

Hes·so
Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale
Fachhochschule Westschweiz
University of Applied Sciences and Arts
Western Switzerland

Réseau Santé
RÉGION LAUSANNE

La Source.
Institut et Haute
Ecole de la Santé

CHUV

Congrès ASI 2017, SI- L'esprit d'initiative

**Le plan de crise
conjoint, une aide à
la décision**

**Résultats préliminaires
de l'étude Pratiques et
Contenus du PCC**

P. Ferrari
ISC, PCO, DP-CHUV & ME HEdS La Source
P. Lequin
ICLS PGE, DP-CHUV, Lausanne

Qu'est-ce qu'un plan de crise conjoint?

Visionnement du film de présentation

https://vod.infomaniak.com/redirect/hauteecoledela-santlasourc_1_vod/pcc-38518/mp4-226/2016_pcc-trailer_v2.mp4

Définition du PCC

- **Plan d'action anticipé** pour prévenir et gérer une crise, **élaboré conjointement** entre l'utilisateur, les professionnels, voire les proches
- Le PCC définit **les modalités d'interventions pratiques** en cas de crise, les soins et traitements souhaités et ceux à éviter
- **Forme récente de processus de décision partagée**, le rôle de chacun étant négocié en amont de la crise à partir des expériences passées
- Soutient le **processus de rétablissement**



PCC et Directives Anticipées (DA)

- PCC et DA font partie des déclarations anticipées
- **Contrairement aux DA, le PCC:**
 - n'a **pas de valeur légale**
 - peut être élaboré dans des **phases précoces** des troubles psychiatriques
 - définit les mesures pratiques à prendre et préférence en termes de soins et traitements dès les premiers signes avant-coureurs de la crise, soit **en amont d'une éventuelle perte de capacité de discernement**



Impacts du PCC identifiés selon la littérature

- **Pour les usagers** : + connaissance/contrôle de soi et de la maladie, + motivation à poursuivre le traitement, + alliance thérapeutique, + diminution de la perception de la contrainte
- **Pour les professionnels** : + adhérence au traitement + alliance thérapeutique, - des rapport de forces soignants – patients (attitude partenaliste)
- **Economique** : tendance à un impact positif sur les coûts



L'implantation du PCC dans le canton de Vaud: un impératif éthique majeur

- **Directive interne** du Service de psychiatrie générale d'élaborer un PCC de façon systématique à la sortie de l'hôpital
- **Recommandations d'implantation du PCC dans la filière psychiatrique cantonale**
- Le canton de Vaud figure parmi **les plus prescriptifs en matière de PLFA**
- Mise en évidence d'une **difficulté à promouvoir le principe d'autodétermination** des usagers augmentant leur **vécu de contrainte** lors d'une orientation en institution à la sortie de l'hôpital



Problématique

Malgré les recommandations d'implantation et données probantes issues de la littérature:

- Le PCC **peine à être implanté** sur le territoire
- Le PCC est encore **peu connu et diffusé**. Il est à l'heure actuelle davantage le fait **d'initiatives éparses et individuelles**
- Le PCC, tel qu'il est aujourd'hui, reste **davantage « orienté institution de soins » que réel outil d'empowerment des usagers au service de sa trajectoire de soins**



Etude PCPCC: objectifs & Méthodologie

- Explorer qualitativement et quantitativement la pratique du PCC dans divers milieux et programmes de soins du canton de Vaud
- Méthodologie mixte, recours à Nvivo & SPSS

Contenus

- **Décrire et analyser les contenus** : thématiques, fréquences, cohérence et qualité des informations
- **Identifier les variables** institutionnelles, cliniques, sociodémographiques et légales **qui influencent** les contenus et la pratique
- Rétrospectif sur dossier

Pratiques

- **Décrire l'intervention** et les compétences requises tant pour les usagers que pour les professionnels ou les proches
- Mesurer et décrire la fréquence d'utilisation
- Identifier l'utilité et la pertinence perçue, les plus-values, les limites et la faisabilité
- Entretien semi-structuré



Recrutement & échantillon

- Echantillonnage raisonné à variation maximale

Contexte		PCC (nb)	Entretiens (nb)		
			Professionnels	Usagers	Proches
Hospitalier		50	4	4	2-4
		50	1	1	1
Extra-hospitalier	Ambulatoire	20	1	1	1
	Hébergement	50	1	1	1
			1	1	1
			1	1	1
OSAD	20	3	3	1-3	
Echantillon total		190	12	12	8-12

« Un partenariat entre moi et mon réseau »

Plan de Crise Conjoint

numéro (nom):

Etude PCPCC: Résultats préliminaires

description de la situation qui a motivé la prise en compte (symptômes, antécédents)

Qu'est-ce qui peut vous amener à une situation qui vous dépasse ?

