

De la recherche à la pratique : entrevue motivationnelle brève pour l'abus de substances au Québec

Thomas G. Brown, Ph.D.

Pavillon Foster-Douglas Mental Health University
Institute Research Collaborative



Centre de réadaptation en dépendance
Addiction Rehabilitation Centre



Acknowledgements

- Lucie Legault, Coordinator
- Collaborators and collaboration from Pavillon Foster, Le Virage, RRSSS Monteregie, CSSS Siroit
- Funders: FQRSC, Canadian Psychiatric Research Foundation, Alcohol Beverage Medical Research Foundation
- All our graduate and undergraduate students
- Team members and co-authors

Objectives

- Brief overview of Motivational Interviewing
- Motivational Interviewing as a group treatment
- Brief (20-30 minutes) Motivational Interviewing in high-risk drunk drivers
- Computer-assisted Motivational Interviewing
- Effectiveness of implementation of Motivational Interviewing in diverse frontline health service settings
- Lessons learned and recommendations for implementation.

L'entrevue motivationnelle

- « L'entrevue motivationnelle est un style d'entretien centré sur le client, mais néanmoins orienté (directif), qui vise à faciliter un changement de comportement en aidant les clients à explorer et résoudre l'ambivalence »

adapté de Rollnick et Miller 1995

Ce qu'est l'entrevue motivationnelle : l'esprit

○ EVOCAATION:

- les éléments critiques du processus de changement sont chez la personne. C'est le travail du clinicien de les mettre à jour.

○ COLLABORATION:

- le clinicien est une ressource; le client est l'expert.

○ AUTONOMIE:

- c'est le client, non le clinicien, qui doit décider de changer et trouver les moyens de le faire. Le clinicien est là comme facilitateur.

Les Grands Principes

- **EXPLORER L'AMBIVALENCE ET DÉVELOPPER LA DISSONANCE COGNITIVE**
 - avantages puis désavantages du statu quo
- **ROULER AVEC LA RÉSISTANCE**
 - technique de judo; éviter toute confrontation
- **SUPPORTER L'EFFICACITÉ PERSONNELLE**
 - la confiance et l'optimisme quant au projet

L' Objectif

- Favoriser le discours de changement, sortant de la bouche du client, et non de celle du clinicien
- L'idée originelle vient de la théorie de Bem (sociologue de la communication)
 - « J'apprends ce que je crois en m'entendant parler »

Stratégies : Quelques Recettes De La Phase I

○ OARS

- Questions **Ouvertes** de préférence à fermées (contrairement à l'interrogatoire médical le plus habituel)
- **Affirmations**(soutien de l'estime de soi)
- **Réflexions** (ou reflets) comme moyen principal de communiquer l'empathie telle que définie plus haut. Elles doivent être aussi nombreuses que possible et sûrement plus nombreuses que les questions
- **Sommaires** (ou résumés) fréquents

Phase II

- But
 - maintenir et renforcer la motivation au changement
- Stratégies
 - Faciliter par questions telles que : « quel est le premier pas ? »
 - Quand le patient hésite à nouveau: retour aux stratégies de phase I
 - En tout temps: l'esprit...

Survol de la littérature

- > 100 études randomisées
- Sélection de quelques exemples pouvant être présentés ici :
 - alcool
 - drogues
 - doubles diagnostics
 - adhérence au suivi après hospitalisation
 - troubles d'alimentations
 - comportements haut risques

Group MI

- Most treatment offered in group format
- Could we deliver MI in groups?
- Quasi-experimental study with poly-substance abusers
- 6 month follow-up
 - 4 X 1.5 hour sessions (n = 1.8) of group MI (GMI) vs. standard care (SC) out-patient treatment (n = 7.2 sessions)
 - GMI n = 67; SC n = 64

Group-Delivered Brief Intervention versus Standard Care for Mixed Alcohol/Other Drug Problems: A Preliminary Study

Thomas G. Brown, PhD
Maurice Dongier, MD
Eric Latimer, PhD
Lucie Legault, BSc
Peter Seraganian, PhD
Morris Kokin, PhD
David Ross, PhD

ABSTRACT. This study compared a Motivational Interviewing inspired group intervention with standard care in naturalistic alcohol/other drug abuse samples. A community-recruited alcohol/other drug abuse or

Thomas G. Brown, Maurice Dongier, Eric Latimer, and Lucie Legault are affiliated with Addiction Research Program of the Douglas Hospital, Canada. Maurice Dongier is affiliated with Department of Psychiatry, McGill University, Montreal, Canada. Peter Seraganian is affiliated with Department of Psychology, Concordia University, Montreal, Canada. Morris Kokin and David Ross are affiliated with Pavillon Foster Addiction Treatment Center, St. Philippe de Laprairie, Canada.

Address correspondence to: Thomas G. Brown, Douglas Hospital Research Center, 6875 Lasalle Boulevard, Perry 4, Verdun, Quebec, Canada H4H 1R3 (E-mail: brotho@douglas.mcgill.ca).

The authors would like to thank Mr. Vincent Rossignol for his assistance in developing and monitoring the implementation of the GAMI approach. This study was funded by both a career award to the first author and an operating grant from the *Conseil Québécois de la Recherche Sociale (CQRS)*, as well as by the Lawson Foundation, Ontario.

