

Promotion du plan de crise conjoint (PCC) : présentation des résultats d'une étude exploratoire sur les pratiques et les contenus du PCC, recommandations de bonnes pratiques et projet d'implantation efficiente dans divers milieux et programmes de soins du Canton de Vaud

Mathilde Chinet, Réseau Santé Région Lausanne

Pascale Ferrari, HEdS La Source & DP-CHUV

Contexte et modèle du rétablissement

L'évolution des soins en santé mentale nécessite d'intégrer l'évolution des perceptions et des rôles des usagers des services de santé mentale et de leurs proches. Les patients passifs ne sachant pas ce qui est bon pour eux, entièrement dépendants du savoir et des décisions des professionnels de santé, sont devenus des usagers actifs de plus en plus impliqués dans leurs soins et leur rétablissement (1).

Le modèle du rétablissement a récemment inspiré la conceptualisation et l'orientation des systèmes de santé de nombreux pays industrialisés (2, 3) et son implantation est aujourd'hui internationalement recommandée (4). Conçu à partir des témoignages de personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères, le modèle du rétablissement psychologique occupe aujourd'hui une place grandissante dans les soins psychiatriques (5). Si l'espoir est le catalyseur central du processus de rétablissement, la revendication du droit et du respect à l'autodétermination en est constitutive et implique que le pouvoir de choisir, de décider et d'agir soit restauré (6). Ce changement de paradigme nécessite la remise en question des rapports de force entre patients et soignants au profit d'une démarche partenariale. Cette dernière ne va pas toujours de soi dans la pratique quotidienne tant la mobilisation d'anciennes références à la chronicité sont tenaces (7, 8).

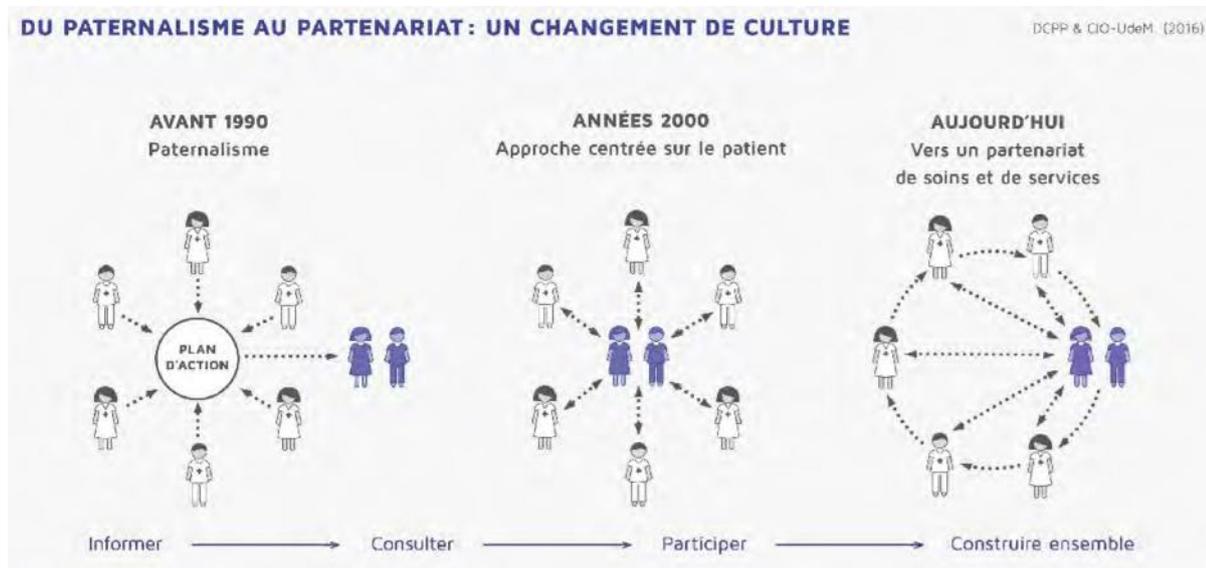


Figure 1 Extrait du poster Implantation du PCC, Ferrari P., Roman A., Chinet M.

Bien que le partenariat s'impose aujourd'hui comme un impératif éthique, que ce soit au niveau politique pour inspirer la planification sanitaire, dans la recherche ou encore dans les soins directs, il rencontre encore de nombreux obstacles, et ce, du côté des soignants, aussi bien que, dans une moindre mesure, du côté des patients (7, 9, 10). Par ailleurs, la recherche a permis de mettre en évidence que les personnes souffrant de troubles psychiatriques exprimaient davantage de préférence à participer à un processus de décision partagée qu'en médecine somatique (11). Les domaines dans lesquels les usagers des services de santé mentale demandent à participer en priorité sont ceux qui concernent la médication et les hospitalisations (12). Par ailleurs, contrairement aux idées reçues, dans la majorité des cas, les personnes souffrant de troubles

psychiatriques sévères ont les capacités de faire des choix et de prendre des décisions rationnelles, pour autant qu'elles aient pu accéder à des informations objectives et diversifiées (13).

