

Santé mentale : améliorer l'alliance thérapeutique sans réduire les hospitalisations sous contrainte

Intérêt de plans de crise communs pour réduire les traitements sous contrainte chez les patients psychotiques : une étude randomisée

Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial

Thornicroft G, Farrelly S, Szumukler G, et al.

Lancet 2013;381:1634-41.

Mots-clés : Santé mentale - Internement d'un malade mental - Directives anticipées.

Contexte

Le nombre d'hospitalisations sous contrainte augmente. Rechercher l'avis des patients et la plus faible contrainte possible est souhaitable. Pour favoriser la détection précoce des symptômes, la prévention des rechutes, et impliquer le patient dans sa prise en charge, le « plan de crise commun » (PCC) a été mis en place. Il intègre les préférences du patient en cas d'urgence psychiatrique.

Objectif

Diminuer le nombre hospitalisations sans consentement, leur longueur et la contrainte.

Méthode

Etude comparative randomisée multicentrique en simple-aveugle.

Les patients ont été recrutés dans 64 centres en Angleterre entre Août 2008 et Mars 2010. Les patients, de plus de 16 ans, devaient avoir une pathologie psychiatrique récidivante, au moins une admission psychiatrique au cours des deux ans précédents et être enregistrés dans le programme de soins intégré communautaire. Les patients du groupe intervention (GI) avaient un premier entretien de présentation du PCC. Le deuxième entretien organisait le PCC avec le patient, tous les soignants, le facilitateur de l'étude et éventuellement les proches. Le PCC était édité, approuvé par le patient, et actualisé 9 mois plus tard. Les facilitateurs étaient formés et évalués. La fidélité à l'intervention et la qualité du plan étaient contrôlées. Le groupe contrôle (GC) recevait les soins usuels. Le critère principal était le nombre d'hospitalisations sous contrainte après 18 mois de suivi. Pour montrer une réduction de moitié du critère principal, avec une puissance de 90 %, chaque groupe devait inclure 270 patients. Les critères secondaires comprenaient les admissions volontaires, la durée de séjour, la qualité de l'alliance thérapeutique. Une analyse qualitative finale de tous les participants s'est focalisée sur la compréhension des résultats de l'étude.

Résultats

Les 64 équipes soignantes ont inclus 569 patients. La durée moyenne de suivi était de 557 jours et l'aveugle a été maintenu dans 93 % des cas. La fidélité à l'intervention était forte (86 %). Il y a eu 49 (18 %) hospitalisations sous contrainte dans le GI contre 56 (20 %) dans le GC (*odds ratio* = 0,90

[IC95 : [0,58–1,39], $p = 0,63$]). Les durées moyennes de séjour ne différaient pas. Pour les critères secondaires, aucune différence significative n'a été observée, en dehors du score d'alliance thérapeutique amélioré dans le groupe PCC. Les 12 focus groups ont regroupé 58 participants dont 35 patients, 22 coordinateurs de soin et 1 psychiatre. Les 37 entretiens ont concerné 16 psychiatres, 6 coordinateurs de soins, et 15 patients. L'analyse des données qualitatives suggérait que le PCC améliorait la vision de la relation thérapeutique par le patient, et que les cliniciens avaient une meilleure compréhension du patient. Le PCC était plus centré clinicien que patient, et ne favorisait pas ses choix. Le dispositif a semblé difficile à mettre en place pour tous et certains patients se sont plaints que leurs directives n'avaient pas été suivies.

Ce qui était connu

Un plan de crise commun facilite le soin aux patients psychiatriques par les équipes soignantes.

Ce que cet article apporte

Le plan de crise ne permet pas d'abaisser le nombre d'hospitalisations sous contrainte, probablement du fait qu'intégrer un soin centré sur le patient nécessite une formation spécifique.

Commentaires

Cette étude est tout à fait remarquable par le nombre de sujets inclus et la qualité de sa méthode. Elle bénéficie d'une analyse mixte, à la fois quantitative randomisée pour tester l'hypothèse, et qualitative, pour en comprendre les résultats. Il faut souligner l'effort d'avoir maintenu une analyse en aveugle face à la complexité de la prise en charge de patients psychiatriques lourds. Deux autres études laissaient présager des résultats positifs pour réduire les hospitalisations sous contrainte et améliorer la relation thérapeutique (1,2). Ici la négativité des résultats semble être expliquée par le changement important de paradigme que représente ce plan pour les soignants. Dans cette étude de nombreux patients se plaignaient de l'absence de mise en pratique des PCC : l'implication des cliniciens semble avoir été médiocre. Les analyses des études pilotes avec des soignants volontaires montraient une meilleure implication de ces soignants avec un sentiment de meilleur contrôle de la santé mentale des patients, et une réduction du nombre d'actes.

Sur le plan méthodologique, on peut douter de l'homogénéité du groupe : une stratification des patients selon les pathologies, ou des analyses en sous-groupes auraient pu être effectuées. Il est également étonnant de constater que les focus groups comprenaient patient et médecins, ce qui peut introduire un rapport dominant-dominé et fausser le recueil de données. Enfin, le critère de jugement principal rend cette étude plus « centrée économie de santé » que « centrée patient ». Son échec ne doit pas amener à l'abandon du PCC car il améliore la qualité de l'alliance thérapeutique, ce qui est un enjeu considérable et légitime dans le cadre de l'hospitalisation sous contrainte et de sa stigmatisation. En France, la loi du 5 juillet 2011 a reformé les modalités des soins psychiatriques définies dans le Code de la santé publique (3). Le généraliste est absent de ces dispositions, malgré les conseils de la HAS (4) alors que la création de groupements locaux de coordination (GLC) en santé mentale est encouragée dans les rapports ministériels (5). La procrastination, c'est aussi chez les politiques : les perdants sont les patients, et dans cette étude, ils le disent.

Julie Gilles de la Londe - UFR Paris 7

Références

1. Sutherby K, Szukler GL, Halpern A, et al. A study of 'Crisis cards' in a community psychiatric service. Acta Psychiatr Scand 1999;100:56-61.
2. Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szukler G. Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. BMJ 2004;329:136.
3. Journal Officiel de la République Française. Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Paris : JO ; 2011 :21.
4. Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie. Les courriers échangés entre Médecins Généralistes et Psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique. Paris, Septembre 2010.
5. COUTY E ; CECCHI-TENERINI R. Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie. Janvier 2009 <http://www.sante.gouv.fr/rapport-missions-et-organisation-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie.html>.