



## CONFERENCE DE CONSENSUS SUR LA PREVENTION DE LA RECIDIVE

**"A quelles conditions les mesures de traitement des addictions favorisent-elles la prévention de la récidive et la sortie de la délinquance ? (injonction thérapeutique, obligation de soins, injonction de soins)"**

par Olivier COTTENCIN & Thierry DANIEL

### **Délinquance et substances psychoactives : des liens étroits**

Les addictions et les comportements délinquants (voire criminels) sont étroitement liés, et une large proportion des usagers de substances psychoactives sont des auteurs d'actes délictueux (Wallace et al, 1998 ; Fridell et al, 2008). D'autre part, si une partie de ces actes est en relation avec la nécessité de financer sa consommation, l'usage de substance en soi est aussi liée à la violence (Steadman et al, 1998)

Toutefois, les études sur ces liens ne dégagent pas de causalité directe mais des interactions réciproques (Brochu et Schneeberger, 2001). En effet, comme le rappelle Laurent Bègue dans l'étude Violence Alcool Multi Méthode (VAMM), il est difficile de savoir si l'alcoolisation est la cause ou l'effet de la violence ou si d'autres facteurs puissent y contribuer. Par exemple, l'alcool très présent dans les conflits guerriers peut laisser à penser que l'on s'alcoolise pour se donner du courage ; alors qu'a contrario certains peuvent s'alcooliser pour gérer leur stress après une situation de violence. De même si certains s'alcoolisent et deviennent violent c'est aussi peut être parce qu'il en est ainsi autour d'eux (Bègue et al, 2008).

En effet, la substance psychoactive en soi ne suffit pas à expliquer les comportements violents et leurs conséquences. Les recherches expérimentales sur l'administration d'alcool ont certes montré que les sujets se comportaient de façon plus agressive lorsqu'ils avaient bu, mais ils ont également montré que les effets les plus importants s'observaient chez ceux qui étaient déjà prédisposés à être agressifs (Abbey, 2011).

Par ailleurs, les attentes du produit sont aussi importantes que l'effet pharmacologique et l'agressivité semble plus liée aux croyances des sujets concernant l'alcool qu'à l'effet pharmacologique du produit, même si celui-ci existe (Lipsey et al, 1997). C'est ainsi que, dès les années 80 Alan Marlatt et son équipe dans une expérience au cours de laquelle des sujets consommaient des cocktails avec ou sans alcool en double aveugle avait retrouvé que ceux qui croyaient boire de l'alcool (alors qu'ils n'en buvaient pas) étaient aussi agressifs voire plus agressifs que ceux qui croyaient ne pas en boire (alors qu'en réalité ils en buvaient) (Marlatt et al, 1980).

Ainsi, le contexte environnemental, la personnalité (pathologique ou non) et la substance psychoactifs sont des facteurs qui interagissent de façon permanente et qu'il importe de prendre en compte avec une même importance dans l'analyse de cette problématique.

### **Les liens alcool et violence**

L'enquête épidémiologique VAMM ou enquête auprès des auteurs de violences avait pour but de décrire en France l'association entre les consommations d'alcool et les violences agies et subies en population générale (Bègue et al, 2008). Les auteurs ont étudié un échantillon de 2019 personnes représentatives de la population des 18-65 ans d'Ile de France et du Nord. Rémunérée, l'étude était présentée comme une enquête nationale sur les modes de vie et comportements sociaux des 18 - 65 ans. Les réponses étaient recueillies sur la voie publique sur trois sites mobiles au moyen d'une auto passation informatisée qui garantissait une meilleure fiabilité des réponses aux questions sensibles.

Les résultats montraient que 40% des sujets ayant participé à une bagarre dans un lieu public avaient consommé de l'alcool dans les deux heures qui précédaient. C'était également le cas pour 35% des agressions intra-familiales, 32% des destructions intentionnelles, 20% des vols et plus de 40% des suicides.

Concernant les victimes de cette même enquête, 29% des victimes pensaient que leur agresseur était en état d'ébriété. Enfin les auteurs retrouvaient que la quantité d'alcool consommée en une occasion constituait l'un des prédicteurs statistiques les plus importants de la participation à des bagarres (avec le sexe, l'âge, le niveau d'étude et l'agressivité chronique) (Bègue et al, 2008).

Les auteurs se sont également intéressés au profil des personnes qui pensaient que l'alcool les rend agressives : 6% des sujets interrogés à ce propos affirmaient que l'alcool les rend agressif (parce qu'ils perdent le contrôle d'eux mêmes, recherchent la dispute, deviennent méchants ou s'engagent dans des bagarres). Et, indépendamment de l'âge, du sexe et du niveau d'études, croire que l'alcool rend agressif augmente avec la fréquence des consommations, la quantité d'alcool consommée en une occasion, les tendances agressives générales, les tendances dépressives et un faible autocontrôle (Bègue et al, 2008).

### **Les liens addictions avec la violence et les actes criminels**

D'un point de vue global, les études épidémiologiques en population générale retrouvent une association de la violence hétéro-agressive avec le jeune âge, le sexe masculin, les conditions socio-économiques précaires, le bas niveau éducatif, les antécédents personnels

et familiaux judiciaires et de violences, les troubles des conduites dans l'enfance et l'adolescence et ... l'abus de substances psychoactives co-occurente avec un trouble mental sévère (Elbogen et al, 2009).

L'enquête nord-américaine NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions), réalisée en 2 vagues successives en 2001-2003 puis 2004-2005 en population générale parmi 34 653 sujets (Elbogen et al, 2009), a permis de montrer une association entre violence, conduite addictive et troubles mentaux sévères. Mais si un trouble mental sévère à lui seul n'était pas prédictif de la survenue de violence, en revanche la comorbidité addictive et les antécédents de violence devaient lui être associés pour observer une augmentation significative de l'incidence de la violence entre les deux vagues (figure 1).

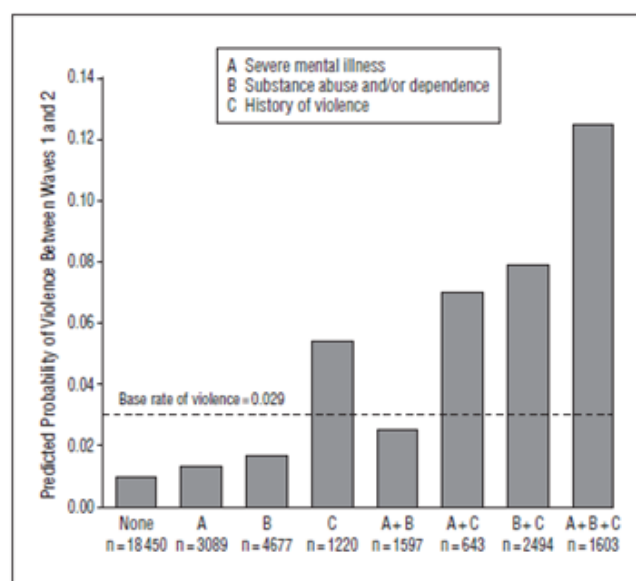


Figure 1. Probabilité prédictive de présenter un comportement violent entre les 2 vagues de l'enquête NESARC selon l'existence d'un trouble mental sévère, d'un abus ou une dépendance à une substance et un passé de violence. in Elbogen et al. 2009

Les liens entre homicide et troubles mentaux graves retrouvent sans surprise que la présence d'un trouble mental grave (particulièrement la schizophrénie) est associé à un risque plus élevé de violence homicide comparativement à l'absence de diagnostic psychiatrique (risque multiplié par deux chez les hommes et par six chez les femmes).

