Etude des Pratiques et Contenus du Plan de Crise Conjoint
Résultats préliminaires

P. Ferrari[1,2], C. Besse[1], P. Lequin[3], P. Golay[1,3], M. Milovan[2], P. Conus[3], C. Bonsack[1].

[1] Service de psychiatrie communautaire, DP-CHUV, Suisse ; [2] Haute Ecole de Santé La Source, Suisse ; [3] Service de psychiatrie générale, DP-CHUV, Suisse

Contexte général

- Evolution des pratiques professionnelles dans le sens du partenariat
- Persistance de la culture du paternalisme et de la directivité selon les usagers
- Préférence accrue des usagers de la psychiatrie à participer à un processus de décision partagée en comparaison des usagers de la médecine somatique
- Instauration de processus de décision partagée considérée comme un impératif éthique
- Le PCC est une forme récente et innovante de processus de décision partagée qui permet de:
  - Diminuer la contrainte perçue, les ré-hospitalisations et les coûts de prise en charge
  - Renforcer l'alliance thérapeutique, le contrôle de soi et de la maladie, l'adhérence au traitement
  - Modifier les rapports de force entre soignants et usagers

Contexte local

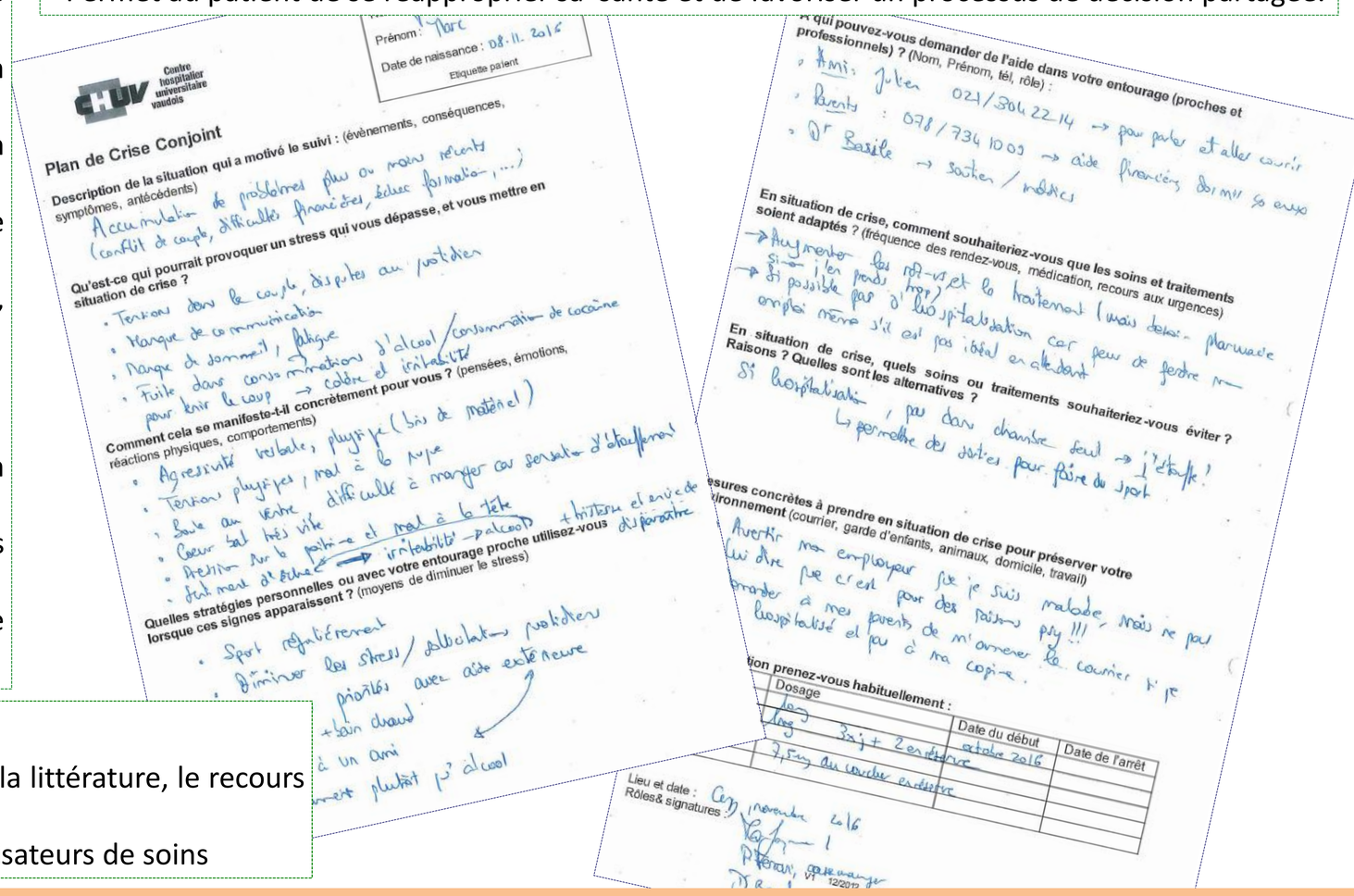
- Taux de placement sous contrainte en Suisse relativement élevé en comparaison internationale
- Vaud parmi les cantons les plus prescriptifs en matière de Placement à des fins d'assistance (PLAFA)
- Difficulté à promouvoir le principe d'autodétermination dans le canton de Vaud qui augmente le vécu de contrainte des usagers

