

Traitement de l'abus de substance dans une population médico-légale SUTP - Un Programme Thérapeutique

Dr. Patrizio Di Virgilio
Medecin Responsable UKUMA
Centre Hospitalier Jean Titeca
4 Octobre 2022



International Journal of Mental Health and Addiction
<https://doi.org/10.1007/s11469-020-00348-3>

ORIGINAL ARTICLE

A Substance Use Treatment Programme for Mentally Ill Forensic Patients in an Australian Setting: A Pilot Study of Feasibility, Acceptability and Preliminary Efficacy

Daniel McFadden^{1,2}  • Katrina Prior¹ • Emma L. Barrett¹

Published online: 12 July 2020

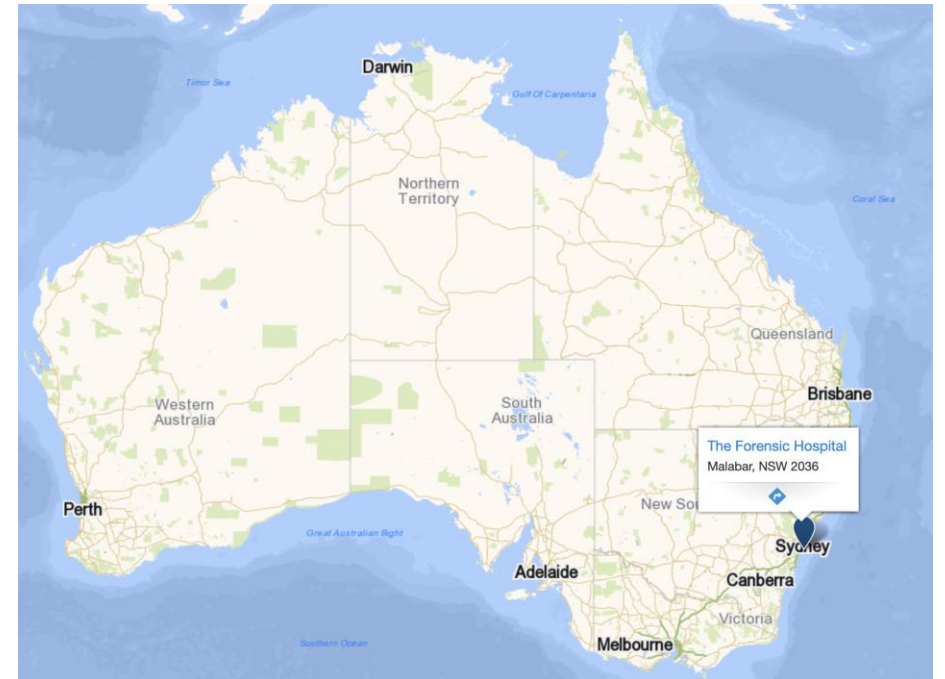
© Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature 2020



Introduction

NSW Secure Forensic Hospital – Sidney

- 135 lits - « High-Security »
- Système médico-légale similaire au contexte belge :
 - Not Guilty by reason of Mental Illness (Trouble psychotique → 83%)
 - Supervision du « Mental Health Review Tribunal »
 - Traitement dans des lieux appropriés au profil
 - (“high → medium → low-security → communauté)



Introduction

Littérature internationale :

- Dans la population médico-légale : plus haute prévalence de **co-morbidité** avec un trouble d'utilisation de substances (Ogloff, 2004 ; Butler, 2011 ; Wright, 2016 ; Tyler, 2019)
- 75 % de co-morbidité dans le NSW Secure Forensic Hospital (2018)
- Comorbidité d'un trouble psychique et un trouble d'utilisation de substances en lien avec des profils cliniques **plus complexes** et un **risque de récurrence augmenté** (Barret, 2014 ; De Burca 2013)
- Association entre l'utilisation de substances et **révocations** dans la population médico-légale (Scott, 2004 ; Smith, 2010)
- Importance d'identifier et traiter les troubles d'utilisation de substances afin de améliorer le maintien des patients dans la **communauté** et leur **perspective de vie** (Pickard et al. 2013)



Introduction

Psychoéducation : modèle prédominant dans la prise en charge de la population interné avec une comorbidité d'abus de substance

→ peu de changement cognitifs et comportementaux (*Sandbrook, 2015*)