Mais ce risque est moins important que celui associé à un abus de substances et particulièrement l'alcool. Richard-Devantoy et al, retrouvent en effet dans leur revue de littérature que l'abus de substance augmente le risque de passage à l'acte homicide par six par rapport à la population générale et que ce risque est multiplié par 12 chez l'homme et par 52 chez la femme en cas d'abus ou de dépendance à l'alcool (Richard-Devantoy et al, 2009). Et dans son étude des antécédents psychiatriques d'une population de 1168 meurtriers, Shaw et al retrouvent : 41% d'abus d'alcool, 40% d'abus de drogue, 11% de dépendance à l'alcool et 9% de dépendance aux toxiques ; sachant que sur l'ensemble de cette série 45% avaient consommé de l'alcool et 15% des toxiques au moment des faits (Shaw et al, 2006).

Ainsi, la littérature s'accorde sur le fait que la consommation de substances psychoactives (alcool et drogues) est un facteur de risque majeur de passage à l'acte violent autant en population générale qu'en population clinique psychiatrique (schizophrénie et troubles de l'humeur) (Elbogen et al, 2009; Fazel et al, 2009 ; Fazel et al, 2010).

Mais les limites de ces études tiennent au fait que l'on mesure l'effet et sa cause simultanément. En effet, même lorsque l'on est certain que l'alcoolisation a précédé l'agression, toute conclusion reste incertaine. Par exemple, on ne peut exclure que celle-ci ait été prise avec l'intention délibérée de faciliter une agression (Bègue et al, 2008)

## **Les liens addictions et récidive**

La littérature sur les facteurs de risque de récidive s'étoffe (Bonta et al, 1998 ; Baillargeon et al, 2009 ; Walter et al, 2011 ; Larney et al, 2010 ; Maden et al, 2004 ; Nilsson et al, 2011) et met en avant un certain nombre d'éléments dont les addictions. Ainsi, l'existence d'antécédents d'usage répété de substances psychoactives a été rapportée comme facteur prédictif de commettre de nouvelles infractions (Bonta et al, 1998 ; Walter et al, 2011). Dans la méta analyse de Bonta et al, les autres prédicteurs de récidive criminelle étaient des antécédents criminels et des antécédents de comportements violents, même si un premier crime violent était plutôt associé à un risque de récidive plus faible. Les autres facteurs identifiés étaient des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie, des conditions de vie précaires (pauvreté), le genre masculin, le jeune âge et un trouble de personnalité de type antisocial (Bonta et al, 1998). Mais, dans cette méta analyse, être un délinquant souffrant de troubles mentaux était en plutôt associé à une diminution du risque de commettre une nouvelle infraction (Bonta et al, 1998), alors que dans d'autres recherches il a été démontré un risque plus important d'incarcérations multiples chez les sujets atteints de troubles psychiatriques majeurs, y compris le risque d'incarcérations répétées chez des sujets atteints de troubles schizophréniques, de troubles bipolaires de l'humeur ou de dépression (Baillargeon et al, 2009)

De tels résultats contradictoires posent la question des échelles employées, de la largeur des critères d'inclusion des troubles mentaux considérés, de la nature des actes délictueux recensés et des conditions de soins de la société observée qui peut conduire les sujets souffrant de troubles mentaux à la précarisation voire à l'incarcération faute de lieux d'hospitalisation adaptés.

Ainsi, alors que le rôle de l'addiction comme facteur prédictif de la récidive a été clairement démontrée (Bonta et al, 1998 ; Walter et al, 2011), il y a moins de données décrivant comment les différentes modalités de consommation. Il a seulement été démontré que le risque de récidive était augmenté pour les drogues (héroïne ou méthamphétamine) que pour l'alcool et le cannabis (Bonta et al, 1998 ; Larney et al, 2010). Et Hakansson et Berglund dans leur étude de 2012 concluent que même après avoir contrôlé le type et la sévérité du crime et les troubles psychiatriques comorbides, leurs résultats montraient que le risque de récidive délictueuse était augmenté par l'usage des substances psychoactives dont l'amphétamine, l'héroïne et les polyaddictions avec un risque supplémentaire chez les injecteurs (Hakansson & Berglund, 2012). D'où l'importance d'inscrire dans les soins les sujets dépendants dès l'incarcération mais aussi de poursuivre après leur libération.

## La filière de soins addictologiques en France

Les travaux sur le traitement des sujets souffrant d'addictions ont montré l'inutilité d'imposer les soins à des sujets qui n'ont pas conscience que leur comportement est problématique (qu'ils soient abuseurs ou dépendants). De même imposer l'abstinence comme objectif unique à des sujets qui espèrent consommer comme tout usager entraîne le risque d'induire un échec du sevrage et de réduire l'accès à des pratiques de réduction des risques.

Les propositions thérapeutiques s'échelonnent aujourd'hui selon un continuum en relation avec l'intensité de la problématique addictive. Sur le plan thérapeutique l'approche motivationnelle, les interventions précoces brèves et structurées ont montré leur efficacité. Sur le plan structurel, l'organisation des soins addictologique depuis le plan Addiction 2007 2011 propose une meilleure articulation entre spécialistes et acteur de premier recours, entre dispositifs ambulatoire-résidentiel, individuels-collectifs tout en maintenant l'implication des groupes néphalistes.

L'objectif de cette réforme a été non seulement de réorganiser les soins (jusqu'à présent limités à l'approche par produit) mais aussi de s'intéresser à la prévention et au dépistage des conduites addictives et des conduites à risque. Ainsi, la filière de soins en Addictologie est organisée autour de trois pôles, un pôle ville, un pôle médicosocial, un pôle hospitalier.

