

Directives anticipées psychiatriques facilitées par des pairs intervenants auprès de personnes atteintes de maladie mentale : évaluation économique d'un essai contrôlé randomisé (étude DAiP)

Publié en ligne par Cambridge University Press: **25 avril 2023**

S. Loubière, A. Loundou, P. Auquieret A. Tinland



Table des matières

Abstrait

Vise

Notre objectif était d'évaluer le rapport coût-efficacité des directives anticipées psychiatriques (MAP) facilitées par les pairs travailleurs (PW-PAD) dans la prise en charge des patients atteints de troubles mentaux en France.

Méthode

Dans un essai contrôlé randomisé multicentrique prospectif, nous avons assigné au hasard des adultes atteints d'un manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition du diagnostic de schizophrénie, de trouble bipolaire I ou de troubles schizo-affectifs, qui ont été hospitalisés d'office au cours des 12 derniers mois, pour remplir un formulaire d'AOMI et rencontrer un pair travailleur pour obtenir de la facilitation ou recevoir les soins habituels. Nous avons évalué les différences de coûts sociétaux en euros (€) et d'années de vie ajustées en fonction de la qualité (QALY) sur un suivi d'un an afin d'estimer le rapport coût-efficacité incrémental de la stratégie PW-DAD. Nous avons effectué plusieurs analyses de sensibilité pour évaluer la robustesse de nos résultats.

Résultats

Parmi les 394 participants randomisés, 196 ont été assignés au groupe PW-PAD et 198 au groupe témoin. Les coûts des patients hospitalisés en psychiatrie étaient plus faibles dans le groupe PW-MAP que dans le groupe témoin (risque relatif, -0,22; intervalle de confiance à 95 %, [-0,33 à -0,11]; $P < 0,001$), et des économies cumulées sur 1 an ont été obtenues pour le groupe PW-PAD (différence moyenne, -4 286 € [-4 711 à -4 020]). Douze mois après la mise en œuvre du PW-PAD, nous avons observé une amélioration des utilités de santé (différence, 0,040 [0,003-0,077]; $P = 0,032$). Trois décès sont survenus. Les AVAQ étaient plus élevées dans le groupe PW-PAD (différence, 0,045 [0,040-0,046]). Dans toutes les analyses de sensibilité, compte tenu de l'incertitude d'échantillonnage et de la variation des variables unitaires, le PW-PAD resterait probablement une utilisation rentable des ressources.

Conclusion

PW-PAD était strictement dominant, c'est-à-dire moins coûteux et plus efficace que les soins habituels pour les personnes atteintes de maladie mentale.

Mots clés

économie de la santé santé mentale Autres techniques/traitements psychosociaux
Services psychiatriques Essais contrôlés randomisés

Type

Original Article

Informations

Épidémiologie et sciences psychiatriques, Volume 32, 2023 , e27

DOI: <https://doi.org/10.1017/S2045796023000197>

Creative Commons



Il s'agit d'un article en libre accès, distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), qui permet la réutilisation, la distribution et la reproduction sans restriction, à condition que l'article original soit correctement cité.

Droit d'auteur

© Le(s) auteur(s), 2023. Publié par Cambridge University Press.

Introduction

Le traitement et les soins involontaires sont courants et en augmentation dans les pays à revenu élevé, avec des variations selon les pays (Wasserman *et al.*, 2020). Les hospitalisations obligatoires, qu'elles soient associées ou non à d'autres mesures coercitives, sont des causes importantes de traumatismes et de résultats négatifs du traitement chez les personnes atteintes de troubles mentaux. Plusieurs études montrent que ces épisodes de privation de liberté constituent une expérience très négative (Nyttingnes *et al.*, 2016; Sibitz *et al.*, 2011), affectant la qualité de vie (Swanson *et coll.*, 2003), avec peu de preuves d'efficacité en termes d'état de santé, de fonctionnement social et d'utilisation des services (Hofmann *et al.*, 2022). Le coût global des hospitalisations obligatoires n'a guère été étudié (Venturini *et al.*, 2017).

Différents modèles d'interventions visant à réduire les admissions obligatoires ont été élaborés. Parmi ceux-ci, les directives anticipées psychiatriques (DAP) ou les plans conjoints de crise (PCE) sont des documents écrits qui permettent aux adultes atteints de maladie mentale et d'incapacité temporaire de prendre des décisions d'exprimer leur volonté et leurs préférences à l'avance, à appliquer si d'autres crises de santé mentale nuisent à leur capacité décisionnelle (Henderson *et coll.*, 2008).

Derrière cet objectif commun, les DAP et les PCC diffèrent de plusieurs façons, y compris leur force juridique ou avec qui ils sont remplis (Atkinson *et al.*, 2003). D'une part, la spécificité des AMP est qu'ils mettent l'accent sur le fait qu'il s'agit de documents légaux, d'autre part, les JCP mettent plutôt l'accent sur le fait qu'ils sont sur une convention signée par la personne, les professionnels de la santé et éventuellement les proches. Les auteurs ont mis en évidence de profondes différences dans la façon dont l'autonomie des personnes est représentée dans les JCP et les PAD: plus absolu pour les défenseurs des AMP et plus assisté pour les défenseurs des JCP (Ambrosini et Crocker, 2010). Malgré ces différences, les AMP et les JCP ont tellement en commun qu'ils sont systématiquement classés comme une intervention similaire et analysés ensemble dans des revues systématiques, qui les classent toutes parmi les interventions les plus efficaces pour réduire l'admission obligatoire (Barbui *et al.*, 2021; Bone *et coll.*, 2019; DeJong *et coll.*, 2016). Une méta-analyse a évalué que les AMP et les JCP réduisaient l'admission obligatoire de 25 % (Molyneaux *et coll.*, 2019).