Alcoholism Treatment Quarterly, Vol. 24(4) 2006
Available online at <http://atq.haworthpress.com>
© 2006 by The Haworth Press, Inc. All rights reserved.
doi:10.1300/J020v24n04_03

Group MI: Results

- Both groups associated with significant improvement on all substance use and psychosocial adjustment outcomes
- SC associated with more abstinent days, and better social and family functioning
- Reduction in alcohol and drug related problems similar
- Replacement of SC with GMI is premature
- Important reductions are seen with significantly less treatment

Very brief MI (1 X 20-30 minutes!)



Étude pilote de l'entretien motivationnel chez des personnes condamnées pour conduite avec facultés affaiblies

Florence Chanut,

Programme de recherche sur les addictions,
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas,
Verdun (Québec) Canada

Département de psychiatrie, Université de Montréal
Montréal (Québec) Canada

Maurice Dongier,

Programme de recherche sur les addictions,
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas,
Verdun (Québec) Canada

Département de psychiatrie, Université McGill
Montréal (Québec) Canada

Lucie Legault,

Programme de recherche sur les addictions, Centre de
recherche de l'Hôpital Douglas
Verdun (Québec) Canada

Jacques Tremblay,

Programme de recherche sur les addictions,
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas
Verdun (Québec) Canada

Département de psychiatrie, Université McGill
Montréal (Québec) Canada

Louise Nadeau,

Département de psychologie, Université de Montréal,
Montréal (Québec) Canada



Brief Motivational Interviewing for DWI Recidivists Who Abuse Alcohol and Are Not Participating in DWI Intervention: A Randomized Controlled Trial

Thomas G. Brown, Maurice Dongier, Marie Claude Quimet, Jacques Tremblay,
Florence Chanut, Lucie Legault, and Ng Mien Kwong Ng Ying Kin

Background: Driving while impaired (DWI) recidivists with unresolved alcohol use problems pose an ongoing risk for traffic safety. Following conviction, many do not participate in mandated alcohol evaluation and intervention programs, or continue to drink problematically after being relicensed. This study investigated if, in DWI recidivists with alcohol problems and not currently involved in DWI intervention, Brief Motivational Interviewing (BMI) produced greater reductions in risky drinking at 6- and 12-month follow-up compared to an information-advise control condition. Additional analyses explored whether BMI was associated with greater readiness to change, subsequent substance abuse treatment service utilization, and satisfaction compared to the control condition.

Methods: Male and female recidivists with drinking problems and not currently engaged in DWI intervention were recruited, evaluated, and then randomly assigned to receive 1 of 2 manualized interventions: 30-minute BMI session or information-advise. Participants, interviewers, researchers, and statisticians were blind to assignment. Outcomes were changed in: percent of risky drinking days (i.e., ≥ 3 standard drinks/d for males; ≥ 2 for females) in the previous 6 months derived from the Timeline Followback, biomarkers of alcohol abuse (GGT, AST, ALT, MCV) by blood assay, and alcohol abuse-related behaviors using the MMPI-Mac scale. Data from the Readiness to Change Questionnaire, a substance abuse service utilization questionnaire, and the Client Satisfaction Scale were also collected.

Results: Analyses revealed significant declines in risky drinking with both interventions. BMI ($n = 92$) resulted in a 25% reduction in risky drinking days at 12-month follow-up, which compared to the control intervention ($n = 92$) represented a significant decline from 6-month levels. Exposure to BMI also produced significantly greater improvement at 6-month follow-up in a biomarker of alcohol abuse and a behavioral measure related to recidivism risk. Exploration of readiness to change, substance abuse service utilization, and satisfaction with intervention indicated a perception of BMI being more useful in coping with problems.

Conclusions: Brief MI approaches warrant further implementation and effectiveness research as an opportunistic DWI intervention strategy to reduce risks associated with alcohol use outside of clinical and DWI relicensing settings.

Key Words: DWI, Driving Under the Influence, DUI, Alcohol Abuse, Motivational Interviewing, Recidivists.

ROAD TRAFFIC CRASHES represent an important public health burden. In 2000 globally, road traffic

From the Douglas Mental Health University Institute (TGB, MD, MCO, JT, LL, NMKNYK), Montreal, Quebec, Canada; McGill University (TGB, MD, JT, NMKNYK), Montreal, Quebec, Canada; Pavillon Foster Addiction Rehabilitation Centre (TGB), St. Philippe de Laprairie, Quebec, Canada; Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Sherbrooke (MCO), Longueuil, Quebec, Canada; and University of Montreal (FC), Montreal, Quebec, Canada.

Received for publication March 4, 2009; accepted September 15, 2009.
Reprint requests: Thomas G. Brown, PhD, Douglas Mental Health University Institute, Montreal, Quebec, Canada; Fax: 514-762-3033; E-mail: thomas.brown@mcgill.ca

Copyright © 2009 by the Research Society on Alcoholism.

