



Le Plan de crise conjoint – PCC

Le PCC est un outil visant à prévenir et à gérer les crises psychiques et/ou les problèmes d'addiction. Il est fondé sur la décision partagée, démarche favorisant le dialogue entre le médecin et la personne concernée. Ainsi, pour le bien-être des patient·e·s, médecins de famille et psychiatres jouent un rôle essentiel dans l'intégration de cet outil dans leur pratique clinique.

Le PCC – De quoi s'agit-il ?

Le Plan de crise conjoint (PCC) est une forme de déclaration anticipée qui s'inscrit dans le parcours de rétablissement d'une personne concernée par un trouble psychique et/ou un problème d'addiction (l'usager·ère). Fruit d'une démarche commune entre cette personne et un·e professionnel·le, voire un·e proche, le PCC est négocié, rédigé et validé par les différentes parties en présence. Il vise à identifier les signes avant-coureurs et les facteurs déclencheurs d'une crise et/ou d'une rechute, mais en plus, indique les stratégies et les ressources à mobiliser rapidement en cas de crise, ainsi que les soins et les traitements à privilégier ou à éviter.

Quel est le cœur du PCC ?

Le cœur essentiel du PCC est la décision partagée. Ce processus favorise le dialogue entre le médecin et la personne concernée. Il permet, notamment, de prévenir et de mieux gérer une éventuelle crise. En effet, dans le contexte clinique, le médecin et la personne concernée – si possible avec ses proches – échangent activement et réciproquement des informations et examinent les différentes options de soins et de traitements dans le but de convenir de la meilleure décision à prendre en partenariat, afin d'intégrer les bonnes pratiques, tout en respectant les préférences des patient·e·s. La décision partagée renforce ainsi l'autonomie du patient et l'autogestion de sa maladie.

Le PCC n'est pas l'apanage du monde médical. Toutefois, médecins de famille et psychiatres jouent un rôle décisif dans l'intégration de cette approche dans leur pratique clinique pour le bien-être des personnes concernées.

Quels sont les fondements du PCC ?

Le PCC est un outil basé sur les preuves, dont plusieurs études récentes attestent de la pertinence, en particulier :

- de Jong *et al.* (2016), dans leur revue de littérature systématique et méta-analyse visant à identifier les interventions efficaces pour diminuer les réadmissions sous contrainte pour les patients ambulatoires, ont démontré que seules les déclarations anticipées, dont fait partie le PCC, ont un effet significatif avec une probabilité de diminution des réadmissions sous contrainte de 23%. Les autres interventions étudiées étaient les mesures ambulatoires, le soutien à l'adhésion aux soins et aux traitements, ainsi que les suivis intégrés. Aucune de ces mesures n'a permis de réduire le taux des réadmissions sous contrainte.
- Molyneaux *et al.* (2019) ont également fait une revue de littérature systématique et une méta-analyse, afin d'évaluer l'efficacité des interventions permettant de gérer les crises de façon anticipée (directives anticipées, plan de crise conjoint) sur la diminution des réadmissions sous contrainte des patients souffrant de troubles bipolaires et psychotiques.



Le PCC permet une diminution de 25 % des taux de réadmissions pour cette population cible.

- Tinland *et al.* (2022) ont confirmé l'efficacité des déclarations anticipées incitatives en psychiatrie (forme de PCC en France) sur la diminution des taux de réadmissions sous contrainte, lorsque la démarche PCC est accompagnée par des pair·e·s. A ces résultats s'ajoutent une diminution de la symptomatologie ainsi que des scores d'*empowerment* et de rétablissement plus élevés chez les patients ayant une mesure anticipée en comparaison de ceux qui n'en ont pas.

Le PCC, une réelle valeur ajoutée

Des études en santé mentale ont mis en évidence qu'aussi bien la décision partagée que les PCC sont rarement, voire jamais utilisés (Hamann *et al.*, 2019; Gurtner *et al.*, 2020; Radenbach *et al.*, 2014), et ce malgré leur efficacité à fournir un traitement adapté à chaque situation. Cette démarche apporte une réelle valeur ajoutée au processus médical, car elle permet d'identifier avec la personne les soins et les traitements à privilégier, ou à éviter, et elle est une ressource pour prévenir les rechutes et les réadmissions sous contrainte. Etablissant une relation de confiance sur le long terme, les médecins de famille et les psychiatres occupent une position privilégiée pour intégrer le PCC et l'approche sur laquelle il repose dans leur pratique.