Modèle TCC : plus de support scientifique pour le traitement des troubles d'utilisation de substance dans les prises en charges individuels et de groupe dans la population générale (*Jhanjee et al. 2014*)

→ dans le **guidelines** pour les troubles d'utilisation de substances en UK (*National Institute of Health and Care Excellence, 2007*)



BIENVEILLANCE

PROFESSIONNALISME

INNOVATION

ENSEMBLE

Programmes thérapeutiques

Modèles structurés de prise en charge, basés sur un approche TCC (avec des configurations variés)

Appliqués à une population médico-légale → résultats prometteurs :

- Augmentation de la motivation au traitement comparé à des traitements par psychoéducation (*Tibber, 2015*)
- Augmentation de la confiance au maintien de l'abstinence (*Oddie, 2009*)
- Construction d'un lien thérapeutique (*Wood, 2009*)

SUBSTANCE USE TREATMENT PROGRAM – SUTP (*Miles, 2015*)

Dans une 1^{ère} version : 24 sessions de groupe 1h/semaine (*Miles et al. 2007*)

- Taux d'abstinence 74 % à la fin du programme
- Taux de rechute: 50 % pour ceux qui avait complété le programme vs. 74 % pour ceux qui ne l'avait pas complété, après la sortie. Plus de temps en communauté. (*Derry, 2008*)

Substance Use Treatment Program

SUTP - 2ème version (*Miles, 2015*)

- 12 sessions de groupe 2h/semaine
- 10 pt / groupe
- 2 « facilitateurs » formés

2 phases (6 semaines/phase)

- Entretien motivationnel
- Psychoéducation
- Techniques TCC

Table 1 Substance use treatment programme (SUTP) session plan outline

Stage 1	
Week 1	Group introductions and building engagement—opening discussions, using socratic questioning and substance use (e.g., role in society, participant lifestyle prior to hospital etc.)
Week 2	Building motivation for change—motivational interviewing exercises (e.g., evaluation of the pros/cons of substance use, using a decisional balance process), identification of the negative effects of substance on different areas of life, goal setting to improve identified problem areas and formulation of personal motivational statements for abstinence
Week 3	Alcohol—psychoeducation on the effects of alcohol, harm minimisation (e.g., alcohol units and safe limits quiz), role of alcohol on medication. Visual ‘pig liver’ demonstration, to demonstrate the impacts of alcohol on the liver
Week 4	Cannabis—psychoeducation on the effects of cannabis particularly on mental health and relapse links to personal experiences and multi-media props (video/newspaper)
Week 5	Other substances—psychoeducation on the effects of other illicit substances (e.g., stimulants, hallucinogens, solvents and opiates), linking these substances to mental illness and offending behaviour
Week 6	Substance use and offending behaviour—examination of direct and indirect links between substance use and crimes/own offending behaviours (e.g., timeline reviews)
Stage 2	
Week 7	Self-esteem—creative activity to explore participant view of self without substances and increases their self-esteem
Week 8	Functional analysis of substance use—CBT exercises (e.g., ABC charts exploring past substance use) to explore the function/reason for past use, identification of future high-risk situations/triggers for use, alternative coping strategies/activities and problem solve any barriers to change
Week 9	Assertiveness—identification of different communication styles and improvement of assertive refusal skills through role play exercises, identification of appropriate social support networks
Week 10	Craving—identification of craving and ‘urge surfing’ strategies (e.g., cue cards) and management of negative feelings (e.g., relaxation exercises)
Week 11	‘Set ups’ and lapses—identification of risks for relapse and exploration of recommitting to abstinence after a lapse (e.g., challenging negative thinking, role-plays)
Week 12	Relapse prevention plan—review the past 11 weeks and development of an individual relapse prevention plan

