

# Guide d'utilisation du Plan de crise conjoint

Le Plan de Crise Conjoint

Une directive anticipée pour la psychiatrie

Groupe de travail PCC

Le Plan de Crise Conjoint (PCC) est un modèle de Directives Anticipées en Psychiatrie (DAP).

Défini comme étant une directive, une mesure ou une déclaration anticipée en psychiatrie (DAP) , le plan de crise conjoint (PCC) est un document indiquant les préférences de soins, les stratégies d'apaisement à mettre en œuvre et les informations pratiques et personnelles à prendre en compte pour les soins de santé mentale. Ce modèle, qui se situe à la croisée des outils de prévention et de droit, se distingue par l'implication d'un ou d'une professionnelle pour accompagner à sa rédaction.

Il s'inspire du modèle de décision partagée et permet à une personne ayant un trouble psychique de s'exprimer en amont de la crise, ce qui favorise l'anticipation des situations d'abolition ou d'altération du discernement.

Au cours de plusieurs entretiens, le patient et le professionnel de santé vont échanger, dans l'objectif de soutenir l'expression des savoirs expérientiels et des valeurs de la personne afin d'établir un plan individualisé. Ce travail consiste en une identification des signes d'alerte et des symptômes des crises précédentes, d'une identification des ressources internes et externes de la personne et enfin l'expression des préférences en termes de graduation des stratégies à mettre en œuvre et des soins.



## La première étape : La présentation et la proposition d'accompagnement

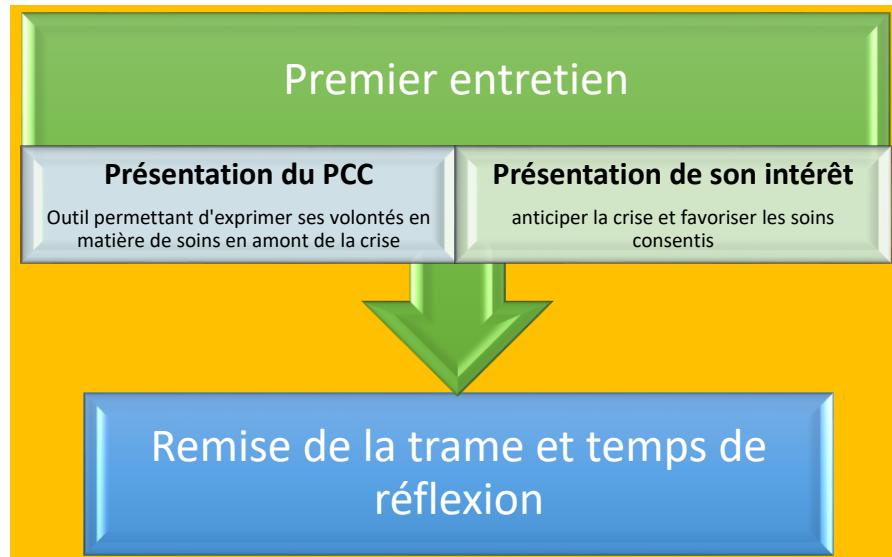
Il est préférable d'accompagner à la rédaction du PCC en dehors du temps de crise. Cela peut se faire en fin d'hospitalisation ou en soins ambulatoires, lorsque le patient le souhaite.

**Tout patient** peut rédiger le PCC quel que soit sa pathologie ou ses capacités d'insight et de littératie.

Tout professionnel de santé peut accompagner le patient dans la rédaction. Le seul prérequis est de pouvoir adopter une posture d'ouverture afin de favoriser au maximum l'expression et la prise en compte du **savoir expérientiel du patient**.

