

Substance Use and Misuse among Justice-Involved Persons: Practice Guidelines for Probation Staff¹

Scott T. Walters²

University of North Texas Health Science Center

L'usage et l'abus de substances chez les personnes sous main de justice : Directives pour la pratique des agents de probation¹

Scott T. Walters²

Centre des sciences de la santé de l'Université du Nord Texas

Que doit savoir le personnel de probation sur l'usage et le mésusage de substances psychoactives ?

Un trouble lié à l'usage de substances (TUS) est un mode de consommation d'alcool ou de drogues qui entraîne des déficiences ou des problèmes importants. Bien entendu, toutes les personnes qui consomment des substances ne développent pas forcément un trouble lié à l'usage de substances. Le nombre de personnes qui consomment une substance et qui développent ensuite un TUS est appelé "dépendance conditionnelle". En moyenne, environ 12 % des personnes qui consomment une substance au moins une fois développeront un TUS, certaines substances (par exemple, l'alcool, la marijuana) ayant des taux de dépendance conditionnelle plus faibles, et d'autres substances (par exemple, la cocaïne, l'héroïne) ayant des taux un peu plus élevés (Lopez-Quintero et al., 2011). L'héroïne et la cocaïne semblent également avoir la progression la plus rapide de la consommation initiale vers un TUS (0-4 mois), tandis que le cannabis et l'alcool prennent souvent plus de temps pour évoluer vers un TUS (1-6 ans et 3-15 ans, respectivement) (Lopez-Quintero et al., 2011). Comme la consommation de substances elle-même, les TUS peuvent aller d'un TUS relativement bénin qui peut être traité par de brefs conseils à un TUS très grave qui peut nécessiter de recourir à des services d'hospitalisation intensifs. C'est l'une des raisons pour lesquelles il est important d'utiliser un outil de dépistage fondé sur des données probantes qui mesure l'usage récent de substances, plutôt que de se fier à des évaluations du risque/besoin criminogène qui mesurent des comportements plus généraux ou un usage de substances qui s'est produit il y a longtemps.

¹ Ce travail a été financé par Arnold Ventures. Les points de vue et opinions exprimés ici sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement la position de l'agence de financement

² Auteur correspondant : Scott T. Walters, Ph.D., Comportement et systèmes de santé, École de santé publique santé publique, Université du Texas du Nord Health Science Center, 3500 Camp Bowie Blvd, Fort Worth, TX 76107 ; courriel : scott.walters@unthsc.edu

Les TUS sont plus fréquents chez les hommes, les jeunes, les personnes à faible revenu, les chômeurs, les personnes qui ont commencé à consommer des substances à un âge précoce et qui souffrent de certains troubles mentaux (Chen, O'Brien et Anthony, 2005). Dans une enquête nationale, environ 20% des hommes en probation souffraient de troubles liés à la consommation de drogues, 30 % de troubles liés à la consommation d'alcool et 40 % d'un quelconque TUS (données de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014). Dans une autre enquête, environ la moitié des hommes en probation avaient besoin d'un traitement l'addiction, mais seulement un quart d'entre eux ont effectivement reçu un traitement au cours d'une année donnée (K. E. Moore et al., 2019 ; Perry et al., 2015).

Que doit savoir le personnel de probation sur la consommation et l'abus de substances dans le système judiciaire pénal ?

Les personnes qui consomment des substances sont beaucoup plus susceptibles d'avoir affaire à la justice (Dellazizzo et al., 2020 ; Hayhurst et al., 2017 ; T. M. Moore et al., 2008 ; Yukhnenko, Blackwood, & Fazel, 2020). Par exemple, près de 40 % des détenus fédéraux et d'État ont déclaré avoir consommé des drogues et 30 % avoir bu de l'alcool au moment de leur infraction (Maruschak, Bronson, & Alper, 2021), et près de la moitié d'entre eux avaient un trouble lié à l'utilisation de substances au cours des 12 mois précédant leur incarcération. La consommation de substances psychoactives est également le principal facteur de risque modifiable de récidive, suivi par les pairs antisociaux, les besoins en matière de santé mentale et les problèmes d'emploi (Yukhnenko et al., 2020). Plusieurs raisons expliquent le lien étroit entre la consommation de substances et la criminalité : les personnes sont plus susceptibles de commettre des crimes lorsqu'elles sont sous influence (p. ex. crimes violents, conduite en état d'ébriété) ; les personnes commettent souvent des crimes lorsqu'elles tentent d'obtenir des substances (p. ex. vols, crimes financiers) ; et les personnes peuvent acheter, vendre ou posséder directement des substances illégales (p. ex. possession, distribution). Lorsqu'elles sont sous surveillance, les personnes qui consomment des substances peuvent avoir plus de mal à respecter leurs obligations professionnelles ou familiales, ou à satisfaire à d'autres exigences.

Quel est le rôle du traitement de l'abus de substance dans le système juridique pénal ?

Le traitement de l'usage de substances dans le système judiciaire peut réduire à la fois l'usage de substances et le comportement criminel (Perry et al., 2019 ; Perry et al., 2013, 2014 ; Prendergast, Podus, Chang, & Urada, 2002). Dans une étude, les personnes qui ont été obligées de suivre un traitement pour abus de substance étaient aussi satisfaites de leur traitement et avaient autant de chances d'être abstinentes après un an que celles qui suivaient un traitement de leur plein gré (Kelly, Finney et Moos, 2005). En outre, dans une autre étude, les personnes qui ont été obligées de suivre un traitement étaient plus disposées à changer leur consommation de substances que les personnes qui s'y rendaient volontairement (Gregoire & Burke, 2004). Les personnes qui entamaient un traitement en raison d'une contrainte légale étaient trois fois plus susceptibles d'avoir entamé des changements positifs au cours du mois précédant le début du traitement. Cela suggère qu'un certain degré de pression juridique peut accroître la motivation à changer de consommation de substances.