- Le pôle ville assure la prise en charge médicale non spécifique en ambulatoire (repérage, intervention précoce et suivi au long cours). Il correspond aux interventions de premier niveau et comprend les médecins généralistes et les centres de santé.
- Le pôle médicosocial est représenté par les CSAPA (centres de soins de prévention et d'accompagnement en addictologie) qui remplacent les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et les centres de soins spécialisés en toxicomanie (CSST) en les regroupant sous un statut juridique commun. Ils s'adressent à tout sujet en difficulté avec un comportement addictif avec ou sans substance. Pluridisciplinaires, ils regroupent des professionnels de santé et des travailleurs sociaux qui ont pour objectif d'assurer des missions de réduction des risques, de prévention, de diagnostic et de soins.
- Le pôle sanitaire hospitalier propose une prise en charge graduée en trois niveaux qu'il s'agisse de soins ambulatoires, en hospitalisation de jour ou en hospitalisation complète.
  - Le niveau 1 regroupe les consultations spécialisées et les équipes hospitalières de liaison en addictologie. Leur mission est d'assurer des consultations, des sevrages simples ambulatoires et l'activité de liaison hospitalière.
  - Le niveau 2 dispose en plus du niveau 1 de structures d'hospitalisation de jour ou à temps complet. Les structures de niveau 2 sont des structures de recours pour un territoire. En plus des missions du niveau 1, elles doivent réaliser des soins complexes résidentiels. Ce niveau comprend aussi les soins de suite et de réadaptation (addictologiques et cognitifs) qui permettent de poursuivre les soins résidentiels au-delà des soins aigus.

- Enfin le niveau 3 concerne des structures de recours régional et universitaire. Elles assurent, en plus des missions des niveaux 1 et 2, des missions d'enseignement, de formation, de recherche et de coordination régionale.

Ainsi, l'objectif principal d'une telle filière de soins est bien l'amélioration effective de la prise en charge des patients grâce à une plus grande fluidité de parcours au sein des différentes structures tenant compte du degré de gravité de l'addiction.

### **Les soins obligés sont ils efficaces ?**

Concernant la récidive pénale, les travaux montrent l'intérêt de penser des chronologies adaptées : la pression pour l'engagement vers le soin est plus efficace en période pré-sentencielle que dans la période de probation ou celle de la libération conditionnelle (Brochu et Landry, 2012). La durée de l'engagement est un autre critère à prendre en compte. La sortie de détention, des 3 premiers aux 12 premiers mois, est décrite comme une période sensible en terme de récidive.

Aux USA, les soins obligés en addictologie ont été évalués dans le cadre des "Drug Courts". Ce système, né en 1989 en Floride a été adopté dans de nombreux états et à l'étranger. Il a été étendu par la suite aux tribunaux pour mineurs et aux délits routiers (en lien avec la consommation d'alcool).

Leur principe est d'allier soins et justice, considérant que les justiciables usagers de drogues sont "malades". Ainsi, leur conduite délictueuse relève d'une prise en charge thérapeutique et non de la repentance ou de la réhabilitation ; et les troubles cognitifs liés à leur dépendance les rendent peu accessibles à la crainte d'une sanction (Gottfredson et al 2008).

Les juges, en lieu et place de la sanction (Nolan, 2002), accompagnent un processus thérapeutique qu'ils coordonnent et dont ils vérifient l'application, s'impliquant fortement dans un statut de "case manager" anglo-saxons. Les justiciables éligibles présentent une dépendance et sont volontaires pour cette approche. Ils sont sans antécédent de faits de violence importants (bien que ce dernier critère ne soit pas constant). Ceux qui sont exclus sont souvent les multirécidivistes, accusés de trafic ou présentant des troubles mentaux sévères (Mitchell et al. 2012).

Les principales caractéristiques de ces dispositifs sont (Mitchell et al 2012)

- leur dimension collaborative, empathique et basée sur les progrès observés
- l'identification précoce des justiciables éligibles
- l'intégration de la prise en charge thérapeutique dans le processus judiciaire
- les tests urinaires
- la supervision judiciaire
- un système de sanctions/récompenses gradué

Les auteurs insistent sur la dimension évaluative qui est précoce, utilise des outils standardisés pour apprécier le niveau de dépendance, de risque de récidive, de motivation au changement. L'ensemble de cette procédure, d'une durée variable de 1 à 2 ans, fait l'objet d'une certification officielle avec l'abandon des charges et/ou d'une peine alternative à l'incarcération et d'après Belenko, 47% des justiciables atteignent cette certification (Belenko, 2001).

Malgré l'hétérogénéité des méthodologies, des contextes et des populations étudiées, Mitchell et al concluent à un taux de récurrence inférieur même s'il reste modeste. Le taux global de récurrence serait de 38% pour les usagers de drogues adultes contre 50% dans le dispositif judiciaire classique et de 37% pour la récurrence d'infractions à la législation pour les stupéfiants contre 50% dans le dispositif judiciaire classique, ce différentiel persistant au moins 3 ans après l'entrée dans le programme (Mitchell et al, 2012).

Les résultats semblent comparables pour les tribunaux spécialisés dans les infractions routières en lien avec des conduites d'alcoolisation, bien que les études contrôlées soient moins nombreuses. Mais l'effet semble plus limité pour les tribunaux pour usagers mineurs, la récurrence étant de 43,5% pour les participants contre 50% pour ceux n'adhérant pas au programme. Mais il est difficile de conclure en raison de la variabilité des critères d'inclusion dans ces programmes dont certains ont été impliqués dans des faits de violence et d'autre pas.

Ainsi l'amélioration de la prévention de la récurrence semble résulter d'une meilleure adéquation entre l'offre de service de soins, la problématique addictive et les éléments bio-psycho-sociaux de la personne.

### **Soins obligés et addictologie en France**

La Fédération Addiction travaille sur le thème des liens entre santé et justice depuis plusieurs années maintenant. Elle a édité avec le soutien de la Direction Générale de la Santé et l'aide de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie (MILDT) un guide "Santé Justice. Les soins obligés en Addictologie" dont la deuxième édition en 2011 met l'accent sur l'importance de l'articulation entre deux mondes qui s'inscrivent dans des logiques différentes. Dans l'introduction, Emma Tarlevé rappelle l'importance de "faire coïncider la logique judiciaire dont la mission est de protéger la société, garantir le vivre-ensemble, lutter contre la récurrence avec la logique du soin basée sur l'intervention à partir du volontariat, l'adaptation au rythme de l'utilisateur" (ANITEA/F3A, 2011).

Par ailleurs la Fédération Addiction, depuis 2010 pilote un partenariat entre l'APSEP (association des professionnels de santé en prison) et l'APAC (association des professionnels en milieu carcéral) afin de contribuer à une meilleure articulation entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge des addictions des détenus et donc améliorer la continuité des soins. L'objectif est de valoriser des outils pratiques pour favoriser une meilleure prise en charge tant au moment de l'incarcération qu'à celui de la sortie.

Concernant la rechute, sa prévention et la réduction des risques, les alternatives à l'incarcération (injonction thérapeutique, stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants) ont donné lieu à peu de travaux de fond. Les modalités de la mise en œuvre de l'injonction thérapeutique ont été renouvelées, mais le débat sur le médecin relais et les blocages produits ont conduit à mettre l'accent sur le contrôle plus que sur les programmes thérapeutiques.

