puisque celui-ci n'était pas offert dans leur quartier (O'Brien, 2007).

Des conséquences trop strictes ou punitives en cas de non-respect des modalités d'un programme dans la collectivité feraient obstacle au maintien en traitement chez les délinquants aux prises avec une maladie mentale ou une toxicomanie (Angell et coll., 2014; J. E. Johnson et coll., 2013; J. E. Johnson et coll., 2015; van Olphen et coll., 2009). En outre, bien souvent, les conditions de la libération conditionnelle étaient difficiles à respecter. Or, ceux qui avaient des problèmes de consommation abusive d'une substance et de troubles psychiatriques concomitants étaient assujettis à une surveillance plus étroite, d'où une détection plus fréquente de manquements aux conditions du traitement ou de la libération conditionnelle, et donc plus de conséquences punitives (Binswanger et coll., 2011; Wood, 2011). Inversement, un manque de responsabilisation ou de suivi de la part des agents de libération conditionnelle ou des agents de la cour allait de pair avec l'absence de conséquences en cas d'interruption du traitement (O'Brien, 2007).

Facteurs systémiques

L'absence d'arrangement en matière d'hébergement avant la mise en liberté peut amener les délinquants à retrouver des réseaux illicites pour obtenir du soutien, d'où une probabilité accrue d'un retour aux mêmes comportements (Binswanger et coll., 2011; Binswanger et coll., 2012; Cepeda et coll., 2015; J. E. Johnson et coll., 2013; van Olphen et coll., 2009). S'ils se retrouvent dans les mêmes circonstances qu'avant leur incarcération, et s'ils ne disposent pas de stratégies ou d'outils adéquats pour trouver un emploi et un logement stables, les délinquants mis en liberté peuvent se retrouver sans abri, récidiver et être réincarcérés (Luther, Reichert, Holloway, Roth et Aalsma, 2011; van Olphen et coll., 2009). Aux États-Unis, une corrélation a été établie entre l'itinérance et l'arrestation et la réincarcération des délinquants aux prises avec une maladie mentale ou une toxicomanie (Freudenberg, Daniels, Crum, Perkins et Richie, 2008; McCoy et coll., 2004), ainsi qu'une probabilité moindre d'avoir un fournisseur de soins habituel pour la lutte contre le VIH (66,2 % des délinquants sans abri c. 78,6 % des délinquants hébergés) et de suivre une thérapie antirétrovirale (46,0 % c. 57,9 %) chez un échantillon de délinquants séropositifs (Zelenev et coll., 2013).

Toujours aux États-Unis, les délinquants ayant participé à un programme de réinsertion sociale pour délinquants atteints d'une maladie mentale ont indiqué que leurs besoins les plus pressants après leur mise en liberté seraient le logement (63 %) et l'aide financière (35 %), bien

en tête de leurs besoins en traitement (12 %) (Blank Wilson, 2013). Pourtant, parmi les délinquants américains de sexe masculin ayant des antécédents de traumatismes et approchant la date de libération, ceux qui avaient des antécédents de toxicomanie ou de problèmes de santé mentale allaient vraisemblablement obtenir moins de soutien personnel que les autres (Pettus-Davis, 2014). À New York, les niveaux d'emploi chez les adolescents de sexe masculin et les femmes adultes étaient les mêmes six mois avant l'arrestation et un après leur mise en liberté (Freudenberg et coll., 2008). En Australie, les délinquants ayant un trouble mental diagnostiqué permanent étaient plus susceptibles que ceux sans diagnostic permanent de déclarer une situation de logement instable (24 % c. 17,3 %) et une situation de chômage (69,6 % c. 60,5 %) au suivi de six mois (Cutcher et coll., 2014).

Le risque d'entrer dans un cycle de nouvelle arrestation et de réincarcération est une réalité pour les délinquants qui ont des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie, tout particulièrement pour ceux qui ont des troubles concomitants; ces facteurs nuisent couramment à l'accès aux soins et aux services après la mise en liberté. Aux États-Unis, parmi un échantillon nationalement représentatif des détenus dans les prisons d'État, les délinquants en liberté conditionnelle atteints de troubles psychiatriques ou de troubles de consommation abusive d'une substance grave étaient, en moyenne, arrêtés de nouveau plus tôt (entre deux mois et demi et quatre mois et demi plus tôt) que ceux qui avaient un diagnostic mixte (Wood, 2011). Chez les délinquants atteints d'une maladie mentale grave dans l'État de New York, la probabilité d'une nouvelle arrestation dans les 30 jours qui suivent la mise en liberté était 26 % plus élevée pour ceux qui avaient aussi un diagnostic de toxicomanie (Hall, Miraglia, Lee, Chard-Wierschem et Sawyer, 2012). De même, au Texas, on a observé un risque accru de réincarcérations multiples sur une période de suivi de six ans chez un échantillon de délinquants ayant des troubles psychiatriques et des troubles de toxicomanie; les délinquants avec un diagnostic mixte étaient 1,5 fois et 2,3 fois plus susceptibles d'être réincarcérés quatre fois ou plus que ceux qui avaient seulement un trouble psychiatrique ou un trouble de toxicomanie, respectivement (Baillargeon et coll., 2010). On a noté ces mêmes faibles résultats chez des délinquants canadiens mis en liberté et ayant un trouble de santé mentale et un trouble de toxicomanie, comparativement à des délinquants ayant un trouble de santé mentale sans la comorbidité d'un trouble de toxicomanie (Wilton et Stewart, 2017).

Après une série d'entrevues auprès de délinquants récemment mis en liberté (âgés de 18 à 29 ans) partout aux États-Unis, de plus faibles notes pour la réinsertion sociale globale, la cohérence sociale des relations personnelles et le soutien social ont été associées à la consommation de drogues dures (c.-à-d. autres que de la marijuana) au cours des 30 derniers jours (Seal et coll., 2007). Inversement, les délinquants toxicomanes ont désigné le soutien familial, les services de libération conditionnelle et l'hébergement comme des éléments importants pour maintenir la sobriété après la mise en liberté (Binswanger et coll., 2012; Salem, Nyamathi, Idemundia, Slaughter et Ames, 2013). Des délinquantes toxicomanes récemment mises en liberté ont expliqué qu'en raison des ressources de traitement insuffisantes en établissement, elles n'étaient pas parvenues à coordonner ou développer des mécanismes d'adaptation permettant de composer efficacement avec les déclencheurs ou les problèmes de consommation après la mise en liberté (J. E. Johnson et coll., 2013).