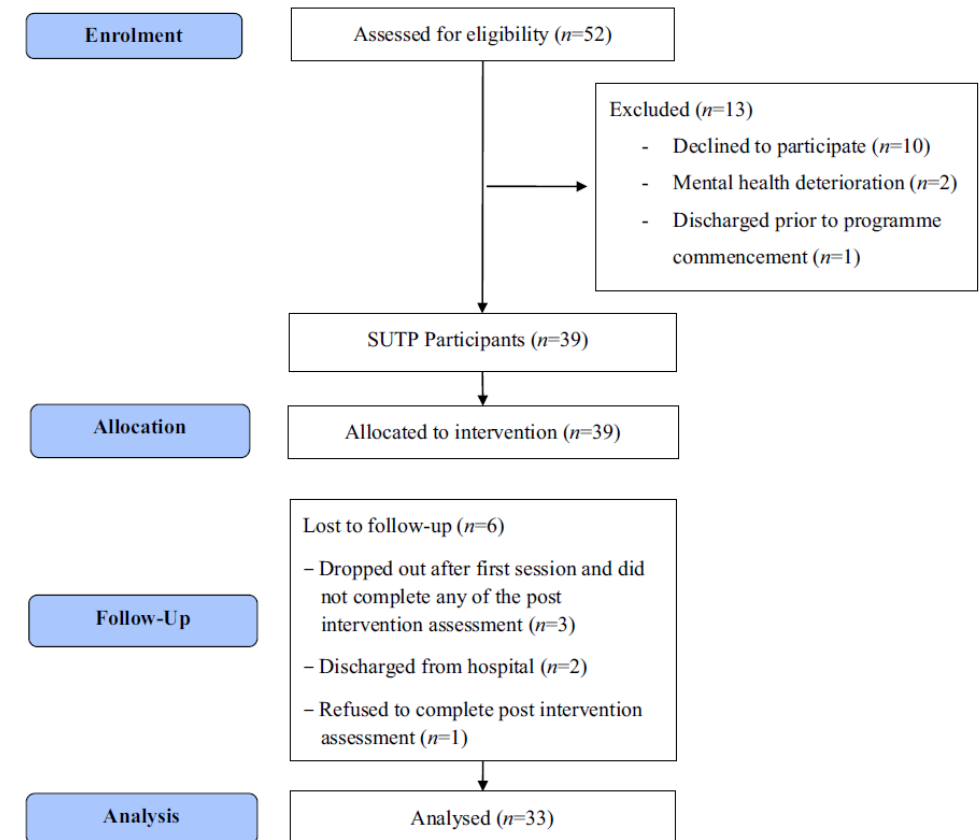
Méthode

Etude pilote non-controlé
NSW Secure Forensic Hospital – Sidney

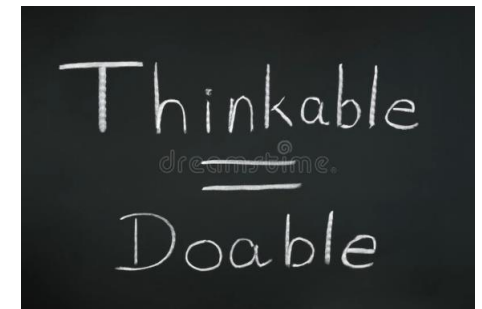
52 participants identifiés par les équipes soignantes
(>18 ans ; co-morbidité **utilisation de substances**,
état clinique)

39 retenus, assignés à 4 groupes SUTP

- Evaluations **pré-** et **post-traitement**
- (quantitatives et qualitatives)
- **Faisabilité, Acceptabilité et Efficacité préliminaire**
- Evaluations conduites par des intervenants **externes**



Mesures et résultats



FAISABILITÉ

- Adhésion au programme : **élevée** → 97,4 % (au moins 1 session)/ 61,5 % (toutes les sessions)
- Adhésion au follow-up : **élevée** → 84,6 % à l'évaluation post-traitement

- Motivation au traitement (pré-traitement)
Treatment Entry Questionnaire (TEQ-9) :

3 sous-échelles mesurant dans quel degré les **motivations** à entrer dans un traitement sont :
« identifiés », « introjectés », « externes »

→ moyenne pondérée plus élevée pour la **sous-échelle de motivation «identifié»**

Scores entre 3 et 21 (7-points Likert scale). « Identifié » M=14,54

Mesures et résultats

ACCEPTABILITÉ

- Satisfaction
- Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) : $M=28,6$ (taux de satisfaction élevé)
- Scores entre 8 et 32 (4-points Likert scale)

- Alliance thérapeutique
- Working Alliance Inventory (WAI-SF) : $M=69,13$ (bonne alliance thérapeutique)
- Scores entre 12 et 84 (7-points Likert scale)

- Investigations Qualitatives
- 6 questions ouvertes
- Aspects positifs/négatifs du SUTP



