

2019-2020

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en PSYCHIATRIE

**Directives Anticipées en
Psychiatrie : enquête auprès des
psychiatres du Maine et Loire et de
la Sarthe pour un modèle commun.**

MARCHÉ-ZERNA Noémie

Née le 3 octobre 1990 à Saumur (49)

Sous la direction de M. LE GAL Dewi et Mme MUGNIER Gabrièle

Membres du jury

Mme Professeur GOHIER Bénédicte | Présidente

M. Docteur LE GAL Dewy | Directeur

Mme Docteur MUGNIER Gabrièle | Directrice

M. Professeur GARNIER François | Membre

Mme Professeur ROUGÉ-MAILLART Clotilde | Membre

Soutenue publiquement le :
15 septembre 2020

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) Marché-Zerna Noémie
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **15/07/2020**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETTON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologue ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au Travail	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLA Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Chirurgie Vasculaire, médecine vasculaire	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine

JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Médecine Intensive-Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et De la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie

BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHAO DE LA BARCA	Juan-Manuel	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine Générale	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie; Transfusion	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie

TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
VENARA Aurélien	Chirurgie générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

PROFESSEURS EMERITES

Philippe MERCIER	Neurochirurgie	Médecine
Dominique CHABASSE	Parasitologie et Médecine Tropicale	Médecine
Jean-François SUBRA	Néphrologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie

ATER

KILANI Jaafar	Biotechnologie	Pharmacie
WAKIM Jamal	Biochimie et chimie biomoléculaire	Médecine

REMERCIEMENTS

A Mme le Professeur Bénédicte GOHIER, qui me fait l'honneur de présider ce jury et qui a su se rendre disponible et m'a soutenue pendant mon internat.

A M. le Docteur Dewi Le Gal et Mme le Docteur Gabrièle Mugnier pour leur soutien depuis le début de mon projet, leur confiance sans cesse renouvelée, leur disponibilité et leurs encouragements.

A Monsieur le Professeur François GARNIER, et à Madame le Professeur Clotilde ROUGE-MAILLART, qui me font l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon respect et de mes sincères remerciements.

A mes maîtres de stage, Dr Marianne Piron-Prunier, Dr Guillaume Fonsegrive, Dr Michel Nguyen, Dr Joël Canet, Dr Xavier Lemetais, Dr Pierre Dejean, pour m'avoir inspirée, donné confiance et transmis les règles de l'art.

Au Professeur Philippe Mercier pour les relectures, réflexions, conseils et encouragements.

A ma tante, Marie King, pour l'aide à la traduction.

A Antoine Decouvelaere, Edith Le Bras et Geoffrey Mackay qui m'ont épaulée dans les derniers instants, décisifs, de la rédaction de cette thèse.

A mes parents, Anne Zerna et Denis Marché, et à mes frères, Joseph et Mathieu Marché-Zerna, qui, depuis toujours, me comprennent, me soutiennent et m'encouragent à aller au bout de mes ambitions sans oublier l'essentiel.

A mes amis de toujours, Cyril Mathonier, Grégoire Deswart, Jean-Baptiste Monange et Vincent Hassanaly, pour avoir partagé avec moi l'aventure et l'adversité dans cette école de la vie que constitue la médecine.

A Julien pour son amour inconditionnel et la vie que nous construisons ensemble, pour sa faculté à s'intéresser et à comprendre ma passion pour la psychiatrie.

Liste des abréviations

PLAN

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

1. **Type d'étude**
2. **Population cible et modalités de recrutement**
3. **Questionnaire**
4. **Recueil des données**
5. **Analyse des données**
6. **Calendrier de réalisation de l'étude**

RÉSULTATS

1. **Caractéristiques de la population interrogée**
2. **Connaissance, utilisation et intérêt pour les DAP**
3. **DAP et mode d'exercice**
4. **DAP et trouble psychiatrique**
5. **Degré d'engagement des psychiatres**
6. **Freins à la mise en place des DAP**
7. **Informations concernant le patient**
8. **Informations concernant la symptomatologie**
9. **Informations concernant l'hospitalisation et les traitements**
10. **Modalités de rédaction des DAP**
11. **Support de rédaction et conservation des DAP**

DISCUSSION

1. **Forces et faiblesses de l'étude**
 - 1.1. Biais de sélection
 - 1.2. Taux de participation
 - 1.3. Attribution des réponses selon le mode d'exercice
 - 1.4. Originalité de l'étude
 - 1.5. Envergure
 - 1.6. Objectif principal, application et perspectives
2. **Discussion des principaux résultats**
 - 2.1. Utilisation des DAP
 - 2.2. Freins à la mise en place des DAP
 - 2.3. Contenu des DAP
 - 2.3.1. Le patient
 - 2.3.2. La symptomatologie
 - 2.3.3. L'hospitalisation et les traitements
 - 2.3.4. Rédaction, suivi, conservation
 - 2.4. DAP et fin de vie : deux contextes différents

3. Proposition de modèle de DAP

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

ANNEXES

- 1. Questionnaire**
- 2. Avis du comité d'éthique**
- 3. Guide de rédaction des DAP**

RESUME

Introduction. - Les Directives Anticipées en Psychiatrie (DAP) sont la possibilité pour une personne atteinte de trouble psychiatrique chronique de rédiger, pendant une phase de rémission, un ensemble d'informations et d'instructions guidant les proches et les acteurs de soins dans la limitation et la gestion des crises. Elles constituent un outil de prévention, d'éducation thérapeutique et de rétablissement peu développé en France. L'objectif de l'étude est de connaître l'avis des psychiatres du Maine-et-Loire et de la Sarthe sur les DAP et de leur proposer, s'ils le souhaitent, un modèle adapté à leur pratique.

Méthodes. - Il s'agit d'une enquête, réalisée entre le 24/10/19 et le 28/02/2020, auprès des psychiatres du Maine-et-Loire et de la Sarthe. Nous leur avons envoyé un questionnaire composé de 14 questions à choix multiples, proposant une forme, un contenu et un mode de rédaction de DAP inspirés de la littérature.

Résultats. - Nous avons obtenu 69 réponses sur 203 questionnaires envoyés (34%). Les DAP semblent pertinentes quel que soit le mode d'exercice pour 56 psychiatres interrogés (81%). Elles seraient particulièrement adaptées au trouble bipolaire pour 38 d'entre eux (55%) et au trouble psychotique pour 34 (49%). Les questions ont permis d'explorer les différentes rubriques que contiendraient les DAP et de définir les modalités et le support de rédaction.

Discussion - La majorité des psychiatres interrogés est prête à se saisir de l'outil que constituent les DAP. Sur la base des réponses obtenues, nous pouvons proposer un modèle de DAP pour le Maine-et-Loire et la Sarthe. Dans les suivis au long cours, il pourra s'agir d'un support d'éducation thérapeutique, de travail de l'insight, de renforcement de l'alliance et du lien avec les proches et enfin de prévention des rechutes. En cas d'urgence psychiatrique, ce formulaire constituera une ressource précieuse pouvant aider à une prise en charge plus éclairée, plus fluide et moins contraignante.

INTRODUCTION

Lors de décompensations, certains troubles psychiatriques chroniques comme le trouble bipolaire ou la schizophrénie, peuvent altérer la capacité de jugement et de discernement du patient, et parfois sa capacité à consentir aux soins (1). Les Directives Anticipées en Psychiatrie (DAP) sont la possibilité pour les patients de rédiger, pendant une phase de rémission, un ensemble d'informations et d'instructions guidant les acteurs de soins dans la prévention et la gestion de ces crises (2).

La mise en place de DAP serait associée à une diminution du nombre et de la durée des hospitalisations, notamment sous contrainte (3, 4). Par ailleurs, elles permettraient une amélioration de la conscience du trouble, du sentiment d'autodétermination et d'autonomisation, une meilleure adhésion aux soins et un renforcement de l'alliance thérapeutique (1).

Depuis leur émergence dans les années 1980, les DAP ont été proposées sous différentes formes : *Joint Crisis Plan* au Royaume-Uni, *Ulysses Directives* aux Pays-Bas, *Plan Personnel de Gestion de Crise* en Suisse. En France, deux dispositifs sont à l'étude, les *Directives Anticipées Incitatives en Psychiatrie* et le *Plan Souhaité d'Organisation des Soins en France*. Il semblerait que chaque territoire adapte son modèle aux patients qu'il prend en charge, à leurs besoins, à leur fonctionnement dans un système de soins particulier (2 ; 5-9).

L'objectif principal de cette étude est de connaître l'avis des psychiatres du Maine-et-Loire et de la Sarthe sur les DAP : patients et praticiens concernés, forme, contenu, réalisation et suivi.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer la connaissance et l'utilisation que ces psychiatres ont de cet outil et de leur proposer un modèle de DAP s'inspirant de la littérature et des opinions exprimées dans cette enquête.

MÉTHODES

1. Type d'étude

Il s'agit d'une enquête auprès de professionnels de santé.

2. Population cible et modalités de recrutement

Il s'agissait d'interroger les psychiatres du Maine-et-Loire et de la Sarthe exerçant en cabinet libéral et dans les établissements privés et publics.

Chaque cabinet a été contacté par téléphone afin d'obtenir l'adresse internet des psychiatres consentant à répondre au questionnaire. Pour les identifier, nous avons consulté l'annuaire en ligne constitué par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). Les départements sélectionnés étaient : "Maine-et-Loire" et "Sarthe". La qualification retenue était "psychiatre", tous modes d'exercices confondus, et le statut : "en activité". Nous avons exclu les neurologues, les pédopsychiatres (lorsque cette spécialité était précisée) et les "non installés". Pour les praticiens en libéral que nous n'avons pu joindre par téléphone, nous avons procédé à des envois de questionnaires par voie postale.

Nous avons ciblés les établissements prenant en charge les troubles psychiatriques de l'adulte : la clinique Saint-Didier, le Pôle Santé Sud (PSS), l'Institut Psychothérapeutique du Pin en Mauges, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers, les Centres Hospitaliers (CH) de Cholet et de Saumur, le Centre de Santé Mentale Angevin (CESAME) et l'Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) de la Sarthe. Un accord et une liste de diffusion a été demandée en contactant les présidents de Commission Médicale d'Établissement (CME) ou équivalent par courriel personnel et appui de la demande auprès du secrétariat.

3. Questionnaire

Le questionnaire comportait 14 questions à choix multiples, avec la possibilité de rédiger des commentaires (annexe 1).

Des informations, avec références bibliographiques, ont été données en introduction : objectifs de l'étude, définition, description et objectifs des DAP.

4. Recueil des données

Les questionnaires envoyés par courriel comportaient un lien vers *Google Forms*, une application d'administration de sondage en ligne.

Les réponses aux questionnaires envoyés par voie postale ont été retranscrites sur le support *Google Forms* à la fin de l'étude.

Nous avons également recueilli des informations et commentaires à l'enquête par échange téléphonique ou courriel à l'occasion de l'envoi des questionnaires ou de la demande d'adresse électronique.

