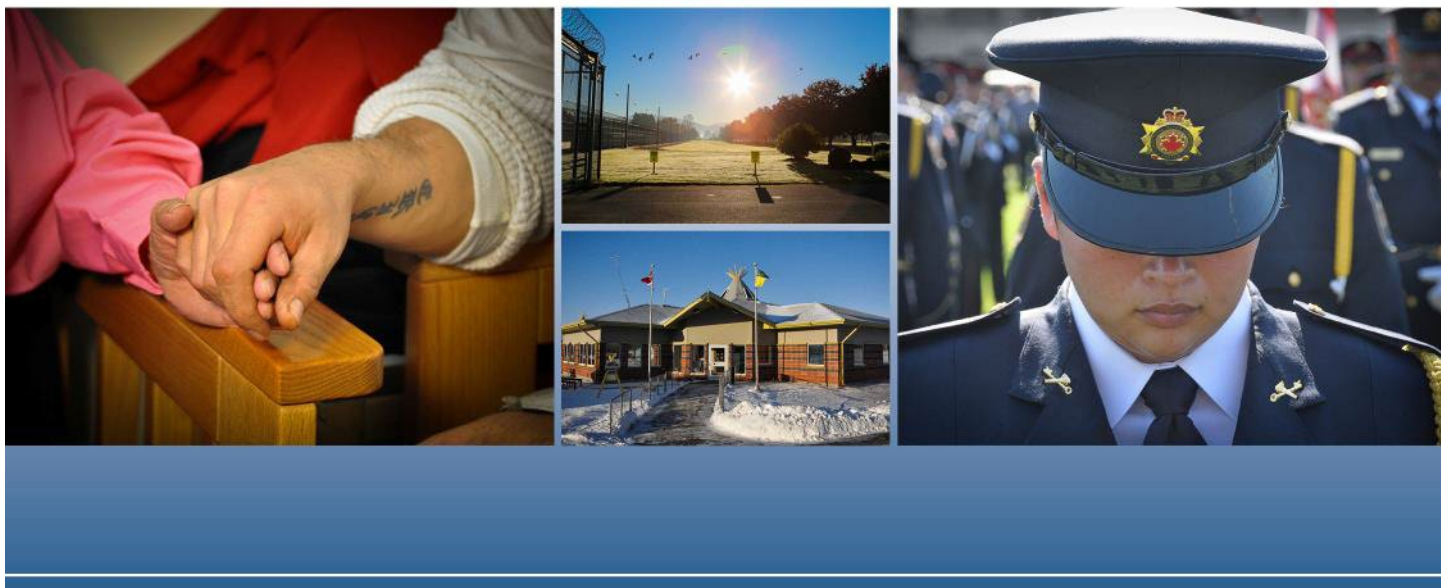




SERVICE CORRECTIONNEL CANADA

TRANSFORMONS DES VIES. PROTÉGEONS LES CANADIENS.



RAPPORT DE RECHERCHE

Examen systématique des interventions électroniques pour les troubles liés à la consommation de substances chez les populations de délinquantes et délinquants

2026 - N° R-487

N° de cat.: PS83-3/487F-PDF
ISBN: 978-0-662-41597-8

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

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



Service correctionnel
Canada

Correctional Service
Canada

Canada



Service correctionnel
Canada

Correctional Service
Canada

Canada

Interventions électroniques pour les troubles liés à la consommation de substances chez les populations de délinquantes et délinquants : examen systématique

Kiran Punia, M. Sc., Myra Massey, B. A., Iris Balodis, Ph. D. et James MacKillop, Ph. D.

Centre Peter Boris pour la recherche sur la toxicomanie

Université McMaster et St. Joseph's Healthcare Hamilton

Service correctionnel du Canada

2026



Remerciements

Ce travail s'inscrit dans un plan annuel de réalisation entre le Centre Peter Boris pour la recherche sur la toxicomanie de l'Université McMaster, St. Joseph's Healthcare Hamilton et le Service correctionnel du Canada. Les auteurs remercient le personnel de la Direction de la recherche du Service correctionnel du Canada pour leur soutien au projet, en particulier Sara Johnson, Nicholas Chadwick et Kayla Wanamaker. Les auteurs remercient également les membres du personnel du Centre Peter Boris suivants pour leur contribution : Jane De Jesus, Zeynep Kaynak, Julianne Devries, Ashley Blakely et Emily Mote.

Résumé

Mots clés : *délinquantes et délinquants, troubles liés à la consommation de substances, dépendance, intervention, traitement, traitement électronique, santé numérique*

La prévalence des troubles liés à la consommation de substances peut atteindre de 75 à 86 % chez les personnes incarcérées. Les troubles liés à la consommation de substances non traités présentent un risque d'intoxication aux drogues pendant l'incarcération et un risque accru de récidive après la mise en liberté. Par conséquent, il est essentiel que les personnes incarcérées aient accès à un traitement pour les troubles liés à la consommation de substances. Les limites de la mise en œuvre d'interventions fondées sur des données probantes en milieu carcéral comprennent le manque de connaissances sur les effets favorables du traitement sur les résultats, la stigmatisation, la formation et les connaissances limitées du personnel correctionnel sur les troubles liés à la consommation de substances, et la disponibilité d'approches qui ne sont pas fondées sur des données probantes. Par conséquent, il est important de cibler des modalités de traitement efficaces, réalisables et accessibles pour traiter les troubles liés à la consommation de substances chez les personnes incarcérées.

Les interventions électroniques présentent un potentiel évident dans ces contextes en raison des progrès technologiques et parce qu'ils sont plus accessibles que les traitements en personne. Le présent examen systématique vise à synthétiser les recherches sur les interventions électroniques pour les troubles liés à la consommation de substances en milieu correctionnel et à déterminer leur pertinence clinique et stratégique pour le Service correctionnel du Canada. Tout d'abord, nous avons effectué une recherche documentaire dans de multiples bases de données avec des termes clés associés aux troubles liés à la consommation de substances, aux interventions électroniques et aux milieux correctionnels. En raison des résultats limités de cette recherche et de la connaissance de l'existence de deux interventions électroniques pour les troubles liés à la consommation de substances (programme Breaking Free Online et la thérapie cognitivo-comportementale assistée par ordinateur [CBT4CBT]), une deuxième recherche

documentaire a été effectuée avec les termes associés aux troubles liés à la consommation de substances ainsi que Breaking Free Online et CBT4CBT. Au total, 11 études ont été incluses dans l'examen. Six provenaient de la première recherche. La deuxième recherche a permis de trouver trois études examinant l'efficacité du programme Breaking Free Online en milieu correctionnel ou chez des personnes ayant des démêlés avec la justice. Deux autres articles sur le programme Breaking Free Online ont été trouvés à partir d'autres sources. Les études ont été principalement menées au Royaume-Uni et aux États-Unis; aucune n'a été menée au Canada.

Les études étaient hétérogènes et de nature préliminaire, mais présentaient des résultats prometteurs. Des essais d'intervention « ouverts » (non contrôlés) à un stade précoce ont montré des avantages positifs à court terme de la diminution de la consommation de substances, l'augmentation de l'auto-efficacité, l'amélioration de la qualité de vie et la diminution des symptômes de dépression et d'anxiété. L'intervention la plus courante était le programme Breaking Free Online, qui a montré des résultats et des perspectives favorables de l'intervention. Il n'y a pas eu d'études sur la CBT4CBT exclusivement en milieu correctionnel, mais il y a des résultats favorables dans d'autres contextes. Bien que toutes les études provenaient de pays généralement comparables, leur applicabilité directe au sein du système correctionnel canadien n'était pas claire.

La documentation existante révèle une faisabilité à un stade précoce et une preuve de principe indiquant que les interventions électroniques pour les troubles liés à la consommation de substances pourraient être avantageuses en milieu correctionnel. Étant donné l'absence d'études canadiennes, l'exploration de l'utilisation d'interventions électroniques dans les établissements correctionnels canadiens constitue une prochaine étape essentielle. Compte tenu de la faible quantité de documents, des essais de faisabilité ou pilotes jetteraient les bases d'essais contrôlés randomisés plus définitifs dans des contextes canadiens. Les nouvelles interventions nécessiteront la prise en compte des programmes existants ainsi que des consultations auprès des intervenants et des délinquantes et délinquants. Néanmoins, cet examen laisse entrevoir des perspectives très prometteuses pour les interventions électroniques pour les troubles liés à la consommation de substances en milieu correctionnel.

Table des matières

Remerciements	ii
Résumé.....	iv
Introduction.....	1
Méthode	4
Stratégie de recherche et sélection des études dans le cadre de l'examen systématique.....	4
Résultats.....	9
Aperçu.....	9
Études dans des contextes de justice pénale provenant de la première recherche.....	29
Breaking Free Online.....	34
Thérapie cognitivo-comportementale assistée par ordinateur	45
Analyse.....	52
Bibliographie	56

Introduction

Les troubles liés à la consommation de substances touchent de façon disproportionnée les personnes ayant des démêlés avec le système de justice pénale. En effet, au Canada, on estime que de 75 à 86 % des personnes incarcérées dans les établissements fédéraux ont des antécédents de troubles liés à la consommation de substances (Butler et coll., 2022; Cram et Farrell MacDonald, 2022, 2024; Weekes et coll., 2004). De plus, bien que les substances soient interdites dans les prisons, leur consommation est plus élevée en milieu carcéral que dans la population générale, une étude québécoise montrant que 44 % des personnes ont déclaré avoir consommé des substances au cours des trois derniers mois pendant leur incarcération (Chaisson et Farrell MacDonald, 2024; Plourde et coll., 2012). Les raisons derrière les taux élevés sont multiples et comprennent des facteurs évidents et d'autres plus subtils. Parmi les exemples évidents, citons le fait que, comme plusieurs drogues psychoactives sont illégales, l'obtention, la possession ou la distribution sont tous des actes illégaux et que l'intoxication par la drogue est associée à divers crimes, comme la conduite avec facultés affaiblies, les voies de fait et les homicides. Les facteurs plus subtils comprennent les expositions environnementales, telles que les quartiers dangereux, qui sont associées à la fois au comportement criminel et à la consommation de substances (p. ex. Cambron et coll., 2020), et l'augmentation des traits liés aux mécanismes psychologiques, comme l'impulsivité, qui sont associés à la fois au comportement criminel et à la consommation de substances (p. ex. Mathias et coll., 2008), bien qu'avec une variabilité selon le type d'impulsivité (Wendel et coll., 2022).

En milieu correctionnel, les troubles liés à la consommation de substances non traités augmentent le risque de résultats négatifs pour la santé, comme le VIH (van der Meulen, 2017), et ont été associés à un risque accru de récidive (Zgoba et coll., 2020). De plus en plus de

preuves suggèrent que les traitements en milieu carcéral sont efficaces pour réduire la récidive, même si leur durée est relativement courte (Clark, 2024). L'aide postpénale, conjuguée au traitement avant la mise en liberté, peut réduire davantage la récidive (Olson et Lurigio, 2014).

Malheureusement, malgré la forte prévalence des troubles actuels et passés de consommation de substances chez les personnes incarcérées, des recherches menées dans d'autres administrations ont révélé qu'une proportion importante de personnes ne reçoivent pas de traitement (Kurdyak et coll., 2022). De plus, les traitements courants offerts en milieu carcéral comprennent l'éducation antidrogue et le counseling de faible intensité, qui ne sont souvent pas fondés sur des données probantes (Belenko et coll., 2013). L'instauration de traitements pour les troubles liés à la consommation de substances peut être difficile en milieu carcéral en raison de la stigmatisation de la dépendance, de la formation limitée du personnel correctionnel sur les troubles liés à la consommation de substances (p. ex. la compréhension de la biologie de la dépendance et de la dépendance en tant que trouble psychiatrique) et du manque de connaissances sur les effets favorables du traitement sur les résultats pour les personnes incarcérées (p. ex. diminution de la consommation de drogue et du risque de récidive). Les problèmes liés au financement et à la disponibilité d'un personnel clinique formé sont également des obstacles potentiels au traitement pour les troubles liés à la consommation de substances (Belenko et coll., 2013). Pour remédier à ces problèmes, le Service correctionnel du Canada a mis en œuvre des programmes pour aider les personnes atteintes de troubles liés à la consommation de substances à se rétablir, notamment le programme d'autogestion et de rétablissement et le Programme d'échange de seringues dans les prisons afin de réduire l'échange de seringues, et le traitement par agonistes opioïdes pour les personnes incarcérées souffrant d'un trouble lié à la consommation d'opioïdes. De plus, des programmes de soutien par

les pairs autochtones et non autochtones sont offerts (Service correctionnel du Canada, 2024).

Compte tenu de ces considérations, il est important de cibler d'autres modalités de traitement qui sont efficaces, réalisables et accessibles aux personnes dans ces milieux afin de les aider à s'engager dans un traitement. L'une de ces approches consiste en des interventions électroniques qui peuvent être réalisées en milieu carcéral ou après l'incarcération. Les interventions électroniques pour les troubles liés à la consommation de substances (p. ex. Carroll et coll., 2008; Elison-Davies et coll., 2018) sont relativement bien établies, fondées sur des données probantes et présentent des avantages, comme le fait qu'elles sont adaptées au rythme de chaque personne et faciles à réaliser dans un large éventail de contextes. La recherche d'études portant sur la réalisation d'interventions électroniques en milieu carcéral ou dans le système de justice pénale en général pourrait clairement permettre de cibler les programmes qui pourraient être utiles au système de justice pénale canadien et au Service correctionnel du Canada en particulier. Par conséquent, les trois principaux objectifs du présent examen systématique étaient les suivants : 1) résumer et intégrer les études empiriques sur les interventions électroniques pour les troubles liés à la consommation de substances en milieu correctionnel; 2) examiner et synthétiser de manière critique les constatations concordantes et discordantes; et 3) évaluer la pertinence clinique et stratégique pour le Service correctionnel du Canada.

