

POLITIQUE SCIENTIFIQUE FEDERALE.

**ETUDE SUR L'EFFICACITE DES
PROGRAMMES DE TRAITEMENT
DE PATIENTS PRESENTANT UN
DOUBLE DIAGNOSTIC .**

Promoteur: Professeur B. Sabbe (Universiteit Antwerpen).

Chercheuse: B. De Wilde (Universiteit Antwerpen).

Octobre 2004.

L'année passée l'équipe de recherche a élaboré un protocole de recherche selon lequel le fonctionnement des patients présentant un double diagnostic, à savoir un problème lié aux substances et un trouble psychotique, peut être évalué¹. Les résultats de cette évaluation peuvent être trouvés dans le rapport « Etude sur l'efficacité des programmes de traitement de patients présentant un double diagnostic ».

A présent l'équipe de recherche discute les résultats préliminaires de seize patients présentant un double diagnostic. Les patients suivent tous un traitement résidentiel intégré à long terme. Leur traitement comprend une expertise des dangers pressants et un diagnostic approfondi, des entretiens motivationnels, une approche individuelle et de groupe, un traitement médicamenteux, des modules de psychoéducation et un volet social. Chaque patient a été évalué deux fois, c'est-à-dire au début de son traitement (X_0) et trois mois après le début de son traitement (X_1) (recherche non expérimental).

La plupart des patients (14 hommes et 2 femmes – âge : 29 ± 6 ans) n'ont pas de diplôme ni de travail (tableau 1). Avant de commencer leur traitement résidentiel intégré neuf patients habitaient dans leur propre maison, cinq patients vivaient dans un hôpital et un patient habitait dans une habitation protégée².

Tableau 1 : Enseignement et stade de l'emploi.

Enseignement	
Nombre de patients sans diplôme :	1
Nombre de patients qui ont fini l'enseignement primaire :	9
Nombre de patients qui ont fini l'enseignement secondaire :	4
Nombre de patients qui ont fini l'enseignement supérieur :	1
Stade de l'emploi.	
Nombre de patients qui travaillent à plein temps :	2
Nombre de patients qui travaillent à temps partiel :	1
Nombre de patients qui sont en chômage :	7
Nombre de patients qui sont invalides :	5

L'étude des résultats préliminaires nous montre que les scores du Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS, Overall & Gorham, 1962) et du Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS, Kay et coll., 1986) diminuent d'une manière significative ($t(15)_{BPRS} = 5,410$, $p < 0,001$ – $t(15)_{PANSS} = 5,128$, $p < 0,001$) (figure 1 – figure 2). Les symptômes psychiatriques deviennent donc moins importants.

¹ Voyez www.belspo.be/belspo/home/publ/pub_ostc/Drug/rDR05_nl.pdf

² Les données d'une personne nous manquent.

Symptômes psychiatriques.

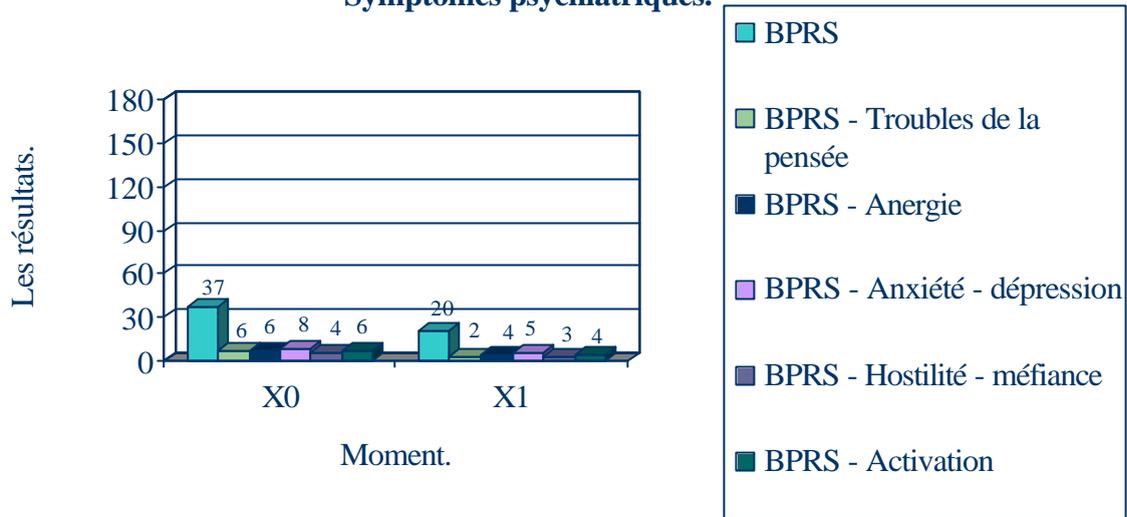


Figure 1: Les échelles du BPRS.

