


Alliance Thérapeutique Entre Les Patients Hospitalisés En Psychiatrie De Secteur Et Les Infirmier(e)s Et Aide-Soignant(e)s: Une Etude Prospective, Observationnelle Et Transversale

The Canadian Journal of Psychiatry /
La Revue Canadienne de Psychiatrie
2022, Vol. 67(11) 855-864
© The Author(s) 2022
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/07067437221111377
TheCJP.ca | LaRCP.ca


Therapeutic alliance between sectorial psychiatry inpatients and nurses and aides: A prospective, observational and cross-sectional study

Jean-Manuel Morvillers, infirmier, PhD & HDR, cadre supérieur de santé¹ ,
Carine Roy, bio-statisticienne², Cédric Laouénan, médecin, PhD²
and Nathalie Goutté, PhD³

Abrégé

Contexte: L'alliance thérapeutique représente un objet très peu étudié quand il concerne les infirmiers et les soins prodigués par une équipe infirmière et dans le cadre de l'hospitalisation en soins aigus.

Objectif: L'objectif était d'étudier l'influence de facteurs sur l'alliance thérapeutique construite entre les infirmier(e)s et les aides-soignant(e)s et les patients adultes hospitalisés dans un service de soins aigus en psychiatrie générale de secteur.

Méthode: Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle et transversale utilisant une échelle de mesure de l'alliance thérapeutique. Le score d'alliance thérapeutique (AT) a été mesuré à l'aide de l'échelle STAR-P sur un échantillon de 240 patients.

Résultats: Le score moyen obtenu est de 33,4 ($\pm 7,8$) sur un score maximum théorique de 48. Le score global d'AT des patients âgés de 60 ans ou plus, est significativement plus élevé que celui des patients ayant entre 18 et 29 ans ($p = 0,021$). L'absence de suivi ambulatoire au cours des trois mois suivant la sortie d'hospitalisation n'est pas associée au score global d'AT ($p = 0,73$). Si les patients hospitalisés, quelques soit leurs troubles et les différentes formes de soins, sous obligation légale ou non, jugent plutôt bonne l'AT à l'issue de leur hospitalisation. Seuls des facteurs sociaux-démographiques comme, l'âge, les conditions d'hébergement (précaire ou durable), avoir ou non un emploi, vivre seul ou avec un partenaire influent sur l'AT et le suivi.

Conclusion: Les résultats convoquent les concepts d'anomie et d'attachement, qui semblent jouer un rôle important dans l'absence de suivi post-hospitalisation, ce qui indiquent la nécessaire approche globale des soins et une implication des professionnels de santé mais aussi du social où l'empathie doit trouver sa place.

Abstract

Background: Therapeutic alliance represents a rarely studied object when it relates to nurses and care provided by a nursing team in acute care hospitalization.

¹GHU Paris psychiatrie et neurosciences, Paris, France

²Département d'Epidémiologie, Biostatistiques et Recherche Clinique, Hôpital Bichat Claude Bernard, Paris

³Hôpital Paul Brousse -AP-HP. Inserm UMR 1193, Paris

Corresponding Author:

Jean-Manuel Morvillers, GHU Paris psychiatrie et neurosciences, Paris, France.

Email: jeanmanuel.morvillers@gmail.com

Objective: The objective was to study how factors might influence the therapeutic alliance built between nurses and aides and adult inpatients in an acute care unit of sectorial general psychiatry.

Method: This is a prospective, observational and cross-sectional study using a therapeutic alliance measurement scale. Therapeutic alliance (TA) score was measured with a STAR-P scale in a sample of 240 patients.

Results: The median score found is 33.4 (± 7.8) out of a maximum theoretical score of 48. The global score of TA in patients aged 60 years old or more is significantly higher than the score of patients between 18 and 29 years old ($p=0.021$). The lack of external follow-up in the three months after hospital release is not associated with TA global score ($p=0.73$). If inpatients, no matter what their diseases or types of care are, under legal obligation or not, consider their TA is rather good after their hospital stay. Only sociodemographic factors like age, housing conditions (insecure or sustainable), having a job or not, living alone or with a partner affect TA and follow-up.

Conclusion: Results evoke concepts of anomie and attachment, that seem to play an important role in the lack of follow-up after hospital stay, and indicate the mandatory global approach to care and an involvement of health professionals as well as social beings, where empathy must find its place.