**Pour des usagers non dépendants**, des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants ont été pensés comme un outil éducatif et pédagogique, plus que thérapeutique "pour éviter la récurrence d'un comportement d'usage". Depuis la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance, complétée par une circulaire de mai 2008, les personnes interpellées pour détention et usage de stupéfiants peuvent se voir ordonner d'effectuer un tel stage, qui constitue une alternative au rappel à la loi. Cette "sanction pécuniaire à visée pédagogique" - le coût moyen des stages avoisine 190 euros - s'adresse aux usagers occasionnels non dépendants. La durée du stage est fixée à deux jours, et doit être organisée par une association conventionnée par le préfet et le procureur de la République.

Les stagiaires, âgés de 25 ans en moyenne, sont en grande majorité des hommes (93%). Pour les deux tiers, il s'agit d'une première interpellation. La part moyenne de personnes perdues de vue entre le prononcé du stage et son exécution est de l'ordre de 20%. A raison de 10 stagiaires en moyenne, les stages ont concerné 18.000 à 19.000 personnes depuis 2008, soit environ 4.500 stagiaires par an en moyenne", un chiffre en "croissance constante". Neuf stagiaires sur dix ont été interpellés pour usage ou détention de cannabis, près de sept sur dix pour simple usage de cannabis.

L'évaluation de ce type de stage a montré qu'il fallait le proposer à ceux pour qui la réponse pédagogique peut être utile, qu'il fallait bien définir les populations cibles et évaluer les pédagogies employées. (Obradovic, OFDT, 2012). En effet, en dépit d'une appréciation globalement positive du déroulement et du contenu du stage, une proportion importante du public reçu estime qu'il aura un impact limité sur son comportement d'usage, notamment parce qu'il n'est "pas assez personnalisé". Une partie du public envisage à l'issue du stage de redoubler d'efforts pour ne pas "se faire prendre la fois suivante". Jugé utile et intéressant par les stagiaires, le stage de Sensibilisation ne déclenche pas pour autant la volonté de modifier le comportement d'usage. Seulement la moitié des stagiaires déclarent qu'ils auraient consommé différemment s'ils avaient su ce que leur a appris le stage, et près de 60% des stagiaires qui avaient déjà conduit sous l'emprise du cannabis disent avoir recommencé. (Obradovic, OFDT, 2012)

Les résultats de l'évaluation du dispositif conduisent ainsi à s'interroger sur l'efficacité du stage de sensibilisation comme levier de motivation à changer son comportement de consommation. Du point de vue des stagiaires, il reste avant tout une sanction pénale, impuissante par elle-même à détourner de l'usage les personnes qui n'envisageaient pas, déjà avant le stage, d'arrêter dans l'immédiat. (Obradovic, OFDT, 2012)

De fait, la fédération addiction propose que ces stages soient articulés avec les consultations jeune consommateur des CSAPA qui offrent une réponse plus centrée sur la personne, dans une approche motivationnelle, et en lien avec l'entourage (comme dans le projet Axe Sud en Haute Garonne), même si à ce jour il n'existe pas de travaux évaluant son efficacité.

**Pour les usagers dépendants** ou plus engagés dans l'usage, l'évaluation comparée sur la récurrence pénale des différentes sanctions judiciaires ou de leur combinaison (incarcération, probation en milieu ouvert avec prise en charge en centre thérapeutique résidentiel ou en ambulatoire) reste peu conclusive en raison de nombreuses aléas et biais méthodologiques.



Quoiqu'il en soit, en Europe, les alternatives à l'incarcération, pré ou post-sentencielles, présentent des résultats supérieurs à l'incarcération en terme de récidive, de coût efficacité, de rétention en traitement (EMCDDA 2005). Par exemple, en Angleterre, le coût d'un Drug treatment and treating orders (DTTO) se situait entre 36 et 54 euros par jour contre 145 euros pour une journée d'incarcération en 2005. En France, la cour des comptes situe à 71,10 euros la journée d'incarcération contre 40 euros pour un placement extérieur. Le séjour en Centre Thérapeutique Résidentiel Justice au Centre Pierre Nicole à Paris coûte 23 euros par jour aux services judiciaires.

Les alternatives à l'incarcération permettent par ailleurs de soulager le système pénitentiaire, surchargé dans de nombreux pays, et d'éviter en terme de santé publique la concentration d'une population à haut risque sanitaire, notamment sur le plan infectieux (IDPC, 2012).

Si les études ne permettent pas de conclure nettement, la revue Cochrane (Perry et al, 2006) privilégie cependant la communauté thérapeutique suivi d'une prise en charge ambulatoire ou résidentielle ("aftercare facilities") dans le dispositif de droit commun. Alors que les interventions fondées sur une surveillance intensive (contrôles urinaires, surveillance en milieu ouvert) auraient peu d'impact sur la récidive (Perry et al, 2009). Enfin, les troubles psychiatriques comorbides sont identifiés comme des facteurs de moins bonne compliance dans le cadre de traitement contraints, ce qui est regrettable étant donné qu'ils sont souvent un motif de non inclusion dans les programmes "drug court" (Schaub et al, 2011).

D'ailleurs, les expériences de programme de soins obligés apparaissent. En Angleterre et au Canada, des programmes de traitement de la toxicomanie avec des mesures de qualité et d'efficacité par des spécialistes externes sont en cours. Et en France, deux expériences ont été conduites dans les Centres Educatifs Fermés de Thérapie Familiale Multidimensionnelle et de Consultations Avancées par des professionnels des CSAPA

Par ailleurs, en raison des conduites à risque des usagers de drogue lorsqu'ils sont incarcérés (usage de drogue en détention) certains auteurs rappellent qu'il serait utile de mettre en place des programmes spécifiques sous forme de communautés thérapeutiques en détention ou de programme de soins soutenus dans le cadre de la détention normale en lien avec le milieu extérieur (Smith et al, 2006; IDPC, 2012) (comme il a été proposé dans le programme Axe Sud en France à la maison d'arrêt de Seysses).

Des expériences pourraient être faites sur cette période de sortie par un accompagnement et un suivi intensif ainsi que Aos et al l'ont évalué (Aos et al, 2006). Ils ont retrouvé une efficacité des programmes de suivi (en mesurant le pourcentage de diminution du taux de récidive) : Les traitements communautaires (-12,6%), les traitements par délivrance de drogue (-6%), les drug courts pour adultes (-10,7%), les traitements par supervision intensive en période de probation (-21,9%) (sachant que les supervisions intensives sans traitement n'ont pas d'effet), les communautés thérapeutiques en prison suivi de post cure (-6,9%) et les communautés thérapeutiques en prison sans suivi de post cure (-5,3%).