5. Analyse des données

Les réponses sont traitées par *Google Forms* et se présentent sous la forme d'un tableau *Excel*. Les statistiques sont descriptives.

6. Calendrier de réalisation de l'étude

Le projet d'étude a été présenté au comité d'éthique du CHU d'Angers le 09/10/2019 et validé le 16/10/2019 (annexe 2).

Les courriers électroniques ont été envoyés le 24/10/2019. Quatre courriels de relance ont été envoyés (26/11/2019, 07/01/2020, 03/02/2020 et 19/02/2020).

L'envoi de questionnaires par voie postale a été réalisé le 19/12/2019.

L'enquête a été close le 28/02/2020.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population interrogée

Au total, 203 questionnaires accompagnés d'un courrier informatif ont été envoyés : 145 par courrier électronique, 58 par voie postale. Nous avons obtenu 69 réponses (34%) (tableau I).

Nous avons contactés 8 psychiatres au CHU d'Angers, 5 ont répondu au questionnaire (63%). Au CESAME, 17 ont répondu sur les 54 contactés (31%). A la clinique Saint-Didier, aucun psychiatre n'a répondu sur les deux contactés. A l'Institut du Pin en Mauges, 2 ont répondu sur les 3 contactés (67%). Au CH de Cholet, 7 ont répondu sur les 9 contactés (78%). Au CH de Saumur, 1 psychiatre a répondu sur les 5 contactés (20%). 14 psychiatres libéraux du Maine-et-Loire ont répondu sur les 56 contactés (25%). A l'EPSM de la Sarthe, 13 psychiatres ont répondu sur les 43 contactés (30%). Au PSS, 3 ont répondu sur les 4 contactés (75%). 9 psychiatres libéraux de la Sarthe ont répondu sur les 19 contactés (47%).

Tableau I. Répartition des psychiatres interrogés et ayant répondu.

	Nombre de questionnaires envoyés	Nombre de réponses obtenues n (%)
CHU d'Angers	8	5 (63)
CESAME	54	17 (31)
Clinique Saint Didier	2	0 (0)
Institut du Pin en Mauges	3	2 (67)
CH de Cholet	9	7 (78)
CH de Saumur	5	1 (20)
Cabinet en Maine et Loire	56	14 (25)
EPSM de la Sarthe	43	13 (30)
PSS	4	3 (75)
Cabinet en Sarthe	19	9 (47)

2. Connaissance, utilisation et intérêt pour les DAP

33 psychiatres interrogés (48%) connaissaient les DAP avant de recevoir notre questionnaire, dont 5 exerçant en cabinet, 4 en établissement privé et 24 à l'hôpital public. 36 psychiatres interrogés (52%) ne connaissaient pas les DAP avant de recevoir notre questionnaire, dont 16 exerçant en cabinet, 1 en établissement privé et 19 à l'hôpital public (figure 1).

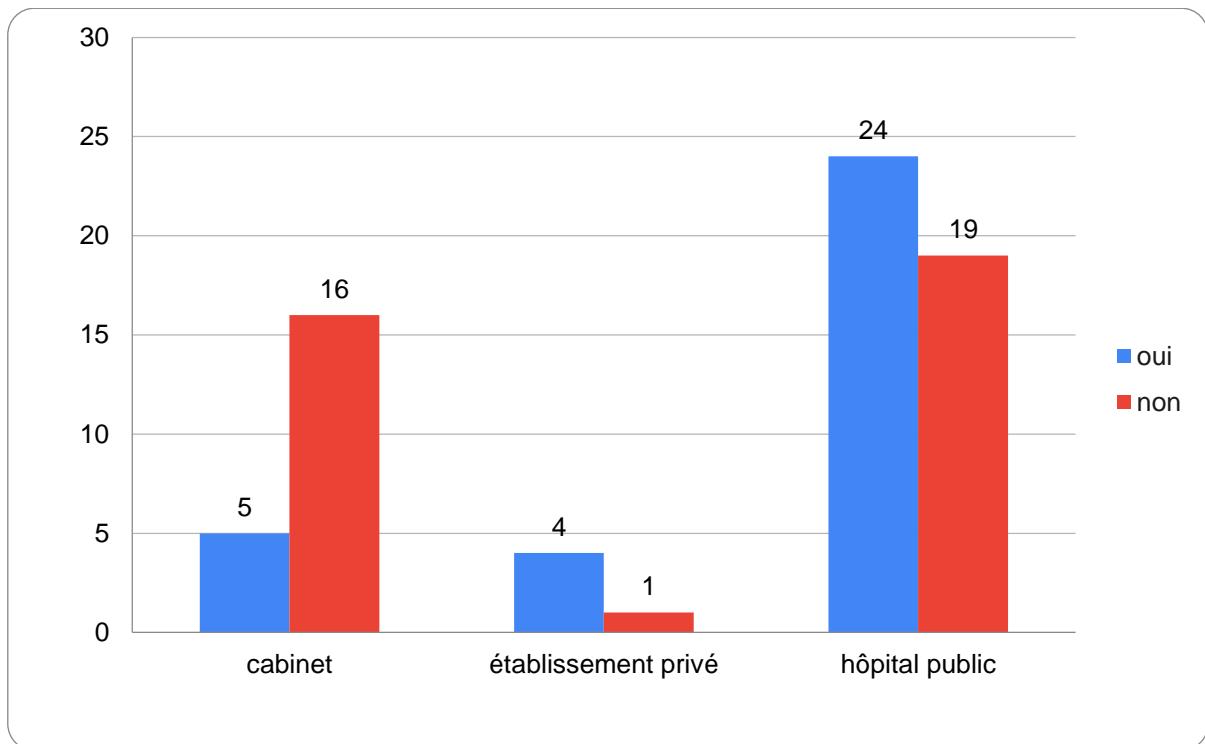


Figure 1. Réponse à la question : « *Avant que je vous contacte, connaissiez-vous les DAP ?* »

8 psychiatres (12%) mettaient déjà des DAP en place avant de recevoir notre questionnaire, dont 2 exerçant en cabinet, et 6 à l'hôpital public. 61 psychiatres (88%) ne mettaient pas de DAP en place avant de recevoir notre questionnaire, dont 20 exerçant en cabinet, 5 en établissement privé et 36 à l'hôpital public. (figure 2).

Nous avons recueillis des informations par échange téléphonique ou courriel :

Au CH de Saumur, l'équipe de psychiatrie a développé son propre outil sous la forme d'une personne de confiance élargie. Au CESAME, certains psychiatres ont été formés à un dispositif intitulé "plan de crise conjoint", dans le cadre de la réhabilitation psycho-sociale. Au CH de Cholet, l'équipe de psychiatrie a indiqué être très mobilisée sur le sujet et nous a informés d'un projet de formation de l'équipe médicale et paramédicale en 2020.

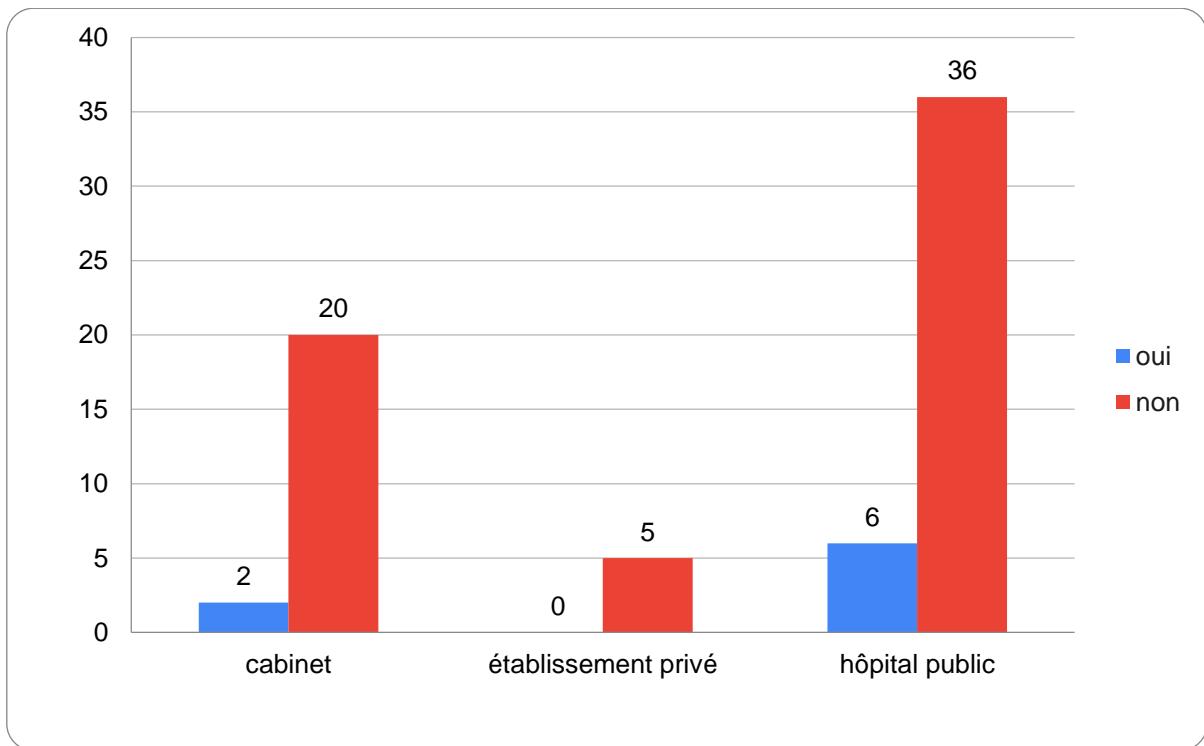


Figure 2. Réponse à la question : « *Mettez-vous des DAP en place ?* »

A la question "Les DAP semblent-elles constituer un bon outil en psychiatrie aujourd'hui?", 8 des psychiatres interrogés (12%) ont répondu "je ne sais pas", dont 5 en cabinet et 3 en hôpital public. 18 (26%) ont répondu "tout à fait", dont 3 en cabinet, 2 en établissement privé et 13 en hôpital public. 41 ont répondu "oui, plutôt" (59%), dont 12 en cabinet, 3 en établissement privé et 26 en hôpital public. 0 ont répondu "non, plutôt pas" (0%). 2 ont répondu "non, pas du tout" (3%), dont 2 en cabinet (figure 3).