Etat des lieux des connaissances scientifiques

Des outils favorisant le partenariat et le processus de décisions partagées

Les directives anticipées

Pour pallier aux situations temporaires d'incapacité de discernement (par exemple lors d'un épisode psychotique aigu), les directives anticipées (DA) peuvent s'avérer d'une grande utilité (14). Au-delà des aspects pratiques, ces dernières répondent aujourd'hui également à des exigences légales. Les directives sont des documents rédigés de façon anticipée qui précisent les préférences d'un patient en terme de soins et de traitement en cas de perte de capacité de discernement avec incapacité consécutive à effectuer des choix de manière éclairée, qu'elle soit liée à une pathologie physique et/ou psychique, ou encore aux situations de fin de vie (15, 16). En psychiatrie, elles contribuent à maintenir une certaine forme de contrôle par l'usager sur son traitement en cas d'incapacité (17), de même qu'à soutenir son processus d'*empowerment* et potentiellement diminuer son sentiment de contrainte (18). Bien qu'elles soient souvent rédigées en collaboration avec un professionnel, les DA peuvent théoriquement l'être sans aucune assistance. En outre, l'usager peut y stipuler l'existence d'un représentant thérapeutique qui pourra, légitimement en cas d'incapacité, prendre des décisions pour lui. Malgré les avantages des DA, et devant le constat d'une faible prévalence de leur élaboration, de nouvelles formes de déclarations anticipées ont vu le jour (19). Le plan de crise conjoint (PCC) en est l'une des formes les plus abouties et les mieux étudiées (20).

Le plan de crise conjoint (PCC)

Tout comme les DA, le PCC permet d'inscrire l'appropriation de la santé par le patient dans une perspective temporelle en anticipant la survenue d'une crise ultérieure (21). Il se distingue des DA, en ce sens qu'il n'a pas de valeur légale, mais surtout parce qu'il implique de façon conjointe, comme son nom l'indique et ce systématiquement, au minimum un usager et un professionnel. Le rôle de chacun des partenaires que le patient a souhaité impliquer à l'avenir, qu'ils soient proches et/ou professionnels, doit être négocié entre les parties au préalable.

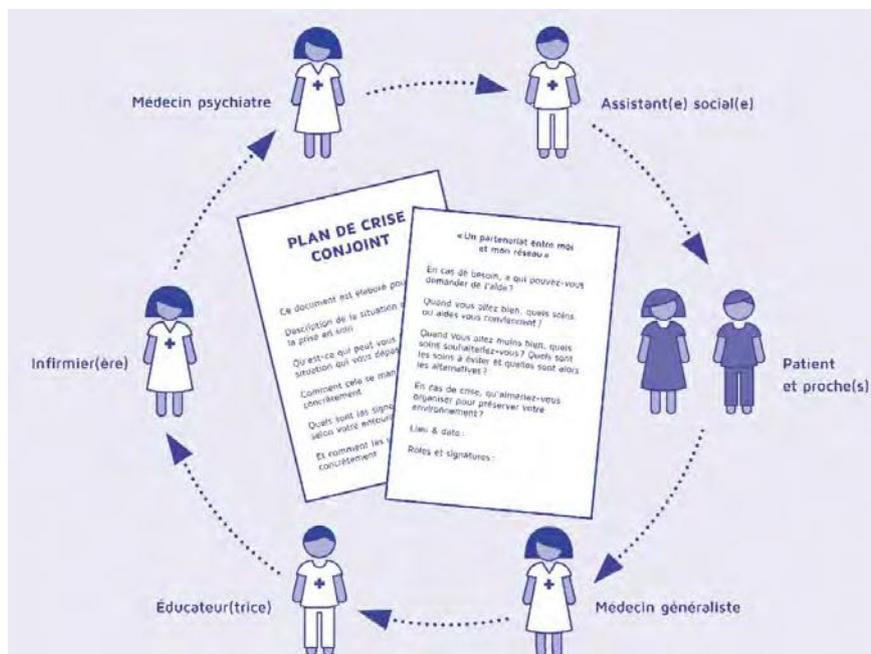


Figure 2 Extrait du poster Implantation du PCC Ferrari P., Roman A., Chinet M.

Historiquement le PCC est apparu pour la première fois dans les années 1990 au Royaume-Uni pour répondre à la demande des usagers des services de santé mentale (22). Son origine est cependant plus ancienne et est attribuable au mouvement de *self-help* et d'*advocacy* des patients dans les années 80. C'est dans un contexte plus global de revendication des droits que sont nées les « crisis cards » qui contenaient,

outre les coordonnées des patients, celles de leurs avocats à contacter en cas d'urgence afin que ces derniers puissent défendre les droits et intérêts de leurs clients (23). Le PCC peut donc être considéré comme une forme récente de processus de décision partagée innovante entre patients et professionnels, qui soutient activement le processus du rétablissement (24).

