

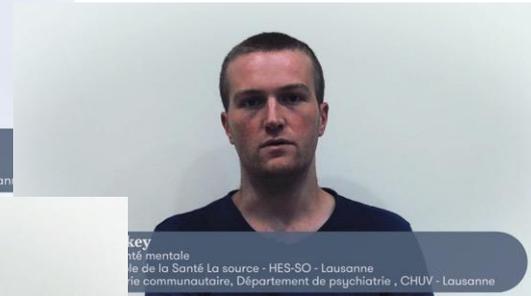
Résultats de l'Etude des Pratiques et Contenus du Plan de Crise Conjoint

“Etude PCPCC”

Ferrari, P. Lequin, M. Milovan, C. Suter, C. Besse & P. Golay

Approbation CER:2016-00768

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



https://vod.infomaniak.com/redirect/hautecoledelasantlasourc_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 (Thornicroft et al., 2013)
- Le PCC définit les **modalités d'interventions pratiques en cas de crise**, les **soins et traitements souhaités** et ceux à **éviter** (Henderson et al., 2008)
- Le PCC est une **forme récente de décision partagée validée** qui soutient le processus de rétablissement (Khazaal, et al., 2014)
- Pratiques centrées sur le rétablissement recommandées internationalement (Thornicroft & Tansella, 2014; Atterbury, 2014)

Les impacts du PCC

- **Tendance à la diminution des ré-hospitalisations et des ré-hospitalisations sous contrainte, résultats controversés** (Henderson et al, 2004; Barrett, et al., 2013; Thornicroft, et al., 2013; Ruchlewska et al., 2014)
- **Tendance à la diminution des coûts de prise en charge** (Flood et al., 2006)
- **Meilleure utilisation des ressources** (Ruchlewska et al., 2014)
- **Meilleur contrôle de soi et des troubles psychiques** (Thornicroft et al., 2013)
- **Renforcement de l'alliance thérapeutique** (Bartolomei et al., 2012)
- **Diminution de la contrainte perçue** (Lay et al., 2015)

Les enjeux de l'implantation du PCC

D'une part...

- L'implantation du partenariat et du processus de décision partagée est aujourd'hui un impératif éthique majeur (Drake et al., 2010; Richards et al., 2013; Thornicroft & Tansella, 2014)
- Mais persistance de la culture du paternalisme et de la directivité selon la perception des usagers (Ridley et al., 2013 ; Farelly et al., 2015)

D'autre part...

- En comparaison internationale, la Suisse a un taux de placement sous contrainte relativement élevé (Salize et al., 2002)
- Vaud figure parmi les cantons les plus prescriptifs en matière de «PLAFA» (Assises cantonales vaudoises, 2015)

Problématique

- Malgré les recommandations d'implantation dans la filière psychiatrique et malgré les 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 les pratiques et les contenus 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 et qualité des informations
- Identifier les variables qui influencent les contenus
- Rétrospectif sur dossier, N = 184

