



## 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.



DIVISION DE LA  
RECHERCHE ET  
DE LA STATISTIQUE

Les tribunaux de traitement  
de la toxicomanie : méta-analyse  
Ont-ils un effet positif sur  
les taux de récidive?



Les tribunaux de traitement de la toxicomanie :  
Méta-analyse

Ont-ils un effet positif sur les taux de récidive?

Jeff Latimer  
Statisticien principal

Kelly Morton-Bourgon  
Agente de recherche

et

Jo-Anne Chrétien  
Analyste

Division de la recherche et de la statistique

Août 2006

rr06-7f

*Les opinions émises dans cette étude n'engagent que leurs auteurs  
et ne reflètent pas nécessairement celles du ministère de la Justice Canada*



---

# Table des matières

Remerciements .....	ii
Résumé .....	iii
1. Introduction .....	1
2. Méthode .....	3
3. Résultats .....	5
3.1 Caractéristiques de l'étude .....	5
3.2 Caractéristiques du programme .....	6
3.3 Caractéristiques des participants .....	8
3.4 Taux de récidive .....	9
3.5 Analyse des variables modératrices .....	10
4. Conclusion .....	14
Références .....	15

## Remerciements

Les auteurs remercient Daniel Nassrallah pour son assistance dans le codage des données dans les premières étapes de ce projet. De plus, les services fournis par la Bibliothèque du Ministère de la Justice, et notamment par Heather Blake, Sylvie Nugent et Micheline Lévesque, ont permis de localiser plusieurs des documents utilisés pour les fins de cette méta-analyse. Nous aimerions également remercier Kim Burnett pour son aide dans l'identification et la localisation de divers documents, et Margaret Trottier pour ses conseils et son expertise en matière de Tribunaux de traitement de la toxicomanie. Enfin, nous avons pu compter au stade d'une version préliminaire sur les commentaires constructifs du Dr Kwing Hung, du Dr Guy Bourgon, d'Austin Lawrence et d'Anna Paletta.



## Résumé

Une étude méta-analytique a été effectuée pour déterminer si les tribunaux de traitement de la toxicomanie avaient une incidence plus positive sur les taux de récidive que les mécanismes plus traditionnels du système judiciaire. Après une revue exhaustive des textes publiés et non publiés sur la question, nous avons pu identifier 54 études qui répondaient aux critères de notre exercice. Comme les études comprennent souvent des données sur plus d'un programme, nous avons été en mesure de regrouper et d'analyser les données de 66 programmes de tribunaux de traitement de la toxicomanie. Les résultats démontrent que ceux-ci ont une incidence positive importante de 14 % sur les taux de récidive des participants lorsqu'on les compare à ceux des groupes témoins ou de référence. Cependant, plusieurs des variables identifiées dans notre analyse avaient une incidence sur les résultats, notamment l'âge des participants, la durée du programme, la longueur de la période de suivi au cours de laquelle on mesurait le taux de récidive, et certaines autres variables méthodologiques (c'est-à-dire l'utilisation de l'assignation aléatoire et le choix des groupes de comparaison). Bien que certaines questions ne soient pas abordées dans la présente étude, la rentabilité des TTT par exemple, les résultats démontrent clairement que les TTT représentent un excellent instrument pour réduire le niveau d'activité criminelle des délinquants qui ont des problèmes d'abus de substances.



# 1. Introduction

Les tribunaux de traitement de la toxicomanie (TTT) visent à réduire la criminalité qui résulte de la dépendance aux drogues illicites en offrant aux délinquants qui ont des problèmes de toxicomanie des traitements sous la surveillance des tribunaux et le soutien de services communautaires. Les participants sont généralement dirigés au programme par divers intervenants tels que les tribunaux ou les procureurs de la Couronne, et ils doivent satisfaire certains critères d'admissibilité (p. ex. consommation importante, infractions non violentes). Le programme de traitement consiste notamment à participer à des séances de counselling offertes dans un cadre structuré pour participants externes (quoique certains puissent participer en tant que patients hospitalisés) et, au cours du programme, les participants doivent se soumettre à des tests aléatoires de dépistage de drogues. Les participants sont également tenus de comparaître régulièrement devant le tribunal, où un juge examine leur progrès et peut, soit infliger des sanctions (allant de réprimandes verbales à l'expulsion du programme), soit les accorder des récompenses (allant de félicitations verbales à une réduction du nombre de comparutions devant le tribunal). Le personnel des tribunaux de traitement de la toxicomanie collabore avec les partenaires communautaires en vue de répondre aux autres besoins des participants, tels un logement sûr, un emploi stable et une formation professionnelle. Une fois qu'un participant jouit d'une stabilité sociale et peut prouver qu'il contrôle son accoutumance, les accusations criminelles sont suspendues ou le délinquant reçoit une peine en milieu ouvert. En cas d'échec, le délinquant se verra infliger une peine dans le cadre du processus judiciaire habituel.

Le premier tribunal de traitement de la toxicomanie du Canada a été établi à Toronto en décembre 1998. Un autre tribunal a été établi à Vancouver en décembre 2001. Dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue, le gouvernement fédéral a annoncé en 2005 qu'il contribuerait financièrement à la mise sur pied de quatre nouveaux tribunaux à Edmonton, Regina, Winnipeg et Ottawa. Il existe de nombreux tribunaux de traitement de la toxicomanie dans plusieurs États américains.

Malgré la popularité et l'attrait à priori des TTT, il est absolument nécessaire de s'assurer de leur efficacité, tout particulièrement en raison du fait que les coûts de l'utilisation des tribunaux comme instrument de contrôle social sont assez élevés.

Le principal objectif des TTT est de réduire la consommation de drogue et les comportements criminels qui en résultent. Plusieurs évaluations de leur efficacité ont été effectuées dont les résultats variaient considérablement. En 2002, Fielding, Tye, Ogawa, Imam et Long rapportaient par exemple que la participation au programme des TTT se traduisait à une importante diminution du taux de récidive par rapport au système judiciaire traditionnel. Pour leur part, Meither, Lu and Reese avaient rapporté exactement le contraire en 2000.

Étant donné qu'un nombre relativement important d'évaluations a été produit et que les résultats sont difficiles à interpréter sur une base individuelle, il est nécessaire de résumer ce

corpus de connaissances empiriques. Le résumé de ces recherches effectué au moyen de techniques narratives habituelles (ex : recension de la documentation, bibliographie annotée) ne permet pas de procéder à une analyse objective des données et peut mener à de mauvaises conclusions. Pour résumer ce corpus de recherche d'une manière objective, la méta-analyse est apparue comme la meilleure méthode.