Il a été établi que le contact avec des services ou des agents chargés des cas peu après la mise en liberté – et idéalement avant la mise en liberté – était essentiel à la participation à un programme ou à l'accès à des services. Évidemment, une corrélation a été établie entre de longues périodes d'attente entre la mise en liberté et le contact avec un agent de la cour ou un agent de probation et une baisse de motivation à obtenir des soins (Aalsma, Brown, Holloway et Ott, 2014; Binswanger et coll., 2011). Le manque de connaissances sur la manière d'obtenir des soins de santé a eu un effet dissuasif sur la participation aux soins (Binswanger et coll., 2011).

Les délinquants ayant une maladie mentale grave étaient plus susceptibles d'être mis en liberté en raison de mécanismes imprévisibles – d'où une planification inadéquate de la libération – que les autres délinquants dans les établissements de Philadelphie (49 % c. 42 %, respectivement) (Draine, Blank Wilson, Metraux, Hadley et Evans, 2010). Le fait de ne pas être mis en liberté comme prévu a fait échouer les efforts de coordination d'un traitement postlibératoire chez des délinquants toxicomanes atteints du virus de l'hépatite C à New York (Klein et coll., 2007). Chez les délinquants ayant des problèmes de santé mentale, un délai insuffisant avant la mise en liberté a nui à la capacité d'assurer et de coordonner la continuité de la médication associée au traitement en établissement après la mise en liberté, tout particulièrement lorsqu'ils présentaient des troubles concomitants (Binswanger et coll., 2011; Binswanger et coll., 2012; J. E. Johnson et coll., 2013). Un tel retard dans l'accès à la médication

et aux soins est peu pratique pour les délinquants ayant une maladie mentale qui font la transition vers la collectivité, comme l'a expliqué un ex-détenu :

... ces personnes... qui ont vraiment des problèmes de santé mentale graves qui déambulent dans les rues, qui se parlent à elles-mêmes et qui voient des choses et tout le reste, pourquoi pensent-ils qu'elles vont s'asseoir là et attendre jour après jour qu'elles voient quelqu'un [un professionnel de la santé mentale]. (Binswanger et coll., 2011, p. 251).

Interventions visant à atténuer les préjudices associés à la mise en liberté

Interventions prélibératoires

Les interventions prélibératoires sont des interventions mises en œuvre en établissement pour les détenus atteints d'une maladie mentale et les détenus toxicomanes qui visent largement à assurer ou à accroître la participation postlibératoire au traitement, et ces interventions ont certains effets démontrés. Aux États-Unis, les délinquants violents ayant des besoins en santé mentale étaient plus susceptibles de recevoir un traitement dans les trois mois suivant leur mise en liberté s'ils avaient fait l'objet d'une gestion de cas prélibératoire (rapport des cotes de 2,37) ou si on les avait aidés à obtenir une assurance-maladie (rapport des cotes de 2,45) que ceux qui n'avaient pas obtenu une telle aide (Hamilton et Belenko, 2016). Les délinquants toxicomanes étaient plus susceptibles de participer à un traitement de lutte contre l'abus d'alcool ou de drogues dans la collectivité si un gestionnaire de cas les attendait à la porte au moment de leur mise en liberté (Jacob Arriola, Braithwaite, Holmes et Fortenberry, 2007); c'était également le cas pour ceux qui avaient fait l'objet d'une évaluation prélibératoire des besoins (rapports des cotes de 1,77) (Hamilton et Belenko, 2016).

Les taux de maintien en traitement après la mise en liberté étaient plus élevés chez les délinquants ayant obtenu un traitement de substitution et d'entretien aux opioïdes en établissement, comparativement à ceux pour qui le traitement n'avait été recommandé qu'après la mise en liberté (Gordon, Kinlock, Schwartz et O'Grady, 2008; Gordon et coll., 2014; Kinlock, Gordon, Schwartz, Fitzgerald et O'Grady, 2009; McKenzie et coll., 2012; Zaller et coll., 2013). Certains éléments indiquent que le type de traitement en établissement pourrait permettre de prédire le maintien en traitement après la mise en liberté; 93 % des participants à un traitement de traitement à la buprénorphine en établissement ont indiqué avoir l'intention de poursuivre le

traitement après leur mise en liberté, comparativement à 44 % des participants à un traitement d'entretien à la méthadone (Magura et coll., 2009). Le maintien en traitement réel était de 48 % et de 14 %, respectivement; aucune différence quant aux arrestations ou rechutes aux opioïdes autodéclarées n'a été notée entre les deux groupes (Magura et coll., 2009). La mise en œuvre d'une thérapie de substitution aux opioïdes (TSO) dans tous les établissements écossais a permis de réduire les décès liés à consommation de drogues dans les 12 semaines suivant la mise en liberté à 154 (taux de 2,2 sur 1000) par rapport à 305 (3,8 sur 1000) avant le programme, bien qu'aucune différence n'ait été notée quant à la proportion de décès liés à la consommation de drogues dans les 14 premiers jours après la mise en liberté (Bird, Fischbacher, Graham et Fraser, 2015).

En France, aucune corrélation n'a été établie entre la participation à un traitement d'entretien aux opioïdes (TEO) quelconque et la réincarcération chez les délinquants mis en liberté (Marzo et coll., 2009). De même, aucune différence n'a été notée quant au risque de réincarcération entre les délinquantes avec dépendance aux opioïdes dans un établissement correctionnel au Canada (de 2003 à 2008) qui ont suivi un TEM en établissement, mais qui ont interrompu le traitement après leur mise en liberté, et celles qui n'ont jamais suivi un TEM (Farrell MacDonald et coll., 2014).

Interventions postlibératoires

Les interventions mises en œuvre après la mise en liberté ont donné divers résultats en ce qui concerne la prévention des mauvais résultats pendant la transition. Le nombre moyen de jours d'hospitalisation est passé de 65 jours dans l'année précédant l'inscription à sept jours dans la première année de participation à un programme communautaire destiné aux ex-détenus atteints de maladie mentale qui étaient sans abri avant leur incarcération (McCoy et coll., 2004). Dans une prison américaine située en milieu urbain, les détenus ont été aléatoirement assignés à une thérapie postpénale en groupe, à une gestion de cas individuelle par un organisme de santé mentale ou à un aiguillage courant vers une assistance postpénale générale après la mise en liberté; aucune différence sur le plan des résultats en santé mentale n'a été constatée après un an selon le type de service obtenu (Solomon et Draine, 1995). Des délinquants américains en liberté conditionnelle ayant participé à une gestion comportementale concertée (fondée sur l'explication du rôle du conseiller, la technique du contrat de comportement et un renforcement conditionnel)

incluant un conseiller en traitement pendant leur liberté conditionnelle ont déclaré un moins grand nombre de mois de consommation de leur drogue principale (rapport de risques corrigé [RRC] : 0,20) ou d'alcool (RRC : 0,38) que ceux qui étaient en liberté conditionnelle sans autre mesure; cet effet n'a toutefois été constaté que pour la marijuana ou d'autres drogues douces, et les consommateurs de stimulants et d'opiacés n'ont pas tiré profit du programme de traitement (Friedmann et coll., 2012). En Australie, de 2000 à 2012, le risque de décès était 75 % moindre avec une participation à la TSO dans les quatre premières semaines suivant la mise en liberté, mais l'effet de protection a décliné rapidement au fil du temps (Degenhardt et coll., 2014).