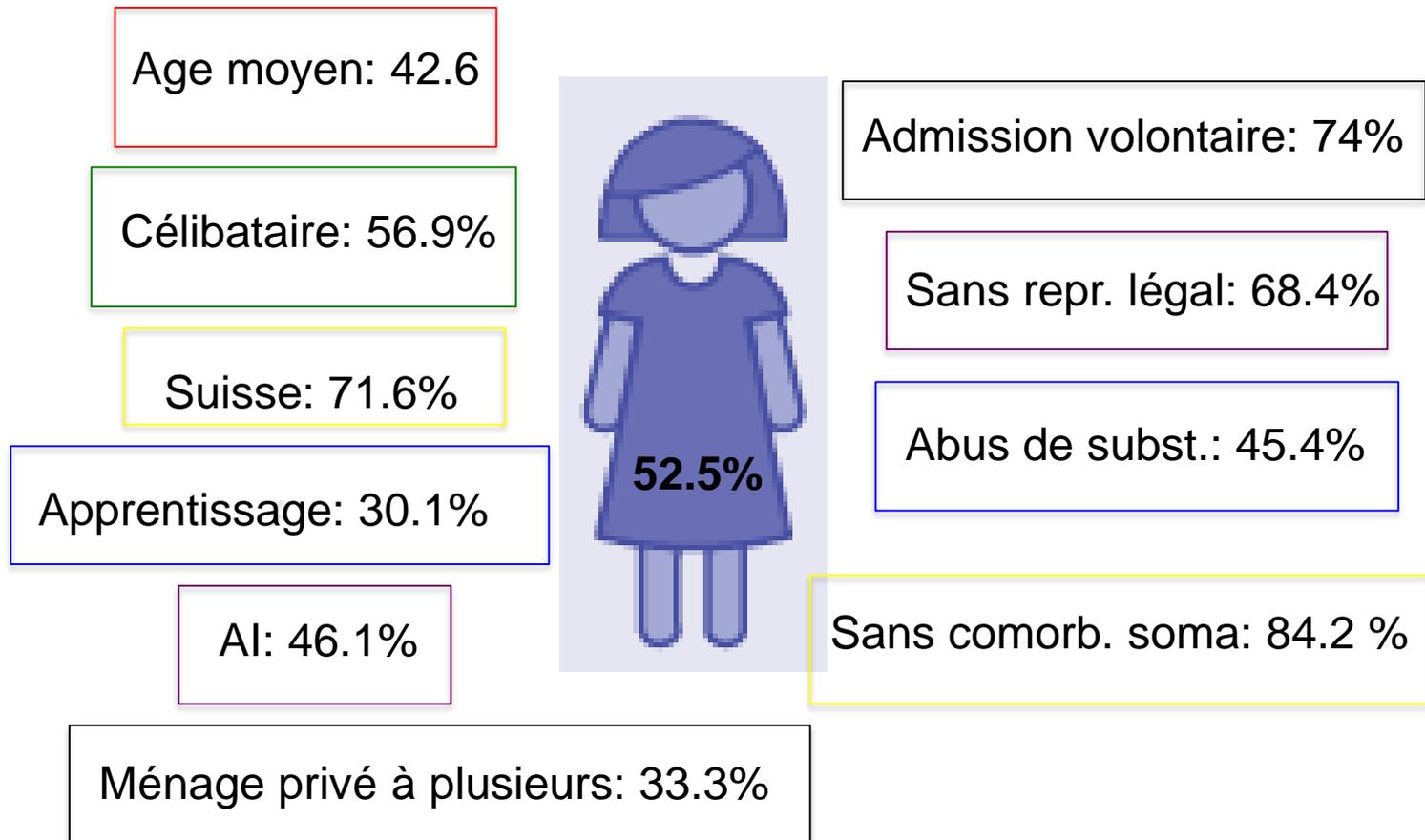
Pratiques

- Décrire l'intervention
- Identifier l'utilité et la pertinence perçues, les plus-values, les limites et la faisabilité
- Entretiens semi-structurés et questionnaires N = 24

Echantillon

- **Echantillonnage à variation maximale** (Duschene & Haegel, 2009):
- **Hôpital: N = 100/100**; 5 profs; 1 usager, 0 proche
 - Unités hospitalières
 - Programme de transition
 - **Directives internes d'implantation systématique du PCC**
- **Ambulatoire: N = 29/40**; 3 profs, 6 usagers, 0 proche
 - programme de soutien à l'emploi
 - 3 organisation de soins à domicile
 - **Souhait d'implanter le PCC**
- **Hébergement: N = 55/50**, 4 profs, 5 usagers, 0 proche
 - 7 hébergements regroupant 4 missions (maintien et réhabilitation, réduction des risques et engagement, court et moyen séjour)
 - **Souhait d'implanter le PCC**

Profil des usagers avec un PCC inclus dans l'étude n = 184



Contenus thématique des PCC

Rubriques des PCC inclus dans l'étude	Présence (N)	Fréquence ajustée %
Sujet	184	63.6%
Suivi actuel	155	91.6%
Facteurs déclencheurs	176	94.8%
Manifestations	184	98.9%
Stratégies	184	96.7%
Personnes ressources	184	94.0%
TTT de préférence en cas de crise	184	90.7%
TTT à éviter en cas de crise	151	72.1%
Préservation de l'environnement	155	69.7%
Date	172	44.1%
Signature patient	172	45.9%
Signature autre	144	42.4%

Soins et traitements en cas de crise

De préférence
(n = 167/184)

Augmenter la
médication
N = 82

Augmenter la
fréquence des
rdz-vs avec le
réseau de soins
habituel
N = 144

Hospitalisation
mais en dernier
recours et sur
un mode
volontaire
N = 51

Faisabilité?
Méconnaissance
des ressources
socio-sanitaires
à disposition

A éviter
(n = 109/184)

Eviter la
contrainte
N = 44

Eviter
certaines
molécules
N = 45

2 problèmes
majeurs: refus
TTT pas toujours
argumenté, pas
toujours
d'alternatives
évoquées

Eviter
l'hospitalisation
N = 29

Verbatims soins et traitements à éviter en cas de crise

- *« Comme traitement le clopixon 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 ok pour la crise ».*
- *« 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 ».*

Profil des participants aux entretiens: (professionnels N = 12)

Age moyen: 36.9

6-10 Années d'exp.prof

9 pas de formation PCC

5 hôpital
3 ambulatoire
4 hébergement



8 Infirmiers

1 assistante sociale

1 éducatrice

1 ergothérapeute

1 psychologue

Profil des participants aux entretiens: (usagers N = 12)

Age moyen: 45.8

> 7 ans de maladie

En possession d'un
PCC depuis < 1 an

1 hôpital
6 ambulatoire
5 hébergement



4 Humeur

3 Psychose

1 abus de subst.