Une méta-analyse peut être considérée comme une analyse statistique d'une série d'études qui portent sur l'ampleur d'un rapport entre deux ou plusieurs variables (Glass, McGaw et Smith, 1981). Les statistiques de la méta-analyse peuvent décrire la force type de l'effet à l'étude (ex : toute modification dans le taux de récidive du fait de la participation au programme des TTT), le degré de signification statistique ainsi que la variabilité et peuvent permettre aux chercheurs d'explorer et de définir des variables potentiellement modératrices. Le résultat d'une méta-analyse est une valeur estimative de l'effet, qui peut être interprétée comme l'effet estimatif de la variable indépendante sur la variable dépendante. Par exemple, si l'estimation moyenne de la valeur de l'effet est de +0,10, la variable indépendante représente une variation de 10 % de la variable dépendante (Rosenthal, 1991).

Les examens fondés sur la méta-analyse sont généralement considérés comme une méthode supérieure de synthèse des recherches par rapport aux examens narratifs classiques, car « plus explicites, plus exhaustifs et plus quantitatifs » (Rosenthal, 1991, p. 17). Les critiques soutiennent que l'une des principales limites des techniques de méta-analyse est que les procédés d'échantillonnage sont biaisés en faveur de l'inclusion d'études dont la plus grande partie sont publiées.

On soupçonne que comme la probabilité de publier une étude est accrue par la signification statistique des résultats, les études publiées ne sont pas réellement représentatives de l'ensemble des travaux de recherche effectués dans ce domaine. Par conséquent, une valeur de l'effet, fondée exclusivement sur les études publiées, peut surestimer le rapport. Ce phénomène appelé « problème du tiroir classeur » (Rosenthal, 1991, p. 103) donne à penser que si les études non publiées étaient incluses dans la méta-analyse, l'estimation de la valeur de l'effet serait plus faible. Pour éviter ce problème, les auteurs de la présente méta-analyse ont inclus dans leur documentation des articles non publiés, des rapports gouvernementaux et autres, de même que des travaux d'étudiants.



## 2. Méthode

Comme c'est le cas pour les méthodes de recherche quantitative traditionnelles, la méthode méta-analytique comporte trois étapes fondamentales :

1. l'analyse de la documentation spécialisée – identification et collecte des études pertinentes;
2. collecte des données – extraction des données selon des procédures de codage établies au préalable;
3. analyse des données – analyse des données agrégées au moyen de techniques statistiques.

Pour déterminer les études admissibles à la méta-analyse, nous avons procédé à une recherche exhaustive de la documentation des 20 dernières années, y compris des thèses de doctorat et des rapports gouvernementaux inédits. Nous avons effectué une recherche secondaire en recourant aux bibliographies des études recensées, à des méta-analyses antérieures et à l'internet. Nous avons établi un ensemble explicite de critères afin de choisir les études à inclure dans la méta-analyse :

1. l'étude portait sur l'efficacité d'un tribunal de traitement de la toxicomanie (c'est-à-dire sur une intervention qui comportait à la fois un élément de suivi judiciaire, et un élément de traitement de la toxicomanie), pour des délinquants accusés d'une infraction criminelle;
2. dans le cadre de l'étude, on avait eu recours à un groupe de contrôle ou de référence qui n'avait pas connu d'expérience devant un tribunal de traitement de la toxicomanie (ou fourni suffisamment de données sur la période antérieure/postérieure) ;
3. il y avait suffisamment de données statistiques pour permettre le calcul de l'effet;
4. l'étude mesurait l'incidence des TTT sur les taux de récidive.

Nous avons tiré les données normalisées de chaque étude au moyen d'un manuel de codage type. Conformément à la méthode de méta-analyse type, nous avons accepté les définitions multiples de la récidive. Par exemple, la récidive a été définie comme une nouvelle condamnation au criminel, ou tout simplement une nouvelle accusation au criminel. Nous ne l'avons cependant pas définie comme une rechute dans la substance préférée – seuls les nouveaux comportements criminels étaient considérés comme une récidive. De façon à obtenir des données en quantité suffisante pour procéder à l'analyse, nous avons utilisé plusieurs techniques de codage. Par exemple, si 70 % ou plus des participants échantillonnés en étaient à leur première infraction, le programme était codé « programme essentiellement destiné aux auteurs d'une première infraction ». De plus, de nombreuses variables n'étaient codées que si leurs auteurs avaient répondu explicitement par l'affirmative. Ainsi, l'usage de

la méthadone n'était codé « oui » que si les auteurs avaient effectivement déclaré que c'était le cas. Par conséquent, les comparaisons effectuées dans le présent rapport sont faites sous réserve de cette restriction. Il faut cependant noter que cette situation est commune à toutes les méta-analyses. Conformément aux techniques de méta-analyse employées par Rosenthal, le coefficient phi (coefficient de corrélation de Pearson appliqué aux données dichotomiques) a servi d'estimation de la valeur de l'effet (EVE). Dans les cas où il y avait plusieurs groupes de contrôle ou de référence dans la même étude, les résultats étaient combinés de façon à donner une seule EVE pour chaque programme, et éviter ainsi toute possibilité de fausser les résultats en comptant deux fois un même programme. De plus, chaque fois qu'une même étude faisait état de plusieurs périodes différentes de suivi, nous retenions seulement la période la plus longue.

Une fois que l'EVE de chaque étude était mesuré pour prendre en compte la récidive, nous procédions à l'estimation de la valeur totale de l'effet brut, des intervalles de confiance et d'une valeur de l'effet pondérée. Nous procédions aussi à d'autres analyses pour vérifier, lorsque nous avions accès à l'information, si certaines variables n'avaient pas un effet modérateur sur l'amplitude de l'EVE. Par exemple, l'effet de la participation aux programmes de TTT était mesuré en fonction de la durée de ceux-ci, ou de l'importance du dossier criminel des délinquants qui y participaient.



## 3. Résultats

### 3.1 Caractéristiques de l'étude

**B**ien que le processus de recherche nous ait permis d'identifier 185 études, seulement 54 (29,2 %) d'entre elles furent jugées admissibles selon les critères d'inclusion. Comme le tableau 1 l'indique, les études que nous avons pu trouver sur les tribunaux de traitement de la toxicomanie proviennent presque exclusivement des États-Unis. Nous n'avons trouvé que deux études au Canada (ce qui correspond au nombre de TTT en opération suffisamment longtemps pour avoir donné lieu à des évaluations), et deux en Australie.