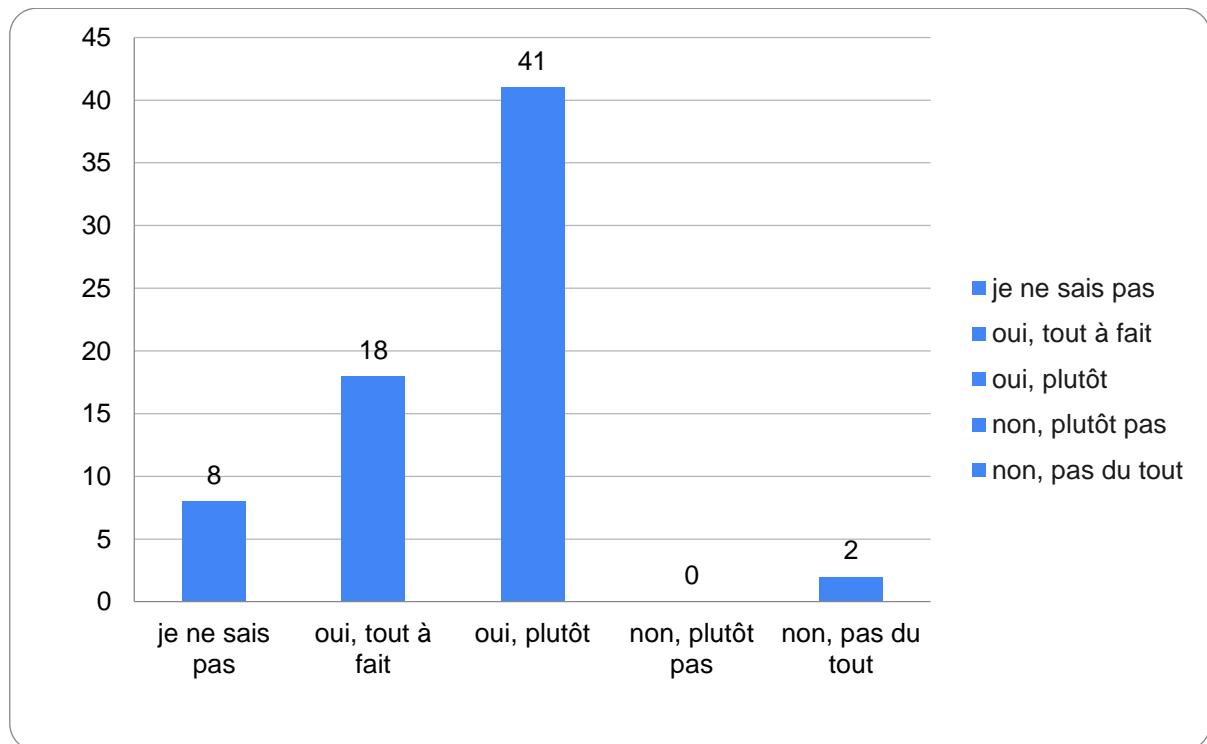


Figure 3. Réponse à la question : « *Les DAP semblent-elles constituer un bon outil en psychiatrie aujourd'hui ?* »

3. DAP et mode d'exercice

Les DAP semblent pertinentes quel que soit le mode d'exercice pour 56 psychiatres interrogés (81%).

Elles semblent adaptées à la pratique en cabinet pour 2 des psychiatres interrogés (3%), en clinique pour 4 (6%), dans les hôpitaux du service public pour 9 (13%), au CHU pour 5 (7%). Elles ne semblent adaptées à aucun mode d'exercice de la psychiatrie en particulier pour 3 psychiatres interrogés (4%) (tableau II).

4 psychiatres (6%) ont rédigé des commentaires dans la rubrique "autre" :

"Plus aisé lors travail en équipe."

"Je n'ai exercé auprès d'adultes qu'en ville, donc pas d'expérience ou d'avis en hospitalisation."

"Ce qui ne veut pas dire que cela doit être le psychiatre traitant en libéral qui doit s'en charger, même si doit être consulté par l'équipe. Pertinent quel que soit le mode d'exercice à condition qu'il soit l'objet de discussion entre patient et praticien et pas exclu de la démarche relationnelle."

"Cela se fait de façon informelle avec le sujet et son entourage."

Tableau II. Réponse à la question « *Les DAP vous semblent-elles adaptées à un mode d'exercice de la psychiatrie en particulier ?* »

Proposition	Nombre psychiatres ayant validé la proposition n (%)
cet outil semble pertinent quel que soit le mode d'exercice	56 (81)
oui, dans la pratique en cabinet	2 (3)
oui, en clinique	4 (6)
oui, dans les hôpitaux du service public	9 (13)
oui, en CHU	5 (7)
non, aucun	3 (4)
autre	4 (6)

4. DAP et trouble psychiatrique

26 psychiatres interrogés (38%) considèrent que les DAP peuvent être appliquées à tout trouble psychiatrique, 34 (49%) au trouble psychotique, 38 (55%) au trouble bipolaire, 20 (29%) à la dépression unipolaire, 19 (28%) au trouble grave de la personnalité, 8 (12%) au trouble anxieux, 17 (25%) aux addictions, 2 (3%) à aucun trouble psychiatrique (tableau III).

5 psychiatres (7%) ont rédigé des commentaires dans la rubrique "autre" :

"Tout patient qui présente un trouble psychiatrique chronique et/ou à risque de rechute."

"Nécessité de confiance dans le lien soignant/soigné, nécessité de sécuriser la situation clinique."

"Démarche psychoéducative."

"Elles devraient être proposées à tout citoyen."

"Possiblement pertinentes d'abord à condition que le sujet devienne un sujet de soin et qu'il y ait un tiers entre patient et médecin avant de pouvoir dire s'il faudrait appliquer cela à telle ou telle pathologie. Ce qui alors poserait la question éthique."

Tableau III. Réponse à la question : « *Pour quel(s) trouble(s) psychiatrique(s) les DAP vous semblent-elles particulièrement pertinentes ?* »

Proposition	Nombre de psychiatres ayant validé la proposition n (%)
elles devraient être proposées à tout patient	26 (38)
trouble psychotique	34 (49)
trouble bipolaire	38 (55)
dépression unipolaire	20 (29)
trouble de la personnalité grave	19 (28)
trouble anxieux	8 (12)
addictions	17 (25)
aucun	2 (3)
autre	5 (7)

5. Degré d'engagement des psychiatres

A la question "Seriez-vous prêt(e) à mettre des DAP en place pour vos patients ?" 19 psychiatres ont répondu "oui, tout à fait" (28%), dont 6 en cabinet, 3 en établissement privé et 10 en hôpital public. 37 ont répondu "oui, plutôt" (54%), dont 8 en cabinet, 2 en établissement privé et 27 en hôpital public. 10 ont répondu "non, plutôt pas" (14%), dont 6 en cabinet, et 4 en hôpital public. 3 (4%) ont répondu "pas du tout", dont 2 en cabinet, et 1 en hôpital public (figure 4).

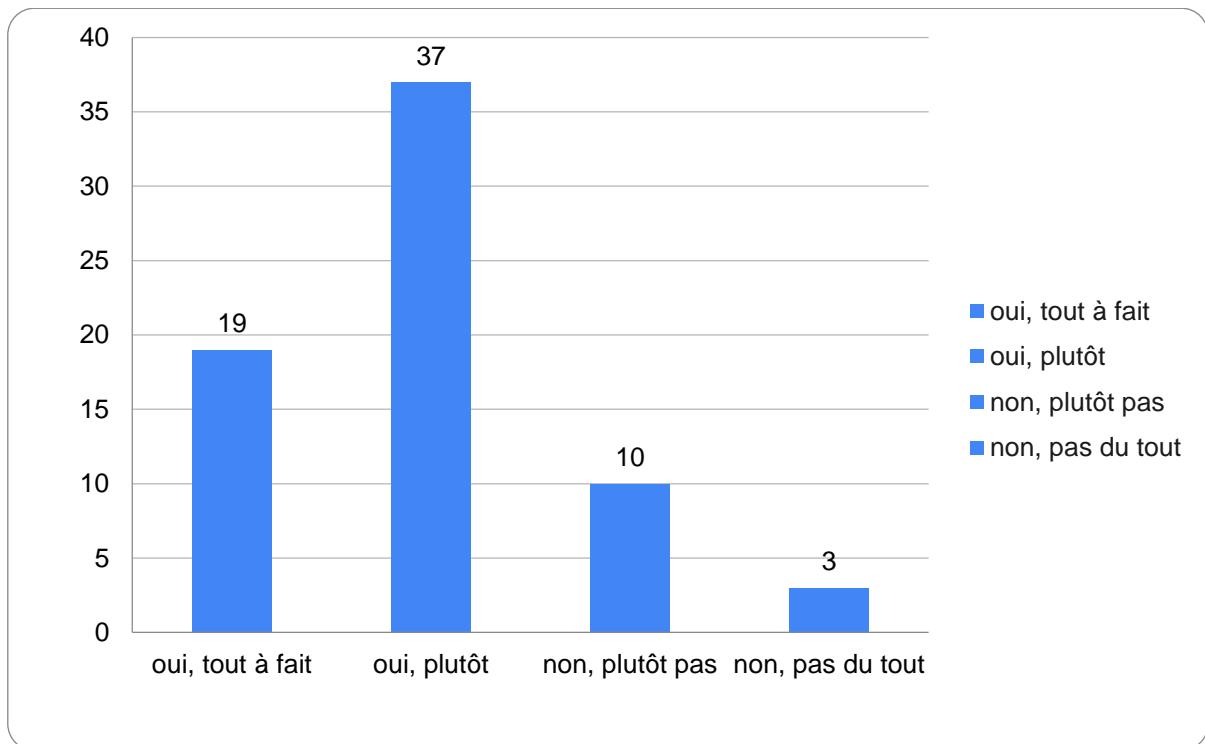


Figure 4. Réponse à la question : « *Seriez-vous prêt(e) à mettre des DAP en place pour vos patients ?* »

6. Freins à la mise en place des DAP

Nous avons demandé aux psychiatres ce qui pourrait être un frein à la mise en place des DAP. 3 psychiatres (4%) ne se sentent pas concernés, 16 (23%) ne se sentent pas assez informés, 6 (9%) ne voient pas l'intérêt de mettre en place des DAP pour les patients qu'ils prennent en charge, 26 (38%) mettent en avant la contrainte de temps, 3 (4%) mettent en avant la contrainte financière et 16 (23%) ne voient aucun obstacle à la mise en place de DAP dans leur pratique courante, 19 (28%) ont rédigé des commentaires dans la rubrique "autre" (tableau IV).

Tableau IV. Réponse à la question : « *Qu'est ce qui serait un frein à la mise en place de DAP pour vous ?* »

Proposition	Nombre de psychiatres ayant validé la proposition n (%)
je ne me sens pas concerné(e)	3 (4)
je ne me sens pas assez informé(e)	16 (23)
je ne vois pas d'intérêt à les mettre en place pour les patients que je prends en charge	6 (9)
contrainte de temps	26 (38)
contrainte financière	3 (4)
je ne vois aucun obstacle à leur mise en place dans ma pratique courante	16 (23)
autre	19 (28)

Nous avons analysé la réponse à cette question en fonction du type d'exercice : en cabinet, en établissement privé et en établissement public. Si l'on considère les 25 praticiens exerçant en cabinet, aucun ne se sent pas concerné, 2 (8%) ne se sentent pas assez informés, 7 (28%) ne voient pas l'intérêt de mettre en place des DAP pour les patients qu'ils prennent en charge, 3 (12%) mettent en avant la contrainte de temps, 1 (4%) met en avant la contrainte financière et 8 (32%) ne voient aucun obstacle à la mise en place de DAP dans leur pratique courante (tableau V).