La surveillance en liberté conditionnelle s'est avérée être un facteur de protection contre une nouvelle arrestation chez les délinquants en liberté conditionnelle recevant un traitement en santé mentale (Hartwell, Fisher, Deng, Pinals et Siegfriedt, 2016). Au suivi d'un an auprès d'un échantillon de délinquantes toxicomanes mises en liberté, celles qui n'avaient pas obtenu une assistance postpénale étaient dix fois plus susceptibles d'être réincarcérées – un tiers de ces délinquantes ont d'ailleurs été réincarcérées au cours des trois premiers mois – que celles qui avaient obtenu une assistance postpénale (Matheson, Doherty et Grant, 2011). Un programme visant à aider les délinquants sous responsabilité fédérale ayant un trouble mental a révélé que bien que la planification de la libération ne semblait avoir aucune incidence sur l'amélioration des résultats, la participation à cette planification et à des séances postlibératoires en avait une (Stewart, Farrell-MacDonald et Feeley, 2016).

En Australie, on a établi une période d'accès critique pour les délinquants mis en liberté, en montrant que ceux qui avaient eu un contact avec un médecin dans le mois suivant leur mise en liberté étaient 1,65 fois plus susceptibles d'obtenir des services de santé mentale dans un délai de six mois, et 1,48 fois plus susceptibles d'obtenir des services en lien avec la consommation d'alcool ou de drogues, que ceux qui n'avaient eu aucun contact avec un médecin (Young et coll., 2015). Les délinquantes ayant eu des visites de suivi mensuelles après leur mise en liberté d'un établissement correctionnel en Illinois étaient plus susceptibles de retourner en traitement plus tôt et de participer à un traitement de lutte contre la toxicomanie au suivi de trois mois; une fois en traitement, elles étaient aussi plus susceptibles de s'abstenir encore de consommer au moment du suivi que celles qui n'avaient pas suivi le traitement (Scott et Dennis, 2012).

Toujours en Illinois, un autre programme correctionnel de transition a montré une plus forte participation sur une période de trois ans après que des modifications aient été apportées

aux programmes de traitement, comme une plus grande communication avec les participants en ce qui concerne les exigences et les attentes du programme, une communication entre les agents de libération conditionnelle, une augmentation du nombre de fournisseurs de services communautaires, un aiguillage et un suivi plus efficaces et l'ajout de personnel mieux qualifié. Bien qu'il n'ait pas été possible d'isoler l'effet d'un changement à la structure du programme à lui seul, comparativement à la première cohorte (2005), chaque cohorte successive de délinquants mis en liberté a montré une plus forte probabilité de maintien en assistance postpénale (rapport des cotes : 1,43, 2007; rapport des cotes : 2,02, 2008) (Olson, Rozhon et Powers, 2009). D'autres études ont donné des indications de préférences quant à certains types de traitement chez les populations de délinquants toxicomanes. Entre autres exemples, des délinquantes toxicomanes mises en liberté ont participé plus longtemps (276 jours) à un traitement de lutte contre la toxicomanie en résidence qu'à d'autres programmes de traitement moins complets (180 jours) (Freudenberg et coll., 2008).

Interventions prélibératoires et postlibératoires combinées

Les interventions qui comportent à la fois un traitement prélibératoire et une assistance postpénale ont montré les effets les plus constants en ce qui concerne la réduction des résultats postlibératoires négatifs. En Californie, des délinquantes ayant eu des traumatismes et ayant reçu des soins continus (services en établissement et assistance postpénale) ont montré une moins forte consommation de drogues, des notes plus faibles pour la gravité des troubles psychiatriques et des notes plus élevées en matière d'autoefficacité au moment du suivi que celles qui avaient reçu un seul type de services ou qui n'en avaient reçu aucun (Saxena, Grella et Messina, 2016). De même, des délinquants héroïnomanes ayant suivi un TEM dans un établissement correctionnel à Baltimore et ayant participé à un traitement communautaire étaient plus susceptibles de commencer un traitement après leur mise en liberté et moins susceptibles d'être réincarcérés au moment du suivi de trois mois, et ils étaient moins susceptibles d'avoir un test d'urine positif aux opioïdes ou à la cocaïne au moment du suivi d'un an que ceux qui avaient été passivement aiguillés ou transférés vers un TEM après leur mise en liberté (Kinlock et coll., 2007; Kinlock et coll., 2009; Kinlock, Gordon, Schwartz et O'Grady, 2008). Les soins continus permettraient de réduire la récidive, tout particulièrement comparativement à l'absence de traitement ou à l'abandon d'un programme d'assistance postpénale (Grella et Rodriguez, 2011;

Hiller et coll., 1999; Knight, Simpson et Hiller, 1999). Bien que les délinquants australiens ayant reçu uniquement un TEO en établissement n'étaient pas moins susceptibles d'être réincarcérés, ils avaient 20 % moins de chances d'être réincarcérés s'ils continuaient le traitement après leur mise en liberté (Larney, Toson, Burns et Dolan, 2012). Dans un échantillon de délinquantes canadiennes, celles qui avaient suivi un TEM en établissement et qui avaient poursuivi le traitement dans la collectivité avaient 63 % moins de risques d'être réincarcérées que celles qui n'avaient suivi aucun traitement (Farrell MacDonald et coll., 2014).