TABLEAU 1: CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTUDE	
VARIABLE	N (%)
<b>Pays (N=54)</b>	
États-Unis	50 (92,6 %)
Canada	2 ( 3,7 %)
Australie	2 ( 3,7 %)
<b>Genre de publication (N=54)</b>	
Article dans une publication universitaire	31 (57,4 %)
Autre genre de publication (ex : rapport gouvernemental)	23 (42,6 %)
<b>Caractéristiques méthodologiques (N=54)</b>	
Échantillon aléatoire dans le groupe de contrôle	7 (13,0 %)
Groupe de référence simple	27 (50,0 %)
Groupe de référence apparié	20 (37,0 %)
<b>Groupe de contrôle/référence (N=72)</b>	
Système judiciaire (ex: échantillon en liberté sous caution ou placé sous garde)	39 (54,2 %)
Décrocheurs / non diplômés	10 (13,9 %)
Admissibles sans avoir participé	23 (31,9 %)

Les études ont été publiées entre 1993 et 2005, l'année médiane étant 2001. Un peu plus de la moitié d'entre elles (57,4 %) ont paru dans des publications universitaires savantes soumises au processus de l'évaluation par les pairs, ce qui démontre que cette méta-analyse ne repose

pas uniquement sur des études diffusées par les canaux conventionnels. La grande majorité des études (87,0 %) faisait appel à un groupe de référence (simple ou apparié). Bien que les groupes de contrôle/référence aient été regroupés pour les fins du calcul de l'EVE, il y avait en tout 72 groupes individuels de contrôle/référence dans les 54 études. La plupart d'entre elles comparaient les participants au programme des TTT aux délinquants dans le système judiciaire traditionnel (54,2 %) ou à des délinquants admissibles mais qui n'ont pas participé au programme (31,9 %) – ces derniers constituant un groupe de contrôle plus adéquat car ils auraient été contrôlés pour des problèmes de toxicomanie.

L'une des questions les plus importantes posée par l'évaluation des programmes de recherche, et particulièrement par la recherche sur les TTT, est celle du taux d'attrition (la proportion de participants qui se retirent volontairement ou involontairement du programme avant de l'avoir terminé). Les taux de récidive utilisés dans l'étude ne reflètent pas (ou reflètent rarement) le nombre de délinquants qui ont décroché. Par conséquent, il est important de tenir compte des taux d'attrition quand on examine les taux de récidive. Dans les études prises en compte par la présente méta-analyse, les taux d'attrition variaient de 9,0 % à 84,4 %, la moyenne se situant à 45,2 % ( $ET=19,0$ ), ce qui indique que près de la moitié des participants au programme de TTT ont décroché en cours de route. Il y a manifestement lieu d'élaborer des stratégies pour réduire les taux d'attrition dans les programmes de TTT.

Le second facteur important à prendre en compte dans une étude sur la récidive, c'est la durée de la période de suivi au cours de laquelle on mesurera le taux de récidive. De façon générale, plus cette période est longue, plus les taux de récidive sont élevés, dans la mesure où le passage du temps ajoute au risque de récidive. La durée de la période de suivi utilisée pour mesurer les taux de récidive dans les études prises en compte variait de 3 à 48 mois, la moyenne étant de 18,7 mois ( $ET=11,5$ ).

La taille de l'échantillon est le troisième facteur important à prendre en compte dans l'évaluation d'un programme, dans la mesure où les échantillons plus importants permettent une analyse plus rigoureuse que les échantillons plus petits. La taille des échantillons variait de 39 à 856 participants, la moyenne étant de 260 participants ( $ET=189$ ).

### **3.2 Caractéristiques du programme**

Bien qu'il y ait eu 54 études distinctes, certaines d'entre elles faisaient état de plusieurs programmes de TTT. En fait, la présente analyse recense les données de 66 programmes de TTT. Le tableau 2 récapitule les programmes décrits dans chacune des études. Cependant, ces données sont sujettes à caution. Nous avons rencontré certaines difficultés de codage dues à l'insuffisance des détails fournis dans la description des programmes dans plusieurs des études.

Très peu de programmes de TTT restreignaient la participation en fonction du type de drogue. À peu près cinq pourcent (4,6 %) la restreignaient aux consommateurs de drogues dures (telles la cocaïne, l'héroïne, la méthamphétamine cristallisée) et 7,6 % la restreignaient seulement aux consommateurs de drogues douces (telles la marijuana, le haschisch, et



l'alcool). Environ un tiers des programmes (31,8%) visaient surtout les récidivistes (19,7 % surtout des récidivistes et 12,1 % exclusivement des récidivistes), et 19,7% surtout les délinquants qui en étaient à une première infraction, et 1,5 % exclusivement les délinquants qui étaient dans cette situation). Enfin, presque tous les programmes de TTC (93,9 %) n'admettaient que les délinquants qui avaient été accusés d'infractions sans violence. En résumé, les programmes analysés dans la présente étude s'adressent à la fois aux délinquants qui en sont à une première infraction et aux récidivistes, et qui ont des problèmes de toxicomanie avec plusieurs types de drogues.

Dans le cadre de la présente méta-analyse, la durée d'un programme de TTC (c'est-à-dire la période pendant laquelle un délinquant faisait l'objet d'une surveillance) variait de 6 à 26 mois, la moyenne étant de 13,4 mois ( $ET=4.0$ ).

<b>TABLEAU 2: CARACTÉRISTIQUES DU PROGRAMME</b>	
<b>VARIABLE</b>	<b>N (%)</b>
<b>Toxicomanie admise (N=66)</b>	
Seulement les drogues dures (telles la cocaïne et l'héroïne)	3 (4,6%)
Un mélange de drogues/inconnues	58 (87,8 %)
Seulement les drogues douces (telles la marijuana, le haschisch, et l'alcool)	5 (7,6 %)
<b>Infractions admissibles (N=66)</b>	
Sans violence seulement	62 (93,9 %)
Mélange / inconnues	4 ( 6,1 %)
Avec violence seulement	0 ( 0,0 %)
<b>Dossier criminel (N=66)</b>	
Première infraction seulement	1 (1,5 %)
Surtout première infraction (soixante-dix pourcent ou plus)	12 (18,2%)
Mélange / inconnu	32 (48,5 %)
Surtout récidivistes (soixante-dix pourcent ou plus)	13 (19,7 %)
Exclusivement récidivistes	8 (12,1 %)
<b>Caractéristiques méthodologiques (N=66)</b>	
Malades externes	20 (30,3 %)
Combinaison (externes et internes) / inconnue	46 (69,7 %)

Les études relevées fournissaient parfois des détails sur certains éléments des programmes de TTT retenus. Par exemple, en reconnaissance du fait que la toxicomanie et la criminalité sont souvent associées à d'autres facteurs, certains des programmes visaient d'autres facteurs tels que le niveau d'instruction, les aptitudes professionnelles et le climat familial. Le tableau 3 fournit des renseignements sur d'autres traitements signalés dans les études. Notons cependant que les éléments précis du traitement ne pouvaient être codés que s'il existait dans l'étude une indication précise à l'effet qu'elle visait cet aspect en particulier. Par conséquent, les données du tableau 3 peuvent ne pas constituer un reflet exact des programmes de traitement. En général, les programmes de TTT semblent viser un certain nombre de problématiques autres que la toxicomanie.