Intégration et impacts du plan de crise conjoint : un besoin d'études complémentaires

La première étude pilote visant à mesurer l'impact de son introduction sur les ré-hospitalisations, notamment sous contrainte (25), ces résultats sont à l'heure actuelle controversés (26, 27, 28). De façon générale cependant, ce n'est pas tant l'outil PCC qui est remis en cause par les chercheurs, mais bien plus les obstacles organisationnels à son implantation, de même que les résistances à son introduction, par exemple le fait pour les professionnels de se sentir menacés dans leur expertise, qui induisent des biais importants pouvant potentiellement impacter les résultats dans le sens d'une réduction des effets entre les groupes contrôles et les groupes expérimentaux (26). Ces résultats suggèrent la nécessité et l'importance de prendre en considération le contexte d'introduction d'un tel outil, qui doit s'accompagner de formations et de mesures organisationnelles pour augmenter son efficacité. De tels obstacles sont en effet bien décrits dans la littérature lors de l'implantation des DA ou du PCC (29-32). De plus, il se dégage des diverses études une tendance à la diminution des coûts globaux de prise en charge attribuable à une meilleure utilisation des ressources socio-sanitaires à disposition (25,33). Par ailleurs, le fait que le PCC soit élaboré par un patient bénéficiant de l'aide d'un médiateur formé à défendre ses droits et ses intérêts, ou d'un soignant de référence, semble également influencer les résultats, positivement dans le premier cas, sans ou avec peu d'effet dans le second (34). Des études visant à mieux comprendre les barrières à l'implantation de mesures favorisant les processus de décisions partagées sont d'ailleurs préconisées (12, 24). Une analyse plus approfondie des différents contextes et cultures liés à l'utilisation du PCC s'avère également indispensable.

Les études précitées n'ont pas non plus permis de mettre en évidence un impact significatif sur le fait d'éviter une crise ou de diminuer certains symptômes comme dans le cas des personnes souffrant de troubles de la personnalité de type borderline par exemple, de diminuer les automutilations ou encore le recours à l'alcool. Toutes mettent par contre en évidence la perception positive de l'outil par la grande majorité des patients. Les bénéfices identifiés sont un renforcement du sentiment de sécurité, de meilleur contrôle sur leur santé mentale et leur vie en général, une meilleure connaissance de leurs troubles psychiques, une motivation augmentée dans la poursuite des soins et du traitement, le sentiment d'une meilleure alliance thérapeutique et une bonne satisfaction à l'égard de l'outil en général (26-28). Une étude de faisabilité dans une consultation ambulatoire du canton de Genève, la seule étude dans le monde francophone à notre connaissance, a également permis de mettre en évidence les bénéfices perçus par les soignants à l'introduction du PCC, notamment la perception d'une meilleure adhérence médicamenteuse par les patients, mais également de leur point de vue d'une meilleure alliance thérapeutique, d'une meilleure prise en compte des troubles psychiques et de ses répercussions au quotidien, ainsi qu'une modification effective des rapports de force entre patients et soignants (35).

Une autre étude suisse, randomisée, effectuée à Zürich, donne des indications positives pour les usagers quant à un impact sur la satisfaction, la qualité de vie et la diminution de la contrainte perçue (36, 37). Il est cependant difficile de savoir si ces résultats sont attribuables au fait de recourir au PCC ou d'avoir intégré ce dernier dans une intervention plus globale accompagnant les sorties d'hôpital. En effet, cette étude comprend également de la psychoéducation, ainsi qu'un monitoring sur le moyen terme. C'est en outre la seule qui mentionne l'élaboration d'un plan de crise à la sortie de l'hôpital. Toutes les autres études ont été conduites dans des centres ambulatoires et/ou communautaires. Dans toutes ces études, être hospitalisé était systématiquement un facteur d'exclusion à l'étude. Fait intéressant cependant, ce monitoring, comprenant des évaluations régulières et un rappel de l'existence d'un plan de crise par les chercheurs, semble avoir eu un impact positif tant sur le groupe contrôle que sur le groupe bénéficiant de l'intervention (37).

Dans les études anglophones précitées, ainsi que dans celle de Genève, il a été constaté un certain essoufflement quant à l'engouement du PCC qui semble montrer une baisse de satisfaction de la part des usagers sur la durée. Ces études suggèrent une difficulté à garder en tête l'importance et la nécessité de maintenir cet outil vivant et évolutif à distance de la crise et ce, tant de la part des usages que des soignants. L'intervention globale intégrant le plan de crise n'a mis en évidence aucun impact sur l'empowerment des patients, mesuré à l'aide de l'empowerment-scale de Roger et al. (1997), mais sur une des dimensions de ce dernier, à savoir sur l'optimisme. Ce dernier peut aisément être associé à la notion d'espoir, centrale au processus de rétablissement.

Problématique

Le PCC a été introduit dans le Département de Psychiatrie du CHUV au sein du service de Psychiatrie Communautaire (PCO) en 2010. L'équipe du programme d'accompagnement des sorties d'hôpital psychiatrique adulte, intitulé Case Management de Transition (CMT), l'a introduit comme outil systématique dans la préparation à la phase de sortie de l'hôpital et de retour dans la communauté (6), considérée comme particulièrement critique en termes de rechute, de passage à l'acte suicidaire et de ré-hospitalisation précoce (38). Au départ, l'équipe a souhaité laisser libre champ au patient pour élaborer son propre PCC, estimant qu'un outil individualisé refléterait de façon authentique les préférences et souhaits des patients en matière de soins et de traitements, de même que l'identification des signes précurseurs d'une rechute. Après plusieurs mois d'expérience néanmoins, il a été constaté que les patients n'étaient pas pris au sérieux lorsqu'ils présentaient leur PCC, donnant tout son sens au constat de Skuza (2012, p. 80), « ce qui est exclu par la société, y compris après l'effondrement des murs des asiles, ce n'est pas tant le corps du fou que son expérience et sa parole » (39).