Chandler et al. (2009) ont décrit certaines "meilleures pratiques" pour intégrer le traitement de l'abus de substance dans le système judiciaire. Voici quelques-unes de leurs principales recommandations 1) utiliser le dépistage et l'évaluation pour déterminer la bonne orientation en matière de traitement ; 2) faire durer le traitement suffisamment longtemps pour assurer la stabilité ; 3) surveiller attentivement la consommation de substances pendant le traitement ; 4) utiliser un mélange de récompenses et de sanctions pour maintenir l'engagement des personnes ; 5) utiliser un traitement assisté par médicaments lorsque cela est indiqué ; et 6) fournir un logement, une aide à l'emploi et des soins médicaux pour faciliter le rétablissement. Il est important de noter que ces stratégies reposent sur la

coordination entre les organismes judiciaires, les prestataires de traitement, les organismes de santé mentale et les prestataires de soins de santé.

Dans le système de justice pénale, les traitements comportementaux sont largement utilisés en raison de leur coût relativement faible et de leur capacité à traiter d'autres facteurs liés à la consommation de substances (par exemple, le soutien social, la pensée antisociale, la motivation). En fait, plusieurs traitements comportementaux reposent sur des bases factuelles solides, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du système judiciaire, notamment l'entretien motivationnel, la thérapie cognitivo-comportementale et la gestion des contingences (tous décrits ci-dessous). En outre, il est prouvé que le traitement médicamenteux peut être utile pour certaines personnes, en particulier celles qui souffrent d'un trouble lié à l'utilisation d'opiacés. Certaines personnes bénéficient d'un traitement comportemental en plus des médicaments, par exemple en recevant des approches motivationnelles ou basées sur les contingences pour les encourager à continuer à prendre un médicament pour un TUS.

Quels sont les traitements fondés sur des données probantes pour l'usage de substances dans le système judiciaire pénal ?

Les personnes qui relèvent du système de justice pénale sont souvent invitées à opérer des changements qu'elles n'avaient pas envisagés auparavant (par exemple, arrêter de consommer des drogues, trouver un emploi, éviter certaines personnes). Le modèle transthéorique du changement (TTM ; DiClemente & Prochaska, 1998) décrit comment les personnes deviennent plus disposées au changement, que ce soit pour des raisons internes ou en raison de pressions externes. En bref, ce modèle indique que les gens passent par une série d'étapes lorsqu'ils envisagent un changement. L'état de préparation va de la précontemplation (pas de conscience ou d'intérêt pour le changement) à la contemplation (une certaine conscience, mais des sentiments mitigés à l'égard du changement), à la préparation (avoir un plan de changement), à l'action (avoir récemment effectué des changements) et au maintien (avoir maintenu les changements au fil du temps). Enfin, la rechute est un élément courant du cycle ; la plupart des gens essaient de changer un comportement de longue date sans succès. Une étude portant sur des personnes en cours de rétablissement à la suite de troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogues a révélé qu'elles avaient fait en moyenne 5,35 tentatives sérieuses avant de résoudre un problème important de consommation de substances (Kelly, Greene, Bergman, White et Hoepfner, 2019). Et bien sûr, la motivation est spécifique à certains sujets. Les personnes peuvent être très prêtes à changer leur consommation de substances, mais pas du tout à changer leur groupe de pairs, ou elles peuvent être très prêtes à changer leur consommation de substances, mais ne pas penser qu'elles ont besoin d'un traitement pour y parvenir.

Idéalement, les raisons internes d'une personne de changer sa consommation de substances (par exemple, "Ma famille sera fière de moi si je reste absteinent") devraient être associées à des raisons externes (par exemple, "Si j'échoue à mon test de dépistage de drogue, je risque de passer un week-end en prison") pour faire passer les gens par les différentes étapes. En réalité, la motivation est plus complexe. On peut demander aux gens de changer leur comportement immédiatement (arrêter de consommer de la drogue tout de suite) alors qu'auparavant ils étaient peu disposés à le faire (un jour, j'arrêterai peut-être de consommer de la drogue). En outre, certaines obligations légales (payer des amendes, suivre des cours) peuvent sembler injustes pour la personne, ou même être perçues comme allant à l'encontre d'autres objectifs (payer pour la garde des enfants).

Dans des groupes de discussion composés de probationnaires ayant des antécédents de consommation de drogues, Spohr et al. (2017) ont identifié une série de raisons pour lesquelles les personnes disaient qu'il était important de terminer leur probation :

- Financières (par exemple, " Pour avoir plus d'argent ").

- Le temps (par exemple, " Pour pouvoir passer plus de temps à me détendre ou à faire ce que je veux ").
- La liberté (par exemple, "Pour ne plus avoir à vérifier auprès des autres quand je veux faire quelque chose").
- La honte (par exemple, "Pour que les gens cessent de me juger").
- Les relations (par exemple, " Pour donner l'exemple à mes enfants ").
- Juridique (par exemple, "Pour éviter d'aller en prison")
- La poursuite de la vie (par exemple, " Pour améliorer ma vie ").

Il est intéressant de noter que les domaines eux-mêmes étaient moins prédictifs de la réussite de la probation que le modèle global. En général, les personnes qui avaient plus de raisons internes, axées sur l'avenir (les auteurs ont appelé ces raisons " meilleure vie ") étaient plus susceptibles de modifier leur consommation de substances, par rapport aux personnes qui avaient plus de raisons externes, axées sur le présent (les auteurs ont appelé ces raisons " perte tangible "). Ces résultats sont conformes à la théorie de l'autodétermination (Ryan et Deci, 2000), selon laquelle les personnes sont plus susceptibles de procéder à des changements durables si elles pensent qu'elles ont un certain droit de regard sur ces changements (autonomie), qu'elles ont confiance en leur capacité à procéder à ces changements (compétence) et qu'elles pensent que les autres soutiendront ces changements (relation).