<b>TABLEAU 3: AUTRES COMPOSANTES DU PROGRAMME DE TRAITEMENT</b>	
<b>VARIABLE</b>	<b>N (%)</b>
<b>Composante du traitement (N=66)</b>	
Niveau d'instruction (scolarité et résultats)	40 (60,6 %)
Aptitudes professionnelles (métier, compétence en entrevue)	36 (54,6 %)
Climat familial (communications, aptitudes de parentage)	33 (50,0 %)
Suivi (contrôle du suivi après la fin du programme)	25 (37,9 %)
Aptitudes à la vie en société (compétence sociale, aptitude au travail en groupe)	24 (36,4 %)
Aptitudes cognitives (identification d'objectifs, résolution de problèmes)	21 (31,8 %)
Maîtrise de la colère (capacité de mettre en perspective, réduction de l'agressivité)	16 (24,2 %)
Pairs aux tendances anti-sociales (association avec des pairs criminels)	15 (22,7 %)
Comportement anti-social (manque de respect pour l'autorité, valeurs criminelles)	15 (22,7 %)
Prévention des rechutes (techniques pour demeurer sobre)	15 (22,7 %)
Bien-être psychologique (estime de soi, dépression, anxiété)	14 (21,2 %)

### 3.3 Caractéristiques des participants

Les études ont examiné le cas de 17 214 délinquants qui avaient suivi avec succès un programme de TTT et de 14 505 délinquants qui faisaient partie d'un groupe de contrôle ou de référence. L'âge moyen des participants aux programmes de TTT étudiés était de 28,4 ans – 7 études fournissaient seulement des données sur les adolescents de moins de 18 ans. Comme la documentation est presque exclusivement américaine, l'origine aborigène n'est presque jamais mentionnée. Quand des renseignements sur la race sont fournis, ils sont plutôt classés selon la couleur, noir ou caucasien, ou selon l'origine ethnique (hispano-américains). Cependant, ces renseignements n'apparaissent pas en nombre suffisant pour les inclure dans notre méta-analyse. Le tableau 4 ventile les données par sexe dans les études et révèle que la plupart des participants étaient des hommes.

TABLEAU 4: CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS	
VARIABLE	N (%)
<b>Sexe (N=66)</b>	
Hommes seulement	1 (1.5 %)
Surtout des hommes (soixante-dix pourcent ou plus)	31 (47.0%)
Mélange H/F / inconnu	32 (48.5%)
Surtout des femmes (soixante-dix pourcent ou plus)	1 ( 1.5 %)
Femmes seulement	1 ( 1.5 %)

### 3.4 Taux de récidive

Grâce aux 66 programmes de TTT recensés dans la présente méta-analyse on a pu mesurer directement l'efficacité du traitement sur la réduction des comportements criminels. L'EVE moyenne se situait à + 0,14 avec un intervalle de confiance de 95 variant de + 0,10 à + 0,17. En convertissant l'EVE en effet binomial, il devient possible d'affirmer que :

*De façon générale, 57 % des participants à un programme de TTT ne seront pas accusés d'une nouvelle infraction criminelle après la fin de la période de suivi, comparativement à 47 % des délinquants appartenant aux groupes de contrôle/référence.*

Cet énoncé peut se traduire dans un autre, similaire, mais encore plus général :

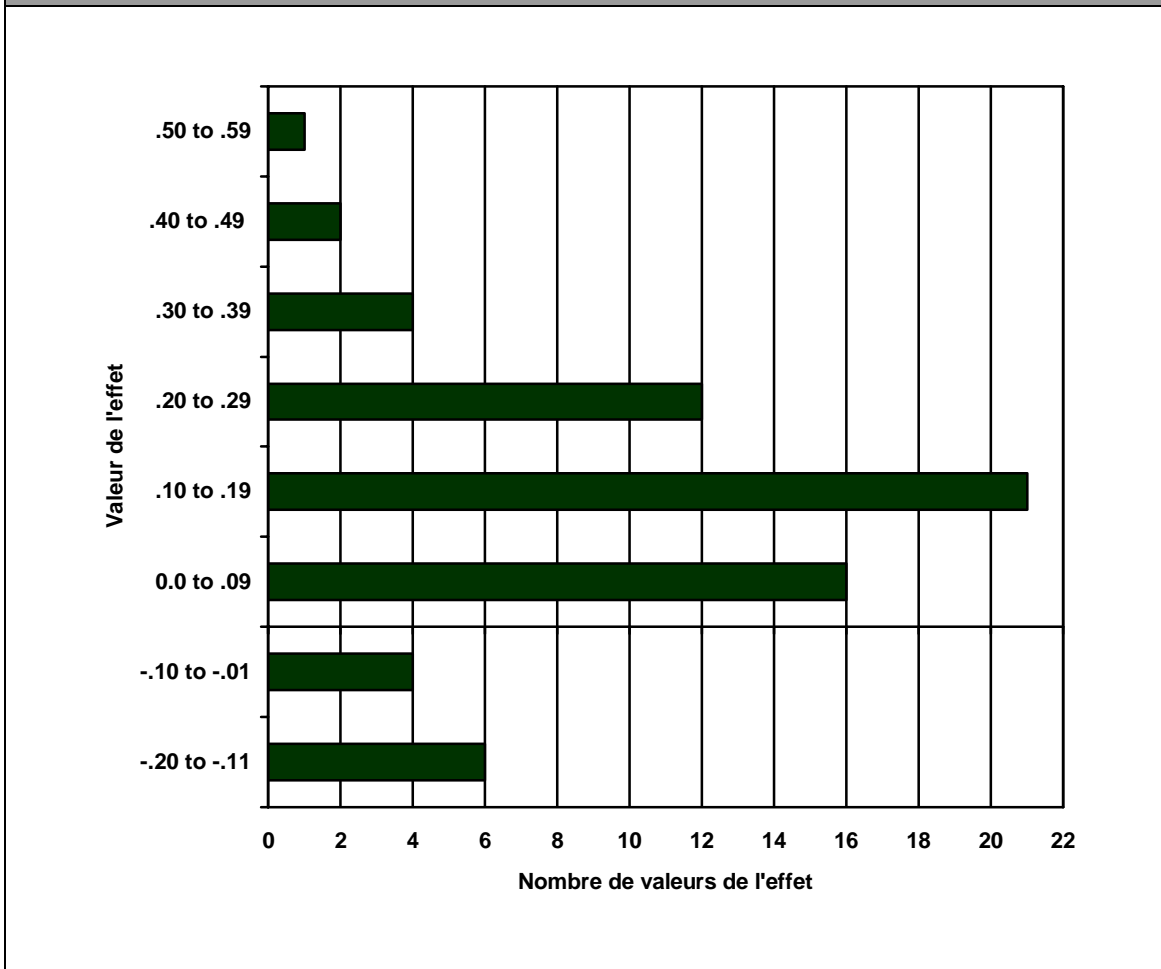
*Les tribunaux de traitement de la toxicomanie ont permis une réduction de 14% du taux de récidive comparativement à d'autres mécanismes du système judiciaire traditionnel.*

Il existe cependant une corrélation évidente entre l'importance au plan statistique, l'ampleur de l'effet et la taille de l'échantillon en ce sens que la taille d'une étude augmente son niveau de signification (Rosenthal, 1991). Afin de donner plus de poids aux études dont la taille de l'échantillon était plus importante, nous avons procédé à une pondération de l'EVE en appliquant la technique décrite par Hunter, Schmidt et Jackson (1982). La pondération avait un effet de +0.13 sur l'EVE, une valeur avoisinante à celle de l'EVE non pondérée.