Méthode

Stratégie de recherche et sélection des études dans le cadre de l'examen systématique

La principale recherche documentaire a été effectuée dans quatre bases de données pour des articles publiés et évalués par des pairs en anglais : AMED (Allied and Complementary Medicine; de 1985 à octobre 2023), Embase (de 1996 au 21 décembre 2023), Ovid MEDLINE (de 1996 au 21 décembre 2023), PsycInfo (de 1987 à la semaine 2 de décembre 2023). Les principaux concepts de recherche étaient les troubles liés à la consommation de substances, les interventions électroniques et les milieux correctionnels. La recherche s'est limitée à des articles relativement récents (le plus ancien datant de 1987) pour se concentrer sur la technologie contemporaine. Les critères d'inclusion comprenaient le fait que les études a) avaient été examinées par des pairs, b) étaient rédigées en anglais et c) comprenaient une évaluation d'une intervention électronique pour les troubles liés à la consommation de substances dans un contexte de justice pénale. La déduplication a été effectuée après la recherche initiale. Sur le plan procédural, les adjoints de recherche du Centre Peter Boris pour la recherche sur la toxicomanie ont procédé à l'examen des titres et des résumés pour la recherche initiale.

En raison des résultats limités de cette recherche et de la connaissance de l'existence de deux interventions électroniques pour les troubles liés à la consommation de substances (programme Breaking Free Online et la thérapie cognitivo-comportementale assistée par ordinateur [CBT4CBT]), une deuxième recherche documentaire a été effectuée avec les termes associés aux troubles liés à la consommation de substances accompagnés de « CBT4CBT » et « Breaking Free Online » dans les mêmes bases de données et avec les mêmes critères d'inclusion. Pour la deuxième recherche, deux assistants de recherche ont procédé à l'examen des titres et des résumés et à l'extraction du texte intégral, et M. MacKillop, Ph. D. a résolu les

divergences.

La cartographie conceptuelle et les termes de recherche se trouvent à la page suivante. La procédure de sélection est illustrée à la figure 1 et suivie des éléments de rapport privilégiés pour les examens systématiques et les méta-analyses (PRISMA; Page et coll., 2021).

CARTOGRAPHIE CONCEPTUELLE

1. TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES
2. INTERVENTIONS ÉLECTRONIQUES
3. MILIEUX CORRECTIONNELS

TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES	INTERVENTIONS ÉLECTRONIQUES	MILIEUX CORRECTIONNELS
MOTS CLÉS	MOTS CLÉS	MOTS CLÉS
(ALCOOL ou CANNABIS ou MARIJUANA ou COCAÏNE ou MÉTHAMPHÉTAMINE ou STIMULANT ou OPIOÏDE ou OPIACÉ ou HÉROÏNE ou MORPHINE) ET (« TROUBLE LIÉ À LA CONSOMMATION » ou ABUS ou DÉPENDANCE ou MÉSUSAGE ou TOXICOMANIE)	(INFORMATISÉ ou ÉLECTRONIQUE ou NUMÉRIQUE ou VIRTUEL ou « TÉLÉPHONE INTELLIGENT ») ET (TRAITEMENT ou INTERVENTION ou PROGRAMME) 2 ^E RECHERCHE UNIQUEMENT : « BREAKING FREE ONLINE » OU « CBT4CBT »	(CRIM* ou CRIMINALISTIQUE ou DÉLINQUANTE/DÉLINQUANT ou PRISON* ou INCARCÉR* ou LIBÉRATION CONDITIONNELLE* ou RÉCIDIVE ou ÉTABLISSEMENT CORRECTIONNEL ou TRIBUNAL*)
1	2	3

Remarque : Pour la deuxième recherche, on a utilisé les mots clés du premier concept et une partie du deuxième concept (Breaking Free Online et CBT4CBT ont été combinés).

STRATÉGIE DE RECHERCHE BOOLÉENNE FINALE : 1 ET 2 ET 3

STRATÉGIE DE RECHERCHE SPÉCIFIQUE : RECHERCHE 1

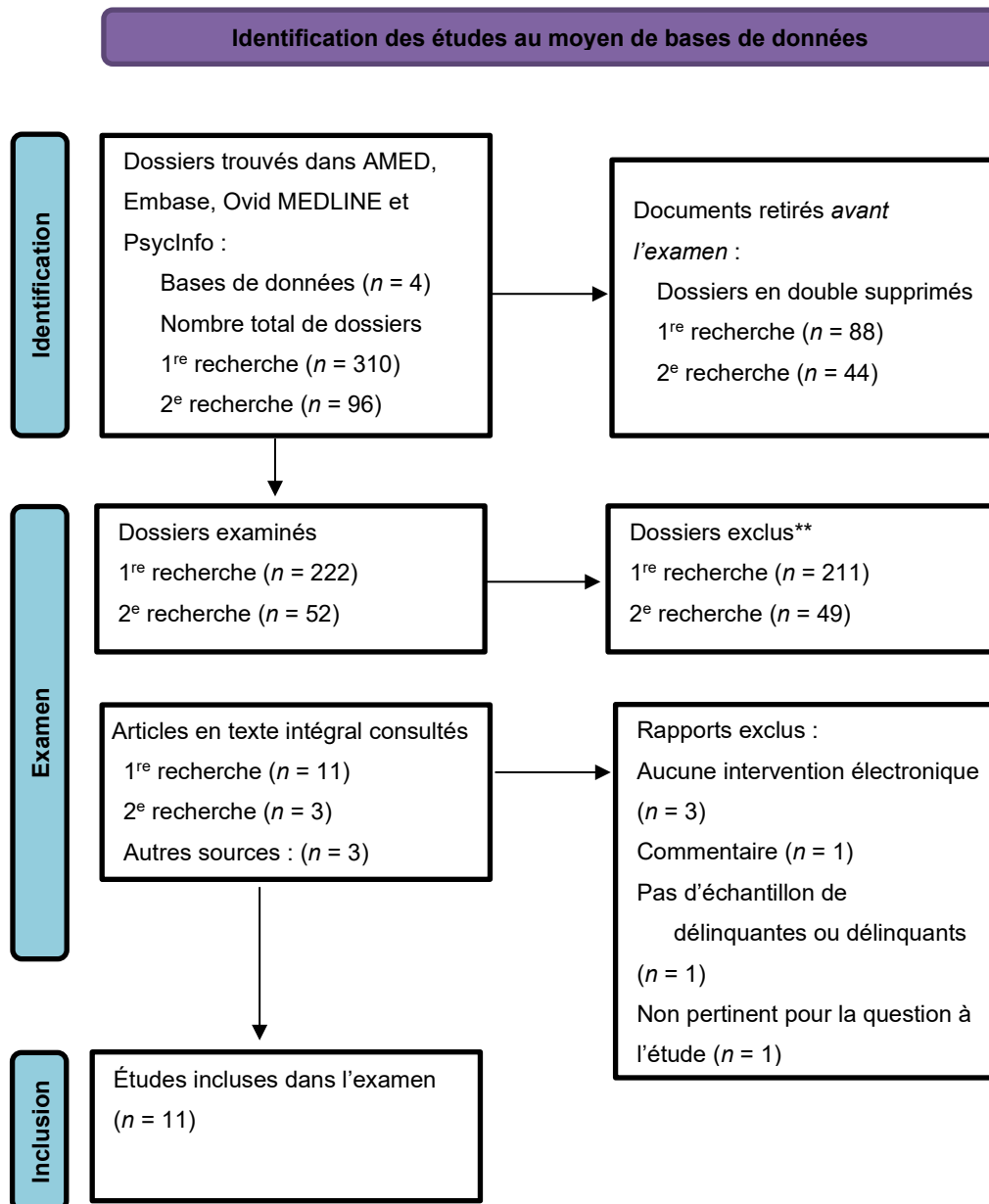
(ALCOOL ou CANNABIS ou MARIJUANA ou COCAÏNE ou MÉTHAMPHÉTAMINE ou STIMULANT ou OPIOÏDE ou OPIACÉ ou HÉROÏNE ou MORPHINE) et (« TROUBLE LIÉ À LA CONSOMMATION » ou ABUS ou DÉPENDANCE ou MÉSUSAGE ou TOXICOMANIE) et (INFORMATISÉ ou ÉLECTRONIQUE ou NUMÉRIQUE ou VIRTUEL ou « TÉLÉPHONE INTELLIGENT ») et (TRAITEMENT ou INTERVENTION ou PROGRAMME) et (CRIM* ou CRIMINALISTIQUE ou DÉLINQUANTE/DÉLINQUANT ou PRISON* ou INCARCÉR* ou LIBÉRATION CONDITIONNELLE* ou RÉCIDIVE ou ÉTABLISSEMENT CORRECTIONNEL ou TRIBUNAL*).mp. [mp=ab, hw, ti, tn, ot, dm, mf, dv, kf, fx, dq, bt, nm, ox, px, rx, ui, sy, ux, mx, tc, id, tm]

STRATÉGIE DE RECHERCHE SPÉCIFIQUE : RECHERCHE 2

(ALCOOL ou CANNABIS ou MARIJUANA ou COCAÏNE ou MÉTHAMPHÉTAMINE ou STIMULANT ou OPIOÏDE ou OPIACÉ ou HÉROÏNE ou MORPHINE ou SUBSTANCE) et (« TROUBLE LIÉ À LA CONSOMMATION » ou ABUS ou DÉPENDANCE ou MÉSUSAGE

ou ADDICTION ou TOXICOMANIE) et (« BREAKING FREE ONLINE » ou CBT4CBT).mp.
[mp=ab, hw, ti, tn, ot, dm, mf, dv, kf, fx, dq, bt, nm, ox, px, rx, ui, sy, ux, mx, tc, id, tm]

Figure 1. Organigramme illustrant le processus de sélection des études selon les normes PRISMA pour la première recherche.



Résultats

Aperçu

La recherche documentaire initiale effectuée le 21 décembre 2023 a permis de trouver 222 dossiers uniques après suppression des doublons, dont 211 ont été jugés non pertinents sur la base de l'examen des titres et des résumés. Les 11 autres articles ont fait l'objet d'un examen intégral, et cinq ont été exclus (voir les raisons de l'exclusion à la figure 1). En tout, 6 articles ont été inclus dans l'examen. La deuxième recherche a été effectuée le 9 février 2024 et a permis de trouver 52 dossiers uniques après suppression des doublons, dont 3 ont fait l'objet d'un examen du texte intégral et ont été inclus. De plus, 3 articles pertinents ont été découverts en dehors de la recherche. Ensemble, l'examen a compris un total de $k = 12$ études pertinentes. Les caractéristiques, les lieux d'origine et les principaux résultats des études sont présentés dans le tableau 1.

Les résultats de la première recherche ont révélé $k = 6$ articles pertinents, avec une seule étude évaluant économiquement la CBT4CBT dans un échantillon contenant des personnes ayant des démêlés avec le système de justice pénale. Aucune autre étude n'incluait le programme Breaking Free Online, la CBT4CBT ou d'autres interventions exclusivement en ligne ou sur le Web pour les troubles liés à la consommation de substances dans les populations ou les milieux correctionnels. En bref, une étude comprenait des entrevues qualitatives semi-dirigées posant aux personnes d'une clinique externe souffrant d'un trouble lié à la consommation d'opioïdes qui suivaient un traitement en prison des questions sur leur utilisation de la technologie et leurs points de vue concernant les interventions numériques. Une autre étude comprenait un examen rétrospectif des dossiers d'une clinique virtuelle de buprénorphine qui comprenait l'induction à domicile de la buprénorphine et la télémédecine/vidéoconférence chez les patients atteints de

troubles liés à la consommation d'opioïdes, dont un grand pourcentage avait déjà eu des démêlés avec le système de justice pénale, y compris la détention/l'incarcération au cours de la dernière année. Dans le cadre d'une enquête distincte, on a recruté des juges et on les a invités à participer à des modules en ligne de traitement assisté par des médicaments afin d'accroître leurs connaissances et leurs renvois vers ce type de traitement. Les trois autres études ont examiné l'efficacité d'un appareil respiratoire pour aider aux activités de respiration pour traiter les troubles liés à la consommation de substances dans une prison réservée aux hommes, un programme informatique précoce pour la prévention des rechutes d'héroïne et les aspects économiques de la CBT4CBT pour traiter le trouble lié à l'usage de l'alcool (examinés dans la section sur la CBT4CBT). Dans l'ensemble, ces études ont indiqué que l'utilisation de la technologie dans le cadre des interventions pour les troubles liés à la consommation de substances en milieu correctionnel est réalisable, peut aider efficacement les personnes à recevoir des soins pendant le traitement et est perçue favorablement.

Les résultats de la deuxième recherche ont permis de trouver $k = 3$ études examinant l'efficacité du programme Breaking Free Online en milieu correctionnel ou chez des personnes ayant des démêlés avec la justice. De plus, deux études provenant d'autres sources ont été trouvées lors de l'examen des études sur le programme Breaking Free Online et la CBT4CBT, l'une examinant qualitativement les expériences des personnes incarcérées concernant le programme Breaking Free Online. L'autre étude examine l'efficacité du programme Breaking Free Online pendant la pandémie de COVID-19 chez les personnes incarcérées suivant un traitement pour consommation de méthamphétamine. Ces études sont examinées dans la section sur le programme Breaking Free Online. La troisième étude, réalisée par Kiluk et coll. (2016) et portant sur l'efficacité de la CBT4CBT pour les personnes atteintes d'un trouble de

consommation d'alcool, a été trouvée à partir de la recherche initiale d'une étude examinant les coûts économiques associés à la CBT4CBT (Kacmerek et coll., 2021) qui citait cette étude puisqu'elle provenait du même échantillon d'étude (les deux sont examinées dans la section sur la CBT4CBT). Par conséquent, une seule étude d'évaluation économique portant sur la CBT4CBT a été trouvée, mais d'autres études sur la CBT4CBT ont été examinées en raison de la pertinence de l'intervention électronique. En ce qui concerne l'emplacement géographique, $k = 5$ études ont été menées aux États-Unis, $k = 5$ au Royaume-Uni et $k = 1$ en Australie; aucune étude n'a été menée au Canada.

