



Réseau Santé
RÉGION LAUSANNE

Rue du Bugnon 4
1005 Lausanne



Annexes du rapport final d'évaluation du Projet ProPCC

Mandant du projet : Réseaux Santé Vaud

Statut : Annexes du rapport final d'évaluation

Responsable de l'évaluation : Mathilde Chinet, RSRL

Lausanne, le 30 septembre 2021

Auteur-e-s : Mathilde Chinet, Pascale Ferrari, Caroline Suter, Laura Elena Raileanu, Fabien Dutoit





Impressum :

Promotion et implantation efficiente du Plan de Crise Conjoint (abréviation : ProPCC)
PGV01.079/5

Durée de l'évaluation : Juin 2021 – septembre 2021
Période de collecte des données : Août 2019 – juin 2021

Accompagnement du projet d'évaluation chez Promotion Santé Suisse : Béatrice Anaheim et Peter Stettler,
Prévention dans le domaine des soins (PDS)

Mandant du projet :



Réseaux Santé Vaud

Sponsor principal :



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

Partenaires :



Département de psychiatrie



Santé mentale
et psychiatrie





« Un partenariat entre moi et mon réseau de soutien »

Plan de Crise Conjoint de

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

Adresse :

Mon plan de crise a été élaboré conjointement avec (noms et rôles des différents partenaires) :

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

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

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

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

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

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

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

- 1. Quels sont les soins que je souhaite recevoir ?**

- 2. Quels sont les soins que je souhaite éviter ?** (argumenter les raisons du refus)

- 3. Quelles sont alors les alternatives possibles ?** (indispensable à renseigner en cas de refus de soins ou de traitements)

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

Mon plan de crise conjoint a été transmis à : (lieu ou nom, nature du lien)

Lieu et date :

Rôles & signatures :

Avec quels moyens ?	Par quel biais ?	Avec quelles prestations ?	Quels effets sur qui ?	Avec quelle contribution ?
INPUT	Mise en œuvre (4 axes) et mesures	OUTPUT	OUTCOME Multiplicateurs	OUTCOME Groupes cibles
Finances : 365'672.- sur 2 ans Personnel : 0.8 EPT total sur 2 ans HEIG-VD : 0.2 EPT HEdS La Source : 0.3 EPT CHUV 0.2 EPT RSRL 0.1 EPT	Promotion du PCC <ul style="list-style-type: none"> • Production du matériel d'information • Séances d'information • Conception d'un site internet 	Flyers Site internet PCC.ch	Les professionnels connaissent l'existence du PCC et en ont compris la finalité, à 6 et 12 mois après la distribution du matériel promotionnel	Les usagers connaissent l'existence du PCC et en ont compris la finalité, à 6 et 12 mois après la distribution du matériel promotionnel
		Posters	Institutions participantes	
		Newsletters	Professionnels	Proches
		Séances d'informations	Institutions participantes	Associations d'usagers et de proches
	Promotion des bonnes pratiques PCC <ul style="list-style-type: none"> • Concept de bonnes pratiques 	Flyers et Site internet Posters Newsletter Séances d'informations	Les professionnels connaissent les bonnes pratiques PCC et en ont compris le sens	
	Implantation du PCC <ul style="list-style-type: none"> • Identification des institutions partenaires du projet • Processus d'implantation institutionnel 	Equipe projet interne nommée Plan de formation Plan de communication Directives et procédures internes Evaluation du processus d'implantation	La démarche PCC est intégrée au fonctionnement des institutions partenaires, 1 an après la signature du contrat.	
	Implantation et intégration des bonnes pratiques		Les professionnels appliquent les bonnes pratiques PCC	

Le PCC fait partie des soins standards en santé mentale dans le canton de Vaud

Avec quels moyens ?	Par quel biais ?	Avec quelles prestations ?	Quels effets sur qui ?		Avec quelle contribution ?
INPUT	Mise en œuvre (4 axes) et mesures	OUTPUT	OUTCOME Multiplicateurs	OUTCOME Groupes cibles	IMPACT
	<p>Génération/rédaction de PCC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordination, mise en œuvre et suivi de l'ensemble des actions visant à informer, former et implanter le PCC et en faciliter l'accessibilité et l'utilisation via la plateforme. 		<p>Les professionnels s'engagent dans une démarche PCC</p>	<p>Les usagers rédigent un PCC Les proches participent à la démarche PCC</p>	
	<p>Formation au PCC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conception de formations e-learning • Conception de formations en présentiel • Dispense de formations • Conception et dispense de formation de formateurs au PCC et à la plateforme • Formation au PCC et à la plateforme pour les professionnels en libéral 	<p>Conception de la formation e-learning</p> <p>Conception de la formation en présentiel</p> <p>Formation des professionnels</p>	<p>Professionnels de la santé</p> <p>Connaissance pour les 2 formations : les participants ont atteint les objectifs de la formation</p> <p>Comportement à moyen terme : les participants ont pratiqué l'outil PCC durant la formation et dans leur pratique</p>		

Annexe 2 – Modèle d'effets

Avec quels moyens ?	Par quel biais ?	Avec quelles prestations ?	Quels effets sur qui ?		Avec quelle contribution ?
INPUT	Mise en œuvre (4 axes) et mesures	OUTPUT	OUTCOME Multiplicateurs	OUTCOME Groupes cibles	IMPACT
	<p>Plateforme web et application mobile</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développement de la plateforme et de l'application mobile 	<p>Plateforme et application sont sécurisées, compatibles avec le futur DEP, disponibles et fonctionnelles fin janvier 2020.</p>			
	<p>Promotion de la plateforme PCC</p>		<p>Les utilisateurs sont informés de l'existence et du fonctionnement de la plateforme d'ici à juillet 2020</p> <p>Evolution de la connaissance de la plateforme dans les réponses aux sondages, pour les settings concernés.</p>		
	<p>Déploiement définitif de la plateforme web sécurisée et de l'application mobile "user friendly"</p>	<p>Plateforme et application mobile (nouvelles technologies) sont déployées et fonctionnelles d'ici au 01.07.2020</p>			





Plan de crise conjoint

Page 1

Bonjour,

Le Plan de crise Conjoint (PCC) est une forme récente et validée de déclarations anticipées en santé mentale. Portée par les Réseaux Santé Vaud et soutenue par Promotion Santé Suisse, la Direction Générale de la Santé et la Direction Générale de la Cohésion sociale, son implantation est en cours auprès des professionnels et des institutions concernés dans le canton de Vaud.

Ce sondage vise à mesurer l'évolution du niveau de connaissances et d'utilisation des différentes formes de déclarations anticipées en santé mentale parmi les professionnels de la santé mentale et en particulier en ce qui concerne le PCC.

Il sera reconduit à deux reprises en 2020 de manière à pouvoir évaluer l'impact du projet d'implantation cantonal.

Merci de bien vouloir consacrer quelques minutes à répondre jusqu'au bout, d'après votre connaissance et votre pratique en matière de déclarations anticipées et en particulier du PCC.

Les données seront traitées de manière anonyme.

Profil des participants

1. **Quel est le nom de votre institution ? ***

2. **Sexe ***

Masculin

Féminin

3. Age *

< 25

26-35

36-45

46-55

> 55

4. Profession *

ASE

ASSC

Assistant-e social-e

Educateur-trice

Ergothérapeute

Infirmier-ière

Médecin

Pair-e praticien-ne en santé mentale

Physiothérapeute

Autre

5. Occupez-vous une fonction de cadre à l'heure actuelle ? *

oui

non

6. Depuis combien de temps exercez-vous dans le domaine de la santé mentale ? *

- 0 - 5 ans
- 6 - 10 ans
- 11 - 20 ans
- 21 ans et plus

7. Quel est votre taux d'activité ? (Indiquez le taux total en cas de double activité) *

- < 20 %
- 21 - 30 %
- 31 - 40 %
- 41 - 50 %
- 51 - 60 %
- 61 - 70 %
- 71 - 80 %
- 81 - 90 %
- 91 - 100 %

8. Dans quel(s) type(s) de contexte(s) travaillez-vous ? (Plusieurs réponses possibles) *

- Hospitalier
- Ambulatoire / Equipe mobile
- Hébergement
- Résidentiel addictologique
- Soins à domicile
- Cabinet privé
- Associatif
- Autre

9. Depuis combien de temps exercez-vous dans cette structure ? *

- Moins d'une année
- 1 - 5 ans
- 6 - 10 ans
- 11 - 20 ans
- 21 ans et plus

10. Dans quelle(s) région(s) / réseau de soins ou secteur psychiatrique travaillez-vous principalement ? *

- Nord Broye / Nord Vaudois
- Haut-Léman / Est Vaudois
- La Côte / Ouest Vaudois
- Région Lausanne / Centre

Connaissances et pratiques des déclarations anticipées

11. Quel est votre niveau de connaissance du droit de protection de l'adulte ? *

	Aucune connaissance	Peu de connaissance	Assez bonne connaissance	Très bonne connaissance
Droit de protection de l'adulte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Quel est votre niveau de connaissance sur les moyens suivants ? *

	Aucune connaissance	Peu de connaissance	Assez bonne connaissance	Très bonne connaissance
Les Directives Anticipées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le Représentant Thérapeutique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le Mandat pour cause d'inaptitude	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le Plan de Crise Conjoint	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. **A quelle fréquence rencontrez-vous ces moyens dans votre pratique professionnelle ? ***

	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours	Non évaluable
Les Directives Anticipées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le Représentant thérapeutique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le Mandat pour cause d'inaptitude	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le Plan de Crise Conjoint	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. **Selon vous, votre structure encourage-t-elle ses collaborateurs à proposer / utiliser : ***

	Oui	Non	Ne sait pas
La rédaction de Directives Anticipées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La nomination d'un Représentant Thérapeutique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le Mandat pour cause d'inaptitude	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le Plan de crise conjoint	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. **Comment votre structure encourage ses collaborateurs à proposer aux usagers la rédaction des Directives Anticipées, du Plan de Crise Conjoint, du Mandat pour cause d'inaptitude, ou la nomination d'un Représentant thérapeutique ? ***

- Par des procédures institutionnelles
- Par la mise à disposition de guides de bonnes pratiques
- Par la participation à l'implantation du PCC dans le cadre du projet ProPCC
- Autre

Connaissances et pratiques du Plan de Crise Conjoint

16. Comment et par quel biais avez-vous eu connaissance du PCC ? *

- Non valable, je ne connais pas le PCC
- Par le bouche à oreille
- Dans ma formation initiale
- Dans une formation continue
- Par un document d'information spécifique
- Par une lettre d'information (p.ex. Newsletter du Réseau)
- Par la presse
- Par la littérature professionnelle ou spécialisée
- Lors d'un congrès
- Par les usagers
- Par les proches
- Par le film promotionnel PCC
- Par l'application web (plateforme PCC)
- Au travers de séances d'information
- Par internet (site Plan de Crise Conjoint)
- Autre, merci de préciser :

17. Selon vous et de manière intuitive, quelle est la proportion des usagers de votre structure ayant un Plan de Crise Conjoint ? *

	Moins de 10%	Entre 10 et 25%	Entre 25 et 50%	Plus de 50%	Ne sait pas
Proportion des usagers ayant un Plan de Crise Conjoint	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Quelles plus-values sont recherchées, à votre connaissance, lors de l'utilisation de l'outil Plan de Crise Conjoint ?

Merci de répondre si vous êtes d'accord ou non avec les affirmations ci-dessous. *

	Pas du tout d'accord	Pas vraiment d'accord	Assez d'accord	Tout à fait d'accord	Ne peut pas répondre
L'utilisation du PCC implique un lien de partenariat entre patient et professionnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'utilisation du PCC permet une tendance à la diminution des coûts de prise en charge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le PCC est un outil d'aide à la décision partagée en santé mentale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le PCC est un outil visant à l'autodétermination des patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le PCC et les DA sont les seules interventions ayant un impact significatif en terme de réduction des hospitalisations sans consentement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le PCC favorise la continuité et la coordination des soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le PCC permet au patient de mieux se connaître	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le PCC permet aux patients de devenir acteurs de leur santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le PCC permet aux patients un meilleur contrôle d'eux-mêmes et des troubles psychiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le PCC permet d'anticiper les crises psychiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le PCC permet un renforcement de l'alliance thérapeutique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le PCC permet une meilleure utilisation des ressources	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le PCC permet un meilleur partenariat patient-proche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le PCC permet d'impliquer les proches plus facilement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. A votre avis, les affirmations ci-dessous peuvent-elles être un frein ou un obstacle à l'utilisation du PCC ? *

	Pas du tout d'accord	Partiellement d'accord	Assez d'accord	Tout à fait d'accord
Les professionnels manquent de temps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les proches ne sont pas assez impliqués	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les usagers/patients n'adhèrent pas à la démarche PCC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les institutions n'adhèrent pas à la démarche PCC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les professionnels n'adhèrent pas à la démarche PCC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les usagers/patients ne sont pas suffisamment informés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il est difficile d'expliquer la démarche aux usagers/patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les usagers/patients sont réticents à parler de leur expérience et de leur vécu de crise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les proches n'ont pas envie de parler de la crise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les professionnels ne sont pas formés à la démarche PCC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En conclusion...

20. **Avez-vous une remarque, un commentaire ou une suggestion à faire concernant le PCC ?**
Vous avez le champ libre...

Page vide

Le sondage est terminé. Merci beaucoup pour votre participation !

La fenêtre peut être fermée.



RECUEIL DE DONNEES POUR L'EVALUATION DE L'IMPLANTATION DU PROJET PROPCC

Lieu de recrutement : _____ Date //

Contexte : Hospitalier Ambulatoire Hébergement Domicile Addictologie

Initiales de l'utilisateur (Prénom, Nom) à qui le PCC a été proposé

Acceptation de la démarche par l'utilisateur : oui non

Si oui, PCC en cours d'élaboration : oui non

Si oui, PCC finalisé et validé: oui non

Si PCC rédigé (même s'il n'est pas finalisé au moment où l'utilisateur quitte votre lieu de soins/programme): mettre une copie du PCC en annexe, et stocker le tout en vue de l'évaluation du projet ProPCC et des travaux de master visant l'évaluation des effets du PCC sur les ré-hospitalisations. Les données seront anonymisées dans un second temps pour les analyses (Accord de la Commission d'éthique du canton de Vaud).

En cas de refus de l'utilisateur d'entrer dans la démarche PCC, préciser la ou les raison(s) invoquée(s) :

- 1 Pas de sens perçu par l'utilisateur
- 2 Refus de reparler de la crise
- 3 Dénier du trouble psychique
- 4 Méfiance envers toute proposition de la part des professionnels
- 5 Processus trop anxiogène
- 6 Possède déjà des directives anticipées
- 7 Autre, préciser : _____

1. INFORMATIONS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Age

Sexe
 1 Masculin
 2 Féminin

Situation familiale
 1 Célibataire
 2 En couple, marié(e) ou partenariat enregistré
 3 Séparé(e), divorcé(e) ou partenariat dissolu
 4 Veuf/veuve
 9 Non connu

Nationalité _____

Plus haut niveau d'éducation
 1 Aucune scolarité ou formation menée à terme

- 2 Scolarité obligatoire
- 3 Apprentissage ou école professionnelle
- 4 Maturité, diplôme d'étude secondaire
- 5 Haute école spécialisée, Université

2. CONDITION DE VIE HABITUELLE

- 2.1 Condition de vie actuelle
- 1 Seul(e)
 - 2 Ménage privé à plusieurs
 - 3 Foyer/Institution/EMS/EPSM/Pension
 - 4 Sans domicile fixe (SDF)
 - 5 Autre, spécifier : _____
 - 9 Non connu

3. SITUATION PROFESSIONNELLE

- Occupation principale
- 1 Occupation lucrative
 - 2 Non occupé, RI ou chômage
 - 3 En formation
 - 4 Réadaptation AI, Travail en milieu protégé
 - 5 AI ou autre rente
 - 9 Non connu

4. DONNEES CLINIQUES ET STATUT MEDICO-LEGAL

Mode d'admission ou statut du patient dans votre établissement/ programme de soins

- 1 Volontaire
- 2 PLAFa médical
- 3 PLAFa judiciaire
- 4 Expertise
- 5 Article pénal, Mesures ambulatoires

Représentant légal

- 1 Aucun
- 2 Représentant thérapeutique
- 3 Curatelle
- 9 Non connu

Diagnostic(s) (**Plusieurs réponses possibles, numérotez par ordre d'importance**)

- 1 Démences, handicap
- 2 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives
- 3 Schizophrénie, troubles psychotiques, troubles schizotypiques et troubles délirants
- 4 Troubles de l'humeur/ troubles affectifs
- 5 Troubles névrotiques, troubles anxieux, troubles dissociatifs et troubles somatoformes
- 6 Troubles de la personnalité
- 7 Autre, spécifier : _____

Instructions de cotation

- 1) Coter chaque échelle dans l'ordre de 1 à 13
- 2) Ne pas inclure d'information évaluée dans un item précédent, sauf pour l'échelle 10 qui est une évaluation globale
- 3) Evaluer le problème le plus sévère survenu durant la période considérée (**un mois avant la rédaction du PCC**)
- 4) Toutes les échelles ont le format suivant :

0 = pas de problème durant la période considérée
1 = problème mineur ne requérant pas d'intervention
2 = problème léger mais net
3 = problème modérément grave
4 = problème grave à très grave
Coter 9 si inconnu

1 Comportement hyperactif, agressif, perturbateur ou agité

- 0 Aucun problème de cette nature durant la période considérée
- 1 Irritabilité, disputes, nervosité, etc. ne requérant pas d'intervention.
- 2 Inclure les gestes agressifs comme bousculer ou importuner autrui; les menaces ou agressions verbales; les dommages mineurs à la propriété (e.g. casser une tasse, une fenêtre) ; une hyperactivité marquée ou une agitation.
- 3 Physiquement agressif envers autrui ou des animaux (à la limite de la cotation 4); comportement menaçant ; hyperactivité ou dommages à la propriété plus importants.
- 4 Au moins une agression physique grave d'autrui ou d'animaux; dommages graves à la propriété (e.g. incendie); comportement gravement menaçant ou obscène.

2 Lésions auto-infligées non accidentelles

- 0 Aucun problème de cette nature durant la période considérée
- 1 Idées occasionnelles ou passagères d'en finir, mais peu de risque; pas de lésions auto-infligées
- 2 Léger risque durant la période; inclure des lésions auto-infligées sans danger (e.g. égratignures au poignet).
- 3 Risque auto-agressif modéré durant la période considérée; inclure les préparatifs (e.g. accumulation de pilules).
- 4 Tentative de suicide grave et/ou lésion auto-infligée grave durant la période considérée.

3 Troubles liés à la consommation de drogues ou d'alcool

- 0 Aucun problème de cette nature durant la période considérée
- 1 Un peu de laisser-aller, sans dépasser les normes sociales.
- 2 Perte de maîtrise de la consommation de drogues ou d'alcool, sans grave dépendance.
- 3 Nette dépendance à l'alcool ou aux drogues avec d'importantes pertes de maîtrise de la consommation, prise de risque sous l'influence de drogue ou d'alcool.
- 4 Le problème de drogue ou d'alcool est gravement invalidant.

¹ HoNOS: Health of Nation Outcome Scales (Wing & Curtis, 1996)

4 Troubles cognitifs

- 0 Aucun problème de cette nature durant la période considérée
- 1 Troubles mineurs de la mémoire ou de la pensée (e.g. oublie parfois des noms).
- 2 Troubles de la mémoire ou de la pensée légers mais manifestes (e.g. a perdu son chemin dans un endroit familier ou n'a pas reconnu une personne familière); parfois perplexe devant des décisions simples.
- 3 Nette désorientation dans le temps, l'espace ou sur la personne; dérouté par des événements banals; langage parfois incohérent ; ralentissement mental.
- 4 Désorientation importante (e.g. incapable de reconnaître des proches) ; risque d'avoir un accident ; langage incompréhensible ; état confusionnel, stupeur.

5 Troubles associés à une maladie physique ou un handicap

- 0 Aucun problème de santé physique durant la période considérée.
- 1 Problème de santé léger durant la période (e.g. rhume, chute bénigne, etc.).
- 2 Problème de santé physique limitant modérément la mobilité et l'activité.
- 3 Diminution modérée des activités en raison d'un problème de santé physique.
- 4 Incapacité physique grave ou totale en raison d'un problème de santé physique.

6 Troubles liés aux hallucinations et délires

- 0 Absence d'hallucinations ou de délires durant la période considérée
- 1 Croyances légèrement étranges ou excentriques sans rapport avec les normes culturelles de la personne.
- 2 Des délires ou des hallucinations sont présents (e.g. voix, visions), mais perturbent peu le patient ou génèrent peu de comportements bizarres, i.e. cliniquement présent mais léger.
- 3 Nettes préoccupations liées aux délires ou aux hallucinations, provoquant une certaine détresse et/ou se manifestant par un comportement clairement bizarre, i.e. problème clinique modérément important.
- 4 L'état mental est gravement perturbé par des délires ou des hallucinations, avec un impact important sur le patient.

7 Troubles liés à l'humeur dépressive

- 0 Aucun problème liés à une humeur dépressive durant la période considérée
- 1 Humeur morne; ou légers changements d'humeur
- 2 Dépression légère mais nette (e.g. sentiments de culpabilité, perte d'estime de soi)
- 3 Dépression avec sentiments de dévalorisation inadéquats ; préoccupé par des sentiments de culpabilité.
- 4 Dépression grave ou très grave avec d'importants sentiments de culpabilité ou d'auto-accusation.

8 Autres troubles mentaux et comportementaux

Évaluer seulement le trouble le plus sévère NON évalué dans les échelles 6 et 7 de la manière suivante :

Spécifier le type de trouble en entourant la lettre appropriée :

A : phobie ; B : anxiété ; C : obsessionnel-compulsif ; D : lié au stress ; E : dissociatif ; F : somatoforme ; G : alimentaire ; H : sommeil ; I : sexuel ; J : autre, spécifier.

- 0 Aucun de ces troubles durant la période considérée
- 1 Trouble mineur seulement.

- 2 Un trouble est cliniquement présent à un niveau léger (e.g. le patient maîtrise ses troubles dans une certaine mesure)
- 3 Détresse ou crise occasionnelle, avec perte de maîtrise sur les troubles (e.g. doit éviter toute situation provocatrice d'anxiété, a dû appeler un voisin à l'aide, etc.) i.e. niveau modérément grave de trouble.
- 4 Un trouble grave empêche la plupart des activités.

9 Problèmes pour établir des relations sociales significatives

- 0 Aucun problème significatif durant la période
- 1 Problèmes légers non cliniques.
- 2 Problèmes nets pour établir des relations significatives : le patient se plaint et /ou le problème est évident pour autrui.
- 3 Problèmes majeurs persistants dus à un retrait actif ou passif des relations sociales et/ou à des relations qui n'apportent peu ou pas de réconfort ni de soutien.
- 4 Isolement social important et pénible, lié à une incapacité à communiquer socialement et/ou à un retrait des relations sociales.

10 Problèmes liés aux activités de la vie quotidienne

- 0 Aucun problème durant la période considérée ; capable de bien fonctionner dans tous les domaines.
- 1 Problèmes mineurs seulement (e.g. négligent, désorganisé).
- 2 Soins personnels adéquats, mais absence de performance importante dans une ou plusieurs tâches complexes (voir plus haut).
- 3 Problème majeur dans un ou plusieurs domaines des soins personnels (manger, se laver, s'habiller, aller aux toilettes) ainsi qu'une incapacité majeure à effectuer plusieurs tâches complexes.
- 4 Handicap ou incapacité majeure dans tous ou presque tous les domaines des soins personnels et des tâches complexes.

11 Problèmes liés aux conditions de vie

NB : Évaluer le logement habituel du patient. S'il est hospitalisé transitoirement, évaluer le domicile du patient. Si l'information n'est pas disponible, coter 9.

- 0 Le logement et les conditions de vie sont acceptables : ils aident à maintenir tout handicap coté à l'échelle 10 au niveau le plus bas possible, et facilitent l'autonomie.
- 1 Le logement est raisonnablement acceptable, malgré la présence de problèmes légers ou transitoires (e.g. emplacement non idéal, n'a pas la préférence de l'utilisateur, la nourriture ne plaît pas, etc.).
- 2 Problème significatif avec un ou plusieurs aspects du logement et/ou de l'environnement (e.g. choix restreint ; l'équipe ou le logeur ne savent pas vraiment comment limiter le handicap ou comment aider à préserver les compétences existantes ou en développer de nouvelles).
- 3 Problèmes de logement multiples et perturbants (e.g. certains aménagements de base sont absents) ; l'environnement a peu ou pas de moyens pour améliorer l'autonomie du patient.
- 4 Le logement est inacceptable (e.g. manque d'aménagements de base, le patient risque d'être expulsé ou est sans abri, ou vit dans des conditions qui sont par ailleurs intolérables), aggravant les problèmes du patient

12 Problèmes liés l'occupation et aux activités

- 0 L'environnement quotidien du patient est acceptable : il aide à maintenir tout handicap coté à l'échelle 10 au niveau le plus bas possible, et facilite l'autonomie.
- 1 Problèmes mineurs ou temporaires (i.e. virement de chèque en retard) : services adéquats à disposition, mais pas toujours au moment voulu, etc.
- 2 Choix limité d'activités ; manque excessif de tolérance (e.g. entrée d'une bibliothèque ou d'un bain public injustement refusée, etc.) ; handicapé par l'absence d'adresse permanente ; soutien insuffisant des proches ou des intervenants professionnels ; encadrement de jour efficace à disposition, mais dans un horaire très limité.

- 3 Insuffisance marquée de services qualifiés à disposition pour aider à diminuer le niveau de handicap existant ; pas de possibilités d'utiliser des compétences existantes ou d'en acquérir de nouvelles ; services non qualifiés difficiles d'accès.
- 4 L'absence totale de toute possibilité d'avoir des activités de jour aggrave les problèmes du patient.

13 Problèmes dans la prise de médication psychiatrique

- 0 Aucun problème: prend régulièrement la médication psychiatrique, de la manière prescrite et sans aide.
- 1 Est assidu la plupart du temps et/ou nécessite quelques rappels.
- 2 Prend irrégulièrement la médication psychiatrique et/ou requiert une intervention fréquente pour assurer une prise régulière
- 3 La prise de médicament est très irrégulière et/ou nécessite un suivi permanent pour assurer la prise de médicament.
- 4 Refuse toute médication et toute aide pour la prise de médicaments

Checklist qualité des PCC (adaptation au support en français)

Initiales évaluateur _____

PCC n° _____

Intitulé	pas d'info	info plutôt vague	info plutôt complète	info complète
Sujet*	0	1	2	3
Suivi actuel*	0	1	2	3
Facteurs déclencheurs*	0	1	2	3
Manifestations*	0	1	2	3
Stratégies*	0	1	2	3
Personnes ressources*	0	1	2	3
En cas de crise TTT souhaité?*	0	1	2	3
En cas de crise TTT à éviter?*	0	1	2	3
En cas de crise alternatives?	0	1	2	3
Date*	0	1	2	3
Signature patient*	0	1	2	3
Signature autre*	0	1	2	3

Score Total /39 _____

Ecrit à la 1ère personne:

0 (non)

1 (partiellement)

2 (oui)





INFORMATION EN SANTÉ PUBLIQUE

LE PLAN DE CRISE CONJOINT PCC

LE PLAN DE CRISE CONJOINT

Guide
à l'intention des
usager·ère·s et des
professionnel·le·s
et des proches

Le plan de crise conjoint (PCC) est une forme de déclaration anticipée au service du rétablissement. Il est le fruit d'une démarche commune entre une personne concernée par un trouble psychique et/ou un problème d'addiction (l'usager·ère) et un·e professionnel·le, voire un·e proche. C'est un document négocié, rédigé et validé par les différentes parties concernées. Il vise à identifier les signes avant-coureurs et les facteurs déclencheurs d'une crise et/ou d'une rechute et indique les stratégies et les ressources à mobiliser rapidement en cas de crise, ainsi que les soins et les traitements à privilégier ou à éviter.

La rédaction d'un PCC est une démarche volontaire. Elle fait appel à la capacité d'autodétermination des personnes souffrant de troubles psychiques et/ou d'addiction. Le PCC repose sur un processus de décision partagée.