Une étude longitudinale menée auprès d'une population carcérale du Delaware a montré des résultats mitigés en fonction de la durée du suivi. Au moment du suivi de six mois, ceux qui b uniquement un traitement en établissement ou qui n'en avaient suivi aucun; ces résultats étaient les mêmes au moment du suivi après un an (S. S. Martin, Butzin et Inciardi, 1995; S. Martin, Butzin, Saum et Inciardi, 1999). Après trois ans, l'effet s'était en grande partie estompé; en ce qui concerne les nouvelles arrestations, il n'y avait plus de différence significative entre les délinquants qui avaient suivi un traitement quelconque et ceux qui n'en avaient suivi aucun (S. Martin et coll., 1999). Une analyse plus poussée a révélé que ceux qui avaient terminé le traitement thérapeutique communautaire de transition ou le programme d'assistance postpénale étaient encore plus susceptibles de ne pas être arrêtés de nouveau que ceux qui avaient abandonné le programme, lesquels sont devenus aussi susceptibles d'être arrêtés pour une nouvelle accusation que ceux qui n'avaient suivi aucun traitement (S. Martin et coll., 1999). Sur le plan de l'abstinence, les délinquants qui avaient suivi un traitement en établissement ou un traitement thérapeutique communautaire de transition – même s'ils l'ont abandonné – étaient plus susceptibles de déclarer ne pas avoir consommé de drogues lors des suivis de trois et cinq ans que ceux qui n'avaient pas suivi le traitement, bien que les effets étaient moins favorables que ceux enregistrés lors du suivi après un an (Inciardi, Martin et Butzin, 2004; S. Martin et coll., 1999). Dans cet échantillon, une proportion plus élevée de délinquants ayant suivi un traitement thérapeutique communautaire de transition pour un trouble de l'usage d'une substance était abstinentes lors du suivi de cinq ans (32,2 %), comparativement à ceux qui avaient fait l'objet d'une surveillance postlibératoire standard (9,9 %) (Butzin, Martin et Inciardi, 2005).

Efforts informels pour faciliter la transition après la mise en liberté

Hormis les interventions formelles, les indicateurs de stabilité sociale comme d'avoir un emploi et une assurance-maladie ont réduit la probabilité d'une nouvelle arrestation dans l'année suivant la mise en liberté chez des adolescents et des femmes qui étaient incarcérés dans des prisons à New York (Freudenberg et coll., 2008). Chez les délinquantes toxicomanes mises en liberté, le fait d'avoir un partenaire fiable a fait office de facteur de protection contre la consommation de crack et de drogues injectables lors du suivi de six mois (Hearn et coll., 2015). Il a été établi qu'une coordination systématique des efforts entre le système de santé mentale, la cour et la famille du délinquant faciliterait l'accès et la participation réussis aux services après la mise en liberté (Aalsma et coll., 2014). De même, l'engagement à l'égard de soins de santé mentale après la mise en liberté était plus important lorsque les relations avec les fournisseurs de services et le personnel étaient établies avant la mise en liberté, tout particulièrement lorsque ces services mettaient aussi en cause une tierce partie comme un membre de la famille (Angell et coll., 2014). L'assurance-maladie ou la sécurité sociale était aussi un facteur déterminant dans l'accès aux services après la mise en liberté; dans deux échantillons de délinquants américains, les délinquants bénéficiant de Medicaid (une assurance-maladie) étaient plus susceptibles d'obtenir des services de santé mentale, les avaient obtenus plus rapidement et avaient obtenu plus de jours de services au moment du suivi de trois mois après leur mise en liberté (Morrissey et coll., 2006).

Discussion

Les populations carcérales montrent une plus forte prévalence de besoins en soins liés à des maladies chroniques, y compris des problèmes de santé mentale et de toxicomanie, que la population en général (Binswanger et coll., 2009; Fazel et coll., 2016; Kouyoumdjian et coll., 2016; Stewart et coll., 2014; United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2016). L’incarcération a parfois été une première occasion d’évaluation et de traitement de divers problèmes de santé, comme des problèmes de santé mentale et des problèmes liés à la toxicomanie. La majorité des délinquants purgeront leur peine et retourneront dans la collectivité, et le moment où ils sont mis en liberté est un point critique au chapitre du risque relatif aux mauvais résultats en santé, comme en témoignent les hospitalisations, les maladies psychiatriques aggravées, les rechutes et même les décès (p. ex., en cas de surdose). Sans une reconduction sans interruption du traitement amorcé ou suivi en établissement après la mise en liberté, les gains en matière de santé ou de traitement réalisés en milieu carcéral (p. ex., grâce à un TEM ou à traitement contre le VIH) peuvent disparaître, et les délinquants sont susceptibles de retourner à leur état de santé antérieur à l’incarcération, si ce n’est avoir un état de santé pire encore qui pourrait avoir des conséquences fatales.

Il a été établi qu’un ensemble de facteurs individuels, structurels et systématiques peuvent faire obstacle à une participation réussie et complète à un traitement lié aux problèmes de santé mentale ou de toxicomanie après la mise en liberté. Des besoins individuels précis liés aux troubles de santé mentale et aux troubles de l’usage d’une substance (p. ex., comportements de dépendance ou troubles de la personnalité) ont contribué à une difficulté accrue à poursuivre le traitement. Certains facteurs structurels, comme des politiques ou des exigences restrictives en matière de logement et d’emploi, ont fait obstacle aux mesures visant à répondre aux besoins précis de populations de délinquants atteints de maladie mentale ou de délinquants toxicomanes. Des facteurs systémiques, y compris une planification prélibératoire inadéquate et un logement instable, ont aussi contribué à un cycle d’obstacles à l’atteinte d’une stabilité sociale et à la participation aux traitements pendant la transition de l’incarcération vers la collectivité. Tous ces facteurs ont nui à la continuité des soins et des traitements obtenus en établissement, ce qui a mis les délinquants ayant des maladies chroniques – y compris des problèmes de santé mentale et de toxicomanie – à risque de mauvais résultats en santé et même de mort.

La présente analyse a fait état de trois types d'approches visant à atténuer certaines des difficultés rencontrées au moment de la mise en liberté : les interventions axées sur un traitement pendant l'incarcération seulement, sur un traitement après la mise en liberté seulement ou sur un traitement amorcé en établissement puis maintenu dans la collectivité. Les approches les plus bénéfiques pour l'ensemble des résultats étaient celles qui comportaient un traitement en établissement et une planification, une exécution et un suivi des soins avant et après la mise en liberté. Il a été établi que les interventions prélibératoires ou postlibératoires, à elles seules, n'étaient généralement pas garantes d'un contact continu avec les délinquants, ni d'une participation des délinquants au traitement au point critique de mise en liberté, de manière à assurer un traitement ininterrompu pendant la transition de l'incarcération vers la collectivité. Plus précisément, certaines études ont montré une corrélation entre l'amorce d'un TEM en établissement et une plus forte probabilité de maintien en traitement après la mise en liberté, comparativement à un simple aiguillage des délinquants vers un TEM lors de leur mise en liberté (Gordon et coll., 2008; Gordon et coll., 2014; Kinlock et coll., 2009; McKenzie et coll., 2012; Zaller et coll., 2013). D'autres études ont montré qu'un TEM en établissement n'avait, à lui seul, eu aucune incidence sur le risque de décès dans les deux premières semaines suivant la mise en liberté, ni sur le taux de réincarcération, comparativement à l'absence de traitement (Bird et coll., 2015; Farrell MacDonald et coll., 2014; Marzo et coll., 2009). De même, les délinquants qui ont suivi un traitement en santé mentale ou de la toxicomanie après leur mise en liberté ont affiché des taux d'hospitalisation, de consommation de drogues, de décès et de réincarcération plus faibles (Matheson et coll., 2011; McCoy et coll., 2004), bien que l'effet se soit estompé au fil du temps et que la plus faible consommation de drogues se limitait à certaines substances (Degenhardt et coll., 2014; Friedmann et coll., 2012).