Tableau 1

Résumé des études portant sur les interventions électroniques dans les contextes de la justice pénale et des services correctionnels

Auteur (année)	Pays	Caractéristiques de l'échantillon	Conception de l'étude et l'intervention	Principales constatations
Barber et coll. (1993)	Australie	30 personnes incarcérées (23 H, 7 F) souffrant de troubles liés à la consommation d'héroïne (au moins 3 ans) et ayant été incarcérés pour un crime lié à l'héroïne. Les personnes ont été randomisées dans un traitement standard et un traitement standard plus une séance du programme informatisé de prévention des rechutes.	Programme informatique « Living Without Smack » conçu pour la prévention des rechutes de consommation d'héroïne, axé sur les stratégies d'adaptation dans des situations à risque élevé. Personnes évaluées avant et après l'intervention, et suivi après trois mois. Entretiens qualitatifs avec les personnes qui ont effectué le suivi après trois mois.	• L'ajout de la séance du programme informatisé au traitement standard a amélioré l'auto-efficacité à court terme, mais, lors du suivi après trois mois, il n'y avait pas de différence significative entre les groupes en ce qui concerne l'auto-efficacité pour la consommation d'héroïne. • Différences particulières : envies/tentations, pression sociale de consommer et états physiques négatifs sur le questionnaire sur la confiance situationnelle. • Les résultats de l'entrevue qualitative (réalisée 2 mois après l'intervention) n'ont montré aucune différence significative entre les groupes en ce qui concerne la consommation d'héroïne.
Brzozowski et coll. (2020)	Royaume- Uni	Personnes recrutées dans une prison réservée aux hommes.	Appareil respiratoire pour aider à réguler la respiration (censé améliorer la	• Résultats positifs mesurés selon l'Échelle de dépression, d'anxiété et de stress, en particulier pour

		Ils devaient être incarcérés, avoir des antécédents de troubles de consommation de substances, faire l'objet d'une prise en charge pharmacologique et avoir récemment connu un dérèglement émotionnel (p. ex. accès de colère, anxiété, mauvaise humeur, etc.).	régulation des émotions), aide visuelle pour la respiration chronométrée (6 respirations par minute, 5 secondes d'inspiration, 5 secondes d'expiration). L'appareil avait un capteur intégré connecté au doigt qui détecte les intervalles de battement du cœur. 15 séances suivies. Entrevue qualitative (semi-dirigée concernant l'expérience générale et les effets de l'intervention).	l'amélioration des symptômes dépressifs, et plus de la moitié des personnes ont signalé une amélioration ou s'être rétablies selon les sous-échelles de l'anxiété et du stress. • Des résultats moins positifs ont été obtenus selon les sous-échelles de la colère; une seule personne a déclaré être rétablie et aucun changement n'a été constaté chez toutes les autres personnes. • Résultats mitigés en ce qui concerne la pleine conscience – certaines personnes se sont améliorées, d'autres non.
Elison et coll. (2016)	Royaume-Uni	N = 32 adultes incarcérés qui ont suivi le programme de traitement et de rétablissement Breaking Free Health and Justice en prison. 23 à 56 ans, âge moyen = 35,5 ans 29 hommes 3 femmes	Qualitative (entrevues semi-dirigées, questions ouvertes). Questions sur la peine actuelle et les événements qui ont mené à l'incarcération, les antécédents de consommation de substances et les facteurs	• La consommation de substances, les problèmes de santé mentale et la délinquance étaient des problèmes importants chez les personnes incarcérées, et l'interaction entre ces problèmes est complexe. • La santé mentale et la délinquance étaient répandues et acceptées par les personnes incarcérées comme des problèmes à l'âge adulte, mais elles n'ont pas fourni d'explication

		Délinquantes et délinquants toxicomanes dans les prisons du Royaume-Uni qui reçoivent actuellement un traitement pour le mésusage de substances et des problèmes de santé mentale concomitants.	déclencheurs, y compris les événements de la vie. Entrevue sur la santé mentale passée et actuelle, le soutien passé et actuel, et le traitement reçu pour des problèmes de consommation de substances et de santé mentale. Entrevues d'une durée de 20 à 30 minutes enregistrées sur support audio à l'aide d'un dictaphone numérique.	causale à la consommation de substances. • Les événements traumatisants vécus pendant l'enfance ont conduit certaines et certains à consommer des substances comme mécanisme d'adaptation. • Des difficultés pendant la petite enfance, comme la maltraitance et la négligence, ont été signalées. • De multiples facteurs de stress et l'adversité ont été signalés par les personnes incarcérées comme un facteur contribuant à la consommation de substances, notamment le deuil et l'itinérance entraînant une mauvaise santé mentale. • Difficultés importantes rencontrées pour obtenir du soutien en matière de santé mentale et de consommation de substances, et la peine d'emprisonnement actuelle constituait la première occasion de traitement. • Au total, 1 427 (65 %) personnes ont participé au programme pour traiter leur consommation de
Elison-Davies et coll. (2022)	États-Unis	N = 2 187 résidentes et résidents du Ohio Department of	Étude observationnelle quantitative non randomisée intrasujets.	

Rehabilitation and Correction ont suivi la thérapie cognitivo-comportementale assistée par ordinateur pour la consommation de substances « Breaking Free from Substance Abuse » pour remédier à la consommation de méthamphétamine pendant la pandémie de COVID-19.

Les groupes d'âges les plus importants :
 25 à 34 ans (896, 41 %)
 35 à 44 ans (766; 35 %)
 45 à 54 ans (236; 11 %)
 18 à 24 ans (223; 10 %)
 55 à 64 ans (48; 2 %)

Le plus petit groupe d'âge :
 65 ans et plus (6; 0,4 %)

– 12 personnes (0,6 %) n'ont pas indiqué leur

La thérapie cognitivo-comportementale assistée par ordinateur pour la consommation de substances offerte aux personnes incarcérées afin de lutter contre la consommation de méthamphétamine pendant la pandémie de COVID-19.

Recovery Progression Measure (RPM) (niveaux de fonctionnement dans six domaines biopsychosociaux)

Représentation visuelle d'un cadre théorique de thérapie cognitivo-comportementale, le Lifestyle Balance Model.

Le Lifestyle Balance Model est fondé sur le modèle à cinq facteurs utilisé en TCC.

12 techniques de changement de

méthamphétamine uniquement, 695 (32 %) pour leur consommation de méthamphétamine et d'une autre substance, et 65 (3 %) pour leur consommation de méthamphétamine et de deux autres substances.

- La participation à des séances de bilan d'évolution s'est avérée avoir entraîné un changement significatif dans la réduction de la dépendance à la méthamphétamine (SDS), de la dépression/anxiété (PHQ) et des troubles biopsychosociaux (RPM), et une amélioration de la qualité de vie (WHOQoL-BREF).
- Les personnes ayant à la fois subi une évaluation initiale et participé à une séance de bilan d'évolution ont obtenu des réductions significatives des scores pour la gravité de la dépendance à une substance, la dépression/anxiété et l'altération du fonctionnement biopsychosocial, ainsi qu'une augmentation significative de la qualité de vie.
- Les facteurs de risque psychosociaux étaient significativement positifs selon les

âge.	comportement fondées sur des données probantes.	scores des séances de bilan d'évolution les plus récents. Les conflits interpersonnels étaient associés négativement à la santé mentale et à la qualité de vie, avec des résultats se caractérisant par une dépression et une anxiété sévères, une qualité de vie réduite ainsi qu'un fonctionnement biopsychosocial altéré.
1 416 hommes (65 %) 734 femmes (33,5 %)	Échelle de gravité de la dépendance (SDS), Questionnaire sur la santé du patient-4 (PHQ-4), cinq éléments (1, 2, 17, 18, 20) de l'évaluation de la qualité de vie de l'Organisation mondiale de la Santé (WHOQoL-BREF), RPM.	• Les personnes qui ont participé à une séance de bilan d'évolution ont adopté plus de techniques de changement de comportement et de composantes du programme que celles qui n'ont pas participé à une séance de bilan d'évolution. • L'achèvement de la composante relative aux situations difficiles était significativement associé à de meilleurs scores de fonctionnement biopsychosocial. • L'achèvement de la composante relative aux comportements nuisibles était associé à une plus faible dépendance aux substances et à de meilleurs scores en matière de santé mentale et de fonctionnement biopsychosocial.

Elison et coll. (2017)	Royaume-Uni	N = 2 311 personnes ayant des troubles de consommation de substances. Les personnes provenaient de services communautaires spécialisés dans le mésusage de substances (85,4 %), d'établissements de désintoxication en milieu hospitalier (2,3 %), de prisons (7,1 %; 165 patients) et de services communautaires de santé mentale (5,2 %; 120 patients). 55 % d'hommes; 45 % de femmes. Âge moyen = 42,2	Les personnes ont suivi le programme Breaking Free Online et ont subi une évaluation initiale comprenant la RPM (évaluation du fonctionnement biopsychosocial), une évaluation de la qualité de vie, l'établissement de la symptomatologie des symptômes de dépression/anxiété et une évaluation selon la SDS. Le programme d'intervention consistait en six modules ciblant différentes facettes du fonctionnement psychosocial (p. ex. pensées négatives, comportements	• L'achèvement de la composante relative au mode de vie était associé à une amélioration de la santé mentale, du fonctionnement biopsychosocial et de la qualité de vie. • Diminution significative des problèmes de fonctionnement biopsychosocial, des symptômes de dépression et d'anxiété et des symptômes de dépendance à l'alcool et à la drogue (ampleur de l'effet moyenne). • Amélioration de la qualité de vie et progression du rétablissement (ampleur de l'effet faible). • Le degré de changement a été associé au nombre de modules achevés. • Des améliorations ont été associées à des modules précis : ○ Les changements dans la dépression et l'anxiété étaient associés au nombre de fois où les personnes ont appliqué des stratégies dans les modules sur l'incidence
------------------------	-------------	---	---	--

(intervalle = 15 à 75 ans).
95,2 % des personnes étaient blanches ou britanniques.

nuisibles).

émotionnelle et les pensées négatives.

- Les changements dans la gravité de la dépendance à l'alcool étaient associés à la mise en pratique des stratégies des modules sur le mode de vie et les pensées négatives.
- Les scores sur la dépendance à la drogue n'étaient pas associés de façon significative au nombre de fois où les stratégies ont été mises en pratique dans les modules.
- Les changements dans la qualité de vie et le fonctionnement biopsychosocial étaient également associés au nombre de stratégies mises en pratique.
- Preuve de l'importance de la dose.
- Preuve d'une mise en pratique adaptée des stratégies pour améliorer des résultats cliniques précis.
- Étude 1 : Les perceptions des hommes incarcérés à l'égard du programme Breaking Free Online

Elison et coll. (2016)

Royaume-Uni

Étude 1 : Entrevues qualitatives, N = 16 hommes incarcérés.

Étude 1 : On a demandé aux hommes incarcérés leur avis sur le programme Breaking

Âge moyen = 35,5 (intervalle = 23 à 56 ans), tous blancs/britanniques. Héroïne principalement consommée (43,6 %). Étude 2 : Comprenait des données quantitatives avant et après intégrant des évaluations du fonctionnement biopsychosocial, de la qualité de vie et de la gravité de la dépendance à l'alcool et à d'autres substances. La fréquence de la consommation au cours de la semaine précédant la référence a également été recueillie. N = 85 personnes incarcérées avaient des données avant et après, tous des hommes, âge	Free Online, y compris sur le contenu et s'ils estimaient qu'il était utile pour leur traitement. On les a aussi questionnés sur leur utilisation des stratégies et des techniques d'adaptation présentées dans le programme Breaking Free Online. Étude 2 : Changements importants dans la qualité de vie et consommation hebdomadaire autodéclarée d'alcool et de substances.	étaient largement positives en ce qui concerne le potentiel du programme à constituer un capital de rétablissement et à fournir des soins continus. Les hommes incarcérés ont aimé la structure du programme et ont également indiqué comment ils pourraient appliquer ce qu'ils ont appris dans la collectivité (p. ex. capacités d'adaptation). • On pense que le programme Breaking Free Online est bénéfique pour les personnes qui n'aimeraient pas un format de groupe traditionnel. • Certains hommes incarcérés ont indiqué qu'ils avaient l'intention de continuer à utiliser le programme après leur libération. • Certains hommes incarcérés éprouvaient encore de l'anxiété à l'idée d'être libérés dans la collectivité, bien qu'ils reconnaissaient l'importance d'augmenter le capital de rétablissement. • Étude 2 : Aucun changement significatif n'a été relevé pour le
--	---	---

moyen de 34,8 ans
(intervalle = 21 à 50),
majoritairement
blancs/britanniques
(87,1 %).

fonctionnement biopsychosocial,
sauf pour certains éléments :
amélioration des pensées négatives,
des sensations physiques et de la
capacité à faire face à des situations
difficiles.