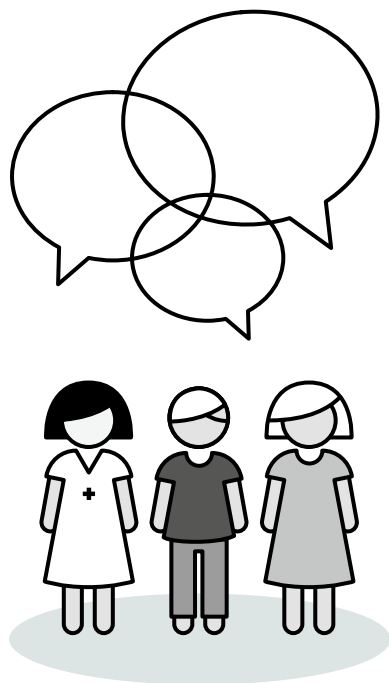
QUE PERMET LE PCC ?

- ✓ Diminuer les réhospitalisations
- ✓ Diminuer le recours à la contrainte
- ✓ Prévenir les rechutes
- ✓ Exercer un meilleur contrôle de soi et de ses troubles
- ✓ Autogérer sa maladie et encourager l'empowerment de l'usager·ère
- ✓ Faciliter la communication sur et autour de la maladie
- ✓ Améliorer la transmission, la continuité et la coordination des soins

QUAND RÉDIGER UN PCC ?

- ⌚ À la suite d'une mesure ou d'un vécu de contrainte
- ⌚ À la suite d'une crise, et/ou d'une rechute
- ⌚ À la suite d'un épisode d'agressivité
- ⌚ En cas de préférence de soins et de traitements et à la suite d'effets secondaires connus à des soins et/ou des traitements spécifiques
- ⌚ Lors de situations complexes ou instables qui nécessitent la coordination de plusieurs professionnel·le·s
- ⌚ En prévision d'une transition d'un lieu de soins à un autre ou d'un·e thérapeute à un·e autre

LA DÉMARCHE PCC : MODE D'EMPLOI



Rédiger

La démarche PCC peut être initiée par l'usager·ère, par un·e professionnel·le ou par un·e proche. L'usager·ère remplit son PCC d'abord seul·e, à la première personne du singulier et avec ses propres mots. Ensuite, le contenu est discuté au minimum avec le/la professionnel·le avant d'être complété, voire modifié, selon un processus de décision partagée. D'autres personnes peuvent rejoindre la démarche selon la volonté de l'usager·ère.

Le contenu doit être compréhensible ; les numéros de téléphone des personnes ressources, les raisons d'un refus de traitement et les alternatives possibles y sont clairement indiqués.

Comme le PCC peut être complété en plusieurs fois, il est nécessaire de préciser s'il s'agit d'une version intermédiaire ou finalisée.

Informier et comprendre

L'engagement dans une démarche PCC doit se faire après réflexion et de façon informée. Le/la professionnel·le qui accompagne l'usager·ère dans cette démarche a la responsabilité de lui donner du sens et de s'assurer que le formulaire PCC est bien compris.

Valider

Pour valider le PCC, les personnes qui ont été impliquées dans sa rédaction y apposent leur signature, attestant ainsi leur accord avec son contenu.

Le PCC est amené à évoluer et à être révisé régulièrement. Il doit donc être daté. L'original reste la propriété de l'usager·ère. Il/elle décide à qui il doit être transmis et qui s'en charge.

Les professionnel·le·s ont la responsabilité d'intégrer une copie du PCC au dossier de soins et de le sauvegarder selon les directives institutionnelles afin qu'il soit accessible en cas de besoin. Il peut être intéressant de discuter avec l'usager·ère de sa diffusion dans les services d'urgences et dans les hôpitaux psychiatriques du canton.



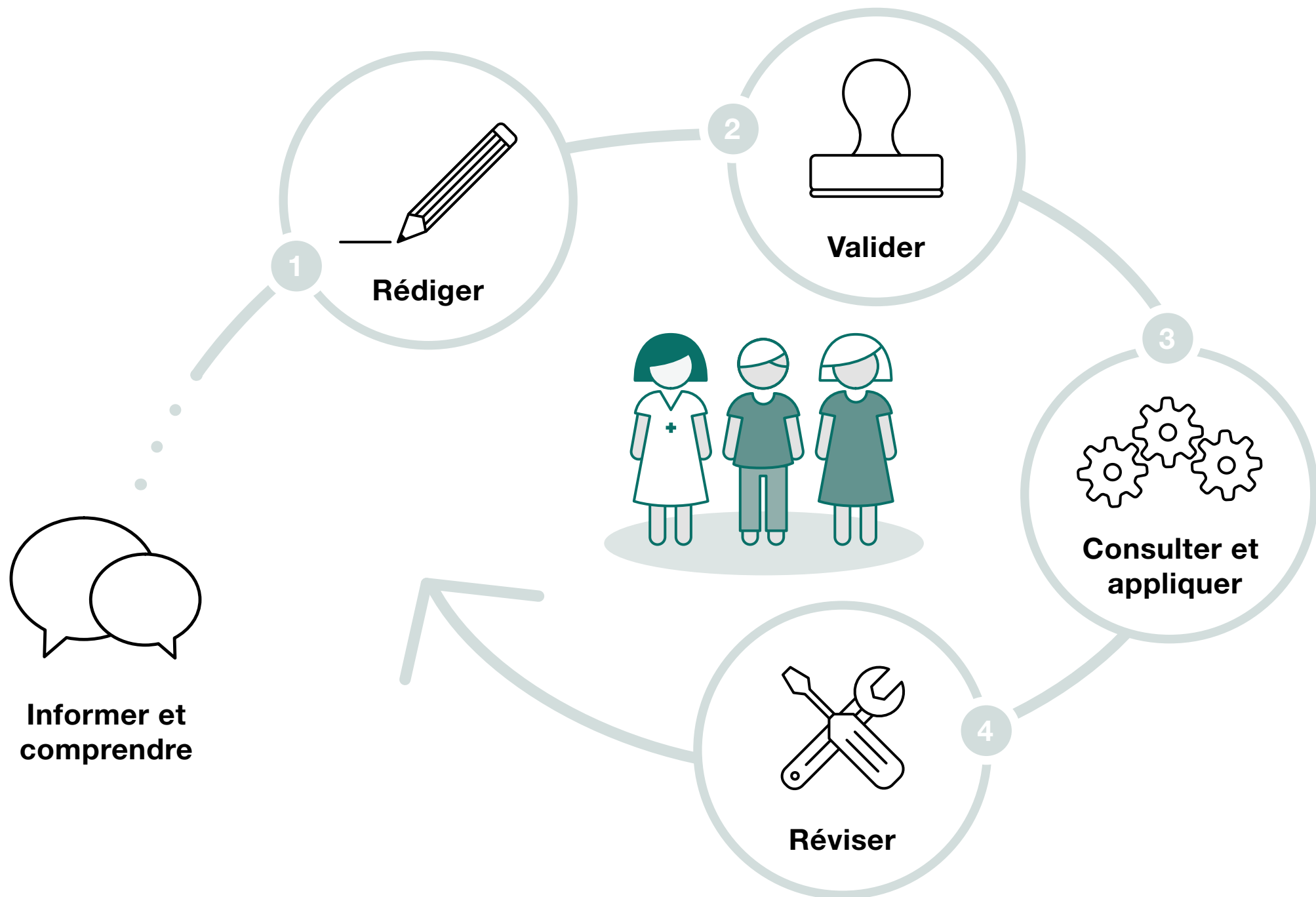
Consulter et appliquer

Le PCC peut être consulté en tout temps par les personnes qui y sont autorisées par l'usager·ère. Il est recommandé à l'usager·ère de garder un exemplaire à portée de main. Le PCC est à appliquer dès les premiers signes avant-coureurs d'une crise et/ou d'une rechute. Les professionnel·le·s sont tenu·e·s de respecter les souhaits qui y sont exprimés. Si la situation ne le permet pas, l'usager·ère en est informé·e. Les raisons du non-respect du PCC sont à documenter dans le dossier de soins. Une séance de débriefing devrait être organisée après stabilisation. Les nouvelles décisions ou orientations qui en découlent feront alors l'objet d'une révision du PCC.

Réviser

La révision du PCC est préconisée à la suite d'une crise et/ou d'une rechute, en cas de changement majeur et au moins tous les six mois, pour garantir que le contenu est toujours en adéquation avec la situation clinique et contextuelle de l'usager·ère.

LA DÉMARCHE PCC EN UN CLIN D'ŒIL



COMMENT PROCÉDER ?

Vous souffrez d'un trouble psychique et/ou d'une addiction ?

Intéressé-e par le PCC ? Parlez-en avec votre médecin ou votre soignant-e de référence. Vous trouverez toutes les informations nécessaires sur le site internet.

Vous êtes un-e professionnel-le du champ de la santé mentale et/ou des addictions ?

Des renseignements utiles ainsi que des formations pour intégrer le PCC dans votre pratique professionnelle sont disponibles sur le site internet.

Un PCC vierge prêt à l'emploi est téléchargeable sur :

<https://www.plandecriseconjoint.ch/>





LE PLAN DE CRISE CONJOINT

Un outil de décision partagée en santé mentale

LE PCC, QU'EST CE QUE C'EST ?

Le **Plan de crise conjoint (PCC)** est une forme de déclaration anticipée au service du rétablissement. Il est le fruit d'une démarche commune entre une personne concernée par un trouble psychique et/ou une problématique d'addiction (l'usager·ère) et un·e professionnel·le, et si possible un·e proche. C'est un document négocié, rédigé et validé par les différentes parties concernées. Il vise à identifier les signes avant-coureurs et les facteurs déclencheurs d'une crise et indique les stratégies et les ressources à mobiliser rapidement en cas de crise, ainsi que les soins et les traitements à privilégier ou à éviter.

QUE PERMET LE PCC ?

- ✓ Diminuer les réhospitalisations
- ✓ Diminuer le recours à la contrainte
- ✓ Prévenir les rechutes
- ✓ Exercer un meilleur contrôle de soi et de ses troubles psychiques
- ✓ Aider l'usager·e dans l'autogestion de sa maladie ou de son addiction et encourager l'empowerment
- ✓ Faciliter la communication sur et autour de la maladie
- ✓ Améliorer la transmission, la continuité et la coordination des soins

QUAND RÉDIGER UN PCC ?

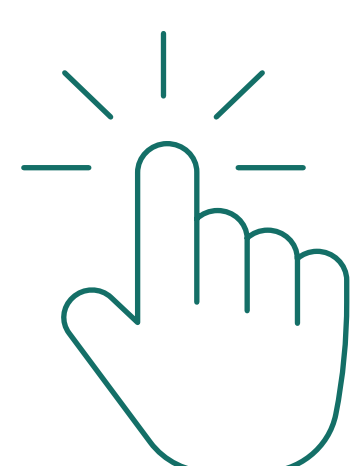
- ⦿ À la suite d'une mesure ou d'un vécu de contrainte
- ⦿ À la suite d'une crise, et/ou d'une rechute dans la consommation
- ⦿ À la suite d'un épisode d'agressivité
- ⦿ En cas de préférence de soins et de traitements et à la suite d'effets secondaires connus à des soins et/ou des traitements spécifiques
- ⦿ Lors de situations complexes ou instables qui nécessitent la coordination de plusieurs professionnel·le·s
- ⦿ En prévision d'une transition d'un lieu de soins à un autre ou d'un·e thérapeute à un·e autre

Vous souffrez d'un trouble psychique et/ou d'une problématique d'addiction et vous êtes intéressé·e par le PCC ?

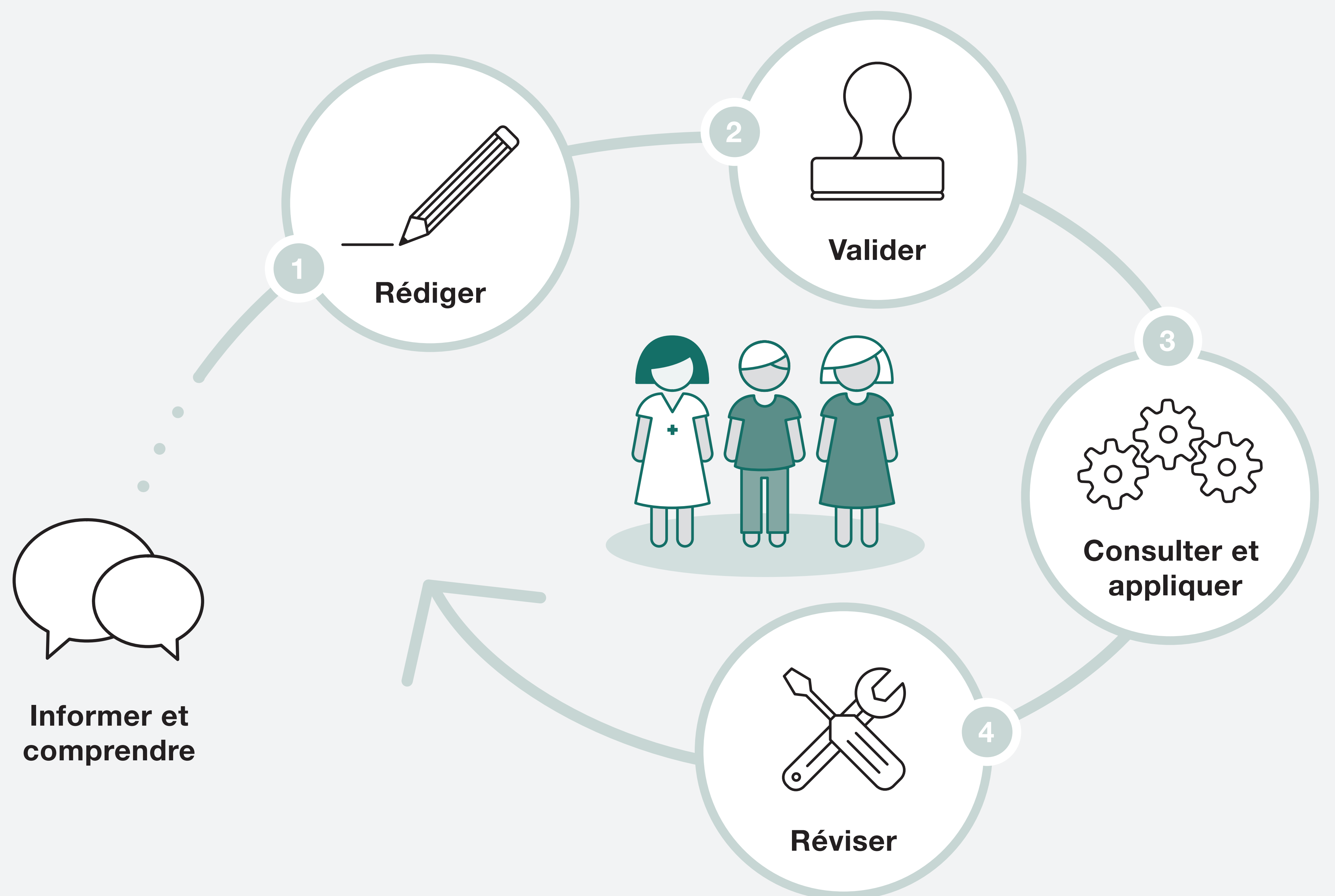
Vous êtes un·e professionnel·le du champ de la santé mentale ?

Des renseignements utiles sont disponibles sur le site internet.

www.plandecriseconjoint.ch



LA DÉMARCHE, EN UN COUP D'ŒIL



La rédaction d'un PCC est une démarche volontaire.

Elle fait appel à la capacité d'autodétermination des personnes souffrant de troubles psychiques et/ou d'une problématique d'addiction.

Le PCC repose sur un processus de décision partagée.

LA DÉMARCHE, MODE D'EMPLOI

Informier et comprendre

L'engagement dans une démarche PCC se fait après réflexion. Le/La professionnel·le qui accompagne l'usager·ère doit informer, donner du sens et s'assurer que le formulaire PCC est bien compris.

Rédiger

L'usager·ère remplit seul·e son PCC, puis le contenu est discuté au minimum avec le/la professionnel·le avant d'être complété ou modifié selon un processus de décision partagée. D'autres personnes peuvent rejoindre la démarche selon la volonté de l'usager·ère.

Valider

Les personnes impliquées dans la démarche signent le PCC, attestant leur accord avec son contenu. L'original reste la propriété de l'usager·ère qui décide à qui il doit être transmis et qui se charge de le faire respecter. Le PCC doit être accessible en cas de besoin: c'est la responsabilité des professionnel·les de la santé impliqués·es d'y veiller en suivant la procédure interne à leur institution.

Consulter et appliquer

Le PCC peut être consulté en tout temps par les personnes qui y sont autorisées par l'usager·ère. Le PCC est à appliquer dès les premiers signes avant-coureurs d'une crise et/ou rechute dans la consommation. Les professionnel·le·s sont tenu·e·s de respecter les souhaits qui y sont exprimés.

Réviser

La révision du PCC est préconisée à la suite d'une crise, en cas de changement majeur et au moins tous les six mois, pour garantir que son contenu est toujours en adéquation avec la situation clinique et contextuelle de l'usager·ère.



Annexe 8_Liste des valorisations du projet ProPCC et/ou du PCC

Liste des articles scientifiques et professionnels Projet ProPCC/PCC	Public cible / nb si connus
Penzelstalter, L., Soares, C., Machado, A., Rothen, S., Picchi, A., Ferrari, P., ..., & Khazaal Y. (2019). Advance statements to prevent treatment disengagement in substance use disorders. <i>Canadian Journal of Addiction</i> ; 10(4):10-8.	Professionnels du domaine des addictions
Ferrari, P., Suter, C. (2020). Elaborer le cadre de soins avec les usagers. <i>Santé mentale</i> , 244 :60-65.	Professionnels de la santé mentale
Ferrari, P., Roman, A., Chinet, M., Suter, M., Morandi, S. (2020). Faire vivre le plan de crise conjoint. <i>Santé mentale</i> , 245:52-57.	Professionnels de la santé mentale
Ferrari, P., Rouvenaz, G. (2020) Mon plan de crise conjoint en pratique. <i>Santé mentale</i> , 245:58-63.	Professionnels de la santé mentale
Lequin, P., Ferrari, P., Suter, C., Milovan, M., Besse, C., Silva, B., Golay, P., Bonsack, C., Favrod, J. (2021). The joint crisis plan: a powerful tool to promote mental health. <i>Frontiers</i> , 12, doi: 10.3389/fpsy.2021.621436	Professionnels de la santé mentale
Liste des articles de presse Projet ProPCC/PCC	Public cible / nb si connus
Bureau d'information et de communication de l'Etat de Vaud. <i>Santé mentale. Un guide pour gérer la crise conjointement</i> . 06.07.2020. Communiqué de presse conjoint DGS-RSVD	Tout public, agences de presse, relais dans les réseaux sociaux et sites des partenaires internationaux
Nicollier, M. Améliorer la gestion des crises en psychiatrie. 24Heures du 21.02.2019	Tout public, Quotidien romand
Mesot, L. <i>Vaud met en place des directives anticipées en cas d'urgence psychiatrique</i> . 09.07.2020. Heidi.News	Tout public, Journal en ligne
Nicollier, M. <i>Santé mentale. Crise psychique: respecter les souhaits des patients</i> 24Heures du 24.07.2020	Tout public, Quotidien romand
Dasinière, L. <i>Directives anticipées en psychiatrie: «Ça aide à rassurer et à créer un lien de confiance»</i> . 18.07.2020. Heidi.News	Tout public, Journal en ligne
Liste des communications orales Projet ProPCC	Public cible / nb si connus
Ferrari, P., Suter, S. <i>Le projet ProPCC. Promotion et implantation efficace du plan de crise conjoint</i> . 24 janvier 2019. 4ème manifestation 2019 des membres du Réseau Santé Psychique Suisse RSP, Berne.	Professionnels du domaine de la santé et du social (30 participants)
Ferrari, P. <i>Atelier sur le plan de crise conjoint</i> . 26.01.2019. Portes ouvertes 2019. Institut & Haute Ecole de La Source, Lausanne, Suisse	Tout public, futurs professionnels (20 participants)
Allin, A.-C., Anhorn, P., Ferrari, P., Suter, C., Lequin, P., Trémeaud, R., ... Moradni, S. <i>Vernissage publication RSRL N 11 et présentation du projet ProPCC</i> . Réseau Santé Région Lausanne & l'Institut & Haute Ecole de la Santé La Source. 12.02.2019. Lausanne, Suisse.	Professionnels santé mentale et addiction Vaud, directions d'établissements (100 participants)

Ferrari, P. <i>De l'importance des connexions. Entre recherche, clinique et enseignement. Et entre professionnels, usagers et proches.</i> La recherche : quelle perspective pour les traitements et les soins ? 19 mars 2019. Edito 3, Psychodon, Paris, France	Professionnels, patients, proches (50 participants)
Ferrari, P., Suter, C. <i>Le plan de crise conjoint.</i> 20.03.2019. Mercredi des soins DP-CHUV, SPO	Professionnels interdisciplinaires (plus de 50 participants)
Ferrari, P., & Suter, C. <i>Quand infirmiers et usagers font évoluer les pratiques.</i> Pouvoir infirmier en avant! 17.05.2019. Congrès ASI, Bâle, Suisse.	Professionnels des soins infirmiers (20 participants)
Ferrari, P., Raileanu, L. <i>Retour sur événement. Promotion et implantation du plan de crise conjoint.</i> Lettre Ra&D Institut et Haute Ecole La Source, HES-So, n°16, juin 2019	Professionnels de la santé, étudiants.
Ferrari, P. <i>Etude des pratiques et contenus du plan de crise conjoint et suites.</i> 11.06.2019. Journée de la commission scientifique du domaine santé de la HES-SO	Professionnels du milieu de l'éducation et académique (20 participants)
Suter, C., Chinet, M., & Ferrari, P. <i>Piano di crisi congiunto come strumento di spinta alle decisioni condivise in materia di salute mentale: Illustrazione attraverso il Progetto ProPCC (Promozione ed attuazione efficace del Piano di Crisi Congiunto).</i> Culture et transformation des systèmes de santé. 22.08.2019. CALASS, Montréal, Canada.	Professionnels interdisciplinaires, économistes, gestionnaires et représentants des politiques sanitaires (42 participants)
Suter, C., & Ferrari, P. (2019). <i>Le plan de crise conjoint en pratique.</i> 1ère Plateforme interrégionale santé mentale & addiction des Réseaux Santé Vaud 03.10.2019. Morges, Suisse	Professionnels (cadres et terrain) de la santé mentale et des addictions (100 participants)
Ferrari, P., & Suter, C. <i>Comment recadrer les soignants : l'exemple du plan de crise conjoint.</i> 17.10.2019. Il faut le recadrer! 5èmes Rencontres soignantes en psychiatrie. Santé mentale, Paris, France.	Professionnels interdisciplinaires (plus de 200 participants)
Hansford, M., Peixao, R., Penzelstalter, L., Ferrari, P. <i>Rétablissement et addictions: la fin de l'abstinence? Le rétablissement: des valeurs pour la vie?</i> 29.11.2019. Xième Journée R3, Lausanne, Suisse	Professionnels interdisciplinaires, pairs, policiers et ambulanciers (20 participants)
Chinet, M., Raileanu, L., Ferrari, P., Suter, C. <i>Partenariat et e-Health : quels enjeux en santé mentale ? L'exemple du plan de crise conjoint.</i> Atelier. 21ème Conférence nationale dans la conférence sur la promotion de la santé. Evolution technologique dans la promotion de la santé – Renforcer nos compétences au quotidien. 28.04.2020. Berne, Suisse.	Experts et professionnels (directions cantonales des départements de la santé suisses)
Raileanu, L., Chinet, M., Ferrari, P., Suter, C. <i>Joint crisis plan platform.</i> Poster. 21 ^{ème} Conférence nationale dans la conférence sur la promotion de la santé. Evolution technologique dans la promotion de la santé – Renforcer nos compétences au quotidien. 28.04.2020. Berne, Suisse.	Professionnels interdisciplinaires et du domaine de l'ingénierie médicale
RSRL. <i>Santé mentale: un mode d'emploi pour gérer la crise.</i> Newsletter n° 24. Été 2020.	Professionnels (cadres et terrain) de la santé mentale et des addictions et
Suter, C., Arvoa, N., Estrela, R., Rubio, F., Miazza, M., Ferrari, P., ... Leroy, A. <i>Le plan de crise conjoint.</i> 04.11.2020. Webinaire co-organisé par La Fondation de Nant et L'ilot, Suisse. https://bit.ly/28-septembre-replay	127 proches, patients, pros. En ligne (live et replay)

Suter, C., Leroy, A., Ferrari, P. <i>Quand pairs, proches et professionnels s'allient pour faire changer les Pratiques: L'exemple de l'implémentation du plan de crise conjoint</i> . 25.02.2021. 2ème colloque international du partenariat de soins avec les patients. E-Poster, Toulouse, France (Congrès en ligne)	Professionnels interdisciplinaires
Suter, C., Chinet, M. <i>Le plan de crise conjoint</i> . Commission des populations sociales. 15.03.2021. CHUV-Unisanté, Lausanne, Suisse	Professionnels interdisciplinaires
Tripalo, C., Lequin, P., Hatam, S. <i>Mesures anticipées et ses multiples enjeux. Regards croisés sur le Plan de Crise Conjoint et les Directives Anticipées</i> . 15.03.21. webinaire des Journées internationale de la schizophrénie 2021. https://maison.schizinfo.com/15mars/#programme	530 proches, patients, pros. En ligne (live et replay)
Chinet, M., Suter, C, Ferrari, P. <i>Résultats du sondage cantonal sur les connaissances et pratiques des mesures anticipées</i> . 17.05.2021 Colloque de recherche PCO DP-CHUV	
Bertusi, M., Ferrari, P. <i>Travaux de master sur le plan de crise conjoint</i> . 17.05.2021 Colloque de recherche PCO DP-CHUV	Professionnels interdisciplinaires, pairs praticiens et patients
Ferrari, P. <i>Le plan de crise conjoint</i> . 03.06.2021. Séminaire alliance thérapeutique CHS Drome Vivarais	Professionnels interdisciplinaires et directions d'établissements
Lilot et la Fondation de Nant. <i>Contrainte quand tu nous tiens! Regards croisés de trois intervenants: usager, proche et médecin</i> . 13.09.2021. Corsier sur vevey, Suisse.	Proches, professionnels, usagers (30 participants)
Suter, C., Leroy, A., Ferrari, P. <i>Quand pairs, proches et professionnels s'allient pour faire changer les Pratiques: L'exemple de l'implémentation du plan de crise conjoint</i> . 14.09.2021. Patients partenaires et sécurité. Journée latine d'excellence en santé, Delémont, Suisse	Professionnels interdisciplinaires et patients partenaires (100 participants)
Chinet, M., Ferrari, P. Piano di Crisi Congiunto (PCC) <i>Stagione 3 : « Echi dal campo dopo 2 anni di attuazione »</i> . 16.09.2021. Le soin juste. CALASS, Locarno, Suisse	Professionnels interdisciplinaires, économistes, gestionnaires et représentants des politiques sanitaires (42 participants)
Bertusi, M., Ferrari, P. Taux et modes de réadmissions psychiatriques des patients avec un plan de crise conjoint (PCC) élaboré en prévision de la sortie de l'hôpital. 30.09.2021. 10 ans des Cliniciens spécialisés au CHUV, Lausanne, Suisse.	Professionnels interdisciplinaires des soins, direction, professeurs HES-UNI (20 participants)
<i>A venir: Mercredi des soins SPO DP-CHUV Restitution des résultats du projet ProPCC au Secteur psychiatrique Ouest</i>	Professionnels interdisciplinaires
<i>A venir: Séance de restitution des résultats et clôture du projet ProPCC</i>	Professionnels de la santé, subventionneurs, institutions, tout public
<i>A venir: Bilan du projet de promotion et d'implantation efficiente du plan de crise conjoint (ProPCC). Lettre Ra&D. Institut et Haute Ecole La Source, HES-So. Octobre 2021</i>	
Liste des travaux de formation continue sur le Projet ProPCC/PCC	Public cible / nb si connus
M. Clottu. 2019. Travail final CAS en gestion, Fondation Bartimée, ESE, Suisse	Professionnels de la santé, directions, subventionneurs, institutions, tout public
E. Perollaz. 2021. Travail final de CAS en santé mentale, Fondation de Nant, Unité Jaman, Suisse	Professionnels de la santé, directions, subventionneurs, institutions, tout public

Y. Quénum. 2021. Travail de Master en éthique, Equipe mobile St-Etienne, France	Professionnels de la santé, directeurs, subventionneurs, institutions, tout public
Bertusi M. L'effet du plan de crise conjoint sur les réhospitalisations en psychiatrie et la contrainte : une étude observationnelle cas témoin prospective. [Travail de master]. Lausanne: Université de Lausanne - Institut universitaire de recherche en soins -Faculté de médecine et biologie; 2021.	Professionnels de la santé, directions, subventionneurs, institutions, tout public
Ferrari, P. L'effet des stratégies de coping anticipées par les patients dans leur plan de crise conjoint en prévision de la sortie de l'hôpital psychiatrique sur les taux et le mode de réadmission à 30 jours et à 9 mois: une étude observationnelle prospective exploratoire. [Travail de master]. Lausanne: Université de Lausanne -Institut universitaire de recherche en soins -Faculté de médecine et biologie; 2021.	Professionnels de la santé, directions, subventionneurs, institutions, tout public

DEBATE

Open Access



PARIHS revisited: from heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice

Gill Harvey^{1,2*} and Alison Kitson^{1,3}

Abstract

Background: The Promoting Action on Research Implementation in Health Services, or PARIHS framework, was first published in 1998. Since this time, work has been ongoing to further develop, refine and test it. Widely used as an organising or conceptual framework to help both explain and predict why the implementation of evidence into practice is or is not successful, PARIHS was one of the first frameworks to make explicit the multi-dimensional and complex nature of implementation as well as highlighting the central importance of context. Several critiques of the framework have also pointed out its limitations and suggested areas for improvement.