Comme on peut le voir à la Figure 1, la plupart des programmes de TTT ont eu une incidence positive sur les taux de récidive (c'est-à-dire les programmes dont la valeur de l'effet est supérieure à zéro). Seulement 10 études ont eu une incidence négative, alors que 56 d'entre elles faisaient état d'une incidence positive. Un test T pour échantillon unique révèle que l'effet de moyenne était substantiellement différent que zéro ( $t(df=65)=7.58, p < .001$ ). Il semble donc que les programmes de TTT aient une plus grande incidence négative sur la criminalité future que les mécanismes du système judiciaire traditionnel. L'analyse de

l'hétérogénéité des résultats révèle toutefois que les variations dans la valeur de l'effet étaient aussi importantes ( $\chi^2(df=65)=465.3, p < .001$ ). Nous avons donc poussé notre analyse des variables modératrices pour déterminer s'il existait des différences d'effets fondées sur les caractéristiques des programmes, des participants et de la méthodologie employée.

**FIGURE 1**  
**RÉCIDIVISME : DISTRIBUTION DES VALEURS DE L'EFFET (N=66)**



### 3.5 Analyse des variables modératrices

Pour comprendre l'incidence possible des variables modératrices, nous avons calculé l'EVE dans un certain nombre de groupes différents tels que adultes/adolescents, et première infraction/récidive. Le tableau 5 nous donne le résultat de ces calculs. Les variables qui ne se prêtaient pas à ce genre d'analyse (trop de données manquantes, variations minimales) n'ont pas été incluses. De plus, en raison de l'absence de certaines données dans quelques études, le nombre total des valeurs de l'effet pour chaque analyse des variables n'est pas toujours égal au nombre total des EVE possibles. Par exemple, seulement 49 des 66 EVE possibles contenaient de l'information sur l'âge des participants. Enfin, les composantes additionnelles





prises en compte dans le Tableau 3 (maîtrise de la colère, niveau d’instruction, aptitudes professionnelles) n’ont pas été utilisées dans l’analyse des variables modératrices, l’information disponible ayant été jugée insuffisamment fiable. Comme nous l’avons vu précédemment, cette information n’a été relevée que lorsque les auteurs ont mentionné spécifiquement que cet élément faisait partie du traitement. En d’autres termes, les données ne constituent pas nécessairement un reflet exact des programmes.

<b>TABLEAU 5: ANALYSE DES VARIABLES MODÉRATRICES</b>		
<b>VARIABLE</b>	<b>ESE moyenne (N)</b>	<b>IC 95%</b>
<b>Groupes d’âge (N=49)</b>		
Adolescents (moins de dix-huit ans)	+ ,06 ( 7)	- ,12 à + ,24
Adultes (dix-huit ans et plus )	+ ,16 (42)	+ ,11 à + ,20
<b>Dossier criminel (N=56)</b>		
Première infraction	+ ,15 (13)	+ ,09 à + ,22
Mélange/inconnu	+ ,13 (22)	+ ,07 à + ,16
Récidives	+ ,17 (21)	+ ,08 à + ,25
<b>Type de publication (N=66)</b>		
Publication savante	+ ,14 (33)	+ ,08 à + ,20
Autre type de publication	+ ,13 (33)	+ ,09 à + ,17
<b>Durée du suivi (N=64)</b>		
Moins d’un an	+ ,09 ( 8)	+ ,01 à + ,17
D’un à deux ans	+ ,14 (44)	+ ,10 à + ,19
Deux ans et plus	+ ,17 (12)	+ ,10 à + ,23
<b>Taux d’attrition (N=44)</b>		
Moins de quarante-cinq pourcent	+ ,13 (20)	+ ,06 à + ,21
Plus de quarante-cinq pourcent	+ 14 (24)	+ ,08 à + ,19
<b>Caractéristiques méthodologiques de l’étude (N=66)</b>		
Distribution aléatoire	+ ,09 ( 8)	- ,01 à + ,20
Distribution non aléatoire	+ ,14 (58)	+ ,10 à + ,18
<b>Groupe de contrôle/référence (N=72)</b>		
Système judiciaire	+ ,13 (39)	+ ,09 à + ,18
Décrocheurs/non diplômés	+ ,31 (10)	+ ,17 à + ,45
Admissibles (sans participer)	+ ,11 (23)	+ ,05 à + ,17
<b>Caractéristiques du programme (N=54)</b>		
Malades externes seulement	+ ,11 (24)	+ ,03 à + ,18
Combinaison (externes et internes)	+ ,13 (30)	+ ,08 à + ,17
<b>Durée du programme (N=54)</b>		
Moins d’un an	+ ,07 (15)	- ,00 à + ,15

TABLEAU 5: ANALYSE DES VARIABLES MODÉRATRICES		
VARIABLE	ESE moyenne (N)	IC 95%
D'un an à dix-huit mois	+ ,18 (33)	+ ,13 à + ,23
Plus de dix-huit mois	+ ,08 ( 6)	+ ,02 à + ,14

En premier lieu, l'une des conclusions les plus intéressantes de l'analyse des variables modératrices est la différence que l'on peut observer dans l'efficacité des programmes selon l'âge. Quand on compare les jeunes et les adultes, les résultats indiquent que l'efficacité des programmes est plus grande chez les adultes, même si la différence est minime sur le plan statistique. Toutefois, lorsqu'on examine l'EVE moyenne chez les adolescents seulement, l'intervalle de confiance comprend le point zéro, ce qui tend à diminuer notre confiance dans l'efficacité des programmes de TTT pour les adolescents. Les intervalles de confiance nous fournissent une mesure de la précision du calcul de la distribution des valeurs de l'effet. Dans le cas présent, l'intervalle de confiance de 95% laisse supposer que la véritable moyenne tombera dans la fourchette indiquée 19 fois sur 20. Si cette fourchette comprend le point zéro, nous n'avons pas la certitude statistique que la participation aux programmes de TTT aura une incidence quelconque, car une EVE égale à zéro indique qu'il n'y a pas de différence observable entre les participants aux TTT et le groupe de contrôle/référence. Comme il n'y a que 7 EVE contribuant aux résultats sur les adolescents il est nécessaire de faire davantage de recherche pour déterminer si le modèle des TTT peut se révéler efficace pour les adolescents.