Keywords

statistical methods, quality of care, mental health services, adult psychiatry, acute care, alliance thérapeutique, étude prospective, psychiatrie, patients hospitalisés

Introduction

L'Alliance Thérapeutique (AT) se définit comme « la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et son thérapeute pour accomplir les objectifs fixés ». ¹ Elle favoriserait les effets de la psychothérapie, et augmenterait l'observance du traitement médicamenteux. ²⁻⁴

Dans la littérature, l'AT est majoritairement abordée dans le contexte d'une relation duale entre un clinicien et un patient. Peu de publications explorent l'AT prodiguée par un groupe de soignants, ce qui est le cas lors d'une hospitalisation. Plus rares encore sont les publications qui rendent compte spécifiquement de l'AT entre les infirmiers et les patients. ^{5,6} Si certains infirmiers ¹ se réfèrent exclusivement au « relationnel thérapeutique » développé par H. Peplau ⁷ d'autres mettent en avant le concept d'AT. ⁸

Il a été montré que l'hospitalisation sans consentement en psychiatrie impacte de manière négative l'AT ⁵ même si Frank et Gunderson montrent que les 6 premiers mois auprès des personnes souffrant de troubles schizophréniques sont une période critique : seulement 29,8% ont pu établir une bonne AT durant cette période, les autres ne l'ont jamais développée par la suite. ⁹ Il est donc important de pouvoir objectiver les facteurs qui peuvent favoriser ou freiner la construction de l'AT au cours de l'hospitalisation avec les équipes qui sont au plus près des patients, à savoir les équipes infirmières et aides-soignants.

De différentes échelles de mesure de l'AT, *Scale to Assess Therapeutic Relationships* (STAR) élaborée par McGuire-Snieckus et coll. ¹⁰ présente l'avantage d'être adaptée à des cliniciens non médicaux comme les infirmiers. STAR est en fait composée de deux échelles : l'une doit être renseignée par le clinicien (STAR-C) et l'autre par le patient (STAR-P). Celle-ci a été pensée et validée dans le cadre d'un suivi ambulatoire mais des chercheurs l'ont utilisée en hospitalisation. ¹¹

McGuire-Snieckus et coll. précisent qu'elle est adaptée aux troubles psychiatriques dits « sévères ».

L'étude de Sweeney et coll. s'est intéressée à l'AT auprès des patients hospitalisés dans des unités de soins aigus. ¹¹ Les patients ont été amenés à renseigner STAR-P en prenant en compte leur soignant référent ou ceux avec lesquels ils considéraient avoir eu le plus d'interactions. Les résultats montrent une moyenne du score de 28.3 (27.1, 29.5) sur un score maximum de 48, soit un score supérieur à la moyenne théorique (24), tout en relevant que le vécu des patients, contraints légalement à l'hospitalisation, était qualifié par eux-mêmes comme mauvais du fait de la restriction de leurs libertés.

Les Facteurs Associés aux Scores D'AT Mesurés par L'échelle STAR-P

L'étude de Adnanes et coll. ¹² retrouve une association positive entre la qualité de vie (échelle QoL) et le score d'AT chez les patients présentant des troubles mentaux sévères par rapport à ceux qui n'ont pas de troubles mentaux sévères. Dans les deux groupes, la qualité de vie a été positivement associée à la cohabitation avec un tiers, un bon contact avec la famille et les amis et, une meilleure continuité des soins.

Sweeney et coll. montrent que l'âge et le sexe présentent des associations statistiquement significatives avec l'AT : chaque augmentation de 5 ans de l'âge du participant était associée à une augmentation du score, alors que le fait d'être une femme était associé à une réduction du score. ¹¹ Enfin, une relation négative entre le score d'AT et le score d'anxiété a été relevé par Lichtveld et coll. ¹³

Ces dernières recherches montrent d'une part qu'il existe des facteurs intrinsèques au patient qui influencent la construction de l'AT : âge, sexe, mode de vie sociale, etc. et d'autre part, liés au mode d'hospitalisation : volontaire, sous ordonnance de garde en établissement voire en unité

médico-légale, et probablement d'autres facteurs qui n'ont pas encore été étudiés sur un échantillon représentatif.

Par ailleurs, l'hospitalisation temps plein ayant vocation à proposer des soins pendant la phase aiguë, l'enjeu de l'AT qui s'y construit, est de favoriser l'observance après la sortie. Un des indicateurs de l'observance est l'inscription du patient dans un suivi ambulatoire qui est systématiquement proposé à la sortie de l'hospitalisation, que ce suivi soit inaugural ou qu'il s'agisse d'une reprise.

Notre hypothèse principale était que l'AT, construite au cours de l'hospitalisation avec les infirmiers et les aides-soignants, favorise le suivi ambulatoire post hospitalisation, considéré comme un indicateur de l'observance et qui est proposé systématiquement à la sortie pour chaque patient (circulaire du 15 mars 1960 en France et préconisations du rapport Bédard au Canada à partir de 1962).

Les hypothèses secondaires étaient d'évaluer si des facteurs associés à chacun des trois sous scores de l'échelle STAR-P : i) celui de la collaboration positive qui représente le reflet d'une compréhension, d'une ouverture et d'une confiance mutuelle entre le patient et l'équipe, ii) celui de l'apport positif du clinicien, qui se réfère aux capacités du clinicien à encourager, soutenir, écouter et comprendre le patient, iii) celui de l'apport non-coopératif du clinicien, qui se rapporte aux difficultés que le patient ressent dans le rapport avec l'équipe (ressenti d'autorité, d'impatience ou sentiment qu'on lui cache la vérité).