Discussion: Building on the published critiques and a number of empirical studies, this paper introduces a revised version of the framework, called the integrated or i-PARIHS framework. The theoretical antecedents of the framework are described as well as outlining the revised and new elements, notably, the revision of how evidence is described; how the individual and teams are incorporated; and how context is further delineated. We describe how the framework can be operationalised and draw on case study data to demonstrate the preliminary testing of the face and content validity of the revised framework.

Summary: This paper is presented for deliberation and discussion within the implementation science community. Responding to a series of critiques and helpful feedback on the utility of the original PARIHS framework, we seek feedback on the proposed improvements to the framework. We believe that the i-PARIHS framework creates a more integrated approach to understand the theoretical complexity from which implementation science draws its propositions and working hypotheses; that the new framework is more coherent and comprehensive and at the same time maintains its intuitive appeal; and that the models of facilitation described enable its more effective operationalisation.

Keywords: PARIHS, i-PARIHS, Implementation framework, Facilitator role, Facilitation

Background

In 2008, the PARIHS group published a paper in *Implementation Science* that summarised the work over the previous 10 years in developing and refining the PARIHS (Promoting Action on Research Implementation in Health Services) framework [1]. From its inception, PARIHS argued that successful implementation (SI) of evidence into practice was a function of the quality and type of evidence (E), the characteristics of the setting or context (C) and the way in which the evidence was

introduced or facilitated (F) into practice. Each of these dimensions was further subdivided into a number of sub-elements that needed to be considered in order for implementation to be successful [2, 3].

The 2008 paper outlined three linked areas of work in developing PARIHS, namely, conceptual development [4–6], empirical testing and refinement [7] and the development of reliable measures to diagnose and evaluate an organisation's readiness for change and the effectiveness of that change [8–10]. It concluded by identifying a number of challenges including the need for more theoretical work on the conceptual framework, the need to set up more rigorous ways to develop and test the diagnostic and evaluative methodologies and associated

* Correspondence: gillian.harvey@adelaide.edu.au

¹School of Nursing, University of Adelaide, Adelaide, SA 5005, Australia

²Alliance Manchester Business School, University of Manchester, Manchester, UK
Full list of author information is available at the end of the article

instruments based on elements of PARIHS and the need to agree upon the practical contents of a facilitator training programme that would equip facilitators to know how to operationalise the framework. Subsequently, both PARIHS team members [11–13] and other research teams [14, 15] have been involved in studies to evaluate and refine the framework further. These studies have reinforced some of the conclusions of the 2008 paper and identified some additional issues for consideration. For example, Helfrich and colleagues [14] undertook a critical synthesis of the literature on PARIHS and identified a number of perceived limitations to its effective utilisation. These included the lack of evidence from prospective implementation studies on its effectiveness; lack of clarity between elements and sub-elements of the framework; a predominant focus on the facilitation role rather than the facilitation process and the lack of a clear definition of what successful implementation actually was. Building on this review, a revised PARIHS framework was put forward, including a detailed diagnostic tool based on the refined elements and sub-elements of the framework [15].

A repeat search in 2014 using the same databases and search terms as the review by Helfrich and colleagues in 2010 [14] identified over 40 more papers that reported applying PARIHS [16]. This indicates continuing interest in using the framework and reinforces what Helfrich and colleagues observed in terms of the framework's intuitive appeal and relevance to the real world setting. However, prospective studies remain limited. One exception to this is a prospective study on peri-operative fasting, which used PARIHS to design a pragmatic trial to test the effectiveness of the introduction of guidelines to improve practice [12, 17]. From their analysis, the authors suggested that an additional weakness in the framework was the failure to acknowledge the central role of individuals in determining the process and outcomes of implementation, mediated through individual interactions with and influence on the evidence and context dimensions of PARIHS. Useful findings have also emerged from reviews that have compared PARIHS to other implementation frameworks and models. Tabak and colleagues reviewed over 60 models and frameworks and suggested that PARIHS lacked a focus on the system and policy level of implementation [18]. Flottorp and colleagues also undertook a review of frameworks and their findings indicated that PARIHS failed to pay attention to the individual health professional and the wider social, political and legal context of implementation [19].

Our own ongoing application of the framework in implementation studies (see, for example, [11, 13, 20–22]) together with critiques and evaluations of the framework by other research teams has led us to create a refined version of PARIHS. It is called the integrated

or i-PARIHS framework. This paper describes the revised framework, outlines the new elements and explains why the changes have been made. Within this discussion, we draw on empirical data from three case studies of implementation (summarised in Table 1). The paper then describes how the i-PARIHS framework can be operationalised and summarises the underpinning theoretical antecedents of the framework. We conclude the paper by raising some questions for further consideration and outlining plans for future research and development activity.

Main Text

The main reasons for re-visiting the original PARIHS framework included:

- The original framework failed to address key dimensions, including the intended targets for implementation and the wider external context (social, political, policy and economic) in which implementation occurs [14, 18, 19]
- Growing evidence on the key role individuals play in the implementation process [12]
- Increased interest and awareness of relevant theories that can and should inform implementation strategies [23–25]
- Recognition of the diverse ways in which people were applying PARIHS, not simply to guide the implementation of more conventional research evidence in the form of clinical guidelines or evidence summaries, but to inform and evaluate developments in practice more generally [26]

Based on our analysis of these issues, we are proposing the revision of the key constructs of evidence, context and facilitation and suggesting the addition of a new construct termed 'recipient'. The original PARIHS framework was expressed as a simple equation (Table 2). Critics have rightly pointed out that we did not define what successful implementation meant [14, 15]. In our revised, i-PARIHS framework, successful implementation is primarily specified in terms of the achievement of implementation/project goals and results from the facilitation of an innovation with the recipients in their (local, organisational and health system) context (Table 2). The core constructs of the i-PARIHS framework are facilitation, innovation, recipients and context, with facilitation represented as the active element assessing, aligning and integrating the other three constructs. As illustrated, a number of other characteristics of successful implementation are proposed, reflecting the multi-dimensional nature of the constructs.

Table 1 Three implementation case studies

Implementation study	Innovation	Recipients	Context	Facilitation	Implementation outcomes
1. Improving the identification and management of chronic kidney disease (CKD) in primary care	<p>Starting point: existing data indicating prevalence levels of CKD in the local population were lower than would be expected</p> <p>National clinical guideline presenting evidence-based recommendations for identifying and managing CKD</p> <p>Stakeholder group convened to consider the evidence and the local population data; identified 2 targets for improvement</p>	<p>General practice teams recruited to participate in an improvement collaborative; each team required to have multi-disciplinary membership</p> <p>Sponsorship from senior leaders in the primary health care setting</p> <p>Some resistance encountered at a local level, e.g. from practice colleagues who did not recognise CKD as a priority, were uncomfortable disclosing to patients or did not feel sufficiently involved</p>	<p>Practices were working to a pay-for-performance system; CKD was part of this system; hence, there was an incentive to improve</p> <p>Wider changes occurring in relation to the organisation and management of general practice</p>	<p>Facilitation teams set up, comprising a mix of internal and external novice, experienced/expert facilitators, supported by clinical leaders and project managers</p> <p>Facilitation methods used included collaborative learning events, local context assessment, Plan-Do-Study-Act (PDSA) cycles, audit and feedback, benchmarking of data and regular practice visits</p>	<p>Before and after study design</p> <p>Recorded prevalence of CKD increased by 1.2 % in 30 participating practices ($n = 1863$ additional patients with CKD identified) compared to a national increase of 0.2 %</p> <p>Management of blood pressure improved in line with national guidelines from 34 to 74 % (cohort 1) and 58 to 83 % (cohort 2) [21]</p>
2. Improving continence care in a nursing home setting	<p>Starting point: 4 evidence-based recommendations for practice identified from an international clinical guideline by the project stakeholder group</p> <p>Recommendations were discussed and reviewed by facilitators and a set of common audit criteria agreed</p>	<p>Facilitators were encouraged to establish improvement teams within the nursing home</p> <p>Some difficulties in convincing colleagues that improvements in continence of long-term residents was possible</p> <p>Input from continence nurse specialist</p> <p>Use of patient stories to highlight the need/potential for improvement</p> <p>Gate-keeper role of nursing home manager</p>	<p>Contextual challenges in a number of homes caused by change of management and reorganisation</p> <p>Culture of managing incontinence rather than promoting continence</p> <p>Positive impact of external inspection/accreditation</p>	<p>Internal novice facilitators trained and supported by external expert facilitators</p> <p>Internal facilitators encouraged to partner with a buddy—some did and others did not</p> <p>Majority of external support provided virtually</p> <p>Facilitation methods: joint training, monthly teleconference meetings, audit and feedback and PDSA cycles</p>	<p>Cluster RCT showed no difference between control and intervention wards on primary outcome measure of overall compliance to continence recommendations [11, 85] but significant improvements on a number of secondary outcomes and 1 of the 4 specific recommendations</p> <p>Internal evaluation demonstrated variable achievement of key audit targets by participating sites [45]</p>
3. Improving nutritional care of older adults in an acute care setting	<p>Starting point: evidence review to identify three interventions to be implemented as part of the project</p> <p>Combined the three interventions (nutritional screening, nutritional supplements and red tray system) into an improvement bundle</p>	<p>Organisation wide approach adopted, with senior leadership support and communication strategy in place</p> <p>Dietitians previously tried to introduce improvements but unable to secure buy-in</p> <p>Formed part of an inter-disciplinary team in this project with involvement of other clinical colleagues and other departments such as catering and supplies</p>	<p>Contextual issues to be negotiated at an organisational level related to the infrastructure and resources required to enable implementation, e.g. providing fridges at ward level, financing the purchase of nutritional supplements, issues of supply and stock management</p>	<p>Experienced internal facilitators supported by external expert facilitators</p> <p>Internal facilitators recruited ward level clinical champions to work with them</p> <p>Facilitation methods: staff information and education programmes, audit and feedback</p>	<p>Stepped wedge RCT [86] demonstrated no difference in weight loss after 1 week between intervention and control wards</p> <p>Improvement noted on key audit measures relating to nutritional screening, provision of nutritional supplements and use of red trays for patients requiring assistance with feeding [46]</p>

Table 2 From PARIHS to i-PARIHS (adapted from [16])

'Successful implementation' in the original PARIHS framework	'Successful implementation' in the revised i-PARIHS framework
$SI = f(E, C, F)$ SI = successful implementation f = function (of) E = evidence C = context F = facilitation	$SI = Fac^n(I + R + C)$ SI = successful implementation Achievement of agreed implementation/project goals The uptake and embedding of the innovation in practice Individuals, teams and stakeholders are engaged, motivated and 'own' the innovation Variation related to context is minimised across implementation settings Fac ⁿ = facilitation I = innovation R = recipients (individual and collective) C = context (inner and outer)

The innovation construct

The original PARIHS construct of evidence adopted a broad view of evidence, comprising information from research, alongside clinical, patient and local experience [6]. In i-PARIHS, we have further extended the construct to embrace a more explicit view of how the characteristics of knowledge affect its migration and uptake in different settings. This includes the more emergent, inductive ways in which evidence is generated from practice as, for example, within practice development initiatives in nursing and healthcare [27–29]. Our proposition is that people rarely take evidence in the original form of a systematic review or clinical guideline and directly apply it within an implementation project rather they incorporate evidence in a number of different ways, which typically involves adapting the original evidence in some way to suit their particular situation, a process described by some as 'tinkering' [30] whereby explicit knowledge is blended with tacit, practice-based knowledge.

This is clearly apparent in one of the cases we draw on in this paper, namely a project to improve the identification and management of chronic kidney disease (CKD) in a healthcare region in England [21, 31]. Aware of the potential to improve CKD, the team leading the project accessed a recently produced national clinical guideline on the identification and management of CKD in primary care [32]. However, rather than setting out to 'implement the guideline', a number of prior processes were put in place. Firstly, a local stakeholder group comprising patient representatives, clinicians from acute and primary care, researchers and managers was established to consider the evidence and agree on the priorities at a local level. This involved taking into consideration existing policies and practice at the local level, including the CKD related measures in the national pay-for-performance system in primary care and the local rates of achievement on these indicators. From the stakeholder deliberations, a decision was made to distil the evidence from the guideline into two overarching aims related to improving the identification of CKD patients within a practice population and, once identified and on a practice

register, to improve the management of patient blood pressure to evidence-based targets.

This process of aligning external explicit evidence with local priorities and practice is an important way of enhancing the compatibility of a proposed change, as recognised in the innovation literature [33–35]. For these reasons, we have re-labelled the construct 'innovation', incorporating Rogers' seminal work on the diffusion of innovations [33, 34] and other key studies on the nature of innovation within and outside healthcare [35, 36]. We argue that evidence is one type of knowledge and (new) knowledge is the substance that needs to be introduced in order to generate change and improvement. The characteristic of the knowledge creates a set of conditions that make it more or less likely to be recognised and applied. This phenomenon is well described in Roger's Diffusion of Innovations Theory [33, 34], for example, in terms of the likely fit of the new knowledge with existing practice, the relative advantage it presents and potential trialability. We are therefore proposing 'innovation' as a central construct within the i-PARIHS framework but with an explicit focus on sourcing and applying available research evidence to inform the innovation. Table 3 summarises the main characteristics of the innovation to be considered in implementation.

The recipient construct

This is a new construct, added in response to consistent feedback that insufficient attention had been paid in the original framework to the actors involved in implementation. Although reviews and empirical studies applying PARIHS have emphasised the importance of the individual on implementation processes and outcomes [12], we are proposing recipients as a construct that encompasses the people who are affected by and influence implementation at both the individual and collective team level. This extension enables the i-PARIHS framework to consider the impact individuals and teams have in supporting or resisting an innovation. We have elected to consider recipients at both an individual and collective level as alongside research highlighting the importance

Table 3 Characteristics of the innovation, recipients and context to be considered within the i-PARIHS framework

Innovation	Recipients	Context
Underlying knowledge sources	Motivation	Local level:
Clarity	Values and beliefs	Formal and informal leadership support
Degree of fit with existing practice and values (compatibility or contestability)	Goals	Culture
Usability	Skills and knowledge	Past experience of innovation and change
Relative advantage	Time, resources, support	Mechanisms for embedding change
Trialability	Local opinion leaders	Evaluation and feedback processes
Observable results	Collaboration and teamwork	Learning environment
	Existing networks	Organisational level:
	Power and authority	Organisational priorities
	Presence of boundaries	Senior leadership and management support
		Culture
		Structure and systems
		History of innovation and change
		Absorptive capacity
		Learning networks
		External health system level:
		Policy drivers and priorities
		Incentives and mandates
		Regulatory frameworks
		Environmental (in)stability
		Inter-organisational networks and relationships

of individuals in supporting or resisting change [12, 37]; there is good evidence to suggest that groups or teams of individuals have an important role in determining the uptake of new knowledge in practice. This is particularly evident in studies that have been undertaken on communities of practice and the notion of collective ‘mind-lines’ influencing the uptake (or not) of evidence in practice [38–40].

The CKD case study illustrates one way in which actors at the local level can influence the course of implementation, as one of the challenges encountered was whether practice staff perceived value in ‘labelling’ patients with CKD. This was particularly the case for older patients as some General Practitioners (GPs) and practice nurses viewed declining renal function as a natural part of ageing and believed that disclosing a diagnosis of CKD could cause unnecessary anxiety in patients. By adopting this approach, opportunities to improve self-management and overall management of cardiovascular disease and to address the issue of increased susceptibility to acute kidney injury were potentially missed [41].

A second case study which elucidated the key role of recipients focused on the implementation of evidence-based recommendations for the management of continence in a nursing home setting [42]. Focusing on goals to improve the assessment and attainment of continence amongst residents, a key area was addressing care staffs’ strongly held views as to whether such goals were achievable, particularly where residents had been managed as ‘incontinent’ over prolonged periods of time. This required a significant amount of effort to change the mindset amongst nursing home staff about achieving continence. Various strategies were helpful in this regard, including input, support and practical guidance

from a continence nurse specialist. In one nursing home, the staff responsible for facilitating implementation collected stories from residents about their experience of living with incontinence, which provided a very powerful motivational tool to convince their colleagues of the need to change.

As these examples illustrate, the people involved in implementation, including their views, beliefs and established ways of practice, can significantly affect the ease of introducing an innovation or change. A wide range of stakeholders potentially fit into the construct we have labelled ‘recipients’ including patients and clients, clinical staff and managers. It is also apparent that the relationship between the innovation and the recipients is in many ways an inter-dependent one. Given this set of circumstances, part of the facilitator’s role at the recipient level involves assessing the actual and potential boundaries that exist and the ways in which these barriers might exert an influence during implementation [43]. Table 3 identifies the main characteristics of the recipients at the individual and collective level.

The context construct

Context remains a core construct within i-PARIHS but with a wider focus on the different layers of context, from the micro through the meso and macro levels, that can act to enable or constrain implementation. In the PARIHS framework, we defined context in terms of resources, culture, leadership and orientation to evaluation and learning; however, we did not delineate between the immediate local context and the wider organisational context. Furthermore, we did not explicitly consider the impact that the wider health system—the external context—could have on implementation processes and

outcomes. These meso and macro level contextual factors have been recognised as important considerations, for example, in other implementation frameworks such as the Consolidated Framework for Implementation Research [44] and in reviews of models and theories of implementation [19]. We have also observed their influence in our own empirical research. For example, in the case study on promoting continence, in some of the countries studied, a focus on continence formed part of the external accreditation system for nursing homes. This created a driver for introducing changes to improve the management of continence at a local level [45]. Similarly in the case study of CKD, the presence of CKD indicators in the pay-for-performance system in primary care created an incentive for improvement [21].

In a third case study that focused on the prevention and reduction of weight loss amongst older patients in an acute hospital setting, a number of contextual factors were important, particularly at the organisational level [46]. The implementation project introduced three evidence-informed interventions, one of which was the provision of oral nutritional supplements for older patients at risk of malnutrition. However, the reality of making these supplements available at the point of care delivery required the agreement of financial support to make the supplements, and the fridges to store them in, available in the ward setting. Furthermore, negotiations with the stocks department were needed to address the issue of stock supply and management. These are typical of the sort of organisational context issues that have to be considered within the process of implementation.

Consequently, in the i-PARIHS framework, we have made a distinction between the layers of inner and outer context, where inner context includes both the immediate local setting, whether a ward, unit, hospital department or primary care team, and the organisation within which this unit or team is embedded. Outer context refers to the wider health system in which the organisation is based and reflects the policy, social, regulatory and political infrastructures surrounding the local context. Table 3 illustrates the differentiation of inner and outer context at the micro, meso and macro levels.

The facilitation construct

As with the original PARIHS framework, facilitation remains a core construct. However, we emphasise facilitation as the active ingredient within i-PARIHS by positioning it differently to the other main constructs of innovation, recipients and (inner and outer) context (Table 2). We propose that facilitation is the construct that activates implementation through assessing and responding to characteristics of the innovation and the recipients (both as individuals and in teams) within their contextual setting. This requires a role (the facilitator)

and a set of strategies and actions (the facilitation process) to enable implementation. The i-PARIHS framework therefore locates the success or otherwise of implementation upon the ability of the facilitator and the facilitation process to enable recipients within their particular context to adopt and apply the innovation by tailoring their intervention appropriately.

We have adopted this position for a number of reasons, both experientially and empirically based. Tracing the history of facilitation as a concept in healthcare [5], there is a tradition of applying facilitator roles to support the implementation of changes in practice. From the introduction of facilitators to promote primary care prevention programmes in the 1980s [47], the use of facilitators in primary care has become commonplace, particularly supporting the implementation of change through quality improvement methods [48–51]. A 2012 systematic review of practice facilitation in primary care concluded that practices supported by a facilitator were 2.76 times more likely to adopt evidence-based clinical guidelines [52]. Within the 23 studies reviewed, facilitators employed a number of different facilitation strategies, in particular audit and feedback (used in 100 per cent of studies) and interactive consensus building and goal setting (91 per cent use), alongside reminders, tailoring to context and quality improvement tools such as Plan-Do-Study-Act (PDSA) cycles. This concurs with our own experiences of applying facilitation to support the development of standards, audit and quality improvement in nursing and health care [53, 54]. More recently, the use of facilitation has been evaluated in a number of other settings. For example, the NeoKIP (Neonatal Knowledge into Practice) trial evaluated the effectiveness of facilitation as a knowledge translation intervention for improved neonatal health and survival [55]. Using lay members of the community who received training in facilitation techniques such as PDSA and group consensus building, the study demonstrated a reduced neonatal mortality of 49 % in the third year of the intervention [56]. In the United States Veterans Health Administration, a number of studies have demonstrated the benefits of using facilitation to support the implementation of evidence into clinical practice (for example [57, 58]), whilst in the UK, facilitators have been employed to support the implementation of evidence-based vascular care [20, 21], as described in the CKD case study.

To fulfil the role effectively, facilitators have to be able to function in a flexible and responsive way to tailor their approach to the particular issue, setting and people involved; hence, our proposition that facilitation comprises the active element of implementation. However, as the case studies in Table 1 illustrate, evidence from effectiveness studies of facilitation is mixed. This likely

reflects the fact that facilitation itself is a complex intervention, involving one or more individuals in the role of facilitator, applying a combination of improvement and team-focused strategies to enable and support change. In some cases, facilitators are internal to the implementation setting; in others, they are external and sometimes a combination of internal and external facilitators is used. Studies that report process evaluation alongside effectiveness data demonstrate the importance of having the right individuals in the role with the right level of skills, knowledge, support and mentoring [59, 60]. This highlights the need to consider issues of facilitator recruitment, selection, preparation and development when designing and conducting implementation studies that employ facilitation as an intervention. These are issues that we have taken into consideration in our proposed operationalisation of facilitation within i-PARIHS.

How the i-PARIHS framework is actioned

A consistent criticism of the original PARIHS framework was that it was difficult to operationalise [15]. In developing the i-PARIHS framework, we have used ongoing empirical research from our own and other teams' application, development and evaluation of PARIHS to present a practical model of facilitation (see for example [11, 21, 22, 45, 55, 61]). This has led to the development of a preliminary Facilitator's Toolkit utilising quality improvement and audit and feedback methods and also a more structured approach to the identification, training and development of facilitators within and across systems [62, 63]. (For a more detailed description of the facilitation model and toolkit, see [63]). Specifically, we are proposing a facilitation pathway from beginner or novice facilitator to experienced and expert facilitator, assuming different roles in the process of implementing and researching the implementation of new knowledge into practice [62].

Positioned as the active ingredient, facilitation is undertaken by one or more trained facilitators, who help to navigate individuals and teams through the complex change processes involved and the contextual challenges encountered. Facilitators can either be internal to the system, external to it or a combination of both, as the three case study examples illustrate, with a mix of internal-external and novice-experienced-expert combinations. This reinforces that there is not a single right way to apply facilitator roles; however, there are clear benefits in mechanisms that provide support and mentoring to new or less experienced facilitators. In case 1, this was achieved through having teams of novice and experienced facilitators working together and by bringing in novice internal facilitators to build local capacity for facilitating implementation. In case 3, facilitator pairs were formed to role model inter-disciplinary working

and provide mutual support, supplemented by support from external, expert facilitators in the co-located university. In all three cases, the methods employed by facilitators typically involved improvement approaches such as Plan-Do-Study-Act cycles and audit and feedback, underpinned by project management. This helped to address key issues such as establishing clear goals, demonstrating the potential for improvement, providing regular feedback and trialing changes on a small-scale—all important factors in terms of securing and maintaining staff motivation and commitment.

The facilitator needs to have a sound understanding of the nature of the innovation being introduced (the focus and content of implementation), the individuals and teams that have to enact the change (the recipients) and the environment in which they work (the local, organisational and health system context). This essentially involves thinking about *what* is to be implemented, *who* with and *where*. Facilitation provides the *how* component of implementation.

In order to help the facilitator understand the dynamic nature of implementation, we have chosen to represent the i-PARIHS framework as a continuous spiral which starts with a focus on the innovation and the recipients, moving out to the different layers of context (inner context at local and organisational level and outer context at wider system and policy level). Figure 1 summarises what the facilitator looks at within each of these levels and also summarises the sort of activities they need to undertake; in other words, what they have to be able to do. This effectively involves progressing from a focus on the more specific, concrete aspects of implementation to addressing the contextual factors and barriers that are likely to influence the trajectory of the implementation journey. Our hypothesis is that the further out into the spiral the facilitator moves, the greater the level of experience and skill they will need. This in turn suggests that whilst novice facilitators may be able to support locally focused implementation projects (in terms of working with a local team to plan and undertake the project), they are likely to need the support of a more experienced facilitator to assess and negotiate some of the more challenging barriers or contextual factors they may encounter.

This leads us onto another important consideration about the need for facilitators to work within a supportive network, ideally mentored and supported by peers and more experienced colleagues, as is evident in the case study examples. Depending on the scale of the change being considered and how it is set up, there could be a team of facilitators, each supporting a number of units or areas. In some cases, a facilitator role may be combined with another role, such as a clinical

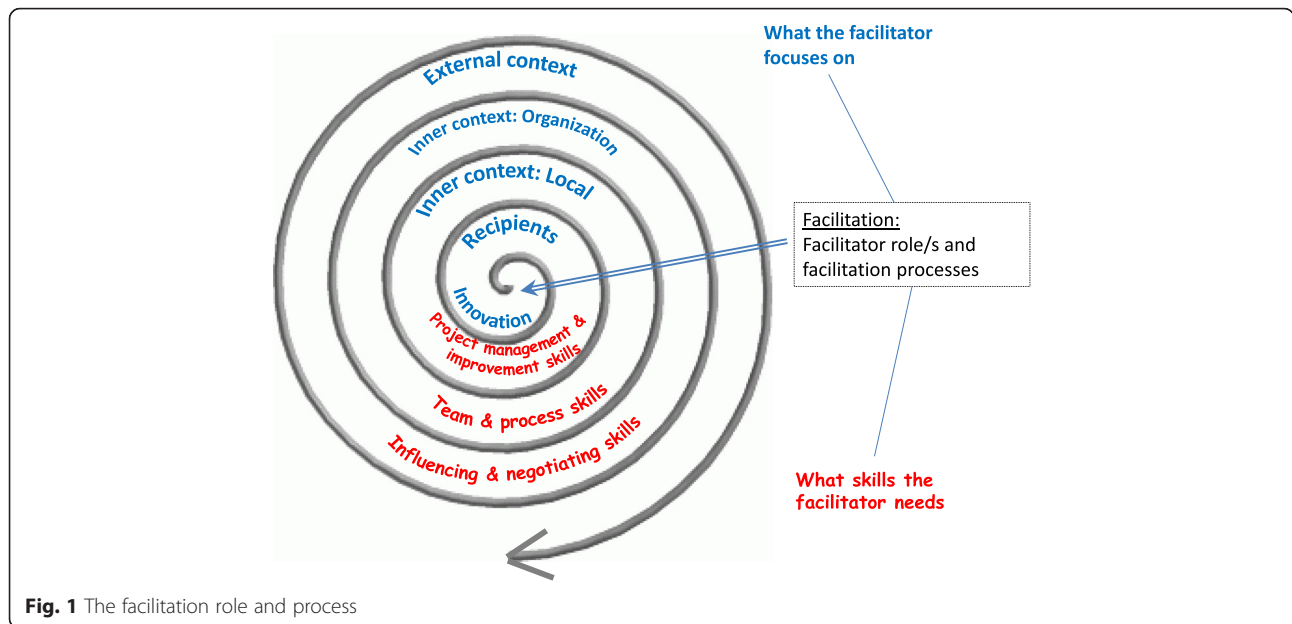


Fig. 1 The facilitation role and process

leader, quality improvement coordinator, knowledge broker or project manager. The specific title of ‘facilitator’ is not important. The crucial thing is that the individuals function as facilitators in that they actively use facilitation methods and processes to enable and optimise implementation. In some cases—and particularly where facilitation is part of another role—the facilitator may feel like a lone agent. However, given the scope and complexity of the role, this is not a desirable situation and can result in individual feelings of isolation and

being overwhelmed [62]. Whilst a formal infrastructure might not exist, the individuals concerned should be encouraged to seek opportunities for support and guidance, for example, by establishing a ‘buddy’ relationship with others in a similar role or identifying a more experienced facilitator to mentor them. Organisations committed to knowledge translation and implementing innovations in healthcare ought to reflect on the infrastructure they have to enable facilitation capabilities and skills to flourish. **Otherwise, there is a danger of setting**

Table 4 Novice, experienced and expert facilitators (adapted from [62])

Experience	Focus of facilitation
Novice facilitator	Working under the supervision of an experienced facilitator <i>Focus on:</i> What an innovation is; what evidence informs the innovation and how to assess and apply it Readiness to change at a local level What motivates individuals and teams and how teams work effectively What context is; what impact context has on implementation at a local and organisational level Identifying and engaging key stakeholders Planning, implementing, measuring and embedding change
Experienced facilitator	Working under the supervision of an expert facilitator <i>Focus on:</i> In depth understanding and knowledge of the organisation or organisations they are working with Awareness of competing tensions and how to manage these in relation to implementing innovation and change In depth understanding of individual and team motivation, team dynamics and productivity Experienced and knowledgeable in local context evaluation Able to assess system-wide activities and influence actions Aware of wider contextual issues and confident in terms of negotiating boundaries and political tensions
Expert facilitator	Expert facilitator operating as a guide and mentor to other facilitators <i>Focus on:</i> Coordinating and supporting networks of experienced and novice facilitators Working with health systems to improve implementation success Working across academic, service and other organisational boundaries to integrate facilitation and research activity Developing and testing theories of implementation, innovation and facilitation Evaluating implementation and facilitation interventions to generate newer knowledge Refining and improving learning materials and mentoring processes Running workshops and advanced master classes on facilitation approaches

people up to fail without the requisite level of preparation, skills and support. Table 4 summarises the main descriptors of novice, experienced and expert facilitators.