Mesures et résultats

EFFICACITÉ

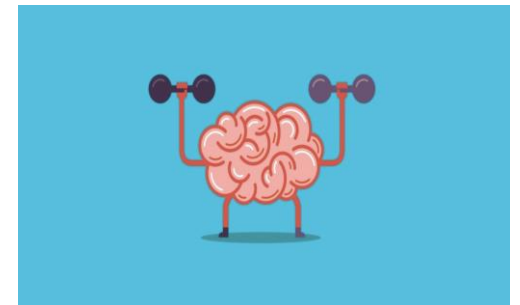
Evaluations pre- et post-traitement

- Niveau de confiance au maintien de l'abstinence
- Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-8)

- Capacité de contrôler la consommation (Locus de contrôle **interne** ou **externe**)
- Drug Related Locus of Control (DR-LOC)

- Levenson Multi-Dimensional Locus of Control Questionnaire (MD-LOC)
 - 3 sous-échelles mesurant dans quelle mesure le Locus de contrôle est :
 - « **Interne** », « **Dépendant des autres** », « **Dépendant du hasard** »

- Croyances autour du besoin de consommation
- Beliefs about Substance Use questionnaire (QSU)



Mesures et résultats

Measure	Baseline	Post-intervention	<i>p</i> value	Effect size
DTCQ-8, M (SD; <i>n</i>)	75.98 (23.29; 39)	80.97 (17.52; 31)	.364	<i>d</i> = 0.24
DR-LOC, Mdn (range; <i>n</i>)	1.13 (1.00–1.53; 37)	1.07 (1.00–1.27; 31)	< .001	<i>r</i> = 0.67
MD-LOC Internal, Mdn (range; <i>n</i>)	11.00 (0.00–32.00; 38)	40.00 (17.00–48.00; 31)	< .001	<i>r</i> = 0.86
MD-LOC Chance, M (SD; <i>n</i>)	23.68 (11.33; 38)	24.07 (10.41; 31)	.745	<i>d</i> = 0.04
MD-LOC Powerful others, M (SD; <i>n</i>)	22.94 (12.38; 35)	24.19 (11.74; 31)	.648	<i>d</i> = 0.10
BSU, Mdn (range; <i>n</i>)	42.00 (20.00–108.00; 39)	34.00 (20.00–76.00; 31)	.684	<i>r</i> = 0.07

p < .05

(DR-LOC) Locus de contrôle (externe/interne) : Locus de contrôle → interne

(MD-LOC) Locus de contrôle sous-échelle « interne » : augmentation

Conclusions

Les bons taux d'**adhérence** au programme et au **follow-up** soutiennent sa **faisabilité** dans un milieu médico-légal « high-security »

- Population typiquement réticent à l'engagement dans des programmes spécifiques (*Miles, 2015*)
- Difficultés dans l'engagement au SUTP majeures chez les nouveaux admis et ceux à des stades précoces du parcours de réhabilitation

Programme dont l'**acceptabilité** par les participants est démontrée par les hauts taux de **satisfaction** et par une bonne **alliance thérapeutique**

- Important car des hauts taux de satisfaction sont associés à des meilleures out-comes dans les différents programmes thérapeutiques (*Boden, 2009 ; Carlson, 2001*)
- L'alliance thérapeutique : résultats positifs pour un milieu de soins sous-contrainte (i.e. power imbalances)

Conclusions

Efficacité dans l'amélioration du « locus de contrôle »

- Locus de contrôle interne : majeure sens de responsabilité autour de l'utilisation de substances
- Patients plus à même de avancer vers des niveaux de sécurité inférieures (et puis en communauté)
- Garder l'abstinence où la disponibilité des substances augmente