Toutefois, au delà de l'environnement les facteurs individuels sont également à prendre en compte. Ainsi, les déficits cérébraux légers, l'impulsivité, le trouble de personnalité antisociale, l'exposition à des parents alcooliques, la précarité économique, le malaise

social, la valorisation d'une identité hypermasculine, ou encore l'appartenance à un groupe de pairs marginal pour lequel s'enivrer est un critère d'intégration sont des éléments importants dans les liens entre alcool et violence (Bègue et al, 2008). Parmi ces facteurs individuels, la perturbation des fonctions exécutives n'est pas négligeable. Si l'alcoolisation aiguë est connue pour les perturber, l'exposition fœtale (ou précoce) à l'alcool est à l'origine de nombreuses perturbations psychosociales en lien avec le syndrome dysexécutif (incapacité à planifier des tâches nouvelles, à inhiber les processus automatiques et à modifier des stratégies pour la réalisation d'objectifs planifiés). Il suffit pour s'en convaincre de regarder le devenir de ces enfants exposés de façon prénatale à l'alcool dont le parcours résumé dans le tableau 1 montre combien ils sont à risque de violences et à leurs conséquences (Streissguth et al, 2004).

Cohorte de Seattle (Streissguth et al) 473 EPA	
Scolarité	43% sont exclus du système scolaire 70% interrompent la scolarité
Justice	60% des EPA de 12 ans et plus
Incarcération Internement	60% incarcération des 12 ans et plus 30 % internement
Comportement sexuel inapproprié	45% des 12 ans et plus
Abus de Substances	30% des 12 ans et plus 53% des hommes 70% des femmes
Logement	80% ne sont pas indépendants
Emploi	80% ont des difficultés d'emploi

Tableau 1 : Devenir de 473 sujets présentant une exposition prénatale à l'alcool (EPA) (d'après Streissguth et al, 2004)

Bègue et al (2008), évoquent à juste titre le terme de "myopie alcoolique" lors des alcoolisations aiguës en lien avec cette atteinte des fonctions exécutives. C'est également ce que Luc Isebaert appelle "myopie pour l'avenir" lorsqu'il décrit certains patients consommateurs précoces et rechuteurs chroniques qui se conduisent le plus souvent comme si le passé récent ne les concernait pas et incapables de se projeter dans l'avenir, vivent comme s'ils flottaient dans un éternel présent (Isebaert, 2009). Ce fonctionnement en apparence immature et antisocial, n'est très souvent que le fruit d'un trouble neuropsychologique fixé pour lequel les soins obligés ne semblent avoir que peu d'impact.

## **Soins sous contrainte : comment sortir des paradoxes.**

La contrainte n'est pas une inconnue des systèmes de soins en Addictologie. Nombre de patients demandeurs d'aide sont amenés à consulter sous la pression d'un tiers (conjoint, médecin traitant, juge ...). Il arrive même que certains, même s'ils ne sont pas obligés par un tiers, consultent sous l'emprise d'une « contrainte interne » en ce que leur désir de changer résulte d'une obligation et non d'un choix (arrêter pour les autres, arrêter pour sa santé) (Cottencin et al, ). Il est rare de rencontrer des sujets qui demandent de l'aide pour se libérer d'un produit dont ils se sentent les esclaves.

L'un des problèmes cruciaux d'un soin sous contrainte réside principalement dans le fait qu'il n'appartient plus au patient de préciser seul sur quels problèmes l'intervention va porter et quels en seront les objectifs. Ainsi, alors qu'un soin en Addictologie ne peut se fonder que sur la demande et la motivation au changement du patient, le soignant se trouve confronté à la situation paradoxale d'aider des patients qui ne le demandent pas. Mais de plus, il se trouve placé dans une situation de double lien coincé entre l'aide ou le contrôle (Seron et Wittezaele, 1991). Car, désigné autant comme un aidant du patient que comme un outil de coercition sociale, il prend systématiquement le risque de mettre en péril l'alliance thérapeutique nécessaire à toute relation psychothérapeutique.

### **Travailler avec la contrainte**

Face à la contrainte, il est important de ne pas la nier mais au contraire de l'utiliser. En effet, en la considérant comme partie intégrante de la demande de soins, nous pouvons construire une nouvelle alliance thérapeutique en reconnaissant autant les objectifs du sujet (échapper à la contrainte) que ceux du demandeur (arrêter le toxique). Même si le problème c'est le produit et ses conséquences, le patient contraint (souvent dans le déni) n'en a pas conscience et ne voit que la coercition, le demandeur ne voit que le comportement induit par le produit (et pas la souffrance du patient) ... quant au soignant, il est face à deux visions du monde qui s'opposent qu'il doit (injonction) faire travailler ensemble.

Ainsi, travailler sur une demande centrée sur le produit alors que le patient n'y adhère pas le conduira d'abord à chercher tous les moyens pour y échapper (Selvini-Palazzoli et al. 1980). Nier la contrainte dans la définition du problème serait prendre le risque que le patient y échappe et que le soignant crée lui même la résistance au changement. Ainsi incompris, l'injustice vécue le conduit à mettre en échec tout l'étalage de propositions thérapeutiques.

### **Renégocier le contrat**

Si un patient n'adhère pas à l'objectif thérapeutique initialement annoncé, il existe tout de même une plainte pour laquelle il serait motivé à faire évoluer sa situation. Ainsi, l'objet de la plainte étant différent de celui du tiers demandeur, travailler sur l'objet de la plainte du patient dans le cadre de la contrainte est ce que Fish appelle "renégocier le contrat" (Fisch et al. 1982). Et face à la contrainte, le patient a trois solutions :

Accepter et dans ce cas reconnaître qu'il est en difficulté avec le produit (ou le comportement). Il accepte de se faire soigner pour répondre aux exigences du tiers.  
Refuser et rester dans le déni de la dépendance (ou de l'excès). En n'admettant pas avoir de problème, il doit quitter le soin et en référer au demandeur.

Négocier et donc reconnaître qu'il a un problème mais un problème entre lui et le demandeur. Il n'adhère pas à la définition exacte du demandeur mais il conçoit que le demandeur a un problème avec son comportement. Il ne négocie pas la réalité des faits qui lui sont reprochés (ivresse au volant, violences, actes délictueux, etc.). Il négocie les raisons qui le poussent à avoir ce comportement et qui poussent l'environnement à lui demander de se soigner. Il est en droit d'expliquer ses raisons ou sa vision de la situation. En négociant le vécu des faits, la bonne question n'est plus qu'êtes-vous prêt à faire pour arrêter votre addiction mais qu'êtes-vous prêt à faire pour que cela change (atteindre votre objectif) ?

Lorsque l'injonction vient d'une institution légale le patient peut également négocier. Il ne négociera pas la réalité des faits, mais le vécu de cette réalité. En d'autres termes la "conduite en état d'ivresse" ne se négocie pas, mais l'étiquette "être alcoolique" se négocie. La négociation portera sur le fait que l'alcool est un problème dans cette situation et qu'il a besoin d'aide pour cette situation. Face à cette réalité, il ne peut qu'être d'accord et le thérapeute n'est donc plus coincé entre l'aide et le contrôle : il n'est qu'un moyen d'accéder à la demande de la loi et donc un moyen de négociation du patient avec lui-même ou avec ce qu'il a interprété de cette injonction.