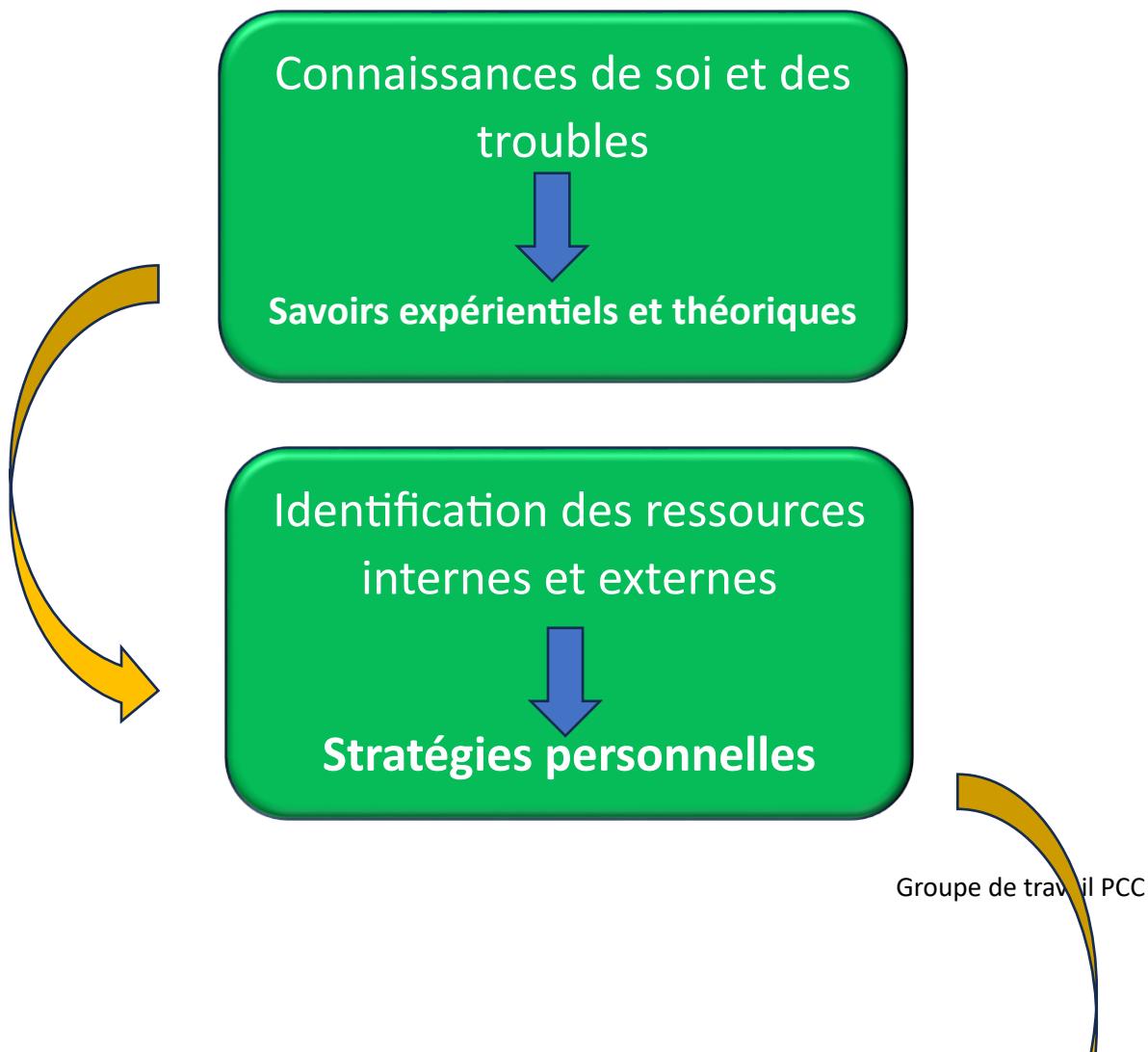
Lors d'un premier entretien, le professionnel de santé présente au patient l'outil et son intérêt : anticiper la crise, prévenir son aggravation, favoriser des soins consentis et des interventions concordantes avec ses préférences, donc plus efficaces. Certaines études ont montré que ce type de document peut éviter les hospitalisations sous contrainte . Il est également important dès la présentation d'en préciser les limites, le document n'est pas opposable aux décisions médicales, et lors de la mise en œuvre , les préférences de soins seront à adapter à l'offre disponible.

Après cette présentation, le professionnel de santé remet la trame vierge au patient qui prend un temps de réflexion avant de donner sa réponse. Le patient peut refuser l'accompagnement, il faut respecter son choix mais également essayer de comprendre les raisons de son refus.