Deuxièmement, la différence dans l'EVE moyenne établie en fonction de la durée de la période de suivi est importante. Les études qui font état de périodes de suivi plus longues rapportent des effets plus importants que celles pour lesquelles les périodes de suivi sont plus courtes. Normalement, les taux de récidive augmentent avec la longueur des suivis, car les délinquants sont davantage à risque avec le passage du temps, et/ou ils attirent l'attention de la police. On ne peut donc être surpris du fait que les résultats de la présente méta-analyse suivent cette tendance, dans la mesure où les taux de récidive augmentent généralement à la fois dans les programmes de TTT et dans les groupes de contrôle/référence au fur et à mesure qu'augmente la durée des suivis. Il y a cependant une différence importante : l'écart entre ces deux groupes augmente avec le temps. En d'autres termes, au fur et à mesure qu'augmente la durée du suivi, les participants des groupes de contrôle deviennent davantage susceptibles de récidiver que les participants aux programmes de TTT. Il est donc vraisemblable que les avantages des TTT augmentent avec le temps. Par conséquent, il est important d'avoir de longues périodes de suivi dans toute recherche sur les TTT pour pouvoir comprendre pleinement l'incidence de la participation sur les taux de récidive.

Troisièmement, il n'est pas surprenant non plus que les évaluateurs qui ont choisi de procéder à une distribution aléatoire des délinquants dans les groupes de traitement ou de contrôle aient eu tendance à rapporter un effet plus faible que ceux qui n'ont pas effectué une distribution aléatoire. Les recherches antérieures démontrent que plus la rigueur méthodologique d'une étude augmente, plus l'effet rapporté diminue (Latimer, 2001). De plus, l'intervalle de confiance de 95 % des six études qui faisaient état d'une distribution aléatoire comprenait



effectivement le point zéro, ce qui tend à réduire notre confiance dans la possibilité de conclure à l'efficacité des programmes de TTT lorsqu'on utilise la méthode de distribution/contrôle aléatoire pour la mesurer. Toutefois, l'emploi de la méthode de distribution aléatoire dans ce contexte est difficile, car les juges et les procureurs préfèrent souvent (on peut le comprendre) réserver les traitements pour ceux qui sont le plus susceptibles d'en bénéficier. Par conséquent, on a écarté la méthode de distribution aléatoire dans plusieurs études qui en avaient fait leur choix initial au profit du modèle des groupes de référence.

La quatrième conclusion que l'on peut tirer des variables modératrices est que le choix d'un groupe de contrôle/référence a une incidence importante sur les EVE. Les études qui utilisent des décrocheurs ou des personnes qui ne terminent pas le programme comme groupe de référence font état d'une EVE moyenne beaucoup plus élevée ( $F(df=2)=6.87, p<.01$ ), à comparer avec les études ayant utilisé un groupe de référence sélectionné dans le système judiciaire traditionnel ou des délinquants qui tout en étant admissibles ont choisi de ne pas participer. Il ne faut pas non plus se surprendre de ces résultats dans la mesure où les décrocheurs ou ceux qui n'ont pas complété le programme constitueraient logiquement un groupe de référence moins motivé que ceux qui l'ont complété. Les personnes qui étaient admissibles, mais qui ont choisi de ne pas participer, constituent sans doute le groupe le plus ressemblant à des fins de référence, dans la mesure où elles auraient satisfait le critère d'inclusion (contrôlées pour des problèmes de toxicomanie, dossier criminel similaire tant au plan de l'historique que du genre d'infraction). Et lorsqu'un tel groupe a été effectivement utilisé, la participation aux programmes de TTT se traduisait encore par une amélioration de 11% dans le taux de récidive.

La cinquième et dernière conclusion est la différence que fait la durée d'un programme de TTT sur l'effet rapporté. Les programmes qui offraient des services sur une période d'un an à dix-huit mois faisaient état d'une diminution importante du taux de récidive, ( $F(df=2)=3.76, p<.05$ ), à comparer avec les programmes plus longs ou plus courts. En fait, l'intervalle de confiance de 95% des programmes plus courts comprend le point zéro, ce qui vient réduire encore plus notre confiance dans la capacité des programmes de moins d'un an d'avoir une incidence favorable sur les taux de récidive. Il se peut que les programmes à durée plus courte ne puissent favoriser l'enracinement définitif des changements cognitifs et comportementaux, tandis que ceux de durée plus longue pourraient provoquer une forme de « lassitude » à l'égard des traitements.

## 4. Conclusion

**D**es tribunaux de traitement de la toxicomanie fonctionnent désormais dans six grands centres du pays (Vancouver, Edmonton, Regina, Winnipeg, Toronto, et Ottawa), et dans plusieurs villes des États-Unis. Les résultats de la présente méta-analyse suggèrent qu'il s'agit d'une méthode efficace de réduire la criminalité future si on la compare aux méthodes traditionnelles. Il est cependant possible de tirer un certain nombre de conclusions supplémentaires et de faire quelques mises en garde

Premièrement, les résultats de cette méta-analyse semblent indiquer que les adolescents ne sont pas de bons candidats pour les programmes de TTT. Il y a cependant lieu de poursuivre la recherche sur ce sujet vu le petit nombre d'études effectuées sur un échantillon d'adolescents pour confirmer l'existence d'un effet fondé sur l'âge.

Deuxièmement, il y aurait lieu d'augmenter la durée des suivis aux fins des recherches sur l'efficacité des TTT, car il semble que les avantages de ces programmes augmentent avec le temps. En fait, les conclusions actuelles semblent confirmer que la participation aux programmes de TTT entraîne des changements de comportement à long terme.

Troisièmement, les programmes qui offrent des services pour des périodes d'un an à dix-huit mois ont une incidence plus grande sur les taux de récidive que les programmes plus longs ou plus courts. Il est donc raisonnable de croire que les services offerts aux participants des programmes de TTT devraient être conçus pour avoir une durée d'un an à dix-huit mois.