A final point in relation to the facilitation construct within i-PARIHS is that in presenting our description of facilitation and outlining the key ingredients within the facilitator's skill repertoire, there may be a suggestion that the process is logical and sequential. The reality, however, is very different; the interrelationship between the innovation, the recipients and the multiple layers of contexts is often unpredictable, fluid and iterative. Experienced facilitators learn how to manage this uncertainty and keep individuals and teams on track.

(Note: Additional file 1 provides a more detailed illustration of the facilitator's focus and activities at the level of the innovation, the recipients and the multiple layers of context; Additional file 2 outlines a set of reflective questions that facilitators can use to think about key issues within the different dimensions of implementation.)

The underpinning theoretical antecedents of the i-PARIHS framework

Another criticism of PARIHS was the lack of detail around its theoretical foundations. Unlike other frameworks such as the Knowledge-to-Action (K2A) Framework [64] and the Theoretical Domains Framework [65], which identify with a particular theoretical perspective to explain implementation (planned change and behavioural change, respectively), PARIHS claimed an eclectic provenance of relevant theories and philosophical perspectives [1]. In our deliberations with i-PARIHS, we have continued with the theoretical eclecticism but have tried to present it in a more coherent way [16]. The reason for doing this is twofold: first, it helps the facilitator to understand the theoretical antecedents of the issues they are dealing with, and second, it helps research and evaluation teams to create a theoretical framework around one or more particular aspects of the implementation process they wish to explore in greater detail. Our identification of relevant theories is necessarily selective; however, we have sought to identify those theories that reflect the core constructs of innovation, recipients, context and facilitation and that are consistent with our overarching view of implementation as iterative, negotiated and relational. Thus, if a facilitator or a research team studying implementation was interested in understanding what aspects of the evidence influenced its uptake and use, the i-PARIHS framework would point them in the direction of theories around experiential learning [66], situated learning [67], evidence-based practice [68] and innovation [34, 36, 69]. This would provide insights into the means by which knowledge is

acquired, interpreted and applied in a way that is consistent with the i-PARIHS framework; in turn, it would also provide a theoretical perspective that could inform or explain the innovation and its impact.

For a facilitator thinking about how to work with individuals and groups, the i-PARIHS framework again points them towards a number of different theories. These include theories of innovation, reflecting the inter-connection between an innovation and the people who have to use it. For example, Rogers highlighted the importance of understanding different groups within the intended audience for innovation and how they are likely to react, as well as making use of peer-to-peer conversations and credible, trusted teachers and leaders to bring people on board with the change [33, 34]. Issues relating to adopter characteristics are also reflected in the Theoretical Domains Framework [65, 70] where motivation is considered alongside factors such as role and identity, goals, behavioural regulation, beliefs and capabilities and consequences. Weiner's theory of organisational readiness to change [71] proposes that readiness depends on collective behaviour change linked to two key factors, described as change commitment (wanting to change) and change efficacy (able to change). Insights into these types of theories help to inform the way that facilitators structure their interventions to achieve the behavioural change that is required for successful implementation. Equally, they provide research and evaluation teams with a set of parameters to frame studies of implementing evidence-based innovation in practice.

Theories that inform our views about the context of implementation are rich and varied, particularly focusing on issues of organisational complexity and how organisations learn and use new knowledge. Again this is consistent with the multi-dimensional perspective of implementation that the i-PARIHS framework adopts and embedded beliefs about reflective and responsive learning. Included in this mix are theories related to complexity [72, 73], absorptive capacity [74] and learning organisations [75] as well as theories related to leadership and organisational culture [76]. Other theories relate to how innovation and change can be sustained in a system. Again, there are a number of theories that attempt to explain this phenomenon. One that has been applied in healthcare is normalisation process theory [77, 78], which acknowledges the interaction of actors (recipients) within their context and proposes four constructs titled coherence, cognitive participation, collective action and reflexive monitoring as the generative mechanisms required to routinely embed innovations. A further set of theories relevant to the study of context are economic and political theories that govern the external environment, including theories of regulation, market economy, financial incentives and contracting [79].

From this brief overview of theories, a number of common themes are apparent which reinforce the complex, dynamic and non-linear nature of implementation and emphasise the importance of experiential learning at the level of individuals, teams and organisations. What is also apparent is the relationship between aspects of the innovation, the recipients and the context. Table 5 summarises the key themes that emerge from theories relating to the ‘what’, ‘who’ and ‘where’ of implementation and resultant implications for the ‘how’ issues of implementation.

The final groups of theories informing the i-PARIHS framework are those that inform our views about facilitation. As Table 5 illustrates, the themes identified from our theoretical analysis have important implications for ‘how’ the process of implementation is approached. Our position is that the concept of facilitation, with its emphasis on enabling others to act, is an ideal way in which to embrace processes that recognise and adapt to the dynamic and situation-specific nature of implementation, with an emphasis on building relationships, learning and flexibility. As others have noted, there is still more work to do on clarifying the concept of facilitation [80, 81]. The theories that have particularly influenced our approach to facilitation include those of humanist authors such as Carl Rogers [82] and John Heron [83]. Fundamentally, this theoretical perspective on facilitation emphasises the importance of enabling others, as opposed to telling, teaching, persuading or coercing them to act.

We also draw on improvement theories that promote local engagement and ownership of the process of implementing improvement, particularly in thinking about how facilitators enact their role in practice. Most notable amongst these improvement theories is Deming’s system of profound knowledge for improvement, with its focus on understanding systems, processes, experiential learning and human interaction [84].

Where next?

Our analysis of a range of theoretical, empirical and experiential evidence gives us initial confidence in the revisions proposed in the i-PARIHS framework. However, just as PARIHS has evolved over time, so too we recognise the need for ongoing development and evaluation of i-PARIHS. Our aim in presenting the framework at this point is to open up further discussion and debate. Some specific issues that we would suggest merit further consideration include the re-conceptualisation of the core constructs. From the discussion in the paper, we have tried to delineate the boundaries between the constructs of innovation, recipients and context; yet we know that, depending on the situation, there may be overlap between them thus any attempt to distinguish them may be imperfect and open for debate. From a pragmatic perspective, we have attempted to reflect the inter-connection of the constructs in the spiral representation of i-PARIHS yet at the same time provide practical guidance to those involved in implementation.

Table 5 Theoretical Antecedents of i-PARIHS (adapted from [16])

Focus of implementation	Themes identified from theoretical analysis	Indicative references
WHAT is being implemented: characteristics of the evidence, knowledge or innovation	Broad definitions of evidence, linked to wider literature on innovation and knowledge generation and application Embedded and emergent; influence and contribution of tacit knowledge Importance of experiential and situated learning Value of co-production	Rycroft-Malone et al. [6] Kolb [66] Lave and Wenger [67] Rogers [33, 34] Van de Ven et al. [36, 69] Greenhalgh et al. [35]
WHO is being targeted: characteristics of the target groups for implementation	Recognition of ‘want to’ and ‘can do’ factors (motivation and capability/capacity) Importance of collectivity and learning within communities Different responses to innovation and change Different learning styles Existence of boundaries between different groups/communities Increasingly complex boundaries as innovation increases in novelty Influence of social networks	Rogers [33, 34] Weiner [71] Michie et al. [70] Cane et al. [65] Wenger [87] Gabbay et al. [39, 88] Carlile [89]
WHERE: characteristics of the setting in which implementation takes place	Organisations as complex, adaptive systems Emphasis on learning at the individual, team and organisational level Influence of culture and mental models Influence of prior knowledge and experience Importance of collaboration, coordination and networks for knowledge exchange	Plsek and Greenhalgh [72] Argyris and Schon [90] Senge [75] Schein [76] Grol et al. [79] Harvey et al. [74]
HOW: implications for the process of implementation	Distributed learning – through teams and networks Importance of flexibility and adaptability Tailoring approaches to different needs and responses Reflective learning Credible and trusted leaders and teachers Distributed/shared leadership Building relationships Understanding and communicating practices	Rogers [82] May and Finch [77] Heron [83] Deming [84] McKee et al. [91]

Whether this is a helpful distinction will depend on feedback from future users of the framework. Likewise, we recognise that the labelling of the construct ‘recipients’ may present a rather passive role for the actors involved in implementation. A more active descriptor may be appropriate, particularly to reflect the role of stakeholders—and most importantly patients and clients—in shaping the innovation and implementation process.

We have addressed some of the challenges set out in the 2008 paper in *Implementation Science*, notably the need for more theoretical work on PARIHS and more detail on how to operationalise the framework [1]. Clearly, future work is required to test and refine the proposed i-PARIHS framework as both a diagnostic and evaluative tool within implementation practice and implementation research, particularly through prospective implementation studies. Within such studies, it will be important to adopt research and evaluation designs that allow in-depth investigation of the core constructs. The inter-play between constructs that influence implementation is generally poorly understood, not least due to the problems of boundary delineation mentioned above; as such, there is a need for more in-depth longitudinal studies which examine the dynamics of the innovation, the actors involved, the context and the proposed model of facilitation. This in turn, will inform the ongoing development and refinement of instruments to be used in conjunction with i-PARIHS and its core constructs. In parallel, ongoing work to map, apply and evaluate the theoretical antecedents of the framework is warranted, particularly to further clarify and then evaluate the effectiveness of facilitators and facilitation as an intervention for knowledge translation.

Conclusions

The PARIHS conceptual framework was developed in an attempt to represent the dynamic and multi-faceted nature of implementation in healthcare. The framework has been widely applied, tested, reviewed and refined. Drawing on evidence from our own and others’ experiences of applying and evaluating PARIHS, this paper presents a revised version of the framework, described as the integrated-PARIHS or i-PARIHS framework. This reflects the work that has been undertaken to explicitly integrate the conceptual framework with supporting theories and an operational model of facilitation. The revised i-PARIHS framework positions facilitation as the active ingredient of implementation, assessing and aligning the innovation to be implemented with the intended recipients in their local, organisational and wider system context. Facilitation is operationalised through a network of novice, experienced and expert facilitators applying a range of enabling skills and improvement strategies to structure the implementation process, engage and

manage relationships between key stakeholders and identify and negotiate barriers to implementation within the contextual setting. We are presenting the revised framework for consideration and debate within the wider implementation science community, recognising that future work is needed to test its utility, applicability and content and construct validity.

Additional files

Additional file 1: Detailed illustration of the facilitator’s focus and activity at the level of the innovation, the recipients and the inner and outer context. This figure provides further information on specific issues the facilitator may need to consider when planning for implementation. (PPTX 276 kb)

Additional file 2: Reflective questions that facilitators can use to think about key issues within the different dimensions of implementation. This file presents a tool for self-assessment that facilitators can use to consider their own strengths and areas for development in supporting implementation. (PDF 205 kb)

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Authors’ contributions

GH and AK contributed equally to the development, writing and final approval of the manuscript.

Author details

¹School of Nursing, University of Adelaide, Adelaide, SA 5005, Australia.

²Alliance Manchester Business School, University of Manchester, Manchester, UK.

³Associate Fellow, Green Templeton College, University of Oxford, Oxford, UK.

Received: 15 October 2015 Accepted: 28 March 2016

Published online: 10 March 2016

References

1. Kitson A, Rycroft-Malone J, Harvey G, McCormack B, Seers K, Titchen A. Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: theoretical and practical challenges. *Implement Sci*. 2008;3:1.
2. Kitson A, Harvey G, McCormack B. Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *Qual Health Care*. 1998;7:149–59.
3. Rycroft-Malone J, Kitson A, Harvey G, McCormack B, Seers K, Titchen A, et al. Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. *Qual Saf Health Care*. 2002;11:174–80.
4. McCormack B, Kitson A, Harvey G, Rycroft-Malone J, Titchen A, Seers K. Getting evidence into practice: the meaning of ‘context’. *J Adv Nurs*. 2002;38(1):94–104.
5. Harvey G, Loftus-Hills A, Rycroft-Malone J, Titchen A, Kitson A, McCormack B, et al. Getting evidence into practice: the role and function of facilitation. *J Adv Nurs*. 2002;37(6):577–88.
6. Rycroft-Malone J, Seers K, Titchen A, Harvey G, Kitson A, McCormack B. What counts as evidence in evidence-based practice? *J Adv Nurs*. 2004;47:81–90.
7. Rycroft-Malone J, Harvey G, Seers K, Kitson A, McCormack B, Titchen A. An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. *J Clin Nurs*. 2004;13:913–24.
8. Estabrooks C, Squires J, Cummings G, Birdsell J, Norton P. Development and assessment of the Alberta Context Tool. *BMC Health Serv Res*. 2009;9(1):234.
9. McCormack B, McCarthy G, Wright J, Coffey A. Development and Testing of the Context Assessment Index (CAI). *Worldviews Evid Based Nurs*. 2009;6(1):27–35. doi:10.1111/j.1741-6787.2008.00130.x.
10. Helfrich C, Li Y, Sharp N, Sales A. Organizational readiness to change assessment (ORCA): development of an instrument based on the Promoting Action on Research in Health Services (PARIHS) framework. *Implement Sci*. 2009;4:38. doi:10.1186/1748-5908-4-38.

11. Seers K, Cox K, Crichton N, Edwards R, Eldh A, Estabrooks C, et al. FIRE (facilitating implementation of research evidence): a study protocol. *Implement Sci.* 2012;7(1):25.
12. Rycroft-Malone J, Seers K, Chandler J, Hawkes C, Crichton N, Allen C, et al. The role of evidence, context, and facilitation in an implementation trial: implications for the development of the PARIHS framework. *Implement Sci.* 2013;8(1):28.
13. Kitson A, Marconi D, Page T, Wiechula R, Zeitz K, Silverston H. Using knowledge translation to transform the fundamentals of care: the older person and improving care project. In: Lyons RF, editor. *Using evidence: advances and debates in bridging health research and action*. Halifax, Canada: Atlantic Health Promotion Research Centre, Dalhousie University; 2010. p. 61–71.
14. Helfrich C, Damschroder L, Hagedorn H, Daggett G, Sahay A, Ritchie M, et al. A critical synthesis of literature on the promoting action on research implementation in health services (PARIHS) framework. *Implement Sci.* 2010;5:82.
15. Stetler C, Damschroder L, Helfrich C, Hagedorn H. A Guide for applying a revised version of the PARIHS framework for implementation. *Implement Sci.* 2011;6(1):99.
16. Harvey G, Kitson A. PARIHS re-visited: introducing i-PARIHS. In: Harvey G, Kitson A, editors. *Implementing evidence-based practice in health care: a facilitation guide*. Abingdon, Oxon: Routledge; 2015. p. 25–46.
17. Rycroft-Malone J, Seers K, Crichton N, Chandler J, Hawkes C, Allen C, et al. A pragmatic cluster randomised trial evaluating three implementation interventions. *Implement Sci.* 2012;7(1):80.
18. Tabak RG, Khoong EC, Chambers DA, Brownson RC. Bridging research and practice. *Am J Prev Med.* 2012;43(3):337–50.
19. Flottorp S, Oxman A, Krause J, Musila N, Wensing M, Godycki-Cwirko M, et al. A checklist for identifying determinants of practice: a systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implement Sci.* 2013;8(1):35.
20. Harvey G, Fitzgerald L, Fielden S, McBride A, Waterman H, Bamford D, et al. The NIHR collaboration for leadership in applied health research and care (CLAHRC) for Greater Manchester: combining empirical, theoretical and experiential evidence to design and evaluate a large-scale implementation strategy. *Implement Sci.* 2011;6(1):96.
21. Harvey G, Oliver K, Humphreys J, Rothwell K, Hegarty J. Improving the identification and management of chronic kidney disease in primary care: lessons from a staged improvement collaborative. *Int J Qual Health Care.* 2015;27(1):10–6.
22. Kitson A, Wiechula R, Zeitz K, Marconi D, Page T, Silverston H. *Improving older peoples' care in one acute hospital setting: a realist evaluation of a KT intervention*. Adelaide: University of Adelaide; 2011.
23. Eccles M, Grimshaw J, Walker A, Johnston M, Pitts N. Changing the behavior of healthcare professionals: the use of theory in promoting the uptake of research findings. *J Clin Epidemiol.* 2005;58(2):107–12.
24. Estabrooks CA, Thompson DS, Lovely JJ, Hofmeyer A. A guide to knowledge translation theory. *J Contin Educ Health Prof.* 2006;26(1):25–36.
25. Rycroft-Malone J. Theory and knowledge translation: setting some coordinates. *Nurs Res.* 2007;56(4):578–85.
26. McCormack B, Manley K, Titchen A. *Practice development in nursing and healthcare*. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2013.
27. Kitson A, Ahmed LB, Harvey G, Seers K, Thompson DR. From research to practice: one organizational model for promoting research-based practice. *J Adv Nurs.* 1996;23(3):430–40.
28. McCormack B, Manley K, Kitson A, Titchen A, Harvey G. Towards practice development: a vision in reality or a reality without vision? *J Nurs Manag.* 1999;7(5):255–64.
29. Gibb H. An environmental scan of an aged care workplace using the PARIHS model: assessing preparedness for change. *J Nurs Manag.* 2013;21(2):293–303.
30. Hargreaves D. *Creative professionalism: the role of teachers in the knowledge society*. London: Demos; 1998.
31. Humphreys J, Harvey G, Coleiro M, Butler B, Barclay A, Gwozdziejewicz M, et al. A collaborative project to improve identification and management of patients with chronic kidney disease in a primary care setting in Greater Manchester. *BMJ Qual Saf.* 2012;21(8):700–8.
32. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Chronic kidney disease: national clinical guideline for early identification and management in adults in primary and secondary care*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008.
33. Rogers EM. *Diffusion of innovations*. 4th ed. New York: The Free Press; 1995.
34. Rogers EM. *Diffusion of innovations*. 5th ed. New York: Free Press; 2003.
35. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. *Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations*. *Milbank Q.* 2004;82(4):581–629.
36. Van de Ven AH, Pollet D, Garud R, Venkataraman S. *The innovation journey*. New York: Oxford University Press; 1999.
37. Flodgren G, Parmelli E, Doumit G, Gattellari M, O'Brien MA, Grimshaw J et al. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Aug 10;(8):CD000125.
38. Kislov R, Harvey G, Walshe K. Collaborations for leadership in applied health research and care: lessons from the theory of communities of practice. *Implement Sci.* 2011;6:64.
39. Gabbay J, May A. Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines?" Ethnographic study of knowledge management in primary care. *BMJ.* 2004;329:1013.
40. Wieringa S, Greenhalgh T. 10 years of mindlines: a systematic review and commentary. *Implement Sci.* 2015;10:45.
41. Blakeman T, Protheroe J, Chew-Graham C, Rogers A, Kennedy A. Understanding the management of early-stage chronic kidney disease in primary care: a qualitative study. *J Roy Coll Gen Pract.* 2012;62:e233–42.
42. Harvey G, Kitson A. A facilitation project to improve the management of continence in European nursing homes. In: Harvey G, Kitson A, editors. *Implementing evidence-based practice in healthcare: a facilitation guide*. Abingdon, Oxon: Routledge; 2015. p. 134–50.
43. Harvey G, Kitson A. Translating evidence into healthcare policy and practice: single versus multi-faceted implementation strategies—is there a simple answer to a complex question? *Int J Health Policy Manag.* 2015;4(3):123–6.
44. Damschroder L, Aron D, Keith R, Kirsh S, Alexander J, Lowery J. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci.* 2009;4:50.
45. Harvey G, Kitson A, Munn Z. Promoting continence in nursing homes in four European countries: the use of PACES as a mechanism for improving the uptake of evidence-based recommendations. *Int J Evid Based Healthc.* 2012;10(4):388–96.
46. Wiechula R, Shanks A, Schultz T, Whitaker N, Kitson A. Case study of the PROWL project - a whole-system implementation project involving nursing and dietetic lead facilitators. In: Harvey G, Kitson A, editors. *Implementing evidence-based practice in healthcare: a facilitation guide*. Abingdon, Oxon: Routledge; 2015. p. 169–84.
47. Fullard E, Fowler G, Gray M. Facilitating prevention in primary care. *BMJ.* 2004;289:1585–7.
48. Engels Y, van den Hombergh P, Mookink H, van den Hoogen H, van den Bosch W, Grol R. The effects of a team-based continuous quality improvement intervention on the management of primary care: a randomised controlled trial. *Brit J Gen Pract.* 2006;6:781–7.
49. Liddy C, Laferriere D, Baskerville B, Dahrouge S, Knox L, Hogg W. An overview of practice facilitation programs in Canada: current perspectives and future directions. *Healthc Policy.* 2013;8:58–67.
50. Nutting PA, Crabtree BF, Stewart EE, Miller WL, Palmer RF, Stange KC, Jaen CR. Effect of facilitation on practice outcomes in the National Demonstration Project model of the patient-centered medical home. *Ann Fam Med.* 2010;8 Suppl 1:S33–44.
51. Parchman M, Noel P, Culler S, Lanham H, Leykum L, Romero R, Palmer R. A randomized trial of practice facilitation to improve the delivery of chronic illness care in primary care: initial and sustained effects. *Implement Sci.* 2013;8:93.
52. Baskerville NB, Liddy C, Hogg W. Systematic review and meta-analysis of practice facilitation within primary care settings. *Ann Fam Med.* 2012;10:63–74.
53. Royal College of Nursing. *Quality patient care: the dynamic standard setting system*. Scutari: Harrow; 1990.
54. Morrell C, Harvey G. *The clinical audit handbook: improving the quality of health care*. London: Baillière Tindall; 1999.
55. Wallin L, Målqvist M, Nga NT, Eriksson L, Persson L-A, Hoa DP, Huy TQ, Duc DM, Ewald U. Implementing knowledge into practice for improved neonatal survival; a cluster-randomised, community-based trial in Quang Ninh province, Vietnam. *BMC Health Serv Res.* 2011;11(1):1–9.
56. Persson LA, Nga NT, Målqvist M, Thi Phuong Hoa D, Eriksson L, Wallin L, et al. Effect of facilitation of local maternal-and-newborn stakeholder groups on neonatal mortality: cluster-randomized controlled trial. *PLoS Med.* 2013;10(5):e1001445.

57. Stetler C, Legro M, Rycroft-Malone J, et al. Role of “external facilitation” in implementation of research findings: a qualitative evaluation of facilitation experiences in the Veterans Health Administration. *Implement Sci.* 2006;1:23.
58. Bidassie B, Williams LS, Woodward-Hagg H, Matthias MS, Damush TM. Key components of external facilitation in an acute stroke quality improvement collaborative in the Veterans Health Administration. *Implement Sci.* 2015;10:69.
59. Eriksson L, Huy TQ, Duc DM, Selling KE, Hoa DP, Thuy NT, Nga NT, Persson L-A, Wallin L. Process evaluation of a knowledge translation intervention using facilitation of local stakeholder groups to improve neonatal survival in the Quang Ninh province, Vietnam. *Trials.* 2016;17(1):1–12.
60. Ritchie MJ, Kirchner JE, Parker LE, Curran GM, Fortney JC, Pitcock JA, Bonner LM, Kilbourne AM. Evaluation of an implementation facilitation strategy for settings that experience significant implementation barriers. *Implement Sci.* 2015;10 Suppl 1:A46.
61. Wiechula R, Kitson A, Marcoionni D, Page T, Zeitz K, Silverston H. Improving the fundamentals of care for older people in the acute hospital setting: facilitating practice improvement using a Knowledge Translation Toolkit. *Int J Evid Based Healthc.* 2009;7(4):283–95.
62. Kitson A, Harvey G. Getting started with facilitation: the facilitator’s role. In: Harvey G, Kitson A, editors. *Implementing evidence-based practice in healthcare: a facilitation guide.* Abingdon, Oxon: Routledge; 2015. p. 70–84.
63. Kitson A, Harvey G. Facilitating an evidence-based innovation into practice: the novice facilitator’s role. In: Harvey G, Kitson A, editors. *Implementing evidence-based practice in healthcare: a facilitation guide.* Abingdon, Oxon: Routledge; 2015. p. 85–104.
64. Graham I, Tetroe JM. The Knowledge to Action Framework. In: Rycroft-Malone J, Bucknall T, editors. *Models and frameworks for implementing evidence-based practice: linking evidence to action.* Chichester, England: Wiley-Blackwell; 2010. p. 207–22.
65. Cane J, O’Connor D, Michie S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implement Sci.* 2012;7(1):37.
66. Kolb D. *Experiential learning: experience as the source of learning and development.* Prentice Hall: Englewood Cliffs, NJ; 1984.
67. Lave J, Wenger E. *Situated learning. Legitimate peripheral participation.* Cambridge: University of Cambridge Press; 1991.
68. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ.* 2014;348:g3725.
69. Van de Ven AH. *Engaged scholarship: a guide to organizational and social research.* Oxford: Oxford University Press; 2007.
70. Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker A. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *Qual Saf Health Care.* 2005;14(1):26–33.
71. Weiner B. A theory of organizational readiness for change. *Implement Sci.* 2009;4(1):67.
72. Plsek PE, Greenhalgh T. The challenge of complexity in health care. *BMJ.* 2001;323:625–8.
73. Downe S. Beyond evidence-based medicine: complexity and stories of maternity care. *J Eval Clin Pract.* 2010;16(1):232–7.
74. Harvey G, Jas P, Walshe K. Analysing organisational context: case studies on the contribution of absorptive capacity theory to understanding inter-organisational variation in performance improvement. *BMJ Qual Saf.* 2015;24(1):48–55.
75. Senge PM. *The fifth discipline: the art and practice of the learning organization.* New York: Doubleday; 1990.
76. Schein EH. *Organizational culture and leadership.* 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2004.
77. May C, Finch T. Implementation, embedding, and integration: an outline of Normalization Process Theory. *Sociology.* 2009;43(3):535–54.
78. May C, Mair F, Finch T, MacFarlane A, Dowrick C, Treweek S, et al. Development of a theory of implementation and integration: normalization Process Theory. *Implement Sci.* 2009;4(1):29.
79. Grol R, Bosch M, Hulscher M, Eccles M, Wensing M. Planning and studying improvement in patient care: the use of theoretical perspectives. *Milbank Q.* 2007;85(1):93–138.
80. Dogherty EJ, Harrison MB, Graham ID. Facilitation as a role and process in achieving evidence-based practice in nursing: a focused review of concept and meaning. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2010;7(2):76–89.
81. Berta W, Cranley L, Dearing JW, Dogherty EJ, Squires JE, Estabrooks CA. Why (we think) facilitation works: insights from organizational learning theory. *Implement Sci.* 2015;10(1):1–13.
82. Rogers CR. *Freedom to learn—a view of What Education Might Become.* Charles Merrill: Columbus, Ohio; 1969.
83. Heron J. *The facilitator’s handbook.* London: Kogan Page; 1989.
84. Deming WE. *Out of the crisis.* Cambridge, Massachusetts: MIT Press; 2000.
85. Final report summary—FIRE (facilitating implementation of research evidence). Available at: http://cordis.europa.eu/result/rcn/149765_en.html [accessed 15.2.16]
86. Schultz T, Kitson A, Soenen S, et al. Does a multidisciplinary nutritional intervention prevent nutritional decline in hospital patients? A stepped wedge randomised cluster trial. *e-SPEN J.* 2014;9(2):e84–90.
87. Wenger E. *Communities of practice: learning, meaning and identity.* Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
88. Gabbay J, le May A, Jefferson H, Webb D, Lovelock R, Powell J, et al. A case study of knowledge management in multiagency consumer-informed ‘communities of practice’: implications for evidence-based policy development in health and social services. *Health.* 2003;7(3):283–310.
89. Carlile PR. Transferring, translating, and transforming: an integrative framework for managing knowledge across boundaries. *Organ Sci.* 2004;15(5):555–68.
90. Argyris C, Schon DA. *Organizational learning II: theory, method and practice.* Reading, Mass: Addison-Wesley; 1996.
91. McKee L, Charles K, Dixon-Woods M, Willars J, Martin G. ‘New’ and distributed leadership in quality and safety in health care, or ‘old’ and hierarchical? An interview study with strategic stakeholders. *J Health Serv Res Po.* 2013;18(2 Suppl):11–9.