## Deuxième étape L'accompagnement à la rédaction

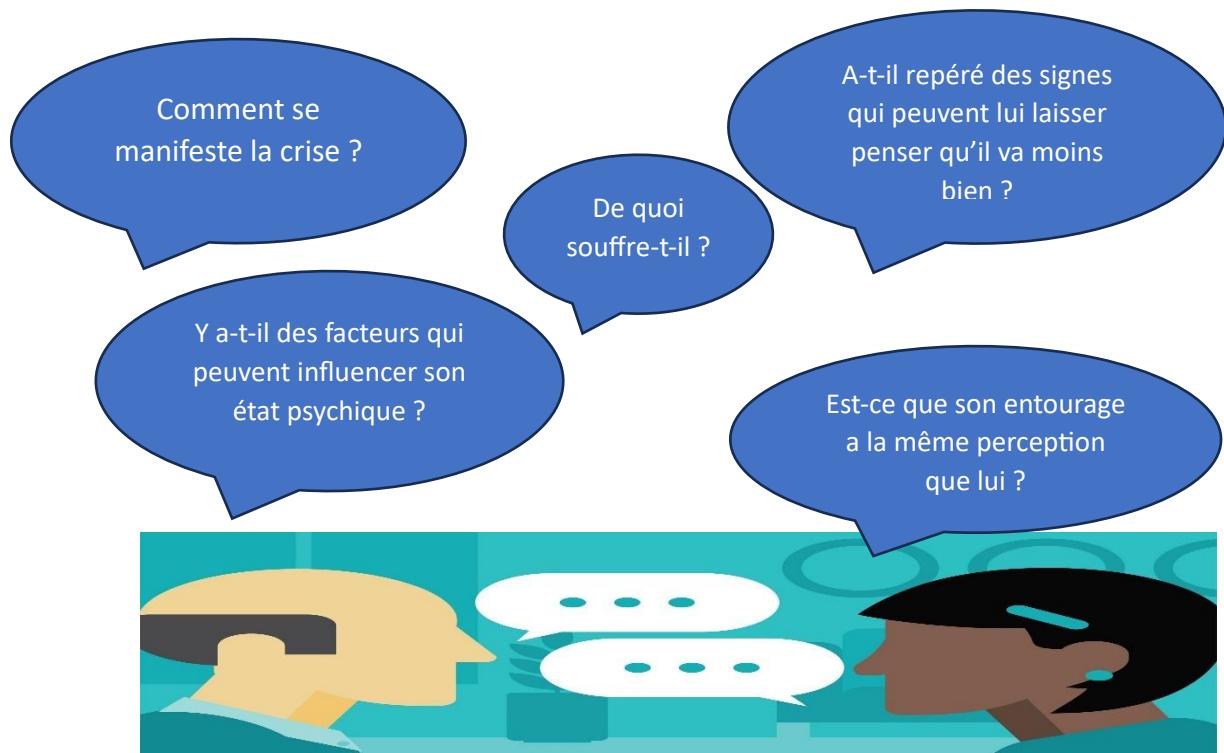
L'accompagnement se réalise au cours de plusieurs entretiens et peut se découper en trois parties :



## Elaboration d'un plan Correspondant aux préférences et aux valeurs

### 1. Connaissance de soi et des troubles

La première partie s'intéresse aux connaissances que le patient a de sa maladie :





Ce temps de l'accompagnement peut raviver chez le patient des expériences difficiles. C'est l'occasion pour le soignant d'aider le patient à travailler sur ses vécus post traumatiques.

**Les difficultés psychiques et/ou problèmes d'addiction qui ont motivé mon suivi :**

**Qu'est-ce qui peut m'amener à une situation qui me dépasse, me mette en crise ou me fasse rechuter ?**

**Comment suis-je concrètement quand je suis en crise ?** (pensées, émotions, réactions physiques, comportements)

**Y a-t-il d'autres signes qui apparaissent selon mon entourage ?**

## 2. Identification des stratégies personnelles

La deuxième partie du PCC permet de mettre en lumière les ressources internes et externes du patient :

Quelles sont les stratégies que vous utilisez déjà ?

Sur quelles personnes je peux m'appuyer ?