Comment cela se manifeste-t-il concrètement pour vous ? (pensées, réactions physiques, comportements)

Quels sont les signes qui apparaissent selon vous et votre entourage ?

Et comment les gérez-vous concrètement ? (moyens de prise en charge)

Quelles stratégies personnelles ou avec votre entourage proche utilisez-vous lorsque ces signes apparaissent ? (moyens de diminuer le stress)

A qui pouvez-vous demander de l'aide dans votre entourage (proches et professionnels) ? (Nom, Prénom, tél, rôle) :

En situation de crise, comment souhaiteriez-vous que les soins et traitements soient adaptés ? (fréquence des rendez-vous, médication, recours aux urgences)

En situation de crise, quels soins ou traitements souhaiteriez-vous éviter ? Raisons ? Quelles sont les alternatives ?

Mesures concrètes à prendre en situation de crise pour préserver votre environnement (courrier, garde d'enfants, animaux, domicile, travail)

Logo de l'Université de Lausanne et de l'Université de Fribourg

Prévalence PCC à la sortie de l'hôpital

Depuis 2010, introduction du PCC de façon systématique le dans le programme CMT (3.2 EPT)

- En 2016, 149 patients suivis par le CMT, 127 ont un PCC, soit 85% d'entre eux

Depuis 2015, injonction de la direction du PGE d'élaboration de PCC systématique à la sortie de l'hôpital

- 1021 patients hospitalisés au PGE à Cery en 2016
 - 221 ont élaborés un PCC, soit 21.6%
 - de ces 221, 12.4% sont le fruit de l'intervention CMT

Elaborer des PCC à la sortie de l'hôpital est faisable, MAIS... pose la question de l'indication systématique au vu de la faible prévalence:

Quels sont les obstacles dans ce contexte précis: temporalité?, formation?, manque d'accompagnement dans le changement de culture?, question de compétences? → à investiguer dans les entretiens

Tableau 4

Fréquence des contenus thématiques principaux des PCC

Thématique	Fréquence N = 100	Qualité N = 20 (score moyen/3)
Sujet	98 %	2.85
Suivi actuel	91 %	2.2
Facteurs déclencheurs	93 %	1.95
Manifestations	95 %	2.45
Stratégies	98 %	2.5
Personnes ressources	97 %	2.1
En cas de crise, TTT de préférence?	82 %	1.8
En cas de crise TTT à éviter?	70 %	1.65
Préservation de l'environnement	82 %	1.8
Date	58 %	1.95
Signature	59 %	
Patient		1.5
Autre		0.9

Verbatims soins et traitements à éviter en cas de crise

- Ce qui revient le plus fréquemment sont les références à la contrainte, comme la « chambre de soins intensifs », « les injections », « les PLAFA », l'intervention de la police »
- Viennent ensuite les « injections », puis certains « médicaments » spécifiques ou avec une allusion au dosage
- En dernier lieu des références à certains types de comportements laissant supposer qu'ils ont été présents
- Parfois les raisons d'éviter telles ou telles interventions sont évoquées, parfois aussi des alternatives proposées



Verbatims soins et traitements à éviter en cas de crise: contraintes

« La chambre de soins intensifs avec injections de neuroleptiques serait la pire des choses vu que je perçois ce traitement comme de la torture »;

«Contention (attaches ou chambre de soins intensifs) qui me procurent beaucoup d'angoisses. J'aimerais bénéficier en premier recours d'injection en cas d'agitation».

« Je souhaite éviter l'intervention de la police dans la mesure du possible, car je trouve cela très humiliant et violent »

« Hospitalisation sous PLAFA → car c'est dur de se dire que c'est quelqu'un qui décide pour nous de ce qui est bon ».

« Eviter d'être hospitalisé, car j'ai un sentiment de prison »; « Eviter les hospitalisations ! Longues particulièrement car elles sont délétères »; « Etre hospitalisé sans mon accord, je ne voudrais plus revivre ça. Il faudrait me parler avant de m'hospitaliser sans mon accord. Me dire ce qu'on veut faire de moi »

« D'abord éviter l'hospitalisation → entretien avec le SIM »; « Privilégier, au cas où, un centre de jour »