Symptômes psychotiques.

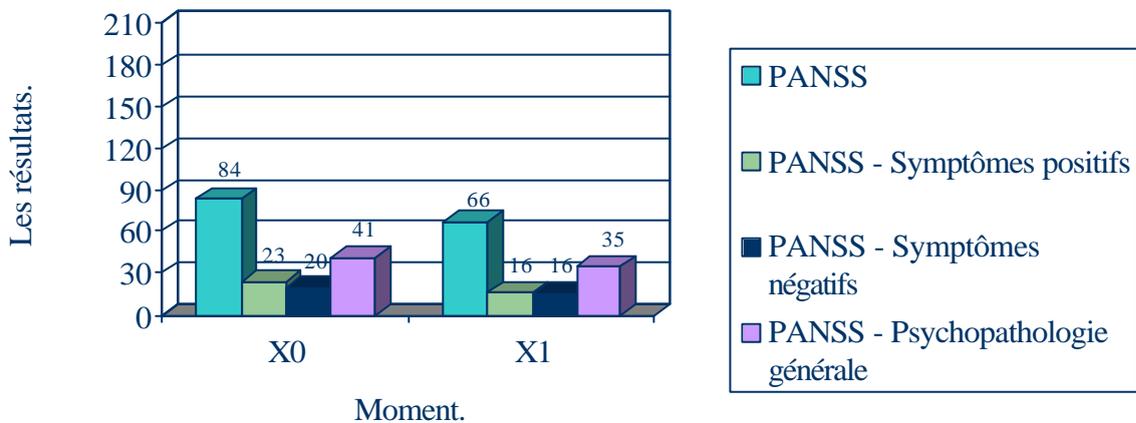


Figure 2: Les échelles du PANSS.

Les données concernant la consommation sont moins claires : les résultats sur l'Addiction Severity Index (ASI) nous montrent que la consommation ne change pas ($t(14)_{ASI\ Alcool} = 0,116$, ns – $t(14)_{ASI\ Drogue} = 1,494$, ns , McLellan et coll., 1980) tandis que les résultats sur l'Alcohol Use Scale (AUS, Drake et coll., 1990) et le Drug Use Scale (DUS, Drake et coll., 1990) nous montrent que la consommation de l'alcool et de la drogue diminue quand même ($T(15)_{AUS} = -1,857$, $p < 0,10$ – $T(15)_{DUS\ cannabis} = -1,770$, $p < 0,10$). La volonté de changement ne change pas ($T(7)_{RTQ\ alcool} = -0,577$, ns – $T(13)_{RTQ\ drogue} = 0,564$, ns – Readiness to Change Questionnaire (RTQ, Rollnick et coll., 1992)).

Les cliniciens estiment que le fonctionnement global des patients améliore ($t(15)_{\text{Global Assessment of Functioning Scale (GAF)}} = -4,691, p < 0,001$ – Goldman et coll., 1992) (figure 3).

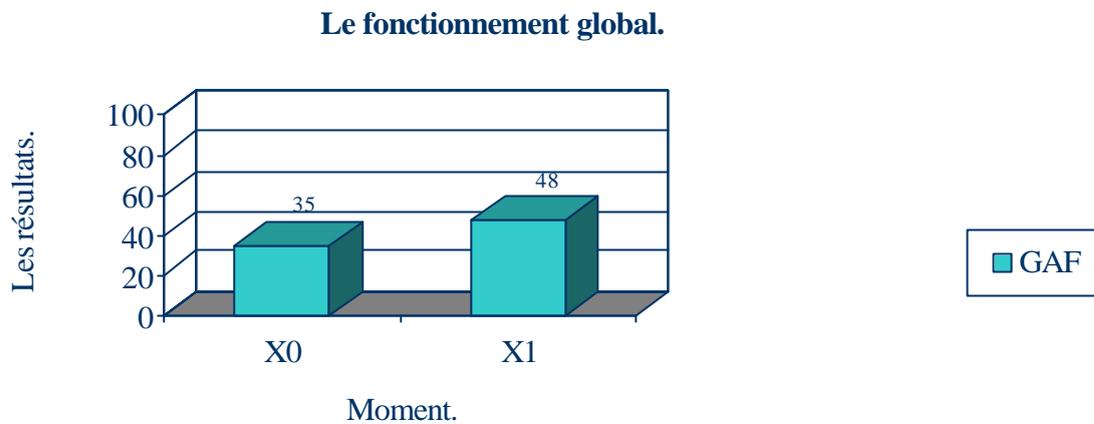


Figure 3 : le GAF.