Méthodes

Population

Notre population est celle des patients hospitalisés au sein de 4 unités d'hospitalisation de psychiatrie adulte temps plein du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences. Ces unités sont destinées à accueillir des patients résidents sur 4 arrondissements du nord de Paris.

Le recrutement est mené de manière prospective dans les services d'hospitalisation. Nos critères d'inclusion comprennent tout patient de 18 ans et plus, hospitalisé à temps plein au sein de ces unités entre le 10/07/2015 et suivi jusqu'au 11/10/2017. Tous ont été informés oralement et avec une note d'information, et leur consentement a été recueilli. N'ont pas été inclus les patients s'étant opposés à participer à l'étude ou ceux pour lesquels le tuteur légal s'est opposé à la démarche ainsi que les patients présentant des troubles de perversion ou de paranoïa.

Déroulement de L'étude

En fin d'hospitalisation et, après recueil via le dossier informatisé du patient, des premières données sociodémographiques ainsi que du diagnostic médical, le patient a été invité à renseigner l'auto-questionnaire évaluant son AT avec l'échelle STAR-P. Celle-ci a été

traduite en français pour les besoins de l'étude selon la méthodologie de traduction et de validation transculturelle du questionnaire.¹⁴ Dans notre étude, seule l'échelle destinée au patient a donc été utilisée. Il n'a pas été retenu l'utilisation de l'échelle STAR-C à l'usage des soignants du fait qu'en hospitalisation nous avons affaire à un collectif et que cela nécessitait la désignation par le patient d'un seul membre de l'équipe soignante (choix de l'étude de Sweeney et coll.), ce qui semble entraîner des biais importants. Les consignes de remplissage ont été données à chaque sujet. Il était expressément fait mention par l'investigateur que, par « soignants » le sujet devait entendre exclusivement les infirmiers et les aides-soignants et que la qualité de la relation avec son médecin ne devait pas être prise en compte. L'auto-questionnaire, une fois complété, était remis à l'investigateur. Ce dernier ne devait pas avoir participé à la prise en soins du patient ni même appartenir à la même unité de soin.

À sa sortie de l'hospitalisation, chaque patient s'est également vu proposer un rendez-vous dans un Centre Médico-Psychologique (CMP) pour mettre en place un suivi, hormis ceux bénéficiant déjà d'un suivi spécialisé (addictologie) ou en libéral. Il a été considéré par le conseil scientifique de cette étude que la date du premier rendez-vous se situait généralement dans les 3 mois suivant la sortie d'hospitalisation, ce qui a déterminé la durée d'inclusion à 3 mois pour chaque sujet.

Critère D'évaluation Principal

Notre critère d'évaluation principal était le score d'AT renseigné par le patient, à l'aide de l'auto-questionnaire STAR-P. Cette échelle propose 12 items relatifs aux relations perçues par le patient avec les pourvoyeurs de soins non médicaux et cotés selon leur fréquence de 0 (« jamais ») à 4 (« toujours »), sauf pour les items 4, 7 et 9, pour lesquels la cotation est inversée.

Trois sous scores peuvent également être distingués :

- Le score de collaboration positive, reflet d'une compréhension, d'une ouverture et d'une confiance mutuelle entre le patient et l'équipe;
- Le score d'apport positif du clinicien, qui se réfère aux capacités du clinicien à encourager, soutenir, écouter et comprendre le patient;
- Le score d'apport non-coopératif du clinicien, qui se rapporte aux difficultés que le patient ressent dans le rapport avec l'équipe (ressenti d'autorité, d'impatience ou sentiment qu'on lui cache la vérité).

Critère D'évaluation Secondaire

Le critère d'évaluation secondaire était l'absence de suivi au CMP au cours des trois mois suivant la sortie d'hospitalisation.

Variables Explicatives

Les patients ont été décrits à partir des informations suivantes :

- Leurs caractéristiques socio-démographiques : âge, sexe, pays de naissance, statut marital, mode de vie, conditions d'hébergement, qualité des relations familiales, niveau de diplôme, statut professionnel, catégorie socio-professionnelle et existence ou non d'une mesure de protection des biens.
- Les diagnostics principaux de « troubles mentaux » et « les facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé », définis selon la Classification Internationale des Maladies 10^e version¹⁵ et respectivement codés avec les lettres F et Z.
- Leur parcours de prise en charge en psychiatrie : mode de placement, fréquence des hospitalisations, séjour en unité médico-légale, appelée en France Unité Pour Malades Difficiles (UMD), soins en chambre d'isolement ou participation régulière aux activités thérapeutiques.
- Le manque de personnel paramédical et médical ou la survenue d'un événement grave dans l'unité au décours de l'hospitalisation du patient ont également été recensées d'après l'avis des soignants du service.