- Amélioration significative de la qualité de vie et diminution de la gravité de la dépendance.
- L'ampleur de l'effet était la plus importante pour les diminutions de la fréquence de la consommation d'alcool et de substances.
- Le temps écoulé entre l'évaluation initiale et le suivi (c.-à-d. le nombre de semaines de participation au programme) était associé à l'ampleur du changement de la qualité de vie, mais pas aux autres évaluations.
- Le temps écoulé entre l'évaluation initiale et le suivi était associé à des éléments des situations difficiles, des pensées négatives et des émotions de l'évaluation biopsychosociale.
- Compte tenu du grand intervalle d'âge, l'âge a également été

				examiné comme prédicteur du degré de changement dans les variables des résultats. La qualité de vie, la gravité de la dépendance à l'alcool et les unités d'alcool consommées n'étaient pas associées à l'âge, mais les changements dans la dépendance à d'autres substances et le fonctionnement biopsychosocial étaient significativement associés à l'âge, le degré de changement étant positivement corrélé de façon significative avec l'âge.
Garvey et coll. (2021)	Royaume-Uni	N – 466 hommes incarcérés dans une prison du nord-ouest de l'Angleterre. Âge moyen = 35,6 (intervalle = 18 à 60 ans).	Délinquants à risque élevé recrutés dans le groupe affecté à Pillars of Recovery ($n = 134$). Les délinquants à risque faible ont suivi le programme Breaking Free Online ($n = 332$). Évaluation de la qualité de vie, de la gravité de la dépendance et du fonctionnement	• Les hommes ayant subi ou non les évaluations avant et après le traitement présentaient des différences quant à la gravité de la dépendance avant le traitement, ceux qui avaient des données après le traitement ayant des scores plus élevés. • Au départ, les groupes différaient sur le plan de la qualité de vie, et du fonctionnement biopsychosocial, le groupe affecté à Pillars of Recovery ayant obtenu des scores plus élevés à ces deux évaluations. • Les deux groupes ont montré des différences significatives concernant

			biopsychosocial avant et après l'intervention. Hommes recrutés dans 10 prisons, catégories A à D. Le programme Breaking Free Online est composé de 8 semaines de séances en ligne (1 heure chacune). Les personnes affectées à Pillars of Recovery ont suivi 12 séances de 2 heures en petits groupes dirigées par un animateur en personne, dont une séance individuelle de 30 minutes chaque semaine.	la qualité de vie avant et après le traitement. • Le groupe Pillars of Recovery avait des taux d'amélioration de la qualité de vie plus élevés. • Les deux groupes avaient connu des diminutions significatives de la gravité de la dépendance, indépendamment du groupe auquel ils appartenaient. • Les deux groupes ont connu des diminutions significatives de l'altération du fonctionnement biopsychosocial; cependant, une interaction significative a montré que le groupe affecté à Pillars of Recovery, mais pas le groupe affecté au programme Breaking Free Online, a connu une diminution significative du fonctionnement entre les scores avant et après. • Les coûts de traitement du protocole par personne étaient les plus élevés pour la CBT4CBT + le traitement habituel, puis la CBT4CBT + la surveillance et enfin le traitement habituel. • 42 % ont indiqué avoir utilisé des
Kacmarek et coll. (2021)	États-Unis	Sur N = 68 personnes, 63 ont commencé le traitement. Traitement habituel = 19 CBT4CBT + traitement habituel = 20	Entrevue clinique structurée pour le DSM-IV. Le calendrier de la consommation de substances, une méthode de suivi chronologique basée sur un calendrier.	

		CBT4CBT + surveillance = 24. Seulement 63 des N = 68 personnes avaient commencé le traitement.	L'évaluation selon l'indice de gravité de la dépendance a été réalisée avant la randomisation, toutes les 4 semaines pendant le traitement et au suivi après 1, 3 et 6 mois. Alcootest et analyses toxicologiques d'urine. Formulaire des coûts du programme et des clients pour le traitement de la consommation de substances.	services de santé sans protocole pendant la période de traitement de 8 semaines, sans différence significative dans le total des coûts des traitements sans protocole et dans les différentes catégories de coûts de traitement sans protocole. • Tant à la fin du traitement qu'au suivi après 6 mois, il a coûté plus cher d'offrir la CBT4CBT + le traitement habituel que le traitement habituel seulement en raison de son efficacité plus élevée.
Kiluk et coll. (2016)	États-Unis	Personnes recrutées dans l'unité de traitement de la consommation de substances d'un centre de traitement ambulatoire de la consommation de substances de New Haven.	Personnes assignées à l'une des trois conditions de traitement pendant 8 semaines. Traitement habituel : psychothérapie de groupe ou individuelle hebdomadaire. Traitement habituel +	• Le quart de l'échantillon a déclaré avoir été aiguillé vers un traitement par le système de justice pénale. • 63 personnes ont commencé le traitement (c.-à-d. ont assisté à au moins une séance), et 33 ont terminé le protocole de traitement (52 %). De plus, les personnes de l'un ou l'autre des groupes ayant suivi la CBT4CBT avaient une

N = 68	CBT4CBT : traitement habituel en plus de l'accès à la CBT4CBT en ligne.	probabilité accrue de terminer le traitement par rapport à celles ayant seulement suivi le traitement habituel.
Traitement habituel N = 22		
Traitement habituel + CBT4CBT N = 22	CBT4CBT + surveillance clinique brève : traitement autonome virtuel. Les personnes ont suivi un module de la CBT4CBT	62 personnes (91 %) ont effectué l'entrevue de suivi finale après six mois.
CBT4CBT + surveillance N = 24	chaque semaine sur place et participé à une brève séance de surveillance clinique hebdomadaire (10 minutes) en personne.	La plupart des personnes (88,4 %) ont déclaré avoir fait au moins un des six devoirs.
	Les personnes affectées à cette condition (ou à toute autre condition) se sont également vu offrir des services auxiliaires standards fournis par l'établissement de traitement, incluant des services psychiatriques, pharmacologiques et d'urgence.	- Pour l'échantillon complet en intention de traiter (c.-à-d. l'échantillon total de N = 68), une augmentation globale de l'abstinence au cours de la période de huit semaines a été observée. Niveaux d'abstinence importants dans le groupe suivant un traitement habituel + la CBT4CBT. - Diminution globale de la consommation excessive d'alcool au cours de la période de suivi de six mois.

Langdon et coll. (2022)	États-Unis	N = 8 personnes recrutées dans une clinique externe qui avaient déjà pris des médicaments pour les troubles liés à la consommation d'opioïdes en prison. Âge : 18+ (47,4) Intervalle = 18 à 56 ans 7 hommes et 1 femme Médicaments : méthadone, Suboxone 6 personnes blanches ou caucasienne 1 personne d'origine ethnique mixte 1 personne noire ou afro-américaine	Entrevues qualitatives semi-dirigées servant à questionner les personnes sur l'utilisation de la technologie (ordinateurs, téléphones cellulaires); les antécédents en matière de médicaments pour les troubles liés à la consommation d'opioïdes; les freins et les leviers à l'utilisation la consommation de médicaments pour les troubles liés à la consommation d'opioïdes pendant l'incarcération et après la mise en liberté; les facteurs déclencheurs de la consommation de substances; les perspectives concernant l'utilité et le mode de prestation de l'intervention proposée; et les réflexions concernant les interventions numériques en santé. Intervention proposée	Principaux thèmes liés à la faisabilité et à l'accessibilité : • Les personnes étaient réceptives aux interventions numériques en santé fondées sur la motivation et la tolérance à la détresse. • La protection de la vie privée n'était pas une préoccupation pour les interventions basées sur des messages textes. • Les personnes participantes sont en mesure d'obtenir un téléphone cellulaire, mais il y a des préoccupations concernant le service de téléphonie cellulaire et la littératie numérique en matière de santé. Principaux thèmes liés à la structure : • L'intervention devrait comprendre des messages automatiques et sur demande (messages cohérents). • L'intervention initiale doit être effectuée avant la mise en liberté (pendant l'incarcération pour faciliter la planification et l'intégrer au plan de continuité des soins).
-------------------------	------------	--	---	--

(deux semaines avant la mise en liberté) :
En personne, animée par du personnel clinique : phase d'intervention initiale; discussion sur les avantages et les inconvénients d'un changement de comportement continu; et gestion du stress, des déclencheurs et de l'inconfort psychologique.

2^e phase : messagerie texte (3 mois après la mise en liberté) : envoi de messages textes pour encourager la prise continue de médicaments pour les troubles liés à la consommation d'opioïdes, effectuer des rappels relativement à la formation axée sur les compétences et envoyer des messages de motivation, ainsi que demander aux personnes comment elles se sentent au quotidien et si elles ont eu

des états de manque ou des envies, suivi de la formulation de recommandations en matière de compétences.

Tofighi et coll. (2022)	États-Unis	N = 78 patients et patientes ayant un trouble lié à la consommation d'opioïdes admissibles à l'inscription à la Virtual Buprenorphine Clinic de NYC Health+Hospitals. N = 11 personnes participant au programme de réinsertion sociale de NYC Health+Hospitals. 65 hommes, 14 femmes. 37 personnes avaient des antécédents de démêlés avec le système de justice pénale. 25 personnes avaient été détenues ou incarcérées au cours de la dernière	Examen rétrospectif des dossiers. Télémédecine. Visite initiale : Vidéoconférence de 30 à 45 minutes durant laquelle les fournisseurs examinent les instructions sur l'induction à domicile de la buprénorphine, envoient la brochure d'induction à domicile en format PDF par courriel, font l'aiguillage vers des fournisseurs de soins primaires pouvant être consultés en télémedecine et transmettent une prescription pour de la buprénorphine-naloxone (BUP-NX) et de la naloxone à une pharmacie dans la collectivité.	• Résultats après 2 mois : ○ 42 patientes et patients demeuraient dans le programme de télémedecine, 21 avaient réussi leur transition vers un programme de traitement communautaire, 15 avaient été perdus de vue au moment du suivi. ○ 29 patientes et patients se sont vu prescrire de la naloxone lors de leur première visite. • Absence d'effets cliniques indésirables, n = 8 personnes ont connu des symptômes de sevrage et il y a eu une surdose d'opioïdes non mortelle. • Des patientes et patients ont eu de la difficulté à recevoir de la buprénorphine en pharmacie (n = 17) en raison de la couverture
-------------------------	------------	--	---	---

année.

Personnes blanches –

34 %

Personnes noires – 19 %

Personnes hispaniques –

37 %

Autres – 15 %

d'assurance, de la disponibilité à la pharmacie ou de difficultés liées aux ordonnances électroniques.

Études dans des contextes de justice pénale provenant de la première recherche

Dès 1993, un programme informatisé de prévention des rechutes a été mis en œuvre pour les personnes souffrant de troubles liés à la consommation d'héroïne ayant été incarcérées pour un crime lié à l'héroïne (Barber, 1993). Le programme informatique Living Without Smack a été conçu pour la prévention des rechutes de consommation d'héroïne et est axé sur des stratégies d'adaptation dans des situations à risque élevé (p. ex. déclencheurs, envies). La prémisse suit le modèle de prévention des rechutes proposé par Marlatt et Gordon (1985), qui postule que, lorsque les personnes ne sont pas capables d'utiliser des stratégies d'adaptation dans des situations à risque élevé, elles connaissent une diminution de leur auto-efficacité, ce qui conduit finalement à l'écart et à la rechute (Marlatt et Donovan, 2008). Par conséquent, le programme a été conçu pour améliorer les capacités d'adaptation afin d'accroître l'auto-efficacité. Les personnes ($N = 30$ personnes incarcérées) ont terminé le programme et leur auto-efficacité a été évaluée à l'aide du questionnaire sur la confiance situationnelle. Les personnes ont été affectées au hasard à des conditions de traitement et de contrôle, la condition de contrôle comprenant un programme standard de l'unité de traitement des dépendances, et le groupe de traitement a également participé au programme Living Without Smack. Les personnes ont rempli le questionnaire sur la confiance situationnelle avant et après l'intervention et environ trois mois plus tard. On a pu joindre seulement 13 personnes pour le suivi après trois mois, et elles ont également été interrogées sur leurs opinions sur le programme de l'unité de traitement des dépendances et leurs habitudes actuelles de consommation d'héroïne. On a constaté que les personnes du groupe ayant participé au programme Living Without Smack ont connu une augmentation significative de l'auto-efficacité par rapport au groupe témoin qui a été de courte durée (d'avant à après l'intervention, mais pas après trois mois), en particulier selon les

sous-échelles des envies/tentations, des pressions sociales de consommer et des états physiques négatifs du questionnaire sur la confiance situationnelle. Cependant, au bout de trois mois, il n'y avait pas de différences significatives entre les groupes. Les données des personnes qui ont participé aux entrevues n'ont révélé aucune différence significative entre les groupes en ce qui concerne la consommation d'héroïne trois mois après l'intervention. Cette étude a montré que même un simple ajout informatisé utilisant une technologie relativement primitive peut améliorer l'auto-efficacité à court terme par rapport au traitement habituel, bien que l'obtention d'effets cliniques à plus long terme nécessite probablement une intervention plus intensive (Barber, 1993).

Langdon et coll. (2022) ont examiné la faisabilité d'une intervention numérique ciblant les troubles liés à la consommation d'opioïdes chez des personnes ($N = 8$) qui ont été libérées de prison et qui suivent un traitement ambulatoire. Des entrevues qualitatives semi-dirigées ont également été menées auprès des personnes afin de connaître leurs points de vue sur les interventions numériques, leur utilisation de la technologie et leurs expériences de l'utilisation de médicaments pour les troubles liés à la consommation d'opioïdes ainsi que les freins et les leviers à l'utilisation de médicaments pour les troubles liés à la consommation d'opioïdes pendant l'incarcération et après leur libération. L'intervention proposée combinait une composante en personne et une par messagerie texte pour cibler les compétences de tolérance à la détresse et incorporait une amélioration de la motivation et des stratégies d'adaptation pour gérer les signaux et les déclencheurs. La composante en personne avait lieu deux semaines avant la mise en liberté des personnes incarcérées dans la collectivité et consistait en une phase d'intervention initiale animée par du personnel clinique comprenant une discussion sur les avantages et les inconvénients d'un changement de comportement continu et la façon de gérer le

stress, les déclencheurs et la détresse. La deuxième phase comprenait l'envoi de messages textes pour encourager la prise continue de médicaments pour les troubles liés à la consommation d'opioïdes, effectuer des rappels relativement à la formation axée sur les compétences et envoyer des messages de motivation, ainsi que demander aux personnes comment elles se sentent au quotidien et si elles ont eu des états de manque ou des envies, suivi de la formulation de recommandations en matière de compétences.

Les résultats ont fait ressortir deux grands thèmes liés à l'acceptabilité et à la faisabilité de l'intervention assistée par ordinateur : les personnes étaient réceptives aux interventions de santé numérique axées sur la motivation et la tolérance à la détresse, et elles estimaient que le contenu et la durée de l'intervention étaient faciles à suivre, à comprendre, à lire et à saisir. De plus, la protection de la vie privée pour ce qui est du format numérique n'était pas une préoccupation pour les personnes participantes. Un thème lié à la littératie numérique et à l'accessibilité en est ressorti, les personnes participantes n'ayant aucune préoccupation quant à l'accès à un téléphone cellulaire, mais soulevant des préoccupations concernant le service de téléphonie cellulaire et la littératie numérique en matière de santé. En ce qui concerne l'intervention, deux thèmes majeurs sont ressortis. Le premier était que l'intervention doit comprendre des messages automatiques et sur demande, afin d'assurer une cohérence pour les personnes participantes. Le deuxième était qu'il y avait une préférence pour que l'intervention commence avant la mise en liberté, afin de faciliter la planification et de l'intégrer dans chacun des plans de continuité des soins (Langdon et coll., 2021).

