



Abrégés de recherche

Méta-analyse sur les interventions contribuant à réduire les réadmissions après un congé psychiatrique hospitalier : données issues d'essais contrôlés randomisés

Pamela Obegu, M.Sc., M.P.H. & Marie-Josée Fleury, Ph.D.

Résumé

Si les réadmissions en psychiatrie sont fréquentes et lourdes de conséquences, les données probantes relatives aux interventions posthospitalières visant à les réduire demeurent mitigées. Cette méta-analyse a examiné les résultats d'essais contrôlés randomisés (RCT, randomized controlled trials) évaluant des interventions après une hospitalisation, telles que la gestion de cas, la coordination des soins, les plans de soins lors du congé médical et le soutien par les pairs, dispensées pendant et (ou) après le congé hospitalier. Nos résultats indiquent que, globalement, ces interventions ne réduisent pas significativement les réhospitalisations par rapport aux soins standards. Les analyses de sous-groupes suggèrent toutefois que les interventions mises en œuvre au cours du premier mois suivant la sortie de l'hôpital contribuent efficacement à réduire les réhospitalisations. Ces résultats soulignent la nécessité d'un soutien ciblé et adapté au cours du premier mois suivant la sortie de l'hôpital. En conclusion, la réhospitalisation a plus de chances d'être évitée lorsque le soutien est apporté en temps opportun et de manière suffisamment intensive pour les patients qui en ont le plus besoin.

Problématique et objectifs

Prévenir les réhospitalisations en psychiatrie est une priorité pour les patients, leurs familles, les cliniciens et les systèmes de santé. Un retour à l'hôpital peut en effet être dû à des besoins non satisfaits : ruptures de la continuité des soins, soutien limité, difficultés de réinsertion sociale, obstacles systémiques à un suivi ambulatoire rapide, etc. Des interventions posthospitalières ont été développées pour faciliter la transition entre les soins hospitaliers et les soins ambulatoires, réduire les réhospitalisations et améliorer l'état de santé mentale des patients. Cependant, les recensions de la littérature ont souvent combiné divers protocoles d'étude, types de patients et modèles d'intervention, laissant planer une incertitude quant à l'efficacité des interventions posthospitalières pour réduire les réhospitalisations. L'objectif principal de cette méta-analyse était d'évaluer si les interventions posthospitalières réduisent les réhospitalisations en psychiatrie par rapport aux soins habituels ou aux soins de routine. Un objectif secondaire était de synthétiser si ces interventions améliorent l'état de santé mentale des patients, leurs symptômes et leur fonctionnement, et si elles réduisent les comportements suicidaires, tout en reconnaissant que les méthodes visant à mesurer ces résultats varient considérablement d'une étude à l'autre. Afin de rendre les données probantes plus utiles à la planification des politiques et des services, nous avons également examiné si certaines caractéristiques des interventions étaient associées à de meilleurs résultats et si des aspects tels que la durée du soutien, la fréquence des contacts avec les patients et le moment où le soutien a débuté ont été pris en compte par rapport à l'obtention du congé hospitalier.



Méthodologie

Nous avons recensé les études de type RCT publiées entre janvier 2000 et décembre 2024 dans quatre bases de données (Ovid MEDLINE, Web of Science, Scopus et CINAHL). Les RCT fournissent une estimation plus rigoureuse de l'efficacité moyenne que divers types d'études combinant plusieurs méthodologies. Cette approche contribue également à expliquer les résultats parfois contradictoires observés précédemment, notamment en ce qui concerne les différences entre les types d'interventions mesurées, y compris leurs composantes, leur durée et leur fréquence. Les RCT inclus dans cette étude portaient sur des adultes ayant reçu leur congé d'un hôpital psychiatrique pour un trouble mental, y compris les troubles liés aux substances psychoactives. Les RCT menés dans des systèmes de santé à revenu élevé n'ont été inclus que pour améliorer la comparabilité des résultats. Les interventions devaient cibler la transition des soins hospitaliers vers les services ambulatoires, débutant pendant et (ou) après l'obtention du congé hospitalier. Les études s'intéressant principalement à la médication ont été exclues. Deux des autrices ont évalué indépendamment l'admissibilité des articles, les désaccords étant résolus par consensus avec la participation de la troisième autrice. Pour chaque RCT inclus, deux autrices ont extrait les informations relatives aux patients, à la description de l'intervention, à ses composantes et à sa mise en œuvre, ainsi qu'à la durée du suivi. Le risque de biais a été évalué à l'aide de l'outil Cochrane selon les domaines standards (randomisation, écarts par rapport aux interventions prévues, données manquantes, mesure des résultats et publication sélective). Étant donné l'hétérogénéité des modèles d'intervention et des populations à l'étude, un modèle à effets aléatoires (présenté sous forme de rapports de risque [RR] regroupés) a été utilisé. Des analyses de sous-groupes ont examiné l'influence des particularités des interventions testées (p. ex., des interventions plus courtes ou plus longues) et des modalités de mise en œuvre (p. ex., la fréquence des contacts entre intervenants et patients). Les résultats des variables d'effet, trop hétérogènes pour être regroupés, ont été présentés de manière descriptive.