Analyses Statistiques

Les données ont été décrites sous forme d'effectifs et de pourcentages pour les variables catégorielles, et sous forme de moyenne, déviation standard (Sd), médiane et intervalle inter-quartile (IQR) pour les variables quantitatives.

Les facteurs associés au score global d'AT et à chacun des sous-scores, obtenus par l'échelle STAR-P, ont d'abord été examinés dans le cadre d'une analyse univariée, en utilisant des tests de Student et des coefficients de corrélation de Pearson, ou à des tests de Mann-Whitney et des coefficients de corrélation de Spearman lorsque la normalité des distributions n'était pas vérifiée. Les variables significativement associées au score d'AT en analyse univariée ($p < 0.20$) ont ensuite été intégrées à un modèle de régression linéaire multivarié. Les variables centre, sexe et âge du patient, qui ont été catégorisées (18–29 ans, 30–59 ans et 60 ans et plus), susceptibles de jouer le rôle de facteurs de confusion, ont systématiquement été forcées dans les modèles finaux. Les autres variables incluses dans les modèles finaux ont été définies à partir d'une sélection de type *stepwise* au seuil de significativité de 5%. Les interactions de chaque variable avec le centre et l'âge, ont été testées.

L'identification des facteurs associés à l'absence de suivi en CMP au cours des trois mois suivant la sortie d'hospitalisation a fait l'objet d'une analyse univariée (tests de Chi² ou de Fisher pour la comparaison de variables catégorielles et des tests de Student ou de Mann-Whitney pour la comparaison de variables quantitatives) puis d'une analyse multivariée *via* un modèle de régression logistique, construit selon la méthodologie décrite précédemment.

Considerations Ethiques

Cette étude, dont l'acronyme est ATIASP, a fait l'objet d'une approbation par un Comité de Protection des Personnes qui revêt, en France, une équivalence à un comité d'éthique (CPP - numéro 2015 / 08NI). Le promoteur en est l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP). Elle a été enregistrée sur clinicaltrials.gov (NCT02768584).

Resultats

Description de L'échantillon (tableau 1 et 1 bis)

Deux cent quarante et un patients ont été inclus dans 4 centres du nord de Paris. Parmi eux, quatre (1,7%), bénéficiaient d'une mesure de protection des biens. L'âge a été catégorisé, la moyenne d'âge étant de 43,7 ans

Les troubles mentaux les plus représentés dans notre échantillon sont la schizophrénie, les troubles schizotypiques et troubles délirants (43,3%), ainsi que les troubles de l'humeur (35%) (tableau 1bis). Seuls 3,8% des patients inclus avaient un diagnostic principal ou associé de « santé pouvant être menacée par des conditions socio-économiques et psycho-sociales » (Z 55–65).

Près de la moitié des patients ont été admis en hospitalisation sans leur consentement. Pour un tiers, il s'agissait d'une première hospitalisation en psychiatrie, tandis que 12% étaient régulièrement hospitalisés (plus de 3 fois/an). Un quart des patients avait déjà été pris en soins en chambre d'isolement. Seulement 1,7% des patients avaient été hospitalisés en Unité pour Malade Difficile, c'est-à-dire relevant du domaine médico-légal. Pour plus de 20% des hospitalisations considérées, l'unité d'hospitalisation a été confrontée à une pénurie de personnel qui, dans 85% des cas, concernait le personnel infirmier. Un événement grave (suicide d'un autre patient, altercation violente), susceptible d'avoir eu un impact sur l'AT, est identifié dans 10% des situations.

Scores D'alliance Thérapeutique (tableau 2)

Le score global STAR-P est de 33,4 ($\pm 7,8$) en moyenne sur un maximum possible de 48. Le sous score qui concerne la collaboration vécue comme positive avec les soignants est de 15,6 ($\pm 5,0$), le score possible maximum étant de 24. Ce score rend compte de la qualité de la communication orientée vers l'atteinte des buts, l'ouverture des soignants et la confiance qu'ils inspirent.

Le score qui mesure l'aspect encourageant, bienveillant, aidant, à l'écoute et compréhensif des infirmiers est de 7,8 ($\pm 2,5$) sur un maximum possible de 12.

Le score d'apport non coopératif du soignant, réajusté du fait d'une cotation inversée pour ne pas impacter le score global, est de 9,9 ($\pm 2,3$) sur un maximum possible de 12. Il souligne ici que les soignants sont bien vécus comme coopératifs.

Tableau 1. Description des Principales Données D'inclusion.