7 psychiatres (28%) ont rédigé des commentaires dans la rubrique "autre" :

"Je prends ma retraite dans deux mois."

"Lourdeur administrative dans une relation thérapeutique au cabinet, j'ai peu de patients psychotiques ou bipolaires."

"Je le fais déjà sans l'appeler ainsi, il s'agit de la prise en charge naturelle en psychiatrie telle que pratiquée depuis longtemps."

"Je suis en "pré retraite" (cumul emploi retraite) et diminue beaucoup mon activité."

"En fait, je le fais déjà, mais sous forme de dialogue avec le patient + noté dans le dossier +/- courrier au généraliste. Pas de formulaire spécifique ou de papier en possession du patient."

"Le lien avec les directives anticipées dans le cadre de soins palliatifs me paraît pouvoir poser difficultés car dans ce deuxième le décès du sujet est envisagé, càd qu'alors ne plus pouvoir décider signifie possible mort du sujet. Parle-t-on de la même chose en psychiatrie en parlant de directives anticipées ?"

"Nsp"

Tableau V. Freins à la mise en place des DAP pour les 25 praticiens exerçant en cabinet.

Proposition	Nombre de psychiatres ayant validé la proposition n (%)
je ne me sens pas concerné(e)	0 (0)
je ne me sens pas assez informé(e)	2 (8)
je ne vois pas d'intérêt à les mettre en place pour les patients que je prends en charge	7 (28)
contrainte de temps	3 (12)
contrainte financière	1 (4)
je ne vois aucun obstacle à leur mise en place dans ma pratique courante	8 (32)
autre	7 (28)

Si l'on considère les 5 praticiens en établissement privé : aucun ne se sent pas concerné, 1 (20%) ne se sent pas assez informé, aucun ne voit pas l'intérêt de mettre en place des DAP pour les patients qu'il ou elle prend en charge, 3 (60%) mettent en avant la contrainte de temps, aucun ne met en avant la contrainte financière et 0 (0%) ne voit aucun obstacle à la mise en place de DAP dans sa pratique courante (tableau VI).

1 psychiatre (20%) a rédigé des commentaires dans la rubrique "autre" :

"Mode d'exercice temporaire pour le moment."

Tableau VI. Freins à la mise en place des DAP pour les 5 praticiens en établissement privé.

Proposition	Nombre de psychiatres ayant validé la proposition n (%)
je ne me sens pas concerné(e)	0 (0)
je ne me sens pas assez informé(e)	1 (20)
je ne vois pas d'intérêt à les mettre en place pour les patients que je prends en charge	0 (0)
contrainte de temps	3 (60)
contrainte financière	0 (0)
je ne vois aucun obstacle à leur mise en place dans ma pratique courante	0 (0)
autre	1 (20)

Si l'on considère les 43 praticiens des hôpitaux publics : aucun ne se sent pas concerné, 13 (30%) ne se sentent pas assez informés, 1 (2%) ne voit pas l'intérêt de mettre en place des DAP pour les patients qu'il ou elle prend en charge, 20 (47%) mettent en avant la contrainte de temps, 2 (5%) mettent en avant la contrainte financière et 7 (16%) ne voient aucun obstacle à la mise en place de DAP dans leur pratique courante (tableau VII).

11 psychiatres (26%) ont rédigé des commentaires dans la rubrique "autre" :

"En pédopsychiatrie la situation est différente."

"Psychiatre aux urgences et en liaison."

"Les DAP sont-elles des références opposables en cas de procès?"

"Les patients que je soigne sont tous mineurs. Ce sont les parents "

"Ne correspond pas à ma pratique en liaison."

"Gestion des souhaits de patients et DAP comme source d'une contestation de la PEC."

"Frein relatif."

"Consentement éclairé."

"Moyen humain de personnel."

"Je ne m'étais jamais questionnée pour mes patients à, ce sujet je travaille en addictologie le questionnement pourrait se faire autour : que faire quand je m'alcoolise de façon intense ?"

"Équipe médical et paramédicale pas formées encore. C'est un de nos objectifs pour 2020."

Tableau VII. Freins à la mise en place des DAP pour les 43 praticiens d'hôpitaux publics.

Proposition	Psychiatres ayant validé la proposition n (%)
je ne me sens pas concerné(e)	0 (0)
je ne me sens pas assez informé(e)	13 (30)
je ne vois pas d'intérêt à les mettre en place pour les patients que je prends en charge	1 (2)
contrainte de temps	20 (47)
contrainte financière	2 (5)
je ne vois aucun obstacle à leur mise en place dans ma pratique courante	7 (16)
autre	11 (26)

7. Informations concernant le patient

Des informations concernant le patient sont à intégrer dans les DAP. Le nom du psychiatre référent doit figurer dans les DAP pour 61 psychiatres (88%), l'ordonnance actuelle pour 52 psychiatres (75%), le diagnostic psychiatrique pour 49 psychiatres (71%), les antécédents psychiatriques personnels et familiaux pour 40 psychiatres (58%), les antécédents médicaux et chirurgicaux pour 33 psychiatres (48%), la personne à contacter pour 62 psychiatres (90%) (tableau VIII).

6 (9%) ont rédigé des commentaires dans la rubrique "autre" :

"Mesures de protection."

"Personnes réellement ressources, diagnostic tel qu'il a été donné au patient."

"Situation actuelle et degré de dépendance."

"Symptômes de la crise; attitude à adopter."

"Son mode de vie pendant les phases de rémission."

"PAS les ATCD familiaux. Surtout ATCD cardiaques et un ECG. Adresse et nom du généraliste."

Tableau VIII. Réponse à la question : « *Selon vous, quelles informations concernant le patient doivent contenir les DAP ?* »

Proposition	Nombre de psychiatres ayant validé la proposition n (%)
nom du psychiatre référent	61 (88)
ordonnance actuelle	52 (75)
diagnostic psychiatrique	49 (71)
antécédents psychiatriques personnels et familiaux	40 (58)
antécédents médicaux, chirurgicaux	33 (48)
personne à contacter (proches)	62 (90)
autre	6 (9)

8. Informations concernant la symptomatologie

37 psychiatres (54%) souhaitent voir apparaître, dans les DAP, une description par le patient de son état lors des rémissions. 51 psychiatres (74%) souhaitent y intégrer la description par le patient de son état lors des crises. 56 psychiatres (81%) souhaitent y voir figurer les premiers symptômes de décompensation. 61

psychiatres (88%) souhaitent intégrer la conduite à tenir en cas de prodromes de décompensation constatés par le patient, ses proches ou l'équipe soignante (tableau IX).

3 psychiatres (4%) ont apporté des suggestions dans la rubrique "autre" :

"Descriptions recueillies également auprès de la famille/personne de confiance."

"Le patient peut faire une liste de ce qui lui a été utile lors de précédentes décompensations."

"Facteurs de décompensation repérés, de vulnérabilité."

Tableau IX. Réponse à la question : « *Selon vous, quelles informations concernant la symptomatologie doivent contenir les DAP ?* »

Proposition	Nombre de psychiatres ayant validé la proposition N (%)
description par le patient de son état lors des rémissions	37 (54)
description par le patient de son état lors des crises	51 (74)
premiers symptômes de décompensation	56 (81)
conduite à tenir en cas de prodromes de décompensation constatés par le patient, ses proches ou l'équipe soignante	61 (88)
autre	3 (4)

9. Informations concernant l'hospitalisation et les traitements

Selon les psychiatres interrogés, des précisions concernant l'hospitalisation et les traitements doivent apparaître dans les DAP. Pour 56 (81%), on doit inscrire le lieu d'hospitalisation souhaité et le lieu d'hospitalisation à éviter. Pour 49 (71%), on doit inscrire les alternatives à l'hospitalisation. Les traitements refusés doivent apparaître pour 43 psychiatres (62%). Les traitements souhaités doivent apparaître pour 39 psychiatres (57%). Pour 46 (67%) l'historique des traitements doit figurer. Pour 54 (78%), on doit nommer les personnes autorisées à visiter le patient pendant l'hospitalisation. Pour 47 (68%), on doit inscrire les moyens de gestion de l'agitation : techniques de désamorçage suggérées, avis sur isolement et contention (souhait ou refus, alternatives). Pour 58 (84%), on doit désigner la personne qui gère les finances, les personnes à charge ou les animaux domestiques (tableau X).

4 psychiatres (6%) ont commenté cette question dans la rubrique "autre" :

"Tout ceci (choix préalables) semble devoir être modulé par état cognitif du patient et son insight."

"Gestion de la réanimation, intubation, alimentation, hydratation..."

"Personne autorisée à joindre le psychiatre référent pour "donner l'alerte" très précocement et éviter l'hospitalisation."

"Je n'ai pas assez réfléchi à tout cela."

Tableau X. Réponse à la question : « *Selon vous, quelles informations concernant l'hospitalisation et les traitements doivent contenir les DAP ?* »

Proposition	Nombre de psychiatres ayant validé la proposition n (%)
lieu d'hospitalisation souhaité, lieu d'hospitalisation à éviter	56 (81)
alternatives à l'hospitalisation	49 (71)
traitements refusés	43 (62)
traitements souhaités	39 (57)
historique des traitements	46 (67)
moyens de gestion de l'agitation : techniques de désamorçage suggérées, avis sur isolement et contention : souhait ou refus, alternatives	47 (68)
personnes autorisées à visiter le patient pendant l'hospitalisation	54 (78)
personne désignée pour gérer les finances, personnes à charge, animaux domestiques,...	58 (84)
autre	4 (6)

10. Modalités de rédaction des DAP

Dans les modèles existants, la rédaction des DAP se déroule généralement en trois phases : information, rédaction, mise à jour. Différents acteurs peuvent être présents au cours de ces différentes étapes.

32 psychiatres (46%) souhaitent une rédaction par le patient, en autonomie, éventuellement accompagné d'un(e) Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE). 47 psychiatres (68%) souhaitent une consultation patient-psychiatre dédiée à la rédaction. 38 psychiatres (55%) souhaitent une rédaction lors d'une réunion avec

l'équipe soignante, en présence du patient. 14 psychiatres (20%) souhaitent une médiation de la réunion par une personne (médecin, IDE, assistant social ou psychologue par exemple) ne faisant pas partie de l'équipe soignante. 55 psychiatres (80%) souhaitent la présence d'un proche lors du/des rendez-vous (information, rédaction, mise à jour) selon le souhait du patient. 38 psychiatres (55%) souhaitent une consultation pour mise à jour après un an ou après une hospitalisation. 3 psychiatres (4%) estiment que le psychiatre peut assurer tous les entretiens (information, rédaction, mise à jour) seul. 21 psychiatres (30%) estiment qu'une autre personne de l'équipe de soin peut assurer ces différents rendez-vous. 44 psychiatres (64%) estiment que le médecin traitant pourrait être invité à participer à la réflexion autour des DAP (tableau XI).