En pratique, cela signifie que vous devez prendre en compte l'ensemble des éléments susceptibles de motiver une personne et l'aider à apprécier les façons dont l'achèvement de la probation "améliorera ma vie", "m'aidera à poursuivre ma vie", "sera un exemple pour les autres" et "fera en sorte que ma famille soit fière de moi". Les personnes qui pensent à ces raisons internes, orientées vers l'avenir, et qui leur donnent la priorité, sont plus susceptibles de travailler à la réalisation de leurs objectifs de probation. En fait, il pourrait être contre-productif de continuer à avertir un probationnaire des conséquences juridiques de son maintien au chômage alors qu'il a déclaré que sa principale motivation était de trouver un emploi ou de subvenir aux besoins de sa famille.

Au-delà des facteurs individuels, il est prouvé que la manière dont les prestataires dispensent le traitement de l'abus de substance peut influencer les résultats des clients (Moyers & Miller, 2013). Dans un contexte de probation, Rodriguez et al. (2017) ont constaté que lorsque les conseillers utilisaient un style plus pressant et plus suggestif, les probationnaires étaient moins susceptibles de parler de changement et moins susceptibles d'être abstinentes deux mois plus tard. En fait, une relation de travail positive et équilibrée entre le personnel de probation et les clients est un prédicteur important du résultat pour le client (Skeem, Loudon, Polaschek, & Camp, 2007).

L'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel (EM) est une approche thérapeutique qui se concentre sur l'écart entre les objectifs et le comportement d'une personne (Miller & Rollnick, 2012). L'EM est une sorte de " cousin " du modèle trans-théorique du changement, car il suggère des façons de parler avec les gens pour les faire passer d'une étape à l'autre. Bien que l'EM suggère certaines techniques de conversation telles que les questions ouvertes, les valorisations, les reflets et les résumés, l'état d'esprit ou "l'esprit" de l'EM est également important. L'EM met l'accent sur la collaboration (les clients sont considérés comme une source d'expertise à laquelle on peut faire appel), l'évocation (les antécédents et l'expérience du client sont une source de force) et l'acceptation (les clients ont le droit de prendre des décisions concernant leur propre vie).

L'EM a fait ses preuves dans le domaine du conseil en matière de toxicomanie, à la fois en tant qu'intervention autonome et intégrée à d'autres approches de conseil (Frost et al., 2018). À l'origine, l'EM a été conçue pour servir de "booster" motivationnel avant le début du traitement. Cependant, de

nombreuses études ont montré qu'une seule séance d'EM est souvent utile en soi pour initier un changement de comportement. Une fois que les personnes sont motivées pour changer, elles recherchent souvent d'elles-mêmes d'autres services. Il est intéressant de noter qu'il existe des preuves que l'EM peut être plus bénéfique pour les personnes présentant des problèmes sévères de consommation que d'autres approches thérapeutiques. Par exemple, une étude portant sur des femmes enceintes consommant de l'alcool a révélé que l'EM était plus bénéfique pour les plus gros buveurs (Handmaker, Miller et Manicke, 1999), tandis qu'une autre étude portant sur des consommateurs de cannabis a révélé que l'EM était plus efficace pour les gros consommateurs (Mason, Sabo et Zaharakis, 2017). Outre la consommation de substances, l'EM peut être utilisée pour aider les gens à modifier d'autres comportements qui influent sur la réussite de la probation (Walters, Clarke, Gingerich et Meltzer, 2007). Vous pourriez utiliser des techniques d'EM pour encourager les gens à parler des avantages de terminer le traitement, de ce qu'ils apprennent dans le cadre du traitement et de la façon dont ils éviteront les situations qui les exposent à un risque de rechute. L'EM met l'accent sur une écoute attentive, une bonne relation de travail, le respect de l'autonomie de la personne et l'obtention d'idées et de solutions de la part de la personne.

Voici un exemple de conversation entre un agent de probation et son client, au début du processus de probation. L'agent utilise la conversation pour aider la personne à réfléchir à son engagement à terminer un programme de traitement, malgré une certaine réticence. L'agent évite la tentation de faire la leçon au client ou de le harceler sur ce qu'il devrait faire, mais se concentre plutôt sur les raisons internes de la personne pour terminer le traitement.

CPIP : Je voudrais maintenant vous parler de votre problème de consommation. Comme vous le savez, vous avez été orienté vers un programme intensif de traitement. Il s'agit de trois séances par semaine pendant huit semaines.

PPSMJ : Je ne pense pas avoir besoin d'un traitement aussi poussé. Ma consommation d'alcool n'est pas si importante. Je n'ai jamais eu de mal à arrêter et je n'avais même pas bu le soir de mon arrestation.

CPIP : Vous avez donc l'impression de porter un lourd fardeau en ce moment. Je suis curieux de savoir dans quelle mesure vous êtes déterminé à terminer le programme, tout bien considéré. Si 1 correspond à " pas du tout " engagé, et 10 à " très " engagé, quel est votre degré d'engagement à réussir le programme de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie ?

PPSMJ : Eh bien, c'est un 10. Je sais que je dois terminer, mais je ne sais pas comment je suis censé suivre un traitement et chercher un emploi en même temps.

CPIP : Un 10 est un niveau d'engagement assez élevé. Quelles sont les raisons pour lesquelles vous êtes si engagé ?

PPSMJ : Eh bien, le plus important, c'est de reprendre ma vie en main. Terminer ma peine de probation.

CPIP : Donc, continuer à vivre. Et qu'est-ce qui fait qu'il s'agit d'un 10 et non d'un chiffre inférieur ?

PPSMJ : Je suppose que ma famille est une autre raison. J'ai une fille et je veux être là pour elle. En ce moment, la probation c'est comme un nuage sombre qui me suit partout. Je veux pouvoir trouver un emploi et contribuer à la société pour une fois dans ma vie.