Finalement, et comme l'indiquent les recherches antérieures (Latimer, 2001), les choix de méthodologie ont une incidence importante sur le degré d'efficacité observée des TTT. Dans la présente méta-analyse, deux caractéristiques méthodologiques se sont révélées importantes – la distribution aléatoire, et la sélection du groupe de référence. On peut comprendre que l'utilisation de la méthode de distribution aléatoire puisse poser des difficultés dans un contexte de justice pénale, étant donné, surtout, que la participation aux programmes de TTT est volontaire et que les professionnels du domaine préfèrent exercer une influence sur le choix des participants. Cependant, la décision d'accepter des décrocheurs ou des personnes qui n'ont pas complété le programme a une incidence sur les résultats de l'étude et devrait être évitée. Néanmoins, même lorsqu'on sélectionne dans les groupes de référence des personnes admissibles, mais qui ont préféré ne pas participer, ce qui semble représenter le choix méthodologique le plus rigoureux, exception faite de la méthode de distribution aléatoire, les tribunaux de traitement de la toxicomanie continuent d'avoir une incidence positive sur les taux de récidive.

Bien que d'autres questions n'aient pas été abordées dans le cadre de cette recherche, telles que le rapport coût-efficacité des TTT, les résultats de la présente méta-analyse, qui incorpore des données sur plus de 17 000 délinquants regroupés dans 66 programmes, apportent un appui clair aux tribunaux de traitement de la toxicomanie comme mécanisme pour réduire le niveau d'activité criminelle des délinquants qui ont des problèmes de toxicomanie.



---

## Références

Fielding, J. E., Tye, G., Ogawa, P. L., Imam, I. J., & Long, A. M. (2002). Los Angeles County drug court programs: Initial results. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 217-224.

Glass, G., McGaw, B., & Smith, M. (1981). *Meta-analysis in social research*. Newbury Park, CA: Sage.

Hunter, J. E., Schmidt, F. L., & Jackson, G. B. (1982). *Meta Analysis: Cumulating research findings across studies*. Beverly Hills, CA: Sage.

Latimer, J. (2001). A meta-analytic examination of youth delinquency, family treatment and recidivism. *Revue canadienne de criminologie et de justice pénale*, 43, 237-253.

Miethe, T. D., Lu, H., & Reese, E. (2000). Reintegrative shaming and recidivism risks in drug court: Explanations for some unexpected findings. *Crime & Delinquency*, 46 (4), 522-541.

Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research*. Newbury, CA: Sage.

### Études utilisées pour la méta-analyse

Bavon, A. (2001). The effect of the Tarrant County drug court project on recidivism. *Evaluation and Program Planning*, 24, 13-22.

Brewster, M. P. (2001). An evaluation of the Chester County (PA) drug court program. *Journal of Drug Issues*, 31 (1), 177-206.

Cosden, M., Crothers, L., & Peerson, S. (1999). *Superior Court of California, County of Ventura: Drug court summary findings*. Santa Barbara, CA: University of California, Graduate School of Education.

Craddock, A. (2002). *North Carolina drug treatment court evaluation: Final report*. Washington, DC: U.S. Department of Justice: Drug Courts Program Office.

Deschenes, E. P., Cresswell, L., Emami, V., Moreno, K., Klein, Z., & Condon, C. (2001). *Success of drug courts in Orange County, California: Process and outcome evaluations. Technical Report*. Long Beach, CA: California State University Long Beach, Department of Criminal Justice.

Deschenes, E. P., & Greenwood, P. W. (1994). Maricopa County's drug court: An innovative program for first-time offenders on probation. *Justice System Journal*, 17(1), 99-115.

Dickie, J. L., (2002) *Summit Country Juvenile Court Drug Court Evaluation Report* July 1, 2001 – June 30, 2002. OH: The University of Akron: The Institute for Health and Social Policy.

Ericson, R., Welter, S., & Johnson, T. L. (1999). *Evaluation of the Hennepin County drug court*. Minneapolis, MN: Minnesota Citizens Council on Crime & Justice.

Fielding, J. E., Tye, G., Ogawa, P. L., Imam, I. J., & Long, A. M. (2002). Los Angeles County drug court programs: Initial results. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 217-224.

Gliksman, L., Newton-Taylor, B., Patra, J., & Rehm, J. (2004). Toronto drug treatment court evaluation project final report. London, ON: Centre de toxicomanie et de santé mentale, Social, Prevention and Health Policy Research Department.

Goldkamp, J. S. (1994). Miami's treatment drug court for felony defendants: Some implications of assessment findings. *The Prison Journal*, 73 (2), 110-166.

Goldkamp, J. S. & Weiland, D. (1993). Assessing the impact of Dade County's felony drug court (Final Report). Philadelphia, PA: Temple University, Crime and Justice Research Institute.

Goldkamp, J. S., Weiland, D., & Moore, J. (2001). The Philadelphia treatment court, its development and impact: The second phase (1998-2000). Technical Report. Philadelphia, PA: Temple University, Crime and Justice Research Institute.

Goldkamp, J. S., White, M. D., & Robinson, J. B. (2001). From whether to how drug courts work: Retrospective evaluation of drug courts in Clark County (Las Vegas) and Multnomah County (Portland). Technical Report. Philadelphia, PA: Temple University, Crime and Justice Research Institute.

Gottfredson, D. C., Najaka, S. S., Kearley, B., & Rocha, M. (2005). Long-term effects of participation in the Baltimore City drug treatment court: Results from an experimental study. MD: Department of Criminology and Criminal Justice, University of Maryland.

Gottfredson, D. C., Coblenz, K., & Harmon, M. A. (1997). A short-term outcome evaluation of the Baltimore City drug treatment court program. *American Probation and Parole Association: Perspectives*, Winter, 33-38.

Granfield, R., Eby, C., & Brewster, T. (1998). An examination of the Denver drug court: The impact of a treatment-oriented drug-offender system. *Law & Policy*, 20 (2), 183-202.

Harrell, A., Roman, J., & Sack, E. (2001). Drug court services for female offenders, 1996-1999: Evaluation of the Brooklyn treatment court. Technical Report. Washington, DC: Urban Institute.

Harrison, L., Patrick, D., & English, K. (2001). An evaluation of the Denver drug court: The early years, 1995-1996. Unpublished Manuscript. Denver, CO: Colorado Department of Public Safety, Office of Research & Statistics, Division of Criminal Justice.

Harrison, R. S., Parsons, B. V., Eddings, S. K., Byrnes, E. I., & Sahami, S. (2001). Salt Lake County drug court: Evaluation report September 1998 through September 2000. Salt Lake City, UT: Intermountain Evaluation Services.

Hartmann, D. J., Rhineberger, G. M., Gregory, P., Mullins, M., Tollini, C., & Williams, Y. (2003). Evaluation of the Kalamazoo County juvenile drug treatment court program: October 1, 2001 – September 30, 2002, year 5. Technical Report. Kalamazoo, MI: Western Michigan University, Kecher Centre for Social Research.