1 troubles anxieux

1 syndrome d'asperger

1 troubles de la personnalité

1 troubles alimentaires

Pratique du PCC (n=24)

- **Temps estimé d'élaboration** d'un PCC: 14x > 60'
- **Meilleur endroit** pour faire un PCC n = 23: 15x égal
- **Meilleur moment** pour faire un PCC: 11x post-crise
- **Prise en considération** de l'avis de l'utilisateur: > 7.6, U>P; application (U: 8.4/P: 6.7) et TTT+ soins de préf. et/ou à éviter (U. 8.8/ P: 6.4)
- **Satisfaction** // PCC: U: 9 / P: 6.5
- **Directive institutionnelle** n=12: 6x oui, 6x non
- **Formation au PCC** n=12: 7x non; 5x oui avec nuances

Plus values PCC

Usagers

Côté rassurant

Outil concret, pragmatique

Favorise l'alliance thérapeutique

Outil de psychoéducation : mieux se connaître, mieux connaître la maladie

Outil de communication et transmission

Outil permettant de faire se faire entendre et faire valider ses choix

Outil permettant d'éviter les ré-hospitalisations

Outil permettant de diminuer la contrainte

Professionnels

Côté rassurant

Outil d'aide concret, avec ligne directrice

Favorise l'alliance thérapeutique

Outil de psychoéducation : meilleure connaissance du patient

Outil de transmission et continuité des soins

Outil permettant de respecter/ faire respecter la volonté des usagers

Levier permettant d'aborder la maladie, et les traitements et de confronter les différents points de vue

Outil structuré et synthétique (avantage sur les DA)

Limites du PCC

Usagers

Outil pouvant être confrontant et anxiogène

Difficile à élaborer si les symptômes sont trop envahissants et ne permettent pas la réflexion

Difficile d'entrer dans une démarche PCC s'il ne fait pas sens pour l'utilisateur

Difficile à utiliser si **absence de volonté de s'engager** dans la démarche

Difficile à élaborer sans accompagnement en cas d'un faible niveau d'éducation → besoin d'explications +++

Nécessite une **relation de confiance** avec le professionnel, ne peut être élaboré au 1^{er} contact

Professionnels

Outil pouvant être anxiogène

Difficile à élaborer en présence de symptômes trop aigus, notamment troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire

Difficile d'entrer dans une démarche PCC s'il ne fait pas sens et ce tant pour l'utilisateur que pour le soignant

Difficile à utiliser en cas **d'anosognosie**

Pas adapté pour des usagers :

- **sous l'effet de substances**
- **avec d'importantes limitations cognitives**
- **dans le cadre de problématique de handicap mental**
- **en cas de difficultés d'élaboration**

Pas pertinent si l'utilisateur n'est pas en crise ou ne l'a pas été depuis longtemps

Limites du PCC

Usagers

N'est **pas légal** contrairement aux
DA

Professionnels

Difficile à appliquer :

- **accessibilité limitée** ou peu claire voire perte du PCC
- **manque de continuité interinstitutionnelle** et dans le processus PCC
- **méconnaissance de l'outil**
- **absence de systématique** dans le fait de demander s'il existe un PCC ou pas (idem pour les DA) → entraîne des répétitions, peut provoquer une lassitude des usagers
- **oubli du PCC par les usagers eux-mêmes**
- **respect du contenu PCC pas garanti**
- **difficultés de collaboration avec l'hôpital**

Recommandations & Suites

- Pratique du PCC → Bonnes pratiques
- Rubriques du PCC → Nouveau canevas
- Accessibilité du PCC → Plateforme web sécurisée et application mobile compatible DEP
- Promotion PCC → Flyers, Posters, Séances d'information
- Formation PCC → E-learning + ½ jour en présentiel en binôme prof – PPSM
- Processus d'implantation PCC → Engagement institutions et accompagnement nécessaire

→ Esquisse déposée Projet ProPCC (Promotion et implantation efficiente du Plan de Crise Conjoint) au 14.04.2018 à Promotion Santé Suisse → acceptée → protocole final à déposer au 31 juillet 2018

(Consortium d'acteurs: HEdS LA Source, Réseaux Santé Vaud, DP-CHUV, HEIG-VD, DSAS, CORAASP, GRAAP, L'Ilôt, Re-Pairs)

Etude PCPC: remerciements

Comité de pilotage

- M. Chinet (RSRL), A. Roman (SASH-filière cantonale), V. Dénériaz (CClcp), 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 puis A. Zinder (ProMenteSana); A. Leroy (L'Îlot); I. McCluskey (Re-Pairs); C. Mock (GRAAP), S. Ley (AVASAD)

H. Beuchat, V. Détry, L. Benvenuti (stagiaires psychologue en Master) & **J. Balet** (secrétaire RSRL) **pour leur participation aux retranscriptions** & **B. Silva** (assistante de recherche PCO, DP-CHUV) **pour son soutien à l'utilisation des logiciels qualitatifs**

Partenaires terrain & Participants aux entretiens



p.ferrari@chuv.ch

pascale.ferrari@ecolelasource.ch

p.lequin@chuv.ch

Informations sur
<http://www.seretablir.net/pcc/>