Submit your next manuscript to BioMed Central and we will help you at every step:

- We accept pre-submission inquiries
- Our selector tool helps you to find the most relevant journal
- We provide round the clock customer support
- Convenient online submission
- Thorough peer review
- Inclusion in PubMed and all major indexing services
- Maximum visibility for your research

Submit your manuscript at
www.biomedcentral.com/submit





Cursus de formation à la démarche PCC

Introduction

Le plan de crise conjoint est un outil facile à comprendre, mais implique un processus complexe qui nécessite d'être appréhendé à sa juste valeur afin ne pas le dénaturer.

Accompagner la démarche PCC mobilise en effet de nombreuses compétences spécifiques ainsi que le respect de la philosophie qui le sous-tend, soit le rétablissement en santé mentale, le partenariat et le processus de décision partagée.

Pour ces différentes raisons, mais également pour répondre aux besoins identifiés lors de l'étude exploratoire sur le plan de crise conjoint menée en 2017 dans le canton de Vaud, une formation a été développée en partenariat avec des proches et des pairs-praticiens en santé mentale.

La formation au PCC se décline en deux volets. Le premier est dispensé en ligne et le second, en présentiel vient compléter les connaissances de base acquises en vue de leurs transferts dans la pratique. Elle s'adresse à tout professionnel du champ de la santé mentale et permet l'obtention d'un certificat.

La formation e-learning au PCC

La formation est accessible via le www.plandecriseconjoint.ch. Bien qu'elle soit gratuite, il est nécessaire de s'y inscrire sur la page d'accueil via l'onglet du même nom.



Objectif général

Etre capable d'accompagner la rédaction et la révision d'un PCC

Contenus de la formation

Module introductif

- **Objectif :**
Approfondir ses connaissances sur le PCC
- **Contenus :**
 - Le PCC sous la loupe
 - Les incontournables du PCC
 - La démarche PCC
 - La qualité des contenus du PCC

- La décision partagée
- *Moyens :*
Textes à lire, vidéos d'animation

Module de base

- *Objectif:*
S'approprier le PCC en vue de sa mise en pratique
- *Contenus :*
 - Thème 1 : Présenter le PCC
 - Thème 2 : Accompagner la rédaction d'un PCC
 - Thème 3 : Accompagner la révision du PCC
- *Moyens*
Textes à lire, vidéos d'animation, vignette clinique avec entretiens filmés, quiz, activités réflexives ou de mise en pratique
- *Durée*
Sa durée est estimée de 3 à 3h30.

La formation en présentiel au PCC

La formation en présentiel est un complément à la formation e-learning qui est dès lors un préalable obligatoire. Elle est dispensée en trinôme (professionnel, pair praticien et proche) au sein de chaque réseau de soins du canton de Vaud afin de favoriser une culture commune et une meilleure collaboration interinstitutionnelle.

Elle se déroule sur deux demi-journées à distance l'une de l'autre (1 à 2 mois maximum) afin de permettre de mettre en pratique les acquis entre-temps. Un travail personnel est demandé entre les 2 sessions.

- *Objectifs généraux:*
Transférer les connaissances et compétences acquises dans le e-learning dans la pratique
Expérimenter et s'approprier la démarche PCC
- *Durée*
Sa durée est de 2x 3h30, en principe de 13 à 16h30.

Jour 1

- *Objectif:*
 - Expérimenter la rédaction d'un PCC en situation
 - Analyser sa posture professionnelle
 - Approfondir les fondements de la décision partagée
 - Favoriser son engagement dans la démarche PCC
- *Moyens*
Travaux de groupe, jeux de rôle et debriefing, synthèse théorique

Jour 2

- *Objectif:*
 - Expérimenter l'application d'un PCC en situation de crise
 - Analyser sa posture professionnelle
 - Intégrer les fondements de la décision partagée

- Réfléchir à la pertinence d'un partenariat élargi
- Favoriser son engagement dans la démarche PCC

- *Moyens*

Travaux de groupe, jeux de rôle et debriefing, synthèse théorique



Annexe 11_Evaluation du e-learning

Rapport final ProPCC

Bilan formation e-learning

1

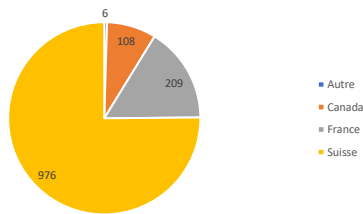
Profil des participants au e-learning

2

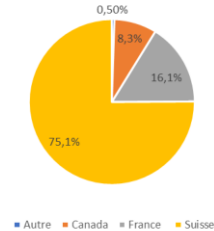
Répartition des personnes formées au e-learning par pays

- Mise en ligne de la formation e-learning mi septembre 2019
- 1299 personnes formées au 30 juin 2021
- Répartition par pays: majorité suisse (75%), suivi de la France (16%), du Canada (Québec) (8,3%), autres (0,5%)

Répartition des participants par pays (n)



Répartition par pays, %

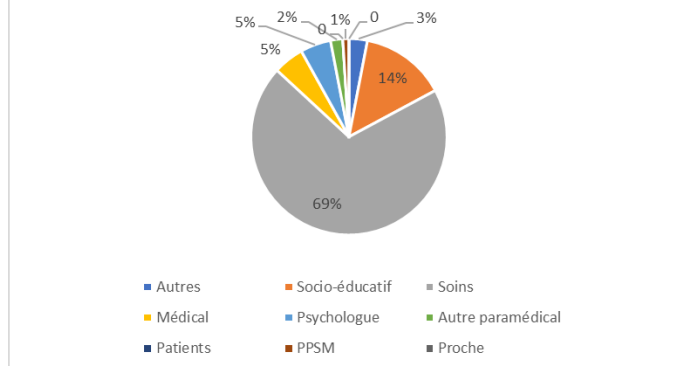


3

Profil professionnel des personnes formées au e-learning par catégories de profession

- 44 professions différentes identifiées → outil pluridisciplinaire +++
- 3 patients & 6 proches (*pas prévu pour eux initialement*); 19 PPSM

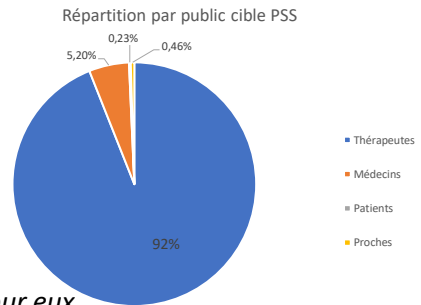
Répartition par catégorie professionnelle



4

Profil professionnel des personnes formées au e-learning par type de public cible du projet

- **Médecins:** 67 (5 généralistes, 1 pédopsychiatre, 57 psychiatres, 4 étudiants en médecine)
- **Thérapeutes autres:** 1178
 - Soins
 - Personnel socio-éducatif
 - Psychologue
 - Ergothérapeute
 - Physio
 - Diététicien
 - Psychomotricien
- **Usagers:** 3 → *formation initialement pas prévue pour eux*
- **Proches:** 6 → *formation initialement pas prévue pour eux*
- **Institutions:** pas pertinent dans ce profil, voire dia suivante

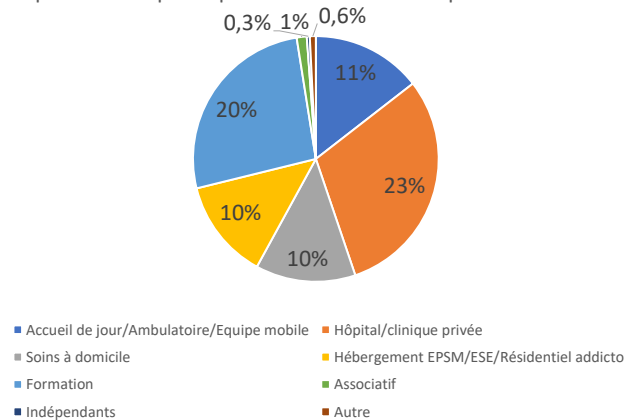


5

Répartition des personnes formées au e-learning selon le type d'institutions et contexte de soins

- N = 974/1299 (La majorité des données non renseignées (N=325) concernent des professionnels de France)

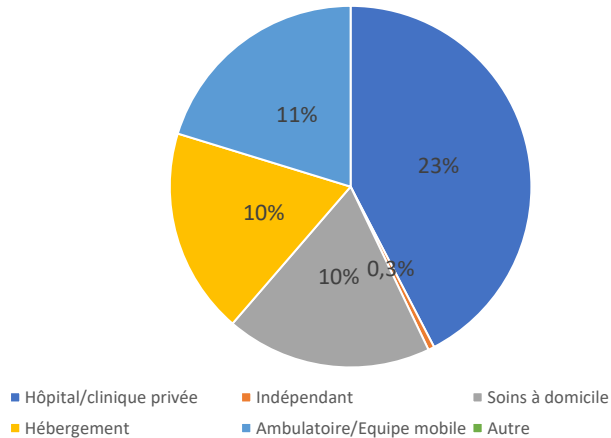
Répartition des participants selon le contexte professionnel



6

Répartition des personnes formées au e-learning selon les settings cibles du projet

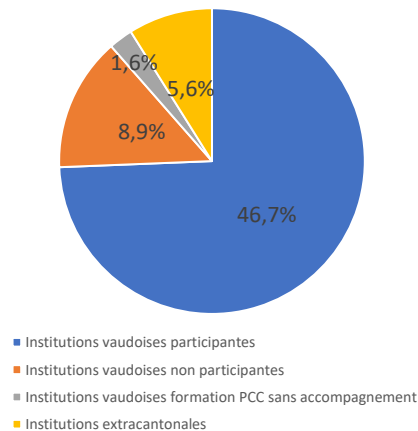
Répartition des participants selon les settings cible de PSS



7

Répartition des personnes formées au e-learning en Suisse selon que leur institution a participé à l'implantation ou pas et selon qu'elle soit vaudoises ou non (n=976)

Répartition selon le type de participation des institutions au projet



8

Evaluation et satisfaction de la formation e-learning N = 350 (27 %)

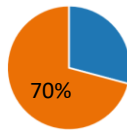
9

Profil des répondants

1. Je suis un/une :

[Plus de détails](#) [Insights](#)

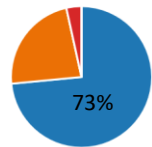
● Homme	102
● Femme	248



4. Mon pays de résidence :

[Plus de détails](#) [Insights](#)

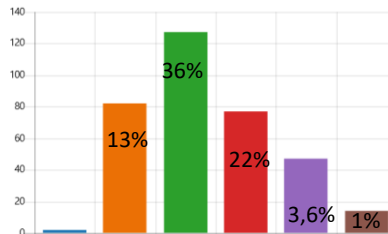
● Suisse	255
● France	80
● Belgique	0
● Québec	12
● Autre	0



2. Mon âge :

[Plus de détails](#)

● Moins de 20 ans	2
● Entre 21 et 30 ans	82
● Entre 31 et 40 ans	127
● Entre 41 et 50 ans	77
● Entre 51 et 60 ans	47
● 60 ans et plus	14



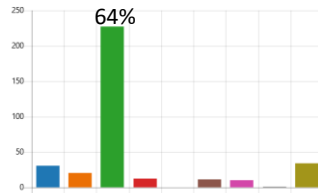
10

Profil des répondants

3. Je suis :

[Plus de détails](#)

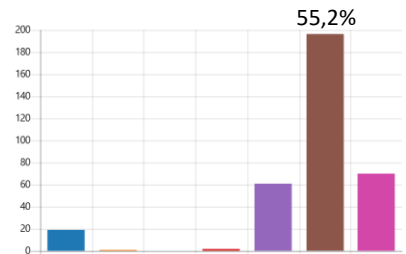
Travailleur social	31
Educateur	20
Infirmier	227
Médecin psychiatre	13
Médecin généraliste (de famille)	0
Psychologue	11
Ergothérapeute	10
Physiothérapeute	1
Autre	34



5. J'ai découvert ce e-learning :

[Plus de détails](#)

Par internet	19
Sur Facebook/LinkedIn/Instagr...	1
Par la presse	0
De bouche à oreille	2
Par des amis/collègues	61
Par mon équipe de soins	196
Autre	70



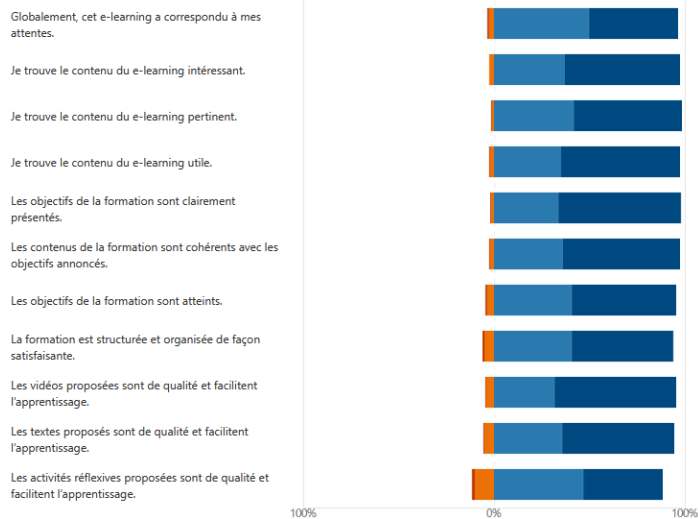
11

Satisfaction du dispositif de formation

6. Veuillez évaluer ces affirmations :

[Plus de détails](#)

■ Pas d'accord ■ Plutôt pas d'accord ■ Plutôt d'accord ■ Tout à fait d'accord



12

Progression des connaissances

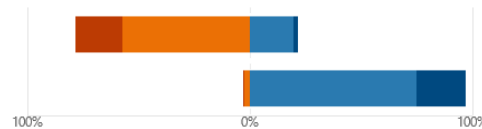
7. Mes connaissances sur le PCC

[Plus de détails](#)

■ Nulles ■ Partielles ■ Bonnes ■ Excellentes

Mes connaissances sur le PCC avant le e-learning étaient :

Mes connaissances sur le PCC après le e-learning étaient :



Avant

Nulles: 21,4%
Partielles: 57,1%
Bonnes: 19,4%
Excellentes: 2%

Après

Nulles: 0%
Partielles: 2%
Bonnes: 75,1%
Excellentes: 22%

La progression du niveau de connaissances du PCC autoévalué avant et après la formation e-learning est statistiquement significative ($z = -15,87$; $p < .001$)

13

Compétences et recommandation de la formation e-learning

8. A la fin de cet e-learning, je me sens capable de mettre en pratique la démarche PCC :

[Plus de détails](#)

● Pas d'accord	3
● Plutôt pas d'accord	11
● Plutôt d'accord	220
● Tout à fait d'accord	116



9. Je recommanderais cet e-learning à d'autres personnes.

[Plus de détails](#)

● Non	4
● Plutôt non	5
● Plutôt oui	62
● Oui	274
● Ne sais pas	5



14

Suggestions d'amélioration du e-learning (N=49)

- "Carnet de bord" à mon sens peu utile; Désaccord sur les réponses du quiz sur les 4R (l'interprétation des techniques d'entretien utilisées est subjective)
- Éventuellement un résumé de la démarche téléchargeable/Un récapitulatif des citations et apports théoriques répertorié sur un document unique/ Avoir une fiche récapitulative à la fin
- Diminuer le temps/ Moins long/ Vignettes trop longues/ Plus courte/ Les vidéos auraient pu être à peine plus courtes/ Vidéos plus courtes mais contenu pertinent/ Un peu longue/ Les textes sont très denses et longs à lire, trouver plutôt un autre outil pour donner ces informations/ Modules d'introduction long et reprend des connaissances de bases acquises dans la formation en soin infirmier/ Les vidéos sont un peu longues/ Vidéo plus courte/ Vidéos sur la mise en place du PCC en "jeu de rôles" intéressantes mais un peu longues et répétitives/ Moins de vidéos de mêmes contenus
- Le téléchargement des vignettes vidéos pour réviser les vignettes
- Ma proposition est de faire une présentation plus détaillée et claire au début de E-learning concernant tout le déroulement, plusieurs collègues n'ont pas compris qu'il y avait plusieurs phases et étapes, sinon c'est très bien, intéressant et varié, Merci/ Plus de clarté dans le suivi du processus vidéo
- Avoir du temps adapté au travail afin de suivre la formation (pour ne pas être interrompu par notre quotidien sur le service)/ avoir plus de temps pour le faire/ Le temps total estimé pour l'e-learning au sujet du pcc a été estimé à 4h mais pour moi, ce temps n'a pas suffi. Il faut à mon avis compter au moins 6 h. Merci
- Plus détaillée

15

Suggestions d'amélioration du e-learning

- Je me suis posée la question de pouvoir "revoir" la théorie après avoir fait toute la démarche ou bien pouvoir l'imprimer comme support en cas de doute dans la pratique. Peut-être que c'est déjà faisable mais je n'ai pas trouvé le bon chemin... Bravo pour ce magnifique travail !
- Il est difficile de répondre juste à certaines questions lorsqu'il faut écrire la réponse en entier. En effet, parfois un accent ou un espace supplémentaire peut compter la réponse fautive alors que le contenu est juste. Peut-être vaudrait-il mieux proposer des QCM que des réponses libres ?
- Un rappel tous les 2-3 ans serait utile
- Il faudrait parfois utiliser des mots plus simples pour les personnes qui ne connaissent pas les termes professionnels des soins
- Une bibliographie à la fin/ Proposer des références pour aller plus loin en fin de formation
- Quelques textes sur la relation d'aide
- Gestion et posture des entretiens
- Plus de vidéo et moins de parties théoriques
- Compléter par une journée de formation
- traduire dans d'autres langues
- Peut-être un peu plus d'exercices sur la 2e partie?
- Une série de questions aléatoires sur le quiz final

16

Suggestions d'amélioration du e-learning

- Avoir plus de temps pour se familiariser avec la théorie et la mise en pratique
- Enseignement pair à pair
- Faire apparaître automatiquement les théorie, compétence et témoignage. En effet j ai mis du temps pour me concentrer sur une vidéo puis cliquer sur les petits icônes.
- D'avoir un intervenant sur place lors de la formation pour un contenu plus interactif/ Prévoir un espace d'échanges avec un professionnel / Formation présentielle
- Sujet très vaste, je trouve que les questions du Quiz sont parfois mal formulées et sujette à différentes interprétations.
- De proposer différentes mises en situation plutôt qu'une seule analyse de cas
- Selon mon avis, la formation est répétitive. Les choses sont dites et redites, ce qui donne le sentiment d'infantilisation
- Une "table des matière" pour retrouver plus facilement un article, une séquence, une fois que l'on a terminé
- J'ai du reprendre un quizz depuis le début alors que je souhaitais uniquement revenir en arrière dans les questions. Pour le reste, très instructif. Vidéos d'excellente qualité.
- Proposer le document vide "plan de crise conjoint" en début de formation afin de pouvoir suivre la formation avec le document sous les yeux et pouvoir s'y référer

17

Autres commentaires du e-learning (N=41)

- Très bon
- Merci/ Merci !/ Merci/ très bonne formation merci/ Merci de partager votre travail et vos expériences toujours aussi riches et complètes!/ Merci... et on attend la suite du module
- Je n'ai pas de suggestions car je trouve cette formation très utile et pertinente/Pas de suggestion, très intéressant surtout les vidéos cliniques interactives/Aucune suggestions d'amélioration. La formation est très bien construite/ Formation passionnante et hyper bien faite, à diffuser largement, y compris aux patients/ Rien, tout est parfait/ formation intéressante et complémentaire à ce que je mettais en pratique/ Tout était compréhensible et intéressant/ Cours complet, intéressant. Utile/ Rien à dire. Bon contenu.
- J'ai rencontré plusieurs bug
- Bug avec le choix multiple
- J'ai beaucoup apprécié la formation/ Aucune suggestion, j'ai adoré cette formation. Certaines questions du quizz un peu rigides/ Pas de suggestion, contente du contenu/le e-learning était satisfaisant
- Le temps de 3h30 ne m'a pas été suffisant car j'ai pris des notes et revu parfois les vidéos
- Peut-être que pour un contenu aussi dense une vraie formation pourrait avoir tout son sens
- Pratiquer/ Pas de pistes significatives, la mise en application reste le meilleur moyen de s'améliorer/ La pratique
- Tout était clair
- J'apprends plutôt de manière auditive et du coup le support visuel pour moi est peu pertinent

18



Rapport final ProPCC

Evaluation formation présentiel

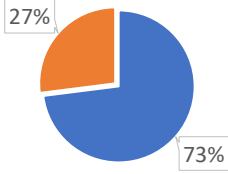
1

Bilan de la formation en présentiel
18 sessions de formation de 2x1/2 journée

2

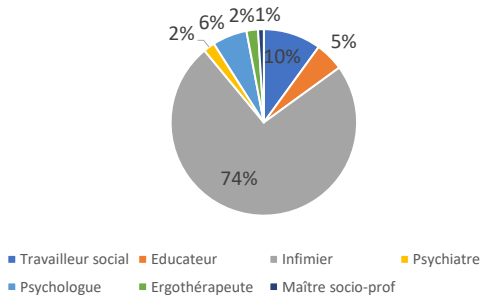
Profil des participants au présentiel (n=128*)

Répartition par sexe

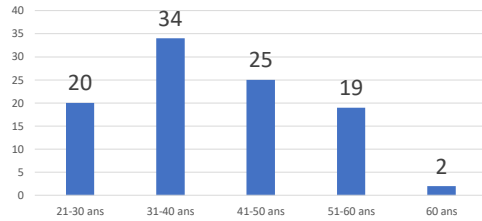


■ Femmes ■ Hommes

Répartition par profession



Catégories d'âge en %



Selon les publics cibles du projet

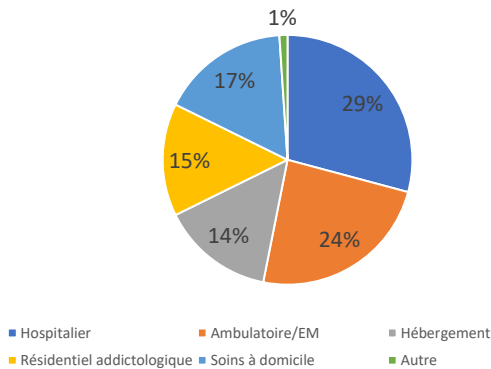
- 96% de thérapeutes (n=124)
- 2% de médecins (n=2)
- 2% inconnu (n=2)

*20 participants supplémentaires n'ont suivi qu'une session de formation et ne sont pas comprises dans les statistiques (14% des professionnels inscrits → raisons principales = **maladie**, récupération congés COVID, maternité, turn over (départ de la structure))

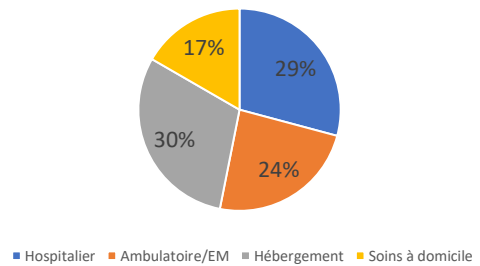
3

Répartition des personnes formées au présentiel selon le contexte de soins/settings cibles projet

Répartition par contexte



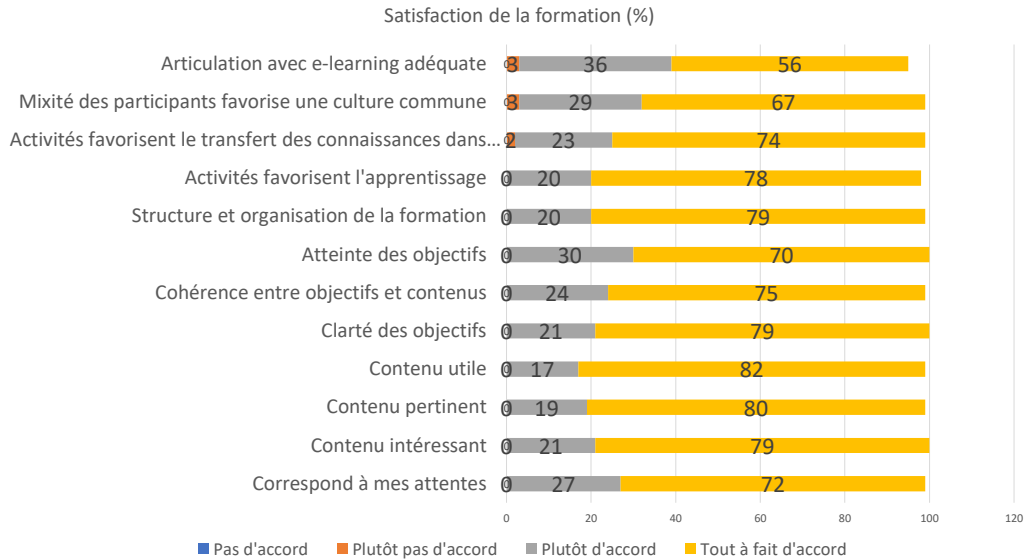
Contextes/Settings projet



7 professionnels d'institutions non participantes ont suivi la formation (4 de la clinique de la Lignière; 3 de l'EPSM Bru), soit 5% des participants

4

Satisfaction du dispositif de formation en présentiel



5

Compétences et recommandations de la formation en présentiel

	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Je me sens capable de pratiquer le PCC	0	<2	49	49

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
Je recommanderai cette formation	0	<1	8	91

6

Attentes des participants à la formation en présentiel (n=91/128)

1. Expérimenter et s'approprier le PCC en vue du transfert sur le terrain:
n = 44
2. Être capable d'adapter la démarche PCC à la singularité de chaque situation et chaque contexte de soin
n = 31
3. Partager des expériences avec des professionnels d'autres structures
n = 9
4. S'exercer à la posture partenariale et à la décision partagée
n = 7

7

Obstacles identifiés à l'implantation du PCC

Obstacles	Professionnels (n=)	Institutionnels (n=)	Usagers (n=)
Manque de compétences pour la démarche PCC	45	4	26*
Méconnaissance et méfiance envers l'outil	33	39	19
Outil non prioritaire	21	8	0
Surcharge/Manque de temps	21	33	0
Résistance quant au changement de posture	14	12	0
Non respect/considération des contenus du PCC	0	11	13 (crainte de..)
Absence de protocoles intra et interinstitutionnels	0	26	0
Symptomatologie aigüe/Déni des troubles/Difficultés d'engagement	0	0	28
Outil confrontant/anxiogène	0	0	21
Méfiance envers les soignants/le système de soins	0	0	5
Turn over	0	3	0

* = limites intellectuelles, troubles cognitifs, problème de langue et/ou culturel