Ainsi, les interventions menées à la fois en établissement et dans la collectivité auraient eu certains bienfaits en ce qui concerne les résultats postlibératoires des délinquants ayant une maladie mentale ou une toxicomanie, les interventions s'étant avérées les plus efficaces sur le plan du maintien des soins et de la réduction des résultats néfastes en santé étant celles qui comportaient à la fois des soins prélibératoires et une assistance postpénale en misant sur une gestion des cas ou sur l'inscription des délinquants à des programmes communautaires avant leur mise en liberté. Une corrélation a été établie entre ces interventions et un moins grand nombre de rechutes et de retours à un comportement à risque ayant mené à l'incarcération, une plus faible

probabilité de nouvelle arrestation et de réincarcération et des niveaux plus élevés de maintien en traitement. Ainsi, la meilleure façon de répondre aux besoins des délinquants ayant des besoins liés à des maladies chroniques, y compris des problèmes de santé mentale et de toxicomanie, serait de commencer les services de traitement en établissement correctionnel et de voir à la reconduction ininterrompue de ces services après la mise en liberté et pendant la transition vers la collectivité.

Il importe de noter que bon nombre des délinquants aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie inclus dans les études qualitatives ont indiqué que leurs besoins les plus pressants après leur mise en liberté étaient un soutien en matière de logement et d'emploi ou une autre forme d'aide financière (c.-à-d. une stabilité sociale). Nous n'avons pourtant, dans notre analyse documentaire, trouvé aucune évaluation qui porte sur des interventions axées sur ces besoins ou sur l'atténuation des difficultés sociales liées à la transition de l'incarcération vers la collectivité. Nombre des délinquants ont d'ailleurs indiqué, dans les études qualitatives, que leur incapacité à participer à un traitement axé sur des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie après leur mise en liberté, ou encore de rester en traitement, était liée à la nécessité première de trouver une stabilité sociale (c.-à-d. un logement et un emploi). Au moment de la mise en liberté, la continuité des soins obtenus en établissement est donc compromise lorsque les délinquants donnent plus d'importance à d'autres besoins sociaux pressants. En outre, les délinquants ont mentionné divers stressseurs qui contribueraient souvent à de mauvais résultats en santé (c.-à-d. toxicomanie, décès par surdose et suicide) et qui seraient liés à un faible soutien social et à des difficultés à trouver une certaine stabilité pendant la réinsertion sociale. Voilà un champ d'études important qui pourrait avoir une incidence sur l'affectation des ressources et sur le développement d'interventions visant à réduire les obstacles à la stabilité sociale pour les délinquants ayant besoin de soins en matière de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie pendant leur transition vers la collectivité.

Bibliographie

- Aalsma, M. C., Brown, J. R., Holloway, E. D. et Ott, M. A. (2014). Connection to mental health care upon community reentry for detained youth: A qualitative study. *BMC Public Health*, 14(117).
- Alan, J., Burmas, M., Preen, D. et Pfaff, J. (2011). Inpatient hospital use in the first year after release from prison: A western Australian population-based record linkage study. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 35(3), 264-269.
- Andrews, J. Y. et Kinner, S. A. (2012). Understanding drug-related mortality in released prisoners: A review of national coronial records. *BMC Public Health*, 12(270).
- Angell, B., Matthews, E., Barrenger, S., Watson, A. C. et Draine, J. (2014). Engagement processes in model programs for community reentry from prison for people with serious mental illness. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(5), 490-500.
- Baillargeon, J., Black, S. A., Pulvino, J. et Dunn, K. (2000). The disease profile of Texas prison inmates. *Annals of Epidemiology*, 10(2), 74-80.
- Baillargeon, J., Penn, J. V., Knight, K., Harzke, A. J., Baillargeon, G. et Becker, E. A. (2010). Risk of reincarceration among prisoners with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Administration and Policy in Mental Health*, 37(4), 367-374.
- Beaudette, J. N., Power, J. et Stewart, L. A. (2015). *La prévalence nationale des troubles mentaux chez les délinquants de sexe masculin sous responsabilité fédérale nouvellement admis* (Rapport de recherche R-357). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- Beckwith, C. G., Nunn, A., Baucom, S., Getachew, A., Akinwumi, A., Herdman, B., Kuo, I. (2012). Rapid HIV testing in large urban jails. *American Journal of Public Health*, 102 suppl. 2, S184-6.
- Begun, A. L., Early, T. J. et Hodge, A. (2016). Mental health and substance abuse service engagement by men and women during community reentry following incarceration. *Administration and Policy in Mental Health*, 43(2), 207-218.
- Betteridge, G. et Dias, G. (2007). *Temps dur : programmes de prévention du VIH et de l'hépatite C pour les détenus au Canada*. Toronto : Réseau juridique canadien VIH/sida, Réseau d'action et de Soutien pour les prisonniers et prisonnières vivant avec le VIH/sida (PASAN).

- Binswanger, I. A., Krueger, P. M. et Steiner, J. F. (2009). Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the general population. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(11), 912-919.
- 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).
- 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.
- 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. *New England Journal of Medicine*, 356(2), 157-165.
- Bird, S. M., Fischbacher, C. M., Graham, L. et Fraser, A. (2015). Impact of opioid substitution therapy for Scotland's prisoners on drug-related deaths soon after prisoner release. *Addiction*, 110(10), 1617-1624.
- Blank Wilson, A. (2013). How people with serious mental illness seek help after leaving jail. *Qualitative Health Research*, 23(12), 1575-1590.
- Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé, (2007). *Health in prisons: A WHO guide to the essentials in prison health*. Copenhagen, Danemark : Organisation mondiale de la Santé.
- Butzin, C. A., Martin, S. S. et Inciardi, J. A. (2005). Treatment during transition from prison to community and subsequent illicit drug use. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(4), 351-358.
- Calcaterra, S. L., Beaty, B., Mueller, S. R., Min, S. J. et Binswanger, I. A. (2014). The association between social stressors and drug use/hazardous drinking among former prison inmates. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47(1), 41-49.
- Cepeda, J. A., Niccolai, L. M., Lyubimova, A., Kershaw, T., Levina, O. et Heimer, R. (2015). High-risk behaviors after release from incarceration among people who inject drugs in St. Petersburg, Russia. *Drug and Alcohol Dependence*, 147, 196-202.
- Cepeda, J. A., Vetrova, M. V., Lyubimova, A. I., Levina, O. S., Heimer, R. et Niccolai, L. M. (2015). Community reentry challenges after release from prison among people who inject drugs in St. Petersburg, Russia. *International Journal of Prisoner Health*, 11(3), 183-192.