Brzozowski et coll. (2021) ont démontré que l'utilisation d'interventions électroniques, combinées à des dispositifs électroniques, peut être mise en œuvre de manière innovante pour les personnes en milieu correctionnel. Parmi les personnes ayant participé ($N = 7$) à leur étude,

certaines avaient été incarcérées, avaient des antécédents de troubles liés à la consommation de substances et recevaient un traitement pharmacologique. Les personnes éprouvant un dérèglement émotionnel élevé (p. ex. accès de colère, anxiété, humeur dépressive) ont été recrutées pour participer. L'intervention consistait en 15 séances de respiration régulée sur 6 semaines, et s'est avérée améliorer la régulation des émotions au moyen d'un appareil respiratoire. L'appareil comprenait un capteur qui, lorsqu'appliqué au doigt, détecte les intervalles de battement du cœur. Les schémas respiratoires étaient représentés graphiquement sur l'écran d'un ordinateur portable, et les personnes étaient également invitées à ajuster leur schéma respiratoire s'il ne correspondait pas à l'aide visuelle. Les personnes ont été évaluées en fonction de leurs capacités de régulation émotionnelle, de leur niveau de dépression, d'anxiété et de stress, de leur colère-état et colère-trait, ainsi que de leur degré de pleine conscience. De plus, les personnes qui ont assisté aux 15 séances ont participé à une entrevue pour connaître leur point de vue sur l'efficacité de l'intervention. Les résultats ont révélé que les personnes ont connu une diminution significative des symptômes dépressifs et que plus de la moitié des personnes ont signalé une amélioration ou un rétablissement quant aux niveaux d'anxiété et de stress. En ce qui concerne la colère, les personnes n'ont pas connu d'amélioration significative, un seul participant ayant montré une amélioration. En ce qui concerne la pleine conscience, les résultats étaient mitigés, un des sous-groupes s'étant notablement amélioré.

Les entrevues qualitatives ont révélé un degré élevé de concordance avec les résultats quantitatifs, les personnes ayant signalé une diminution de l'inquiétude, des ruminations et de l'anxiété. Certaines personnes ont mentionné la maîtrise de soi et l'amélioration de leur humeur à titre d'exemple. Chaque personne a également déclaré avoir utilisé les techniques de respiration en dehors de l'intervention. Deux personnes ont exprimé des attitudes négatives à l'égard de

l'intervention. Par exemple, une personne a mentionné qu'elle se sentait anxieuse lorsqu'elle prenait de grandes respirations (peur de l'asphyxie), et une autre a déclaré qu'elle ne trouvait pas le cours très bon parce qu'elle estimait que les exercices ne procuraient que des avantages à court terme. Les auteurs ont mentionné quelques facteurs qui ont influencé la prestation de l'intervention. Par exemple, certaines personnes avaient des connaissances limitées sur la façon d'utiliser un ordinateur portable et avaient souvent besoin de conseils supplémentaires. Une autre personne a mentionné qu'elle devait « entrer dans la zone » pour pouvoir se concentrer, et une personne aurait souhaité que l'intervention soit plus longue. De plus, certaines personnes ont été confinées dans leur cellule en raison d'altercations ou ont eu des rendez-vous médicaux, et ont dû effectuer des tâches ménagères ou des activités routinières au moment de la séance, ce qui a eu une incidence sur leur expérience de l'intervention. La durée de la peine de certaines personnes a changé pendant l'intervention, ce qui a également eu une incidence sur leur expérience (p. ex. en ce qui concerne leur humeur ou le fait de devoir rester dans leur cellule). La disponibilité du personnel et la compréhension des objectifs de l'intervention étaient également un facteur, y compris la disponibilité pour consigner l'emprunt d'équipement et escorter les personnes aux séances (Brzozowski et coll., 2021).

En se concentrant sur la télémédecine plutôt que sur une intervention numérique en soi, Tofighi et coll. (2022) ont effectué un examen rétrospectif des personnes suivant un traitement pour un trouble lié à la consommation d'opioïdes dans une clinique virtuelle de buprénorphine pendant la phase initiale de la pandémie de COVID-19 (de mars à mai 2020). Sur les $N = 78$ personnes participant à l'étude, $n = 11$ ont été aiguillées à partir du programme de réinsertion sociale de NYC Health+Hospitals. De plus, parmi l'échantillon, 37 personnes avaient déjà eu des démêlés avec le système de justice pénale, dont 25 avaient été en détention ou incarcérées au

cours de la dernière année. Les personnes ont eu un premier rendez-vous de télémédecine avec des fournisseurs pour examiner les instructions relatives à l'induction à domicile de la buprénorphine, ce qui comprend l'envoi de documents virtuels tels qu'un dépliant, l'aiguillage vers des fournisseurs de soins primaires en télémédecine et l'envoi d'une prescription virtuelle de buprénorphine/naloxone à une pharmacie communautaire. En examinant les résultats de ce programme après deux mois, 42 personnes demeuraient dans le programme, 21 avaient réussi leur transition vers un programme de traitement communautaire, et 15 avaient été perdues de vue au moment du suivi. Il n'y a pas eu d'effets cliniques indésirables, mais 8 personnes ont connu des symptômes de sevrage et il y a eu une surdose d'opioïdes mortelle. Des patientes et patients ($n = 17$) ont eu de la difficulté à recevoir de la buprénorphine de leur pharmacie en raison de la couverture d'assurance, de la disponibilité et des difficultés liées à la prescription électronique. Dans l'ensemble, les résultats de cette étude naturaliste démontrent la faisabilité du programme de traitement de la consommation d'opioïdes basé sur la télémédecine. Les fournisseurs et les autres personnes de l'équipe de soins des personnes participantes pouvaient être connectés électroniquement pendant que les personnes participaient à des interventions électroniques (Tofighi et coll., 2022).

Breaking Free Online

Breaking Free Online est un programme d'intervention électronique qui a été élaboré au Royaume-Uni pour traiter les troubles liés à la consommation de substances et les problèmes de santé mentale concomitants légers à modérés (p. ex. dépression et anxiété). Le programme a été mis en œuvre dans un large éventail de contextes, notamment des services communautaires de lutte contre la dépendance, des services de double diagnostic, des services de thérapie électronique et, dans une certaine mesure, des prisons. Bien que les données provenant des

établissements carcéraux et du système de justice pénale en général soient limitées, l'efficacité clinique du programme Breaking Free Online a été évaluée dans d'autres contextes et populations. Le programme Breaking Free Online est offert sous forme d'outil en ligne qui peut également être utilisé sur un téléphone intelligent, et qui est accessible chaque fois que les personnes souhaitent accéder au programme, qui est autogéré et à rythme libre. Les avantages du programme Breaking Free Online par rapport au traitement en personne sont sa flexibilité et son accessibilité pour les personnes qui sont sur les listes d'attente de traitement ou les personnes incarcérées qui n'ont pas accès à d'autres traitements.

Le programme met l'accent sur la prévention des rechutes et sur la mise en pratique de techniques de changement de comportement afin d'aider les clientes et clients à trouver des stratégies d'adaptation lorsqu'ils sont confrontés à des situations à risque élevé. Cela comprend les principales techniques cognitivo-comportementales, y compris la restructuration cognitive et les interventions fondées sur la pleine conscience. Des conseils sont également fournis sur l'anticipation des situations à risque élevé et la planification de l'atténuation des risques liés à la consommation de substances. L'application pour téléphone intelligent permet aux personnes de recevoir des messages leur rappelant des stratégies d'adaptation en temps réel. Les personnes sont également en mesure de parcourir les compétences sur leur tableau de bord personnel et de suivre visuellement leurs progrès et leur consommation de substances. Ce programme pourrait bien convenir aux personnes en milieu carcéral en raison de son approche axée sur la personne, de son accessibilité, de la faisabilité de sa mise en œuvre (en particulier par rapport à d'autres méthodes en milieu carcéral) et de son efficacité. L'un des facteurs à prendre en considération est que l'utilisation de téléphones cellulaires peut ne pas être autorisée dans certains établissements correctionnels. Par conséquent, le téléphone pourrait devoir être fourni par les services

correctionnels ou les personnes pourraient accéder au programme sur une tablette sans avoir accès à d'autres applications. En effet, cet aspect peut n'être pertinent que pour les contextes post-libératoires où l'accès au téléphone est autorisé.

Des recherches antérieures menées au Royaume-Uni montrent que, pour les personnes atteintes de troubles liés à la consommation d'opioïdes, le programme Breaking Free Online a entraîné une réduction significative de la consommation, de la gravité des troubles liés à la consommation de substances et des troubles mentaux (Elison-Davies, Märten et coll., 2021). Les personnes observent également une amélioration de la qualité de vie (Elison-Davies, Märten et coll., 2021). De plus, le programme Breaking Free Online est prometteur pour les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de substances dans la collectivité en général, le programme aidant les personnes à réduire leur consommation de substances ou à atteindre l'abstinence (Elison et coll., 2014). Les personnes qui ont suivi le programme *Change Grow Live* au Royaume-Uni (un organisme de bienfaisance qui offre de l'aide en matière de consommation de drogue, de logement, de justice pénale, etc.) et le programme Breaking Free Online ont affiché une réponse dose-dépendante, de sorte qu'une plus grande participation était associée à de meilleurs résultats. De plus, les personnes ont montré des améliorations dans la consommation hebdomadaire de drogue, la gravité de la dépendance à l'alcool et à la drogue, les symptômes de dépression et d'anxiété et la qualité de vie après le traitement par rapport à avant (Elison-Davies, Hayhurst et coll., 2021).

En ce qui concerne le milieu de la justice pénale, la première étude de la recherche secondaire ciblée comprenait un échantillon diversifié de $N = 2\,311$ personnes provenant de services communautaires spécialisés dans le mésusage de substances, d'établissements de désintoxication en milieu hospitalier, de services communautaires de santé mentale et également

de prisons ($n = 165$). Les personnes ont subi une évaluation initiale de leur fonctionnement biopsychosocial, de leur qualité de vie, de leurs symptômes de dépression et d'anxiété et de la gravité de leur dépendance. Les personnes ont suivi le programme d'intervention, qui comprenait six modules correspondant aux six domaines de l'évaluation biopsychosociale. Elles ont été réévaluées en moyenne 8,2 semaines après leur évaluation initiale. On a remarqué une diminution significative des problèmes de fonctionnement biopsychosocial, des symptômes de dépression et d'anxiété et des symptômes de dépendance à l'alcool et à la drogue assortie d'une ampleur de l'effet moyenne. Les personnes ont également connu une amélioration de leur qualité de vie et une progression de leur rétablissement dans une moindre mesure (comme en témoigne l'ampleur de l'effet faible). Le degré de changement vécu par les personnes était significativement associé au nombre de modules suivis, de sorte que les améliorations ou les diminutions des symptômes étaient plus importantes pour celles qui avaient assisté à davantage de séances. L'amélioration des symptômes a également été associée au suivi de modules particuliers. Par exemple, les changements dans les symptômes de dépression et d'anxiété ont été associés au nombre de fois où les personnes ont appliqué des stratégies dans les modules sur l'incidence émotionnelle et les pensées négatives, qui portent respectivement sur la pleine conscience et la restructuration cognitive. De plus, la modification des symptômes de dépendance à l'alcool était associée aux modules sur le mode de vie (établissement d'objectifs) et les pensées négatives. Cependant, la dépendance à la drogue n'était pas associée de façon significative au nombre de fois où les stratégies ont été réalisées dans les modules. Les changements dans la qualité de vie et le fonctionnement biopsychosocial ont également été associés au nombre de stratégies réalisées, mettant davantage en évidence la réponse dose-dépendante associée à l'achèvement des modules du programme Breaking Free Online

(Elison et coll., 2017). Ces données laissent penser que la mise en pratique de stratégies peut être adaptée pour cibler des symptômes et des domaines de fonctionnement précis. Dans l'ensemble, les résultats rapportés étaient favorables, mais seule une minorité de personnes venaient d'un milieu carcéral, et leurs résultats n'étaient pas disponibles.

Une deuxième étude a porté sur des hommes incarcérés dans une prison du nord de l'Angleterre. Les délinquants présentant un risque élevé de récidive ($n = 134$) ont participé au groupe affecté à Pillars of Recovery (un programme d'intervention fondé sur des principes semblables à ceux du programme Breaking Free Online, mais donné en personne par un clinicien à des délinquants considérés comme présentant un risque élevé de récidive), tandis que les délinquants classés comme présentant un faible risque de récidive ont suivi le programme Breaking Free Online ($n = 332$) (Garvey et coll., 2021). Les hommes ont subi une évaluation de leur qualité de vie, de la gravité de leur dépendance et de leur fonctionnement biopsychosocial. Ceux qui n'avaient pas subi l'évaluation après le traitement présentaient des différences par rapport à ceux qui avaient subi les deux évaluations concernant la gravité de la dépendance avant le traitement, ceux ayant des données après le traitement affichant des scores de dépendance plus élevés au début du traitement, ce qui suggère une certaine attrition différentielle. À l'évaluation initiale, les groupes présentaient des différences considérables en ce qui concerne la qualité de vie et le fonctionnement biopsychosocial (le groupe affecté à Pillars of Recovery ayant obtenu des scores plus élevés). Toutefois, les deux groupes ont montré des augmentations significatives de leur qualité de vie après le traitement par rapport à avant. Les deux groupes ont également connu une diminution significative de la gravité de la dépendance, ce qui signifie qu'ils ont tous deux été en mesure d'améliorer leur consommation de substances. De plus, les deux groupes ont montré une diminution de l'altération dans les domaines du fonctionnement biopsychosocial

(Garvey et coll., 2021). Ces résultats mettent en évidence le fait que Breaking Free Online est associé à une réduction de la consommation de substances ainsi qu'à une amélioration de la qualité de vie et du fonctionnement biopsychosocial, en particulier pour les délinquants à faible risque, bien qu'il n'y avait pas de groupe témoin rigoureux, comme dans un modèle d'essai contrôlé randomisé. Le programme pourrait probablement aussi préparer et aider les personnes à réintégrer la collectivité après leur mise en liberté.