CPIP : On dirait qu'il s'agit là de deux motivations importantes. L'une d'entre elles est d'en finir avec la probation, et la seconde est d'améliorer la vie de votre famille. Parlons donc de votre plan pour les deux prochaines semaines, à savoir rester abstinent et s'inscrire à un traitement.

Remarquez que l'agent ignore les propos les plus réticents du client et suit plutôt les propos les plus productifs - en l'occurrence, les raisons pour lesquelles la personne est déterminée à terminer le

traitement, malgré son ambivalence. Du point de vue de l'EM, c'est un bon investissement que de passer quelques minutes à parler de la motivation avant d'entamer la phase de planification. Un manuel élaboré par le National Institute on Corrections donne des instructions plus détaillées sur l'utilisation de l'EM dans les établissements pénitentiaires communautaires (<https://nicic.gov/motivating-offenders-changeguide-probation-and-parole>).

Thérapie cognitivo-comportementale

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) se concentre sur la modification des schémas de pensée qui conduisent à des comportements problématiques (Beck, 2020). Une approche cognitivo-comportementale peut enseigner aux personnes des façons différentes de penser ou de faire face, et les aider à trouver de nouvelles compétences pour éviter les substances (Milkman & Wanberg, 2007). Une approche connexe, la prévention des rechutes, enseigne aux personnes comment anticiper et gérer les rechutes, par exemple en utilisant des stratégies pour éviter qu'un faux pas ne devienne une véritable rechute.

Il existe de bonnes preuves que la TCC peut réduire la consommation de substances et les problèmes qui y sont liés (Magill et al., 2019). La TCC a été intégrée dans de nombreux programmes différents, tels que MRT (Moral Reconciliation Therapy), le programme « Reasoning and Rehabilitation », et Thinking for a Change, qui abordent des domaines plus larges de la pensée et du comportement. Un programme basé sur la TCC peut enseigner aux gens comment reconnaître et évaluer les pensées qui mènent à des problèmes, comment identifier de nouvelles façons de penser, comment se préparer à des situations stressantes et comment communiquer efficacement leurs besoins (Bush, Glick, & Taymans, 1997). Un agent de probation peut utiliser des stratégies de TCC pour aider une personne à identifier les antécédents de consommation de substances (par exemple, les états émotionnels internes, les lieux ou les personnes qui la tentent) et à développer d'autres moyens de faire face aux facteurs de stress (par exemple, changer d'endroit, se distraire, attendre quelques minutes avant de prendre une décision).

Voici un exemple de conversation entre un agent de probation et son client pour identifier les situations à haut risque susceptibles d'augmenter le risque de consommation d'alcool. Une "situation" peut inclure des personnes et des lieux, ainsi que ce que le probationnaire pense ou ressent à ce moment-là. Dans l'idéal, la personne devrait mettre en pratique les compétences au cours du rendez-vous avec son CPIP, plutôt que de parler hypothétiquement de ce qu'elle ferait.

CPIP : Le mois dernier, nous avons parlé de certaines des raisons pour lesquelles il était important de terminer votre programme intensif de traitement. Vous avez notamment dit que vous vouliez améliorer les choses pour votre famille et passer à autre chose sans avoir de probation au-dessus de votre tête.

PPSMJ : Oui, ce sont mes principales raisons.

CPIP : Bien sûr, l'abstinence sera un élément important du processus. Dans quelles situations êtes-vous plus susceptible de boire ?

PPSMJ : Généralement avec des amis, mais je ne bois plus.

CPIP : C'est très bien. Je vois bien votre engagement. Quand vous buviez, comment cela commençait-il ?

PPSMJ : Normalement, quelqu'un m'envoyait un message quand je sortais du travail et nous nous retrouvions dans un bar ou chez un ami.

CPIP : Quelles sont les stratégies que vous utilisez aujourd'hui pour éviter de boire ? Comment vous débrouillez-vous ?

PPSMJ : Je passe plus de temps avec ma famille. Je fréquente toujours les mêmes personnes, mais je ne vais plus dans les bars.

CPIP : Que dites-vous aux gens lorsqu'ils vous invitent à boire un verre ?

PPSMJ : Je dis simplement que je ne peux pas sortir avec eux.

CPIP : Vous vous sentez donc à l'aise de leur dire que ce n'est pas possible parce que vous êtes en probation. Et si vous étiez chez quelqu'un et qu'il y avait d'autres personnes qui buvaient. Quelles stratégies utiliseriez-vous pour vous assurer de ne pas commencer à boire ?

PPSMJ : Je pense que je pourrais changer de quartier. Il y a généralement un groupe de personnes qui ne boivent pas. Ou je pourrais partir.

CPIP : Oui, donc physiquement, changer d'endroit pour ne pas être tenté par l'alcool. C'est aussi une bonne idée.

La TCC nécessite la participation active des clients pour réfléchir et acquérir de nouvelles compétences. C'est pourquoi vous pouvez utiliser des techniques de motivation au début d'un rendez-vous (ou au début d'une prise en charge en probation) pour renforcer la motivation et l'état de préparation, puis passer à une approche de TCC pour aider à développer des compétences pratiques dans le domaine concerné. Du point de vue des étapes du changement, l'EM peut être plus utile au début du processus (précontemplation, contemplation), tandis que la TCC est utile plus tard dans le processus (préparation, action, maintien, rechute).