Résultats clés

Cette étude est importante du fait que la période immédiatement suivant l'obtention du congé hospitalier constitue souvent une transition à haut risque, durant laquelle les patients gèrent encore leurs symptômes, peuvent avoir des changements de médication, adopter de nouvelles routines et présenter de nouveaux besoins (logement, revenus, transport), tout en essayant d'optimiser leur soutien ambulatoire. Si le suivi est retardé ou fragmenté, les patients sont à haut risque de retourner aux urgences ou d'être réhospitalisés même s'ils sont motivés à s'engager dans leurs soins. Les réhospitalisations sont influencées par des facteurs à la fois individuels et systémiques. Sur le plan individuel, le risque peut être plus élevé chez les patients présentant des symptômes plus graves, des comorbidités, des hospitalisations antérieures, un soutien social limité ou une situation de résidence ou financière précaire. Sur le plan systémique, les lacunes de prise en charge dans les soins primaires et le nombre limité de solutions en cas de crise peuvent accroître la probabilité de réhospitalisation. Comme ces facteurs varient d'un patient à l'autre, une intervention efficace pour un sous-groupe peut s'avérer peu bénéfique lorsqu'appliquée à l'ensemble des patients recevant leur congé hospitalier. Dans les hôpitaux et les services ambulatoires aux capacités limitées, il est essentiel de déterminer quels dispositifs de transition offrent le meilleur rapport coût-efficacité et à quel moment ils doivent être mis en œuvre.

L'analyse a porté sur 12 études de type RCT incluant 3 663 patients. Les interventions étaient regroupées en quatre grandes catégories : (i) gestion de cas, (ii) coordination des soins, (iii) plans de soins (outils de planification du congé hospitalier), (iv) soutien par les pairs. Certaines interventions étaient multicomposantes, c'est-à-dire qu'elles combinaient des éléments appartenant à plusieurs catégories. La mise en commun des résultats des 12 RCT n'a pas mis en évidence que les interventions posthospitalières réduisent significativement les réadmissions en psychiatrie par rapport aux soins standards (RR combiné = 0,96; IC à 95 % = 0,86-1,08; p = 0,52). Concrètement, cela signifie qu'en moyenne, tous contextes et modèles confondus, les patients ayant bénéficié de ces interventions ont été réadmis à des taux sensiblement similaires à ceux des patients recevant les soins standards ou de routine. L'analyse a révélé une hétérogénéité modérée ($I^2 = 50\%$), ce qui indique que les effets des



interventions variaient d'une étude à l'autre. Cette variabilité reflète probablement des différences dans les profils des patients (par exemple, en termes de diagnostics et de complexité clinique), dans la nature des soins standards propres à chaque contexte, et dans les modalités de mise en œuvre des interventions (intensité, durée, type de soutien : rendez-vous, orientation, gestion de crise, besoins psychosociaux plus importants, etc.). Cette variabilité peut également refléter des différences dans la capacité initiale des services (par exemple, la rapidité d'accès au suivi ambulatoire) et dans l'intensité ou la fréquence des soins reçus (contacts manqués, difficulté à maintenir l'engagement après la sortie, etc.). Nous n'avons pas décelé de preuves significatives de biais de publication à l'aide des méthodes statistiques standards, ce qui suggère que la tendance générale est peu susceptible d'être expliquée uniquement par la publication sélective de résultats positifs.