		Total (N = 240)
Caracteristiques Socio-Demographiques		
Centre	N	240
	B	137 (57.1%)
	A	53 (22.1%)
	H	24 (10.0%)
	L	26 (10.8%)
Age	N	240
	Minimum/Maximum	21 / 83
	Médiane [IQR]	42.5 [31.5–55.0]
	Moyenne (std)	43.7 (14.4)
Lieu de naissance	N	240
	France	176 (73.6%)
	Autre	63 (26.4%)
Sexe	N	240
	Masculin	130 (54.2%)
	Féminin	110 (45.8%)
Statut marital	N	240
	Célibataire	157 (65.4%)
	Marié ou union de fait	43 (17.9%)
	Séparé ou divorcé	33 (13.8%)
	Veuf	7 (2.9%)
Mode de vie	N	240
	Seul	127 (52.9%)
	En Famille	90 (37.5%)
	Avec des amis	10 (4.2%)
	Dans un organisme Institutionnel	13 (5.4%)
Rapport du patient avec sa famille	N	240
	Données manquantes	0 (0.0%)
	Données renseignées	240
	Plutôt aidante	140 (58.3%)
	Neutre	41 (17.1%)
Diplôme le plus élevé obtenu	Absente	27 (11.3%)
	Conflictuelle	32 (13.3%)
	N	240
	Aucun	48 (20.1%)
	BEPC/CAP/BEP	57 (23.8%)
Statut professionnel actuel	Baccalauréat professionnel/général	43 (18.0%)
	Diplôme d'études supérieures	91 (38.1%)
	N	240
	Actif	71 (29.6%)
	Inactif	169 (70.4%)

Caractéristiques Associées au(x) Score(s) D'alliance Thérapeutique

Après ajustement sur le centre, le sexe, le statut marital et le statut professionnel actuel, le score global d'AT des patients âgés de 60 ans est significativement plus élevé que celui des patients ayant entre 18 et 29 ans ($p = 0,021$). Une association est retrouvée entre l'âge et le sous score de collaboration positive ($p = 0,05$), mais sans augmentation significative de ce score chez les personnes de 60 ans et plus ($p = 0,09$).

Les scores d'AT globale, d'apport positif et d'apport non coopératif (à cotation inversée) sont plus faibles chez les

personnes séparées, divorcées ou veuves, comparées aux personnes célibataires (tous les seuils de significativité sont inférieurs à 0.03).

Le score d'AT est diminué chez les personnes inactives ($p = 0,023$) et chez les personnes au chômage ($p = 0,034$) comparées aux personnes occupant un emploi. De manière intéressante, les personnes au chômage ont, en revanche, un score de collaboration positive plus élevé que les personnes occupant un emploi ($p = 0,034$).

Le statut professionnel est également associé au sous score d'apport positif ($p = 0,011$), bien que l'association inverse ne montre qu'une tendance avec l'inactivité ($p = 0,076$).

Tableau I bis. Description des Diagnostics Selon CIM 10.

DIAGNOSTIC PRINCIPAL		
Code du diagnostic principal selon la nomenclature CIM 10	N	240
F07 : Troubles de la personnalité et du comportement dus à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux		1 (0.4%)
F10 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives		22 (9.3%)
F20 : Schizophrénie, trouble schizothymiques et troubles délirants		104 (43.9%)
F30 : Troubles de l'humeur [affectifs]		78 (32.9%)
F40 : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes		10 (4.2%)
F60 : Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte		17 (7.2%)
F70 : Retard mental		2 (0.8%)
F84 : Troubles envahissants du développement		1 (0.4%)
Z : Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé		2 (0.8%)
Code du diagnostic associé selon la nomenclature CIM 10	N	240
Données manquantes		165 (68.8%)
Données renseignées		75
E : Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques		5 (6.7%)
F10 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives		23 (30.7%)
F30 : Troubles de l'humeur [affectifs]		8 (10.7%)
F40 : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes		2 (2.7%)
F60 : Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte		11 (14.7%)
F70 : Retard mental		2 (2.7%)
G : Maladies du système nerveux		2 (2.7%)
H80 : Maladies de l'oreille interne		1 (1.3%)
I : Maladies de l'appareil circulatoire		3 (4.0%)
J : Maladies de l'appareil respiratoire		1 (1.3%)
K : Maladies de l'appareil digestif		2 (2.7%)
L : Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané		1 (1.3%)
M : Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif		1 (1.3%)
R : Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs		1 (1.3%)
T : Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes		1 (1.3%)
X : Causes externes de morbidité et de mortalité		4 (5.3%)
Z : Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé		7 (9.3%)

D'autres caractéristiques ne sont pas significativement associées au score global d'AT mais à certains sous-scores en particulier.

- les patients pour lesquels un facteur influençant l'état de santé ou le motif de recours aux soins ayant été identifié (code Z) avait un score d'apport positif significativement plus faible;
- comparés aux autres patients, les patients souffrant de schizophrénie avaient un score d'apport non coopératif significativement diminué ($\beta = -1,0$; $SE = 0,3$; $p = 0,002$).

Le tableaux 3 présentent les déterminants associés aux scores d'AT.