3 psychiatres (4%) ont commenté cette question dans la rubrique "autre" :

"Etant donné la pénurie de psychiatres, il est nécessaire d'introduire un psychologue et un référent infirmier ce qui est totalement impossible en libéral. Quid du psychiatre libéral dans le dispositif ?"

"Avec infirmier"

"Psychiatre avec équipe soignante + MT en présence du patient, mais pas pour la rédaction, qui appartient au patient qui par la suite devrait pouvoir obtenir tous les renseignements nécessaires (ligne dédiée? possibilité de consultation avec AS ou IDE pour rédaction différée?) en cas de doute."

Tableau XI. Réponse à la question : « A propos des modalités de rédaction des DAP : cochez les suggestions qui vous semblent appropriées. »

Proposition	Nombre de psychiatres ayant validé la proposition n (%)
rédaction par le patient en autonomie, éventuellement accompagné d'un(e) IDE	32 (46)
consultation (patient-psychiatre) dédiée à la rédaction	47 (68)
rédaction lors d'une réunion avec l'équipe soignante, en présence du patient	38 (55)
médiation de la réunion par une personne (médecin, IDE, assistant social ou psychologue par exemple) ne faisant pas partie de l'équipe soignante	14 (20)
présence d'un proche lors du/des rendez-vous (information, rédaction, mise à jour) selon le souhait du patient	55 (80)
consultation pour mise à jour après un an ou après une hospitalisation	38 (55)
le psychiatre peut assurer tous les entretiens (information, rédaction, mise à jour) seul	3 (4)
une autre personne de l'équipe de soin peut assurer ces différents rendez-vous	21 (30)
le médecin traitant pourrait être invité à participer à la réflexion autour des DAP	44 (64)
autre	3 (4)

11. Support de rédaction et conservation des DAP

Pour 30 psychiatres (43%) les DAP pourraient être rédigées et stockées dans un dossier papier. Pour 34 psychiatres (49%) interrogés, ce pourrait être dans un dossier informatique intégré au logiciel de l'établissement ou du cabinet. Pour 44 psychiatres interrogés (64%), les DAP seraient rédigées et stockées en ligne, dans le Dossier Médical Partagé (DMP) par exemple (tableau XII).

3 psychiatres (4%) ont fait une suggestion dans la rubrique "autre" :

"Fiche en possession du patient."

"Un exemplaire usagé sur un support qu'il choisit."

"Une copie du document peut être gardée par le patient/proche."

Tableau XII. Réponse à la question : « Quel(s) support(s) de rédaction et conservation des DAP choisiriez-vous ? »

Proposition	Nombre de psychiatres ayant validé la proposition n (%)
dossier papier	30 (43)
dossier informatique (logiciel de l'établissement ou du cabinet)	34 (49)
rédaction en ligne, dans le DMP par exemple	44 (64)
autre	3 (4)

Pour 58 psychiatres interrogés (84%), le patient doit conserver les DAP. Pour 46 (67%), la personne de confiance doit les conserver. Pour 48 (70%), le psychiatre référent doit les conserver. Pour 49 (71%), le médecin traitant doit les conserver. Pour 45 (65%), l'hôpital prenant régulièrement en charge le patient pour des soins psychiatriques ou autres doit les conserver (tableau XIII).

3 psychiatres (4%) ont commenté cette question dans la rubrique "autre" :

"Intérêt du DMP."

"DMP."

"Personne de confiance informée des DAP donc peut alerter un des médecins référent si problème."

Tableau XIII. Réponse à la question : « Qui conserverait les DAP rédigées ? »

Proposition	Nombre de psychiatres ayant validé la proposition n (%)
patient	58 (84)
personne de confiance	46 (67)
psychiatre référent	48 (70)
médecin traitant	49 (71)
hôpital prenant régulièrement en charge le patient pour des soins psychiatriques ou autres	45 (65)
autre	3 (4)

DISCUSSION

La majorité des psychiatres interrogés est prête à se saisir de l'outil que constituent les DAP. Sur la base des réponses obtenues, nous pouvons proposer un modèle de DAP en Maine-et-Loire et en Sarthe.

1. Forces et faiblesses de l'étude

1.1. Biais de sélection

Le recrutement des psychiatres pour participer à cette enquête s'est fait sur la base du volontariat. Il est très probable que les psychiatres qui ont bien voulu répondre au questionnaire soient sensibles à ce sujet. Néanmoins un effort d'information et de recrutement a été fourni pour limiter ce biais de sélection.

1.2. Taux de participation

Le taux de participation peut paraître faible, mais nous avons obtenu un nombre conséquents de réponses et de commentaires, ce qui a permis d'aller au bout de l'objectif de cette étude : création d'un modèle de DAP adapté aux besoins du territoire.

Le questionnaire était volontairement court et concis pour ne pas décourager les psychiatres. De plus, nous avons procédé à plusieurs relances et à des envois de questionnaires sous différentes formes pour obtenir davantage de réponses.

Par ailleurs, une réelle réflexion autour du taux de participation a été menée. D'après les réponses obtenues par téléphone ou par mail, il semble que les psychiatres n'ayant pas souhaité répondre au questionnaire sont pédopsychiatres ou addictologues (spécificités des troubles présentés), exercent en urgences-liaison (pas de possibilité d'un suivi sur le long terme), sont proches de la retraite (moins investis ou se sentant moins légitimes), ont été perturbés par le terme "Directives Anticipées" renvoyant à la fin de vie (au CESAME notamment), ont déjà développé leur propre outil comme à Saumur (ce qui a pu les dissuader de participer à la création d'un outil différent). Enfin, certains psychiatres n'ont probablement pas lu le courriel envoyé (courrier indésirable) ou le courrier en format papier, ou n'ont pas souhaité y répondre faute de temps ou d'intérêt pour le sujet abordé.

1.3. Attribution des réponses selon le mode d'exercice

Deux psychiatres cumulent deux modes d'exercice. Il y a une erreur d'attribution des réponses lorsqu'on a cherché à donner des résultats en fonction du mode d'exercice. Toutefois, l'impact est limité car cela concerne seulement 2 des 69 réponses recueillies.

1.4. Originalité de l'étude

La principale force de cette étude est son caractère original. Peu d'études sont menées en France pour développer les DAP.

1.5. Envergure

L'étude ne concerne que deux départements. Cela est peu, mais le point fort est que le modèle proposé sera adapté aux besoins du territoire.

1.6. Objectif principal, application et perspectives

L'objectif principal de l'étude est atteint, une application pratique est possible et permet de faire des suggestions de nouveaux axes de recherche sur le sujet.

2. Discussion des principaux résultats

2.1. Utilisation des DAP

Près de la moitié des psychiatres interrogés connaissaient les DAP avant que nous les contactions. Très peu en mettaient en place alors qu'une grande majorité trouve cet outil pertinent, quel que soit le mode d'exercice. La majorité est prête à intégrer les DAP dans leur pratique courante, surtout les praticiens exerçant dans un hôpital public. Ceci est probablement lié à la possibilité d'un travail d'équipe, rendant plus aisés l'accompagnement à la rédaction des DAP, notamment si l'on considère le temps qu'il est nécessaire d'y consacrer.

On peut déduire du taux de participation et des réponses aux questions à propos de la connaissance, l'utilisation et l'intérêt des DAP, que les psychiatres qui ont répondu le plus ne sont pas forcément ceux qui connaissaient les DAP ou en mettaient déjà en place avant l'enquête.

Les psychiatres interrogés proposeraient la rédaction de DAP à tout patient souffrant de trouble psychiatrique chronique avec périodes de rémissions et risque de rechutes, donc en particulier aux patients souffrant de trouble bipolaire et de schizophrénie. Notons que le terme de "trouble psychotique" proposé dans

le questionnaire tel que proposé dans la littérature aurait dû être remplacé par schizophrénie pour plus de précision et de distinction avec les symptômes psychotiques du trouble bipolaire notamment.

D'après la littérature il est pertinent d'intégrer préférentiellement les patients ayant déjà été hospitalisés sous contrainte, et au moins un mois après une sortie d'hospitalisation. En effet, l'expérience "montre que le récit souvent traumatique de la contrainte constitue un préalable à partir duquel la rédaction de directives éclairées s'organise" (10).

Par ailleurs, l'insight ne semble pas être un prérequis à la proposition des DAP à un patient, mais plutôt un critère de jugement de l'efficacité des DAP au même titre que l'alliance thérapeutique, l'empowerment ou encore la qualité de vie (11).

2.2. Freins à la mise en place des DAP

Dans les établissements privés et hôpitaux publics, les principaux obstacles retrouvés sont le manque de temps et le manque d'information alors qu'en cabinet, c'est le type de patient pris en charge qui est avancé comme premier facteur limitant. Par ailleurs, ces freins semblent être relatifs pour une grande partie des psychiatres interrogés.

2.3. Contenu des DAP

2.3.1. Le patient

Des informations concernant le patient doivent figurer dans les DAP selon la majorité des psychiatres interrogés : personne à contacter, nom du psychiatre référent, ordonnance actuelle, diagnostic psychiatrique et antécédents psychiatriques personnels. Il ne semble pas indispensable de préciser les antécédents médicaux et chirurgicaux et un questionnement éthique a été apporté quant à la précision des antécédents familiaux. Il semble judicieux de ne consigner que des informations concernant le patient.

Des suggestions ont été accueillies avec intérêt : mesure de protection, mode de vie, nom et adresse du médecin traitant, examens complémentaires pouvant aider à la prise en charge en urgences comme un électrocardiogramme.

2.3.2. La symptomatologie

Toutes les propositions concernant la symptomatologie à inscrire dans les DAP ont été retenues : premiers symptômes de décompensation, conduite à tenir en cas de prodromes de décompensation, état psycho-comportemental lors des crises et lors des rémissions.

On retiendra un commentaire intéressant qui suggère de recueillir ces éléments non seulement auprès du patient, mais aussi auprès de ses proches, du psychiatre, du médecin généraliste ou encore l'équipe soignante. La condition à ce recueil est que ces précisions doivent avoir été validées par le patient lui-même avant d'être inscrites dans les DAP.

2.3.3. L'hospitalisation et les traitements

Toutes les propositions concernant l'hospitalisation et les traitements à inscrire dans les DAP ont été retenues : lieu d'hospitalisation souhaité et à éviter, alternatives à l'hospitalisation, traitement souhaité et non souhaité, historique des traitements, moyens de gestion de l'agitation, personnes autorisées à visiter le patient pendant l'hospitalisation, instructions diverses ne concernant pas la thérapeutique (ex : garde des enfants, des animaux domestiques, gestion financière).

Nous avons rappelé dans le questionnaire l'absence de valeur contraignante des DAP pour le médecin, qui reste maître de sa prescription, en accord avec ses connaissances et la déontologie médicale. Toutefois, les informations concernant les traitements souhaités et refusés ont été proportionnellement moins approuvés, ce qui laisse deviner une crainte des psychiatres d'être limités dans leur décision thérapeutique. En pratique, "même dans les pays où les directives sont contraignantes, les soignants ne sont jamais légalement contraints de fournir des soins qui ne correspondent pas aux normes de bonnes pratiques". De plus, les études s'intéressant au contenu des DAP révèlent que les souhaits exprimés par les patients sont majoritairement conformes aux standards de prise en charge et qu'ils ne consistent pas en un refus de tous les médicaments (12).