Il est alors devenu évident qu'un support validé scientifiquement devait soutenir l'expérience et la parole des patients afin qu'ils soient entendus et reconnus. L'équipe s'est dans un premier temps inspirée du modèle genevois précité, le seul existant à sa connaissance en français à ce moment-là. Il lui est apparu très vite que ce feuillet de 3 pages était peu fonctionnel car trop long. Une brève recherche au sein de la littérature a permis à l'équipe d'identifier les thématiques indispensables et les plus fréquemment rencontrées à intégrer dans le PCC : « les soins actuels et plans de traitement », « les soins en cas de crise » (préférences et refus), « l'aide pratique en cas de crise », « les personnes de contact », la rubrique « autre » permettant au patient d'ajouter ce qu'il souhaite, « document à transmettre à » et « signature des personnes impliquées » (23). Travaillant avec le modèle du rétablissement, l'équipe a souhaité introduire une rubrique qui lui paraissait essentielle mais manquante dans la littérature, à savoir « les ressources mobilisables en cas de crise », incluant les ressources d'abord personnelles, puis celles de l'entourage et, enfin, en dernier lieu, celles liées au système socio-sanitaire. L'outil a ensuite été expérimenté pendant une année et les patients ont largement contribué à son évolution : par exemple, ils ont suggéré l'utilisation de termes vulgarisés comme « crise » plutôt que « décompensation », « manifestation du mal-être » plutôt que « symptômes », « situation de stress » plutôt que « facteur déclenchant » mettant en évidence la prédominance de la vision des professionnels. Cette version a ensuite été introduite également dans un programme de Case Management de Liaison avec l'Hébergement (CMLH) en 2012, accompagnant les transitions entre l'hôpital et les Etablissement Psycho-Sociaux (EPSM) du canton.

Un rapport contenant des données quantitatives liées à ce projet et des données qualitatives permettant de mieux comprendre le phénomène de transition entre hôpital et hébergement psychiatrique du point de vue des patients et de leurs proches a mis en évidence les plus-values de cette intervention et permis d'élaborer des recommandations pour la constitution de la filière psychiatrique cantonale (40). L'implantation du PCC en fait partie, notamment parce que les usagers ont mis en évidence une très forte perception de la contrainte et une absence de considération du principe d'autodétermination, mais également parce que c'est un outil qui favorise la mise en réseau des professionnels et permet l'implication des proches. Il a depuis lors, été introduit de façon embryonnaire dans certains établissements psycho-sociaux médicalisés (EPSM). Le service de Psychiatrie Générale (PGE) a quant à lui préconisé d'élaborer un PCC de façon systématique à la sortie de l'hôpital depuis 2015. Un projet de collaboration entre l'hôpital et les soins à domicile en a également fait une priorité.

L'introduction de cet outil innovant dans le paysage vaudois n'a à ce jour fait l'objet d'aucune évaluation rigoureuse et scientifique. Force est de constater qu'il s'est diffusé de façon très diverse et que sa pratique ou l'absence de cette dernière malgré les injonctions institutionnelles et politiques laissent supposer un certain nombre d'obstacles à son implantation que seule une étude permettrait d'explorer. En l'absence de données en contexte francophone, cette étape semble aujourd'hui indispensable avant de pouvoir envisager ultérieurement une étude d'impact permettant sa conduite dans de bonnes conditions.

Malgré les résultats controversés quant à l'impact du PCC sur les mesures de contraintes et en particulier sur les hospitalisations sous contraintes, le PCC continue à être considéré par les professionnels et les usagers comme un outil pouvant avoir un impact potentiel sur les mesures de contraintes objectives et sur la contrainte perçue. Ce type de mesure et de résultat est aujourd'hui considéré comme essentiel dans une perspective de rétablissement car il implique l'expérience personnelle des usagers (41). L'introduction du PCC dans la pratique clinique et l'évaluation de ses impacts devient un impératif en Suisse, d'autant plus que le taux de placements forcés est, selon les données disponibles, relativement élevé en comparaison internationale (42). Par ailleurs, les assises PLFAFA (placement à des fins d'assistance) du canton de Vaud

ont permis de mettre en évidence que ce canton semble être l'un des plus prescriptifs en matière d'hospitalisation sous contrainte au niveau national.

Il n'y a à notre connaissance à ce jour, aucune donnée sur les pratiques, ni sur les contenus du PCC ainsi que ses impacts dans des phases plus précoces de la maladie. Les études portant sur le contenu des PCC, au nombre de deux selon notre revue de littérature, se limitent à une population cible restreinte, constituée essentiellement de personnes souffrant de psychoses, de troubles affectifs bipolaires et de dépression sévère avec symptômes psychotiques dans un contexte ambulatoire (22, 43). Un élargissement du focus à d'autres populations cibles (notamment de personnes souffrant d'autres pathologies psychiatriques), ainsi qu'à d'autres contextes (sortie hospitalière ou réinsertion professionnelle) s'avère également essentiel. Enfin, malgré un constat positif d'évolution des pratiques professionnelles, les barrières à l'implantation de processus de décision partagée et d'outils cliniques innovants permettant leur opérationnalisation sont encore nombreuses ; plusieurs études recommandent le développement de recherches permettant de mieux les comprendre et les appréhender (12, 24).