**Que pourrais-je faire concrètement pour gérer cette situation difficile?** (mettre par ordre de priorité en favorisant d'abord les stratégies personnelles, puis celles de l'entourage et finalement celles nécessitant l'intervention de professionnels)

**En cas de besoin, à qui puis-je demander de l'aide ?** (nom, nature du lien ou rôle, tél ; mettre par ordre de priorité en favorisant d'abord le réseau des proches, puis des professionnels du réseau habituel, puis les services et institutions de garde)

### 3. Elaboration d'un plan avec les préférences d'interventions

Elaboration d'un plan avec les préférences d'interventions

Enfin, la dernière partie permet d'établir le plan de soins en cas de détérioration de l'état psychique et/ou d'abolition du discernement.

Il est intéressant de réfléchir à une stratégie dès l'apparition de signes d'alerte afin de prévenir au mieux l'aggravation de la crise et même de pouvoir l'éviter. Pour cela, on peut prioriser et graduer les actions en fonction de l'intensité des symptômes et de leur répercussion sur le quotidien.

Le professionnel doit pouvoir présenter les différents soins et dispositifs auxquels le patient peut avoir accès, rester à l'écoute de son vécu, mais aussi favoriser l'expression des valeurs afin qu'elles soient en concordance avec ses préférences. Le patient précise alors les soins qui ont été ou qui pourraient être efficaces mais aussi les soins qui ont été ou qui pourraient être délétères sur le moment mais aussi dans un deuxième temps.

« Qu'est ce qui est le plus important pour vous ? Le travail ? la parentalité ? La liberté de faire ses propres choix ? La sécurité ? » Les préférences inscrites doivent favoriser le respect des valeurs du patient.

Le patient doit pouvoir désigner une personne de confiance si elle le souhaite. Le choix doit être confirmé administrativement (Utilisation du document CHUSE, signature de la personne désignée

Le plan de soins sera alors élaboré en tenant compte de tous ces éléments.



**Quand je vais moins bien, en cas de crise et/ou de rechute :**

1. **Quels sont les soins que je souhaite recevoir ?**
  
2. **Quels sont les soins que je souhaite éviter ?** (argumenter les raisons du refus)
  
3. **Quelles sont alors les alternatives possibles ?** (indispensable à renseigner en cas de refus de soins ou de traitements)

**Dans une situation de crise, quelles sont les démarches concrètes à faire ou à déléguer pour préserver mes intérêts et mon quotidien ?** (courrier, garde d'enfants, animaux, domicile, travail, ...nommer qui peut ou doit faire quoi, mettre les coordonnées des personnes afin qu'elles puissent être atteintes en cas de besoin)

## Etape 3

### La transmission

Cette étape permet d'informer les personnes qui pourraient intervenir en cas de décompensation psychique.

Le patient peut conserver l'original du PCC et on peut lui en donner des copies s'il le souhaite

Le PCC peut être gardé manuscrit ou tapé ; si le patient a donné son accord, il doit être scanné dans l'onglet « obligations légales » (cf doc mettre le PCC dans le dossier medical informatisé)

Il s'agit essentiellement de le transmettre ensuite à la ou les personnes ressources citée(s) dans le PCC et à l'équipe de soins susceptible d'intervenir dans la prise en charge (équipe de soins ambulatoire/intra). Le patient peut aussi décider de la transmettre à d'autres personnes de son entourage ou d'autres professionnels (médecin traitant, IDEL, SAVS...).

La transmission peut se faire de plusieurs manières, c'est le patient qui en décide : remise en mains propres, présentation lors d'un entretien, courrier, mail...

Par exemple, il est intéressant de présenter un PCC rédigé durant une hospitalisation à l'équipe qui prend en charge le patient en ambulatoire.

Le patient peut refuser de transmettre le PCC, ou de le conserver dans son dossier médical. Certains patients peuvent souhaiter le conserver dans leur espace santé CPAM , il existe également des applications permettant de garder le PCC dans son téléphone de façon sécurisée (ESPER LM )

## Etape 4

### La réévaluation

Le PCC peut être réévalué et modifié autant de fois que le patient le juge nécessaire.