2.3.4. Rédaction, suivi, conservation

L'accompagnement à la rédaction, facultatif dans la littérature, est indispensable pour les psychiatres interrogés et ne peut être assuré par le psychiatre seul, même s'il doit forcément en être partie prenante. Celui-ci peut être assuré par un tiers ou un soignant. Dans le premier cas, on peut craindre un manque de formation et de recul. Dans le second cas, "on peut redouter une forme d'autocensure", "surtout si les professionnels étaient liés à l'hospitalisation sous contrainte" (10). Dans le questionnaire, rédigé avant la parution d'un article

en faisant mention, la possibilité de groupe de pairs (Groupe d'Entraide Mutuelle par exemple) ou d'un pair-aidant n'a pas été intégrée alors que cela peut être un élément de motivation et une aide à la rédaction. Un témoignage d'une patiente ayant intégrée l'étude DaiP a été retranscrit dans la revue Santé Mentale. Celle-ci explique que le pair-aidant "permet de se sentir compris, à l'aise, d'être plus naturel". Elle décrit également un côté déculpabilisant et déstigmatisant (13). Ces pairs-aidants pourraient apparaître au fur et à mesure que les DAP sont mises en place dans les départements étudiés.

La médiation par un tiers n'a pas été retenue.

L'implication des proches et du médecin traitant a été approuvée.

Un travail d'équipe semble essentiel et possible car les patients concernés par les DAP ont dans la plupart des cas, accès à un prise en charge pluridisciplinaire (médecin, IDE, psychologue, assistant social) que ce soit en hospitalisation ou dans un centre médico psychologique.

Que les DAP soient sur le DMP, le dossier informatique ou papier du patient, il semble indispensable qu'elles soient mises à jour pour ne pas être obsolètes au moment où elles seront consultées, ce qui pourrait nuire à la prise en charge.

2.4. DAP et fin de vie : deux contextes différents

Un certain nombre de psychiatres ont pu confondre les DAP et les directives anticipées dans un contexte de fin de vie ou critiquer le terme choisi faisant trop référence aux soins palliatifs selon eux. Tinland A, Mougeot F et Maître E, dans un article paru en 2020 (12), proposent une distinction intéressante. Dans les situations de fin de vie, il s'agit de se projeter dans une situation de dégradation physique et d'abolition du jugement sans en avoir fait l'expérience. Les DAP, quant à elles, sont rédigées « par des personnes qui ont déjà vécu une altération de leur jugement et déjà expérimenté certains soins » (12). Par ailleurs, les directives anticipées ne s'appliquent généralement qu'une fois et visent le « bien mourir », alors que les DAP sont améliorées au fur et à mesure de leur utilisation et ont pour objectif de mieux vivre la crise. Enfin, les directives anticipées ne peuvent prévenir la mort alors que les DAP peuvent prévenir les rechutes et les hospitalisations, notamment sous contrainte.

3. Proposition de modèle de DAP

Il semble nécessaire, dès à présent, de mettre à disposition des soignants et des patients un guide comprenant à la fois les informations sur les DAP et un support de rédaction. Ce guide (annexe 3) pourra être imprimé ou stocké de manière numérique dans le dossier informatique du patient ou dans son DMP.

Nous conserverons l'appellation "Directives Anticipées en Psychiatrie", bien qu'elle ne fasse pas l'unanimité, le terme "directives anticipées" renvoyant à la fin de vie. Certains psychiatres adoptent plus facilement le terme "plan de crise" notamment.

Des recommandations pourraient être publiées à partir de l'étude DAiP (9, 10, 13) et du Plan SOS (2). Il serait intéressant d'ajuster le modèle proposé à ces recommandations. En effet, il semble nécessaire de mettre en place un modèle identique sur l'ensemble du territoire français pour pouvoir étudier son efficacité.

Par ailleurs, nous nous interrogeons sur la pertinence d'une proposition de mise en place de DAP sans qu'un plan national d'information ou de formation ne soit lancé. Cependant, les informations fournies et le modèle de rédaction réalisé semblent être tout à fait suffisants pour commencer à utiliser cet outil.

CONCLUSION

Les psychiatres des deux départements visés sont prêts à intégrer les DAP dans leur pratique courante et la majorité des suggestions émises dans le questionnaire ont été retenues.

Cette enquête aura permis d'informer et de sensibiliser les psychiatres du Maine-et-Loire et de la Sarthe, et sans doute d'initier des réflexions collégiales autour de l'organisation de leur mise en place.

On pourra, une fois le modèle proposé mis en place et éprouvé par les équipes de soins psychiatriques du Maine-et-Loire et de la Sarthe, s'intéresser à l'impact de cet outil sur le nombre d'hospitalisations, le ressenti des patients et du personnels, en mesurer l'impact économique et comparer ces critères aux résultats des études actuellement en cours en France.

Par ailleurs, cette étude pourrait être complétée par des travaux plus spécifiques s'intéressant aux DAP dans le cas d'une thérapeutique particulière : "DAP et électroconvulsivothérapie" ou encore "DAP et isolement-contention".

Enfin, on peut se poser la question d'une application de directives anticipées, en-dehors du contexte de la fin de vie, à d'autres maladies chroniques évoluant par crises et pouvant altérer, temporairement ou durablement, la capacité de discernement, de jugement et de consentement. Par exemple, elles pourraient s'appliquer en neurologie ou en gériatrie, pour la démence, la sclérose en plaque ou encore les accidents vasculaires cérébraux. De la même façon que pour certains troubles psychiatriques, des directives anticipées dans ces domaines pourraient permettre un travail d'éducation thérapeutique, une implication du patient dans les décisions qui le concerne, une amélioration de l'alliance, une diminution du sentiment de contrainte, une implication des proches et une prévention des rechutes, ou en tous cas une prise en charge plus précoce.

BIBLIOGRAPHIE

1. Legigan C., Les directives anticipées en psychiatrie : une revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01829041
2. Maitre E. Les directives anticipées psychiatriques (DAP) : propositions pour un modèle en France, Annales médico-psychologiques, 2018, Vol. 176 - N° 4 - p. 387-390
3. Henderson C, Flood C, Leese M, et al. Effect of joint crisis plan on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. BMJ 2004;329(7458):136
4. Khazaal Y, Chatton A, Pasandin N, et al. Advanced directives based on cognitive therapy : a way to overcome coercion related problems. Patient Educ Couns 2009;74(1):35-8
5. Maitre E, Debien C, Nicaise P, Wyngaerden F, Le Galudec M, Genest P, et al. , Les directives anticipées en psychiatrie : revue de la littérature qualitative, état des lieux et perspectives. Encéphale 2013; 39:244-251.
6. Thornicroft G, Farrelly S, Szmukler G, Waheed W, Flach C, et al. Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial. Lancet 2013; 381(9878 1634-41)
7. Varekamp I. Ulysses directives in the Netherlands: opinions of psychiatrists and clients. Health policy 2004;70(3):291-301.
8. Les ateliers de l'unité de réhabilitation, (page consultée 30.06.2019), Kit d'espoir ReVim, Mon plan personnel de rétablissement, consulté sur <http://ateliers-rehab.ch/produits-psychiatrie-communautaire/revim/#>
9. Centre ressource Lyon. Lancement d'une étude sur les directives anticipées incitatives en psychiatrie. 18 décembre 2018, consulté sur : https://centre-ressource-rehabilitation.org/recherche-lancement-d-une-etude-sur-les-directives-anticipees-incitatives-en?debut_articles_rubrique=%40171
10. Mougeot F, Tinland A, Maître E. Prérequis à la mise en œuvre des directives anticipées psychiatriques. Santé Mentale 2020 fév, vol 245:32-33.

11. Leclerc L, Mise en place d'un protocole de directives anticipées incitatives en psychiatrie en France, *Political Science*, 2019 (First Publication: 17 October 2019)
12. Tinland A, Mougeot F, Maître E. Des directives pour anticiper la crise en psychiatrie. *Santé Mentale* 2020 fév, vol 245:26-31.
13. Mougeot F, Tinland A, Maître E. Directives anticipées incitatives en psychiatrie, quels impacts? *Santé Mentale* 2020 fév, vol 245:34-39.

LISTE DES FIGURES

<u>Figure 1.</u> Réponse à la question : « <i>Avant que je vous contacte, connaissiez-vous les DAP ?</i> » ...	6
<u>Figure 2.</u> Réponse à la question : « <i>Mettez-vous des DAP en place ?</i> ».....	7
<u>Figure 3.</u> Réponse à la question : « <i>Les DAP semblent-elles constituer un bon outil en psychiatrie aujourd'hui ?</i> »	8
<u>Figure 4.</u> Réponse à la question : « <i>Seriez-vous prêt(e) à mettre des DAP en place pour vos patients ?</i> ».....	11

LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau I.</u> Répartition des psychiatres interrogés et ayant répondu.	5
<u>Tableau II.</u> Réponse à la question « <i>Les DAP vous semblent-elles adaptées à un mode d'exercice de la psychiatrie en particulier ?</i> ».....	9
<u>Tableau III.</u> Réponse à la question : « <i>Pour quel(s) trouble(s) psychiatrique(s) les DAP vous semblent-elles particulièrement pertinentes ?</i> »	10
<u>Tableau IV.</u> Réponse à la question : « <i>Qu'est ce qui serait un frein à la mise en place de DAP pour vous ?</i> »	12
<u>Tableau V.</u> Freins à la mise en place des DAP pour les 25 praticiens exerçant en cabinet. ...	13
<u>Tableau VI.</u> Freins à la mise en place des DAP pour les 5 praticiens en établissement privé. 13	
<u>Tableau VII.</u> Freins à la mise en place des DAP pour les 43 praticiens d'hôpitaux publics. ...	14
<u>Tableau VIII.</u> Réponse à la question : « <i>Selon vous, quelles informations concernant le patient doivent contenir les DAP ?</i> »	15
<u>Tableau IX.</u> Réponse à la question : « <i>Selon vous, quelles informations concernant la symptomatologie doivent contenir les DAP ?</i> »	16
<u>Tableau X.</u> Réponse à la question : « <i>Selon vous, quelles informations concernant l'hospitalisation et les traitements doivent contenir les DAP ?</i> »	17
<u>Tableau XI.</u> Modalités de rédaction. A propos des modalités de rédaction des DAP : cochez les suggestions qui vous semblent appropriées.	19
<u>Tableau XII.</u> Réponse à la question : « <i>Quel(s) support(s) de rédaction et conservation des DAP choisiriez-vous ?</i> »	20
<u>Tableau XIII.</u> Réponse à la question : « <i>Qui conserverait les DAP rédigées ?</i> »	20