Caractéristiques Associées à L'absence de Suivi en CMP

L'absence de suivi en CMP au cours des trois mois suivant leur sortie d'hospitalisation n'était pas associée au score global d'AT ($p = 0,73$) ou aux sous scores de collaboration

Tableau 2. Description des Scores D'alliance Thérapeutique.

		TOTAL (N = 240)
Remplissage de l'auto questionnaire STAR-P	N	240
	Données manquantes	0 (0.0%)
	Données renseignées	240
	Oui	240 (100.0%)
Type d'échelle STAR-P remplie	N	240
	Données manquantes	0 (0.0%)
	Données renseignées	240
	Avec infirmier / Aide-soignant référent	153 (63.8%)
	Sans infirmier / Aide-soignant référent	87 (36.3%)
Score total de STAR-P	N	240
	Données manquantes	10 (4.2%)
	Données renseignées	230
	Minimum / Maximum	7 / 48
	Médiane [IQR]	34.0 [29.0–39.0]
	Moyenne (std)	33.4 (7.8)
Score intermédiaire de l'échelle STAR-P : Collaboration positive	N	240
	Données manquantes	7 (2.9%)
	Données renseignées	233
	Minimum / Maximum	1 / 24
	Médiane [IQR]	16.0 [12.0–19.0]
	Moyenne (std)	15.6 (5.0)
Score intermédiaire de l'échelle STAR-P : Apport positif du clinicien	N	240
	Données manquantes	1 (0.4%)
	Données renseignées	239
	Minimum / Maximum	0 / 12
	Médiane [IQR]	8.0 [6.0–10.0]
	Moyenne (std)	7.8 (2.5)
Score intermédiaire de l'échelle STAR-P : Apport non-coopératif du clinicien	N	240
	Données manquantes	4 (1.7%)
	Données renseignées	236
	Minimum / Maximum	1 / 12
	Médiane [IQR]	10.0 [8.0–12.0]
	Moyenne (std)	9.9 (2.3)

positive ($p = 0,96$), d'apport positif du clinicien ($p = 0,55$) ou d'apport non coopératif du clinicien ($p = 0,79$). Toutefois, les personnes vivant avec des amis manquaient plus souvent leur rendez-vous (OR = 11,8 (IC95% 2,0–67,6); $p = 0,006$ - comparés aux personnes vivant seules et ce après ajustement sur le centre, le sexe et l'âge (cf. Tableau 3). Les patients sans domicile présentaient également un risque d'absence de suivi (OR = 18,9 (IC95% 3,4–105,5); $p = 0,001$) - comparés aux patients ayant un logement personnel), de même que les patients pour lesquels un facteur influençant l'état de santé ou le motif de recours aux soins a été identifié (OR = 12,6 (IC95% 1,8–87,9); $p = 0,011$).

Discussion

Le score global moyen obtenu avec l'échelle *STAR-P* est supérieure à la moyenne théorique de 9,4 (33,4 exactement alors que le score moyen théorique est de 24) ce qui laisse supposer que l'AT, objectivé à la fin de l'hospitalisation, est généralement de bonne qualité. Cette moyenne est même supérieure à celle obtenue dans des services similaires tels que dans l'étude de Sweeney et coll. et confirme également l'influence de l'avancée en âge en faveur de l'AT.¹¹

De plus, la pathologie, le sexe, le fait d'avoir séjourné en chambre d'isolement, ou un centre en particulier ne montrent pas de différence statistiquement significative, et ce,

Tableau 3. Facteurs Associés à L'absence de Poursuite de la Prise en Charge en Ambulatoire Après la Sortie D'hospitalisation.

N = 208	Odds ratio ajustés (IC 95%)	P-value
Centre :		0.96
B	I	-
A	1.07 (0.32–3.53)	0.91
H	1.01 (0.19–5.34)	0.99
L	1.52 (0.34–6.77)	0.58
Age :		0.31
18–29 ans	I	-
30–59 ans	2.56 (0.77–8.51)	0.12
60 ans et +	<0.01 (<0.01–>0.99)	0.97
Sexe :		
Masculin	I	-
Féminin	0.52 (0.19–1.42)	0.20
Mode de vie :		0.41
Seul	I	-
En Famille	2.45 (0.79–7.61)	0.12
Avec des amis	11.75 (2.04–67.56)	0.005
Dans un organisme Institutionnel	2.46 (0.29–20.75)	0.41
Condition d'hébergement :		0.003
A son logement personnel	I	-
Est hébergé, résident ou à l'hôtel	1.05 (0.35–3.19)	0.93
N'a pas de logement	18.86 (3.37–105.50)	0.001
Diagnostic principal ou associé Z (facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé)		
Non	I	-
Oui	12.58 (1.80–87.91)	0.01

contrairement à l'hypothèse de Laconi et coll.¹⁶ Le score ne dépend pas davantage d'une équipe infirmière spécifique à un des sites, ce qui laisse supposer que les équipes infirmières disposent d'un socle commun de compétences en matière d'AT.