DOI: 10.1111/j.1530-0277.2009.01092.x

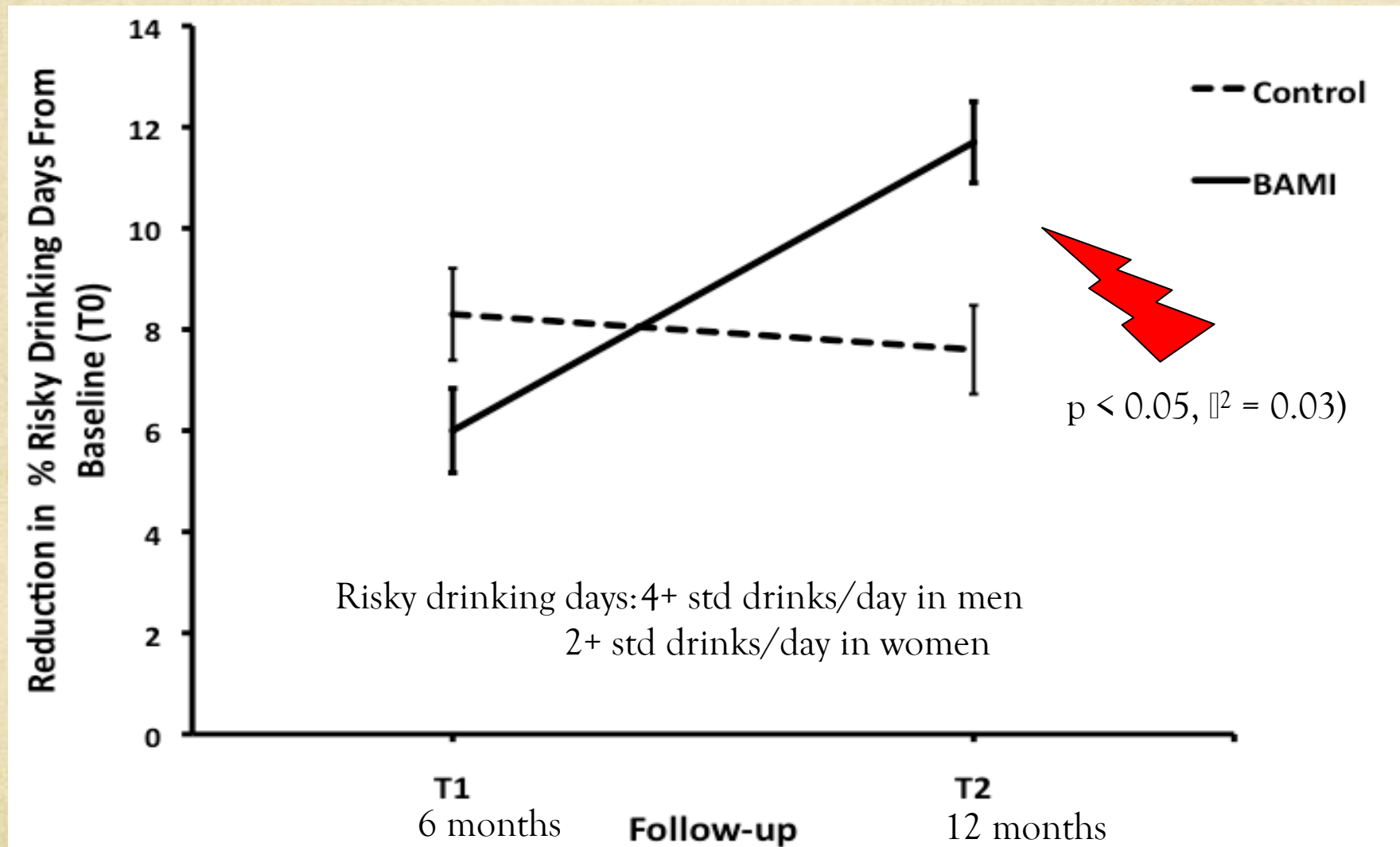
injuries were the ninth leading cause of disability-adjusted life years lost, with projections placing them in third place in 2020 (Sleet et al., 2004). In North America, driving while impaired (DWI) by alcohol and/or drugs contributes significantly to this carnage, as it is involved in more than a third of all fatalities (Canada Drug Strategy, 2004; Hingson and Winter, 2003; Quinlan et al., 2005). Unfortunately, DWI is also a persistent problem. Of those convicted for a first DWI, approximately 33% go on to become recidivists in the following 2 years (Brinkmann et al., 2002).

Alcohol use disorders (AUD) are prevalent among recidivists. Studies indicate alcohol dependence in 78 to 90% of repeat offenders (Conley, 2001; Simpson et al., 2004), although other studies underscore the marked variability in patterns of alcohol misuse in the DWI population (Flowers et al., 2008; Woerle et al., 2007). Thus, a DWI conviction is