- Hein, M. L. (2005). Lancaster County adult drug court: An evaluation of the first three years. Washington, DC: ISED Solutions.
- Huff, D., Stageberg, P., Wilson, B. S., & Moore, R. G. (2002). An assessment of the Polk County juvenile drug court. Unpublished Manuscript. IA: Iowa Department of Human Rights, Division of Criminal and Juvenile Justice Planning.
- Johnson, S. & Latessa, E. J. (2000). The Hamilton County drug court: Outcome evaluation findings. Unpublished Manuscript. Cincinnati, OH: University of Cincinnati.
- Johnson Listwan, S., Koetzle Shaffer, D., & Latessa, E. J. (2001). The Akron Municipal drug court: Outcome evaluation findings. Unpublished Manuscript. Cincinnati, OH: University of Cincinnati.
- Johnson Listwan, S., Koetzle Shaffer, D., & Latessa, E. J. (2001). The Erie County drug court: Outcome evaluation findings. Unpublished Manuscript. Cincinnati, OH: University of Cincinnati.
- Johnson Listwan, S., Sundt, J. L., Holsinger, A. M., & Latessa, E. J. (2003). The effect of drug court programming on recidivism: The Cincinnati experience. *Crime & Delinquency*, 49 (3), 389-411.
- Latessa, E. J., Koetzle Shaffer, D., & Lowenkamp, (2001). Preliminary evaluation of Ohio's drug court efforts. Unpublished Manuscript. Cincinnati, OH: University of Cincinnati.
- Latessa, E. J., Koetzle Shaffer, D., & Lowenkamp, C. (2002). Outcome evaluation of Ohio's drug court efforts: Final report. Unpublished Manuscript. Cincinnati, OH: University of Cincinnati.
- Lind, B., Weatherburn, D., Chen, S., Shanahan, M., Lancsar, E., Haas, M., & De Abreu Lourenco, R. (2002). New South Wales drug court evaluation: Cost effectiveness. Sydney: NSW Bureau of Crime Statistics and Research.
- Logan, T. K., Hoyt, W., & Leukefeld, C. (2001). Kentucky drug court outcome evaluation: Behaviors, costs and avoided costs to society. KY: Center on Drug and Alcohol Research, University of Kentucky.
- Makkai, T. & Veraar, K. (2003). Final report on the South East Queensland drug court. Australian Institute of Criminology.
- Martin, T. (2005). Douglas County drug court targeted capacity expansion grant, year 3 evaluation report. Washington, DC: ISED Solutions.
- Martinez, A. I. & Eisenberg, M. (2003). Initial process and outcome evaluation of drug courts in Texas. Unpublished Manuscript. Austin, TX: Criminal Justice Policy Council.
- Miethe, T. D., Lu, H., & Reese, E. (2000). Reintegrative shaming and recidivism risks in drug court: Explanations for some unexpected findings. *Crime & Delinquency*, 46 (4), 522-541.
- Millson, W. A., Robinson, D., Stringer, A. & Van Dietsen, M. (2005). Drug treatment court of Vancouver program evaluation: Final evaluation report. Ottawa, ON: Orbis Partners Inc.

- National Institute on Drug Abuse (2003). Crossing the bridge: An evaluation of the drug treatment alternative-to-prison (DTAP) program. A CASA White Paper. New York, NY: Columbia University, National Center on Addiction and Substance Abuse.
- O'Connell, J. P., Nestlerode, E., & Miller, M. (1999) Evaluation of the Delaware juvenile drug court diversion program. DE: Criminal Justice Council's Statistical Analysis Centre.
- Peters, R. H., Haas, A. L., Hunt, & W. M. (2001). Treatment 'dosage' effects in drug court programs. In J. J. Hennessy & N. J. Pallone (eds.), *Drug courts in operation: Current research* (pp. 63-72). NY: Hawthorn Press, Inc.
- Peters, R. H. & Murrin, M. R. (2000). Effectiveness of treatment-based drug courts in reducing criminal recidivism. *Criminal Justice and Behaviour*, 27(1), 72-96.
- Rempel, M., Fox-Kralstein, D., Cissner, A., Cohen, R., Labriola, M., Farole, D., Bader, A., & Magnani, M. (2003) The New York State adult drug court evaluation policies, participants and impacts. NY: Centre for Court Innovation.
- Rodriguez, N. & Webb, V. J. (2004). Multiple measures of juvenile drug court effectiveness: Results of a quasi-experimental design. *Crime & Delinquency*, 50(2), 292-318.
- Salt Lake County. (2001). Salt Lake County drug court outcome evaluation. UT: Utah Substance Abuse & Anti-Violence Coordinating Council.
- Santa Clara County. (1998). Santa Clara County drug treatment court: Two year progress report and outcome comparisons (March 1, 1996- March 31, 1998). Retrieved from: <http://spa.american.edu/justice/publications/santacl.htm>
- Sechrest, D. K., Shichor, D., Artist, K., & Briceno, G. (1998). The Riverside County drug court: Final research report for the Riverside County Probation Department. San Bernardino, CA: California State University, Criminal Justice Department.
- Solop, F. I., Wonders, N. A., Hagen, K. K., & McCarrier, K. (2003). Coconino County DUI/drug court evaluation. AZ: Social Research Laboratory, Northern Arizona University.
- Spohn, C., Piper, R. K., Martin, T., & Frenzel, E. D. (2001). Drug courts and recidivism: The results of an evaluation using two comparison groups and multiple indicators of recidivism. *Journal of Drug Issues*, 31(1), 149-176.
- Stageberg, P., Wilson, B., & Moore, R. G. (2001). Final report on the Polk County adult drug court: Executive summary and summary of findings. Unpublished Manuscript. IA: Iowa Department of Human Rights, Division of Criminal and Juvenile Justice Planning.
- Terry, W. C. (1999). Broward County's dedicated drug treatment court: From post-adjudication to diversion. In W. C. Terry, III (ed.) *The early drug courts: Case studies in judicial innovation, drugs, health, and social policy series* (Vol. 7, pp. 77-107). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.





---

Thompson, K. M. (2002). A cost-benefit estimate of North Dakota's juvenile drug court: Recidivism cost savings. ND: North Dakota State University.

Turner, S., Greenwood, P., Fain, T., & Deschenes, E. (1999). Perceptions of drug court: How offenders view ease of program completion, strengths and weaknesses, and the impact on their lives. U.S. Department of Justice: National Drug Court Institute.

Vito, G. F. & Tewksbury, R. A. (1998). The impact of treatment: The Jefferson County (Kentucky) drug court program. *Federal Probation*, 62 (2), 46-51.

Wolfe, E., Guydish, J., & Termond, J. (2002). A drug court outcome evaluation comparing arrests in a two year follow-up period. *Journal of Drug Issues*, 32 (4), 1155-1172.

Wright, D. & Clymer, B. (2001). Evaluation of Oklahoma drug courts, 1997-2000. Oklahoma City, OK: Oklahoma Criminal Justice Resource Centre.