Gestion des contingences

La gestion des contingences (CM) utilise des incitations structurées pour façonner les comportements (Dallery, Meredith et Budney, 2012). La gestion des contingences souligne que les gens sont plus enclins à adopter des comportements qui sont récompensés, même si la récompense est relativement faible (par exemple, une reconnaissance positive, une carte de bus, une participation au tirage au sort d'une carte-cadeau). Un système de CM structuré pourrait établir un système de points pour certains comportements (par exemple, être à l'heure à un rendez-vous, suivre un traitement, avoir un test de dépistage de drogue négatif), développer une manière claire pour les personnes de voir leurs progrès, fournir des incitations précoces afin que les personnes puissent ressentir une récompense pour leurs progrès, et inclure une escalade de points ou des primes pour un comportement positif soutenu (Rudes et al., 2012). Bien que certains puissent objecter que le CM consiste simplement à "payer les gens pour qu'ils soient bons", il existe de bonnes preuves que le CM est un moyen rentable de changer les comportements (Ginley, Pfund, Rash, & Zajac, 2021 ; Olmstead, Sindelar, Easton, & Carroll, 2007 ; Rash, Alessi, & Petry, 2017). En particulier, la CM a fait ses preuves chez les personnes qui consomment des stimulants tels que la cocaïne ou les amphétamines (De Crescenzo et al., 2018), pour lesquels il n'existe pas de bons médicaments de traitement (comme c'est le cas pour les troubles liés à l'utilisation d'opioïdes).

Certaines agences ont mis au point des systèmes d'"incitations progressives" pour les comportements positifs et de "sanctions progressives" pour les comportements négatifs. L'hypothèse est que la réponse d'un système doit être dynamique - à la hausse ou à la baisse - en fonction du comportement de la personne. (Bien entendu, de nombreuses agences de probation utilisent déjà les sanctions de cette manière - les sanctions peuvent aller d'un contact comportemental ou d'un avertissement pour les petits délits, à une assignation à résidence ou un emprisonnement pour les délits plus importants). Il est à noter que les incitations n'ont pas besoin d'être monétaires - les incitations non monétaires peuvent inclure une réduction de la fréquence des rendez-vous, une dispense d'amende, un ajustement des restrictions de couvre-feu, une autorisation de voyager ou une affirmation positive d'un superviseur. Pour élaborer un système d'incitations progressives, la première étape consiste à

dresser une liste des comportements que vous souhaitez renforcer. Par exemple, le tableau 1 est une simplification d'un modèle utilisé dans le comté d'El Paso, au Texas (le rapport complet est disponible à l'adresse suivante :

<https://www.epcounty.com/epcs/documents/ProgressiveSanctionsIncentivesManual.pdf>).

La colonne de gauche présente une liste de comportements positifs, tandis que la colonne de droite indique les mesures incitatives à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs.

Comportement	Incitation
Niveau 1 : Le client respecte les conditions de la surveillance pendant 1/3 de la durée initiale.	
Paiement des frais de probation Réalisation d'heures de travail d'intérêt général Respect de l'assiduité aux AA/NA	Affirmation positive de l'agent ou du superviseur Réduction du nombre d'heures de travail d'intérêt général Réduction du nombre de justificatifs
Niveau 2 : Le client respecte les conditions de la supervision pendant les 2/3 de la durée initiale.	
Achèvement du programme de traitement Clients qui présentent des justificatifs réguliers depuis ≥ 2 ans Clients à faible risque qui n'ont pas commis de violations techniques pendant ≥ 1 an	Reclassement à un niveau de surveillance moins intensif Justificatifs moins fréquents Réduction des tests de dépistage de drogue
Niveau 3 : Le client respecte les conditions de l'ensemble de la supervision	
Achèvement d'un programme spécialisé Achèvement du programme SPIP Achèvement du programme décidé par le tribunal	Reconnaissance par le tribunal de son bon comportement Recommandation d'une libération à terme Affirmation positive du tribunal

Les programmes de sanctions et de récompenses progressives sont transparents, de sorte que les clients savent quels comportements seront sanctionnés et lesquels seront récompensés. Certains plans contiennent des systèmes de points détaillés qui permettent d'ajouter ou de soustraire des points pour certaines actions. De nombreux plans incluent des feuilles de travail pour améliorer la clarté, la transparence et l'équité entre les différents probationnaires. Un plan complet de sanctions et d'incitations progressives implique souvent des changements plus importants dans le système. Cependant, vous pouvez toujours utiliser les principes de la CM en cherchant des moyens de renforcer les progrès positifs.

Prise en charge assistée par des médicaments

Outre les traitements comportementaux, il est prouvé que les prises en charge assistée par des médicaments (medication-assisted treatment (MAT)) peuvent améliorer les résultats en matière de consommation de substances, en particulier pour les clients souffrant de troubles liés à la consommation d'opioïdes (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2019). Les médicaments les plus courants sont les suivants

1. La méthadone est un médicament agoniste opioïde de longue durée qui peut atténuer les "dépressions" causées par la consommation d'opioïdes à long terme et améliorer le fonctionnement général des personnes. Selon la loi, la méthadone ne peut être administrée que dans le cadre de programmes certifiés de traitement des opioïdes (OTP), auxquels la plupart des personnes sont tenues de participer tous les jours. Toutefois, certaines personnes peuvent recevoir des doses à domicile après avoir satisfait aux exigences de conformité du traitement.

2. La buprénorphine est un agoniste opioïde partiel qui active certains récepteurs opioïdes tout en bloquant d'autres. La buprénorphine est le plus souvent fournie sous la forme d'un médicament délivré sur ordonnance et rempli dans une pharmacie ordinaire. Les formes de buprénorphine les plus répandues contiennent également de la naloxone afin de dissuader les personnes d'abuser du

médicament. La buprénorphine peut être administrée sous la forme d'un comprimé quotidien ou d'un film dissous sous la langue, d'une injection mensuelle ou d'un implant sous-cutané tous les six mois.

3. La naltrexone est un antagoniste opioïde qui bloque les effets gratifiants des opioïdes. La naltrexone ne produit pas d'effets intoxicants par elle-même, mais bloque les effets gratifiants si une personne essaie d'utiliser des opioïdes pendant qu'elle prend de la naltrexone. La naltrexone est généralement administrée tous les mois sous forme d'injection intramusculaire.