Very brief MI: Study description

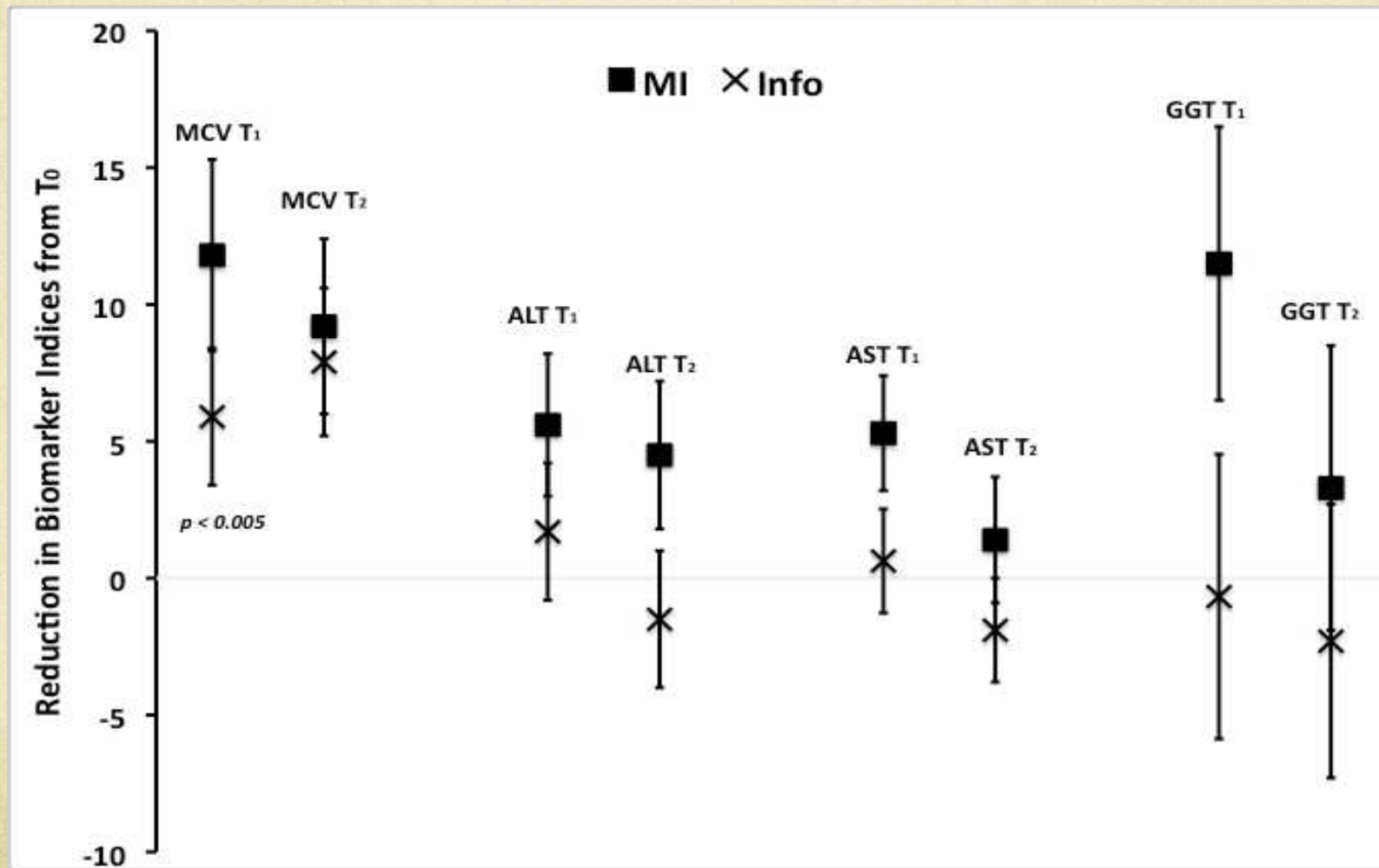
- 1 session, 20-30 minutes MI vs. 20-30 Information
- Participants
- 184 DWI recidivists
 - Multiple offenders (average >3 offenses)
 - Diagnosable and current alcohol disorder
 - Not engaged in DWI intervention programs
 - Unmotivated for change
- Randomized, Triple-blind study
- 1 year follow-up
- Self-report outcomes and alcohol biomarkers

Very brief MI: Results



Very brief MI: Results

Figure 3. Reduction from baseline (T_0) in mean corpuscular red blood cell volume (MCV) in fL, and alanine aminotransferase (ALT), aspartate aminotransferase (AST), and gamma-glutamyl transferase (GGT) in IU/L at six-month (T_1) and 12-month (T_2) follow-ups with BMI (n = 92) and Control (n = 92). More reduction signifies better outcome.



Interpretation

- How can we explain BAMl's effects in such a brief time?
 - Potentiates other interventions that follow
 - Perceived as increasing self-competence
 - Avoids a moral frame which may be ineffective in hardcore offenders
 - Evokes and validates offenders' own reasons for change and solutions

Implications

- BAMI may be beneficial in opportunistic venues where hard-to-reach individuals may be captured
- Even severe cases may be amenable to the 'right' intervention adapted to their characteristics
- Can feasibly be added to other interventions
- 2-3 year follow-up study underway to examine impact on future DWI events