Les différents statuts sociaux semblent jouer un rôle dans la construction de l'AT, le fait d'être en emploi ou pas, amène des scores différents, le mode d'hébergement également. Les éléments les plus significatifs sont en fait des indicateurs à caractères essentiellement sociologiques. Ainsi la non-venue au CMP dans les 3 mois qui suivent la sortie de l'hospitalisation semble surtout marquée pour les sujets socialement marginalisés et n'ayant pas d'attaches sociales suffisantes. « L'hébergement chez des amis »; « être sans domicile fixe » ou encore « vivre dans la précarité sociale » ne sont pas des facteurs favorisant l'inscription dans les soins, ni peut être même l'inscription dans un bassin de vie donné. Ce constat semble renforcé par le groupe des 60 ans ou plus, où il apparaît clairement que le lien social et l'inscription dans les soins répondent cette fois-ci de manière constructive. Adnanes et coll. opèrent le même constat lorsqu'ils montrent qu'AT, qualité de vie et vie sociale sont liées chez les personnes présentant des troubles mentaux sévères.¹²

Ces constats amènent à revenir d'une part, sur le concept d'anomie développé par Durkheim¹⁷ et, d'autre part, sur celui d'attachement.

Durkheim montre que la vie en société, quand le cadre et les règles (*nomos*) sont admis et partagés par les individus qui la composent, présente un aspect protecteur pour l'individu. Dans le cas contraire d'anomie (*a-nomos*), la santé physique et psychique des individus est mise à mal voire amène au suicide. Phénomène particulièrement saillant chez les autochtones d'Amérique¹⁸ mais aussi chez d'autres groupes ethniques dans le monde.¹⁹

Par ailleurs, il est reconnu que les troubles mentaux attaquent la construction des liens sociaux, empêchent leur épanouissement. Au point même où les proches baissent les bras. Les personnes présentant des troubles mentaux sont menacées d'anomie, non pas par un phénomène d'acculturation mais du fait de l'externalisation, bruyante ou non, de leurs troubles.

Concernant l'attachement, Bowlby,²⁰ à la suite des travaux de K. Lorenz (1903–1989), montre qu'un lien d'attachement carencé peut avoir des conséquences sur le développement normal de l'enfant et sa vie sociale future. De plus, il a été noté que l'attachement et l'AT ont des points en communs²¹ comme la confiance, l'encouragement, l'aide. Ce qui est important puisque le style d'attachement influe sur l'adhésion aux soins²² et comme l'a souligné Freud,²³ le processus d'attachement au thérapeute est essentiel. Ce qui souligne à nouveau le rôle des affects dans les soins avec notamment l'empathie et l'implication des professionnels.²⁴

Les soins en santé mentale doivent par conséquent mener vers un « portage social » étayé par différents professionnels impliqués.²⁵

Limites

Il n'a pas été relevé de manière systématique le nombre d'oppositions à participer à cette étude. L'expérience de l'investigateur principal montre que celles-ci sont tout à fait minimales (estimation à moins de 5% sur l'ensemble des 4 centres).

Conclusion

Cette étude démontre que les patients hospitalisés jugent l'AT satisfaisante à très satisfaisante vis-à-vis des professionnels de santé que sont les infirmiers et les aides-soignants. Cependant, les troubles mentaux sévères, s'ils ne freinent pas la possibilité d'une AT, n'amènent pas une inscription dans un suivi pour les personnes dont le parcours est émaillé de ruptures sociales. Cela confirme la nécessité d'une prise en soin globale pour ces derniers où observance et inclusion sociale vont de pair. L'implication des personnels de santé, dans leur ensemble, apparaît alors requise, ce qui nécessite de laisser la possibilité à l'empathie de s'exprimer. Il serait intéressant pour les recherches futures de se centrer sur les histoires de vie afin de comparer les stratégies développées par ceux qui ont réussi, malgré leurs troubles, à maintenir ce lien social traduisant une meilleure adhésion aux soins. Il serait également intéressant de vérifier l'observance du traitement psychotrope, notamment les traitements à effet prolongé, et mesurer son influence sur la qualité de l'AT.

Une étude ancillaire concernant la population spécifique des patients de 60 ans ou plus sera menée.

Conflit D'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec cet article.

Declaration of Conflicting Interests

The authors declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Financements

Cette recherche a été financée dans le cadre du Programme Hospitalier de Recherche Infirmier et Paramédical par la Direction générale de l'offre de soin français (2013).

Funding

The authors disclosed receipt of the following financial support for the research, authorship, and/or publication of this article: This work was supported by the Direction Générale de l'offre de Soins (grant number 103.000 euros).

Remerciements

A tous les co-investigateurs de l'étude. Au Dr Mylène Charre pour sa relecture.