Car changer n'est pas facile

Il est toujours difficile de renoncer aux idées qui ont guidées nos actions et notre pensée durant de nombreuses années (Seron and Wittezaele 1991). Une situation de souffrance connue est plus difficile à quitter qu'une situation de potentiel confort et totalement inconnue. Ainsi, changer suppose d'abandonner l'équilibre précaire dans lequel nous nous trouvons et quitter la rassurante illusion du mensonge et la sécurité de l'habitude. Par ailleurs, changer implique de déranger l'environnement qui aura paradoxalement tendance à se défendre. Si le changement oblige celui qui a quitté ses rôles (sociaux et familiaux) à les reprendre, il oblige aussi l'entourage à réapprendre à vivre avec le convalescent.

## **Les propositions du groupe projet santé justice au sein de la Fédération Addiction**

Le groupe projet santé justice au sein de la Fédération Addiction propose avant tout de ne pas se cantonner à une vision seulement judiciaire lorsque des conduites addictives sont repérées. Ils proposent qu'il existe des alternatives à l'incarcération mieux étagées, avec une évaluation plus formalisée. On peut dégager trois grands axes de proposition

### **Un langage commun par une formation commune**

Les différences de culture entre judiciaire et sanitaire imposent de proposer des formations croisées au niveau national avec un corpus de connaissances validées et de mettre en place des instances de rencontre au niveau régional. Ainsi, il apparaît indispensable de sensibiliser les représentants du judiciaire au changement de comportement pour leur permettre de

répondre de façon constructive et adaptée (en particulier face aux écarts, aux rechutes, à la gestion contrôlée par rapport à l'abstinence).

Nouvelles structures alliant justice, soins, enseignement et recherche

Sur le plan structurel, l'idée de développer des dispositifs justice-santé pour le traitement des addictions, sur le modèle des Drug Court intégrant les pratiques, l'enseignement et la recherche s'impose. Ces nouvelles structures doivent être l'occasion d'élaborer des programmes de traitement et des modèles de prestation de services uniques (objectifs de traitement, styles de traitement, modalités de prestation, etc.) adaptés à la situation et aux besoins des populations, selon leurs caractéristiques sociodémographiques et les troubles psychiatriques co-occurents.

### **Avoir le souci de l'évaluation constante**

Enfin, ils proposent de prévoir un programme d'évaluation et d'agrément, confié à des spécialistes externes, en fonction d'un répertoire d'évaluation des programmes correctionnels et de combiner ces processus d'assurance qualité, pour que tous les dispositifs répondent à l'ensemble des caractéristiques des interventions efficaces de justice pénale et des traitements des addictions, "basés sur les preuves".

### **Le dispositif de soins est-il adapté à la prise en charge des personnes sous mains de justice ?**

*Réponse apportée en collaboration avec des intervenants en Addictologie du Nord Pas de Calais : Jacques Yguel, Laurent Urso, François Dupriez, Anne Françoise Hirsch, Laurence Tack, Marie Villez, Patrick Veteau, Roland Ritaine, Jean Harbonnier, Veronique Cousin, Bernard Gibour, François Lefebvre, François David*

Il n'y a pas d'obstacle objectif théorique au recours au dispositif addictologique dont les missions sont capables de répondre à l'entièreté des difficultés rencontrées par une personne sous-main de justice sous réserve de prendre en compte la distinction entre le dispositif de soins en addictologie relevant du champ sanitaire et celui relevant du champ médico-social. Cette distinction est capitale non pas tant dans les services proposés que dans les modalités de prise en charge.

Dans le champ sanitaire on distingue l'unité de soins en addictologie, l'équipe de liaison hospitalière et le réseau ville-hôpital. Les unités de soins ou service d'addictologie dépendent de la psychiatrie et du dispositif médecine-chirurgie-obstétrique soumis alors à la tarification à l'activité. L'accès d'un patient au dispositif addictologique sanitaire est soumis au préalable de la couverture de ce dernier par un régime d'assurance maladie (CNAMTS, RSI, MSA, et autres régimes particuliers). L'un des obstacles mis en évidence par les professionnels travaillant auprès de la population sous-main de justice est celle de l'absence de couverture par l'assurance maladie pour nombre d'entre eux et l'absence de CMU pour les plus précaires. Celle-ci s'avère indispensable pour pouvoir bénéficier des soins à l'hôpital ou auprès des médecins libéraux dont ceux du réseau ville-hôpital.

En ce sens si le dispositif est adapté, son accessibilité soumise à conditions de couverture d'assurance maladie, est pénalisante notamment lorsque les personnes ne sont pas en état de faire les démarches nécessaires à l'obtention de la CMU pour des raisons cognitives ou sociales. Il convient de rappeler que les troubles cognitifs sont fréquents dans cette population et sont de nature à faire obstacle à la réalisation des démarches complexes nécessitées par l'obtention de simples passeports sociaux : carte de sécurité sociale, carte d'identité, compte en banque sont indispensables à la sortie de l'exclusion et de la marginalité (principales causes de récidive pénale). En ce qui concerne le soin (dont les traitements de substitution), les patients qui en bénéficient au cours de leur incarcération ne le sont plus à la sortie si les démarches d'obtention de la CMU n'ont pas été effectuées ou finalisées durant l'incarcération. En théorie ces démarches sont du ressort du service pénitentiaire d'insertion et de probation et non pas du CSAPA de proximité qui pourrait s'en saisir eu égard à ses missions d'accès aux droits sociaux.

En ce qui concerne le dispositif de soin en addictologie du champ médico-social il n'y a aucun préalable à l'accueil, anonyme et gratuit, dès lors que l'utilisateur en fait la demande. Il peut être porté par des structures associatives ou des établissements publics de santé. Le dispositif addictologique médico-social comprend les Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) qui sont issus de la loi du 9 août 2004 qui visait notamment à regrouper les dispositifs de réduction des risques (boutiques, bus, automates, "sleep in") au sein de structures uniques.

Les CSAPA assurent, pour les personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une dépendance aux substances psychoactives ainsi que pour leur entourage (Article D3411-1 Modifié par Décret n°2007-877 du 14 mai 2007) :

1. L'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne ou de son entourage ; dans ce cadre, ils peuvent mettre en place des consultations de proximité en vue d'assurer le repérage précoce des usages nocifs.
2. La réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives
3. La prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative, qui comprend le diagnostic, les prestations de soins, l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion.
- 4.

Ainsi, ils assurent le sevrage et son accompagnement, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux (dont les traitements de substitution aux opiacés). Ils peuvent proposer la prise en charge sociale et éducative, qui comprend l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion. Ils accueillent, de façon gratuite, et anonyme sur demande, toute personne qui souhaite être aidée et en fait la démarche. L'accueil est donc fondé sur le volontariat des personnes, mais celles-ci peuvent également être orientées suite à une mesure judiciaire.

Il semble donc que les missions définies par le législateur soient en adéquation avec ce que l'on peut attendre d'un dispositif addictologique en direction des personnes sous-main de justice et présentant des besoins sociaux élevés.