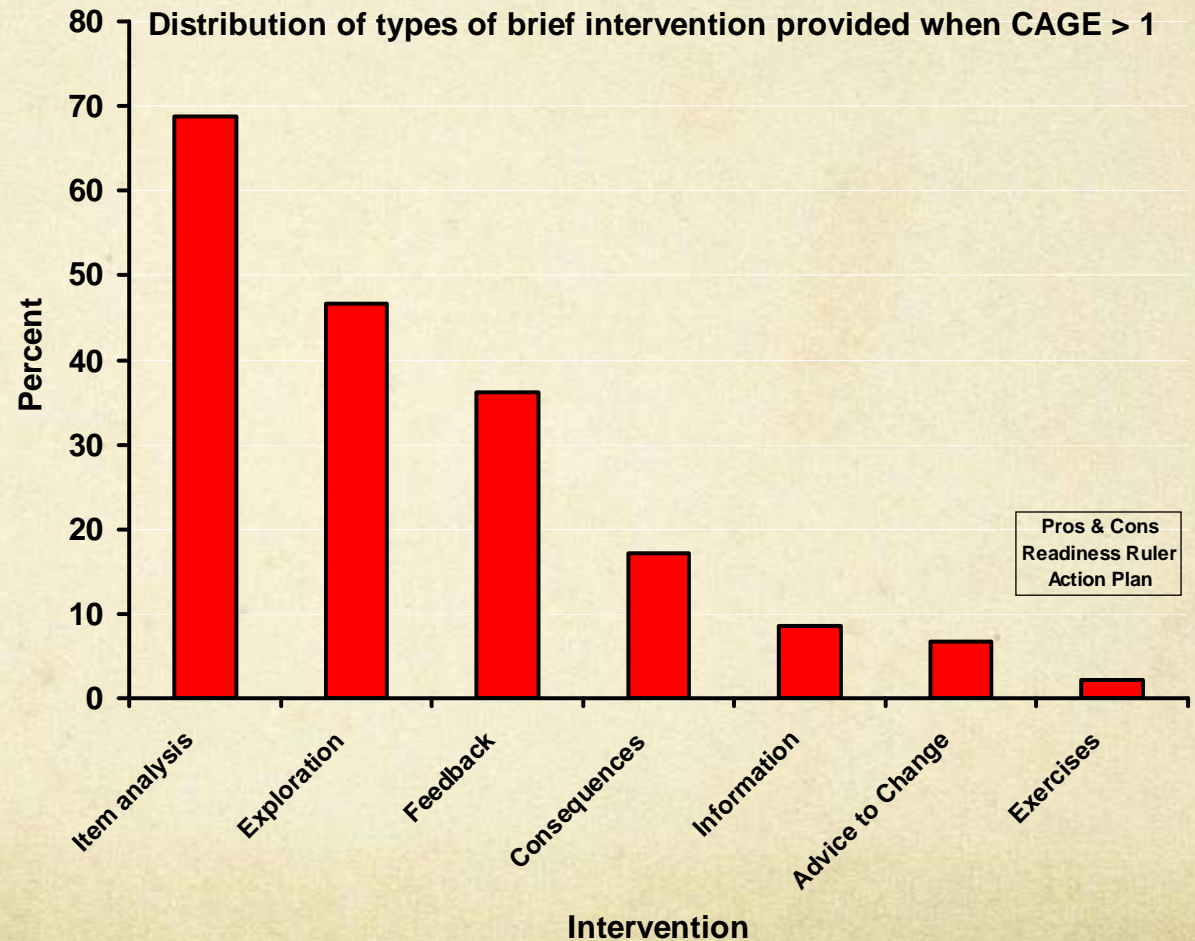
Knowledge transfer into frontline settings

- How well could we teach MI in frontline settings?
 - Pilot project in CSS Suroît : Detection + Brief Intervention (MI-inspired)
 - 2-3 sessions of training, 4 sessions of follow-up
 - Counsellors working in frontline settings
 - Data based upon chart review on > 400 charts/cases

Results

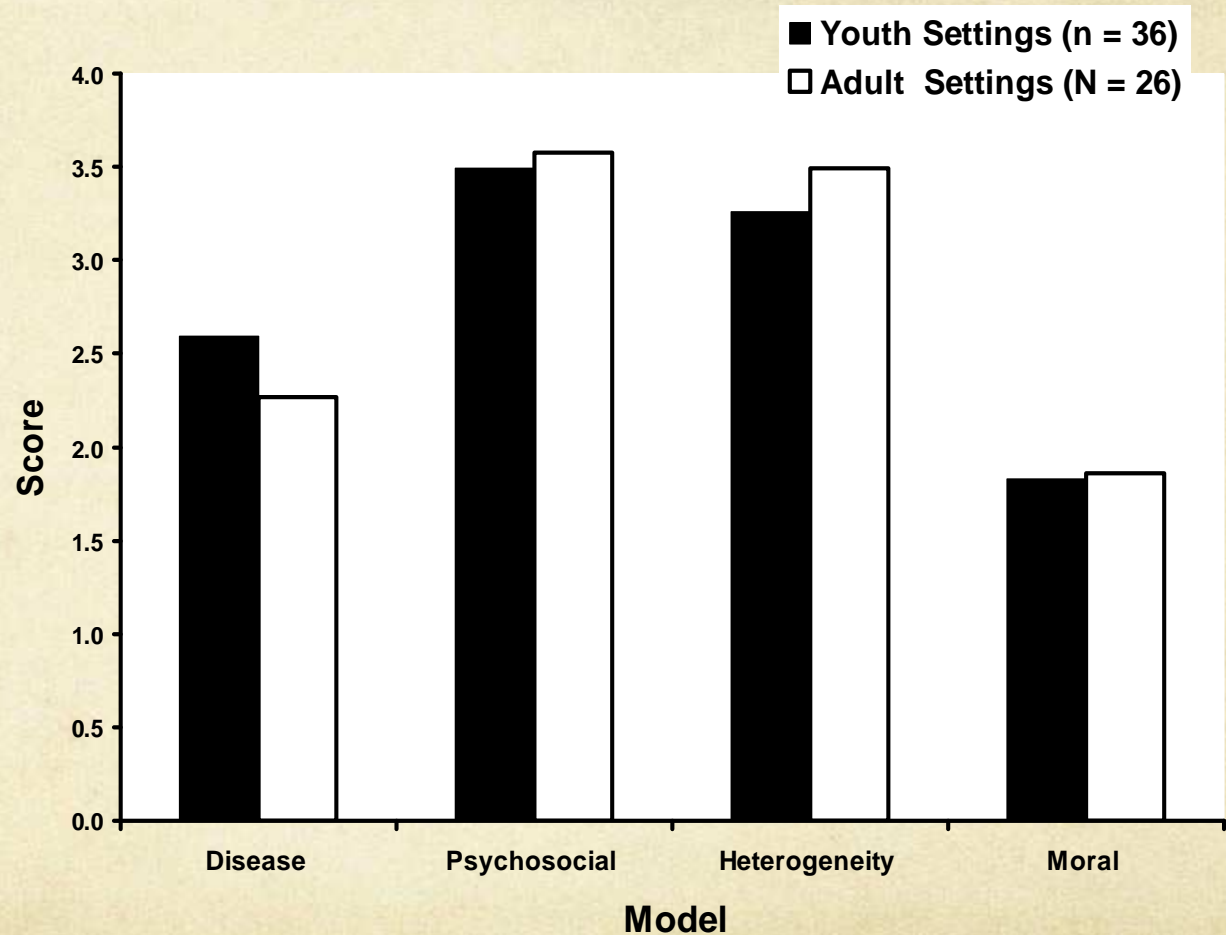
Evaluation of BQ + BI in the Suroît Pilot Project