Pendant la pandémie de COVID-19, Elison-Davies et coll. (2022) ont mené une étude à l'aide des données de 2 187 personnes incarcérées en Ohio qui ont suivi le programme Breaking Free Online. La prestation du programme Breaking Free Online pour ces personnes a révélé que 65 % des personnes participaient au programme pour consommation de méthamphétamine, 32 % pour consommation de méthamphétamine en plus d'une autre substance et 3 % pour consommation de méthamphétamine en plus de deux autres substances (Elison-Davies et coll., 2022). En utilisant le bilan d'évolution réalisé dans le cadre du programme comme point de référence, il a été rapporté que 53 % des populations incarcérées ayant participé à une séance de bilan d'évolution avaient subi un effet significatif pour ce qui est de la diminution de la dépendance à la méthamphétamine, de la dépression et de l'anxiété et des troubles biopsychosociaux et de l'amélioration de la qualité de vie (Elison-Davies et coll., 2022). On a également observé une association positive entre les facteurs de risque psychosociaux et les scores des séances de bilan d'évolution. Lors de l'évaluation des déterminants des scores faibles dans le domaine de la santé mentale, il a été constaté que les conflits interpersonnels et la dépression ou l'anxiété grave étaient associés à des scores faibles en matière de santé mentale, de qualité de vie et de fonctionnement biopsychosocial respectivement (Elison-Davies et coll., 2022). Il existe douze techniques de changement de comportement fondées sur des données

probantes, et on a remarqué que les personnes qui ont assisté à une séance de bilan d'évolution avaient réalisé plus de composantes des techniques de changement de comportement que celles qui n'avaient pas assisté à une séance de bilan d'évolution (Elison-Davies et coll., 2022). Les résultats suivants ont été déduits en fonction des composantes réalisées : l'achèvement de la composante sur les situations difficiles a entraîné un meilleur fonctionnement psychosocial; l'achèvement de la composante sur les comportements nuisibles a entraîné une réduction significative de la dépendance et une amélioration de la santé mentale et du fonctionnement biopsychosocial. En particulier, l'achèvement de la composante sur le mode de vie a eu un effet significatif sur la santé mentale, le fonctionnement biopsychosocial et la qualité de vie (Elison-Davies et coll., 2022).

Plusieurs études ont incorporé des méthodes qualitatives pour saisir les pensées des personnes incarcérées au sujet de Breaking Free Online. Elison et coll. (2016) ont mené une enquête par méthodes mixtes intégrant à la fois des analyses qualitatives (c.-à-d. entrevues semi-dirigées avec 16 personnes incarcérées ayant suivi le programme Breaking Free Online) et quantitatives (examen des données préalables et postérieures à l'intervention pour 85 personnes ayant suivi le programme Breaking Free Online). Les entrevues qualitatives ont porté sur les points de vue des personnes sur Breaking Free Online, y compris le contenu clinique, si elles estimaient que le programme était efficace pour leur traitement, et leurs réflexions sur la poursuite du rétablissement et sur la façon dont les compétences acquises dans le cadre du programme Breaking Free Online peuvent aider à leur réinsertion dans la collectivité. Les analyses quantitatives ont porté sur les changements dans les mêmes variables que d'autres études menées par Elison et ses collègues, y compris le fonctionnement biopsychosocial, la qualité de vie et la gravité de la dépendance à l'alcool et à d'autres substances. La fréquence de

la consommation de substances au cours de la semaine précédant l'évaluation initiale a également été recueillie, ainsi que la consommation hebdomadaire d'alcool et de substances autodéclarée. Les résultats des analyses qualitatives ont montré que les personnes incarcérées avaient une impression positive de Breaking Free Online, ce qui souligne le potentiel du programme à « constituer un capital de rétablissement » et à fournir des soins continus. Les personnes ont aimé la structure du programme et ont indiqué comment elles pourraient appliquer les compétences acquises dans la collectivité.

Un participant a souligné les avantages du format en ligne :

[TRADUCTION] « *Je ne pense pas que je voudrais m'asseoir dans une pièce avec un tas de gens que je ne connais pas, et leur raconter mes secrets les plus profonds et les plus sombres. [Le groupe] s'attend à ce que je m'ouvre, mais des gens se font poignarder, trancher et tout le reste, quand on s'ouvre.* »

Cela a mis en évidence que le maintien d'un certain niveau d'anonymat et d'indépendance pendant l'intervention était une composante importante du traitement. De plus, en ce qui concerne la continuité des soins, les personnes ont indiqué qu'elles avaient l'intention d'utiliser le programme même après leur mise en liberté dans la collectivité.

Un autre participant a déclaré :

[TRADUCTION] « *Quand je rentrerai chez moi, j'y retournerai de temps en temps, juste pour me remotiver.* »

Un troisième participant a déclaré :

[TRADUCTION] « *Les gens qui arrivent à leur libération et qui l'ont commencé ici*

pendant quelques semaines [...] ont dit qu'ils l'avaient utilisé après être sortis. »

Toutefois, malgré leur participation au programme, les personnes incarcérées ont également fait part de certaines inquiétudes concernant la consommation de drogue après leur libération. Ils ont déterminé comment les situations à risque élevé pourraient être atténuées à l'aide de stratégies d'adaptation, mais ils craignaient toujours que la mise en liberté dans la collectivité et le fait d'être à l'extérieur du milieu carcéral puissent conduire à la consommation de substances. En ce qui concerne le capital de rétablissement (c.-à-d. les ressources existantes pour soutenir un rétablissement réussi), les personnes ont indiqué que l'obtention d'un emploi et d'un logement était un facteur important pour leurs résultats de rétablissement après leur mise en liberté. Par conséquent, Breaking Free Online, en conjonction avec l'aide pour trouver un emploi et un logement, pourrait améliorer le rétablissement. En ce qui concerne les résultats quantitatifs, aucun changement significatif n'a été relevé pour le fonctionnement biopsychosocial entre avant et après l'intervention, bien qu'il y ait eu des améliorations significatives pour des éléments précis, tels que les pensées négatives, les sensations physiques et la capacité à faire face à des situations difficiles. La fréquence de la consommation d'alcool et de substances a considérablement diminué (ampleur de l'effet grande), et les personnes ont connu une diminution significative de la gravité de la dépendance (ampleur de l'effet grande pour l'alcool et modérée pour d'autres substances) et une amélioration de la qualité de vie (ampleur de l'effet modérée). Le temps écoulé entre l'évaluation initiale (avant l'intervention) et le suivi (c.-à-d. le nombre de semaines de participation au programme) a été associé au degré de changement de la qualité de vie, mais pas aux autres domaines évalués. Il est intéressant de souligner que le degré de changement était significativement et positivement associé à l'âge (Elison, Weston, Davies, et

coll., 2016). Ces résultats suggèrent que Breaking Free Online est un traitement efficace pour réduire la gravité et la fréquence de la consommation de substances, et fournissent des preuves supplémentaires de la relation dose-dépendante entre l'utilisation plus fréquente du programme et certains résultats, notamment en ce qui concerne la qualité de vie.

Une étude qualitative menée au Royaume-Uni a examiné le lien entre la consommation de substances et la santé mentale à l'aide d'entrevues semi-dirigées auprès d'un échantillon de personnes incarcérées ($n = 32$) qui ont déclaré avoir commencé à consommer des substances à un jeune âge (c.-à-d. à la fin de l'enfance ou au début de l'adolescence) pour faire face à la détresse ou au stress, aux traumatismes et aux problèmes de santé mentale (Elison, Weston, Dugdale, et coll., 2016). Comme indiqué par Elison et coll. (2016), des médicaments ont été proposés comme traitement de première intention pour la consommation de substances, mais la réadaptation psychosociale et la désintoxication ont été privilégiées. De plus, il a été constaté que les obstacles à l'accès aux ressources et aux traitements au sein du système de santé obligeaient les personnes incarcérées à commettre des crimes qui les conduisaient à être incarcérées pour avoir accès à un traitement dans le milieu de la justice pénale (Elison, Weston, Dugdale, et coll., 2016). Pour la majorité de l'échantillon, il a été révélé que le milieu de la justice pénale a servi de catalyseur entraînant un changement positif leur permettant d'accéder au traitement (Elison, Weston, Dugdale, et coll., 2016). Il a également été confirmé que le programme de traitement Breaking Free Health and Justice avait un effet thérapeutique positif qui a aidé les personnes participantes à mieux comprendre les problèmes de consommation de substance et de santé mentale, mais il a également provoqué de l'anxiété à l'idée de quitter la prison et de se réinsérer dans la collectivité (Elison, Weston, Dugdale, et coll., 2016). L'intervention demandait aux personnes incarcérées de réfléchir et de traiter efficacement leurs émotions, tandis que beaucoup

ont déclaré que leurs angoisses liées à la transition dans la collectivité étaient atténuées par les capacités d'adaptation et les stratégies acquises dans le cadre du programme Breaking Free Health and Justice (Elison, Weston, Dugdale, et coll., 2016). Pour la majorité des personnes incarcérées, il a été constaté que l'interaction entre la consommation de substances, les problèmes de santé mentale et la criminalité est interdépendante dans sa propre complexité (Elison, Weston, Dugdale, et coll., 2016). Il existe une prévalence concomitante des troubles de santé mentale et de la criminalité et ils sont perçus comme un problème chez les personnes incarcérées, mais ils ne sont pas une cause directe de la consommation de substances (Elison, Weston, Dugdale, et coll., 2016). D'autres recherches sont nécessaires pour examiner ce risque. Parmi les facteurs de risque qui ont précipité la consommation de substances chez les personnes incarcérées, mentionnons les expériences stressantes et défavorables de la vie, comme le deuil, l'itinérance, etc.

Dans l'ensemble, bien que la plupart des recherches menées à ce jour portent sur des milieux non correctionnels et utilisent des modèles d'observation, Breaking Free Online est néanmoins très prometteur pour une utilisation dans les établissements correctionnels canadiens et dans les contextes postlibératoires.

Thérapie cognitivo-comportementale assistée par ordinateur

Aucun des résultats de la première recherche ne contenait d'étude examinant les résultats pour les délinquantes et délinquants et les personnes impliquées dans le système de justice pénale suivant la CBT4CBT. Néanmoins, compte tenu de la vaste base de données probantes sur la CBT4CBT, celle-ci représente une autre intervention électronique prometteuse pour les troubles liés à la consommation de substances qui pourrait avoir une utilité clinique dans les établissements et les contextes de justice pénale. La CBT4CBT a été élaborée par Kathleen Carroll, Ph. D., à l'Université Yale et est une version Web de la thérapie cognitivo-comportementale pour les troubles liés à la consommation de substances (Carroll et coll., 2008). Elle est conçue pour être conviviale et ne nécessite aucune expérience préalable en informatique ou aptitude à la lecture (car le texte est lu par le narrateur) (Carroll et coll., 2008). Dans ses modules, la CBT4CBT intègre un style multimédia avec des jeux d'ordinateur éducatifs, des conceptions graphiques, des animations, des jeux-questionnaires, des vidéos interactives et des voix hors champ, modélisant et transmettant des connaissances en matière de compétences et de stratégies (Carroll et coll., 2008, 2014; Mallorquí-Bagué et coll., 2023).

En ce qui concerne la structure du programme, la CBT4CBT comprend six modules qui englobent la compréhension et la modification des habitudes de consommation, la gestion des envies, le refus des offres de drogue et d'alcool, les compétences en résolution de problèmes, la détermination et la modification des pensées sur la drogue et l'alcool et l'amélioration des compétences décisionnelles (Carroll et coll., 2008). Une brève description est fournie au cours du premier module, et, une fois ce module terminé, les personnes peuvent sélectionner les modules auxquels elles souhaitent accéder dans l'ordre qu'elles préfèrent et les suivre autant de fois qu'elles le souhaitent (Carroll et coll., 2008). Chaque module de la CBT4CBT commence par la

présentation des concepts clés, avec une courte vidéo décrivant une personne à qui l'on offre de la drogue ou qui doit faire face aux défis liés à la consommation de substances (Carroll et coll., 2008). Ensuite, les compétences de base pour éviter la consommation de substances sont présentées et exercées par les personnages, soulignant l'importance des compétences relatives à la thérapie cognitivo-comportementale (Carroll et coll., 2008). Les connaissances et les compétences acquises dans les modules sont renforcées dans des vidéos supplémentaires qui permettent aux personnes de voir d'autres personnages s'engageant dans une communication assertive par rapport à une communication agressive ou passive (Carroll et coll., 2008). De plus, chaque module contient une courte vignette et une vidéo interactive avec un narrateur fournissant des connaissances sur l'utilisation des compétences qui l'ont aidé à éviter la consommation de substances et l'application des compétences pour résoudre d'autres problèmes (Carroll et coll., 2008). Enfin, chaque module présente un narrateur passant en revue toutes les compétences et stratégies acquises, une démonstration de l'achèvement des devoirs et un devoir avec une feuille de rappel (Carroll et coll., 2008).

En ce qui concerne l'efficacité de la CBT4CBT dans les essais contrôlés randomisés, Carroll et coll. (2008) ont constaté que les personnes du groupe ayant suivi la CBT4CBT avaient connu une réduction considérable des résultats positifs aux tests de dépistage de drogue dans l'urine pour toute drogue (Carroll et coll., 2008). Les personnes du groupe ayant suivi la CBT4CBT ont également eu des périodes d'abstinence plus longues pendant le traitement par rapport à celles suivant le traitement habituel (Carroll et coll., 2008), bien qu'aucune différence n'ait été observée entre les deux groupes (CBT4CBT et traitement habituel) pour l'abstinence globale autodéclarée pour toutes les drogues illicites et l'alcool (Carroll et coll., 2008, 2014). En enquêtant sur les résultats du traitement, il a été rapporté que les résultats liés à la consommation

de cocaïne étaient plus favorables dans le groupe ayant suivi la CBT4CBT que dans celui suivant le traitement habituel seulement, avec des différences significatives quant à l'abstinence de la cocaïne observées dans l'échantillon en intention de traiter par rapport au groupe ayant suivi la CBT4CBT (Carroll et coll., 2014). Comme il a été mentionné, une diminution de la consommation de cocaïne a été observée chez les personnes affectées au groupe ayant suivi la CBT4CBT par rapport à celles qui ont suivi seulement le traitement habituel de l'évaluation initiale jusqu'au suivi après 6 mois (Carroll et coll., 2014).