Grand potentiel en Suisse romande

Dans le canton de Vaud, différents travaux ont démontré que l'utilisation du PCC a des effets positifs sur l'évolution de la maladie, en particulier après une hospitalisation (Bertusi, 2021; Ferrari 2021). Une diminution significative des réadmissions précoces et des réadmissions sous contrainte à neuf mois des patient·e·s au bénéfice d'un PCC élaboré en prévision de la sortie d'hôpital a été mesurée en comparaison avec les patients qui n'en avaient pas : 4% de réadmissions à 30 jours avec PCC versus 18% sans PCC ($p < .026$) et pour les réadmissions sous contrainte à 9 mois, 8% avec PCC versus 50% sans PCC ($p < .034$). Ferrari (2021) a démontré que la seule stratégie de coping anticipée dans le PCC à être positivement et significativement associée à ces résultats est le recours à un professionnel de la santé. Dans 82% des cas, c'est un médecin qui est nommé. Ces résultats démontrent qu'il est essentiel que le corps médical intègre et promeuve cette démarche dans sa pratique. Or, les données relevées dans le cadre du projet d'implantation du PCC dans le canton de Vaud, projet principalement financé par Promotion Santé Suisse, ont révélé que, sur les 740 PCC récoltés, seul 7% d'entre eux étaient corédigés et cosignés par un médecin (Rapport d'évaluation ProPCC, 2021). Un grand potentiel subsiste donc auprès des médecins de famille et des psychiatres pour la diffusion et l'implantation du PCC, non seulement dans le canton de Vaud, mais plus généralement en Suisse romande. En effet, les expériences faites jusqu'à présent dans le cadre du projet PCC dans le canton de Vaud sont positives : 21 institutions se sont associées au projet avec la participation de 1299 professionnel·e·s à la formation en e-learning – celle-ci visant à poser un cadre et une culture commune de la pratique PCC – et 128 à la formation en présentiel, dédiée à des référent·e·s de proximité. Sur la base de ce succès et des plus-values fondées sur les preuves du PCC, le projet s'étend à d'autres cantons romands.



Comment intégrer le PCC dans sa pratique médicale ?

Mode d'emploi

Pour soutenir la mise en pratique du PCC, vous trouverez, sur le site Internet www.plandecriseconjoint.ch, un [flyer](#) d'information en santé publique avec le mode d'emploi de la démarche, ainsi qu'un [PCC vierge](#) prêt à l'emploi.

Formation

Il est possible de suivre la formation conçue spécifiquement pour les professionnel-le-s en contact avec des personnes souffrant de troubles psychiques et/ou addictologiques, formation qui permet l'obtention de deux certificats. Vous pouvez gratuitement accéder à la formation en ligne, qui se suit de manière autonome et à votre propre rythme, en vous créant un compte sur le site Internet. Informations sur www.plandecriseconjoint.ch. La formation en ligne permet l'obtention de 2 attestations de formation (2 modules) et peut se compléter par une formation en présentiel, qui, elle, est payante. Les modalités d'inscription à cette dernière se trouvent sur le site du [CEFOP](#) (Centre de formation du CHUV).

Une procédure d'accréditation est en cours auprès de l'ISFM et de l'ASI.

Références

- Tinland A, Loubière S, Mougeot F, et al. Effect of Psychiatric Advance Directives Facilitated by Peer Workers on Compulsory Admission Among People With Mental Illness: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2022;79(8):752–759. doi:10.1001/jamapsychiatry.2022.1627
- de Jong MH, Kamperman AM, Oorschot M, et al. Interventions to reduce compulsory psychiatric admissions: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(7):657–664.
- Molyneaux E, Turner A, Candy B, Landau S, Johnson S, Lloyd-Evans B. Crisis-planning interventions for people with psychotic illness or bipolar disorder: systematic review and meta-analyses. *BJPsych Open*. 2019;5(4):e53.
- Chinet M, Ferrari P, Suter C. et al. Promotion et implantation efficiente du Plan de Crise Conjoint. Projet ProPCC. Rapport final d'évaluation. Publication RSRL 2021.
- Hamann, J., & Heres, S. (2019). Why and how family caregivers should participate in shared decision making in mental health. *Psychiatric Services*, 70(5), 418-421.
- Radenbach K, Falkai P, Weber-Reich T, et al. Joint crisis plans and psychiatric advance directives in German psychiatric practice. *J Med Ethics* 2014; 40:343-342.
- Gurtner C, et al. Conceptual understanding and applicability of shared decision making in psychiatric care – An integrative review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2021;28(4):531-548. doi : 10.1111/jpm.12712.
- Bertusi A. L'effet du plan de crise conjoint sur les ré-hospitalisations en psychiatrie et sous contrainte : une étude observationnelle de cas avec contrôle apparié. [Travail de Master]. Lausanne : Université de Lausanne -Institut universitaire de recherche en soins -Faculté de médecine et biologie; 2021.
- Ferrari P. L'effet des stratégies de coping anticipées par les patients dans leur plan de crise conjoint en prévision de la sortie d'hôpital psychiatrique sur les taux et le mode de réadmission à 30 jours et à 9 mois : une étude observationnelle prospective exploratoire. [Travail de master]. Lausanne: Université de Lausanne - Institut universitaire de recherche en soins - Faculté de médecine et biologie; 2021
- « ProPCC » - Promotion et implémentation efficiente du Plan de Crise Conjoint. Enseignements tirés de la phase pilote et de l'auto-évaluation 2019-2021. Promotion Santé Suisse ; 2022.

Principaux partenaires