Problématique

- Malgré les recommandations cantonales et les bonnes pratiques issues de la littérature, le recours au PCC reste relativement marginal
- Les PCC existants sont davantage centrés sur les institutions que sur les utilisateurs de soins

Le Plan de Crise Conjoint (PCC)

- Indique de façon anticipée les contacts, les mesures pratiques, ainsi que les soins préférés ou à éviter en cas de crise
- Est négocié et rédigé conjointement avec les usagers, leurs proches et les professionnels.
- Permet au patient de se réapproprier sa santé et de favoriser un processus de décision partagée.



Objectif de l'étude

Explorer qualitativement et quantitativement les pratiques et les contenus du PCC dans divers milieux et programmes de soins du canton de Vaud

Méthode : Mixte

- Analyse de contenu des PCC, récoltés rétrospectivement sur dossier par:
  - une analyse thématique (usage de Nvivo)
  - la «Quality of Crisis Plan Checklist», et la cohérence des PCC
- Analyse de l'impact des variables institutionnelles, cliniques, légales et sociodémographiques sur les contenus des PCC
- Entretiens semi-structurés de professionnels ayant participé à l'élaboration des PCC, des usagers au bénéfice d'un PCC et de leurs proches si ces derniers ont été impliqués dans la démarche.

Contexte		PCC (N)	Entretiens (N)		
			Professionnels	Usagers	Proches
Hospitalier	PGE-CMT	100	5	5	3-5
Extra-hospitalier	Ambulatoire (PCO)	20	1	1	1
	Hébergement (Béthel, Soleil Levant, Bois-Gentil, Rôtillon)	50	3	3	3
	Organisations de Soins à Domicile (APROMAD, APREMADOL, FSL)	20	3	3	1-3
	Echantillon total	190	12	12	8-12

Résultats préliminaires: Analyses de contenus

Soins et traitements à éviter en cas de crise (fréquence de mots/100 PCC)

Fréquence et qualité des contenus

(n=100)

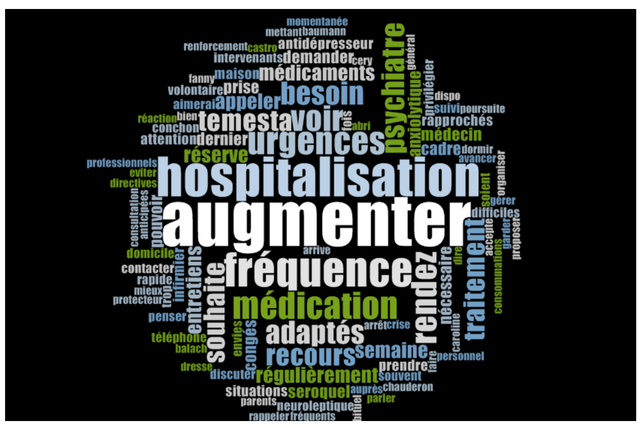
THEMATIQUE	Fréquence (n=100)	Qualité (n = 20) (score moyen/3)
Sujet	98 %	2.85
Suivi actuel	91 %	2.2
Facteurs déclencheurs	93 %	1.95
Manifestations	95 %	2.45
Stratégies	98 %	2.5
Personnes ressources	97 %	2.1
En cas de crise, TTT de préférence?	82 %	1.8
En cas de crise TTT à éviter?	70 %	1.65
Préservation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

Impact des variables sociodémographiques sur la prévalence des PCC à la sortie de l'hôpital