Verbatims soins et traitements à éviter en cas de crise: traitements

- « Injection i/m. Alternative : médication per os adaptée »
- « Les injections, c'est trop intrusif. Prendre un médicament oral ».
- « Je ne souhaite pas recevoir une médication imposée. Je désire que mon traitement soit avalisé avec mon médecin traitant à l'extérieur, mais dans tous les cas, je ne veux absolument pas recevoir de l'Haldol ni du Clopixol ni du Seroquel ni du Temesta car je suis intolérante à ces médicaments ».
- « Comme traitement le clopixol me convient, mais je souhaite le prendre à court terme et reprendre ma médication habituelle le plus rapidement possible »; « Le Solian ne convient pas au long terme, mais pour la crise »
- « Surdosage médicamenteux : je ne veux pas être un légume »; « Je souhaite éviter de me retrouver apathique en raison de prises de neuroleptiques à hautes doses »



Verbatims soins et traitements à éviter en cas de crise: attitudes

- « De l'agressivité envers moi »
- « Ne pas être considéré que comme un alcoolique »
- « Je ne souhaite pas une hospitalisation trop longue, et que les soignants aient une bonne attitude envers moi ».
- « Si la chambre de soins intensifs est nécessaire je veux qu'on puisse me laisser le temps et ne pas me brusquer. Cela également pour la médication. Me proposer une médication orale et dans la mesure du possible me laisser du temps d'y réfléchir ».
- « Lui laisser une marge de manœuvre (pas trop envahissant) »
- « Pas lui forcer à changer de décision »



Tableau 1
Comparaison des variables sociodémographiques des patients avec et sans PCC à la sortie de l'hôpital de Cery_2016

	Total N = 1021	Avec PCC N = 130 (12.7%)	Sans PCC N = 891 (87.3%)	Statistique	p- valeur
Institution, % (N)	99.6 (1017)			$\chi^2 (2) = 0.118$.943
PGMH	27.0 (275)	26.9 (35)	27.1 (240)		
PGHH	28.0 (285)	29.2 (38)	27.8 (247)		
PGEH	44.9 (457)	43.8 (57)	45.1 (400)		
Age M (SD)	40.4 (12.67)	41.3 (12.2)	39.6 (13.1)	t(1019) = 1.49	.351
Homme, % (N)	52.5 (536)	42.3 (55)	54.0 (481)	$\chi^2 (1) = 6.203$.013*
Situation familiale, % (N)	98.2 (1003)			$\chi^2 (2) = 3.715$.156
Célibataire	57.7 (589)	52.3 (68)	59.7 (521)		
En couple/ marié/pacsé	18.8 (189)	24.6 (32)	18.0 (157)		
Séparé/divorcé/ veuf	22.4 (225)	23.1 (30)	22.3 (195)		
Suisse, % (N)	53.3 (544)	68.5 (89)	51.1 (455)	$\chi^2 (1) = 13.791$	<.001*
Europe de l'ouest, % (N)	74.8 (764)	83.1 (108)	73.6 (656)	$\chi^2 (1) = 5.381$.020*
Niveau d'éducation, % (N)	46.3 (473)			$\chi^2 (5) = 5.436$.365
Aucune scol./ form.	12.7 (60)	7.1 (6)	6.06 (54)		
Scolarité obligatoire	21.8 (103)	21.4 (18)	21.9 (85)		
Apprentissage/école prof.	35.1 (166)	34.5 (29)	35.2 (137)		
Maturité/ études sec.	6.1 (29)	4.8 (4)	6.4 (25)		
HES/ Uni	24.4 (115)	32.2 (27)	22.6 (88)		
Statut professionnel, % (N)	72.0 (735)			$\chi^2 (2) = 13.046$.001*
Economie libre/ form.	25.4 (187)	38.1 (43)	23.2 (144)		
Rien (RI-chômage)	37.6 (276)	36.3 (41)	37.8 (235)		
Rente/ réa/ travail prot.	37.0 (272)	25.7 (29)	39.1 (243)		
Lieu de vie, % (N)	85.7 (875)			Fisher	<.001*
Seul	26.2 (229)	34.4 (43)	24.8 (186)		
Ménage privé à plusieurs	40.2 (352)	51.2 (64)	38.4 (288)		
EPS	19.3 (169)	10.4 (13)	20.8 (156)		
SDF	2.54 (26)	0.8 (1)	3.3 (25)		
Autre	9.69 (99)	3.2 (4)	12.7 (95)		

Tableau 2
Comparaison des variables cliniques et légales des patients avec PCC et sans PCC à la sortie de l'hôpital de Cery_2016