8

Leviers identifiés pour favoriser l'implantation du PCC

Leviers	Professionnels (n=)	Institutionnels (n=)	Usagers (n=)
Formation e-learning	44	23	0
Formation pratique/formation continue/Supervision	55	21	4 (groupe de partage)
Intégrer et adapter la démarche PCC à la clinique du quotidien	50	36	90
Intégrer le PCC dans les protocoles institutionnels et dans la démarche qualité	0	55	0
S'appuyer sur les expertises présentes	22	6	13
Décision partagée/Alliance thérapeutique/Partenariat	0	0	43
Recourir aux techniques d'entretien motivationnel	0	0	27
Rassurer/Accompagner/Soutenir	0	0	17
Informier/Montrer les plus-values/Donner du sens	0	40	18
Renforcer les ressources	0	16	0
Psychoéducation et prévention de rechute	0	0	13
Valider le vécu de contrainte et le sentiment de méfiance	0	0	8
Informier des droits et devoirs	0	0	6
Recourir à des interprètes	0	0	7
Recourir à la plateforme web	1	7	2

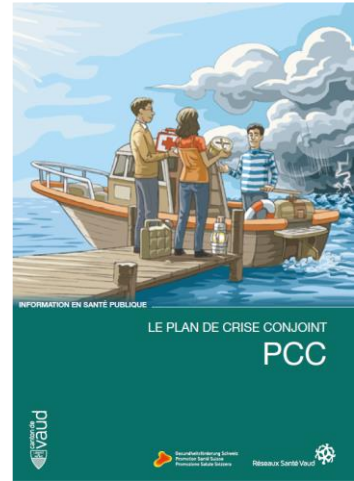
9

Suggestions d'amélioration du présentiel (n=6)

- Mixité : beaucoup de personnel (*para-*médical et peu de personnel éducatif
- Intégrer les médecins généralistes/psychiatres et personnel des hôpitaux, mieux informer les cadres pour qu'ils soient porteurs du projet
- Moins de jeux de rôles et d'analyse des rôles. J'aurais préféré un apport plus théorique et démonstratif
- Plus de jeux de rôles pour expérimenter les diverses positions (proches, soignants, patients)
- Moins de temps entre e-learning et 2 dates formation → à cause du COVID
- Refaire un bilan à distance pourrait être intéressant. Groupe très agréable et formatrices très intéressantes

10





Bilan sondage PCC 2021



1

Rappel des axes du projet ProPCC et résultats au 30.06.21

Promotion

7500 flyers
500 posters

24178
visiteurs site internet

Formation e-learning

1299
professionnels

100 formés e-learning
en présentiel (+41)

www.plandecriseconjoint.ch

Le projet ProPCC

Plateforme PCC

- Consultation du PCC par les personnes ressources identifiées
- Fonction «bris de glace»

En phase test

- Le PCC est disponible sur le smartphone de l'utilisateur
- Consultation en cas de crise
- Affichage dans les institutions d'urgence

Implémentation institutionnelle

4 Hôpitaux-ambulatoires (+1), 6 EPSPM (+4), 1 ESE, 1 OSAD + AVASAD > 600 PCC rédigés récoltés

- Objectifs // formations
- Procédures et directiv
- Processus qualité
- Objectifs // Elaboratio
- Plan de communicatio
- Convention de collabo
- Suivi et monitoring
- Supervision/soutien
- Evaluation des objec

2

Sondage: Objectifs et diffusion

Objectifs

- Connaissances et pratiques des outils en lien avec le droit de protection de l'adulte et le PCC dans le canton de Vaud
- Mesurer les effets du projet d'implantation ProPCC

Moyen

- Formulaire électronique auto-administré (via les directions des institutions psychiatrie adulte, et faitières (AVASAD, SVM) du canton de Vaud)
- T1 Août-septembre 2019, T2 Mars-avril 2021

Destinataires

- Professionnels santé mentale et addictions
- Contextes : Hospitalier-ambulatoire/équipes mobiles, Hébergement, Résidentiel addictologique, Soins à domicile, Cabinets indépendants

3

Profil des répondants

T1 (n = 443)

- 65% de femmes
- Taux d'activité prof majoritaire : 70-100% (<75%)
- Cadres : 34,3%*
- Classe d'âge majoritaire: 36-45 ans*
- Années d'activité en santé mentale* : 31,8 % de 11 - 20 ans
- Ancienneté dans la structure* : 39,3% entre 1-5 ans

T2 (n = 428)

- 69% de femmes
- Taux d'activité prof majoritaire : 70-100% (<75%)
- Cadres : 27,3%*
- Classe d'âge majoritaire: 26-35 ans*
- Années d'activité en santé mentale* : 30,6 % de 0 - 5 ans
- Ancienneté dans la structure* : 49,4% entre 1-5 ans

* p < 0,05

4

Profil des répondants / professions

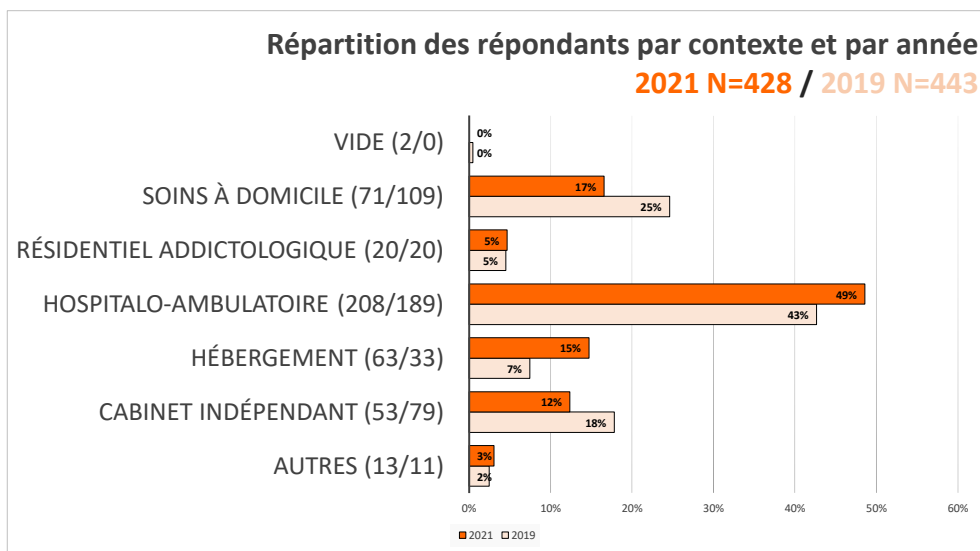
Répartition des répondant·e·s par année et par professions regroupées

	2021		2019		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Autres professionnels du paramédical	23	5,4%	21	4,7%	44	5,1%
Directeurs	7	1,6%	6	1,4%	13	1,5%
Infirmiers	230	53,7%	243	54,9%	473	54,3%
Médecins	82	19,2%	112	25,3%	194	22,3%
Psychologues	20	4,7%	13	2,9%	33	3,8%
Professionnels du socio-éducatif	66	15,4%	48	10,8%	114	13,1%
Total	428	100,0%	443	100,0%	871	

$p = 0,10$; $\text{Khi}^2 = 9,24$; $\text{ddl} = 5$ (PS)

5

Contexte professionnel des répondants



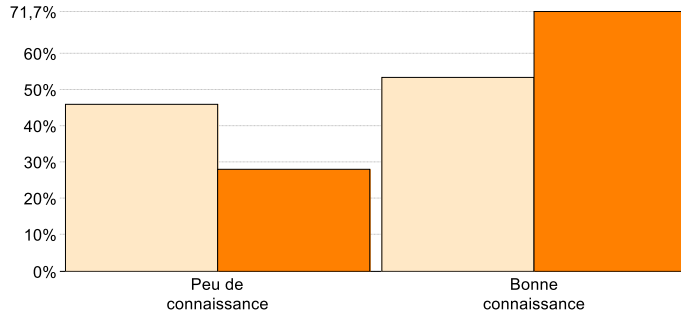
6

Niveau de connaissance du PCC toutes institutions

Niveau de connaissance autoévalué du Plan de Crise Conjoint

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Peu de connaissance	205	46,3%	121	28,3%
Bonne connaissance	238	53,7%	307	71,7%

p = <0,01 ; Khi2 = 30,13 ; ddl = 1 (TS)



7

Niveau de connaissance du PCC

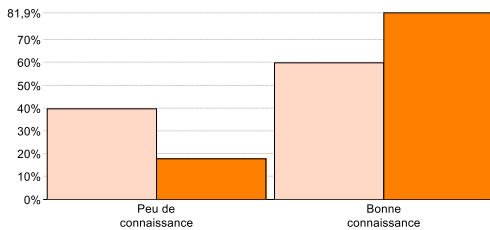
Institutions participantes

Institutions non-participantes

Niveau de connaissance autoévalué du Plan de Crise Conjoint
Institutions participantes

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Peu de connaissance	125	39,9%	55	18,1%
Bonne connaissance	188	60,1%	249	81,9%

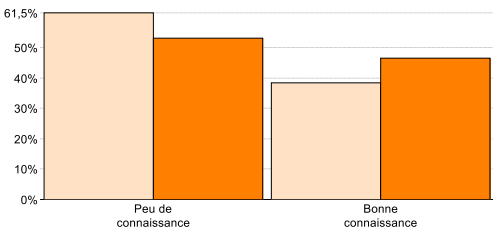
p = <0,01 ; Khi2 = 35,61 ; ddl = 1 (TS)



Niveau de connaissance autoévalué du Plan de Crise Conjoint
Institutions non participantes

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Peu de connaissance	80	61,5%	66	53,2%
Bonne connaissance	50	38,5%	58	46,8%

p = 0,18 ; Khi2 = 1,79 ; ddl = 1 (NS)



8

Niveau de connaissance du PCC

De façon générale:

- Un peu plus de la moitié a une bonne connaissance du PCC à T1 (53,7%)
- Le niveau de connaissance du PCC s'est significativement amélioré à T2 (bonne connaissance de 53,7 à 71,7%; $p < 0,01$).

Comparaison entre les terrains participants vs non-participants:

- Le niveau de connaissance s'est amélioré de façon significative entre T1 et T2 dans les institutions participantes (bonne connaissance de 60,1% à 80,9%; $p < 0,01$).
- Dans les institutions non participantes, le niveau de connaissance au départ était plus bas (38,5%) et l'est resté (46,8%). Une amélioration est constatée, mais elle n'est pas statistiquement significative ($p < 0,18$).

9

Par quel biais avez-vous eu connaissance du PCC?

16. Comment et par quel biais avez-vous eu connaissance du PCC?

	T2		T1		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Non réponse	0	0,0%	1	0,1%	1	0,05%
Dans une formation continue	168	15,8%	99	12,9%	267	14,6%
Au travers de séances d'information	133	12,5%	95	12,3%	228	12,4%
Par un document d'information spécifique	119	11,2%	72	9,4%	191	10,4%
Par le bouche à oreille	63	5,9%	84	10,9%	147	8,0%
Non valable, je ne connais pas le PCC	60	5,6%	82	10,6%	142	7,8%
Par internet (site Plan de Crise Conjoint)	99	9,3%	34	4,4%	133	7,3%
Autre	45	4,2%	80	10,4%	125	6,8%
Par la littérature professionnelle ou spécialisée	62	5,8%	58	7,5%	120	6,6%
Par les usagers	56	5,3%	41	5,3%	97	5,3%
Dans ma formation initiale	56	5,3%	35	4,5%	91	5,0%
Par une lettre d'information (p.ex. Newsletter du Réseau)	52	4,9%	37	4,8%	89	4,9%
Par l'application web (plateforme PCC)	65	6,1%	9	1,2%	74	4,0%
Lors d'un congrès	24	2,3%	25	3,2%	49	2,7%
Par le film promotionnel PCC	38	3,6%	7	0,9%	45	2,5%
Par les proches	12	1,1%	6	0,8%	18	1,0%
Par la presse	10	0,9%	5	0,6%	15	0,8%
Total	1062	100,0%	770	100,0%	1832	

$p = 0,00$; $\text{Khi}^2 = 118,42$; $\text{ddl} = 16$ (TS)

10

Par quel biais avez-vous eu connaissance du PCC? Comparaison institution participante vs non participante

16. Comment et par quel biais avez-vous eu connaissance du PCC?

Institutions participantes

	T2		T1		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Non réponse	0	0,0%	1	0,2%	1	0,07%
Au travers de séances d'information	111	13,3%	85	15,4%	196	14,2%
Dans une formation continue	130	15,6%	64	11,6%	194	14,0%
Par un document d'information spécifique	95	11,4%	58	10,5%	153	11,0%
Par le bouche à oreille	49	5,9%	71	12,9%	120	8,7%
Par internet (site Plan de Crise Conjoint)	84	10,1%	22	4,0%	106	7,7%
Autre	35	4,2%	61	11,1%	96	6,9%
Par la littérature professionnelle ou spécialisée	44	5,3%	40	7,2%	84	6,1%
Par les usagers	47	5,6%	32	5,8%	79	5,7%
Dans ma formation initiale	48	5,8%	27	4,9%	75	5,4%
Par l'application web (plateforme PCC)	63	7,6%	6	1,1%	69	5,0%
Par une lettre d'information (p.ex. Newsletter du Réseau)	38	4,6%	24	4,3%	62	4,5%
Non valable, je ne connais pas le PCC	20	2,4%	35	6,3%	55	4,0%
Par le film promotionnel PCC	34	4,1%	5	0,9%	39	2,8%
Lors d'un congrès	15	1,8%	15	2,7%	30	2,2%
Par les proches	11	1,3%	5	0,9%	16	1,2%
Par la presse	9	1,1%	1	0,2%	10	0,7%
Total	833	100,0%	552	100,0%	1385	

p = 0,00 ; Kht2 = 124,79 ; ddl = 16 (TS)

16. Comment et par quel biais avez-vous eu connaissance du PCC?

Institutions non participantes

	T2		T1		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Non valable, je ne connais pas le PCC	40	17,5%	47	21,6%	87	19,5%
Dans une formation continue	38	16,6%	35	16,1%	73	16,3%
Par un document d'information spécifique	24	10,5%	14	6,4%	38	8,5%
Par la littérature professionnelle ou spécialisée	18	7,9%	18	8,3%	36	8,1%
Au travers de séances d'information	22	9,6%	10	4,6%	32	7,2%
Autre	10	4,4%	19	8,7%	29	6,5%
Par le bouche à oreille	14	6,1%	13	6,0%	27	6,0%
Par une lettre d'information (p.ex. Newsletter du Réseau)	14	6,1%	13	6,0%	27	6,0%
Par internet (site Plan de Crise Conjoint)	15	6,6%	12	5,5%	27	6,0%
Lors d'un congrès	9	3,9%	10	4,6%	19	4,3%
Par les usagers	9	3,9%	9	4,1%	18	4,0%
Dans ma formation initiale	8	3,5%	8	3,7%	16	3,6%
Par le film promotionnel PCC	4	1,7%	2	0,9%	6	1,3%
Par la presse	1	0,4%	4	1,8%	5	1,1%
Par l'application web (plateforme PCC)	2	0,9%	3	1,4%	5	1,1%
Par les proches	1	0,4%	1	0,5%	2	0,4%
Total	229	100,0%	218	100,0%	447	

p = 0,57 ; Kht2 = 13,48 ; ddl = 15 (NS)

11

Niveau de connaissance du PCC: par quel moyen selon la participation au projet ou non?

- Ce sont le site internet (de 4,4% à 9,3%; p<0.00), la plateforme web (1,2% 6,1%; p <0.00, le film promotionnel (de 0,9% à 3,6%; p<0.00) qui ont joué un rôle significativement plus important entre T1 et T2, soit les outputs du projet ProPCC.
- Néanmoins, ce sont la formation continue, les séances d'information et le flyer d'information en santé publique qui sont le plus souvent nommés et ce tant au T1 qu'au T2 (respectivement par 15,8%, 12,5% et 11,2% au T2), également des outputs du projet.
- Alors que le bouche à oreille au niveau professionnel a bien fonctionné à T1 (10,9%), les patients et les proches sont devenus des multiplicateurs à T2, nommés respectivement par 5,3% et 1,1%.
- Comme attendu, les institutions participantes sont plus nombreuses à nommer les outputs du projet à T2 qu'à T1 et ce de façon significative, ce qui n'est pas le cas pour les non participantes, qui cela dit, nomment en priorité la formation continue (probablement dû à une sensibilisation dans le cadre de la formation continue des médecins généralistes et des psychiatres), le flyer d'information, la littérature et les séances d'information (probablement suite à la plateforme cantonale organisé par les RSV sur le sujet).

12

Par quel biais avez-vous eu connaissance du PCC? Médecins

16. Comment et par quel biais avez-vous eu connaissance du PCC?

Médecins

	T1		T2		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Non valable, je ne connais pas le PCC	47	31,3%	29	22,0%	76	27,0%
Par le bouche à oreille	11	7,3%	12	9,1%	23	8,2%
Dans ma formation initiale	10	6,7%	4	3,0%	14	5,0%
Dans une formation continue	25	16,7%	20	15,2%	45	16,0%
Par un document d'information spécifique	6	4,0%	14	10,6%	20	7,1%
Par une lettre d'information (p.ex. Newsletter du Réseau)	8	5,3%	8	6,1%	16	5,7%
Par la presse	0	0,0%	1	0,8%	1	0,4%
Par la littérature professionnelle ou spécialisée	10	6,7%	6	4,5%	16	5,7%
Lors d'un congrès	5	3,3%	3	2,3%	8	2,8%
Par les usagers	7	4,7%	12	9,1%	19	6,7%
Par les proches	1	0,7%	1	0,8%	2	0,7%
Par le film promotionnel PCC	0	0,0%	1	0,8%	1	0,4%
Par l'application web (plateforme PCC)	1	0,7%	4	3,0%	5	1,8%
Au travers de séances d'information	6	4,0%	10	7,6%	16	5,7%
Par internet (site Plan de Crise Conjoint)	7	4,7%	1	0,8%	8	2,8%
Autre	6	4,0%	6	4,5%	12	4,3%
Total	150	100,0%	132	100,0%	282	

p = 0,12 ; K_{hi}2 = 21,69 ; ddl = 15 (PS)

13

Niveau de connaissance du PCC: par quel moyen selon la participation au projet ou non? Médecins

- Malgré un envoi ciblé du flyer d'information aux généralistes et aux psychiatres, ils sont 22% à dire ne pas connaître le PCC
 - La réponse la plus fréquemment nommée à T2 est la formation continue (15,2%), ce qui montre qu'un contact direct semble plus efficace qu'un envoi documentaire (10,6%)
 - Les usagers eux-mêmes sont une source d'information importante pour les médecins (4,7%)
 - Enfin, les autres outputs du projet tels que le site internet, le film promotionnel et la plateforme web n'ont que très peu participé à faire connaître le PCC chez les médecins
- Travailler à la reconnaissance des crédits de formation; proposer de brèves mises à jour dans le cadre des formations continues?

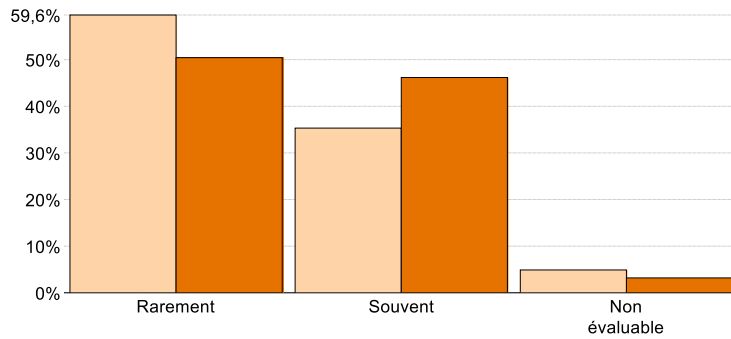
14

Fréquence de rencontre des PCC dans toutes institutions

Fréquence de rencontre du PCC dans la pratique professionnelle

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Rarement	264	59,6%	216	50,5%
Souvent	157	35,4%	198	46,3%
Non évaluable	22	5,0%	14	3,3%

$p = 0,004$; Khi2 = 11,06 ; ddl = 2 (TS)



15

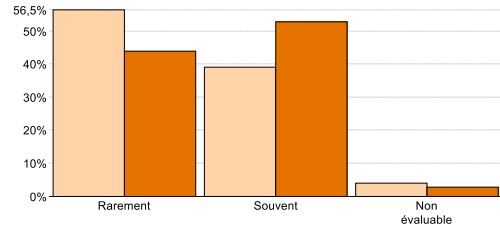
Fréquence de rencontre des PCC

Institutions participantes

Fréquence de rencontre du PCC dans la pratique professionnelle
Institutions participantes

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Rarement	177	56,5%	134	44,1%
Souvent	123	39,3%	161	53,0%
Non évaluable	13	4,2%	9	3,0%

$p = 0,003$; Khi2 = 11,63 ; ddl = 2 (TS)

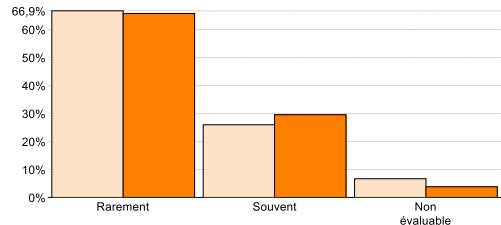


Institutions non-participantes

Fréquence de rencontre du PCC dans la pratique professionnelle
Institutions non participantes

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Rarement	87	66,9%	82	66,1%
Souvent	34	26,2%	37	29,8%
Non évaluable	9	6,9%	5	4,0%

$p = 0,53$; Khi2 = 1,28 ; ddl = 2 (NS)



16

Fréquence de rencontre du PCC

De façon générale:

- Augmentation de la fréquence de rencontre des PCC dans la pratique de façon significative (souvent: de 35,4 à 46,3 %; $p < 0,004$)

Comparaison entre les terrains participants vs non-participants:

- Augmentation significative de la fréquence de rencontre des PCC dans les institutions participantes (souvent: de 39,3 à 53 %; $p < 0,003$)
- Légère augmentation non significative dans les institutions non participantes (souvent: de 26,2 à 29,8 %; $p=0.53$)

→ l'accompagnement institutionnel sur mesure porte ses fruits, néanmoins, les outputs généraux ont également un impact sur la rédaction de PCC, mais de façon très faible.

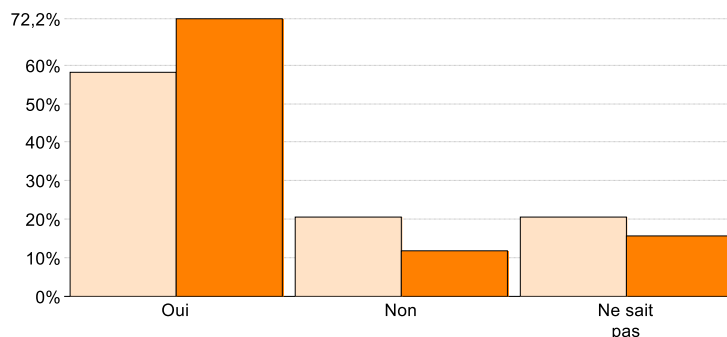
17

Encouragement des structures à utiliser le PCC toutes institutions

4. Structure encourage à utiliser le Plan de crise conjoint

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Oui	259	58,5%	309	72,2%
Non	92	20,8%	51	11,9%
Ne sait pas	92	20,8%	68	15,9%

$p < 0,01$; $\text{Khi}^2 = 19,50$; $\text{ddl} = 2$ (TS)



18

Encouragement des structures à utiliser le PCC

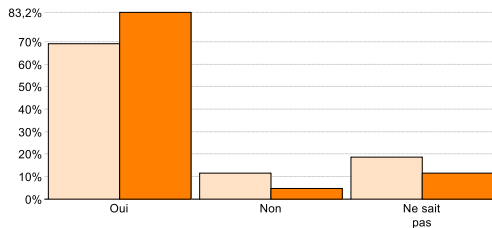
Institutions participantes

Institutions non-participantes

4. Structure encourage à utiliser le Plan de crise conjoint
Institutions participantes

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Oui	217	69,3%	253	83,2%
Non	37	11,8%	15	4,9%
Ne sait pas	59	18,8%	36	11,8%

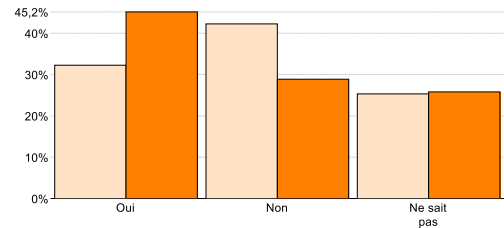
p = <0,01 ; Khi2 = 17,51 ; ddl = 2 (TS)



4. Structure encourage à utiliser le Plan de crise conjoint
Institutions non participantes

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Oui	42	32,3%	56	45,2%
Non	55	42,3%	38	29,0%
Ne sait pas	33	25,4%	32	25,8%

p = 0,05 ; Khi2 = 5,84 ; ddl = 2 (PS)



19

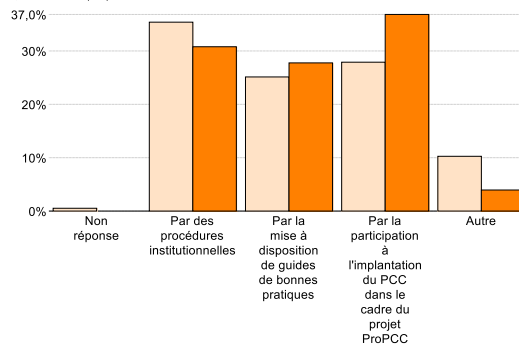
Mode d'encouragement des structures qui utilisent le PCC

Comment votre structure encourage les outils DA, PCC, mandat pour cause d'inaptitude ou nomination d'un représentant thérapeutique

4. Sous-groupe dont la structure encourage à utiliser le PCC

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Non réponse	2	0,6%	0	0,0%
Par des procédures institutionnelles	128	35,7%	161	31,0%
Par la mise à disposition de guides de bonnes pratiques	91	25,3%	145	27,9%
Par la participation à l'implantation du PCC dans le cadre du projet ProPCC	101	28,1%	192	37,0%
Autre	37	10,3%	21	4,0%

p = <0,01 ; Khi2 = 22,39 ; ddl = 4 (TS)



20

Mode d'encouragement des structures qui utilisent le PCC

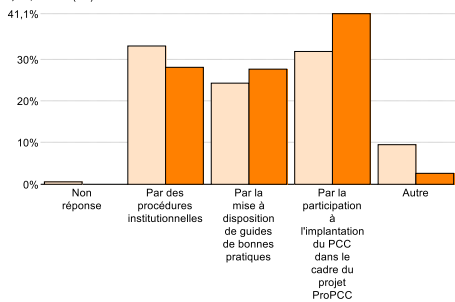
Institutions participantes

Comment votre structure encourage les outils DA, PCC, mandat pour cause d'inaptitude ou nomination d'un représentant thérapeutique

4. Sous-groupe dont la structure encourage à utiliser le PCC et participe à l'implantation du PCC

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Non réponse	2	0,7%	0	0,0%
Par des procédures institutionnelles	101	33,3%	124	28,3%
Par la mise à disposition de guides de bonnes pratiques	74	24,4%	122	27,9%
Par la participation à l'implantation du PCC dans le cadre du projet ProPCC	97	32,0%	180	41,1%
Autre	29	9,6%	12	2,7%

$p = < 0,01$; $Khi2 = 24,23$; $ddl = 4$ (TS)



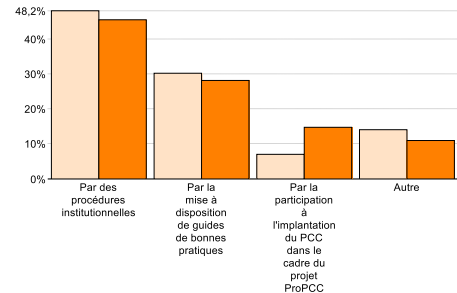
Institutions non-participantes

Comment votre structure encourage les outils DA, PCC, mandat pour cause d'inaptitude ou nomination d'un représentant thérapeutique

4bis. Sous-groupe dont la structure encourage à utiliser le PCC et ne participe pas à l'implantation du PCC

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Par des procédures institutionnelles	27	48,2%	37	45,7%
Par la mise à disposition de guides de bonnes pratiques	17	30,4%	23	28,4%
Par la participation à l'implantation du PCC dans le cadre du projet ProPCC	4	7,1%	12	14,8%
Autre	8	14,3%	9	11,1%

$p = 0,57$; $Khi2 = 2,03$; $ddl = 3$ (NS)



21

Encouragement des structures à utiliser le PCC

De façon générale:

- Le nombre de personnes qui perçoivent un encouragement à utiliser le PCC dans leur structure augmente de manière très significative
- Le taux passe de 58,5% à 72,2 % entre T1 et T2 ($p=0.01$)

Comparaison entre les terrains participants vs non-participants:

- Augmentation très significative dans les institutions participantes (taux passent de 69,3% à 83,2%; $p < 0.01$). A T2, 4,9% des professionnels impliqués perçoivent un non encouragement de leur structure malgré leur participation et 11,8% ne savent pas. Moins d'un tiers mentionne la présence de procédures internes alors que cela a été travaillé partout.
- Augmentation aussi dans les institutions non participantes mais de manière PS. (Taux passent de 32,3% à 45,2% $p=0.05$) Dans celles-ci le taux de NON baisse de 42,3% à 29,0%.