Intrinsèquement, les DAP favorisent la participation et le dialogue des utilisateurs (Murray et Wortzel, 2019). Les avantages en termes d'autonomie des DAP n'étaient au départ que théoriques, mais ont progressivement gagné du terrain à mesure que des études ont

montré que les DAP améliorent la participation, la responsabilisation et la récupération des utilisateurs; l'alliance thérapeutique et l'intégration des soins, mais ces résultats positifs sont encore peu évidents (Nicaise *et al.*, 2013). Récemment, un essai contrôlé randomisé que nous avons mené a montré que les AAM facilitées par les pairs travailleurs étaient associées à moins de symptômes (ampleur de l'effet [intervalle de confiance à 95 %, IC] : -0,20 [-0,40 à 0,00]), à une plus grande autonomisation (0,30 [0,10 à 0,50]) et à une récupération plus élevée (0,44 [0,24 à 0,65]) par rapport au groupe témoin (Tinland *et coll.*, 2022).

Le modèle d'AAM que nous avons expérimenté dans cet essai a eu l'originalité d'être facilité par des pairs travailleurs, c'est-à-dire des personnes ayant des expériences personnelles de détresse mentale qui sont formées pour aider les utilisateurs à remplir leur déclaration d'AMM et à la partager avec leurs proches et les psychiatres. Nous avons observé que ce modèle d'AMAP était associé à une réduction significative de plus de 32 % de la proportion de personnes hospitalisées d'office (critère principal de notre essai) (Tinland *et al.*, 2022). Comme dans la méta-analyse de Molyneaux, nous avons trouvé un effet moins clair sur les hospitalisations volontaires et sur le nombre total d'hospitalisations. Ce dernier résultat soulève la question du rapport coût-efficacité des DAP facilitées par les pairs.

À notre connaissance, et malgré son importance sociétale, les interventions d'AOMI ont reçu peu d'attention en termes de coûts, et seulement deux des essais randomisés sur le sujet ont exploré ce paramètre, exclusivement au Royaume-Uni (Barrett *et al.*, 2013; Flood *et al.*, 2006), et la différence de coûts n'était pas significative. Bien qu'on compte son efficacité chez les personnes atteintes de maladie mentale, il n'est pas clair si la réduction des admissions obligatoires entraîne des économies de coûts ou un déplacement des soins vers des admissions non obligatoires équivalant à la même durée de séjour. L'objectif principal de cette étude était de mener une évaluation économique des directives préalables psychiatriques facilitées par les pairs (PW-PAD) dans le cadre d'un essai clinique longitudinal randomisé pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave.

Méthode

Conception de l'essai

L'étude DAiP (« Peer-Worker-Assisted Psychiatric Advance Directive ») était un essai contrôlé randomisé multicentrique mené dans sept établissements de santé mentale de trois villes de France (Lyon, Paris et Marseille) entre janvier 2019 et juin 2021. Quarante psychiatres traitants ont vérifié les critères d'admissibilité et orienté les participants admissibles vers

des assistants de recherche, qui ont validé les critères d'inclusion, obtenu un consentement écrit et mené des entretiens à l'inclusion, 6 et 12 mois. Selon le principe du « secteur », qui organise la plupart des soins psychiatriques publics en France depuis les années 1960, les psychiatres participants sont à la fois hospitalisés et ambulatoires (la même équipe assure la continuité). Seuls six d'entre eux étaient strictement ambulatoires. Tous les psychiatres de chaque établissement de santé mentale participant étaient pleinement informés de l'étude au moment de sa mise en œuvre. Aucune formation spéciale ou incitation n'a été donnée aux psychiatres participants. La période de suivi était de 12 mois après un recrutement de 18 mois.

L'étude a été enregistrée sur Clinicaltrials (NCT03630822). L'étude a été menée conformément à la sixième révision de la Déclaration d'Helsinki; Lignes directrices sur les bonnes pratiques cliniques et exigences réglementaires locales. L'essai a été approuvé par le comité d'éthique local (2018-A00146-49).

Population

Les critères d'inclusion étaient d'avoir plus de 18 ans; ayant déjà été admis d'office à l'hôpital au cours des 12 derniers mois; avec un diagnostic de schizophrénie, de trouble bipolaire I ou de troubles schizo-affectifs selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, critères de la cinquième édition; avec une capacité décisionnelle évaluée par un psychiatre selon l'outil d'évaluation des compétences MacArthur pour la recherche clinique (Appelbaum et Grisso, 1995) et auprès de l'assurance maladie du gouvernement français. Les critères d'exclusion incluaient le fait d'être considéré comme incapable de donner un consentement éclairé et d'être sous le plus haut niveau de tutelle. Au moment de l'inclusion, la plupart des participants ont reçu leur congé de l'hôpital; Néanmoins, quelques participants ont été inclus en tant que patients hospitalisés.

Randomisation

Les participants ont été répartis au hasard à l'aide d'un système Web selon un ratio de 1:1. Les cliniciens traitants, les participants et les assistants de recherche connaissaient le groupe de randomisation assigné.

Intervention group: PW-PAD

All PW-PAD participants received the PW-PAD document from research assistants, consisting of future treatment and support preference options, description of early signs of