Etude des pratiques et contenus du PCC (2017)

En regard de ce qui précède, voici les questions de recherche qui ont été formulées :

Sur les contenus PCC

Quels sont les contenus thématiques des PCC? Quelle en est leur fréquence ? Leur qualité ? Sont-ils cohérents avec les problématiques et manifestations cliniques des bénéficiaires ?

Les variables institutionnelles, cliniques, légales et sociodémographiques ont-elles un effet sur les contenus, leurs thématiques, leur fréquence, leur qualité et leur cohérence ? Si oui, comment et en quoi ? Si non, pourquoi ? Y a-t-il d'autres éléments émergeant du terrain qui pourraient expliquer certaines différences?

Sur les pratiques du PCC

- Comment le PCC est-il pratiqué ? Quelle en est la fréquence d'élaboration et comment l'interpréter? Diffère-t-elle selon des variables institutionnelles, cliniques, légales et/ou sociodémographiques ? Si oui, comment et en quoi ? Y a-t-il d'autres éléments émergeant du terrain qui pourraient expliquer certaines différences? Si non, pourquoi ?
- Comment est structurée l'intervention PCC? Combien de temps prend-elle ? Dans quels contextes, cultures de soins et injonctions institutionnelles spécifiques les PCC sont-ils élaborés?
- Quelles sont les compétences spécifiques requises pour l'élaboration des PCC et comment les acquérir ? Quelles sont la pertinence et l'utilité perçue des PCC, leurs plus-values et leurs limites? Quels sont les obstacles versus les facteurs facilitant leur implantation?

Objectifs de l'étude

L'objectif général est une exploration qualitative et quantitative des pratiques liées aux PCC dans le canton de Vaud. Deux Outcomes principaux sont attendus : les contenus des PCC et les pratiques des PCC.

Objectifs spécifiques

- Décrire et analyser les contenus des PCC (thématiques, fréquences, qualité et clarté des informations)
- Identifier et mesurer l'impact des variables institutionnelles, cliniques, légales et sociodémographiques susceptibles d'influencer les contenus PCC.
- Mesurer et décrire la fréquence d'élaboration des PCC (lorsqu'adapté et possible)
- Identifier et mesurer l'impact des variables institutionnelles, cliniques, légales et sociodémographiques susceptibles d'influencer la fréquence des PCC.
- Décrire l'intervention PCC, les compétences requises ou pré-requises et ce, tant pour les usagers et les proches que pour les professionnels
- Identifier l'utilité et la pertinence perçue, les plus-values et limites et la faisabilité du PCC (facteurs facilitant versus obstacles) et ce, tant pour les usagers et les proches que pour les professionnels.

L'étude a été conduite en 2017, avec une méthodologie mixte (Nvivo, SPSS) et sur la base d'une récolte rétrospective des données sur dossiers et entretiens de professionnels et d'usagers.

Résumé des résultats obtenus et de leur signification

Professionnels et usagers estiment le PCC comme très utile, mettant en lumière de nombreuses plus-values communes : rassurant, concret, pragmatique, il favorise l'alliance thérapeutique, est un outil de psychoéducation, de transmission et de communication pour les uns et de continuité des soins pour les autres, ainsi qu'un outil permettant de se faire entendre et respecter. Davantage de limites sont cependant évoquées par les professionnels que par les usagers, notamment liées à l'absence de directives et procédures claires en ce qui concerne sa sauvegarde, sa transmission, sa diffusion et son accessibilité. C'est probablement l'une des raisons pour lesquelles les soignants sont moins satisfaits de leur pratique du PCC que les usagers, en particulier en ce qui concerne son application. Cette dernière met en lumière des zones de tension préalablement identifiées dans la littérature, à savoir la question de la primauté de l'expertise du soignant sur celle des usagers lorsqu'il s'agit de décider des soins et des traitements. Le fait que les PCC soient dans plus d'un cas sur deux non signés par un professionnel peut être compris dans le même sens, reflétant la difficulté à occuper une posture partenariale et à s'inscrire dans un processus de décision partagée.

Dans le même ordre d'idée, les professionnels interviewés dans l'étude pensent la plupart du temps que les usagers ont oublié l'existence de leur PCC alors que ces derniers insistent sur l'importance de sa dimension aidante et pragmatique en termes d'auto-soins avec une mise en application régulière, voire quotidienne. Pas étonnant dès lors que les rubriques du PCC les plus fréquemment complétées concernent la connaissance de soi et de la maladie ainsi que les stratégies de prévention de rechute. Les rubriques soins et traitements à éviter en cas de crise, les mesures à prendre pour préserver l'environnement ainsi que les alternatives possibles méritent d'être qualitativement améliorées afin de favoriser le respect du PCC en cas de nécessité.

Il faudrait rajouter quelques limites...