→ Impact de l'intervention sur la dynamique institutionnelle, mais elle ne va pas de soi pour autant → importance d'impliquer activement toutes les strates institutionnelles et pas seulement les professionnels de terrain; importance de multiplier les informations sur les procédures en vigueur

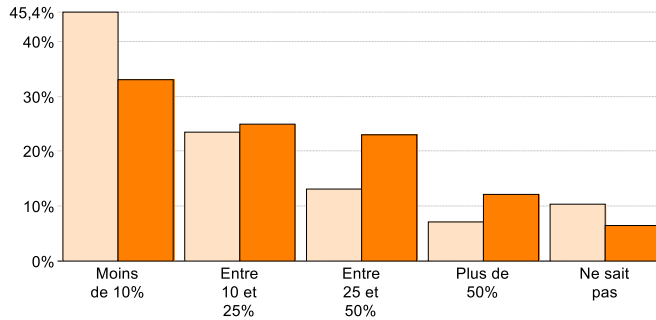
22

Proportion d'usagers de l'institution à avoir un PCC

Selon vous et de manière intuitive, quelle est la proportion des usagers de votre structure ayant un Plan de Crise Conjoint?

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Moins de 10%	164	45,4%	122	33,2%
Entre 10 et 25%	85	23,5%	92	25,0%
Entre 25 et 50%	48	13,3%	85	23,1%
Plus de 50%	26	7,2%	45	12,2%
Ne sait pas	38	10,5%	24	6,5%

p = <0,01 ; Khi2 = 24,92 ; ddl = 4 (TS)



23

Proportion d'usagers à avoir un PCC

Institutions participantes

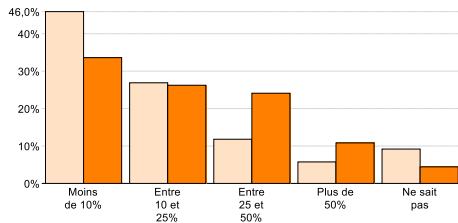
Institutions non-participantes

Selon vous et de manière intuitive, quelle est la proportion des usagers de votre structure ayant un Plan de Crise Conjoint?

Institutions participantes

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Moins de 10%	128	46,0%	96	33,8%
Entre 10 et 25%	75	27,0%	75	26,4%
Entre 25 et 50%	33	11,9%	69	24,3%
Plus de 50%	16	5,8%	31	10,9%
Ne sait pas	26	9,4%	13	4,6%

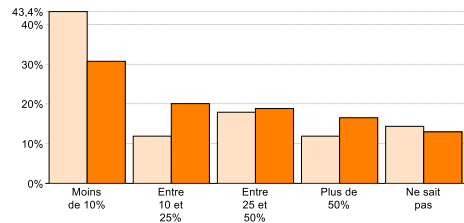
p = <0,01 ; Khi2 = 26,34 ; ddl = 4 (TS)



Institutions non participantes

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Moins de 10%	36	43,4%	26	31,0%
Entre 10 et 25%	10	12,0%	17	20,2%
Entre 25 et 50%	15	18,1%	16	19,0%
Plus de 50%	10	12,0%	14	16,7%
Ne sait pas	12	14,5%	11	13,1%

p = 0,38 ; Khi2 = 4,16 ; ddl = 4 (NS)



24

Proportion d'usagers à avoir un PCC

De façon générale:

- Augmentation très significative de la proportion d'usagers à avoir un PCC : ceux qui répondent moins de 10% sont en baisse de de 45,4% à 33,2% et les réponses «entre 25% et 50% augmentent de 13,3% à 23,1% et celle de «plus de 50%» de 7,2 à 12,2%; ($p < 0.01$).
- **Comparaison entre les terrains participants vs non-participants:**
- Les répondants des institutions participantes sont beaucoup plus représentés (284 / 278) que les non-participantes (84 / 83) ce qui influence sans aucun doute les résultats généraux
- Les résultats sont très significatifs pour le groupe des Institutions participantes, avec de fortes augmentations de taux de PCC compris entre 25-50% (11,9% à 24,3%) et plus de 50% (5,8 à 10,9%), ce qui n'est pas le cas des institutions non participantes

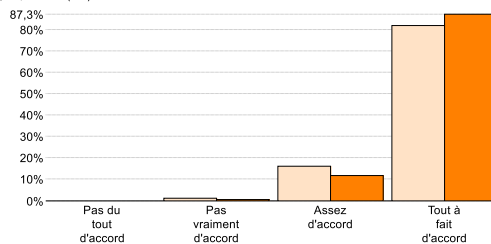
25

Le PCC et le partenariat

1. L'utilisation du PCC implique un lien de partenariat entre patient et professionnel

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	0	0,0%	0	0,0%
Pas vraiment d'accord	5	1,4%	3	0,8%
Assez d'accord	58	16,4%	43	11,9%
Tout à fait d'accord	291	82,2%	315	87,3%

$p = 0,16$; $\text{Khi}^2 = 3,61$; $\text{ddl} = 2$ (NS)

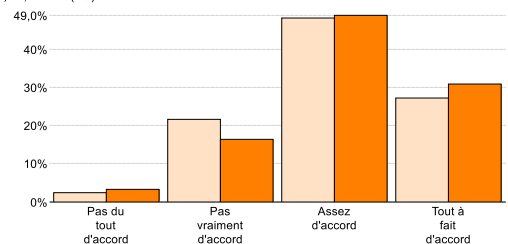


Le PCC et les coûts

2. L'utilisation du PCC permet une tendance à la diminution des coûts de prise en charge

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	7	2,6%	10	3,4%
Pas vraiment d'accord	59	21,8%	48	16,6%
Assez d'accord	131	48,3%	142	49,0%
Tout à fait d'accord	74	27,3%	90	31,0%

$p = 0,39$; $\text{Khi}^2 = 3,02$; $\text{ddl} = 3$ (NS)



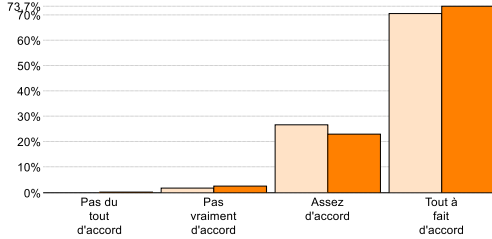
26

Le PCC et la décision partagée

3. Le PCC est un outil d'aide à la décision partagée en santé mentale

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	0	0,0%	1	0,3%
Pas vraiment d'accord	7	2,0%	10	2,8%
Assez d'accord	94	27,0%	83	23,2%
Tout à fait d'accord	247	71,0%	263	73,7%

$p = 0,46$; $\text{Khi2} = 2,60$; $\text{ddl} = 3$ (NS)

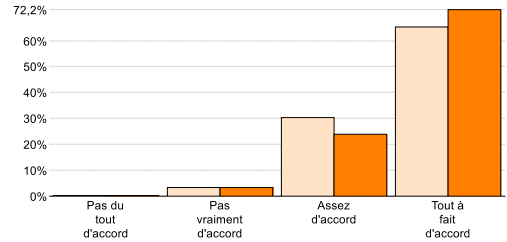


Le PCC et l'autodétermination

4. Le PCC est un outil visant à l'autodétermination des patients

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	1	0,3%	1	0,3%
Pas vraiment d'accord	12	3,5%	12	3,4%
Assez d'accord	104	30,5%	85	24,1%
Tout à fait d'accord	224	65,7%	254	72,2%

$p = 0,31$; $\text{Khi2} = 3,62$; $\text{ddl} = 3$ (NS)



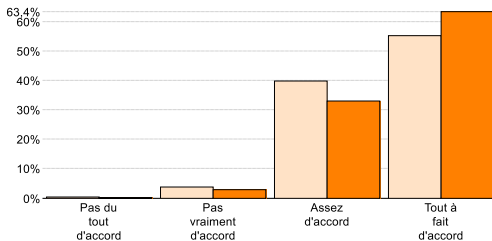
27

Le PCC et la connaissance de soi

7. Le PCC permet au patient de mieux se connaître

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	2	0,6%	1	0,3%
Pas vraiment d'accord	14	4,0%	11	3,1%
Assez d'accord	139	39,9%	119	33,2%
Tout à fait d'accord	193	55,5%	227	63,4%

$p = 0,18$; $\text{Khi2} = 4,86$; $\text{ddl} = 3$ (NS)

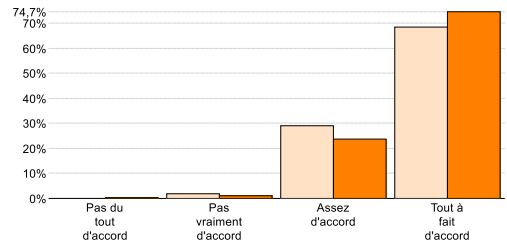


Le PCC et l'empowerment

8. Le PCC permet aux patients de devenir acteurs de leur santé

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	0	0,0%	1	0,3%
Pas vraiment d'accord	7	2,0%	4	1,1%
Assez d'accord	103	29,3%	86	23,9%
Tout à fait d'accord	242	68,8%	269	74,7%

$p = 0,20$; $\text{Khi2} = 4,68$; $\text{ddl} = 3$ (NS)



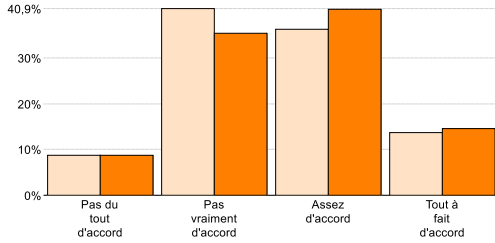
28

Le PCC et les réhospitalisations sous contrainte

5. Le PCC et les DA sont les seules interventions ayant un impact significatif en terme de réduction des hospitalisations sans consentement

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	24	8,8%	26	8,9%
Pas vraiment d'accord	112	40,9%	104	35,6%
Assez d'accord	100	36,5%	119	40,8%
Tout à fait d'accord	38	13,9%	43	14,7%

p = 0,62 ; Khi2 = 1,76 ; ddl = 3 (NS)

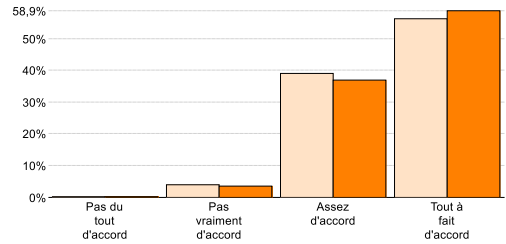


Le PCC et la continuité des soins

6. Le PCC favorise la continuité et la coordination des soins

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	1	0,3%	1	0,3%
Pas vraiment d'accord	14	4,0%	13	3,7%
Assez d'accord	136	39,2%	132	37,2%
Tout à fait d'accord	196	56,5%	209	58,9%

p = 0,94 ; Khi2 = 0,42 ; ddl = 3 (NS)



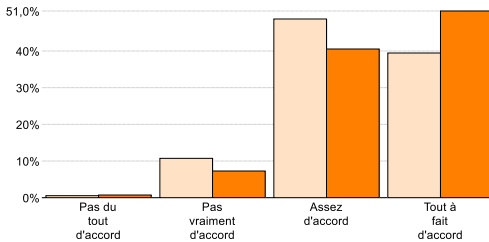
29

Le PCC et le contrôle

9. Le PCC permet aux patients un meilleur contrôle d'eux-mêmes et des troubles psychiques

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	2	0,6%	3	0,9%
Pas vraiment d'accord	37	10,9%	26	7,4%
Assez d'accord	167	49,0%	142	40,7%
Tout à fait d'accord	135	39,6%	178	51,0%

p = 0,02 ; Khi2 = 9,96 ; ddl = 3 (S)

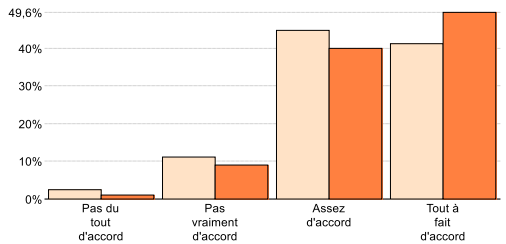


Le PCC et l'anticipation des crises

10. Le PCC permet d'anticiper les crises psychiques

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	9	2,7%	4	1,1%
Pas vraiment d'accord	38	11,2%	32	9,1%
Assez d'accord	152	44,8%	141	40,2%
Tout à fait d'accord	140	41,3%	174	49,6%

p = 0,10 ; Khi2 = 6,33 ; ddl = 3 (PS)



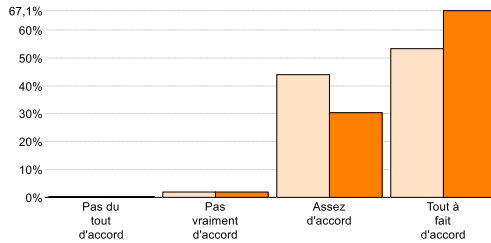
30

Le PCC et l'alliance thérapeutique

11. Le PCC permet un renforcement de l'alliance thérapeutique

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	1	0,3%	1	0,3%
Pas vraiment d'accord	7	2,0%	7	2,0%
Assez d'accord	154	44,1%	106	30,5%
Tout à fait d'accord	187	53,6%	233	67,1%

p = 0,003 ; Khi2 = 13,89 ; ddl = 3 (TS)

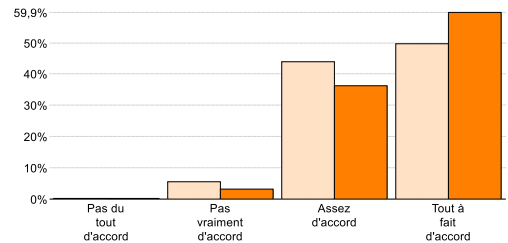


Le PCC et les ressources

12. Le PCC permet une meilleure utilisation des ressources

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	1	0,3%	1	0,3%
Pas vraiment d'accord	19	5,7%	12	3,4%
Assez d'accord	147	44,1%	129	36,4%
Tout à fait d'accord	166	49,8%	212	59,9%

p = 0,05 ; Khi2 = 7,72 ; ddl = 3 (PS)



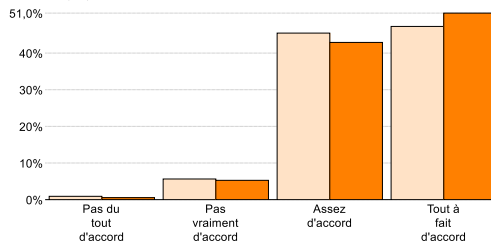
31

Le PCC et les proches

13. Le PCC permet un meilleur partenariat patient-proche

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	3	0,9%	2	0,6%
Pas vraiment d'accord	19	5,8%	18	5,3%
Assez d'accord	149	45,7%	145	43,0%
Tout à fait d'accord	155	47,5%	172	51,0%

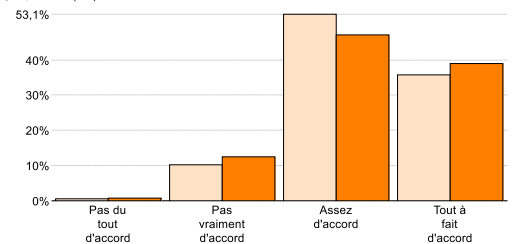
p = 0,81 ; Khi2 = 0,98 ; ddl = 3 (NS)



14. Le PCC permet d'impliquer les proches plus facilement

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	2	0,6%	3	0,9%
Pas vraiment d'accord	33	10,3%	42	12,6%
Assez d'accord	170	53,1%	158	47,3%
Tout à fait d'accord	115	35,9%	131	39,2%

p = 0,48 ; Khi2 = 2,46 ; ddl = 3 (NS)



32

Perception des PCC

A T1 comme à T2

- > 80% des répondants considèrent le PCC comme un outil de partenariat et 80% estime que le PCC peut diminuer les coûts de prises en charge
- >90% reconnaissent le PCC comme un outil
 - de décision partagée et d'autodétermination
 - qui augmente la connaissance de soi et l'empowerment des patients
 - favorisant la continuité des soins
 - permettant un meilleur contrôle de soi et des troubles
 - permettant l'anticipation des crises
 - favorisant l'alliance thérapeutique
 - permet une meilleure utilisation des ressources
- Les résultats sont très partagés en ce qui concerne l'impact des PCC sur la diminution des réhospitalisations → message à renforcer + résultats de master à présenter; importance du rôle de tous les acteurs pour que ce soit le cas + respect des contenus des PCC

Entre T1 et T2

- Seules les perceptions concernant l'alliance thérapeutique, le contrôle de soi et des troubles évoluent de façon significative et positive entre T1 et T2 --> peu d'impacts du projet sur les perceptions positives de l'outil

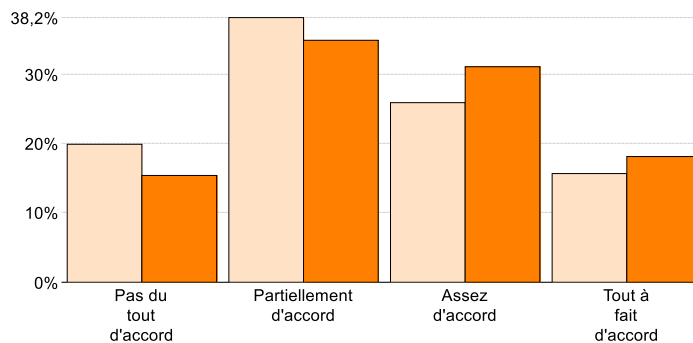
33

Obstacle au PCC: manque de temps

1. Les professionnels manquent de temps

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	72	19,9%	57	15,5%
Partiellement d'accord	138	38,2%	129	35,1%
Assez d'accord	94	26,0%	115	31,3%
Tout à fait d'accord	57	15,8%	67	18,2%

$p = 0,18$; $\text{Khi}^2 = 4,90$; $\text{ddl} = 3$ (NS)



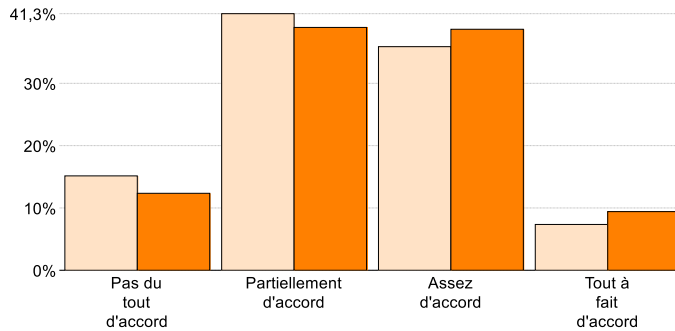
34

Obstacle au PCC: Proches pas assez impliqués

2. Les proches ne sont pas assez impliqués

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	55	15,2%	46	12,5%
Partiellement d'accord	149	41,3%	144	39,1%
Assez d'accord	130	36,0%	143	38,9%
Tout à fait d'accord	27	7,5%	35	9,5%

$p = 0,48$; $\text{Khi}2 = 2,47$; $\text{ddl} = 3$ (NS)



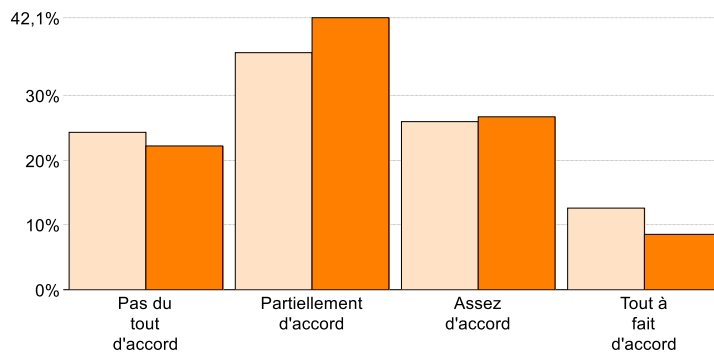
35

Obstacle au PCC: non adhésion des usagers

3. Les usagers/patients n'adhèrent pas à la démarche PCC

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	88	24,4%	82	22,3%
Partiellement d'accord	133	36,8%	155	42,1%
Assez d'accord	94	26,0%	99	26,9%
Tout à fait d'accord	46	12,7%	32	8,7%

$p = 0,22$; $\text{Khi}2 = 4,47$; $\text{ddl} = 3$ (NS)



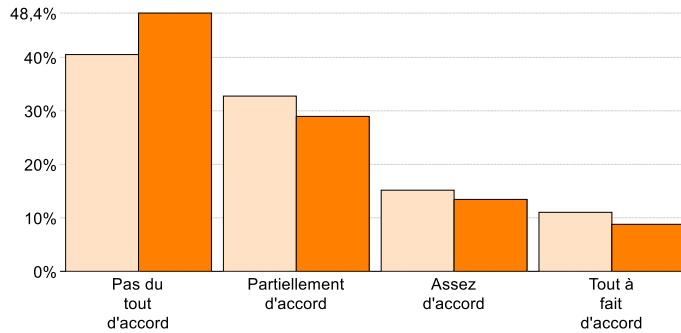
36

Obstacle au PCC: non adhésion des institutions

4. Les institutions n'adhèrent pas à la démarche PCC

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	147	40,7%	178	48,4%
Partiellement d'accord	119	33,0%	107	29,1%
Assez d'accord	55	15,2%	50	13,6%
Tout à fait d'accord	40	11,1%	33	9,0%

$p = 0,22$; $\text{Khi}2 = 4,44$; $\text{ddl} = 3$ (NS)



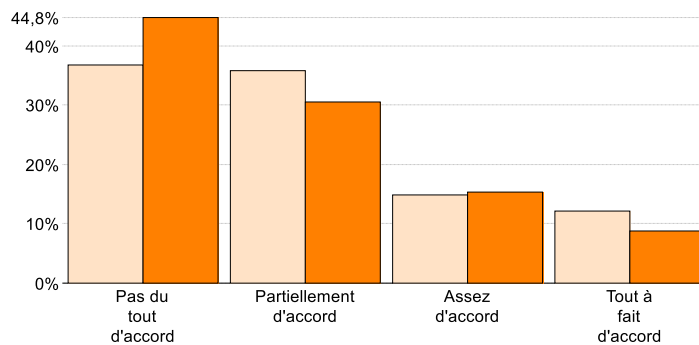
37

Obstacle au PCC: non adhésion des professionnels

5. Les professionnels n'adhèrent pas à la démarche PCC

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	133	36,8%	165	44,8%
Partiellement d'accord	130	36,0%	113	30,7%
Assez d'accord	54	15,0%	57	15,5%
Tout à fait d'accord	44	12,2%	33	9,0%

$p = 0,10$; $\text{Khi}2 = 6,21$; $\text{ddl} = 3$ (PS)



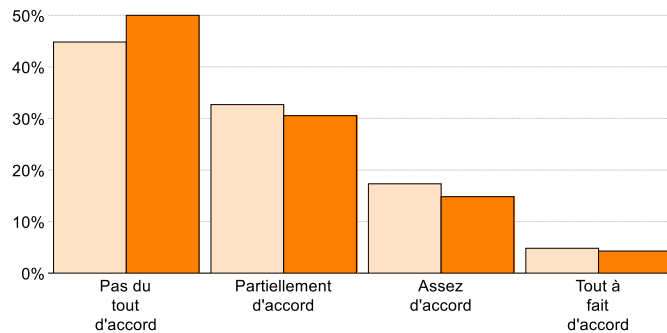
38

Obstacle au PCC: Démarche difficile à expliquer

7. Il est difficile d'expliquer la démarche aux usagers/patients

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	162	44,9%	184	50,0%
Partiellement d'accord	118	32,7%	113	30,7%
Assez d'accord	63	17,5%	55	14,9%
Tout à fait d'accord	18	5,0%	16	4,3%

$p = 0,55$; $\text{Khi}^2 = 2,10$; $\text{ddl} = 3$ (NS)



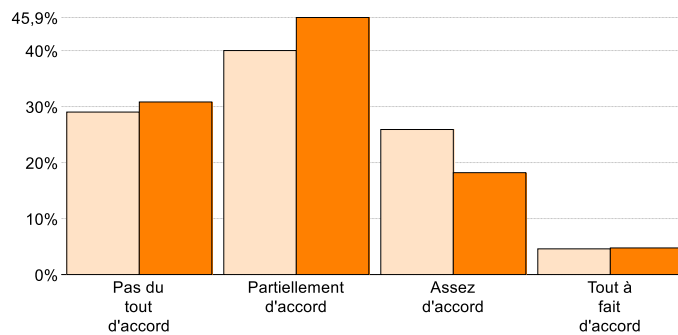
39

Obstacle au PCC: réticence à reparler de la crise

8. Les usagers/patients sont réticents à parler de leur expérience et de leur vécu de crise

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	105	29,1%	114	31,0%
Partiellement d'accord	145	40,2%	169	45,9%
Assez d'accord	94	26,0%	67	18,2%
Tout à fait d'accord	17	4,7%	18	4,9%

$p = 0,08$; $\text{Khi}^2 = 6,69$; $\text{ddl} = 3$ (PS)



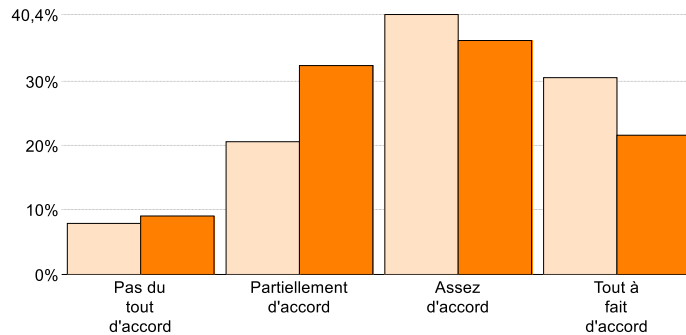
40

Obstacle au PCC: usagers mal informés

6. Les usagers/patients ne sont pas suffisamment informés

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	29	8,0%	34	9,2%
Partiellement d'accord	75	20,8%	120	32,6%
Assez d'accord	146	40,4%	134	36,4%
Tout à fait d'accord	111	30,7%	80	21,7%

$p = 0,001$; $\text{Khi}^2 = 16,26$; $\text{ddl} = 3$ (TS)



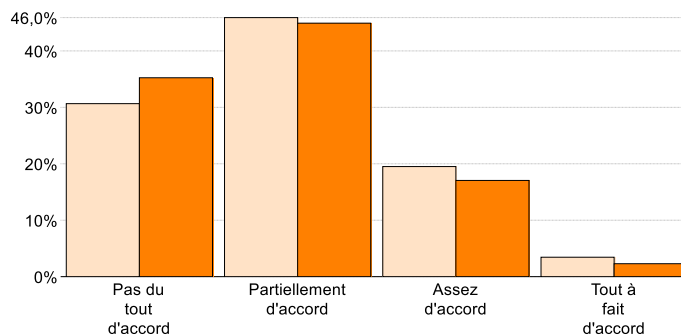
41

Obstacle au PCC: les proches réticents à reparler de crise

9. Les proches n'ont pas envie de parler de la crise

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	111	30,7%	130	35,3%
Partiellement d'accord	166	46,0%	166	45,1%
Assez d'accord	71	19,7%	63	17,1%
Tout à fait d'accord	13	3,6%	9	2,4%

$p = 0,45$; $\text{Khi}^2 = 2,64$; $\text{ddl} = 3$ (NS)



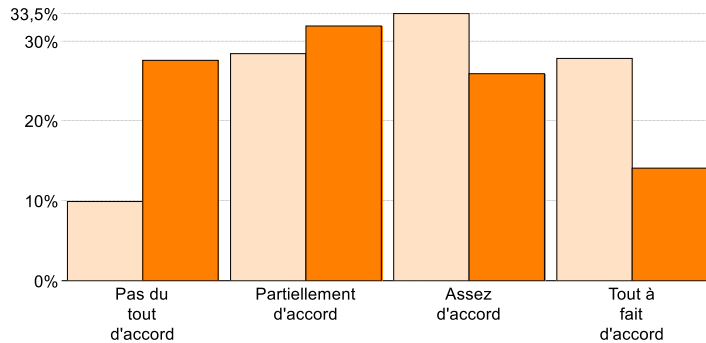
42

Obstacle au PCC: Professionnels non formés

10. Les professionnels ne sont pas formés à la démarche PCC

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	36	10,0%	102	27,7%
Partiellement d'accord	103	28,5%	118	32,1%
Assez d'accord	121	33,5%	96	26,1%
Tout à fait d'accord	101	28,0%	52	14,1%

p = <0,01 ; Khi2 = 51,09 ; ddl = 3 (TS)