	Total N = 1021	Avec PCC N = 130 (12.7%)	Sans PCC N = 891 (87.3%)	Statistique	p- valeur
Mode admission	98.9 (1010)			Fisher	.377
Volontaire	61.1 (617)	63.8 (83)	60.7 (534)		
PLAFA médical	36.9 (373)	35.4 (46)	37.2 (327)		
PLAFA judiciaire	2.0 (20)	0.8 (1)	2.2 (19)		
Aucun repr. légal	75.6 (649)	85.2 (104)	73.9 (545)	$\chi^2 (1) = 7.233$.007*
Diag principal	88.7 (906)			Fisher	<.001*
Tr. mentaux et du cpt	7.9 (72)	3.1 (4)	8.7 (68)		
Tr. psychotiques	33.1 (300)	27.6 (35)	34.0 (265)		
Tr. De l'humeur	29.0 (263)	47.2 (60)	26.1 (203)		
Tr. Anxieux	12.8 (116)	11.8 (15)	13.0 (101)		
Tr. personnalité	12.5 (113)	9.4 (12)	13.0 (101)		
Autre diag psy	3.8 (34)	0.8 (1)	4.2 (33)		
Autre diag soma	0.9 (8)	0.0 (0)	1.0 (8)		
Comorb SUD	9.5 (97)	7.7 (10)	9.8 (87)	$\chi^2 (1) = 0.566$.452
Comorb SOMA	2.4 (24)	2.3 (3)	2.4 (21)	Fisher	1.000
Hosp unique	23.0 (235)	22.3 (29)	23.1 (206)	$\chi^2 (1) = 0.042$.837
HUI	3.3 (34)	3.1 (4)	3.4 (30)	Fisher	1.000

Conclusions

- Bon taux de « remplissage » des rubriques du PCC, sauf signature et date: accord des parties?, directivité des professionnels?, finalisation?, banalisation de son importance?, valeur accordée au PCC?
- Intérêt majeur de l'ajout « stratégies »
- La qualité des informations méritent d'être travaillée → rendre le PCC applicable
- Les contenus des PCC sont adéquats contrairement aux préjugés issus de la littérature que peuvent avoir les professionnels
- Problème et défi majeur : diffusion, stockage, accessibilité et mise à jour des PCC



Conclusions

- Les injonctions et variables institutionnelles semblent avoir un impact sur la prévalence des PCC
- Le sexe, la nationalité, le statut professionnel et le lieu de vie, le diagnostic et le fait d'avoir un représentant légal sont d'autres variables ayant un impact sur la prévalence des PCC → à questionner dans les entretiens?, biais PCC CMT?, ce d'autant plus que ce sont les hommes avec un diagnostic de troubles psychotiques, sous curatelle et dans les lieux de vie institutionnels qui sont les plus susceptibles de bénéficier des impacts positifs du PCC en terme de diminution de contrainte.
- Le mode et le nombre d'admissions, le niveau d'éducation n'ont pas d'impact sur la prévalence des PCC



Avec nos remerciements

Equipe recherche

Requérant principal: P. Ferrari, ISC PCO DP-CHUV & ME HEdS ELS;
Collaborateurs scientifiques: P. Lequin, ICLS PGE DP-CHUV; P. Golay, Psychologue & C. Besse, Psychiatre PCO DP-CHUV; M.Milovan, Assistante de recherche, ELS

Comité de pilotage

M. Chinet (RSRL), A. Roman (SASH-filière cantonale), T- Brutto –Koller (OSAD couronne lausannoise), R. Philippoz (PGE), S. El-Ghanami (PGE), S. Morandi (PCO)

Comité scientifique

J. Favrod, (LER SMP HEdS La Source); C. Bonsack (PCO, DP-CHUV); P. Conus (PGE, DP-CHUV); M. Hansford (Fondation du Levant, Obs psy +); M. Israël (GRAAP); J. Dubouchet (ProMente Sana); A. Leroy (L'Îlot); I. McCluskey (Re-Pairs); C. Mock (GRAAP)

Partenaires terrain

DP-CHUV: PGE, PCO (CMT & RESSORT); Fondation Bois-Gentil; Fondation du Levant; Fondation Béthel; Fondation du Rôtillon; les CMS de l'APREMADOL, de l'APROMAD et de la FSL