Ce que les usagers souhaitent le plus en cas de crise c'est pouvoir augmenter la fréquence des rendez-vous avec leur réseau de soutien habituel, augmenter la médication et en dernier recours être hospitalisés, mais sur un mode volontaire. Ce qu'ils souhaitent le plus éviter est le recours à certaines molécules spécifiques, différentes formes de contrainte et l'hospitalisation. Ces données sont influencées par le sexe et le diagnostic. Le statut marital joue quant à lui un rôle déterminant en termes de personnes ressources mobilisables.

Le meilleur moment pour élaborer un PCC semble être en post-crise immédiat, le lieu étant peu important. Cependant, étant donné le côté anxiogène potentiel de l'élaboration d'un PCC, le débuter à l'hôpital fait sens, bien que le temps nécessaire à disposition ne soit pas toujours présent. Etant un outil évolutif, il peut alors être complété en ambulatoire ou en hébergement. Il a en effet été relevé qu'élaborer un PCC est chronophage et nécessite le plus souvent plusieurs entretiens.

Premières recommandations

Constatant la coexistence de différents PCC, ainsi que de diverses pratiques, il est préconisé d'en avoir une trame unique et validée qui soit davantage centré sur la trajectoire de l'utilisateur que sur les institutions. Des recommandations de bonnes pratiques seront élaborées afin d'améliorer les diverses étapes potentielles d'un PCC, à savoir son élaboration, son application et à sa révision ainsi que des précisions quant à des standards-qualité pour son remplissage. En outre un réel processus d'implantation tenant compte des contextes institutionnels et régionaux s'avère indispensable afin de favoriser une réelle culture du partenariat à un niveau réseau socio-sanitaire et politique. Ce processus, selon les recommandations de la littérature sur les facilitateurs de changement de paradigme dans les soins doit inclure une formation transverse dispensée en binôme professionnels-pairs praticiens en santé mentale pour les cadres dans un premier temps puis pour les usagers, proches et professionnels dans un second temps, l'identification à l'intérieur des institutions de leaders du changement au sein de chaque institution, la définition d'objectifs temporels et de faisabilité tenant compte des spécificités de chaque contexte, un groupe de pilotage et de suivi du changement, un processus qualité et une évaluation du processus et résultats de l'implantation effective

Le développement d'une application web est envisagé afin d'en favoriser l'accessibilité et de le rendre compatible avec le futur dossier patient électronique. En outre, il est indispensable d'élaborer un réel processus d'implantation au niveau institutionnel, mais également au sein du réseau socio-sanitaire en mettant les moyens afin de garantir une culture commune basée sur le partenariat et le rétablissement des usagers. Celui-ci doit impérativement comporter une formation à l'outil, idéalement dispensée en binôme professionnel - pair-praticien en santé mentale et s'adresser à une population mixte réunissant usagers,

professionnels voire proches. Ce format semble prometteur afin de garantir l'évolution durable des postures professionnelles. Un processus qualité et d'évaluation doit évidemment en faire partie.

Promotion et implantation efficiente du Plan de Crise Conjoint (projet ProPCC): description du projet en cours (2018-2019)

Ce projet, porté par un consortium d'acteurs institutionnels vise la promotion et l'implantation efficiente du Plan de Crise Conjoint afin d'améliorer la qualité de vie des usagers de la psychiatrie et de favoriser la culture du partenariat au sein du réseau socio-sanitaire du canton de Vaud.

Objectifs et résultats attendus

Interfaces à l'intérieur du domaine des soins en vue de la promotion et de la diffusion du PCC : La population cible du projet aura connaissance de l'existence du PCC, de son origine, de son but et de sa finalité. Appropriation du PCC se traduisant par une responsabilisation dans l'initiative de l'élaboration, l'application et la révision.

Promotion et implantation des bonnes pratiques : Les différents acteurs appliquent les bonnes pratiques en matière de rédaction, application et révision des PCC. Clarté et précision des contenus, suivi et monitoring de l'utilisation via la plateforme.

Implantation institutionnelle du PCC : La pratique du PCC est intégrée au fonctionnement institutionnel. Directives, procédures et recommandations internes sur le PCC, intégration du PCC au dossier patient, processus qualité, commission de révision des pratiques cliniques. Charte de partenariat ou philosophie de soins orientées « Rétablissement ». Implication effective de la direction et des cadres dans le processus de changement et d'opérationnalisation. Bilan intermédiaire 1 an après début du processus.

Meilleure utilisation des ressources du réseau socio-sanitaire : Les usagers et leur réseau habituel de soutien appliquent le PCC en cas de crise. PCC aux urgences et à l'hôpital, fréquence de révision du PCC. Absence ou diminution progressive du recours à l'urgence ou à l'hôpital par usager.

Autogestion des maladies psychiques : Prévention des rechutes et gestion de la crise dès les 1ers signes avant-coureurs : Les usagers apprennent à mieux se connaître et mobilisent activement leurs ressources dès les 1ers signes avant-coureurs de la crise.

Formation continue des professionnels de la santé à l'outil PCC : Les professionnels seront formés au PCC. Obligation de suivre la formation e-learning sur le PCC (en cours de finalisation) en préalable à 2x 1/2 journée en présentiel.