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	1
INTRODUCTION.....	2
MÉTHODES	3
1. Type d'étude	3
2. Population cible et modalités de recrutement	3
3. Questionnaire	3
4. Recueil des données	4
5. Analyse des données.....	4
6. Calendrier de réalisation de l'étude.....	4
RÉSULTATS.....	5
1. Caractéristiques de la population interrogée	5
2. Connaissance, utilisation et intérêt pour les DAP	5
3. DAP et mode d'exercice	8
4. DAP et trouble psychiatrique.....	9
5. Degré d'engagement des psychiatres	10
6. Freins à la mise en place des DAP	11
7. Informations concernant le patient.....	15
8. Informations concernant la symptomatologie	15
9. Informations concernant l'hospitalisation et les traitements.....	16
10. Modalités de rédaction des DAP	17
11. Support de rédaction et conservation des DAP	19
DISCUSSION	21
1. Forces et faiblesses de l'étude	21
1.1. Biais de sélection	21
1.2. Taux de participation.....	21
1.3. Attribution des réponses selon le mode d'exercice	22
1.4. Originalité de l'étude	22
1.5. Envergure.....	22
1.6. Objectif principal, application et perspectives	22
2. Discussion des principaux résultats	22
2.1. Utilisation des DAP	22
2.2. Freins à la mise en place des DAP	23
2.3. Contenu des DAP	23
2.3.1. Le patient	23
2.3.2. La symptomatologie	24
2.3.3. L'hospitalisation et les traitements	24
2.3.4. Rédaction, suivi, conservation.....	24
2.4. DAP et fin de vie : deux contextes différents	25
3. Proposition de modèle de DAP	26
CONCLUSION.....	27

BIBLIOGRAPHIE	28
LISTE DES FIGURES.....	30
LISTE DES TABLEAUX	31
ANNEXES.....	I
1. Questionnaire	I
2. Avis du comité d'éthique	VIII
3. Guide de rédaction des DAP	IX

ANNEXES

1. Questionnaire

Directives anticipées en psychiatrie : une enquête auprès des psychiatres du Maine et Loire et de la Sarthe pour un modèle commun.

Objectifs : vous informer à propos des Directives Anticipées en Psychiatrie (DAP), connaître vos préférences concernant leur forme, leur contenu et leur mode d'instauration et de suivi, pour vous proposer un modèle adapté à votre pratique.

Directives anticipées en psychiatrie (DAP) : qu'est-ce-que c'est ?

Lors de décompensations, certains troubles psychiatriques, comme le trouble bipolaire ou la schizophrénie, peuvent altérer la capacité de jugement et de discernement du patient, et parfois sa capacité à consentir aux soins (1).

Les directives anticipées sont la possibilité pour une personne atteinte d'un trouble psychiatrique de rédiger, pendant une phase de rémission, un ensemble d'informations et d'instructions guidant les acteurs de soins dans la prévention et la gestion de ces crises (2). Tout comme les directives anticipées dans le cadre de soins palliatifs, les DAP n'ont pas de valeur contraignante pour le médecin.

Les DAP sont rédigées par le patient lui-même, avec ou sans participation des soignants et des proches. Elles contiennent par exemple :

- description des prodromes annonçant une décompensation
- symptomatologie en état de crise, circonstances devant conduire à hospitalisation
- choix des hôpitaux et alternatives à l'hospitalisation, thérapeutiques médicamenteuses souhaitées ou refusées
- méthodes de désescalade de crise
- instructions de soins non thérapeutiques personnels (personne à prévenir en cas d'hospitalisation, visites autorisées ou refusées, personne désignée pour gestion des finances, personnes à charge, animaux

domestiques,...)

- désignation d'un représentant légal (3).

Les objectifs sont multiples :

- prévenir les décompensations

- diminuer le nombre d'hospitalisations et notamment sous contrainte

- prendre en compte l'expertise que le patient a de sa pathologie

- favoriser l'implication du patient dans ses soins, valoriser son autonomie

- travailler l'alliance et l'éducation thérapeutique

- diminuer le sentiment de contrainte

- inclure les proches dans l'accompagnement du patient (2).

1. Legigan C., « Les directives anticipées en psychiatrie : une revue de la littérature ». Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01829041

2. Maitre E. « Les directives anticipées psychiatriques (DAP) : propositions pour un modèle en France », Annales médico-psychologiques, 2018, Vol. 176 - N° 4 - p. 387-390

3. Maitre E, Debien C, Nicaise P, Wyngaerden F, Le Galudec M, Genest P, et al. , Les directives anticipées en psychiatrie : revue de la littérature qualitative, état des lieux et perspectives. Encéphale, 2013 ;39 :244-251.

A propos de vous

1) Vous êtes psychiatre :

- au CHU d'Angers
- au Centre de Santé Mentale Angevin (CESAME)
- à la clinique Saint Didier
- à l'Institut du Pin en Mauges
- au centre hospitalier de Cholet
- au centre hospitalier de Saumur
- en cabinet en Maine et Loire
- au Centre Hospitalier du Mans
- à l'EPSM de la Sarthe

- au Pôle Santé Sud
- en cabinet en Sarthe

Directives Anticipées en Psychiatrie (DAP) : un outil pertinent ?

2) Avant que je ne vous contacte, connaissiez-vous les DAP?

- oui
- non

3) En mettez-vous en place ?

- oui
- non

4) Les DAP vous semblent-elles constituer un bon outil en psychiatrie aujourd'hui ?

- je ne sais pas
- non, pas du tout
- plutôt pas
- oui, plutôt
- oui, tout à fait

5) Vous semblent-elles adaptées à un mode d'exercice de la psychiatrie en particulier ?

- cet outil semble pertinent quel que soit le mode d'exercice
- oui, dans la pratique en cabinet
- oui, en clinique
- oui, dans les hôpitaux du service public
- oui, en CHU
- non, aucun
- autre

6) Pour quel(s) trouble(s) psychiatrique(s) les DAP vous semblent-elles particulièrement pertinentes ?

- elles devraient être proposées à tout patient
- trouble psychotique
- trouble bipolaire
- dépression unipolaire
- trouble de la personnalité grave

- trouble anxieux
- addiction
- aucun
- autre

7) Seriez-vous prêt(e) à mettre des DAP en place pour vos patients ?

- non, pas du tout
- plutôt pas
- oui, plutôt
- oui, tout à fait

8) Qu'est ce qui serait un frein pour vous ?

- je ne me sens pas concerné(e)
- je ne me sens pas assez informé(e)
- je ne vois pas d'intérêt à les mettre en place pour les patients que je prends en charge
- contrainte de temps
- contrainte financière
- je ne vois aucun obstacle à leur mise en place dans ma pratique courante
- autre

Créer un modèle de DAP : votre avis

Les propositions de cette rubrique sont inspirées de différents modèles de DAP qui ont vu le jour depuis leur émergence dans les années 1980 : Joint Crisis Plan au Royaume-Uni, Ulysses Directives aux Pays-Bas, Plan Personnel de Gestion de Crise en Suisse, Directives Anticipées Incitatives en Psychiatrie, Plan Souhaité d'Organisation des Soins en France (voir références en fin de questionnaire, 2-7).

9) Selon vous, quelles informations concernant le patient doivent contenir les DAP ?

- nom du psychiatre référent
- ordonnance actuelle
- diagnostic psychiatrique
- antécédents psychiatriques personnels et familiaux
- antécédents médicaux, chirurgicaux
- personnes à contacter (proches)

- autre.....

10) Selon vous, quelles informations concernant la symptomatologie doivent contenir les DAP ?

- description par le patient de son état lors des rémissions
- description par le patient de son état lors des crises
- premiers symptômes de décompensation
- conduite à tenir en cas de prodromes de décompensation (constatés par le patient, ses proches ou l'équipe soignante)
- autre.....

11) Selon vous, quelles informations concernant l'hospitalisation et les traitements doivent contenir les DAP ?

Rappelons ici que les DAP n'ont pas de valeur contraignante pour le médecin, qui reste maître de sa prescription en accord avec ses connaissances et la déontologie médicale.

- lieu d'hospitalisation souhaité, lieu d'hospitalisation à éviter
- alternatives à l'hospitalisation
- traitements refusés
- traitements souhaités
- historique des traitements
- moyens de gestion de l'agitation : techniques de désamorçage suggérées, avis sur isolement et contention : souhait ou refus, alternatives
- personnes autorisées à visiter le patient pendant l'hospitalisation
- personne désignée pour gérer les finances, personnes à charge, animaux domestiques,...
- autre

12) A propos des modalités de rédaction des DAP : cochez les suggestions qui vous semblent appropriées.

- rédaction par le patient en autonomie (éventuellement accompagné d'un(e) IDE)
- consultation (patient-psychiatre) dédiée à la rédaction
- rédaction lors d'une réunion avec l'équipe soignante (en présence du patient)
- médiation de la réunion par une personne ne faisant pas partie de l'équipe soignante (ex : médecin, IDE, assistant social, psychologue)
- présence d'un proche lors du/des rendez-vous (information, rédaction, mise à jour) selon souhait du patient
- consultation pour mise à jour après un an ou après une hospitalisation

- le psychiatre seul peut assurer tous les entretiens (information, rédaction, mise à jour)
- une autre personne de l'équipe de soin peut assurer ces différents rendez-vous
- le médecin traitant pourra être invité à participer à la réflexion autour des DAP
- autre

13) Quel(s) support(s) de rédaction et conservation des DAP choisiriez-vous ?

- dossier papier
- dossier informatique (logiciel de l'établissement ou du cabinet)
- en ligne (dans le Dossier Médical Partagé par exemple)
- autre

14) Qui conserverait les DAP rédigées ?

- patient (chez lui ou sur le dossier médical partagé)
- personne de confiance du patient
- psychiatre référent
- médecin traitant
- hôpital prenant régulièrement en charge le patient (pour des soins psychiatriques ou autres)
- autre

Merci de votre participation !

Avez-vous des suggestions, remarques, questions à propos de cette enquête ou des DAP ?

.....

.....

.....

.....

Si vous souhaitez-vous recevoir les résultats de cette enquête, renseignez votre adresse mail ici :

.....