Néanmoins dans la pratique il faut bien retenir que la très grande majorité des CSAPA sont des structures de soins ambulatoires qui en matière d'accueil de jour ou d'hébergement de nuit ne peuvent être que des relais avec le dispositif coutumier des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS).

Si au plan théorique la loi permet la mise en place de structures d'hébergement spécifique pour la population des sortants de prison présentant des problèmes d'addiction, il n'y a aujourd'hui sur le territoire français que 40 places de ce type dans des CSAPA spécialisés dans cette mission ; alors qu'il est bien connue que cette population est à haut risque de récidive autant en raison de leurs addictions que pour des motifs sociaux (carence en hébergement, en ressources et en couverture sociale).

Par ailleurs, les professionnels consultés qui déplorent ce manque de capacité d'accueil, rapportent leurs grandes difficultés à répondre de manière optimale à la demande de relais de la prison vers le CSAPA en raison des dates de libération régulièrement imprévisibles du fait de la procédure pénale. Les professionnels des CSAPA avec hébergement se trouvent alors à réserver durant plusieurs jours ou semaines une place virtuellement occupée mais objectivement libre pour un candidat en attente de sortie, bloquant ainsi d'autres admissions. Mais au-delà de cela, cette date de libération aléatoire ne leur permet aucune anticipation des questions administratives indispensables pour un sujet en soins.

Le problème du temps étant une composante cruciale des problématiques addictives et donc pour ce qui nous intéresse de la rechute dans la pathologie avec pour corolaire la récidive pénale. Il convient donc de ne pas négliger la fluidité de l'articulation entre les dispositifs notamment au plan de la temporalité. Si patienter deux semaines pour une prise en charge est acceptable pour la plupart des gens, ce délai devient insupportable dans les problématiques addictives associées à la précarité.

Il apparaît pour les professionnels au contact de ces populations que l'articulation avec le dispositif addictologique et social à la sortie de prison est crucial aujourd'hui. Quand, interrogés quant à leurs missions spécifiques, les professionnels du dispositif considèrent leurs missions réalisables dans le cadre juridique réglementaire actuel avec les moyens qui leur sont alloués, la grande difficulté mise en lumière est l'articulation entre le dedans de la prison et le dehors. Non pas tant en terme de structures (qui existent) mais en terme de temporalité. La rechute dans la consommation est brutale, durable et péjorative pour la santé du patient. En effet, la reprise de doses massives sur une courte période (due à la physiopathologie de la dépendance) est plus toxique pour le corps (foie, cœur, cerveau) que ne l'a été l'imprégnation antérieure apparue progressivement.

Par ailleurs, tant sur le plan physiologique que psychologique, un traitement de substitution aux opiacés n'attend pas. Le phénomène de manque, la frustration, le sentiment d'abandon et d'impuissance, et une solitude temporaire peuvent conduire à une rechute, souvent associée à une réalcoolisation brutale et massive venant mettre en péril le devenir à court terme mais aussi à long terme de la personne et de la société. La rechute addictologique conduisant à une récidive pénale. Nous ne sommes pas ici dans des stratégies intentionnelles et préméditées mais dans des passages à l'acte soudain et impulsifs.

En ce sens si les éléments du dispositif pris séparément dans leur activité définis par la loi sont adaptés à la prise en charge des personnes sous mains de justice, l'articulation entre les différents éléments du dispositif pêche notamment dans leur articulation temporelle.

Ainsi certains professionnels pensent que dans le cas de la prévention de la récidive il est nécessaire de spécialiser un dispositif spécifique aux sortants de prison associant les compétences multidisciplinaire des CSAPA, une articulation organique avec le dispositif psychiatrique en raison des fortes comorbidités chez les sujets à haut risque de récidive et une articulation organique avec les dispositif social d'hébergement.

### **Considérations éthiques**

L'une des questions récurrente en matière d'obligation de soin est celui de la tension morale entre les valeurs des deux partenaires. L'intervention du médecin relais dans l'injonction thérapeutique diminue sensiblement l'occurrence de ce conflit. La justice et le soin qui sont préoccupés tous deux par le « bien » ont une déontologie différente. Alors que le monde du soin a une préoccupation individuelle centrée sur le bien pour la personne, le monde de la justice a son action dirigée vers le bien du groupe social.

De plus l'un n'est pas au service de l'autre : une sentence judiciaire n'est pas une modalité thérapeutique, et le soin n'est pas un auxiliaire de justice.

Enfin s'il n'est pas question de refuser le dialogue entre institutions, il ne saurait non plus être question de déroger aux règles habituelles de confidentialité et de secret professionnel que chaque personne (qu'elle soit ou non sous-main de justice) est en droit d'attendre du dispositif de soin.

C'est dans un créneau étroit que le nécessaire dialogue entre soins et justice s'opère. Il apparaît dès lors que c'est l'éthique qui est convoquée au chevet de cette collaboration centrée sur le bien des individus et du groupe social. L'éthique au sens de l'éclairage des pratiques, de l'éclairage des tensions qu'elles suscitent, des contradictions qu'elles engendrent, des déontologies qu'elles bousculent si l'on y prend garde. Ce chapitre qui ne sera jamais clos est celui qui doit être indéfiniment remis sur le métier.

### **Conclusion**

La question de la récidive reste liée à celle de la rechute et le traitement des addictions apparaît donc indispensable. Toutefois, cette alliance du soin et de la justice n'est pas sans poser un certain nombre de problèmes. La position du thérapeute, n'est pas celle du représentant de l'état.

De nouvelles structures ont vu le jour à travers le monde, des expériences nouvelles apparaissent en France, mais des évaluations seront toujours nécessaires pour mesurer leur efficacité et permettre toutes les améliorations possibles pour l'ensemble du bien de la personne contrainte. Car au-delà de l'articulation des deux systèmes et des cultures différentes, le paradoxe d'aider des sujets qui ne le demandent pas reste entier et demande



une formation de tous les acteurs, dans les contraintes qu'impose l'éthique (du soin comme de la justice).

La poursuite du travail commun déjà engagé entre acteurs du champ judiciaire et de la santé sur les complémentarités et spécificités d'intervention améliorera la cohérence des actions. Les acteurs des soins en addictologie interrogés ont rappelé la nécessaire optimisation de l'articulation entre le dispositif carcéral et la ville et proposent la création d'espaces de réflexion éthique santé-justice au plan local à l'échelle des CSAPA.