Nouvelles technologies : Développement d'une plateforme web sécurisée et d'une application mobile « user friendly » : Plateforme sécurisée et compatible avec le futur DEP disponible et fonctionnelle pour tous. Facilité d'utilisation et d'accès, garantie d'accès à une version PCC papier pour personnes non connectées ou réticentes. Phase test et adaptation du pilote étendu à chaque contexte institutionnel.

Promotion et diffusion de la plateforme PCC : Les acteurs sont informés et initiés à la plateforme et y recourent. Intégration de la plateforme dans la pratique quotidienne et recours quasi systématique à cette dernière. La plateforme est intégrée effectivement dans les pratiques.

Contribution du projet par rapport à l'état de l'art et de la pratique : Le projet est innovant dans le sens qu'il permettra de promouvoir et favoriser le recours à l'outil PCC grâce à l'utilisation de nouvelles technologies encore peu présentes dans la psychiatrie francophone. La plateforme pourra être utilisée pour valider le modèle du PCC à l'aide d'indicateurs statistiques. L'application pourra facilement être élargie à d'autres contextes francophones à l'avenir et ainsi favoriser la promotion d'une culture de partenariat en santé mentale et l'implantation effective de pratiques orientées rétablissement. Le PCC est en soi un outil novateur dans le sens qu'il permet de fédérer patients, proches et professionnels autour d'un même projet.

Juillet 2018

Mathilde Chinet, RSRL, Rue du Bugnon 4, 1005 Lausanne, mathilde.chinet@rsrl.ch

Références bibliographiques :

- (1) Daumerie N. L'empowerment en santé mentale: recommandations, définitions, indicateurs et exemples de bonnes pratiques. La Santé de l'Homme. 2011;413:8-9.
- (2) Provencher HL. L'expérience du rétablissement: perspectives théoriques. Santé mentale du Québec. 2002;27(1):35-64.
- (3) Gingerich S et Mueser KT. *Illness management and recovery*. Dans: Drake RE, Merrens MR et Lynde DW (Eds). Evidence-Based Mental Health Practice: A Textbook. New York: Norton ; 2005
- (4) Slade M, Amering M, Farkas M, Hamilton B, O'Hagan M, Panther G et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. World Psych. 2014.;13:12-20.
- (5) Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. Australian and N Z Journ of Psych. 2003;37:586-94.
- (6) Pachoud B. Se rétablir de la maladie mentale. Santé mentale. 2012;166:24-30.
- (7) Bonsack C, Ferrari P, Gibellini S, Gebel S, Jaunin P, Besse C, et al. Le case management de transition: assurer la continuité du rétablissement après une hospitalisation psychiatrique. Les publications du réseau ARCOS, n°8. 2013
- (8) Drake RE, Deegan PE. Shared decision-making is an ethical imperative. Psych Serv. 2009;60(8):1007.
- (9) Richards T, Montori VM, Godlee F, Lapsley P, Paul D. Let the revolution begin. Patients can improve healthcare; It's time to take partnership seriously. BMJ. 2013;346:f2614 doi:10.1136/bmj.f2614
- (10) Organisation Mondiale de la Santé. Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions. (2006). Rapport de la Conférence ministérielle de l'OMS Europe.
- (11) Adams J, Drake RE. Et Woolford GL. Shared decision-making preferences of people with severe mental illness. Psych Serv. 2007;58:1219-21.
- (12) Drake RE, Deegan P, Rapp C. The promise of shared decision making in mental health. Psych Rehab Journ. 2010;34(1):7-13.
- (13) Carpenter W, Gold, JM, Lahti AC, et al. Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. Archives of Gen Psych. 2000;57:533-38.
- (14) Swanson J, Swarts M, Ferron J, Elbogen E et Van Dorn R. Psychiatric advance directives among public mental health consumers in five U.S. cities: prevalence demand, and correlates. Journl Americian Academy of Psych Law. 2006;34:43-57
- (15) Campbell LA. et Kisely SR. Advance treatment directives for people with severe mental illness. Cochrane Database of Syst Rev. 2009;1: Cd005963.
- (16) Maître E, Debien C, Nicaise P, Wyngaerden M, Le Galudec M et al. Advanced directives in psychiatry: A review of the qualitative literature, a state-of-the-art and viewpoints. L'Encéphale. 2013;39(4): 244-251.
- (17) Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby, Szmuckler G. Views of service users and providers on joint crisis plans: single blind randomized controlled trial. Soc Psych PsychEpidemiol. 2009;44(5): 369-376.
- (18) La Fond JQ et Srebnik D. The impact of mental health advance directives on patient perceptions of coercion in civil commitment and treatment decisions. Intern Journof Law in Psych. 2002;25(6): 537-55.
- (19) Khazaal Y, Manghi R, Delahaye M, Machado A, Penzenstadler L et Molodynski. Psychiatric advance directives, a possible way to overcome coercion and promote empowerment. Front Public Health. 2014;2: 37.
- (20) Henderson C, Swanson JW, Szmuckler G, Thornicroft G et Zinkler M. A typology of advance statements in mental health care. Psych Serv. 2008;59(1):63-71.
- (21) Ferrari P, Robert A, Golay P, McCormick M, Bangerter G, Gobet P, et al. Se rétablir d'un trouble psychiatrique: favoriser la transition vers l'hébergement au sortir de l'hôpital psychiatrique. 2015. Les publications du RSRL, n° 10.
- (22) Sutherby K, Szmuckler GI, Halpern A, Alexander M, Thornicroft G, Johnson C et al. A study of crisis cards in a community psychiatric service. Acta Psych Scand. 1999;100:56-61.
- (23) Sutherby K et Szmukler G. Crisis cards and self-help crisis initiatives. Psych Bulletin. 1998;22(1): 4-7.
- (24) Ansell M, Thornicroft G et Lemp H. Lessons from community mental health to drive implementation in healthcare systems for people with long-term conditions. InternJourn of Environ Res and Pub Health. 2014;11:4714-28.
- (25) Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K et Szmuckler G. Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. BMJ. 2004; 329(7458): 136.