43

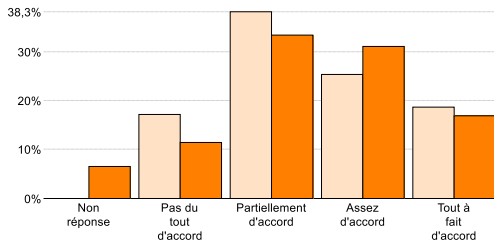
Obstacle au PCC: Manque de temps

Institutions participantes

1. Les professionnels manquent de temps Institutions participantes

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Non réponse	0	0,0%	20	6,6%
Pas du tout d'accord	54	17,3%	35	11,5%
Partiellement d'accord	120	38,3%	102	33,6%
Assez d'accord	80	25,6%	95	31,3%
Tout à fait d'accord	59	18,8%	52	17,1%

p = <0,01 ; Khi2 = 27,12 ; ddl = 4 (TS)

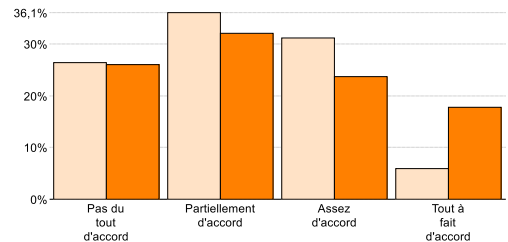


Institutions non-participantes

1. Les professionnels manquent de temps Institutions non participantes

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	22	26,5%	22	26,2%
Partiellement d'accord	30	36,1%	27	32,1%
Assez d'accord	26	31,3%	20	23,8%
Tout à fait d'accord	5	6,0%	15	17,9%

p = 0,11 ; Khi2 = 5,93 ; ddl = 3 (PS)



44

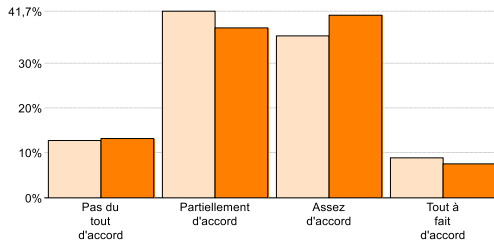
Obstacle au PCC: Proches pas assez impliqués

Institutions participantes

2. Les proches ne sont pas assez impliqués Institutions participantes

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	36	12,9%	38	13,4%
Partiellement d'accord	116	41,7%	108	38,0%
Assez d'accord	101	36,3%	116	40,8%
Tout à fait d'accord	25	9,0%	22	7,7%

$p = 0,68$; $Khi2 = 1,50$; $ddl = 3$ (NS)

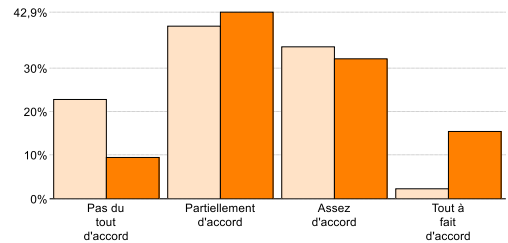


Institutions non-participantes

2. Les proches ne sont pas assez impliqués Institutions non participantes

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	19	22,9%	8	9,5%
Partiellement d'accord	33	39,8%	36	42,9%
Assez d'accord	29	34,9%	27	32,1%
Tout à fait d'accord	2	2,4%	13	15,5%

$p = 0,005$; $Khi2 = 12,74$; $ddl = 3$ (TS)



45

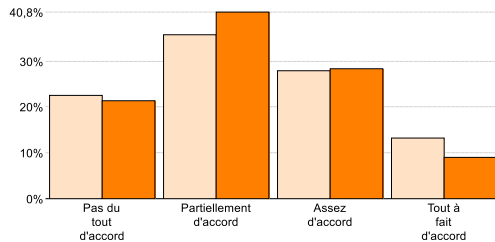
Obstacle au PCC: Non adhésion des usagers

Institutions participantes

3. Les usagers/patients n'adhèrent pas à la démarche PCC Institutions participantes

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	63	22,7%	61	21,5%
Partiellement d'accord	100	36,0%	116	40,8%
Assez d'accord	78	28,1%	81	28,5%
Tout à fait d'accord	37	13,3%	26	9,2%

$p = 0,37$; $Khi2 = 3,13$; $ddl = 3$ (NS)

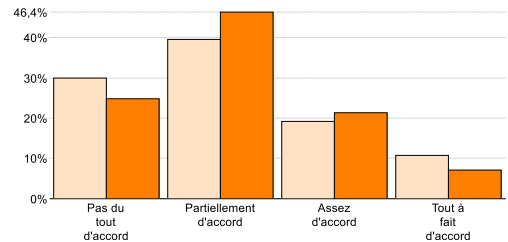


Institutions non-participantes

3. Les usagers/patients n'adhèrent pas à la démarche PCC Institutions non participantes

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	25	30,1%	21	25,0%
Partiellement d'accord	33	39,8%	39	46,4%
Assez d'accord	16	19,3%	18	21,4%
Tout à fait d'accord	9	10,8%	6	7,1%

$p = 0,67$; $Khi2 = 1,56$; $ddl = 3$ (NS)



46

Obstacle au PCC: Non adhésion des institutions

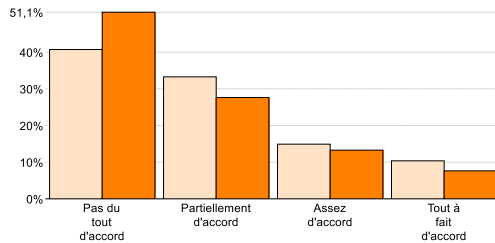
Institutions participantes

4. Les institutions n'adhèrent pas à la démarche PCC

Institutions participantes

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	114	41,0%	145	51,1%
Partiellement d'accord	93	33,5%	79	27,8%
Assez d'accord	42	15,1%	38	13,4%
Tout à fait d'accord	29	10,4%	22	7,7%

$p = 0,11$; $\text{Khi2} = 5,95$; $\text{ddl} = 3$ (PS)



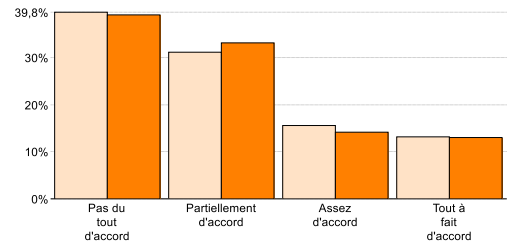
Institutions non-participantes

4. Les institutions n'adhèrent pas à la démarche PCC

Institutions non participantes

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	33	39,8%	33	39,3%
Partiellement d'accord	26	31,3%	28	33,3%
Assez d'accord	13	15,7%	12	14,3%
Tout à fait d'accord	11	13,3%	11	13,1%

$p = 0,99$; $\text{Khi2} = 0,11$; $\text{ddl} = 3$ (NS)



47

Obstacle au PCC: Non adhésion des professionnels

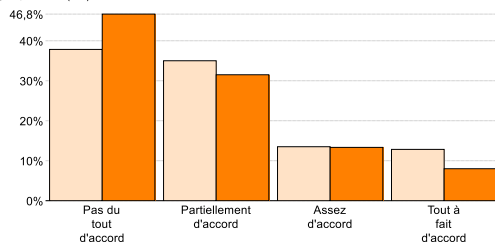
Institutions participantes

5. Les professionnels n'adhèrent pas à la démarche PCC

Institutions participantes

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	106	38,1%	133	46,8%
Partiellement d'accord	98	35,3%	90	31,7%
Assez d'accord	38	13,7%	38	13,4%
Tout à fait d'accord	36	12,9%	23	8,1%

$p = 0,10$; $\text{Khi2} = 6,19$; $\text{ddl} = 3$ (PS)



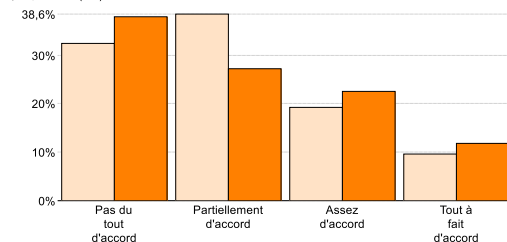
Institutions non-participantes

5. Les professionnels n'adhèrent pas à la démarche PCC

Institutions non participantes

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	27	32,5%	32	38,1%
Partiellement d'accord	32	38,6%	23	27,4%
Assez d'accord	16	19,3%	19	22,6%
Tout à fait d'accord	8	9,6%	10	11,9%

$p = 0,50$; $\text{Khi2} = 2,37$; $\text{ddl} = 3$ (NS)



48

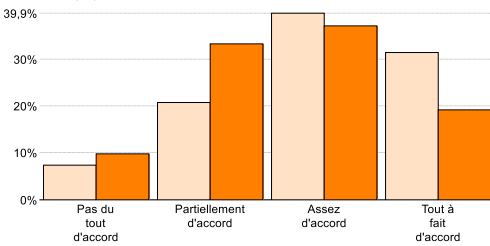
Obstacle au PCC: Usagers non informés

Institutions participantes

6. Les usagers/patients ne sont pas suffisamment informés
Institutions participantes

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	21	7,6%	28	9,9%
Partiellement d'accord	58	20,9%	95	33,5%
Assez d'accord	111	39,9%	106	37,3%
Tout à fait d'accord	88	31,7%	55	19,4%

p = <0,01 ; Khi2 = 17,62 ; ddl = 3 (TS)

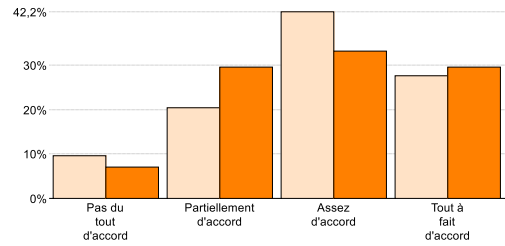


Institutions non-participantes

6. Les usagers/patients ne sont pas suffisamment informés
Institutions non participantes

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	8	9,6%	6	7,1%
Partiellement d'accord	17	20,5%	25	29,8%
Assez d'accord	35	42,2%	28	33,3%
Tout à fait d'accord	23	27,7%	25	29,8%

p = 0,45 ; Khi2 = 2,66 ; ddl = 3 (NS)



49

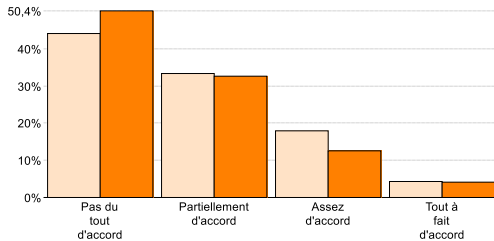
Obstacle au PCC: Démarche difficile à expliquer

Institutions participantes

7. Il est difficile d'expliquer la démarche aux usagers/patients
Institutions participantes

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	123	44,2%	143	50,4%
Partiellement d'accord	93	33,5%	93	32,7%
Assez d'accord	50	18,0%	36	12,7%
Tout à fait d'accord	12	4,3%	12	4,2%

p = 0,29 ; Khi2 = 3,72 ; ddl = 3 (NS)

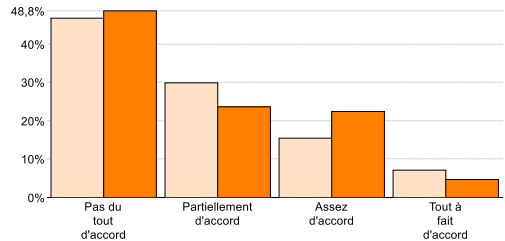


Institutions non-participantes

7. Il est difficile d'expliquer la démarche aux usagers/patients
Institutions non participantes

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	39	47,0%	41	48,8%
Partiellement d'accord	25	30,1%	20	23,8%
Assez d'accord	13	15,7%	19	22,6%
Tout à fait d'accord	6	7,2%	4	4,8%

p = 0,55 ; Khi2 = 2,12 ; ddl = 3 (NS)



50

Obstacle au PCC: Réticence à parler de la crise

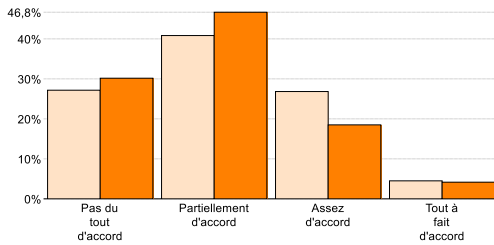
Institutions participantes

Institutions non-participantes

8. Les usagers/patients sont réticents à parler de leur expérience et de leur vécu de crise
Institutions participantes

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	76	27,3%	86	30,3%
Partiellement d'accord	114	41,0%	133	46,8%
Assez d'accord	75	27,0%	53	18,7%
Tout à fait d'accord	13	4,7%	12	4,2%

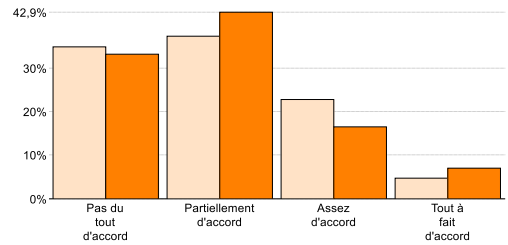
p = 0,12 ; Khi2 = 5,84 ; ddl = 3 (PS)



8. Les usagers/patients sont réticents à parler de leur expérience et de leur vécu de crise
Institutions non participantes

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	29	34,9%	28	33,3%
Partiellement d'accord	31	37,3%	36	42,9%
Assez d'accord	19	22,9%	14	16,7%
Tout à fait d'accord	4	4,8%	6	7,1%

p = 0,67 ; Khi2 = 1,54 ; ddl = 3 (NS)



51

Obstacle au PCC: Proches réticents à parler de la crise

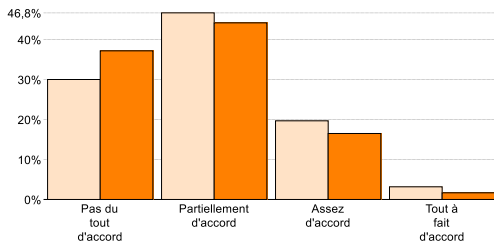
Institutions participantes

Institutions non-participantes

9. Les proches n'ont pas envie de parler de la crise
Institutions participantes

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	84	30,2%	106	37,3%
Partiellement d'accord	130	46,8%	126	44,4%
Assez d'accord	55	19,8%	47	16,5%
Tout à fait d'accord	9	3,2%	5	1,8%

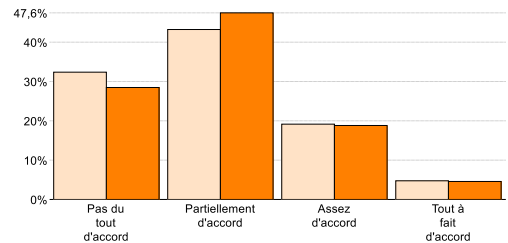
p = 0,23 ; Khi2 = 4,32 ; ddl = 3 (NS)



9. Les proches n'ont pas envie de parler de la crise
Institutions non participantes

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	27	32,5%	24	28,6%
Partiellement d'accord	36	43,4%	40	47,6%
Assez d'accord	16	19,3%	16	19,0%
Tout à fait d'accord	4	4,8%	4	4,8%

p = 0,94 ; Khi2 = 0,38 ; ddl = 3 (NS)



52

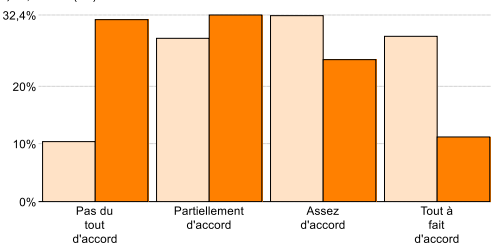
Obstacle au PCC: Professionnels non formés

Institutions participantes

10. Les professionnels ne sont pas formés à la démarche PCC
Institutions participantes

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	29	10,4%	90	31,7%
Partiellement d'accord	79	28,4%	92	32,4%
Assez d'accord	90	32,4%	70	24,6%
Tout à fait d'accord	80	28,8%	32	11,3%

$p = <0,01$; $\text{Khi}^2 = 55,27$; $\text{ddl} = 3$ (TS)

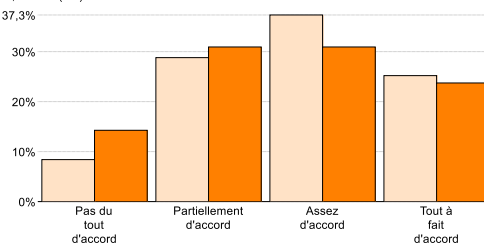


Institutions non-participantes

10. Les professionnels ne sont pas formés à la démarche PCC
Institutions non participantes

	T1		T2	
	N	% cit.	N	% cit.
Pas du tout d'accord	7	8,4%	12	14,3%
Partiellement d'accord	24	28,9%	26	31,0%
Assez d'accord	31	37,3%	26	31,0%
Tout à fait d'accord	21	25,3%	20	23,8%

$p = 0,60$; $\text{Khi}^2 = 1,85$; $\text{ddl} = 3$ (NS)



53

En conclusion

- Effet globalement positif des mesures déployées par le projet (TS) pour les institutions participantes (niveaux de connaissance, encouragement à l'utilisation, fréquence de rencontre du PCC)
- Evolution positive aussi mais plus discrète dans les institutions non participantes ou ayant débuté l'implantation plus tardivement
- Effet indirect des mesures (actions de communication, flyers, site web, e-learning ont touché des milliers de personnes) ?
- Mais il reste du chemin à faire... et les enjeux sont la poursuite de l'utilisation du PCC et des bonnes pratiques, des formations, et de l'implantation plus largement que le périmètre cantonal.

54



Rapport final ProPCC

Profil des patients avec et sans PCC

1

Profil sociodémographique des patients avec PCC (N=609)

Niveau d'éducation



31% Apprentissage
18% Scolarité obligatoire
15% HES/UNI
9 % Maturité
3% Aucune formation

Conditions de vie

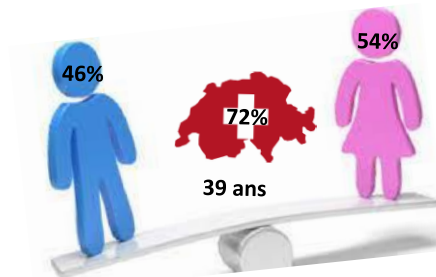


60% Ménage privé; 17% Institution; 1% SDF

Situation familiale



59% Célibataires
20% En couple
21% Séparés, divorcés,
ou veufs



Situation Professionnelle



42% AI; 23% Travail; 19% RI, chômage; 10% En formation

2

Profil clinique des patients avec PCC

Mode admission:



68% Volontaire; 26% PAFA médical; 4% PAFA civil
 <1% Expertise; <2% Article pénal

Diagnostic principal



37% Tr. Humeur
 31% Tr. Psychotiques
 12% Tr. personnalité
 10% Abus de substances
 7% Tr. Anxieux
 1% Démence/handicap

Représentant légal



68% Aucun; 29% Curatelle; 2% Représentant thérapeutique

3

Profil sociodémographique des patients ayant refusé un PCC (n=57)

Niveau d'éducation



37% Apprentissage
 33% Scolarité obligatoire
 18% Aucune formation
 8% Maturité
 4% HES/UNI

Situation familiale

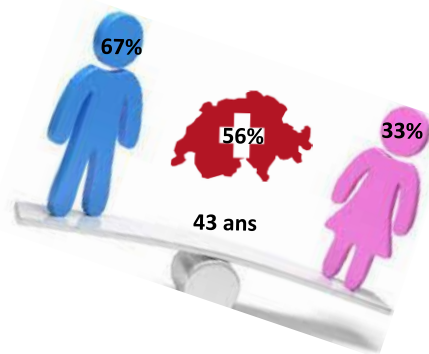


67% Célibataires
 28% Séparés, divorcés, ou veufs
 6% En couple, mariés

Conditions de vie



67% Ménage privé; 23% Institution; 5% SDF



Situation Professionnelle



72% AI; 20% RI, chômage; 6% Travail; 2% En formation

4

Profil clinique des patients ayant refusé un PCC

Mode admission



69% volontaire; 17% PAFA civil; 12% PAFA médical
2% Article pénal; 0% Expertise

Diagnostic principal



35% Tr. Psychotiques
17% Tr. Humeur
14% Tr. Personnalité
12% Démence; handicap
10% Abus de substances
10% Tr. Anxieux
2% Autre

Représentant légal



66% Curatelle; 32% Aucun; 0% Représentant thérapeutique

5

Différence des profils socio-démographiques des patients avec PCC/refus PCC

Variables	Groupe PCC (N = 609)	Groupe refus PCC (N = 57)	Statistique	P-Valeur
Age, Moy. (E.T)	39.0 (12.9)	43 (12.2)	t(658) = 2.265	.082
Sexe, % femmes (N)	54.0 (329)	33.3 (19)	$\chi^2(1) = 8.943$.003*
Situation familiale, % (N)			test exact de Fisher	.010*
Célibataire	58.9 (295)	66.7(36)		
En couple, marié	20.2 (101)	5.6 (3)		
Séparé, divorcé	20.2 (101)	24.1 (13)		
Veuf	0.8 (4)	3.7 (2)		
Nationalité, % (N)			$\chi^2(1) = 5.66$.010*
Suisse	72.3 (349)	54.9 (28)		
Plus haut d'éducation, % (N)			test exact de Fisher	<.001*
Aucune formation	3.0 (14)	15.8 (9)		
Scolarité obligatoire	17.7 (108)	28.1 (16)		
Apprentissage	23.8 (145)	31.6 (18)		
Maturité/études secondaires	8.45 (52)	7.0 (4)		
HES/UNI	14.6 (89)	4.1 (2)		

6

Différence des profils socio-démographiques des patients avec PCC/refus PCC

Variables	Groupe PCC (N = 609)	Groupe refus PCC (N = 57)	Statistique	P-Valeur
Conditions de vie actuelle, % (N)			Test exact de Fisher	<.001*
Seul	13.6 (83)	47.4 (27)		
Ménage privé	43.3 (264)	17.5 (10)		
Foyer/institution/EMS	16.6 (105)	22.8 (13)		
SDF	1.0 (4)	5.2 (3)		
Situation professionnelle, % (N)			Test exact de Fisher	<.001*
Occupation lucrative	22.5 (107)	5.7 (3)		
Non occupé/RI/chômage	18.9 (90)	18.9 (10)		
En formation	9.5 (45)	1.9 (1)		
Réadaptation AI/ milieu protégé	11.6 (55)	7.5 (4)		
AI/autre rente	30.3 (144)	64.2 (34)		

7

Différence des profils cliniques des patients avec PCC/refus PCC

Variables	Groupe PCC (N = 609)	Groupe refus PCC (N = 57)	Statistique	P-Valeur
Mode d'admission, % (N)			Test exact de Fisher	.001*
Admission volontaire	67.9 (334)	69.2 (36)		
PLAFA médical	26.0 (128)	11.5 (6)		
PLAFA civil	3.7 (18)	17.3 (9)		
Expertise	0.6 (3)	0.0 (0)		
Article pénal	1.8 (9)	1.9 (1)		
Représentant légal, % (N)			Test exact de Fisher	<.001*
Aucun	67.7 (318)	32.1 (17)		
Représentant thérapeutique	2.3 (11)	0.0 (0)		
Curatelle	28.9 (136)	66.0 (35)		

8

Différence des profils cliniques des patients avec PCC/refus PCC

Variables	Groupe PCC (N = 609)	Groupe refus PCC (N = 57)	Statistique	P-Valeur
Diagnostic principal, % (N)			Test exact de Fisher	<.001*
Démences/handicap	1.0 (5)	11.5 (6)		
Abus de substances	10.1 (49)	9.6 (5)		
Troubles psychotiques	31.4 (152)	36.5 (19)		
Troubles de l'humeur/affectifs	37.4 (181)	17.3 (9)		
Troubles anxieux	7.4 (36)	9.6 (5)		
Troubles de la personnalité	11.8 (57)	13.5 (7)		
Autre	0.6 (3)	1.9 (1)		
Diagnostic secondaire, % (N)			Test exact de Fisher	.508
Démences/handicap	1.2 (1)	0.0 (0)		
Abus de substances	19.8 (16)	10.0 (2)		
Troubles psychotiques	13.6 (11)	25.0 (5)		
Troubles de l'humeur/affectifs	8.6 (7)	20.0 (4)		
Troubles anxieux	19.8 (16)	15.0 (3)		
Troubles de la personnalité	24.7 (10)	15.0 (3)		
Autre	12.3 (10)	15.0 (3)		

9

Comparaison de la sévérité des troubles des patients avec PCC/refus PCC

Item du HONOS	Avec PCC (N)	Sans PCC (N)	Z scores	P-Valeur	Sens de la différence
Troubles du comportement ¹	382	40	-4.418	<.001*	Sans > Avec
Auto-agressivité	382	39	-.119	.771	Sans > Avec
Troubles liés à la consommation	38	41	-1.483	.183	Sans > Avec
Troubles cognitifs	377	39	-3.651	<.001*	Sans > Avec
Maladie physique ou handicap	312	40	-2.317	.020*	Sans > Avec
Hallucinations et délires	382	39	-3.332	.001*	Sans > Avec
Humeur dépressive	379	40	-2.336	.020*	Sans > Avec
Autres diag	352	36	-3.626	<.001*	Sans > Avec
Problèmes relations sociales	380	38	-2.914	.004*	Sans > Avec
Problèmes AVQ	379	39	-4.063	<.001*	Sans > Avec
Problèmes conditions de vie	366	39	-.114	.909	Sans > Avec
Problèmes liés à l'occupation	374	38	-.748	.455	Avec > Sans
Problèmes dans la prise de médication	378	39	-4.365	<.001*	Sans > Avec

¹Comportement hyperactif, agressif, perturbateur ou agité ; *=test significatif

10

Etat des PCC récoltés et raisons des refus de PCC

- 91% des patients à qui un PCC a été proposé ont accepté d'entrer dans la démarche
 - 569 ont rédigés et validés leur PCC et 28 d'entre eux ont procédé à sa révision
 - 40 ont débuté la démarche
- 7% (n= 42) des PCC sont co-signés par un médecin
- 2% (n=11) des PCC sont co-signés par un proche
- En termes de qualité des contenus, l'échantillon aléatoire des PCC récoltés (n=143) score en moyenne entre 2 et 3/3 pour tous les items du PCC
- 22% des PCC sont entièrement rédigés à a la première personne et 47% le sont partiellement

11

Etat des PCC récoltés et raisons des refus de PCC

- 9% (n=57) des patients ont refusé de rédiger un PCC
- Raison des refus (plusieurs réponses possibles):
 - Le PCC n'a pas de sens pour 25 patients
 - 10 patients ne sont pas suffisamment stabilisés
 - 19 patients sont dans le déni de leurs troubles
 - 12 patients sont très méfiants
 - Pour 12 d'entre eux le processus est trop anxiogène
 - D'autres raisons sont mentionnées pour 4 d'entre eux: 2 limitations intellectuelles, 1 troubles cognitifs trop prononcés, 1 la proposition d'élaboration du PCC arrive trop tôt dans le processus de rétablissement du patient

12

Conclusion

- Les patients ayant rédigé un PCC présentent une vaste étendue de profil socio-démographiques et cliniques.
 - Le PCC semble faisable avec tout type de population que ce soit en termes socio-démographiques ou cliniques (hormis les démences et les troubles cognitifs sévères)
 - Le PCC semble pertinent pour tout type de patient souffrant de troubles psychiques
- Les patients ayant refusé de rédiger un PCC sont plus souvent des hommes, avec un faible niveau d'éducation. Ils vivent davantage seul ou en institution et bénéficient pour la majorité d'une rente invalidité. Ils sont davantage sous curatelle. Bien qu'ils présentent les mêmes diagnostics que ceux ayant un PCC, ils sont plus nombreux à souffrir de troubles psychotiques et se distinguent par des troubles du comportement, des troubles cognitifs, des hallucinations et délires, la présence de troubles comorbides, des problèmes dans les AVQ, ainsi que des problèmes dans la prise de médication plus sévères.