Les résultats indiquent qu'un soutien rapide au cours du mois suivant la sortie de l'hôpital, ciblé après l'obtention du congé hospitalier, semble constituer un facteur déterminant. Les analyses de sous-groupes ont suggéré que la durée de l'intervention pourrait être un facteur clé de son efficacité. Les interventions dispensées au cours du mois suivant la sortie étaient associées à une diminution des réadmissions (RR = 0,66; IC à 95 % = 0,51-0,85; $p < 0,01$). En revanche, ni la durée plus longue des interventions — qu'elles s'étendent de 2 à 3 mois ou de plus de 3 mois — ni le type d'intervention (gestion de cas, coordination des soins, plans de soins ou soutien par les pairs) n'étaient associés à une réduction des réadmissions. Une interprétation possible serait que les réadmissions les plus évitables se concentrent dans la période immédiatement suivant la sortie de l'hôpital, alors que les patients doivent gérer des changements de traitement, des fluctuations de leurs symptômes et des difficultés d'accès aux rendez-vous de suivi. Par conséquent, un soutien concentré pendant cette période pourrait être plus efficace qu'un soutien moins intensif, réparti sur une durée plus longue. Une tendance suggérant que des contacts fréquents ou quotidiens pourraient réduire les réadmissions a également été observée, bien que ce résultat n'ait pas atteint le seuil de signification statistique. Les résultats relatifs à l'état de santé mentale des patients, quant à eux, variaient trop d'une étude à l'autre pour permettre une analyse quantitative (notamment en raison de l'utilisation d'échelles de mesure et de délais de suivi différents). Parmi les études ayant rapporté des résultats sur l'état de santé mentale des patients, trois (sur 12) ont constaté des améliorations

significatives par rapport aux soins standards. Ces améliorations incluaient une réduction des comportements suicidaires et une amélioration des symptômes psychiatriques et (ou) du fonctionnement social.

Dans l'ensemble, ces résultats suggèrent que, bien que leurs effets moyens sur les réadmissions soient modestes, certaines interventions peuvent néanmoins apporter des bénéfices significatifs pour certains résultats ou certains groupes de patients, notamment lorsqu'un soutien intensif est mis en place rapidement après le congé hospitalier et que les composantes de l'intervention tiennent compte des besoins cliniques et psychosociaux des patients.

Conclusions et recommandations

L'analyse combinée des études suggère que les interventions posthospitalières, telles que conçues et mises en œuvre actuellement dans divers contextes, ne réduisent pas significativement les réadmissions en psychiatrie par rapport aux soins standards. Cela indique que le soutien suivant l'obtention du congé hospitalier est souvent trop général et que les approches standardisées peuvent s'avérer insuffisantes face à un phénomène complexe tel que la réadmission, laquelle est influencée par divers facteurs dont la gravité des symptômes, les comorbidités (y compris les maladies physiques), l'adhésion au traitement médicamenteux et au suivi, l'intensité de l'engagement, le soutien social, la stabilité financière et résidentielle, ainsi que la capacité des services ambulatoires à prendre rapidement en charge les crises. Un résultat clé et exploitable porte sur l'importance de la prise en charge du patient au cours du premier mois suivant sa sortie de l'hôpital, période où les patients sont particulièrement vulnérables. Les interventions dispensées dans les 30 jours suivant le congé hospitalier, période où la continuité des soins est particulièrement cruciale, ont été associées à une réduction des réadmissions dans les analyses par sous-groupes. Ces résultats plaident en faveur d'un accompagnement précoce et ciblé dès le début de la période posthospitalière, plutôt que d'une répartition d'efforts moins intensifs sur des périodes plus longues, sans bénéfice supplémentaire évident.



Pour les décideurs et les gestionnaires de services, ces résultats soutiennent trois pistes concrètes. Premièrement, privilégier des modèles de suivi posthospitalier offrant un soutien au cours du mois suivant la sortie de l'hôpital, avec une intensité suffisante pour répondre aux besoins urgents des patients (rendez-vous pris en temps opportun, planification des crises, accompagnement). Deuxièmement, adopter des approches ciblées fondées sur les profils et sous-groupes de patients (tenant compte, par exemple, de la complexité clinique, de l'utilisation récente des services et de l'organisation du suivi) plutôt que d'appliquer une approche de sortie uniforme pour tous les patients. Troisièmement, renforcer l'évaluation et la recherche en standardisant la description des interventions (composantes, intensité et fidélité) et en utilisant des mesures de résultats plus cohérentes, afin que les études futures puissent mieux identifier les interventions efficaces et mieux cibler les patients et les contextes d'intervention.

www.qualaxia.org

Référence - Article original :

Obegu, P., Laberge-Perrault, E., Fleury, M-J. (2025). Effectiveness of interventions after psychiatric hospitalization: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatric Services*. 1;76(12):1108-18. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20250201>