(n=130 avec PCC /n=891 sans PCC)

Variables	Statistique	p-valeur
Institution	χ^2 (2) = 0.118	.943
Age	t(1019) = 1.49	.351
Sexe	χ^2 (1) = 6.203	**.013***
Situation familiale	χ^2 (2) = 3.715	.156
Suisse	χ^2 (1) = 13.791	**<.001***
Europe de l'ouest	χ^2 (1) = 5.381	**.020***
Niveau d'éducation	χ^2 (5) = 5.436	.365
Lieu de vie	Fisher	**<.001***
Statut prof.	χ^2 (2) = 13.046	**.001***

Soins et traitements préférés en cas de crise (fréquence de mots/100 PCC)



CATEGORIES	Thèmes	Citations
Contrainte (n=31)	Hospitalisation (n=20)	« Eviter d'être hospitalisé, car j'ai un sentiment de prison ».
	Chambre de soins intensifs (n=18)	« La chambre de soins intensifs (...) serait la pire des choses vu que je perçois ce traitement comme de la torture ».
	PLAFA et intervention de la police (n=6)	« Hospitalisation sous PLAFA → car c'est dur de se dire que c'est quelqu'un qui décide pour nous de ce qui est bon ». « Je souhaite éviter l'intervention de la police dans la mesure du possible, car je trouve cela très humiliant et violent ».
Médicaments (n=32)	Injections (n=7)	« Les injections, c'est trop intrusif. Prendre un médicament oral ».
	Molécules à éviter sans précision (n=16)	
	Molécules à éviter car effets sec. (n=12)	« (...) 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 ».
Attitude envers eux	Surdosage à éviter (n=4)	« Surdosage médicamenteux : je ne veux pas être un légume ».
	Agressivité,mépris (n=3)	« De l'agressivité envers moi ». « Ne pas être considéré que comme un alcoolique ».
	Ingérence (n=5)	« Lui laisser une marge de manœuvre (pas trop envahissant) ». « Pas lui forcer à changer de décision ».
Souhaits/ alternatives	Suivi en ambulatoire	« Je voudrai qu'on me soigne chez moi et pas à l'hôpital » « Privilégier, au cas où, un centre de jour ». « D'abord éviter l'hospitalisation → entretien avec le SIM ».
	Garder une marge de manœuvre	« 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 »

Impact des variables cliniques et légales sur la prévalence des PCC à la sortie de l'hôpital (n=130 avec PCC/n=891 sans PCC)

Variables	Statistique	p-valeur
Mode admission	Fisher	.377
Aucun repr. Légal	χ^2 (1) = 7.233	**.007***
Diag principal	Fisher	**<.001***

CATEGORIES	Thèmes	Citations
Alternatives à l'hospitalisation (n=82)	Augmentation de la fréquence des rendez-vous en ambulatoire (n=54)	« Que mon réseau me voie plus régulièrement». « Je souhaite voir plus régulièrement mon psychiatre et mon infirmier et pouvoir appeler si besoin».
	Augmentation ou modification du traitement médicamenteux (n=42)	«Augmentation temporaire de la médication». «Adapter le traitement en conséquence»
	Consultations aux urgences (n=13)	«Recours aux urgences psychiatriques»
	Suivi à domicile/Hôpital de jour (n=4)	«Je voudrais qu'on me soigne chez moi et pas à l'hôpital» «Privilégier au cas où un centre de jour»
Hospitalisation (n=15)	Premier choix (n=2)	«Hospitalisation»
	Dernier recours (n=13)	«Hospitalisation en volontaire en dernier recours» «Hospitalisation en dernière instance»

Prévalence des PCC à la sortie de l'hôpital

- 85% dans un setting de transition hospitalo-ambulatoire/CMT
- 21.6% (dont 12.4% CMT) dans un setting hospitalier

Conclusions

- Les contenus des PCC sont cohérents
- La qualité des contenus PCC est à améliorer, notamment les soins et traitements à préférer et à éviter
- La prévalence des contenus thématiques PCC est à améliorer, notamment la date et les signatures
- La prévalence des PCC influencée par les variables institutionnelles, sociodémographiques (sexe, nationalité, statut professionnel, lieu de vie), cliniques (diagnostic) et légales (représentant légal)

20ème Journée de Recherche des Département de Psychiatrie de Lausanne et de Genève – juin 2017

Contact: pascale.ferrari@chuv.ch