- Chang, Z., Lichtenstein, P., Larsson, H. et Fazel, S. (2015). Substance use disorders, psychiatric disorders, and mortality after release from prison: A nationwide longitudinal cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 2(5), 422-430.
- Cutcher, Z., Degenhardt, L., Alati, R. et Kinner, S. A. (2014). Poor health and social outcomes for ex-prisoners with a history of mental disorder: A longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 38(5), 424-429.
- de Voux, A., Spaulding, A. C., Beckwith, C., Avery, A., Williams, C., Messina, L. C., Altice, F. L. (2012). Early identification of HIV: Empirical support for jail-based screening. *PloS One*, 7(5), e37603.
- Degenhardt, L., Larney, S., Kimber, J., Gisev, N., Farrell, M., Dobbins, T., Burns, L. (2014). The impact of opioid substitution therapy on mortality post-release from prison: Retrospective data linkage study. *Addiction*, 109(8), 1306-1317.
- Derksen, D., Barker, J., McMillan, K. et Stewart, L.A. (2017). *Prévalence des troubles mentaux actuels chez les délinquantes détenues au SCC* (Résultats de recherche émergents ERR 16-23). Service correctionnel du Canada.
- Draine, J., Blank Wilson, A., Metraux, S., Hadley, T. et Evans, A. C. (2010). The impact of mental illness status on the length of jail detention and the legal mechanism of jail release. *Psychiatric Services*, 61(5), 458-462.
- Farrell, M. et Marsden, J. (2008). Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales. *Addiction*, 103(2), 251-255.
- Farrell MacDonald, S., MacSwain, M., 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.
- Fazel, S., Bains, P. et Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: A systematic review. *Addiction*, 101(2), 181-191.
- Fazel, S. et Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *The Lancet*, 377(9769), 956-965.
- Fazel, S. et Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359(9306), 545-550.
- Fazel, S., Hayes, A. J., Bartellas, K., Clerici, M. et Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: Prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet Psychiatry*, 3(9), 871-881.

- Fazel, S. et Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: Systematic review and meta-regression analysis. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 200(5), 364-373.
- Frank, J. W., Andrews, C. M., Green, T. C., Samuels, A. M., Trinh, T. T. et Friedmann, P. D. (2013). Emergency department utilization among recently released prisoners: A retrospective cohort study. *BMC Emergency Medicine*, 13, 16-227X-13-16.
- Freudenberg, N., Daniels, J., Crum, M., Perkins, T. et Richie, B. E. (2008). Coming home from jail: The social and health consequences of community reentry for women, male adolescents, and their families and communities. *American Journal of Public Health*, 98(9 suppl.), S191-S202.
- Friedmann, P. D., Green, T. C., Taxman, F. S., Harrington, M., Rhodes, A. G., Katz, E., Step'n Out Research Group of CJ-DATS. (2012). Collaborative behavioral management among parolees: Drug use, crime and re-arrest in the Step'n Out randomized trial. *Addiction*, 107(6), 1099-1108.
- Gordon, M. S., Kinlock, T. W., Schwartz, R. P. et O'Grady, K. E. (2008). A randomized clinical trial of methadone maintenance for prisoners: Findings at 6 months post-release. *Addiction*, 103(8), 1333-1342.
- Gordon, M. S., Kinlock, T. W., Schwartz, R. P., Fitzgerald, T. T., O'Grady, K. E. et Vocci, F. J. (2014). A randomized controlled trial of prison-initiated buprenorphine: Prison outcomes and community treatment entry. *Drug and Alcohol Dependence*, 142, 33-40.
- Grella, C. E. et Rodriguez, L. (2011). Motivation for treatment among women offenders in prison-based treatment and longitudinal outcomes among those who participate in community aftercare. *Journal of Psychoactive Drugs*, suppl. 7, 58-67.
- 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), e0157512.
- Haley, D. F., Golin, C. E., Farel, C. E., Wohl, D. A., Scheyett, A. M., Garrett, J. J., Parker, S. D. (2014). Multilevel challenges to engagement in HIV care after prison release: A theory-informed qualitative study comparing prisoners' perspectives before and after community reentry. *BMC Public Health*, 14, 1253-2458-14-1253.
- Hall, D. L., Miraglia, R. P., Lee, L. W., Chard-Wierschem, D. et Sawyer, D. (2012). Predictors of general and violent recidivism among SMI prisoners returning to communities in New York State. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 40(2), 221-231.

- Hamilton, L. et Belenko, S. (2016). Effects of pre-release services on access to behavioral health treatment after release from prison. *Justice Quarterly*, 33(6), 1080-1102.
- Hartwell, S., Fisher, W., Deng, X., Pinals, D. A. et Siegfriedt, J. (2016). Intensity of offending following state prison release among persons treated for mental health problems while incarcerated. *Psychiatric Services*, 67(1), 49-54.
- Hearn, L. E., Whitehead, N. E., Khan, M. R. et Latimer, W. W. (2015). Time since release from incarceration and HIV risk behaviors among women: The potential protective role of committed partners during re-entry. *AIDS and Behavior*, 19(6), 1070-1077.
- Hiller, M. L., Knight, K. et Simpson, D. D. (1999). Prison-based substance abuse treatment, residential aftercare and recidivism. *Addiction*, 94(6), 833-42.
- Inciardi, J., Martin, S. et Butzin, C. (2004). Five-year outcomes of therapeutic community treatment of drug-involved offenders after release from prison. *Crime & Delinquency*, 50(1), 88-107.
- Jacob Arriola, K. R., Braithwaite, R. L., Holmes, E. et Fortenberry, R. M. (2007). Post-release case management services and health-seeking behavior among HIV-infected ex-offenders. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 18(3), 665-674.
- Johnson, S., Farrell MacDonald, S. et Cheverie, M. (2011). *Caractéristiques des participants au programme de traitement d'entretien à la méthadone (TEM)* (Rapport de recherche R-253). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- 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.
- Johnson, J. E., Schonbrun, Y. C., Peabody, M. E., Shefner, R. T., Fernandes, K. M., Rosen, R. K. et Zlotnick, C. (2015). Provider experiences with prison care and aftercare for women with co-occurring mental health and substance use disorders: Treatment, resource, and systems integration challenges. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 42(4), 417-436.
- Jordan, A. O., Cohen, L. R., Harriman, G., Teixeira, P. A., Cruzado-Quinones, J. et Venters, H. (2013). Transitional care coordination in New York City jails: Facilitating linkages to care for people with HIV returning home from Rikers Island. *AIDS and Behavior*, 17 suppl. 2, S212-S219.