La méthadone et la buprénorphine, en particulier, tendent à améliorer le maintien du traitement pendant l'incarcération et après la libération dans la communauté (K. E. Moore et al., 2019). Bien qu'il y ait moins de preuves que ces médicaments réduisent directement la récidive, les personnes qui reçoivent des MAT ont tendance à être plus engagées dans le traitement, et donc à présenter un risque plus faible de comportement criminel, par rapport aux personnes qui ne reçoivent pas de MAT (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2019). En particulier, les traitements comportementaux et médicamenteux sont souvent utilisés en parallèle. Par exemple, l'EM peut encourager une personne à continuer à prendre ses médicaments, tandis que la TCC peut l'aider à acquérir des compétences d'adaptation plus larges pour éviter les rechutes.

Bien que certaines personnes puissent considérer que les médicaments remplacent "une drogue par une autre", il est clairement établi que les médicaments tendent à produire de meilleurs résultats thérapeutiques que les traitements comportementaux seuls. Par exemple, il est prouvé que le fait de commencer le traitement par des MAT pendant une période à haut risque, comme lors de la sortie de prison ou après avoir été vu aux urgences pour une overdose, peut aider les personnes à rester en traitement et à éviter de consommer des substances à l'avenir (D'Onofrio et al., 2015). Selon le Surgeon General des États-Unis, le maintien à long terme d'une médication est important ; les personnes qui ont reçu des MAT pendant moins de trois ans étaient plus susceptibles de rechuter que celles qui les ont suivies pendant plus de trois ans (Substance Abuse and Mental Health Services Administration & Office of the Surgeon General, 2018).

Comment le personnel de probation peut-il soutenir et améliorer les traitements fondés sur des données probantes en matière d'usage de substances ?

Le personnel de probation joue un rôle important dans le processus de rétablissement. Vos actions contribuent à déterminer si les personnes s'engageront dans un traitement et feront des changements positifs qui les affecteront, ainsi que leur famille et la communauté. La consommation de substances psychoactives implique des aspects de motivation et de cognition, mais il s'agit également d'un trouble du cerveau. Au fil du temps, la consommation de substances peut altérer la chimie du cerveau, modifier la capacité de prise de décision et rendre plus difficile l'évitement d'une future consommation de substances. Envisager la consommation de substances de cette manière peut aider à comprendre qu'une personne continue à consommer une substance malgré ses effets nocifs ("Pourquoi ne s'arrête-t-elle pas ?"). Cela peut également aider les gens à comprendre la logique de l'utilisation d'un médicament pour réinitialiser la chimie du cerveau, peut-être sur une longue période de temps.

Tout d'abord, assurez-vous que votre agence procède à un dépistage adéquat de l'usage de substances. L'usage et l'abus de substances se situent sur un continuum, certaines personnes ayant besoin d'un traitement relativement léger et d'autres ayant besoin d'un traitement beaucoup plus important. Comme nous l'avons déjà mentionné, les évaluations classiques des risques et des besoins ne sont pas de bons outils pour déterminer le type de traitement dont une personne a besoin, car elles posent souvent des questions sur des événements qui se sont produits il y a longtemps et peuvent se concentrer sur des facteurs plus importants qui n'ont qu'un rapport indirect avec l'usage de substances psychoactives.

Deuxièmement, utilisez vos interactions pour soutenir les concepts de traitement fondés sur des données probantes. Les traitements qui font appel à des concepts cognitifs et motivationnels tendent à être plus efficaces, tandis que ceux qui s'appuient sur une éducation plus générale ou un "traitement" tendent à être moins efficaces. Envisagez de parcourir les manuels utilisés par les prestataires de traitement et demandez aux clients ce qu'ils ont appris d'utile dans le cadre du traitement. Sachez également que les gens peuvent être plus enclins à faire des changements lors de "moments propices à l'apprentissage", lorsqu'un événement important de la vie s'est produit ou qu'ils ont connu un revers.

Enfin, sachez que la façon dont vous parlez aux gens peut influencer leur comportement. Une bonne relation de travail peut ouvrir la voie au changement. Les clients doivent comprendre que vous voulez qu'ils réussissent, que vous vous intéressez à leur bien-être, que vous respectez leur droit de prendre des décisions et que vous appliquerez équitablement les décisions du tribunal. Une partie de ce processus consiste à éviter les termes stigmatisants tels que "toxicomane", "usager" ou "alcoolique", qui peuvent décourager les gens de s'engager dans un traitement. Lorsque l'on parle de personnes, une règle empirique consiste à utiliser un langage avec "la personne en premier" qui met l'accent sur la personne plutôt que sur le comportement. Ainsi, "toxicomane" ou "dépendant" devient "personne souffrant d'un trouble lié à l'utilisation d'une substance" ou "personne en cours de rétablissement". Cela montre clairement que le comportement n'est pas une caractéristique essentielle de la personne. Les gens n'ont pas besoin d'être définis par leurs actions passées. Ils ont la capacité, dès à présent, d'améliorer leur propre vie, tout en contribuant à leur famille et à la communauté.

Termes clés

Consommation de substances : Toute consommation d'alcool ou de drogues, y compris les drogues illégales, les médicaments délivrés sur ordonnance et les substances inhalées (le tabac et le vapotage peuvent également être inclus dans certaines définitions).

Abus de substances : Un mode de consommation d'alcool ou de drogues qui entraîne des problèmes importants au niveau du travail, de la famille, de la santé, des comportements à risque ou des questions juridiques.

Dépendance à une substance (ou trouble lié à l'utilisation d'une substance) : Terme médical décrivant un mode de consommation de drogues ou d'alcool qui a entraîné des changements tels que la tolérance physique, le sevrage et la poursuite de la consommation de la substance en dépit de problèmes importants.