ORCID iD

Jean-Manuel Morvillers  <https://orcid.org/0000-0002-5990-9169>

Supplemental material

Supplemental material for this article is available online.

Notes

1. Lire partout infirmiers et infirmières
2. Lire partout infirmiers et aides-soignants

References

1. Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspect Psy.* 2010;49(4): 317–326.
2. Luborsky L, Mc Lellan AT, Woody GE, et al. Therapist success and its determinants. *Arch Gen Psychiatry.* 1985 Jun;42(6): 602–611.
3. Belmas V. L'alliance thérapeutique approche clinique auprès de 70 patients hospitalisés en psychiatrie. Université de Toulouse. 1995;3:130. pages.
4. Hsieh WL, Yeh ST, Liv WI, et al. Improving medication adherence in community-dwelling patients with schizophrenia through therapeutic alliance and medication attitude: a serial multiple mediation model. *Patient Prefer Adherence.* 2022 Apr;16:1017–1026.
5. Clément M, Verdon C, Robichaud F, et al. Les conditions favorables à la relation infirmière-patient : le contexte de l'hospitalisation involontaire lors d'un premier épisode psychotique. *Sci Nurs Health Pract – Sci Infirm Prat En Santé [Internet].* 2018 Dec 20 [cited 2022 Apr 20];1(2). Available from: <https://id.erudit.org/iderudit/1076412ar>.
6. Lessard-Deschênes C, Goulet M. The therapeutic relationship in the context of involuntary treatment orders: the perspective of nurses and patients. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2022 Apr;29(2):287–296.
7. Peplau HE. Interpersonal relations. In *Nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing.* New-York: Springer Publishing Company; 1952:357.
8. Zugai JS, Stein-Parbury J, Roche M. Therapeutic alliance in mental health nursing: an evolutionary concept analysis. *Issues Ment Health Nurs.* 2015 Apr 3;36(4):249–257.
9. Frank AF, Gunderson JG. The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Relationship to course and outcome. *Arch Gen Psychiatry.* 1990 Mar;47(3):228–236.
10. McGuire-Snieckus R, McCabe R, Catty J, et al. A new scale to assess the therapeutic relationship in community mental health care: STAR. *Psychol Med.* 2007 Jan;37(1):85–95.
11. Sweeney A, Famy S, Nolan F, et al. The relationship between therapeutic alliance and service user satisfaction in mental health inpatient wards and crisis house alternatives: a cross-

- sectional study. McInnis MG, editor. PLoS One. 2014 Jul 10;9(7):e100153.
12. Ådnanes M, Kalseth J, Ose S, et al. Quality of life and service satisfaction in outpatients with severe or non-severe mental illness diagnoses. *Qual Life Res.* 2019 Mar;28(3):713–724.
 13. Lichtveld MY, Shankar A, Mundorf C, et al. Measuring the developing therapeutic relationship between pregnant women and community health workers over the course of the pregnancy in a study intervention. *J Community Health.* 2016 Dec;41(6):1167–1176.
 14. van de Vijver F, Tanzer NK. Bias and equivalence in cross-cultural assessment: an overview. *Eur Rev Appl Psychol.* 2004 Jun;54(2):119–135.
 15. OMS. CIM 10. OMS; 1992.
 16. Laconi S, Caihol L, Poucel L, et al. Relation entre mécanismes de défense et alliance thérapeutique. *L'Encéphale.* 2015 Oct;41(5):429–434.
 17. Durkheim É. *Le suicide étude de sociologie.* Paris: Presses universitaires de France; 1930.
 18. Lalibert A. Un modèle écologique pour mieux comprendre le suicide chez les Autochtones une tude exploratoire. [thèse]. [Ottawa]: Library and Archives Canada = Bibliothèque et Archives Canada; 2008.
 19. Teymoori A, Jetten J, Bastian B, et al. Revisiting the measurement of anomie. Eriksson K, editor. PLoS One. 2016 Jul 6;11(7):e0158370.
 20. Bowlby J. *Attachment and loss.* New York: Basic Books; 1969.
 21. Adshead G. Psychiatric staff as attachment figures. Understanding management problems in psychiatric services in the light of attachment theory. *Br J Psychiatry.* 1998 Jan 1;172(1):64–69.
 22. Adams GC, Wrath AJ, Meng X. The relationship between adult attachment and mental health care utilization: a systematic review. *Can J Psychiatry.* 2018 Oct;63(10):651–660.
 23. Freud S. *Le début du traitement.* 1992nd ed. Paris: PUF; 1913.
 24. Gourevitch R. Comment améliorer l'observance chez le patient souffrant de schizophrénie ? *L'Encéphale.* 2006 Oct;32(5):929–930.
 25. Arveiller JP, Corteel C. Articulation entre champ sanitaire et champ social face aux personnes en situation d'exclusion sociale. *Vie Soc.* 2007;1(1):59.