Apparemment le traitement résidentiel intégré ne change pas vraiment la qualité de vie des patients (Schizophrenia Quality of Life Scale, SQLS, Wilkinson et coll., 2000) :

- $T(15)_{\text{SQLS qualité de vie}} = 1,624, \text{ ns.}$
- $T(15)_{\text{SQLS fonctionnement psychosocial}} = 1,970, p < 0,10.$
- $T(15)_{\text{SQLS motivation/énergie}} = -0,997, \text{ ns.}$
- $T(15)_{\text{SQLS symptômes/effets non désirés}} = 1,604, \text{ ns.}$

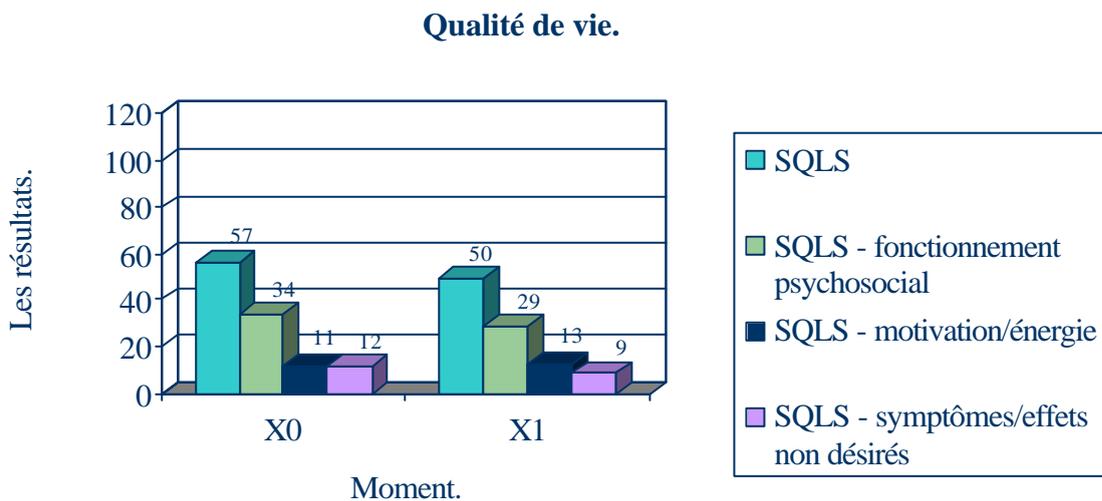


Figure 4 : Les échelles de l' SQLS.

Les résultats préliminaires nous montrent que les patients sont plus satisfaits de leur santé mentale après trois mois de traitement (Manchester Short Assessment of quality of life – T_{15} MANSAS = -3,020, $p < 0,005$).

Les chercheurs signalent que c'est impossible d'écrire des conclusions car les résultats ne sont que des résultats préliminaires. Ils estiment donc que c'est nécessaire d'inclure plus de patients présentant un double diagnostic (quarante patients qui suivent un traitement résidentiel intégré – quarante patients qui suivent un traitement résidentiel non intégré) et de faire plus de passations.

BIBLIOGRAPHIE.

1. Drake, R., E., Osher, F., C., Noordsy, D., L., Hurlbut, S., C., Teague, G., B., & Beaudett, M., S. (1990). Diagnosis of alcohol use disorders in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 16 (1), 57-67.
2. Goldman, H., H., Skodol, A., E., & Lave, T., R. (1992). Revising axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. *American journal of psychiatry*, 149 (9), 1148-1156.
3. Kay, S., R., Opler, L., A., & Fiszbein, A. (1986a). *Handleiding voor het scoren op de schaal voor positieve en negatieve symptomen*.
4. McLellan, A., T., Luborsky, L., & O'Brien, C., P. (1980). Improved diagnostic instrument for substance abuse patients: the addiction severity index. *Journal of nervous and mental disease*, 168, 26-33.
5. Overall, J., E., & Gorham, D., R. (1962). The brief psychiatric scale. *Psychological reports*, 10, 799-812.
6. Priebe, S. (1999). Application and results of the Manchester short assessment of quality of life (MANSAS). *International journal of social psychiatry*, 45 (1), 7-12.
7. Wilkinson, G., Hesdon, B., Wild, D., Cookson, R., Farina, C., Sharma, V., Fitzpatrick, R., & Jenkinson, C. (2000). Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: the SQLS. *British journal of psychiatry*, 177, 42-46.