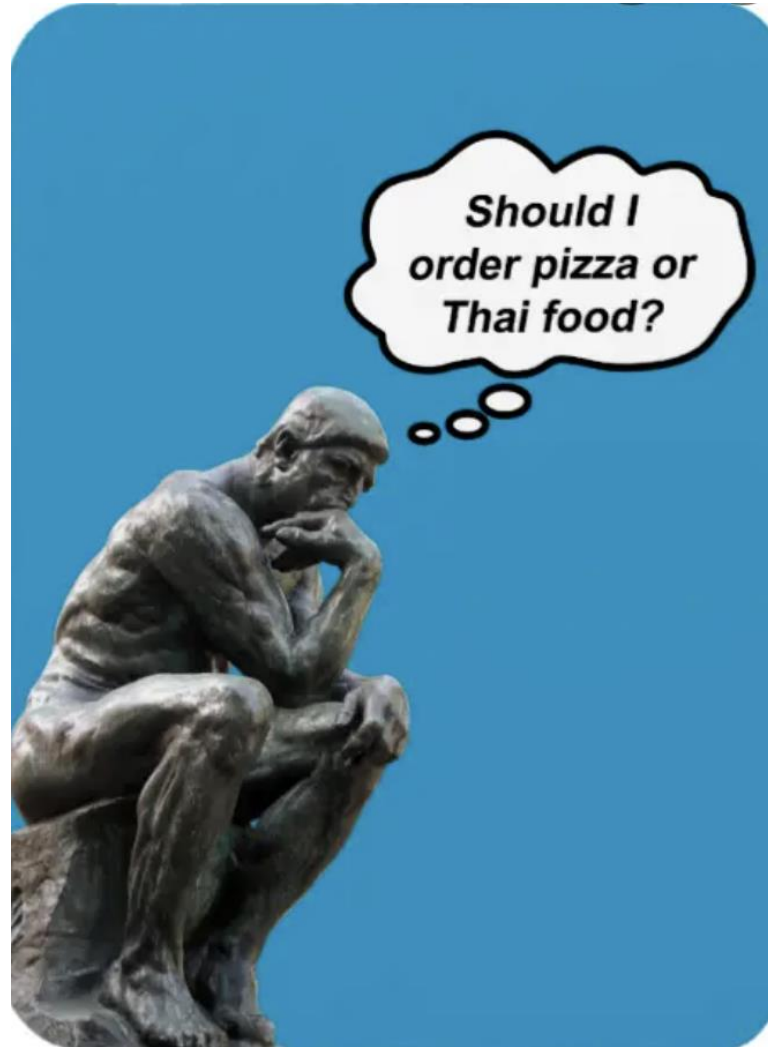


Limites

Characteristic	Statistic
Male gender, % (n)	82.1 (32)
Age, M (SD)	41.7 (11.09)
Australian born, % (n)	87.2 (34)
Aboriginal and Torres Strait Islander, % (n)	12.8 (5)
Primary mental health diagnosis	
Schizophrenia, % (n)	69.2 (27)
Schizoaffective disorder, % (n)	20.5 (8)
Other ¹ , % (n)	10.3 (4)
First drug used (n = 37)	
Alcohol, % (n)	86.5 (32)
Cannabis, % (n)	5.4 (2)
Benzodiazepines, % (n)	2.7 (1)
Meth/amphetamines, % (n)	2.7 (1)
Heroin, % (n)	2.7 (1)
Most recent use of alcohol or drug (n = 38)	
In current forensic hospital placement, % (n)	7.9 (3)
In custodial placement, % (n)	18.4 (7)
In the community, % (n)	73.7 (28)
Type of substance most recently used (n = 38)	
Alcohol, % (n)	47.4 (18)
Cannabis, % (n)	36.8 (14)
Ecstasy, % (n)	7.9 (3)
Meth/amphetamines, % (n)	36.8 (14)
Heroin, % (n)	5.3 (2)
Other opiates, % (n)	2.6 (1)
Main current drug of concern (n = 38)	
Alcohol, % (n)	39.5 (15)
Cannabis, % (n)	26.3 (10)
Meth/amphetamines, % (n)	26.3 (10)
Heroin, % (n)	5.3 (2)
Other opiates, % (n)	2.6 (1)

Ever sought treatment from a health professional or service for alcohol or other drug use (n = 37)	43.2 (16)
Age first sought treatment from a health professional or service ³ , M (SD)	22.8 (5.6)
Previously participated in the 'psychoeducational addressing substance use' group in the forensic hospital (n=39), % (n)	61.5 (24)
Previously participated in the 'psychoeducational addressing substance use' group in the forensic hospital (n = 39), % (n)	

- Nombres des participants
- Nécessité d'un modèle d'étude randomisé et contrôlé
-
- Besoin d'un follow-up plus longue
- Nécessité d'évaluer l'impact du transfert en milieu « medium- » et « low-security »



MERCI