Plusieurs études ont examiné les mécanismes de la CBT4CBT et son efficacité dans d'autres populations. Roos et coll. (2020) ont examiné les effets à court et à long terme de la thérapie cognitivo-comportementale quant à l'adaptation liée à la consommation de substances dans le cadre de deux essais différents (thérapie cognitivo-comportementale pour les troubles liés à la consommation de substances en personne et/ou informatisée). Le premier essai comprenait des personnes ($N = 137$) ayant des troubles liés à la consommation de drogue et/ou d'alcool randomisées dans l'un des groupes suivants : thérapie cognitivo-comportementale en personne, CBT4CBT avec une brève surveillance, ou traitement habituel. Le deuxième essai comprenait des personnes ($N = 68$) souffrant d'un trouble lié à la consommation d'alcool qui ont été réparties aléatoirement dans l'un des groupes suivants : CBT4CBT avec une brève surveillance, CBT4CBT avec traitement habituel ou traitement habituel seulement. Dans les deux essais, Roos et coll. (2020) ont conclu qu'aucun effet significatif n'était présent sur le plan de l'adaptation à court terme, mais des résultats positifs ont été observés concernant l'adaptation à long terme (Roos et coll., 2020). Dans le premier essai, il a été révélé que les changements à long terme dans l'adaptation étaient liés aux effets de la CBT4CBT par rapport au traitement habituel, mais pas à la thérapie cognitivo-comportementale en personne au moment du suivi après 6 mois pour la

consommation de drogue ou d'alcool (Roos et coll., 2020). Dans une étude portant sur les avantages de la CBT4CBT pour les personnes atteintes d'alexithymie (difficultés à identifier, décrire et exprimer les émotions), aucun changement significatif dans le niveau d'alexithymie pendant le traitement de l'étude et lors du suivi n'a été observé, et aucune différence n'a été observée dans le niveau d'alexithymie en fonction du sexe, de l'emploi ou du diagnostic de l'Axe I du DSM-IV, de troubles liés à la consommation de substances ou de troubles anxieux (Morie et coll., 2015). Ces résultats ne suggèrent pas d'avantages différentiels pour les personnes atteintes d'alexithymie et que la CBT4CBT peut être largement utile dans les populations cliniques. Plus récemment, en étudiant la faisabilité de la CBT4CBT dans le traitement résidentiel chez les femmes atteintes de troubles liés à la consommation de substances, Kelpin et coll. (2022) ont constaté que celles du groupe ayant suivi la CBT4CBT présentaient une probabilité réduite de rechute, un temps de rechute plus long et un nombre inférieur de jours de consommation de substances au cours des 3 mois de suivi par rapport au groupe ayant suivi le traitement habituel (Kelpin et coll., 2022).

Compte tenu de la structure électronique, la participation au programme est un moyen important de déterminer l'efficacité du programme, car on s'attend à ce que les personnes qui participent pleinement en tirent le plus grand avantage. Tetrault et coll. (2020) ont évalué cela en fonction de l'adhésion au programme sur $N = 30$ personnes participant à la CBT4CBT; 77 % ont terminé au moins une séance de la CBT4CBT, et, de celle-ci, 78 % ont fait des devoirs. De plus, il a été démontré que les personnes préféraient suivre la CBT4CBT dans divers contextes, puisque 44 % ont effectué les séances à domicile, 44 % à la clinique et 12 % à la fois à la maison et à la clinique (Tetrault et coll., 2020). Les raisons invoquées pour avoir accès à la CBT4CBT à la clinique étaient que cela offrait un environnement plus calme et sans distraction qu'à domicile.

Notamment, diverses plateformes électroniques ont également été utilisées, puisque 61 % des personnes accédaient à la CBT4CBT sur un ordinateur de bureau, 22 % sur un ordinateur portable, 26 % sur une tablette et 26 % sur un téléphone intelligent (les personnes pouvaient utiliser une ou plusieurs plateformes) (Tetrault et coll., 2020), ce qui suggère que l'accès par différents moyens est une force du programme.

La recherche a d'abord révélé une étude évaluant économiquement une intervention dans le cadre de la CBT4CBT, qui comprenait un sous-échantillon de personnes ayant des antécédents criminels. Kacmarek et coll. (2021) ont étudié la répartition des coûts et la mise en œuvre de la CBT4CBT mise en œuvre par Kiluk et coll. (2016), constatant que les coûts du protocole de traitement étaient les plus élevés pour la CBT4CBT + traitement habituel, suivie de la CBT4CBT + surveillance et traitement habituel (Kacmarek et coll., 2021). Il a été noté que le déterminant de l'augmentation des coûts de la CBT4CBT + traitement habituel était le fait que les personnes passaient plus de temps dans cette condition de traitement par rapport au traitement habituel et à la CBT4CBT + surveillance (Kacmarek et coll., 2021). Aucune différence significative n'a été observée dans le total des coûts de traitement hors protocole et dans les groupes individuels de coûts de traitement hors protocole après l'utilisation de services de traitement hors protocole, tels que les traitements ambulatoires pour la consommation de substances/santé mentale et le traitement médical en milieu hospitalier entre tous les groupes (Kacmarek et coll., 2021). À la fin du traitement, un coût supplémentaire de 35,08 \$ par personne a été dépensé pour la CBT4CBT + le traitement habituel par rapport au traitement habituel seul, car la CBT4CBT + le traitement habituel a une efficacité accrue, ce qui entraîne une diminution d'un jour de consommation d'alcool par mois (Kacmarek et coll., 2021). De même, lors du suivi après 6 mois, il en coûtait 46,77 \$ pour ajouter la CBT4CBT au traitement habituel pour une diminution d'un jour de

consommation d'alcool par mois en raison de l'efficacité de la CBT4CBT + le traitement habituel par rapport au traitement habituel seul (Kacmarek et coll., 2021). Plus de la moitié des personnes du groupe ayant suivi le traitement habituel, par rapport à celles des groupes ayant suivi la CBT4CBT, ont eu recours à une quantité accrue de services de santé hors protocole, ce qui a entraîné des coûts plus élevés pour le traitement habituel (Kacmarek et coll., 2021). Étant donné que les personnes du groupe ayant suivi la CBT4CBT ont suivi un plus grand nombre de séances de traitement, on a observé chez elles plus de résultats positifs en matière d'abstinence à la fin du protocole de traitement que chez celles ayant suivi uniquement le traitement habituel (Kacmarek et coll., 2021).

À partir de cette étude, nous avons trouvé une étude qui a utilisé la CBT4CBT pour traiter les troubles liés à la consommation d'alcool, où un quart de l'échantillon a été orienté vers un traitement par le système de justice pénale (Kiluk et coll., 2016). En ce qui concerne le maintien en traitement et l'achèvement du traitement, un total de 63 personnes (sur 68) ont commencé le traitement en assistant à au moins une séance, et 52 % ont terminé le protocole de traitement (Kiluk et coll., 2016). De plus, les personnes de l'un des groupes ayant suivi la CBT4CBT avaient une probabilité accrue de terminer le traitement par rapport à celles ayant seulement suivi le traitement habituel (Kiluk et coll., 2016). Aussi, les personnes ayant suivi le traitement habituel qui ont commencé le traitement ($n = 63$) ont assisté en moyenne à 2,8 séances de groupe et à 1,4 séance individuelle, tandis que celles ayant suivi le traitement habituel + la CBT4CBT ont assisté en moyenne à 3,1 séances de groupe et à 2,0 séances individuelles et ont terminé en moyenne 5,6 des 7 modules de la CBT4CBT. Enfin, les personnes assignées à la CBT4CBT + une condition de surveillance ont terminé en moyenne 5,4 des 7 modules offerts et ont assisté à 5,0 séances de surveillance clinique brève (Kiluk et coll., 2016).

Au total, 91 % des personnes ont effectué le suivi final après 6 mois (Kiluk et coll., 2016). La majorité des personnes (88,4 %) ont indiqué avoir fait au moins un des six devoirs (Kiluk et coll., 2016). Une augmentation globale de l'abstinence a été constatée parmi l'ensemble de l'échantillon d'intention de traiter au cours de la période de 8 semaines de l'étude, avec des niveaux significatifs d'abstinence observés dans le groupe ayant suivi le traitement habituel + la CBT4CBT par rapport au groupe ayant suivi le traitement habituel seulement (Kiluk et coll., 2016). Compte tenu de la variation du pourcentage de jours de consommation excessive d'alcool, la baisse de la consommation excessive d'alcool était significative pour les personnes du groupe ayant suivi le traitement habituel + la CBT4CBT, mais pas pour le groupe ayant suivi la CBT4CBT + fait l'objet d'une surveillance (Kiluk et coll., 2016). Les indicateurs primaires et secondaires de consommation d'alcool au moment du suivi après six mois laissent croire à une augmentation du pourcentage de jours d'abstinence et à une diminution du pourcentage de jours de consommation excessive dans les trois groupes : traitement habituel, traitement habituel + CBT4CBT et CBT4CBT + surveillance brève (Kiluk et coll., 2016). Enfin, une baisse globale de la consommation excessive d'alcool a été déduite lors du suivi après six mois (Kiluk et coll., 2016).

Tout bien considéré, bien que la CBT4CBT n'ait pas été validée dans les établissements correctionnels ou en contexte postlibératoire, compte tenu de l'importante base de données probantes qui l'appuie, il s'agit d'une intervention électronique prometteuse pour les troubles liés à la consommation de substances dans le contexte de la justice pénale.

Analyse

L'objectif du présent examen était d'examiner la littérature empirique sur l'utilisation des interventions électroniques pour traiter les troubles liés à la consommation de substances dans le système de justice pénale. Il en est ressorti un petit nombre d'études assez hétérogènes qui étaient prometteuses, mais limitées quant à leurs implications et leurs applications dans les systèmes correctionnels canadiens. En général, il y a eu beaucoup d'essais d'intervention « ouverts » (non contrôlés) à un stade précoce qui ont montré des avantages positifs à court terme en ce qui concerne la consommation de substances autodéclarée, l'auto-efficacité et la réduction des symptômes de dépression et d'anxiété (Barber et coll., 1993; Brzozowski et coll., 2020; Garvey et coll., 2021; Elison et coll., 2017; Elison-Davies et coll., 2022). Malgré l'hétérogénéité des interventions, l'intervention la plus courante était Breaking Free Online, et la plupart des études ont utilisé un cadre cognitivo-comportemental. Ces études ont été complétées par des études qualitatives et des méthodes mixtes qui ont révélé des perspectives favorables pour les interventions électroniques chez les délinquantes et délinquants. Bien qu'il n'y ait pas eu d'études sur la CBT4CBT en milieu correctionnel, la vaste base de données probantes existante dans les milieux communautaires et cliniques suggère qu'il s'agit d'une autre intervention électronique prometteuse pour les troubles liés à la consommation de substances.

Il s'agissait généralement d'études de faisabilité et de validation de principe à un stade précoce, mais elles étaient néanmoins utiles à cet égard. Aucune des études n'était un essai contrôlé randomisé, et un certain nombre d'études présentaient des limites méthodologiques importantes, telles que la très petite taille de l'échantillon ou une attrition très élevée, ce qui a tempéré la confiance quant aux résultats. Aucune des études n'a été menée au Canada, de sorte qu'on ne sait pas dans quelle mesure elles peuvent être généralisées dans le contexte du système

de justice pénale canadien. Cependant, le Royaume-Uni, les États-Unis et l’Australie sont des nations comparables au Canada (c.-à-d. pays développé, à revenu élevé, anglophone), ce qui atténue quelque peu cette préoccupation.

Dans l’ensemble, ces résultats suggèrent que les interventions électroniques pour les troubles liés à la consommation de substances sont très prometteuses dans le système de justice pénale canadien et pourraient avoir plusieurs applications. D’abord, des interventions électroniques pourraient être offertes aux délinquantes et délinquants ayant des antécédents de troubles liés à la consommation de substances qui purgent une peine d’emprisonnement. La consommation de substances illicites a lieu dans des environnements contrôlés comme les centres de traitement (Rahman et coll., 2022) et les établissements carcéraux (Button et coll., 2023), ce qui peut avoir des conséquences néfastes pour la personne, y compris une surdose, ainsi que pour d’autres personnes dans ces milieux. Ainsi, le fait de donner accès à des interventions fondées sur des données probantes aux personnes incarcérées dont la date de mise en liberté n’est pas rapprochée pourrait réduire la probabilité de mésusage de substances. De plus, pour les personnes ayant des antécédents de troubles liés à la consommation de substances qui approchent de leur date de mise en liberté, l’utilisation d’interventions électroniques peut les préparer de manière optimale à l’environnement postlibératoire. Enfin, une troisième application potentielle des interventions électroniques serait dans le cadre d’un programme postlibératoire structuré visant à maximiser la réussite à l’extérieur du milieu carcéral. La question de savoir laquelle de ces applications serait la plus réalisable et la plus prioritaire pour le système de justice pénale canadien reste ouverte et nécessiterait la consultation et la contribution des intervenants concernés.

De même, une approche d’intervention nécessiterait la prise en compte des programmes

existants ainsi que des consultations auprès des intervenants et des délinquantes et délinquants. Pour ce faire, il faudrait tenir compte des caractéristiques du programme (fondement théorique, nombre et type de modules, exigences techniques), des données probantes existantes et des coûts connexes. Comme aucune étude n'a été menée dans un contexte canadien, des études ouvertes non contrôlées similaires permettant d'évaluer la faisabilité et de valider le principe constitueraient une première étape logique. Cela jetterait alors les bases en vue d'essais contrôlés randomisés pour évaluer l'efficacité ou d'études comparatives d'efficacité comparant deux programmes (ou plus) pour déterminer s'il existe des résultats supérieurs (ou des résultats équivalents dans un format plus court, une préférence plus marquée chez les délinquantes et délinquants ou un coût inférieur) parmi plusieurs options d'intervention active.