- Some practices more used than others
- > Implementation:
 - General counselling practices
- < Implementation:
 - More technical practices



Results

- Understanding Alcoholism Scale
 - Psychosocial and heterogeneity models more congruent with Public Health approach to SUDs detection and brief intervention



Computer-assisted MI: Batterie Quest

Could technology assist in promoting treatment
fidelity?



ÉCRAN D'AIDE

AIDE MAST

AVERTISSEMENT

AVERTISSEMENT

Veuillez entrer le mot de passe :

Mot de passe :

OK

Nom : Prénom : Sexe :

Langue : Date de Naissance : Date :

Score : Commentaire :

Questionnaire MAST

Aimez-vous prendre un verre à l'occasion?

ÉCRAN D'ADMINISTRATION DU TEST

1

Oui

7

4

Non

1 non

2

3

0 oui

Enter

Quitter

Productions IMAGIE

MAST

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)
- 8)
- 9)
- 10)
- 11)
- 12)
- 13)
- 14)
- 15)
- 16)

Scoreur

ÉCRAN DE SAISIE

Date de l'évaluation: 01-04-04
Numéro de dossier: C0406

BILAN INDIVIDUEL RÉSUMÉ

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre aux questionnaires dont vous trouverez les résultats dans le présent bilan. Lisez attentivement votre Bilan et discutez des résultats avec votre thérapeute. Vos résultats sont basés sur la manière dont vous avez répondu aux questionnaires. Pour chacun des questionnaires, votre score est comparé à la moyenne des scores que nous pouvons observer dans la population générale. Cela signifie que l'interprétation que nous faisons de votre score est basée sur la manière dont la plupart des gens pensent, ressentent les choses et se comportent généralement dans les domaines concernés par chacun des questionnaires que vous avez complétés. Ces scores sont basés sur ce que vous avez dit de vous-même en répondant à ces questionnaires. Selon la façon dont vous avez répondu aux questionnaires, selon la situation au moment du test et selon d'autres facteurs liés à la session d'évaluation, vos résultats peuvent décrire votre situation actuelle de façon fidèle ou non. Ils ne doivent pas être vus comme un portrait définitif de comment vous allez ou des problèmes auxquels vous faites face, pas plus qu'ils ne fournissent une indication absolue de la présence réelle d'un problème quelconque. Au lieu de cela, ce bilan vous offre l'occasion de constater comment votre situation actuelle se compare à celle de la plupart des gens et d'évaluer s'il pourrait vous être utile de discuter plus abondamment avec votre professionnel de la santé de tout sujet abordé dans ces questionnaires.

MAST (Michigan Alcoholism Screening Test)

Le MAST est l'un des questionnaires fréquemment utilisés par divers intervenants des services de santé (médecins, travailleurs sociaux, etc.) pour aider à dépister d'éventuels problèmes reliés à la consommation d'alcool.

Selon le score obtenu, vous pouvez vous situer dans l'une des trois catégories suivantes:

Score de 0 à 3:	Absence de problèmes liés à l'alcool
Score de 4:	Suggérant des problèmes liés à l'alcool
Score de 5 ou plus:	Évidence de problèmes liés à l'alcool

Votre score est de 1, ce qui vous place dans la catégorie suivante:

Absence de problèmes liés à l'alcool

Cela signifie que vous présentez peu ou pas de symptômes d'abus ou de dépendance à l'alcool. Cependant, un score plus élevé que 0 signifie que vous mentionnez avoir

éprouvé au cours de votre vie des problèmes qui sont souvent associés à une surconsommation occasionnelle d'alcool. Il est important que vous discutiez de votre score avec votre professionnel de la santé afin de bien comprendre ce qu'il signifie et de déterminer s'il serait dans votre intérêt d'entreprendre d'autres démarches par rapport à votre consommation actuelle d'alcool. Votre professionnel de la santé pourrait vous renseigner sur des ajustements qui diminueraient tout risque futur de problèmes associés à votre consommation d'alcool.

DAST (Drug Abuse Screening Test)

Le DAST-20 identifie les conséquences négatives liées à la consommation de drogues (excluant l'alcool). Cela comprend les drogues illégales mais aussi les médicaments qui peuvent causer de l'accoutumance (seulement s'ils sont pris sans prescription ou autrement que prescrits). Plus vous mentionnez de conséquences négatives, plus le score est élevé. Les scores s'échelonnent entre 0 et 20.