Troubles concomitants (Co-Occurring Disorders) : Combinaison de deux ou plusieurs troubles liés à l'utilisation de substances et de troubles mentaux (par exemple, trouble lié à l'utilisation d'opioïdes et trouble anxieux).

Entretien motivationnel : Un style de conversation collaboratif visant à renforcer la motivation et l'engagement d'une personne à changer.

Thérapie cognitivo-comportementale : Une approche de conseil pour aider les gens à identifier et à changer les schémas de pensée qui conduisent à des comportements négatifs.

Gestion des contingences : L'application systématique de récompenses pour influencer des comportements tels que l'atteinte des objectifs du traitement.

Prise en charge assistée par une médication : Médicaments utilisés (avec ou sans conseil ou thérapie comportementale) pour traiter un trouble lié à l'utilisation d'une substance.

Points clés à retenir

1. La consommation de substances psychoactives est fréquente dans le système de justice pénale et est étroitement liée à la criminalité et à la récidive.
2. Votre agence doit dépister correctement l'usage de substances psychoactives et orienter vers un traitement approprié.
3. Les traitements fondés sur des données probantes comprennent l'entretien motivationnel, le traitement cognitif et comportemental, la gestion des contingences et, le cas échéant, le traitement médicamenteux.
4. Vous devez vous concentrer sur les raisons internes, orientées vers l'avenir, qui poussent les personnes à terminer leur probation, afin de faciliter un changement à long terme.
5. Vous devez utiliser des stratégies motivationnelles et cognitivo-comportementales pour soutenir les concepts de traitement fondés sur des preuves.
6. Vos interactions avec un probationnaire ouvrent la voie à une bonne relation de travail et à un changement positif.

Bibliographie

- Beck, J. (2020). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond* (3rd Ed.). New York: Guilford Press.
- Bush, J., Glick, B., & Taymans, J. (1997). *Thinking for a change: Integrated cognitive behavior change program*. Washington DC: National Institute on Corrections, U.S. Department of Justice
- Chandler, R. K., Fletcher, B. W., & Volkow, N. D. (2009). Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system: Improving public health and safety. *JAMA*, 301(2), 183- 190. doi:10.1001/jama.2008.976
- Chen, C. Y., O'Brien, M. S., & Anthony, J. C. (2005). Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the United States: 2000- 2001. *Drug Alcohol Depend*, 79(1), 11-22. doi:10.1016/j.drugalcdep.2004.11.014
- D'Onofrio, G., O'Connor, P. G., Pantalon, M. V., Chawarski, M. C., Busch, S. H., Owens, P. H., . . . Fiellin, D. A. (2015). Emergency department-initiated buprenorphine/naloxone treatment for opioid dependence: A randomized clinical trial. *JAMA*, 313(16), 1636-1644. doi:10.1001/jama.2015.3474
- Dallery, J., Meredith, S. E., & Budney, A. J. (2012). Contingency management and substance abuse treatment. In S. T. Walters & F. Rotgers (Eds.), *Treating substance abuse: Theory and technique* (3rd Ed.) (pp. 81-112). New York: Guilford Press.
- De Crescenzo, F., Ciabattini, M., D'Alo, G. L., De Giorgi, R., Del Giovane, C., Cassar, C., . . . Cipriani, A. (2018). Comparative efficacy and acceptability of psychosocial interventions for individuals with cocaine and amphetamine addiction: A systematic review and network meta-analysis. *PLoS Med*, 15(12), e1002715. doi:10.1371/journal.pmed.1002715
- Dellazizzo, L., Potvin, S., Dou, B. Y., Beaudoin, M., Luigi, M., Giguere, C. E., & Dumais, A. (2020). Association between the use of cannabis and physical violence in youths: A meta-analytical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 177(7), 619-626. doi:10.1176/appi.ajp.2020.19101008
- DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1998). Toward a comprehensive model, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (2nd ed., pp. 3-24). New York: Plenum Press.
- Frost, H., Campbell, P., Maxwell, M., O'Carroll, R. E., Dombrowski, S. U., Williams, B., . . . Pollock, A. (2018). Effectiveness of Motivational Interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: A systematic review of reviews. *PLoS ONE*, 13(10), e0204890. doi:10.1371/journal.pone.0204890