L'un des thèmes abordés dans les études existantes était que la « dose » de l'intervention électronique était essentielle, en référence au degré d'engagement et d'achèvement du programme. Ainsi, pour les futurs protocoles de mise en œuvre, on devrait envisager de combiner un traitement électronique avec une gestion des contingences afin de favoriser un engagement maximal. La gestion des contingences fait référence à la prestation de mesures incitatives structurées pour renforcer directement les comportements favorables au traitement (Davis et coll., 2016). Ces mesures incitatives prennent souvent la forme de bons ou de petits prix, de sorte qu'elles devraient être adaptées au milieu correctionnel, mais il a été démontré qu'elles sont très efficaces pour favoriser l'atteinte des objectifs de traitement à court terme (pour la durée des contingences), ce qui permet une exposition plus optimale aux éléments de traitement collatéraux (p. ex. traitements psychologiques ou pharmacologiques). En milieu correctionnel, des mesures incitatives modestes pour l'achèvement des modules et la démonstration de la maîtrise du matériel utilisé pendant l'intervention, ainsi qu'une sorte de

certificat d'achèvement, pourraient être motivantes et maximiser l'effet de l'intervention électronique. Encore une fois, les paramètres entourant des stratégies supplémentaires comme celle-ci nécessiteraient une contribution et un appui approfondis des intervenants du milieu correctionnel ainsi que des délinquantes et délinquants.

En résumé, le présent examen a examiné en détail la petite quantité de documents prometteurs sur les interventions électroniques pour les troubles liés à la consommation de substances en milieu correctionnel. Les études recensées suggèrent que ces interventions sont faisables et tolérables et auraient des effets favorables, bien que généralement dans de petits échantillons sans groupes témoins. Malgré le fait qu'aucune étude n'ait été réalisée dans un contexte correctionnel canadien, ces résultats suggèrent que les interventions électroniques pour les troubles liés à la consommation de substances dans le cadre du système de justice pénale canadien constituent une stratégie très prometteuse qui mérite un examen systématique.

Bibliographie

- Barber, J. G. (1993). An application of microcomputer technology to the drug education of prisoners. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 38(2), 14-22.
- Belenko, S., Hiller, M. et Hamilton, L. (2013). Treating substance use disorders in the criminal justice system. *Current Psychiatry Reports*, 15(11), 414. doi:10.1007/s11920-013-0414-z
- Brzozowski, A., White, R. G., Mitchell, I. J., Beech, A. R. et Gillespie, S. M. (2021). A feasibility trial of an instructed breathing course in prison to improve emotion regulation in people with substance use difficulties. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 32(2), 308-325. doi:10.1080/14789949.2020.1859589
- Butler, A., Nicholls, T., Samji, H., Fabian, S. et Laverigne, M. R. (2022). Prevalence of mental health needs, substance use, and co-occurring disorders among people admitted to prison. *Psychiatric Services*, 73(7), 737-744. doi:10.1176/appi.ps.202000927
- Cambron, C., Kosterman, R., Rhew, I. C., Catalano, R. F., Guttmanova, K. et Hawkins, J. D. (2020). Neighborhood structural factors and proximal risk for youth substance use. *Prevention Science*, 21(4), 508-518. doi:10.1007/s11121-019-01072-8
- Carroll, K. M., Ball, S. A., Martino, S., Nich, C., Babuscio, T. A., Nuro, K. F., ... Rounsaville, B. J. (2008). Computer-assisted delivery of cognitive-behavioral therapy for addiction: A randomized trial of CBT4CBT. *American Journal of Psychiatry*, 165(7), 881-888. doi:10.1176/appi.ajp.2008.07111835
- Carroll, K. M., Kiluk, B. D., Nich, C., Gordon, M. A., Portnoy, G. A., Marino, D. R. et Ball, S. A. (2014). Computer-assisted delivery of cognitive-behavioral therapy: Efficacy and durability of CBT4CBT among cocaine-dependent individuals maintained on methadone. *American Journal of Psychiatry*, 171(4), 436-444. doi:10.1176/appi.ajp.2013.13070987
- Chaisson, H. et Farrell MacDonald. (2024). *Délinquants de sexe masculin ayant des antécédents de consommation de substances durant une incarcération antérieure* (RIB-23-16). Consulté à l'adresse : <https://www.canada.ca/content/dam/csc-scc/documents/corporate/library/research-in-brief/rib-23-16-fr.pdf>
- Clark, V. A. (2024). Less is more: The effect of a short-term substance use disorder treatment program on recidivism. *Corrections*, 9(1), 91-108. doi:10.1080/23774657.2021.2021116

- Cram, S. et Farrell MacDonald, S. (2022). *Tendances de consommation de substances chez les délinquants de sexe masculin sous responsabilité fédérale au fil du temps : de 2006 à 2019* (RIB-20-06). Consulté à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/service-correctionnel/organisation/bibliotheque/recherche/bref/20-06.html>
- Cram, S. et Farrell MacDonald. (2024). *Consommation de substances des délinquantes au fil du temps : de 2010 à 2021* (RIB-23-19). Consulté à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/service-correctionnel/organisation/bibliotheque/recherche/bref/23-19.html>
- Davis, D. R., Kurti, A. N., Skelly, J. M., Redner, R., White, T. J. et Higgins, S. T. (2016). A review of the literature on contingency management in the treatment of substance use disorders, 2009–2014. *Preventive Medicine*, 92, 36–46. doi:10.1016/j.ypmed.2016.08.008
- Elison, S., Humphreys, L., Ward, J. et Davies, G. (2014). A pilot outcomes evaluation for computer assisted therapy for substance misuse—An evaluation of Breaking Free Online. *Journal of Substance Use*, 19(4), 313–318. doi:10.3109/14659891.2013.804605
- Elison, S., Jones, A., Ward, J., Davies, G. et Dugdale, S. (2017). Examining effectiveness of tailorable computer-assisted therapy programmes for substance misuse: Programme usage and clinical outcomes data from Breaking Free Online. *Addictive Behaviors*, 74, 140–147. doi:10.1016/j.addbeh.2017.05.028
- Elison, S., Weston, S., Davies, G., Dugdale, S. et Ward, J. (2016). Findings from mixed-methods feasibility and effectiveness evaluations of the “Breaking Free Online” treatment and recovery programme for substance misuse in prisons. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 23(2), 176–185. doi:10.3109/09687637.2015.1090397
- Elison, S., Weston, S., Dugdale, S., Ward, J. et Davies, G. (2016). A qualitative exploration of U.K. prisoners’ experiences of substance misuse and mental health difficulties, and the Breaking Free Health and Justice interventions. *Journal of Drug Issues*, 46(3), 198–215. doi:10.1177/0022042616630013
- Elison-Davies, S., Davies, G., Ward, J., Dugdale, S., Weston, S., Jones, A., ... Weekes, J. (2018). Protocol for a randomized controlled trial of the Breaking Free Online Health and Justice program for substance misuse in prison settings. *Health & Justice*, 6(1), 20. doi:10.1186/s40352-018-0078-1
- Elison-Davies, S., Hayhurst, K., Jones, A., Welch, Z., Davies, G. et Ward, J. (2021). Associations between participant characteristics, digital intervention engagement and recovery outcomes for participants accessing ‘Breaking Free Online’ at ‘Change Grow Live.’ *Journal of Substance Use*, 26(5), 497–504. doi:10.1080/14659891.2020.1851407

- Elison-Davies, S., Märten, K., Yau, C., Davies, G. et Ward, J. (2021). Associations between baseline opioid use disorder severity, mental health and biopsychosocial functioning, with clinical responses to computer-assisted therapy treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 47(3), 360-372. doi:10.1080/00952990.2020.1861618
- Elison-Davies, S., Newsome, J., Jones, A., Davies, G. et Ward, J. (2022). Associations between psychosocial risk factors, and changes in substance dependence and psychosocial functioning, during engagement with digital cognitive behavioral therapy for methamphetamine use: Use of “Breaking Free from Substance Abuse” by incarcerated people during the COVID-19 pandemic. *Health & Justice*, 10(1), 28. doi:10.1186/s40352-022-00190-w
- Garvey, M., Elison-Davies, S. et Weekes, J. (2021). Examining the effectiveness of two substance use interventions within the criminal justice system. *Canadian Journal of Addiction*, 12(2), 59. doi:10.1097/CXA.0000000000000111
- Kacmarek, C. N., Yates, B. T., Nich, C. et Kiluk, B. D. (2021). A pilot economic evaluation of computerized cognitive behavioral therapy for alcohol use disorder as an addition and alternative to traditional therapy. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 45(5), 1109-1121. doi:10.1111/acer.14601
- Kelpin, S. S., Parlier-Ahmad, A. B., Jallo, N., Carroll, K. et Svikis, D. S. (2022). A pilot randomized trial of CBT4CBT for women in residential treatment for substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 132, 108622. doi:10.1016/j.jsat.2021.108622
- Kiluk, B. D., Devore, K. A., Buck, M. B., Nich, C., Frankforter, T. L., LaPaglia, D. M., ... Carroll, K. M. (2016). Randomized trial of computerized cognitive behavioral therapy for alcohol use disorders: Efficacy as a virtual stand-alone and treatment add-on compared with standard outpatient treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 40(9), 1991-2000. doi:10.1111/acer.13162
- Kurdyak, P., Friesen, E. L., Young, J. T., Borschmann, R., Iqbal, J., Huang, A. et Kouyoumdjian, F. (2022). Prevalence of mental health and addiction service use prior to and during incarceration in provincial jails in Ontario, Canada: A retrospective cohort study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 67(9), 690-700. doi:10.1177/07067437211055414
- Langdon, K. J., Scherzer, C., Ramsey, S., Carey, K., Rich, J. et Ranney, M. L. (2021). Feasibility and acceptability of a digital health intervention to promote engagement in and adherence to medication for opioid use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 131, 108538. doi:10.1016/j.jsat.2021.108538

- Mallorquí-Bagué, N., Palazón-Llecha, A., Madre, M., Batlle, F., Duran-Sindreu, S. et Trujols, J. (2023). CBT4CBT web-based add-on treatment for cocaine use disorder: Study protocol for a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1051528. doi:10.3389/fpsyt.2023.1051528
- Marlatt, G. A. et Donovan, D. M. (Éds). (2008). *Prévention de la rechute : stratégies de maintien en thérapie des conduites addictives* (seconde éd., 1^{ère} éd. en langue française). Médecine et Hygiène.
- Mathias, C. W., Marsh-Richard, D. M. et Dougherty, D. M. (2008). Behavioral measures of impulsivity and the law. *Behavioral Sciences & the Law*, 26(6), 691-707. doi:10.1002/bsl.841
- Morie, K. P., Nich, C., Hunkele, K., Potenza, M. N. et Carroll, K. M. (2015). Alexithymia level and response to computer-based training in cognitive behavioral therapy among cocaine-dependent methadone maintained individuals. *Drug and Alcohol Dependence*, 152, 157-163. doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.04.004
- Olson, D. E. et Lurigio, A. J. (2014). The long-term effects of prison-based drug treatment and aftercare services on recidivism. *Journal of Offender Rehabilitation*, 53(8), 600-619. doi:10.1080/10509674.2014.956965
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. doi:10.1136/bmj.n71
- Plourde, C., Brochu, S., Gendron, A. et Brunelle, N. (2012). Pathways of substance use among female and male inmates in Canadian federal settings. *The Prison Journal*, 92(4), 506-524. doi:10.1177/0032885512457555
- Roos, C. R., Carroll, K. M., Nich, C., Frankforter, T. et Kiluk, B. D. (2020). Short- and long-term changes in substance-related coping as mediators of in-person and computerized CBT for alcohol and drug use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 212, 108044. doi:10.1016/j.drugalcdep.2020.108044
- Santé Ontario, Santé mentale et lutte contre les dépendances. (s.d.). Consulté le 13 mars 2024, à l'adresse : <https://www.ontariohealth.ca/sites/ontariohealth/files/2021-04/breaking-free-qa-en.pdf>
- Service correctionnel du Canada. (21 mars 2024). *Lutte contre la toxicomanie*. Consulté à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/service-correctionnel/organisation/bibliotheque/delinquants/sante/lutte-contre-toxicomanie.html>

Tetrault, J. M., Holt, S. R., Cavallo, D. A., O'Connor, P. G., Gordon, M. A., Corvino, J. K., ... Carroll, K. M. (2020). Computerized cognitive behavioral therapy for substance use disorders in a specialized primary care practice: A randomized feasibility trial to address the RT component of SBIRT. *Journal of Addiction Medicine*, 14(6), e303. doi:10.1097/ADM.0000000000000663

Tofighi, B., McNeely, J., Walzer, D., Fansiwala, K., Demner, A., Chaudhury, C. S., ... Krawczyk, N. (2022). A telemedicine Buprenorphine clinic to serve New York City: Initial evaluation of the NYC public hospital system's initiative to expand treatment access during the COVID-19 pandemic. *Journal of Addiction Medicine*, 16(1), e40. doi:10.1097/ADM.0000000000000809

Van der Meulen, E. (2017). "It goes on everywhere": Injection drug use in Canadian federal prisons. *Substance Use & Misuse*, 52(7), 884-891. doi:10.1080/10826084.2016.1264974

Weekes, J., Thomas, G. et Graves, G. (2004). *FAQ sur les toxicomanies dans les établissements de correction*, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Canada. Consulté à l'adresse : <https://www.ccsa.ca/fr/faq-sur-les-toxicomanies-dans-les-etablissements-de-correction>

Wendel, B. E., Rocque, M. et Posick, C. (2022). Rethinking self-control and crime: Are all forms of impulsivity criminogenic? *European Journal of Criminology*, 19(4), 523-541. doi:10.1177/1477370820902992

Zgoba, K. M., Reeves, R., Tamburello, A. et DeBilio, L. (2020). Criminal recidivism in inmates with mental illness and substance use disorders. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 48(2), 209-215. doi:10.29158/jaapl.003913-20