Il est toutefois important de le retravailler en cas de survenue d'une nouvelle crise afin d'évaluer si le plan a été efficace et de faire des corrections si besoin.

## La mise en œuvre

En cas de décompensation, le patient, les proches et les professionnels de santé peuvent se référer au contenu du PCC pour mettre en place des interventions. Il peut être difficile pour le patient lui-même de faire part du document à son équipe de soins, surtout en situation d'urgence. D'où l'importance d'impliquer les proches, notamment la personne de confiance.

Le PCC n'est pas contraignant pour le médecin au niveau législatif mais les équipes qui accueillent le patient doivent faire leur possible pour respecter le plan établi par le patient. Cela permet de favoriser l'alliance thérapeutique, de limiter les refus de soins et les conséquences de la maladie.

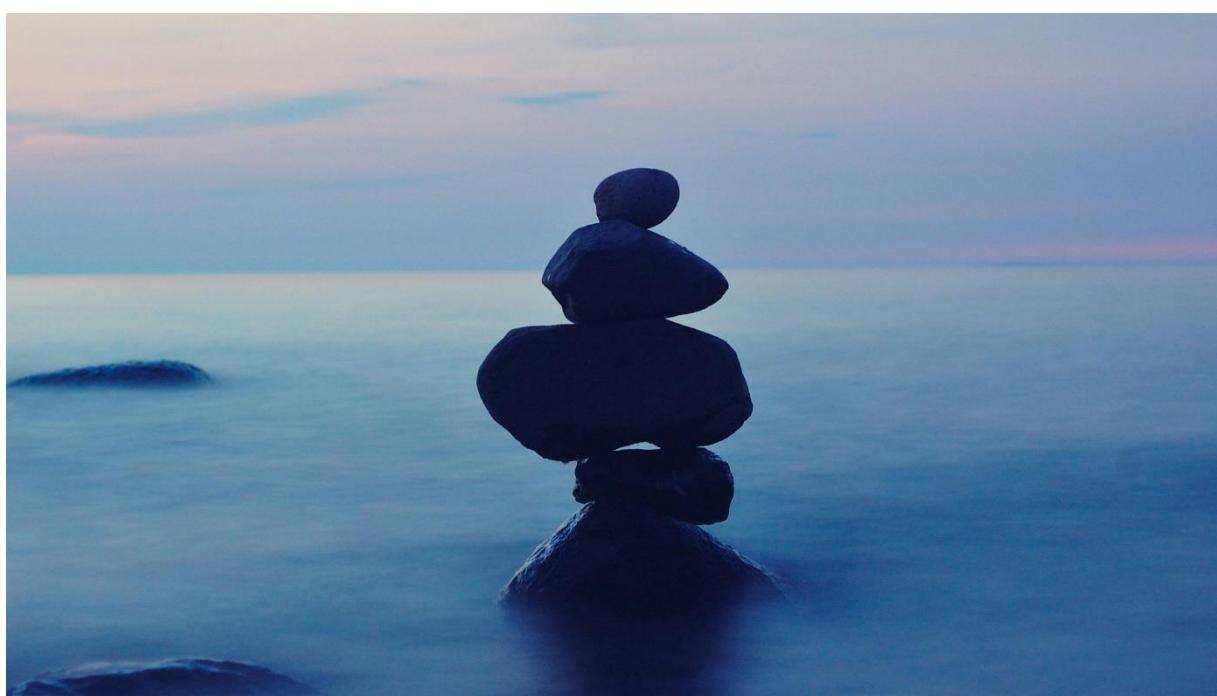
## Pour conclure

Le PCC favorise la place du patient comme acteur de la prise en charge et du processus décisionnel.

Il permet de favoriser l'alliance thérapeutique, de limiter les refus de soins et le recours aux mesures coercitives.

Il permet au patient de mettre en place des actions permettant de mieux contrôler sa maladie et les répercussions sur sa vie personnelle.

Le travail de lien et de confiance est central pour utiliser cet outil.



Des questions, des remarques ?



Vous pouvez contacter : On pourra mettre le nom et le mail de quelqu'un quand il y aura officiellement un ou des référents PCC sur le CHUSE avec du temps dédié...