En fonction des scores du DAST-20, cinq classifications sont possibles :

Score de 0:	absence de problèmes
Score entre 1 et 5:	niveau peu élevé de problèmes
Score entre 6 et 10:	niveau modéré de problèmes
Score entre 11 et 15:	niveau substantiel de problèmes
Score entre 16 et 20:	niveau sévère de problèmes

Votre score est de 6, ce qui vous place dans la catégorie suivante:

Niveau modéré de problèmes liés aux drogues ou aux médicaments

Ce score signifie que vous présentez plusieurs symptômes et difficultés que d'autres personnes ayant un problème de drogue ou de médicaments présentent souvent. Même si cela ne signifie pas nécessairement que vous êtes "accroché à la drogue ou aux médicaments", ce score suggère que vous reconnaissez que votre consommation de drogue ou de médicaments est associée à plusieurs de vos problèmes en ce moment. Ces problèmes peuvent affecter votre santé physique, votre bien-être émotionnel, vos relations avec l'entourage et / ou votre performance au travail. Il se peut aussi que vous trouviez difficile ou inconfortable d'arrêter ou de diminuer votre consommation de drogue ou de médicaments. Il est essentiel que vous discutiez de votre questionnaire avec votre professionnel de la santé pour déterminer quels risques sont associés à votre usage actuel de drogue ou de médicaments. Votre thérapeute peut vous renseigner sur les différentes options qui s'offrent à vous pour réduire les risques de problèmes additionnels liés à votre consommation de drogue ou de médicaments.

SCL-90 (Symptoms Check List)

Le SCL-90 indique le degré de préoccupation que vous avez ressentie au cours de la semaine précédant le test par rapport à certains symptômes liés à votre santé physique ou à votre bien-être psychologique. De façon générale, plus le score est élevé, plus votre niveau de préoccupation était élevé.

Pour chacune des échelles, votre score peut entrer dans une des catégories suivantes :

Score de 60 ou moins:	normalement préoccupé
Score entre 61 et 70:	assez préoccupé
Score entre 71 et 80:	très préoccupé
Score au-dessus de 80:	extrêmement préoccupé

Vous pouvez utiliser le graphique qui vous est fourni pour comprendre vos scores à chacune des échelles. Les scores sont présentés sous deux formats : votre score et le score percentile. Un score percentile représente quelle proportion de la population générale a des scores moins élevés que vous. Par exemple, un percentile de 65 sur l'échelle 1 signifie que 65% de la population obtient généralement des scores au-dessous du vôtre. En d'autres mots, 65% des gens rapportent être moins préoccupés que vous à propos de leurs symptômes dans ce domaine de leur vie (p. ex. "Problèmes physiques").

Nous vous présentons ci-dessous les domaines que mesure l'échelle SCL-90:

1. Problèmes physiques

Votre score (65) indique que vous êtes assez préoccupé par ces symptômes.

Cette échelle traduit votre niveau de préoccupation en ce qui concerne vos problèmes physiques tels que les maux de tête, les nausées, les douleurs à la poitrine ou les douleurs musculaires.

2. Pensées, impulsions et actions indésirables et irrépressibles

Votre score (56) indique que vous êtes normalement préoccupé par ces symptômes.

Cette échelle reflète votre niveau de préoccupation à propos de symptômes liés à des pensées et/ou des actions déplaisantes ou qui ne vous ressemblent pas. Cela peut être des pensées désagréables et répétitives, de la difficulté à prendre des décisions, de la difficulté à vous concentrer ou le fait d'avoir à vérifier ou refaire des choses pour vous assurer qu'elles sont faites correctement.

3. Sentiment de votre propre valeur

Votre score (56) indique que vous êtes normalement préoccupé par ces symptômes.

Cette dimension explore vos sentiments face aux personnes qui vous entourent et ce que vous pensez que les autres pensent de vous. Ces sentiments peuvent inclure la gêne dans certaines situations, un sentiment d'infériorité par rapport aux autres, le fait d'être facilement blessé, l'impression que les gens ne sont pas amicaux envers vous, qu'ils ne vous aiment pas ou ne vous comprennent pas.

4. Humeur

Votre score (65) indique que vous êtes assez préoccupé par ces symptômes.

Cette échelle évalue si vous êtes préoccupé par des sentiments de solitude, par le fait d'avoir les bleus, de ressentir que vous ne valez rien, d'avoir le sentiment que la vie est sans espoir, et que vous n'avez plus le même plaisir dans la vie ou le même entrain qu'auparavant.

5. Nervosité et anxiété

Votre score (56) indique que vous êtes normalement préoccupé par ces symptômes.

Cette dimension explore vos préoccupations à l'égard de certains signes d'anxiété que vous pouvez ressentir comme vous sentir effrayé sans raison, avoir l'impression que quelque chose de grave va vous arriver, vous sentir tendu, nerveux agité ou ressentir des tremblements intérieurs.

6. Colère et irritabilité

Votre score (62) indique que vous êtes assez préoccupé par ces symptômes.

Cette échelle mesure vos préoccupations quant au sentiment d'être facilement agacé, irrité, au fait d'avoir des accès de colère que vous contrôlez difficilement ou d'avoir envie de briser quelque chose ou de faire mal à quelqu'un.

7. Peur des autres ou de certains endroits, choses ou événements

Votre score (47) indique que vous êtes normalement préoccupé par ces symptômes.

Cette échelle fait référence à votre préoccupation face à la crainte d'être laissé seul, la crainte de sortir seul de la maison ou de voyager en autobus, en métro ou en train ou encore, la crainte d'être en public.