*"Les infractions par elles-mêmes ne constituent jamais des sortes de maladies, de telle manière qu'avec les intentions les plus louables, il demeure dénué de sens de confondre peine et traitement, et d'imaginer qu'une espèce de traitement appliqué dans des conditions assez contraignantes pourrait représenter la forme moderne et judicieuse de la peine"*  
Georges Lanteri Laura

## Références bibliographiques

- Abbey A. Alcohol's role in sexual violence perpetration: theoretical explanations, existing evidence and future directions. *Drug Alcohol Rev.* 2011; 30(5):481-9).
- ANITEA/F3A. Guide Santé Justice. Les soins obligés en Addictologie. Fédération Addiction Ed. Paris, 2011. [http://www.anitea.fr/download/guide\\_sante\\_internet.pdf](http://www.anitea.fr/download/guide_sante_internet.pdf)
- Aos S, Miller M, Drake E. Evidence-Based Adult Corrections Programs: What Works and What Does Not. Olympia: 2006 Washington State Institute for Public Policy.
- Baillargeon J, Binswanger IA, Penn JV, Williams BA, Murray OJ: Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door. *Am J Psychiatry* 2009, 166:103–109.
- Bègue L et Subra B. L'alcool rend-il agressif ? *Revue électronique de Psychologie Sociale*, 2008, 3, pp. 41-55. <http://reps.psychologie-sociale.org>
- Belenko, S. Research on drug courts: a critical review 2001 update, The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University. (2001). <http://www.drugpolicy.org/docUploads/2001drugcourts.pdf>
- Bonta J, Law M, Hanson K: The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta-analysis. *Psychol Bull* 1998, 123:123–142.
- Cottencin O, Doutreligne Y, Goudemand M, Consoli SM. Addictions et thérapie systémique brève : un travail sous contrainte *Encephale*. 2009; 35(3):214-9.
- EMCDDA. Alternatives to imprisonment - targeting offending problem drug users. Annual report issue. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2005.
- Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2009; 66(2):152-61.
- Fazel S, Langstrom N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA*. 2009 20; 301(19):2016-23.

- Fazel S, Lichtenstein P, Grann M, Goodwin GM, Langstrom N. Bipolar disorder and violent crime: new evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Sep;67(9):931-8.
- Fisch R, Weakland JH, Segal L. 1982. *Tactique du changement*. Paris: Le Seuil.
- Fridell M, Hesse M, Jaeger MM, Kuhlhorn E: Antisocial personality disorder as a predictor of criminal behaviour in a longitudinal study of a cohort of abusers of several classes of drugs: relation to type of substance and type of crime. *Addict Behav* 2008, 33:799–811.
- Gottfredson DC, Kearley BW, Bushway SD. Substance Use, Drug Treatment, and Crime: An Examination of Intra-Individual Variation in a Drug Court Population. *Journal of Drug Issues* 2008, 08, 02 601-630
- Hakansson A, Berglund M. Risk factors for criminal recidivism - a prospective follow-up study in prisoners with substance abuse. *BMC Psychiatry*. 2012 Aug 15; 12:111.
- IDPC : Consortium International sur les Politiques des Drogues (2012). *Guide sur les politiques des drogues*. Version 2 Mars 2012.
- Isebaert L. *Alcoologie : méthode et évaluation du modèle solutionniste de Bruges* in Doutreligne Y & Cottencin O : *Thérapies brèves: Situations cliniques*; Collection *Pratiques en Psychothérapie*, Editions Elsevier Masson, Paris 2009
- Larney S, Martire KA: Factors affecting criminal recidivism among participants in the Magistrates Early Referral Into Treatment (MERIT) program in New South Wales, Australia. *Drug Alcohol Rev* 2010, 29:684–688.
- Lipsey MW, Wilson DB, Cohen MA, Derzon JH. Is there a causal relationship between alcohol use and violence ? A synthesis of evidence. In : *Recent developments in alcoholism*. Galanter M ed, Plenum Press, New York 1997 : 245-282
- Maden A, Scott F, Burnett R, Lewis GH, Skapinakis P: Offending in psychiatric patients after discharge from medium secure units: prospective national cohort study. *BMJ* 2004, 328:1534.
- Marlatt GA, Rohsenow DJ. Cognitive processes in alcohol use : expectancy and the balanced placebo design. In : *Advances in substance abuse : behavioral and biological research*. MELLO NK ed, JAI Press, Greenwich, Conn, 1980 : 159-199.
- Mitchell O, Wilson DB, Eggers A, MacKenzie DL. Assessing the effectiveness of drug courts on recidivism: A meta-analytic review of traditional and non-traditional drug courts. *Journal of Criminal Justice* 40 (2012) 60–71.
- Nolan, JL Jr. Drug treatment courts and the disease paradigm. *Subst Use Misuse* 2002, 37(12-13): 1723-1750.
- Nilsson T, Wallinius M, Gustavson C, Anckarsäter H, Kérekés N: Violent recidivism: a long-time follow-up study of mentally disordered offenders. *PLoS One* 2011, 6
- Obradovic I. *Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanies*. Les stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants. *Tendances*. 2012. N° 81.
- Perry A, Coulton S, Glanville J, Godfrey C, Lunn J, McDougall C, Neale Z. Interventions for drug-using offenders in the courts, secure establishments and the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 19;(3):CD005193.
- Perry AE, Darwin Z, Godfrey C, McDougall C, Lunn J, Glanville J, Coulton S. The effectiveness of interventions for drug-using offenders in the courts, secure

- establishments and the community: a systematic review. *Subst Use Misuse*. 2009; 44(3):374-400.
- Richard-Devantoy S, Olie JP, Gourevitch R. Risque d'homicide et troubles mentaux graves : revue critique de la littérature. Risk of homicide and major mental disorders: a critical review. *Encephale*. 2009; 35(6):521-30.
  - Schaub M, Stevens A, Haug S, Berto D, Hunt N, Kerschl V, McSweeney T, Oeuvray K, Puppo I, Santa Maria A, Trinkl B, Werdenich W, Uchtenhagen A. Predictors of retention in the 'voluntary' and 'quasi-compulsory' treatment of substance dependence in europe. *Eur Addict Res*. 2011;17(2):97-105.
  - Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G. 1980. Paradoxe et contre-paradoxe. Paris: ESF.
  - Seron C, Wittezaele J-J. 1991. Aide ou Contrôle : l'intervention thérapeutique sous contrainte. Bruxelles: De Boeck.
  - Smith LA, Gates S, Foxcroft D. Therapeutic communities for substance related disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Jan 25;(1):CD005338.
  - Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, Roth LH, Silver E: Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry* 1998, 55:393–401.
  - Shaw J, Hunt IM, Flynn S, Amos T, Meehan J, Robinson J, Bickley H, Parsons R, McCann K, Burns J, Kapur N, Appleby L. The role of alcohol and drugs in homicides in England and Wales. *Addiction*. 2006 ; 101(8):1117-24.
  - Streissguth AP, Bookstein FL, Barr HM, Sampson PD, O'Malley K, Young JK. Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects. *J Dev Behav Pediatr*. 2004; 25(4):228-38
  - Wallace C, Mullen P, Burgess P, Palmer S, Ruschena D, Browne C: Serious criminal offending and mental disorder, Case linkage study. *Br J Psychiatry* 1998, 172:477–484.
  - Walter M, Wiesbeck GA, Dittmann V, Graf M: Criminal recidivism in offenders with personality disorders and substance use disorders over 8 years of time at risk. *Psychiatry Res* 2011, 186:443–445.