Bibliographie

- Barrett, B., et al. (2013). "Randomised controlled trial of joint crisis plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: economic outcomes." *PLoS One* 8(11): e74210.
- Bartolomei, J., et al. (2012). "le plan de crise conjoint: familles, patients et soignants ensemble face à la crise." *Schweizer Archiv für Neurologie uen Psychiatrie* 163(2): 58-64.
- Borschmann, R., et al. (2013). "Joint crisis plans for people with borderline personality disorder: feasibility and outcomes in a randomised controlled trial." *Br J Psychiatry* 202(5): 357-364.
- Campbell, L. A. and S. R. Kisely (2009). "Advance treatment directives for people with severe mental illness." *Cochrane Database Syst Rev*(1): Cd005963.
- Drozdek, D. (2008). "[Advanced directives in psychiatry. Challenge in partnership. Partnership]." *Krankenpfl Soins Infirm* 101(9): 56-59.
- Farrelly, S., et al. (2014). "What service users with psychotic disorders want in a mental health crisis or relapse: thematic analysis of joint crisis plans." *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 49(10): 1609-1617.
- Farrelly, S., et al. (2015). "Improving Therapeutic Relationships: Joint Crisis Planning for Individuals With Psychotic Disorders." *Qual Health Res* 25(12): 1637-1647.
- Flood, C., et al. (2006). "Joint crisis plans for people with psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial." *Bmi* 333(7571): 729.
- Gay, C. and P. Motte (2012). "Un plan d'action en cas de crise." *Santé Mentale* 167: 62-66.
- Henderson, C., et al. (2004). "Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial." *Bmi* 329(7458): 136.
- Henderson, C., et al. (2009). "Views of service users and providers on joint crisis plans: single blind randomized controlled trial." *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 44(5): 369-376
- Henderson, C., et al. (2009). "From psychiatric advance directives to the joint crisis plan." *Psychiatr Serv* 60(10): 1390-1391.
- Henderson, C., et al. (2008). "A typology of advance statements in mental health care." *Psychiatr Serv* 59(1): 63-71.
- Khazaal, Y., et al. (2014). "Psychiatric advance directives, a possible way to overcome coercion and promote empowerment." *Front Public Health* 2: 37.
- Kisely, S. (2005). "A joint crisis plan negotiated with mental health staff significantly reduces compulsory admission and treatment in people with severe mental illness." *Evidence-Based Mental Health* 8(1): 17-17.

- Radenbach, K., et al. (2014). "Joint crisis plans and psychiatric advance directives in German psychiatric practice." J Med Ethics **40**(5): 343-345.
- Ruchlewska, A., et al. (2016). "Determinants of Completion and Use of Psychiatric Advance Statements in Mental Health Care in the Netherlands." Psychiatr Serv: appips201400495.
- Ruchlewska, A., et al. (2009). "The effects of crisis plans for patients with psychotic and bipolar disorders: a randomised controlled trial." BMC Psychiatry, **9**: 41.
- Ruchlewska, A., et al. (2014). "Crisis plans facilitated by patient advocates are better than those drawn up by clinicians: results from an RCT." Adm Policy Ment Health **41**(2): 220-227.
- Ruchlewska, A., et al. (2014). "Effect of crisis plans on admissions and emergency visits: a randomized controlled trial." PLoS One **9**(3): e91882.
- Scheyett, A. M., et al. (2007). "Psychiatric advance directives: a tool for consumer empowerment and recovery." Psychiatr Rehabil J **31**(1): 70-75.
- Srebnik, D. S. and J. Russo (2007). "Consistency of psychiatric crisis care with advance directive instructions." Psychiatr Serv **58**(9): 1157-1163.
- Srebnik, D. S. R., LT; Peto, T; Russo, J; Zick, E; Jaffe, C; Holtzheimer, P (2005). "The content and clinical utility of psychiatric advance directives."«
- Sutherby, K. (1999). "A study of crisis cards in a community psychiatric service."«
- Sutherby, K. and G. Szmukler (1998). "Crisis cards and self-help crisis initiatives." Psychiatric Bulletin **22**(1): 4-7.
- Tansella, M., et al. (2014). "Lessons from community mental health to drive implementation in health care systems for people with long-term conditions." Int J Environ Res Public Health **11**(5): 4714-4728.
- Thornicroft, G., et al. (2010). "CRIMSON [CRisis plan IMpact: Subjective and Objective coercion and eNgagement] protocol: a randomised controlled trial of joint crisis plans to reduce compulsory treatment of people with psychosis." Trials **11**: 102.
- Thornicroft, G., et al. (2013). "Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial." Lancet **381**(9878): 1634-1641.
- van der Ham, A. J., et al. (2013). "The implementation of psychiatric advance directives: experiences from a Dutch crisis card initiative." Psychiatr Rehabil J **36**(2): 119-121.
- Williams, T. M., et al. (2014). "Evaluating the introduction of joint crisis plans into routine clinical practice in four community mental health services." Australas Psychiatry **22**(5): 476-480.
- Zelle (2015). "Advance directives in mental health care_ evidence, challenges and promise."