- Kinlock, T. W., Gordon, M. S., Schwartz, R. P., Fitzgerald, T. T. et O'Grady, K. E. (2009). Randomized clinical trial of methadone maintenance for prisoners: Results at twelve-months post-release. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(3), 277-285.
- Kinlock, T. W., Gordon, M. S., Schwartz, R. P., O'Grady, K., Fitzgerald, T. T. et Wilson, M. (2007). A randomized control trial of methadone maintenance for prisoners: Results at one-month post-release. *Drug and Alcohol Dependence*, 91(2-3), 220-227.
- Kinlock, T. W., Gordon, M., Schwartz, R. et O'Grady, K. (2008). A study of methadone maintenance for male prisoners: 3 month postrelease outcomes. *Criminal Justice and Behavior*, 35(1), 34-47.
- Kinner, S. A., Forsyth, S. et Williams, G. (2013). Systematic review of record linkage studies of mortality in ex-prisoners: Why (good) methods matter. *Addiction*, 108(1), 38-49.
- Klein, S. J., Wright, L. N., Birkhead, G. S., Mojica, B. A., Klopff, L. C., Klein, L. A., Fraley, E. J. (2007). Promoting HCV treatment completion for prison inmates: New York State's hepatitis C continuity program. *Public Health Reports*, 122 suppl. 2, 83-88.
- Knight, K., Simpson, D. et Hiller, M. (1999). Three-year reincarceration outcomes for in-prison therapeutic community treatment in Texas. *The Prison Journal*, 79(3), 337-351.
- Kouyoumdjian, F., Schuler, A., Matheson, F. I., et Hwang, S. W. (2016). Health status of prisoners in Canada: Narrative review. *Médecin de famille canadien = Canadian Family Physician*, 62(3), 215-222.
- Larney, S., Toson, B., Burns, L. et Dolan, K. (2012). Effect of prison-based opioid substitution treatment and post-release retention in treatment on risk of re-incarceration. *Addiction*, 107(2), 372-380.
- Lovell, D., Gagliardi, G. J. et Peterson, P. D. (2002). Recidivism and use of services among persons with mental illness after release from prison. *Psychiatric Services*, 53(10), 1290-1296.
- Luce, J. et Strike, C. (2011). *A cross-Canada scan of methadone maintenance treatment policy developments*. Toronto, ON : Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies.
- 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.
- MacSwain, M., Cheverie, M., Farrell MacDonald, S. et Johnson, S. (2012). *Caractéristiques des participantes au Programme de traitement d'entretien à la méthadone (PTM) : une étude*

comparative (Résultats de recherche émergents ERR 12-2). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.

- MacSwain, M., 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.
- Magura, S., Lee, J. D., Hershberger, J., Joseph, H., Marsch, L., Shropshire, C. et Rosenblum, A. (2009). Buprenorphine and methadone maintenance in jail and post-release: A randomized clinical trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 99(1-3), 222-230.
- Martin, S. S., Butzin, C. A. et Inciardi, J. A. (1995). Assessment of a multistage therapeutic community for drug-involved offenders. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27(1), 109-116.
- Martin, S., Butzin, C., Saum, C. et Inciardi, J. (1999). Three-year outcomes of therapeutic community treatment for drug-involved offenders in Delaware: From prison to work release to aftercare. *The Prison Journal*, 79(3), 294-320.
- Marzo, J. N., Rotily, M., Meroueh, F., Varastet, M., Hunault, C., Obradovic, I. et Zin, A. (2009). Maintenance therapy and 3-year outcome of opioid-dependent prisoners: A prospective study in France (2003-06). *Addiction*, 104(7), 1233-1240.
- Matheson, F. I., Doherty, S. et Grant, B. A. (2011). Community-based aftercare and return to custody in a national sample of substance-abusing women offenders. *American Journal of Public Health*, 101(6), 1126-1132.
- Maxwell, A. (2015). *Statistiques sur les tribunaux de juridiction criminelle pour adultes au Canada, 2013-2014*. (N° 85-002-X). Ottawa, ON : Statistique Canada.
- McCoy, M. L., Roberts, D. L., Hanrahan, P., Clay, R. et Luchins, D. J. (2004). Jail linkage assertive community treatment services for individuals with mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(3), 243-250.
- McKenzie, M., Zaller, N., Dickman, S. L., Green, T. C., Parihk, A., Friedmann, P. D. et Rich, J. D. (2012). A randomized trial of methadone initiation prior to release from incarceration. *Substance Abuse*, 33(1), 19-29.
- Morrissey, J. P., Steadman, H. J., Dalton, K. M., Cuellar, A., Stiles, P. et Cuddeback, G. S. (2006). Medicaid enrollment and mental health service use following release of jail detainees with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 57(6), 809-815.
- Nolan, A. et Stewart, L.A. (2017). Chronic health conditions among incoming Canadian federally sentenced women. *Journal of Correctional Health Care*, 23(1), 93-103.