- (26) Thornicroft G, Farelly S, Szmuckler G, Birchwood M, Waheed W, Flach C, et al. Clinical outcomes of joint crisis plan to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised trial. *The Lancet*. 2013;381:1634-41.
- (27) Borschmann R, Baret B, Hellier JM, Byford S, Henderson C, Rose D, et al. Joint crisis plans for people with borderline disorder: Feasibility and outcomes in a randomised controlled trial. *BritJournof Psych*. 2013;202:357-364.
- (28) Ruchlewska A, Wierdesma AL, Kamperman AM, Van der Gaag M, Smulders R, Roosenschoon BJ, et al. Effect of crisis plans on admissions and emergency visits: a randomised controlled trial. *PLOS ONE*. 2014; 9(3): e91882.
- (29) Ruchlewska A, Kamperman A, Wiersma AI, Vander Gaag M, Mulder CL. Determinants of Completion and Use of Psychiatric Advance Statements in Mental Health Care in the Netherlands. *Psych Serv*. 2016: appips201400495.
- (30) Van der Ham AJ, Voskes Y, Van Kempen N et Broerse JE. The implementation of psychiatric advance directives: experiences from a Dutch crisis card initiative. *Psych Rehab Journ*. 2013;36(2): 119-121.
- (31) Williams TM, Smith GP, Lumbus, AM. Evaluating the introduction of joint crisis plans into routine clinical practice in four community mental health services. *Austral Psych*. 2014;22(5): 476-480.
- (32) Farrelly S, Lester H, Rose D, Birchwood M, Marshall M, Waheed W, et al. Improving Therapeutic Relationships: Joint Crisis Planning for Individuals With Psychotic Disorders. *Qual Health Res*. 2015;25(12): 1637-1647.
- (33) Flood C, Byford S, Henderson C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K et Szmuckler G. Joint crisis plans for people with psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial. *BMJ*. 2006;333(7571): 729.
- (34) Ruchlewska A, Mulder CL, Van der Waal R, Kamperman A et Van der Gaag. Crisis plans facilitated by patient advocates are better than those drawn up by clinicians: results from an RCT. *Admin and Pol in MentHealth*. 2014;41(2): 220-227.
- (35) Bartolomei J, Bardet Blochet A, Ortiz N, Etter M, Etter J-F, et Rey-Bellet P. Le plan de crise conjoint: familles, patients et soignants ensemble face à la crise. *SchweizArch Neurol und Psych*. 2012;163(2): 58-64.
- (36) Lay B, Salize HJ, Dressing H, Rüschi N, Schönenberger T, Bühlmann M, et al. Preventing compulsory admission to psychiatric inpatient care through psycho-education and crisis focused monitoring. *BMC Psych*. 2012;12:136
- (37) Lay B, Blank C, Lengler S, Drack T, Bleiker M et Rössler W. Preventing compulsory admission to psychiatric inpatient care using psycho-education and monitoring: feasibility and outcomes after 12 months. *Europ Arch Psych Clin Neurosciences*. 2015;265(3): 209-217.
- (38) Dixon L, Goldberg R, Iannone V, Lucksted A, Brown C, Kreyenbuhl J, et al. Use of a critical time intervention to promote continuity of care after psychiatric inpatient hospitalization. *PsychServ*. 2009;60(4), 451-458.
- (39) Skuza C. Doit-on dialoguer avec les fous ? *Santé mentale*. 2012;166:80-82.
- (40) Ferrari P, Robert A, Golay P, McCormick M, Bangerter G, Gobet P, et al. *Se rétablir d'un trouble psychiatrique. Favoriser la transition vers l'hébergement au sortir de l'hôpital*. 2015. Les publications du réseau RSRL, n°10.
- (41) Slade M. What outcomes to measure in routine mental health services, and how to assess them: a systematic review. *Austral and NZ Journ of Psych*. 2002;36:743-753
- (42) Salize HJ, Dressing H, et Peitz M. Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients Legislation and practice in EU-member states. Final report. 2002. European commission-Health and consumer protection directorate-general, Manheim.
- (43) Farrelly S, Brown G, Rose D, Doherty E, Henderson RC, Birchwood M, et al. What service users with psychotic disorders want in a mental health crisis or relapse: thematic analysis of joint crisis plans. *SocPsych Psych Epidem*. 2014; 49(10): 1609-1617.