Me contacter : marchezerna3@gmail.com

Références

1. Legigan C., « Les directives anticipées en psychiatrie : une revue de la littérature ». Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01829041
2. Maitre E. « Les directives anticipées psychiatriques (DAP) : propositions pour un modèle en France », Annales médico-psychologiques, 2018, Vol. 176 - N° 4 - p. 387-390
3. Maitre E, Debien C, Nicaise P, Wyngaerden F, Le Galudec M, Genest P, et al. , Les directives anticipées en psychiatrie : revue de la littérature qualitative, état des lieux et perspectives. Encéphale, 2013;39:244-251.
4. Thornicroft G, Farrelly S, Szmukler G, Waheed W, Flach C, et al. Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial. Lancet 2013;381(9878 1634-41)
5. Varekamp I. Ulysses directives in the Netherlands: opinions of psychiatrists and clients. Health policy 2004;70(3):291-301.
6. Les ateliers de l'unité de réhabilitation, (page consultée 30.06.2019), Kit d'espoir ReVim, Mon plan personnel de rétablissement, consulté sur <http://ateliers-rehab.ch/produits-psychiatrie-communautaire/revim/#>
7. Centre ressource Lyon, « Lancement d'une étude sur les directives anticipées incitatives en psychiatrie », 18 décembre 2018, consulté sur : https://centre-ressource-rehabilitation.org/recherche-lancement-d-une-etude-sur-les-directives-anticipees-incitatives-en?debut_articles_rubrique=%40171

2. Avis du comité d'éthique



COMITE D'ETHIQUE

Pr Christophe Baufreton

Angers, le 16 octobre 2019

Dr Aurore Armand

Département de Médecine d'Urgence
auarmand@chu-angers.fr

A Mme MARCHE-ZERNA Noémie
Au Dr LE GAL Dewi
Au Dr MUGNIER Gabrièle

Madame, Chers Collègues,

Le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné dans sa séance du 09/10/2019 votre étude « *Directives anticipées en psychiatrie : enquête auprès des psychiatres du Maine et Loire et de la Sarthe pour un modèle commun* » enregistrée sous le numéro 2019/95.

Après examen des documents transmis, audition des rapports et discussion, votre projet ne soulève pas d'interrogation éthique.

Cet avis ne dispense toutefois pas le ou les porteurs du projet de s'acquitter des autres obligations réglementaires pouvant être nécessaires.

Je vous prie de croire, Madame, Chers Collègues, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Professeur Christophe Baufreton

3. Guide de rédaction des DAP

Les DAP : qu'est-ce que c'est ?

Lors de décompensations, certains troubles psychiatriques chroniques comme le trouble bipolaire ou la schizophrénie, peuvent altérer la capacité de jugement et de discernement d'une personne, et parfois sa capacité à consentir aux soins. Les Directives Anticipées en Psychiatrie (DAP) sont la possibilité pour celle-ci de rédiger, pendant une phase de rémission, un **ensemble d'informations et d'instructions guidant les proches et les acteurs de soins** dans la prévention et la prise en charge de ces crises.

Les temps de rédaction et de révision des DAP constituent un temps d'échange et de réflexion autour du trouble psychiatrique, de son évolution, de sa compréhension et de sa prise en charge.

Les DAP constituent donc un outil de **prévention, d'éducation thérapeutique et de réhabilitation**. Il a pour but d'**éviter les rechutes et les hospitalisations notamment sous contrainte**, de **favoriser l'alliance thérapeutique**, de **diminuer le sentiment de contrainte**, de **favoriser l'implication du patient dans les soins**, de **valoriser son autonomie** et de **prendre en compte l'expertise que celui-ci a de sa pathologie**.

Voici un modèle de DAP réalisé à partir des résultats d'une enquête réalisée (24/10/19-28/02/2020) auprès des psychiatres du Maine-et-Loire et de la Sarthe dans le cadre d'une thèse. Il pourra être adapté à votre convenance.

Usagers et soignants concernés

Les DAP peuvent être proposées en particulier aux personnes souffrant de trouble psychiatrique entraînant une altération temporaire du discernement : **trouble bipolaire, schizophrénie**, trouble schizoaffectif, dépression unipolaire sévère, trouble grave de la personnalité, addictions. Il est pertinent d'intégrer préférentiellement les patients ayant déjà été hospitalisés sous contrainte, et au moins un mois après une sortie d'hospitalisation.

Cet outil est destiné aux **psychiatres**, quel que soit leur mode d'exercice, mais il concerne également le **médecin généraliste** qui pourra être intégré à la réflexion et la réalisation du document, ainsi que le **personnel paramédical** prenant en charge le patient (ex : équipe infirmière, psychologues, assistants sociaux).

Support de rédaction

Ce guide pourra être stocké dans le **dossier papier ou informatique** du patient, ou dans son **Dossier**

Médical Partagé. Un exemplaire sera conservé par le patient et sa personne de confiance s'il le souhaite.

Modalités de rédaction

La rédaction des DAP se déroule généralement en trois phases : **information, rédaction, mise à jour.** Différents acteurs peuvent être présents au cours de ces étapes. Voici plusieurs possibilités selon les préférences du patient et du soignant, et selon que la prise en charge est assurée en cabinet de ville, en clinique, en CMP ou à l'hôpital :

- **Consultations** (patient-psychiatre) dédiées l'information et à la rédaction.
- Rédaction lors d'une **réunion** avec l'équipe soignante (en présence du patient).
- Présence d'un **proche** lors du/des rendez-vous (information, rédaction, mise à jour) selon souhait du patient.
- Le **médecin traitant** pourra être invité à participer à la réflexion autour des DAP.
- Consultation systématique pour **mise à jour** après un an ou après une hospitalisation.

Les propositions en caractère gras sont jugées indispensables, les autres optionnelles.

Patient :

- **Nom, prénom :**
- **Adresse :**
- **Numéro de téléphone :**
- **Éléments familiaux et sociaux (situation maritale, enfants, situation professionnelle, ressources financières, logement, mesure de protection) :**
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Personne à contacter :

- **Nom, Prénom :**
- **Adresse :**
- **Numéro de téléphone :**
- **Lien avec le patient :**

Personne de confiance (si différente de la personne à contacter) :

- **Nom, Prénom :**
- **Numéro de téléphone :**

Psychiatre référent :

- **Nom, prénom :**
- **Structure :**
- **Numéro de téléphone :**

Médecin traitant :

- **Nom, prénom :**
- **Ville :**
- **Numéro de téléphone :**

Autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Etablissement prenant régulièrement en charge le patient :

- **Nom, localité :**
 - Secteur dont dépend le patient :
 - Numéro de téléphone du poste de soins :

Antécédents psychiatriques :

- **Diagnostic :**

.....
.....
.....
.....

- Hospitalisations (date et modalités de soins) :

Antécédent médicaux et chirurgicaux :

Possibilité de joindre des examens complémentaires jugées nécessaires (ex : ECG).

Traitement actuel (joindre l'ordonnance éventuellement) :

Historique des traitements :

Description par le patient de son état lors des rémissions :

Premiers symptômes de décompensation :

Conduite à tenir en cas de prodromes de décompensation constatés par le patient, ses proches ou l'équipe soignante :

Description par le patient de son état lors des crises :

Traitements souhaités, traitements non souhaités :

Rappelons ici l'absence de valeur contraignante des DAP pour le médecin, qui reste maître de sa prescription, en accord avec ses connaissances et la déontologie médicale.

Lieu d'hospitalisation souhaité, lieu d'hospitalisation non souhaité :

Instructions diverses non thérapeutiques :

Ex : personne désignée pour gérer les finances, les personnes à charge ou les animaux domestiques,...

Personnes autorisées à visiter le patient pendant l'hospitalisation

Alternatives à l'hospitalisation :

Commentaires :

Marché-Zerna Noémie

Directives Anticipées en psychiatrie : enquête auprès des psychiatres du Maine-et-Loire et de la Sarthe pour un modèle commun.

Introduction. - Les Directives Anticipées en Psychiatrie (DAP) sont la possibilité pour une personne atteinte de trouble psychiatrique chronique de rédiger, pendant une phase de rémission, un ensemble d'informations et d'instructions guidant les proches et les acteurs de soins dans la limitation et la gestion des crises. Elles constituent un outil de prévention, d'éducation thérapeutique et de rétablissement peu développé en France. L'objectif de l'étude est de connaître l'avis des psychiatres du Maine-et-Loire et de la Sarthe sur les DAP et de leur proposer, s'ils le souhaitent, un modèle adapté à leur pratique.

Méthodes. - Il s'agit d'une enquête, réalisée entre le 24/10/19 et le 28/02/2020, auprès des psychiatres du Maine-et-Loire et de la Sarthe. Nous leur avons envoyé un questionnaire composé de 14 questions à choix multiples, proposant une forme, un contenu et un mode de rédaction de DAP inspirés de la littérature.

Résultats. - Nous avons obtenu 69 réponses sur 203 questionnaires envoyés (34%). Les DAP semblent pertinentes quel que soit le mode d'exercice pour 56 psychiatres interrogés (81%). Elles seraient particulièrement adaptées au trouble bipolaire pour 38 d'entre eux (55%) et au trouble psychotique pour 34 (49%). Les questions ont permis d'explorer les différentes rubriques que contiendraient les DAP et de définir les modalités et le support de rédaction.

Discussion - La majorité des psychiatres interrogés est prête à se saisir de l'outil que constituent les DAP. Sur la base des réponses obtenues, nous pouvons proposer un modèle de DAP pour le Maine-et-Loire et la Sarthe. Dans les suivis au long cours, il pourra s'agir d'un support d'éducation thérapeutique, de travail de l'insight, de renforcement de l'alliance et du lien avec les proches et enfin de prévention des rechutes. En cas d'urgence psychiatrique, ce formulaire constituera une ressource précieuse pouvant aider à une prise en charge plus éclairée, plus fluide et moins contraignante.

Mots-clés : directives anticipées en psychiatrie, consentement, insight, prévention, alliance thérapeutique, éducation thérapeutique, rétablissement, réhabilitation psycho-sociale, empowerment, schizophrénie, trouble bipolaire, pair aidant, personne de confiance

Psychiatric Advance Directives : survey conducted among psychiatrists in Maine-et-Loire and Sarthe for a shared model.

Introduction. – Psychiatric Advance Directives (PADs) are a document a person suffering from chronic psychiatric disorder can write, while being in remission, to guide relatives and care providers in limiting and managing crises. They are a tool for prevention, therapeutic education and recovery still undeveloped in France. The survey objective is to collect opinions about PADs among psychiatrists in Maine-et-Loire and Sarthe and to build a model that fits their practice.

Methods. – This is a survey conducted among psychiatrists in Maine-et-Loire and Sarthe between 10/24/19 and 02/28/20. They were sent a questionnaire with 14 multiple choice items suggesting a format, a content and a writing method based on scientific publications.

Results. – We received 69 answers out of 203 (34%). For 56 psychiatrists interviewed (81%) PADs appear to be relevant regardless of their type of practice. They would be particularly appropriate for bipolar disorder for 38 of them (55%) and for psychotic disorder for 34 of them (49%). The questions allowed to explore the different rubrics that the PADs would contain and define the writing procedures and support.

Discussion – The majority of psychiatrists interviewed are ready to use PADs as a tool. Based on the responses collected, we can now offer a PADs model for Maine-et-Loire and Sarthe. In long-term follow-ups it could be a support of therapeutic education, insight development, strengthening alliance and the bond with family and friends, and finally, for relapse prevention. In the event of a psychiatric emergency this form will be a valuable resource than can help with a well-informed, more fluent and less restrictive care management.

Keywords : psychiatric advance directives, consent, insight, prevention, therapeutic alliance, therapeutic education, recovery, psychosocial rehabilitation, empowerment, schizophrenia, bipolar disorder, peer helpers, person of trust