8. Méfiance envers les autres

Votre score (65) indique que vous êtes assez préoccupé par ces symptômes.

Cette échelle reflète votre préoccupation quant au sentiment que vous ne pouvez pas vous fier aux autres, que les autres sont responsables de la plupart de vos problèmes et / ou que les autres pourraient ne pas vous accorder le crédit que vous méritez.

9. Contact avec le monde qui vous entoure

Votre score (67) indique que vous êtes assez préoccupé par ces symptômes.

Cette dimension mesure si vous êtes préoccupé par des pensées, des inquiétudes et des idées à l'égard du monde qui vous entoure. Ceci inclut votre préoccupation de vous sentir seul même en présence d'autrui, de perdre le contrôle de vos pensées ou d'être ennuyé par vos pensées, ou de vivre des expériences (par exemple voir ou entendre des choses) que vous n'êtes pas certain que les autres vivent.

10. Niveau global de détresse

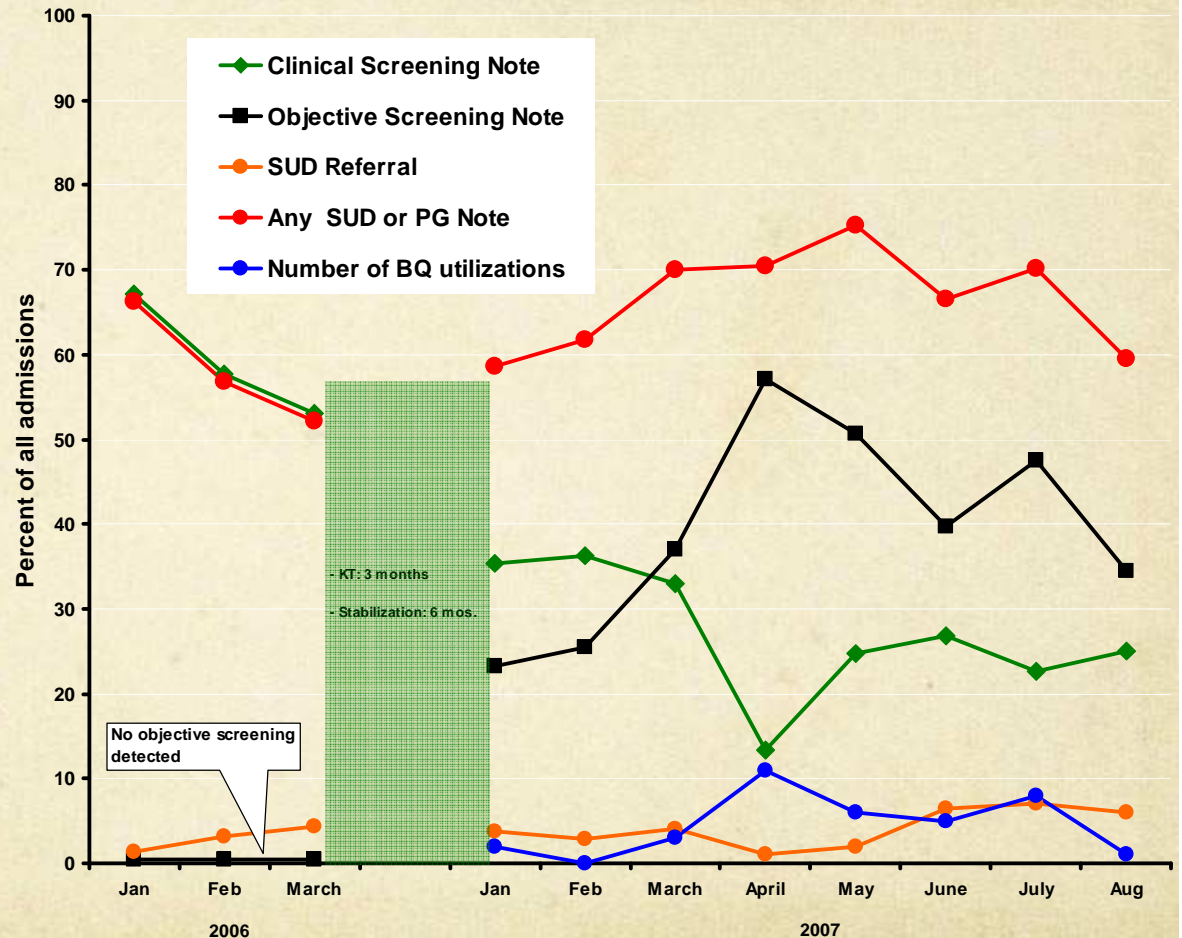
Votre score (64) indique que vous êtes dans l'ensemble assez préoccupé actuellement.

Cette échelle vous donne une idée globale de votre sentiment actuel de bien-être ou de détresse.

Results

Evaluation of BQ + BI in the Suroît Pilot Project

- 413 files examined
- Increase of valid, objective detection
- Decrease in unvalidated detection
- Slight increase in referral
- BQ used in few cases



Conclusions

- MI is a proven intervention
 - In the laboratory
 - Under controlled experimental conditions
- Translation into the field
 - Possible but demanding
 - Fidelity is difficult to achieve and maintain
 - Requires a significant paradigm shift that some find hard to accomplish
 - Simpler adaptations seem desirable
 - But their effectiveness needs to be tested
 - The role of technology in promoting fidelity uncertain for now

Thank You!