- O'Brien, P. (2007). Maximizing success for drug-affected women after release from prison. *Women & Criminal Justice*, 17(2-3), 95-113.
- Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC). (2016). *Rapport mondial sur les drogues 2016*. (N° E.16.XI.7). New York, É.-U. : Nations Unies.
- Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC). Bureau régional pour l'Asie du Sud. (2008). *Prevention of spread of HIV amongst vulnerable groups in South Asia*. New Delhi, Inde : Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC).
- Olson, D., Rozhon, J. et Powers, M. (2009). Enhancing prisoner reentry through access to prison-based and post-incarceration aftercare treatment: Experiences from the Illinois Sheridan Correctional Center therapeutic community. *Journal of Experimental Criminology*, 5(3), 299-321.
- Pai, N. P., Estes, M., Moodie, E. E., Reingold, A. L. et Tulskey, J. P. (2009). The impact of antiretroviral therapy in a cohort of HIV infected patients going in and out of the San Francisco county jail. *PloS One*, 4(9), e7115.
- Pettus-Davis, C. (2014). Social support among releasing men prisoners with lifetime trauma experiences. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(5), 512-523.
- Pratt, D., Piper, M., Appleby, L., Webb, R. et Shaw, J. (2006). Suicide in recently released prisoners: A population-based cohort study. *The Lancet*, 368(9530), 119-123.
- Programme des services correctionnels. (2015). *Statistiques sur les services correctionnels pour adultes au Canada, 2013-2014*. Ottawa, ON : Statistique Canada.
- Reitano, J. (2016). *Statistiques sur les services correctionnels pour adultes au Canada, 2014-2015*. Ottawa, ON : Statistiques Canada.
- Rosen, D. L., Schoenbach, V. J. et Wohl, D. A. (2008). All-cause and cause-specific mortality among men released from state prison, 1980-2005. *American Journal of Public Health*, 98(12), 2278-2284.
- Salem, B. E., Nyamathi, A., Idemudia, F., Slaughter, R. et Ames, M. (2013). At a crossroads: Reentry challenges and healthcare needs among homeless female ex-offenders. *Journal of Forensic Nursing*, 9(1), 14-22.
- Sapers, H. (2015). *Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2014-2015*. Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.

- Saxena, P., Grella, C. E. et Messina, N. P. (2016). Continuing care and trauma in women offenders' substance use, psychiatric status, and self-efficacy outcomes. *Women & Criminal Justice*, 26(2), 99-121.
- Scott, C. K. et Dennis, M. L. (2012). The first 90 days following release from jail: Findings from the recovery management checkups for women offenders (RMCWO) experiment. *Drug and Alcohol Dependence*, 125(1-2), 110-118.
- Seal, D. W., Eldridge, G. D., Kacanek, D., Binson, D., Macgowan, R. J. et Project START Study Group. (2007). A longitudinal, qualitative analysis of the context of substance use and sexual behavior among 18- to 29-year-old men after their release from prison. *Social Science & Medicine* (1982), 65(11), 2394-2406.
- Service correctionnel du Canada. (2012). *Surveillance des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens 2007-2008 : rapport provisoire*. Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- Service correctionnel du Canada. (2014). *Programmes nationaux de traitement de la toxicomanie*, [en ligne], <http://www.csc-scc.gc.ca/correctional-process/002001-2009-fra.shtml>.
- Service correctionnel du Canada. (2015). *Vers un continuum de soins : Stratégie en matière de santé mentale du Service correctionnel du Canada*, [en ligne], <http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/health/tcc-fra.shtml>.
- Solomon, P. et Draine, J. (1995). One-year outcomes of a randomized trial of case management with seriously mentally ill clients leaving jail. *Evaluation Review*, 19(3), 256-273.
- Stewart, L.A., Farrell-Macdonald, S. et Feeley, S. (2016). The impact of a community mental health initiative on outcomes for offenders with a serious mental disorder. *Criminal Behaviour and Mental Health*. doi:10.1002/cbm.2005
- Stewart, L., Sapers, J., Nolan, A. et Power, J. (2014). *État de santé physique autodéclaré des délinquants de sexe masculin nouvellement admis sous responsabilité fédérale* (Rapport de recherche R-314). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- Stewart, L.A. et Wilton, G. (2014). Correctional outcomes of offenders with mental disorders. *Criminal Justice Studies*, 27(1), 1-19.
- Thomas, E. G., Spittal, M. J., Heffernan, E. B., Taxman, F. S., Alati, R. et Kinner, S. A. (2016). Trajectories of psychological distress after prison release: Implications for mental health service need in ex-prisoners. *Psychological Medicine*, 46(3), 611-621.

- van den Berg, J. J., Roberts, M. B., Bock, B. C., Martin, R. A., Stein, L. A., Parker, D. R., Clarke, J. G. (2016). Changes in depression and stress after release from a tobacco-free prison in the United States. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(1).
- van Olphen, J., Eliason, M. J., Freudenberg, N. et Barnes, M. (2009). Nowhere to go: How stigma limits the options of female drug users after release from jail. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 4(10).
- van Olphen, J., Freudenberg, N., Fortin, P. et Galea, S. (2006). Community reentry: Perceptions of people with substance use problems returning home from New York City jails. *Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 83(3), 372-381.
- Wallace, D., Fahmy, C., Cotton, L., Jimmons, C., McKay, R., Stoffer, S. et Syed, S. (2016). Examining the role of familial support during prison and after release on post-incarceration mental health. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 60(1), 3-20.
- Walmsley, R. (2013). *World prison population list (10^e éd.)*. London, RU : International Centre for Prison Studies.
- Werb, D., Milloy, M. J., Kerr, T., Zhang, R., Montaner, J. et Wood, E. (2013). Injection drug use and HIV antiretroviral therapy discontinuation in a Canadian setting. *AIDS and Behavior*, 17(1), 68-73.
- Wilper, A. P., Woolhandler, S., Boyd, J. W., Lasser, K. E., McCormick, D., Bor, D. H. et Himmelstein, D. U. (2009). The health and health care of US prisoners: Results of a nationwide survey. *American Journal of Public Health*, 99(4), 666-672.
- Wilton, G. et Stewart, L.A. (sous presse 2017). Outcomes of offenders with concurrent substance abuse and mental health disorders. *Psychiatric Services*. [68\(7\) 7, July 01, 2017](#), p. 704-709.
- Winter, R. J., Stooze, M., Degenhardt, L., Hellard, M. E., Spelman, T., Jenkinson, R., Kinner, S. A. (2015). Incidence and predictors of non-fatal drug overdose after release from prison among people who inject drugs in Queensland, Australia. *Drug and Alcohol Dependence*, 153, 43-49.
- Wood, S. R. (2011). Co-occurring psychiatric and substance dependence disorders as predictors of parolee time to rearrest. *Journal of Offender Rehabilitation*, 50(4), 175-190.
- Young, J. T., Arnold-Reed, D., Preen, D., Bulsara, M., Lennox, N., et Kinner, S. A. (2015). Early primary care physician contact and health service utilisation in a large sample of recently released ex-prisoners in Australia: Prospective cohort study. *BMJ Open*, 5(6).

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* (Rapport de recherche R-223). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.

Zaller, N., McKenzie, M., Friedmann, P. D., Green, T. C., McGowan, S. et Rich, J. D. (2013). Initiation of buprenorphine during incarceration and retention in treatment upon release. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45(2), 222-226.

Zelenev, A., Marcus, R., Kopelev, A., Cruzado-Quinones, J., Spaulding, A., Desabrais, M., Altice, F. L. (2013). Patterns of homelessness and implications for HIV health after release from jail. *AIDS and Behavior*, 17 suppl. 2, S181-S194.