- Ginley, M. K., Pfund, R. A., Rash, C. J., & Zajac, K. (2021). Long-term efficacy of contingency management treatment based on objective indicators of abstinence from illicit substance use up to 1 year following treatment: A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*, 89(1), 58-71. doi:10.1037/ccp0000552
- Gregoire, T. K., & Burke, A. C. (2004). The relationship of legal coercion to readiness to change among adults with alcohol and other drug problems. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26(1), 337-343. doi:10.1016/s0740-5472(03)00155-7
- Handmaker, N. S., Miller, W. R., & Manicke, M. (1999). Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(2), 285- 287. doi:10.15288/jsa.1999.60.285
- Hayhurst, K. P., Pierce, M., Hickman, M., Seddon, T., Dunn, G., Keane, J., & Millar, T. (2017). Pathways through opiate use and offending: A systematic review. *Int J Drug Policy*, 39, 1-13. doi:10.1016/j.drugpo.2016.08.015
- Kelly, J. F., Finney, J. W., & Moos, R. (2005). Substance use disorder patients who are mandated to treatment: Characteristics, treatment process, and 1- and 5-year outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(3), 213-223. doi:10.1016/j.jsat.2004.10.014
- Kelly, J. F., Greene, M. C., Bergman, B. G., White, W. L., & Hoepfner, B. B. (2019). How many recovery attempts does it take to successfully resolve an alcohol or drug problem? Estimates and correlates from a national study of recovering U.S. adults. *Alcohol Clin Exp Res*, 43(7), 1533-1544. doi:10.1111/acer.14067
- Lopez-Quintero, C., Perez de los Cobos, J., Hasin, D. S., Okuda, M., Wang, S., Grant, B. F., & Blanco, C. (2011). Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug Alcohol Depend*, 115(1-2), 120-130. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.11.004
- Magill, M., Ray, L., Kiluk, B., Hoadley, A., Bernstein, M., Tonigan, J. S., & Carroll, K. (2019). A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. *J Consult Clin Psychol*, 87(12), 1093-1105. doi:10.1037/ccp0000447
- Maruschak, L., Bronson, J., & Alper, M. (2021). Alcohol and drug use and treatment reported by prisoners: Survey of prison inmates, 2016. Washington DC.
- Mason, M. J., Sabo, R., & Zaharakis, N. M. (2017). Peer network counseling as brief treatment for urban adolescent heavy cannabis users. *J Stud Alcohol Drugs*, 78(1), 152-157. doi:10.15288/jsad.2017.78.152
- Milkman, H., & Wanberg, K. (2007). Cognitive behavioral treatment: A review and discussion for corrections professionals. Washington DC: U.S. Department of Justice, National Institute of Corrections.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd Ed.). New York: Guilford Press.
- Moore, K. E., Roberts, W., Reid, H. H., Smith, K. M. Z., Oberleitner, L. M. S., & McKee, S. A. (2019). Effectiveness of medication assisted treatment for opioid use in prison and jail settings: A meta-analysis and systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 99, 32-43. doi:10.1016/j.jsat.2018.12.003
- Moore, T. M., Stuart, G. L., Meehan, J. C., Rhatigan, D. L., Hellmuth, J. C., & Keen, S. M. (2008). Drug abuse and aggression between intimate partners: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 28(2), 247-274. doi:10.1016/j.cpr.2007.05.003
- Moyers, T. B., & Miller, W. R. (2013). Is low therapist empathy toxic? *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(3), 878-884. doi:10.1037/a0030274
- Olmstead, T. A., Sindelar, J. L., Easton, C. J., & Carroll, K. M. (2007). The cost-effectiveness of four treatments for marijuana dependence. *Addiction*, 102(9), 1443-1453.
- Perry, A. E., Martyn-St James, M., Burns, L., Hewitt, C., Glanville, J. M., Aboaja, A., . . . Swami, S. (2019). Interventions for drugusing offenders with co-occurring mental health problems. *Cochrane Database Syst Rev*, 10, CD010901. doi:10.1002/14651858. CD010901.pub3

- Perry, A. E., Neilson, M., Martyn-St James, M., Glanville, J. M., McCool, R., Duffy, S., . . . Hewitt, C. (2013). Pharmacological interventions for drug-using offenders. *Cochrane Database Syst Rev*(12), CD010862. doi:10.1002/14651858.CD010862
- Perry, A. E., Neilson, M., Martyn-St James, M., Glanville, J. M., McCool, R., Duffy, S., . . . Hewitt, C. (2014). Interventions for drug-using offenders with co-occurring mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*, 1, CD010901. doi:10.1002/14651858.CD010901
- Perry, A. E., Neilson, M., Martyn-St James, M., Glanville, J. M., Woodhouse, R., Godfrey, C., & Hewitt, C. (2015). Interventions for drug-using offenders with co-occurring mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*(6), CD010901. doi:10.1002/14651858.CD010901.pub2
- Prendergast, M. L., Podus, D., Chang, E., & Urada, D. (2002). The effectiveness of drug abuse treatment: A meta-analysis of comparison group studies. *Drug Alcohol Depend*, 67(1), 53-72. doi:10.1016/s0376-8716(02)00014-5
- Rash, C. J., Alessi, S. M., & Petry, N. M. (2017). Substance abuse treatment patients in housing programs respond to contingency management interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 72, 97-102. doi:10.1016/j.jsat.2016.07.001
- Rodriguez, M., Walters, S. T., Houck, J. M., Ortiz, J. A., & Taxman, F. S. (2017). The language of change among criminal justice clients: Counselor language, client language, and client substance use outcomes. *Journal of Clinical Psychology*. doi:10.1002/jclp.22534
- Rudes, D. S., Taxman, F. S., Portillo, S., Murphy, A., Rhodes, A., Stitzer, M., . . . Friedmann, P. D. (2012). Adding positive reinforcement in justice settings: acceptability and feasibility. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(3), 260-270. doi:10.1016/j.jsat.2011.08.002
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol*, 55(1), 68-78.
- Skeem, J. L., Loudon, J. E., Polaschek, D., & Camp, J. (2007). Assessing relationship quality in mandated community treatment: Blending care with control. *Psychol Assess*, 19(4), 397-410. doi:10.1037/1040-3590.19.4.397
- Spohr, S. A., Taxman, F. S., & Walters, S. T. (2017). People's reasons for wanting to complete probation: Use and predictive validity in an e-health intervention. *Eval Program Plann*, 61, 144-149. doi:10.1016/j.evalprogplan.2017.01.001
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *The NSDUH Report: Trends in substance use disorders among males aged 18 to 49 on probation or parole*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2019). *Use of medication-assisted treatment for opioid use disorder in criminal justice settings*. HHS Publication No. PEP19-MATUSECJS. Rockville, MD: National Mental Health and Substance Use Policy Laboratory.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Substance Abuse and Mental Health Services Administration & Office of the Surgeon General. (2018). *Facing addiction in America: The Surgeon General's spotlight on opioids*. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Walters, S., Clarke, M., Gingerich, R., & Meltzer, M. (2007). *Motivating offenders to change: A guide for probation and parole*. Washington DC: U.S. Department of Justice, National Institute of Corrections.
- Yukhnenko, D., Blackwood, N., & Fazel, S. (2020). Risk factors for recidivism in individuals receiving community sentences: A systematic review and meta-analysis. *CNS Spectr*, 25(2), 252-263. doi:10.1017/S1092852919001056